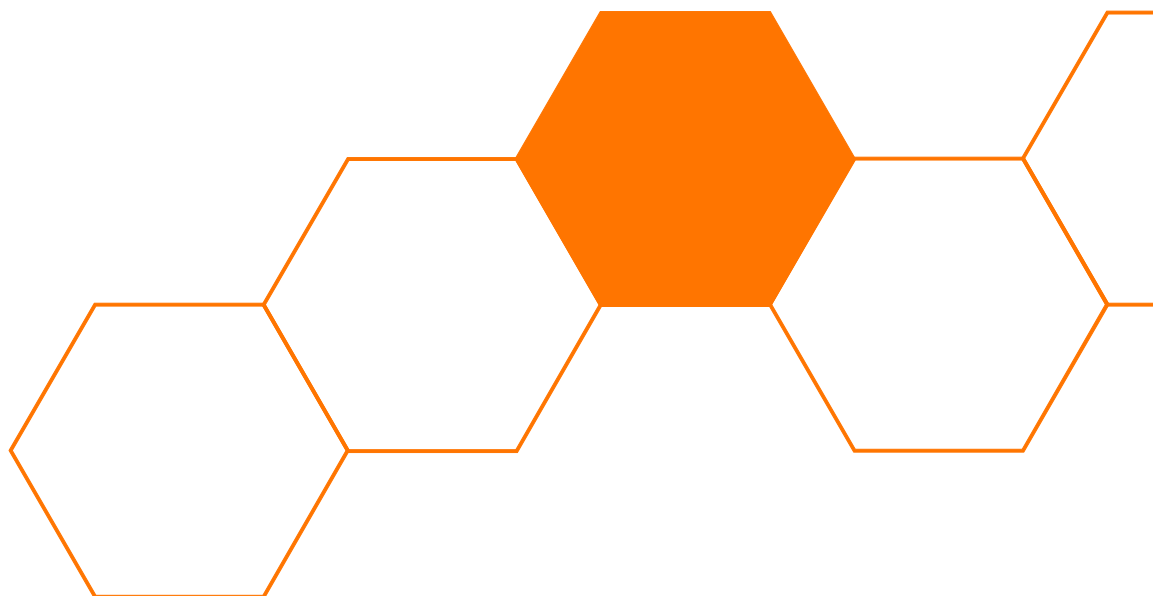


Onödig ohälsa – en gruppinsats för ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande



Verksamhet:	Vuxenhabiliteringen Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne
Projektansvarig chef:	Fredrik Asserlöv & Göran Steen
Projektets medarbetare:	Jenny Kroon, leg sjukgymnast jenny.kroon@skane.se Per Gustafsson, leg sjukgymnast per.gustafsson@skane.se
Projektansvarig:	Åsa Waldo, forsknings- och utvecklingsledare asa.waldo@skane.se
Utgivning:	December 2015
ISBN:	978-91-7261-295-2
Layout:	Ulla Götesson

FoU-enheten strävar efter att publicera rapporter av hög kvalitet i ett kortfattat format. Syftet är att öka tillgängligheten och användningen av den kunskap som utvecklats inom vår division. Det finns alltid möjlighet att kontakta oss på FoU-enheten för att få ytterligare information. Läs mer på vår hemsida www.skane.se/habilitering/fou

© Habilitering & Hjälpmedel, Region Skåne

Sammanfattning

Projektets syfte är att utveckla, prova och utvärdera en gruppinsats som en del av en strategi för långsiktigt ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Under hösten 2014 deltog 7 personer i gruppinsatsen *Onödig ohälsa* på Vuxenhabiliteringen i Kristianstad och Trelleborg. Insatsen hade som övergripande mål att motivera och stötta deltagarna att förändra sina levnadsvanor i riktning mot ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande.

Utvärderingen visade att deltagarna var positiva till insatsen och dess upplägg. Gruppinsatsen hade ett upplägg med teoretisk kunskap, praktisk information och gruppdiskussioner i kombination med att deltagarna skulle prova nya fysiska aktiviteter. Enligt utvärderingen hade flera av deltagarna fördragit fler gemensamma praktiska aktiviteter, men flertalet hade individuellt provat på någon form av fysisk aktivitet under perioden. Samtliga deltagare utom en angav dessutom att de hade ökat tiden de lägger på vardagsmotion samt minskat sin stillasittande tid. Deltagarna menade också att det var inspirerande och motiverande att träffa och lära känna andra med liknande förutsättningar.

För att uppnå ökad motivation och fördjupad känsla av delaktighet togs individuella och uppföljningsbara mål fram i samråd med respektive deltagare. Ingen av deltagarna hade med sig någon person ur sitt nätverk. Om patienten har ett fungerande nätverk kan det vara lämpligt om någon ur nätverket är med under gruppaktiviteterna. En förankring av innehållet i nätverket skulle sannolikt underlätta för en fortsatt positiv utveckling och planering av deltagarens fysiska aktiviteter efter insatsen.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att habiliteringsinsatsen *Onödig ohälsa* stärkt och intensifierat deltagarnas intresse för att öka sin fysiska aktivitet och minska sitt stillasittande. Samtliga svarade ja på frågan om de kommer att vara mer fysiskt aktiva och mindre stillasittande i framtiden.

Innehållsförteckning

Förord	5
1. Bakgrund	6
1.1 Fysisk aktivitet	7
1.2 Beteendeförändring	7
1.3 Incitament för ökad fysisk aktivitet.....	9
1.4 Vuxenhabiliteringens arbetssätt	9
2. Syfte	10
3. Metod	10
3.1 Beskrivning av insatsen	10
3.2 Deltagare	10
3.3 Etiska överväganden	11
3.4 Materialinsamling.....	11
3.5 Analys	11
4. Resultat och diskussion	12
4.1 Motivation och underlättande faktorer	12
4.2 Att träffas i grupp	13
4.3 Gruppinsatsens innehåll och upplägg	15
4.4 Gruppinsatsens effekt på fysisk aktivitet	16
4.5 Avslutande diskussion	17
5. Slutsatser	18
6. Implementering	18
7. Referenser	19
Bilagor	
1. Kursplan.....	21
2. Inbjudan.....	23
3. Aktivitetsdagbok.....	24
4. Frågeformulär.....	25
5. Intervjuguide	27

Förord

Habiliterings- och hjälpmedelsdivisionens vision är att stärka ett gott liv utifrån egna val. Vi ska med professionella insatser göra livet mera möjligt för barn, ungdomar och vuxna med varaktig funktionsnedsättning. I samarbetet mellan Forsknings- och utvecklingsenheten och verksamheterna sker en ständig granskning av rådande metoder och utprovning av nya metoder för att kontinuerligt kunna förbättra kvaliteten i de olika habiliteringsinsatserna.

Forsknings- och utvecklingsenheten har ansvar för att driva och utveckla kunskap utifrån det kunskapsbehov som finns inom divisionen genom att utveckla ny kunskap inom habiliterings- och hjälpmedelsområdet, sprida kunskap om funktionsnedsättning, skapa en kultur av kritiskt och vetenskapligt tänkande samt att stimulera och stödja systematisk kunskaps- och kompetensutveckling.

FoU-rapporterna utgår från en frågeställning från praktiken, som relateras till aktuell forskning samt professionell erfarenhet och som leder vidare till en studie på vetenskaplig grund. En viktig del i arbetena är att visa hur resultaten kan användas och kommuniceras i verksamheten för att på så sätt bidra till kunskapsutvecklingen.

Arbetet med en FoU-rapport medför att det kritiska tänkandet utvecklas. Den praktiska erfarenheten värderas gentemot generell kunskap/forskning och förståelsen för praktiken växer. Meningen är att varje enskild FoU-rapport ska bidra till att verksamheten vilar på bästa tillgängliga kunskap inom områdena habilitering, rehabilitering och hjälpmedel.

I detta arbete har en gruppinsats för förändrade levnadsvanor hos vuxna utvecklats och utvärderats. Projektet har genomförts av leg. sjukgymnasterna Jenny Kroon och Per Gustafsson vid Vuxenhabiliteringen i Trelleborg respektive Kristianstad. Forsknings- och utvecklingsledare vid FoU-enheten fil dr Åsa Waldo har varit handledare. Arbetet har genomförts med stöd från verksamhetschef Ingrid Kongslöv och enhetscheferna Fredrik Asserlöv och Göran Steen.

Vi riktar ett stort tack till deltagarna i gruppinsatsen i Trelleborg och Kristianstad. De delade med sig av sina erfarenheter och gav värdefulla synpunkter på insatsens upplägg och genomförande. Vi vill även tacka leg. sjukgymnast Annika Nielsen vid Vuxenhabiliteringen i Malmö för hennes medverkan i projektet inledningsvis.

Malmö i december 2015

Pernille Holck

Leg logoped, dr med vet

Chef för Forsknings- och utvecklingsenheten Habilitering & Hjälpmedel

1. Bakgrund

I mars 2013 fastställdes det regionala vårdprogrammet *Levnadsvanor för vuxna* vilket är ett styrande dokument för samtliga utförare av hälso- och sjukvård inom Region Skåne. I vårdprogrammet anges riktlinjer med syfte att förändra ohälsosamma levnadsvanor (Region Skåne, 2013). Vårdprogrammet har sin bakgrund i att Socialstyrelsen publicerade nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011). Det är första gången det gjorts en stor genomgång av aktuell forskning i syfte att kunna ge rekommendationer och riktlinjer om vilka metoder som på gruppnivå kan användas i hälso- och sjukvården för att stödja patienter att ändra sina levnadsvanor. Åtgärder för att förebygga sjukdom är en del av Hälso- och sjukvårdslagen. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor utgör områden där förändrade levnadsvanor kan innebära en riskminskning för att insjukna i en stor del av våra folksjukdomar (Region Skåne, 2013).

Regelbunden fysisk aktivitet med minst en måttlig intensitet främjar både hälsa och välbefinnande. Fysisk aktivitet har också en bevisad sjukdomsförebyggande och behandlande effekt (WHO, 2004; Region Skåne, 2013). Forskning visar att fysisk inaktivitet är den fjärde vanligaste dödsorsaken i världen (WHO, 2010; Kohl, Craig, Lambert, Inove, Alkandari, Leetongin & Kahlmeier, 2012).

När det gäller personer med funktionsnedsättning är risken för ohälsa än större. I sammanställningen "Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning" framgår det att personer med utvecklingsstörning i Sverige har en ökad sårbarhet för många sjukdomar jämfört med befolkningen i övrigt (Umb-Carlsson, 2008). Studien visar att ökad fysisk aktivitet är den mest effektiva vägen till bättre hälsa. Vidare har Folkhälsoinstitutet i sin rapport *Onödig Ohälsa* (Arnof, 2008) beskrivit hälsosituationen för personer med funktionsnedsättning. Den visar att det kan vara en hälsorisk att ha en funktionsnedsättning och att faktorer såsom ålder, utbildningsnivå, kontantmarginal, stillasittande fritid, övervikt, diskriminering och socialt deltagande påverkar risken för ohälsa med runt en tredjedel. Samtidigt konstateras att flera av dessa faktorer är påverkbara vilket i sin tur innebär att hälsan hos personer med funktionsnedsättning är möjlig att förbättra.

Vuxenhabiliteringen arbetar för att successivt införa vårdprogrammets riktlinjer och förena dem med verksamhetens arbetssätt habiliteringsplanering. I målarbetet för 2014 har därför Vuxenhabiliteringens ledningsgrupp fastställt att insatser riktade mot levnadsvanor ska erbjudas som en del i det hälsofrämjande arbetet. Detta ska ske genom att en gruppinsats riktad mot levnadsvanor kring fysisk aktivitet utvecklas, provas och utvärderas. Arbetet utgår från Region Skånes Vårdprogram för levnadsvanor med ökad fysisk aktivitet samt minskat stillasittande som främsta målsättning.

I följande avsnitt redogörs för innebörden av fysisk aktivitet och grunderna för förändring av levnadsvanor/beteende.

1.1 FYSISK AKTIVITET

I det här sammanhanget används en bred förståelse av fysisk aktivitet där allt från minskat stillasittande till fysisk träning ingår. De olika nivåerna av fysisk aktivitet definieras nedan.

Definition av och allmän rekommendation om fysiska aktiviteter

Fysisk aktivitet kan definieras som all kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskulatur och som ger en energiförbrukning (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). Fysisk aktivitet blir fysisk träning om aktiviteten är planerad, strukturerad, återkommande och har som syfte att förbättra eller behålla en viss fysisk funktion, som kondition och styrka. Fysiska aktivitetsnivåer kan delas upp i fyra nivåer: stillasittande, låg intensitet, måttlig intensitet och hög intensitet. Dessa mäts ofta i MET (metabolic equivalent, d.v.s. syreupptagning i vila), stillasittande motsvarar <1,5 MET, låg intensitet 1,5-3 MET, måttlig intensitet 3-6 MET och hög intensitet >6 MET (Mattsson, Jansson & Hagströmer, 2015). Enligt de senaste riktlinjerna från Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA, 2011) rekommenderas måttligt ansträngande fysisk aktivitet 30 minuter fem dagar/vecka eller ansträngande fysisk aktivitet 25 minuter tre dagar/vecka eller en kombination av detta. Minsta sammanhängande aktivitetstid bör vara tio minuter. Vidare rekommenderas att muskelstärkande aktiviteter av stora muskelgrupper sker två gånger/vecka.

Otillräcklig fysisk aktivitet

Otillräcklig fysisk aktivitet definieras som mindre än 150 minuter fysisk aktivitet i veckan på en måttlig intensitetsnivå alternativt mindre än 75 minuters fysisk aktivitet per vecka på en hög intensitetsnivå (Region Skåne, 2013). Vuxenhabiliteringens målgrupp utgörs av personer med tre olika typer av funktionsnedsättningar: utvecklingsstörning, rörelsehinder och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Både forskning (Arnof, 2008) och klinisk erfarenhet visar att individer inom denna målgrupp, oavsett diagnosgruppstillhörighet, vanligtvis aktiverar sig fysiskt i otillräcklig omfattning.

Stillasittande

Långvarigt stillasittande definieras som muskulär inaktivitet främst avseende kroppens stora muskelgrupper (Ekblom Bak, 2013; Region Skåne, 2013). Generellt gäller att långvarigt stillasittande bör undvikas. Det råder brist på studier om sambandet mellan stillasittande och hälsa hos personer med rörelsehinder. Det saknas också forskning om vilka gränsvärden som bör användas för stillasittande och andra aktivitetsnivåer för rullstolsburna personer (Ekblom Bak, 2013). Studier visar dock att personer med rörelsehinder tillbringar 75-88% av sin vakna tid stillasittande jämfört med personer utan rörelsehinder som spenderar 57-72% av sin vakna tid stillasittande (Manns, Dunstan, Owen & Healy, 2012). En relativt stor del av Vuxenhabiliteringens målgrupp har någon form av rörelsehinder och riskerar därför hamna i en livssituation med alltför mycket långvarigt sittande.

1.2 BETEENDEFÖRÄNDRING

En förändring av en levnadsvana, till exempel ökad fysisk aktivitet, kräver att individen förändrar sitt beteende. Fysisk aktivitet på Recept (FaR®) är en individuellt utformad skriftlig ordination på fysisk aktivitet. Forskning visar att FaR har effekt för en aktivare livsstil hos vuxna (Leijon, 2009). FaR har hämtat inspiration från flera teoribaserade beteendeförändringsmodeller bl.a. den transteoretiska modellen samt modellen *Stages of Change*, vilka båda bygger på att förändringsarbetet är en process som successivt utvecklas i flera olika stadier (Folkhälsomyndigheten, 2014; DiClemente & Prochaska, 1998). I vårdprogrammet *Levnadsvanor för vuxna* (Region Skåne, 2013) ingår FaR som en del av rekommendationen för att förändra levnadsvanor mot ökad fysisk aktivitet.

Modellen *Stages of Change* har utvecklats av James Prochaska och Carlo DiClementes och beskriver att förändring av ett beteende sker stegvis i fem steg, i vilka individen har olika grader av förändringsbenägenhet. De fem stadierna av förändringsbenägenhet är följande:

- Ej beredd (pre-contemplation)
- Begrundande/osäker (contemplation)
- Förberedelse (preparation)
- Handling (action)
- Vidmakthållande (maintenance)

Som framgår kan individen befinna sig på flera stadier av förändringsbenägenhet innan en faktisk handling genomförs. Det är nödvändigt med en bedömning av var den enskilde individen befinner sig för att kunna utforma och anpassa den strategi som bäst kan ge framgång i att uppnå och upprätthålla en beteendeförändring (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Att uppnå förändrade levnadsvanor med ökade fysiska aktiviteter kan även belysas med nedanstående modell (Figur 1). Modellen av en trappa åskådliggör på ett enkelt sätt utveckling av fysisk aktivitet i tre steg från stillasittande och hur man med enkla medel kan minska det, vidare mot att utnyttja tillfällena i vardagen för att ytterligare öka den fysiska aktiviteten, till att påbörja någon form av fysisk träning. Forskning har visat att en översyn av individens samtliga aktiviteter under hela dagen, med exempelvis stegräknare (pedometer), är ett bra sätt att synliggöra graden av aktivitet, något som kan vara särskilt relevant för rörelsehindrade personer (Ekblom Bak, 2013). Det kan även konstateras att strävan efter att minska tiden för stillasittande och öka lågintensiv aktivitet kan vara ett lämpligt sätt att börja förändra ett beteende.



Figur 1. Modell över utveckling av fysisk aktivitet (Region Skåne, 2013, modifierad figur efter original från Region Västra Götaland, 2011).

1.3 INCITAMENT FÖR ÖKAD FYSISK AKTIVITET

Det finns olika strategier i syfte att gynna en individs utveckling mot ökad fysisk aktivitet. En inledande bedömning av individens förändringsbenägenhet kompletterad med ett fastställande om vad som skulle kunna fungera för individen främjar förutsättningarna för ändrade levnadsvanor. Vissa individer vill träna på egen hand medan andra föredrar att träna i grupp. Just gruppverksamhet i kombination med träning och coaching har visat sig ge god effekt på fysisk aktivitetsgrad, fysisk hälsa/vikt respektive psykisk hälsa/livskvalité för personer med utvecklingsstörning (Wu, Lin, Hu, Yen, Yen, Chou & Wu, 2010).

Enligt Hillsdon, Foster, Cavill, Crombie och Naidoo (2005) kan enkla råd från professionella kombinerat med skriftligt material ge positiva korttidseffekter för friska personer utan funktionsnedsättning. För att åstadkomma positiva långtidseffekter finns olika tillvägagångssätt. Exempelvis kan hänvisning till specialist på fysisk aktivitet, såsom sjukgymnast, samt erbjudande om kostnadsreduktion öka förutsättningarna för långtidseffekter. Även interventioner som bygger på teorier för beteendeförändring samt för individen skraddarsydda insatser kan vara effektiva när det gäller långtidsförändringar i fysisk aktivitet. Det kan även konstateras att interventioner som syftar till måttlig aktivitet och inte är knutna till en viss plats är effektiva på lång sikt.

När det gäller att upprätthålla en ökad fysisk aktivitet kan en regelbundet återkommande och uppföljande kontakt med specialist i fysisk aktivitet ha betydelse. Enligt Hillsdon m.fl. (2005) är stöd och uppföljning via telefon ett effektivt sätt för att upprätthålla en fysisk livsstil för äldre (51-75 år) friska personer. Även interventioner som använder sig av strategier för beteendeförändring såsom daglig mätning av fysisk aktivitet, kontraktskrivning, mål, belöningar etc. är effektiva (Krummel, Koffman, Bronner, Davis, Greenlund & Tessaro, 2001).

Även om merparten av råden kring fysiska aktiviteter gäller personer utan funktionsnedsättning, är det rimligt att anta att de i olika utsträckning även är tillämpbara för Vuxenhabiliteringens målgrupper.

I vårdprogrammet *Levnadsvanor för Vuxna* (Region Skåne, 2013) beskrivs hur en motiverande dialog i form av Motiverande samtal (MI), anpassat efter den enskildes förutsättningar, kan vara ett sätt att stärka motivationen hos den enskilde. Det understryks att ett sådant teoribaserat och strukturerat samtal kräver att personalen, utöver specifik ämneskunskap, även har utbildning i den aktuella metoden.

1.4 VUXENHABILITERINGENS ARBETSSÄTT

För att skapa gynnsamma förutsättningar för en möjlig och varaktig beteendeförändring är det lämpligt att habiliteringspersonal genom ett inledande samtal gör en bedömning av var patienten befinner sig i förändringsprocessen och motiverar till förändrade levnadsvanor. Därefter sker inom ramen för habiliteringsplaneringen en anpassning av planering och insatser, det vill säga förändringsstrategier, efter den enskilde patientens intressen och förutsättningar.

Ett förändrat beteende till förmån för ökad fysisk aktivitet är beroende av flera olika faktorer varav Vuxenhabiliteringen har möjlighet att påverka ett flertal. Individuell bedömning, motiverande samtal, gruppaktivitet, individuell aktivitet, information till patient och

personal på individ- och gruppnivå, utformning av personliga träningsprogram, handledning av patient och personal, framtagande av mål samt uppföljning över tid är exempel på hur Vuxenhabiliteringens medarbetare kan agera. Därutöver kan samverka med externa föreningar samt FaR fungera som ytterligare möjligheter till att nå framgång i strävan mot en ökad fysisk aktivitet.

Det är Vuxenhabiliteringens intention att etablera ett arbetssätt som innebär att patienter med en vardag innehållande otillräckligt med fysisk aktivitet ska erbjudas stöd för ökade möjligheter till en stegvis ökad aktivitet enligt Figur 1.

2. Syfte

Projektets syfte är att utveckla, prova och utvärdera en gruppinsats som en del av en strategi för långsiktigt ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Gruppinsatsen är tänkt att främja förändrade levnadsvanor för vuxna personer med funktionsnedsättning.

3. Metod

3.1 BESKRIVNING AV INSATSEN

Habiliteringsinsatsen *Onödig ohälsa – att må sitt bästa* genomfördes i två grupper, i Kristianstad respektive Trelleborg, under hösten 2014. Gruppen i Kristianstad träffades vid fyra tillfällen under september till december månad och gruppen i Trelleborg träffades vid tre tillfällen under november och december månad. Varje tillfälle varade i knappt 2 timmar. Gruppinsatsen innehöll bland annat teoretisk kunskap om vikten av fysisk aktivitet och att undvika stillasittande samt praktisk information om lokala träningsmöjligheter. Samtliga deltagare erbjöds att låna stegräknare och rekommenderades att använda en aktivitetsdagbok. För närmare beskrivning se insatsens kursplan i Bilaga 1. Eftersom gruppen i Trelleborg startades upp senare på hösten var det inte möjligt att genomföra samtliga gruppträffar där. Innehållet var trots detta detsamma på de olika orterna med ett undantag. Vid det sista tillfället i Kristianstad bjöds en patient som kommit igång med sin fysiska aktivitet in som en förebild/ett gott exempel. Detta gjordes inte i Trelleborg.

På grund av olika omständigheter i projektet var det vissa moment som inte kunde genomföras enligt plan. För att ta reda på deltagarnas förändringsbenägenhet och motivation, och därmed förutsättningar att tillgodogöra sig insatsen, fanns en ambition att genomföra individuella möten före insatsen. Detta moment utgick på grund av tidsbrist i projektet. Insatsens upplägg var även planerat så att deltagarna mellan träffarna skulle ha möjlighet att prova fysiska aktiviteter. Eftersom insatserna var komprimerade i tid, i Trelleborg gavs endast två veckor mellan grupptillfällena, var deltagarnas möjligheter att prova olika aktiviteter begränsade.

3.2 DELTAGARE

Inklusionskriterier för att delta i gruppen var lindrig utvecklingsstörning i åldern 18-35 år. Åldersspannet begränsades för att deltagarna skulle vara i samma ålder och följer prioriteringsdatabasens åldersintervall. Det skulle även finnas ett behov av ökad fysisk aktivitet eller minskat stillasittande som antingen uttryckts av deltagaren själv eller uppmärksammats av habiliteringspersonalen. Det var önskvärt att deltagarna i gruppen skulle ha liknande kognitiva förutsättningar så att informationen kunde anpassas efter deras behov. Däremot gjordes inga begränsningar i om deltagarna hade ytterligare funktionsnedsättningar såsom rörelsehinder eller autism. Potentiella deltagare valdes med hjälp av teamen på de aktuella orterna.

I Trelleborg valdes nio personer ut och erbjöds att vara med. Kursledaren ringde upp dem och berättade om insatsen samt erbjöd att skicka en inbjudan (Bilaga 2). Av de nio personer som erbjöds att delta i gruppen tackade fem personer ja. Tre av dessa fullföljde insatsen. För att öka närvaron ringde kursledaren till deltagarna inför varje tillfälle och påminde och de deltagare som ville fick även sms-påminnelse.

I Kristianstad erbjöds sex personer möjlighet att delta och av dessa var det fyra personer som valde att delta och fullföljde insatsen. Flertalet av deltagarna önskade sms-påminnelser och några av dem kontaktades även av kursledaren i motiverande och påminnande syfte.

Avsikten var att även ha en grupp i Malmö, vilket också påbörjades men inte fullföljdes på grund av sjukskrivning hos personalen.

Åldern på deltagarna varierade mellan 20-31 år. Vissa av deltagarna i gruppen hade flera diagnoser förutom lindrig utvecklingsstörning, exempelvis cerebral pares och autismspektrumtillstånd.

3.3 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Det var frivilligt att delta i gruppinsatsen. Deltagarna informerades om att resultaten skulle användas i en FoU-rapport och att de i denna anonymiserades. Det bedömdes inte finnas några risker med att delta i projektet.

3.4 MATERIALINSAMLING

För att utvärdera gruppinsatsen Onödig ohälsa samlades olika material in. Vid kursens början formulerade samtliga deltagare en egen målsättning för sitt deltagande i insatsen. Denna följdes upp efter insatsen för att se om deltagaren uppnått sitt mål. För att se om deltagarna blev mer fysiskt aktiva under insatsen erbjöds de också att fylla i en aktivitetsdagbok (Bilaga 3). Denna användes inte i en sådan utsträckning att det gick att följa någon eventuell förändring. Vid sista tillfället fyllde deltagarna i ett frågeformulär (Bilaga 4) om vad de tyckte om gruppinsatsen, om de hade förändrat sina motionsvanor eller sitt stillasittande samt om de kände sig mer motiverade att öka sina fysiska aktiviteter efter genomgången kurs. Eftersom vissa deltagare var frånvarande vid något eller några tillfällen var det svårt för dem att svara på vissa frågor om exempelvis erfarenhetsutbyte och vissa delar av innehållet. Därför gjordes det också en uppföljande kortare intervju med deltagarna efter avslutad insats. Syftet var att få kunskap om exempelvis varför de uteblev från vissa träffar och vilket stöd som kunde hjälpa dem att närvara. Intervjun genomfördes per telefon eller vid personligt möte och följde en enkel intervjuguide (Bilaga 5).

3.5 ANALYS

Analysen bygger på deltagarnas svar på frågeformulär och intervju. Materialet har analyserats på grupp-nivå för att identifiera eventuella mönster och variationer. Analys av skillnader mellan de bägge grupperna har valts bort, eftersom båda grupperna hade relativt få deltagare. Analysen kompletterades med de reflektioner ansvariga kursledare gjorde.

4. Resultat och diskussion

Resultaten redovisas och diskuteras i fem avsnitt: Motivation och underlättande faktorer, Att träffas i grupp, Gruppinsatsens innehåll och upplägg, Gruppinsatsens effekt på fysisk aktivitet samt Avslutande diskussion.

4.1 MOTIVATION OCH UNDERLÄTTANDE FAKTORER

Som beskrevs i bakgrunden finns det fördelar med att redan initialt i en patientkontakt göra en bedömning av personens förändringsbenägenhet angående fysisk aktivitet. Medan vissa patienter har en positiv inställning till fysisk aktivitet saknar andra en grundläggande förståelse för orsaken till att fysiskt aktivera sig eller är av andra skäl inte beredda att genomföra någon förändring. Det är således en god utgångspunkt för fortsatt planering av framgångsrika insatser att redan tidigt i processen sätta sig in i och utgå från patientens förutsättningar.

När det gäller Onödig ohälsa var den ursprungliga ambitionen att genomföra individuella möten med varje enskild deltagare inför gruppinsatsens startpunkt. Då det förelåg en tidspress i projektet fanns inte tid för enskilda och förberedande samtal. Detta var något som flera deltagare senare uttryckte behov av. En av deltagarna sa såhär:

Ett förberedande möte med information om gruppen skulle vara bra. Dessutom hade det känts tryggt att träffa kursledaren innan kursen.

Som framgår skulle ett personligt möte med någon av kursledarna, utöver information kring insatsens innehåll, även ge tillfälle att träffa kursledaren och en form av relation skulle kunna etableras. Det hade, enligt vad som framkom i flera intervjuer, ökat deltagarnas trygghet och sannolikt även resulterat i ökad motivation.

Ett viktigt syfte med gruppaktiviteten var att det skulle ges möjlighet för deltagarna att träffa andra i liknande situation för att på så sätt öka motivationen. Det förelåg alltså en social aspekt där gruppaktiviteten skulle erbjuda möjlighet för deltagare att lära känna och inspirera varandra samt eventuellt kunna vara stöd för varandra både under och efter gruppinsatsen.

För att öka motivationen kan det även finnas fördelar med att ge deltagarna möjlighet till enskilda möten för att dra nytta av det intresse och möta de frågeställningar som uppkommit under insatsens gång. Ungefär hälften av deltagarna fick individuellt stöd mellan gruppstillfällena. Fler deltagare hade önskemål om detta, men det kunde inte lösas praktiskt på grund av kort tid mellan träffarna. I de fall där enskilda möten trots allt kunde genomföras noterades att motivationsarbetet underlättades. Att diskutera och koppla innehållet i gruppaktiviteterna till den enskilde deltagarens situation gav ytterligare möjligheter att stimulera och motivera utifrån dennes förutsättningar. Motivationen skulle således kunna främjas av att gruppaktiviteten sträcker sig över en längre tidsperiod med tid för både gemensamma och enskilda aktiviteter.

Av gruppdeltagarnas svar på frågeformulären kan det fastslås att deltagarna upplevde att deras motivation till fysisk aktivitet stärktes av gruppinsatsen och att de var villiga att fortsätta öka sin fysiska aktivitet. På frågan om de kommer att vara mer fysiskt aktiva och

mindre stillasittande i framtiden svarade samtliga ja. Det bör i sammanhanget påpekas att det inte är klargjort om det positiva gensvaret i huvudsak beror på själva deltagandet, att deltagarna träffade andra, en fördjupad insikt om vikten av ökad fysisk aktivitet eller en kombination av dessa.

Även gynnsamma omgivningsfaktorer såsom tillgång till stöd och ekonomiska förutsättningar kan på ett konkret sätt bidra till ökad motivation. Blomqvist och Rehn (2015) menar att omgivningsfaktorer är viktiga komponenter för att uppnå ett positivt resultat när det gäller att öka den fysiska aktivitetsnivån. Det kan således vara fördelaktigt att i planeringen inkludera exempelvis en översyn av deltagarnas ekonomiska förutsättningar, undersöka eventuella behov av personligt stöd, kartlägga behov av stödjande strukturer för att underlätta planering av fysisk aktivitet samt se över hur transporter till och från platsen för fysisk aktivitet kan lösas. För att uppnå god effekt kan hela eller delar av teamet bli engagerat. Erfarenhet från gruppinsatsen visar att regelbundna påminnelser, t.ex. via telefon, var till nytta för de deltagare som inte hade något nätverk som stöd.

Ifall deltagaren har behov av stöd för att genomföra aktiviteter kan det vara fördelaktigt att denne tar med sig någon från sitt nätverk till de olika grupptillfällena. Att deltagarens nätverk är väl bekant med innehållet skulle sannolikt underlätta för en framgångsrik fortsättning efter gruppens avslut och motivera till fortsatta fysiska aktiviteter. En av deltagarna uttryckte detta:

Det hade varit bra om min kontaktperson hade följt med mig till grupptillfällena.

Sammanfattningsvis tyder resultaten på att ett enskilt och förberedande möte mellan kursledare och deltagare kan utgöra en viktig motivationshöjande insats. Utvärderingen visar även att möjligheten att träffa andra individer i samma eller liknande situation kan stärka deltagarnas motivation. Även att någon ur deltagarens nätverk är med vid gruppaktiviteterna kan vara motivationshöjande. Slutligen kan det vara motivationsstärkande med parallella insatser i form av praktiskt inriktade gruppmoment och enskilda möten. Detta bekräftas av Blomqvist och Rehn (2015) som konstaterar att forskning tyder på att en kombination av gruppaktivitet och enskilda kontakter ger positiva och långsiktiga resultat.

4.2 ATT TRÄFFAS I GRUPP

Tanken med att utforma insatsen som en gruppaktivitet var att deltagarna skulle kunna inspirera varandra bland annat till att våga prova fysiska aktiviteter och även kunna bilda mindre grupper som provar fysiska aktiviteter tillsammans. Det är viktigt att påpeka att det inte handlar om en grupp i fysisk aktivitet på Vuxenhabiliteringen utan om att istället hjälpa gruppdeltagarna att hitta en fysisk aktivitet som de kan tänka sig att delta i regelbundet. Tidigare erfarenhet från gruppaktiviteter visar att det kan vara positivt och inspirerande att träffa andra i samma situation. Deltagarna har möjlighet att peppa och agera förebilder för varandra vilket kan öka motivationen hos alla. Som nämndes i bakgrunden kan just gruppverksamhet i kombination med träning ha effekt på fysisk aktivitet för personer med utvecklingsstörning (Wu m.fl., 2010).

En av deltagarna uttryckte just en förhoppning om att det skulle finnas gemensamma aktiviteter där man kunde lära känna varandra.

Jag har inte så många kompisar och hade hoppats träffa någon.

De små grupperna gjorde det möjligt för alla att komma till tals, vilket innebar att alla i gruppen deltog och var engagerade i diskussionerna. Sex av de sju deltagarna svarade i frågeformuläret att de lärt sig något av de andra som deltog i gruppen, den sjunde var tveksam. Däremot var det bara vissa som tyckte att de själv haft möjlighet att dela med sig av sina erfarenheter. Kursledarna upplevde däremot att deltagarna delade med sig av sina erfarenheter, att samtalsklimatet var öppet och tillåtande och att det inte förekom någon tidsbrist. Gruppinsatsen fungerade alltså inte främst som en information från habiliteringspersonalen till deltagarna kring aktuella aktiviteter utan som ett forum där deltagarna kunde utbyta tips.

Erfarenheterna som utväxlades handlade bland annat om var man kan träna. Många av dem som deltog i grupperna hade stor lokal kännedom om vilka aktiviteter som fanns på orten och hur de fungerade och kunde berätta för de andra gruppdeltagarna om sina erfarenheter, både positiva och negativa. Några deltagare upplevde exempelvis att en del föreningar inte var intresserade av att ta emot dem, vilket togs upp och diskuterades i gruppen. Detta är viktig input till fritidskonsulenter, som kan arbeta för att undanröja den här typen av hinder.

Det kan konstateras att tiden mellan grupptillfällena hade behövt vara längre för att deltagarna skulle kunna prova någon aktivitet mellan träffarna tillsammans. Trots detta var det två av deltagarna i Trelleborgsgruppen som tränade tillsammans. Så här uttryckte sig en av deltagarna.

Jag kommer till gruppträffen imorgon, men tiden passar egentligen inte så bra eftersom det krockar med innebandyn jag börjat på. Det var NN som jag träffade på kursen som tipsade mig. Vi tränade där tillsammans förra veckan.

Som framgår har den ene deltagaren tipsat den andre om en aktivitet och de har dessutom tränat där tillsammans. Det är den här typen av effekter som en gruppaktivitet kan ha. Om gruppinsatsen Onödigt ohälsa ska genomföras igen är det därför viktigt att den planeras så att det finns tillräckligt med tid mellan träffarna för att deltagarna ska hinna ta sådana initiativ.

När det gäller gruppaktiviteter kan det finnas fördelar både med att ha en homogen grupp där deltagarna har liknande förutsättningar och en heterogen grupp där olikheter kan främja erfarenhetsutbytet. De två grupperna var homogena så tillvida att deltagarna var hyfsat jämnåriga (20-31 år), hade en lindrig utvecklingsstörning och någon slags daglig sysselsättning. Däremot varierade boendeformen, några bodde tillsammans med sina föräldrar och några bodde i egen lägenhet. I Trelleborgsgruppen var det enbart män, medan gruppen i Kristianstad bestod av hälften män och hälften kvinnor. Det kan konstateras att stämningen vid grupptillfällena var lättsam och öppen och att gruppdeltagarna var nyfikna på varandra. Detta kan ha främjats av att deltagarnas livssituation såg liknande ut. En av deltagarna berättade i den uppföljande intervjun:

Hade varit kul om gruppen hade gjort något tillsammans, då skulle jag kunnat lära känna de andra deltagarna bättre.

Det var också tydligt att olikheterna i boendeform var ett positivt inslag i grupperna. Deltagarna som exempelvis bodde i egen lägenhet kunde stolt berätta om hur det var och deltagare som funderade på att flytta till egen lägenhet kunde med lätthet ställa frågor angående hur det fungerade. Detta kan tolkas som att en blandad grupp kan stimulera erfarenhetsutbytet.

4.3 GRUPPINSATSENS INNEHÅLL OCH UPPLÄGG

Kursledarna har lång erfarenhet av att leda gruppverksamhet och kom i ett tidigt skede fram till att en blandning av teori och praktik skulle vara den bästa grunden för gruppinsatsen. Se Bilaga 1 för beskrivning av innehåll och upplägg. Teoridelen bestod av en genomgång i form av powerpointpresentation om varför det är viktigt med fysisk aktivitet och vad som händer i kroppen vid fysisk aktivitet respektive vid stillasittande. Den innehöll även diskussioner om motivation och vikten av att sätta upp mål samt besök av kurator och fritidskonsulent. Kuratorn berättade om möjligheter att få stöd och hjälp exempelvis i form av kontaktperson och fritidskonsulenten berättade bland annat om vilken fritidsverksamhet som fanns i området.

Ett tecken på att deltagarna tillgodogjort sig det teoretiska innehållet är att samtliga svarade att de lärt sig något nytt om fysisk aktivitet och hälsa i frågeformuläret. Detta stämmer med kursledarnas uppfattning. Varje tillfälle började med en kortfattad repetition av vad som tagits upp vid förra tillfället och även deltagarna själva var aktiva vid denna genomgång.

Vissa deltagare tog i utvärderingen upp att de hade velat ha mer praktiska inslag. Två deltagare uttryckte sig såhär i de uppföljande intervjuerna:

Nöjd med kursen, men gärna mer praktiskt.

Saknade träning.

Det praktiska inslag som fanns med var "smygträning" som introducerades vid det första tillfället. Smygträning består av enkla övningar för muskelstyrka och cirkulation som kan göras i sittande (Balkfors & Kroon, 2009). Det fanns även planer på att besöka ett utegym men detta kunde inte genomföras på grund av svårighet att lösa transport från Vuxenhabiliteringen till gymmet. Med bättre framförhållning hade detta gått att lösa. Det hade också varit möjligt att gå igenom förslag på enkel styrketräning/hemträning i gruppen, men denna typ av insats gjordes istället vid de individuella träffarna mellan gruppstillfällena.

Svaren i frågeformulären visar att samtliga deltagare tyckte att habiliteringsinsatsen Onödig ohälsa var bra i sin helhet. De tyckte även att de olika delarna i kursen var bra. Den enda invändningen gällde informationen från kuratorn som en deltagare var kritisk till. Även kursledarna upplevde att viss information som kuratorn gav inte var så relevant, exempelvis information om lagstiftning. Om kurator ska bjudas in till gruppinsatsen fortsättningsvis är det därför viktigt att det är tydligt vad syftet är och vad kuratorn ska prata om.

När det gäller upplägget var det några personer som saknade fikapaus. Grupptillfällena var knappt två timmar med en bensträckare i mitten då det enbart serverades vatten/te/kaffe. Möjligtvis hade en längre paus gett mer utrymme för gruppdeltagarna att lära känna varandra, vilket kunde ha lett till att de kunnat hitta former för någon gemensam fysisk aktivitet.

När det gäller innehåll och upplägg i Onödigt ohälsa kan det alltså konstateras att en blandning av teoretiska och praktiska moment är att rekommendera och likaså ett förberedande möte där deltagaren har möjlighet att ställa frågor om gruppinsatsen och kursledaren har möjlighet att föra en diskussion om motivation.

4.4 GRUPPINSATSENS EFFEKT PÅ FYSISK AKTIVITET

Syftet med insatsen Onödigt ohälsa är att främja ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Konkret innebär det att deltagarna ska bli medvetna om och prova nya fysiska aktiviteter, försöka minska sitt stillasittande och öka tiden för vardagsmotion. För att ta reda på om insatsen hade någon effekt på deltagarnas fysiska aktivitet användes dels ett frågeformulär där de själv fick bedöma om det skett någon förändring, och dels en aktivitetsdagbok där de skulle föra anteckningar över fysisk aktivitet och undvikande av stillasittande. Även i den uppföljande intervjun ställdes frågor kring detta.

Det kan konstateras att de flesta deltagarna har provat någon fysisk aktivitet under kurs-tiden (exempelvis innebandy, simning och styrketräning på gym) och alla deltagare utom en anger i frågeformuläret att de har ökat tiden de lägger på vardagsmotion och minskat sin stillasittande tid. En deltagare beskriver aktiviteten smygträning såhär:

Jag har hittat min grej.

Det fanns en förhoppning om att effekten av insatsen skulle kunna utvärderas genom att mäta mängden fysisk aktivitet och stillasittande tid i en aktivitetsdagbok (Bilaga 3) och med stegräknare. Vissa deltagare använde aktivitetsdagboken, där de även kunde fylla i antalet steg per dag, men ingen deltagare gjorde det under hela kurs-tiden och vissa av de deltagare som fyllde i aktivitetsdagboken glömde att ta med den vid träffarna. Aktivitetsdagboken fungerade alltså inte som det mätinstrument som det var tänkt.

I de aktivitetsdagböcker som lämnades till kursledarna var det framför allt antalet steg per dag som var ifyllt. Antalet steg varierade mycket mellan de olika deltagarna. En deltagare med anställning i en matvarubutik gick 9-13.000 steg på arbetsdagar och något mindre under helgen. En annan deltagare med arbete inom daglig verksamhet gick ungefär 5-7.000 steg per dag oavsett om det var en arbetsdag eller ej. Båda dessa deltagare gick även till och från sitt arbete. Det var två deltagare i varje grupp som lånade stegräknare och någon deltagare hade själv stegräknare sedan tidigare. Detta kan tolkas som att många var positiva till att använda stegräknare, nyfikna på hur det fungerade och motiverade till att använda dem. En nyligen publicerad artikel av Denison (2014) tar upp svårigheterna med att mäta fysisk aktivitet och att de mått som forskare väljer när de mäter graden av fysisk aktivitet skiljer sig stort mellan olika studier. I artikeln beskrivs stegräknare som ett objektiva mått på rörelse som inte ställer stora krav på användaren. Nackdelen enligt Denison är att stegräknaren inte mäter något annat, exempelvis annan fysisk aktivitet eller intensitet, än just antalet steg. Enligt Blomqvist och Rehn (2014) stimulerar stegräknare till rörelse och gör det tydligt för personer med utvecklingsstörning vad de kan göra för att bli mer fysiskt aktiva. Det kan nämnas att rekommendationerna för vuxna är 10–12 500 steg/dag.

Under insatsen Onödigt ohälsa erbjöds stegräknare som ett frivilligt hjälpmedel för att öka den fysiska aktiviteten. Med utgångspunkt från forskning och erfarenheter från insatsen hade en mer målinriktad användning av stegräkning kunnat hjälpa vissa av deltagarna bättre. Exempelvis kunde uttalade målsättningar om ett visst antal steg per dag uppmuntras och följs upp. På så sätt hade även ett tydligt mått på måluppfyllelse erhållits. Lauruschkus (2015) har använt metoden FaR i sin avhandling om

fysisk aktivitet för barn med rörelsehinder för att komma överens med barnet och barnets föräldrar om vilken fysisk aktivitet de vill göra och vilket stöd de vill ha. Denna överenskommelse gjordes skriftligt. Studien visar att FaR är tillämpligt på barn med rörelsehinder och kan bidra till en mer aktiv livsstil. I gruppinsatsen Onödig ohälsa skulle FaR kunna användas på liknande sätt, dvs. som en skriftlig överenskommelse mellan kursledare och gruppdeltagare.

När det gäller aktivitetsdagboken kan den till skillnad från stegräknaren få med all fysisk aktivitet och även stillasittande tid. Aktivitetsdagboken ställer dock högre krav på användaren och tillförlitligheten är sämre eftersom det finns en risk för både överskattning och underskattning av aktiviteterna (Denison, 2014). En kombinerad användning av aktivitetsdagbok och mätinstrument såsom stegräknare skulle kunna ge både en nyanserad och mätbar uppfattning om effekten på deltagarens fysiska aktivitet.

4.5 AVSLUTANDE DISKUSSION

Studien visar att antalet tillfällen som grupperna träffades (tre respektive fyra) var tillräckligt, men det hade varit önskvärt att gruppinsatsen löpte under en längre tidsperiod för att få möjlighet att följa deltagarna under längre tid. Detta hade även gett deltagarna bättre möjligheter att prova på och komma igång med olika aktiviteter på egen hand eller tillsammans med någon annan deltagare medan gruppinsatsen pågick. Gruppinsatsen hade ett upplägg med teoretisk kunskap, praktisk information och gruppdiskussioner i kombination med att deltagarna skulle prova nya fysiska aktiviteter. Detta multimodala upplägg valdes för att skapa goda förutsättningar för förändrade levnadsvanor eftersom det i tidigare studier visat sig vara framgångsrikt, exempelvis i en studie av habiliteringsinsatsen *Smärtskola för ungdomar*. Hörnstedt och Skouras fick positiva effekter av ett multimedialt upplägg där kunskap om smärta och psykologiska reaktioner på smärta kombinerades med fysioterapeutiska övningar för smärthantering (FoU-rapport 11/2013).

Gruppinsatsen Onödig ohälsa kan ses som del i ett långsiktigt arbete med förändrade levnadsvanor. Den föregås lämpligtvis av en kartläggning och ett individuellt möte för att kunna bedöma deltagarens förändringsbenägenhet och motivation. Efter gruppinsatsen kan patienten dessutom behöva stöd för att kunna vidmakthålla och fortsätta utveckla nya levnadsvanor. Genom att ställa tydliga och konkreta frågor om levnadsvanor redan vid kartläggningen så blir det möjligt för de olika enheterna på Vuxenhabiliteringen att få en tydlig bild av hur behovet av denna gruppinsats ser ut, vilket skulle underlätta planeringen.

5. Slutsatser

Projektets syfte är att utveckla, prova och utvärdera en gruppinsats som en del av en strategi för långsiktigt ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Gruppinsatsen har utformats för att främja förändrade levnadsvanor för vuxna personer med funktionsnedsättning. Utvärderingen visar att gruppinsatsen Onödiga ohälsa har haft god effekt för personer med utvecklingsstörning. Den har stimulerat och motiverat deltagarna till en ökad fysisk aktivitet. Samtliga deltagare sade sig känna en ökad motivation att fortsätta med fysisk aktivitet av något slag efter insatsens avslut.

Resultaten visar att det är lämpligt att gruppinsatsen föregås av ett individuellt möte mellan kursledare och respektive deltagare. Ett sådant möte kan både stärka motivationen och skapa trygghet för deltagaren. Även kursledarna kan då få en bättre insikt i respektive deltagares förutsättningar.

Av studien framgår även att det finns flera fördelar med att låta gruppaktiviteten sträcka ut sig över längre tid, bland annat bättre möjligheter för prova-på-aktiviteter, tid för individuella möten med deltagarna och bättre förutsättningar för deltagarna att lära känna varandra.

Det kan konstateras att effekten av insatsen kan stärkas genom tydliga målsättningar och en strukturerad användning av mätinstrument, exempelvis stegräknare och aktivitetsdagbok. Ett sätt att öka motivationen att använda mätinstrument kan vara att kursdeltagarna får en egen stegräknare som de kan behålla vid kursens slut. I linje med forskning visar utvärderingen även att det kan vara värdefullt för måluppfyllelsen att patientens nätverk är delaktigt i insatsen och därmed förändringsprocessen.

Resultaten visar att gruppinsatsen gav goda förutsättningar för erfarenhetsutbyte mellan deltagarna. Mötet mellan personer i liknande situation och med samma förutsättningar kan ge deltagarna uppslag om nya aktiviteter och sätt att vardagsmotionera eller undvika stillasittande. Ett sådant erfarenhetsutbyte kan bidra till en ökad motivation att förändra sina levnadsvanor.

6. Implementering

Resultaten tyder på att habiliteringsinsatsen Onödiga ohälsa kan vara en viktig del av Vuxenhabiliteringens basutbud och bidra till arbetet med förändrade levnadsvanor avseende fysisk aktivitet. För att säkerställa studiens resultat skulle insatsen behöva genomföras enligt det utvecklade upplägget och därefter utvärderas på nytt. Ett sådant genomförande skulle då ske under en längre tidsperiod (tid för individuella och gemensamma aktiviteter samt tid för individuella möten), med tydligare målsättningar och en strukturerad användning av mätinstrument.

7. Referenser

Arnof, Y. (2008) *Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning*. Rapport 2008:13, Statens Folkhälsoinstitut, Östersund.

Balkfors, B. & Kroon, J. (2009) *Smygträning för stillasittare*. Lund: Förlaget Tre Ben.

Blomqvist, S. & Rehn, B. (2015) Fysisk aktivitet och hälsa för personer med utvecklingsstörning. *Fysioterapi*, 1: 26-32.

Caspersen, C. Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports Journal*, 100(2):126-131

Denison, E. (2014) Att mäta fysisk aktivitet: Om vikten av enhetliga och pålitliga mått. *Fysioterapi*, 8: 34-41.

DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1998) *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*. New York and London: Plenum Press.

Eklom Bak, E. (2013) *Långvarigt stillasittande*. Lund: Studenlitteratur

Folkhälsomyndigheten (2014) *Teori och vetenskap*.

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/far/teori-och-vetenskap/>

Uppgift hämtad: 2015-01-02.

FoU-rapport 11/2013 *Långvarig smärta hos ungdomar med neuromuskulär sjukdom - en utvärdering av habiliteringsinsatsen Smärtskola*. Av K. Hörnstedt & M. Skouras, FoU-enheten, Rehabilitering & Hjälpmedel, Region Skåne.

Hillsdon, M., Foster, C., Cavill, N., Crombie, H. & Naidoo, B. (2005) *The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults. A review of reviews*. Evidence briefing, NHS; 2005. London: Health Development Agency.

Kohl, H., Craig, C., Lambert, E., Inove, S., Alkandari, J., Leetongin, G. & Kahlmeier, S. (2012) The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380: 294-305.

Krummel, D.A., Koffman, D.M., Bronner, Y., Davis, J., Greenlund, K. & Tessaro, I. (2001) Cardiovascular health interventions in women. What works? *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 10(2): 117-36.

Lauruschkus, K. (2015) *Participation in physical activities and sedentary behaviour among children with physical disabilities*. Doctoral Dissertation Series 2015:15, Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University.

Leijon, M (2009) *Activating People – Physical activity in the general population and referral schemes among primary health care patients in a Swedish county*. Linköping University Medical Dissertations No 1096.

Manns, P., Dunstan, D., Owen, N. & Hely, G. (2012) Addressing the nonexercise part of the activity continuum. A more realistic and achievable approach to activity programming for adults with mobility disability? *Journal of the American Physical Therapy Association*, 92: 614-625.

Mattsson, M., Jansson, E. & Hagströmer, M. (2015) *FYSS-kapitel begrepp och definitioner*. http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_Begrepp-och-definitioner.pdf

Uppgift hämtad: 2015-07-15.

Region Skåne (2013) *Vårdprogram, Levnadsvanor för vuxna*.

<http://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-vardprogram---fillistning/vardprogram-levnadsvanor-for-vuxna.pdf>

Uppgift hämtad: 2015-01-02

Socialstyrelsen (2011) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

Umb-Carlsson, Ô. (2008) *Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning*.

Rapport 2008:18, Statens Folkhälsoinstitut, Östersund.

Västra Götalandsregionen (2011). *Medicinska riktlinjer. Fysisk aktivitet, vuxna*.

http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Dokument/forskning-utbildning/AT/AT-p%E4rmen%20pv/Fysisk_aktivitet,_vuxna.pdf

Uppgift hämtad: 2015-01-02.

WHO (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

Uppgift hämtad: 2015-07-15.

WHO (2004). *Global Strategy on diet, physical activity and health*.

http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf

Uppgift hämtad: 15-07-14.

Wu, C., Lin, J., Hu, J., Yen, C., Yen, C., Chou, Y. & Wu, P. (2010) The effectiveness of healthy physical fitness programs on people with intellectual disabilities living in a disability institution: six-month short-term effect. *Research in Developmental Disabilities*, 31: 713-717.

Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) (2011) *Rekommendationer om fysisk aktivitet*.

<http://www.yfa.se/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet/> Uppgift hämtad: 2015-01-02.

Onödig ohälsa – att må sitt bästa

HABILITERINGSINSATSENS SYFTE, UPPLÄGG OCH INNEHÅLL

Syfte

Syftet med insatsen är att främja ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande hos vuxna personer med funktionsnedsättning. En kombination av gruppverksamhet, individuellt stöd och aktiviteter används för att förändra levnadsvanor långsiktigt. Habiliteringsinsatsen är ett led i att implementera Region Skånes vårdprogram *Levnadsvanor för vuxna*.

Upplägg

Habiliteringsinsatsens genomförs som 3-4 gruppträffar med utrymme för en period av individuell träning i mitten. Vid gruppträffarna förmedlas såväl teoretisk kunskap om fysisk aktivitet som praktisk information om lokala träningsmöjligheter. Framför allt är tanken att gruppträffarna ska ge tillfälle för erfarenhetsutbyte mellan deltagarna. Mellan träffarna uppmanas deltagarna att undvika stillasittande och prova olika fysiska aktiviteter. För att synliggöra aktivitetsnivån och eventuella förbättringar används en aktivitetsdagbok. Vid behov kan deltagarna få individuellt stöd parallellt med gruppinsatsen.

Innehåll

Presentation av kursledare, syfte med kursen och upplägg.

Teoretisk genomgång om fysisk aktivitet och hälsa

- undvikande av stillasittande
- vardagsmotion
- positiva effekter av träning

Introduktion av aktiviteten *Smygträning*

- tips på övningar i vardagsmotion

Praktisk information

- användning av aktivitetsdagboken
- erbjudande om stegräknare som stöd

Om motivation

- inbjuden inspiratör berättar om sina erfarenheter
- vad skapar motivation/faktorer som underlättar (lust, meningsfullt, hanterbart, rutiner, uppföljningar, belöning, mål, ev. stöd av omgivningen)
- diskussion om motivation
- den egna motivationen

Individuella målsättningar

- samtal om målsättningar för fysisk aktivitet och stillasittande
- stöd i att sätta egna målsättningar

Individuella målsättningar

- samtal om målsättningar för fysisk aktivitet och stillasittande
- stöd i att sätta egna målsättningar

Information från fritidskonsulent

- om vikten av att ha en meningsfull fritidsaktivitet
- om befintliga aktiviteter i närområdet/kommunen
- samtal om vad deltagarna vill prova på
- tips om aktiviteter som redan provats av deltagarna

Information från kurator

- möjligheter till ekonomiskt stöd
- ledsagare och annat stöd

Individuell träning

- deltagarna provar olika aktiviteter enskilt eller i grupp
- deltagarna försöker praktisera vardagsmotion och undvika stillasittande

Återkoppling

- vad deltagarna har provat
- hur aktiviteter har fungerat
- hur det har fungerat att undvika stillasittande

Utvärdering och uppföljning

- formulär för utvärdering av gruppinsatsen
- genomgång av aktivitetsdagboken
- uppföljning av individuella målsättningar

Framtid

- fortsatt arbete för att nå målen
- stöd från habiliteringen

Habilitering & Hjälpmedel

Vuxenhabiliteringen



Onödig ohälsa - om att "må sitt bästa"!

Studier visar att en del sjukdomar kan undvikas om man rör på sig. Ibland blir det mycket stillasittande och det kan vara svårt att bryta vanor. I höst startar en grupp där vi ska försöka komma igång tillsammans.

Vi ses första gången den **tisdagen den 4 november kl. 15.00-17.00**

Därefter träffas vi:

- onsdagen den 19 november, kl. 15.00
- tisdagen den 2 december, kl. 15.00

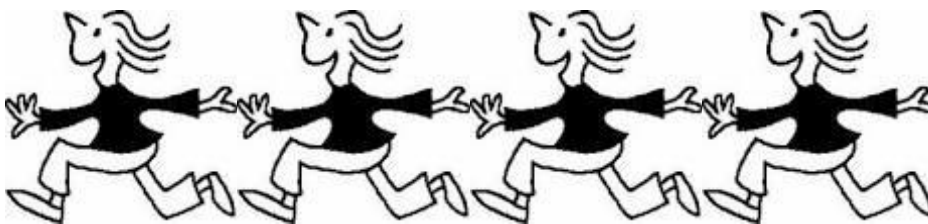
Mellan träffarna har du möjlighet att prova på olika aktiviteter. Vi ses på **Vuxenhabiliteringen i Trelleborg** (Östergatan 77).

Anmäl dig så fort som möjligt, helst innan den 24 oktober.

Du kan anmäla dig genom att ringa vår sekreterare på telefon 0410/35 98 30, eller så kan du ringa till sjukgymnast Jenny Kroon telefon 0410/359831. Du får gärna höra av dig om du har några frågor.

Om du vill får du ta med dig assistent, ledsagare eller kontaktperson.

Välkommen!



Adress: Östergatan 77, 231 45 Trelleborg
Telefon: 0410-35 98 30

Bilaga 3: Aktivitetsdagbok

Aktivitetsdagbok

Hur mycket tid har du ägnat dig åt fysiska aktiviteter

Ex bollsport, motionsgymnastik, simning, promenat, cyklat, trädgårdsarbete

Veckodag	Hur lång tid	Vad
Onsdag 19/11		
Torsdag 20/11		
Fredag 21/11		
Lördag 22/11		
Söndag 23/11		
Måndag 24/11		
Tisdag 25/11		

Har du någon gång i veckan undvikit stillasittande långa stunder ex tagit en "bensträckare"/smygtränat?

- Ingen gång
- Några gånger i veckan
- 1 gång/dag
- Flera gånger varje dag

Namn: _____

Frågeformulär om Onödig ohälsa – att må sitt bästa

Syftet med gruppinsatsen var att främja ökad fysisk aktivitet och minskat stillasittande. Du har fått veta mer om träning och hälsa och fått prova på olika aktiviteter. Nu vill vi veta vad som kan bli bättre till nästa gång. Kryssa för de svar som bäst motsvarar din uppfattning!

Vad tyckte du om *Onödig ohälsa – att må sitt bästa*?

Bra Varken bra eller dålig Dålig

Vad tyckte du om de olika delarna i *Onödig ohälsa – att må sitt bästa*?

Teori om fysisk aktivitet och hälsa	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Smygträning	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Diskussion om motivation	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Att formulera egen målsättning	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Information från fritidskonsulent	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Att prova på aktiviteter	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Information från kurator	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte
Aktivitetsdagboken	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Dåligt	<input type="checkbox"/> Deltog inte

Var det något som saknades?

Ja Nej

Om ja, vad? _____

Har du fått individuellt stöd mellan träffarna?

Ja Nej

Har du haft möjlighet att framföra dina synpunkter till kursledarna?

Ja Nej

Fick du möjlighet att dela med dig av dina erfarenheter?

Ja Nej

Lärde du dig något av de andra som deltog i gruppinsatsen?

Ja Nej

Har du lärt dig något nytt om hälsa och fysisk aktivitet på *Onödig ohälsa – att må sitt bästa?*

Ja Nej

Har du provat någon fysisk aktivitet?

Ja Nej

Om nej, varför inte? _____

Har du ökat din vardagsmotion (promenera, cykla, gå i trappor)?

Ja Nej

Om nej, varför inte? _____

Har du minskat ditt stillasittande?

Ja Nej

Om nej, varför inte? _____

Kommer du att vara mer fysiskt aktiv och mindre stillasittande i framtiden?

Ja Nej

Om nej, varför inte? _____

Övriga synpunkter:

Tack för dina svar!

Bilaga 5: Intervjuguide

Nu har vi haft kursen Onödig Ohälsa. Du missade något/några tillfälle/n.

1. Vi undrar vad det beror på?

- Ville du gå kursen?
- Ville du bli mer fysiskt aktiv? (innan kursen)
- Saknades stöd? (assistent, ledsagare, transportmöjligheter, etc.)
- Berodde det på ett misstag? (missat tiden)

2. Vad kan vi ändra på för att nästa kurs ska bli så bra som möjligt?

- Kursinnehållet eller upplägget (sjukgymnastinfo, kurator, fritidskonsulent)
Fanns delar som du inte tyckte om/som var ointressanta?
Saknade du något i kursen? (Praktisk träning?)
- Behövs mer stöd?
Från habiliteringspersonal
Påminnelser i form av SMS, telefon eller brev
Annat
- Andra veckodagar och tider för kurstillfällena
- Bättre förberedelser?
Mentalt,
motivation,
planering (tydligare målplan?)

3. Nuläge?

- Motiverad att fortsätta med fysisk aktivitet?
- Minska stillasittande?
- Vad skulle krävas för att du skulle gå en liknande kurs i framtiden?