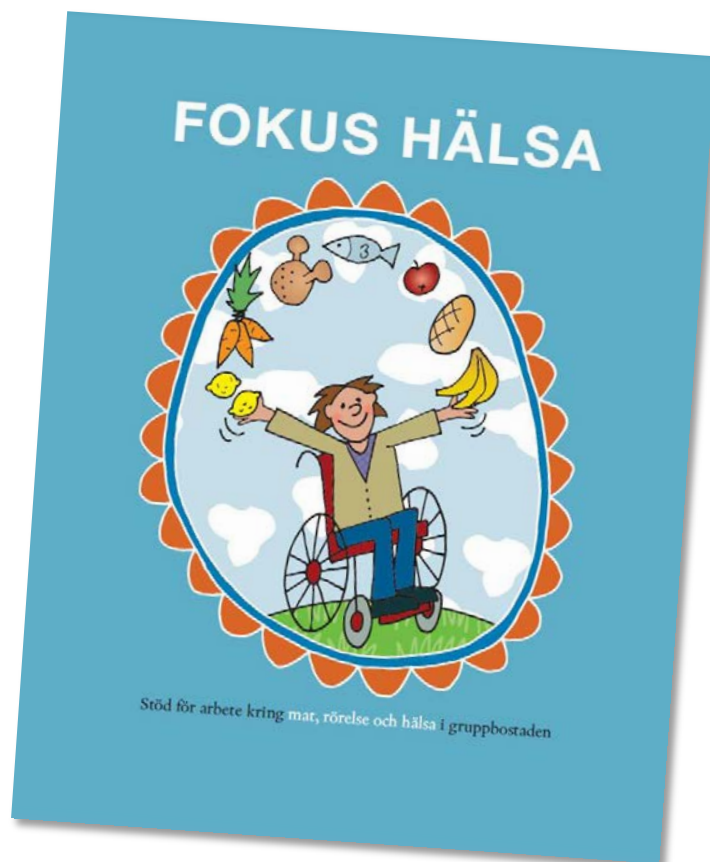


Fokus Hälsa

Erfarenheter och goda exempel från hälsofrämjande arbete i grupp- och servicebostäder



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497, 171 29 Solna

ces@sll.se



Arbetsrapport 2014: 4

ISBN 978-91-87691-16-4



Författare: Helena Bergström, Elinor Sundblom, Liselotte Schäfer Elinder



Lay-out: Viktoria Jonze

Stockholm november 2014

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Vuxna personer med utvecklingsstörning löper en kraftigt ökad risk för ohälsa och förtida död på grund av ohälsosamma levnadsvanor. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har därför utvecklat programmet *Hälsofrämjande gruppbostad*, i syfte att främja bra mat- och rörelsevanor bland vuxna med utvecklingsstörning i grupp- eller servicebostad. Programmet har visat lovande resultat i tidigare utvärdering.

Föreliggande rapport beskriver en uppföljande studie, där implementeringen av en komponent i programmet, studiecirkeln *Fokus Hälsa*, undersökts i detalj. Resultaten pekar på vikten av organisatoriska förutsättningar, chefers engagemang och personalens mandat för en lyckad implementering.

Vi hoppas att rapporten ska bidra till ett mer effektivt hälsofrämjande arbete i grupp- och servicebostäder. Sådant arbete är avgörande för en ökad jämlikhet i hälsa.

Cecilia Magnusson
Verksamhetschef
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin
Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	7
Bakgrund	8
Levnadsvanor och hälsa i gruppbo­städer	8
Fysisk aktivitet	8
Matvanor	8
Övervikt och fetma.....	8
Att främja goda lev­nadsvanor	9
Etiska dilemman	9
Personalens betydelsefulla roll	9
Hälsofrämjande grupp­bostad.....	9
Beskrivning av pro­grammet.....	9
Utvärdering av pro­grammet.....	10
Syfte.....	11
Frågeställningar	11
Metod	12
Etiska överväganden.....	13
Deltagare.....	13
Studie I (frågeställning 1 och 2):	13
Studie II (frågeställning 3):	15
Studiecirkeln Fokus Hälsa.....	16
Arbete med studiecirkeln	16
Studiecirkelmaterialets innehåll	16
Strategier för genomförande	17
En samordnare i varje kommun	17
Uppstartsträff och coachning.....	17
Datainsamling	18
Studie I (frågeställning 1 och 2)	18
Studie II (frågeställning 3)	18
Dataanalys	18
Resultat	19
Arbets­sätt för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor	19
Erbjuda fysisk aktivitet.....	19
Erbjuda hälsosam mat.....	20
Stödja individuella val	20
Öppet och professionellt arbets­klimat.....	21
Förbättra arbets­sätt	22

Utmaningar som personalen upplevde i arbetet	23
Svårt med förändring.....	23
Individens funktionsnedsättning.....	24
Etiskt dilemma	24
Samarbetssvårigheter	25
Resursbrist	25
Faktorer av betydelse vid genomförande av Fokus Hälsa	26
Behov av stödstrukturer och nyckelpersoner med handlingsutrymme.....	26
Studiecirkelnns egenskaper	26
Personalens förutsättningar	27
Organisationens kapacitet	28
Stöd utifrån	29
Diskussion	31
Arbetsätt för att främja hälsosamma levnadsvanor	31
Utmaningar i arbetet.....	31
Genomförande av Fokus Hälsa	32
Styrkor och svagheter	33
Slutsats.....	34
Referenser	35

Sammanfattning

Vuxna personer med utvecklingsstörning är en utsatt grupp med ökad risk för fetma och kroniska sjukdomar. Programmet *Hälsofrämjande gruppbostad* utvecklades för att främja bra mat- och rörelsevanor i grupp- och servicebostäder. Tre komponenter ingår i programmet, som har utvärderats och visat sig leda till förbättrade arbetsrutiner och ökad fysisk aktivitet, men inte visat effekt på matvanor eller BMI. I en ytterligare studie inkluderades av resursmässiga skäl endast en av de tre komponenterna: *Fokus Hälsa*, en studiecirkel för personalgruppen. Syftet med föreliggande rapport var att utvärdera processen vid genomförande av studiecirkeln *Fokus Hälsa* för personal i grupp- och servicebostäder.

Sammanlagt åtta kommuner, med 84 grupp- och servicebostäder deltog i utvärderingen, varav fem kommuner med 53 bostäder deltog i interventionsgruppen och övriga utgjorde jämförelsegruppen. Två olika studier genomfördes för att studera processen i interventionsgruppen. I studie I analyserades anteckningar i utvärderingshäften som fyllts i av personalgrupperna. I studie II genomfördes och analyserades intervjuer med samordnare, chefer och diskussionsledare (personal).

Studie I visade att personalen arbetade hälsofrämjande genom att erbjuda fysisk aktivitet och hälsosam mat, stödja individuella val, arbeta för ett öppet och professionellt arbetsklimat och förbättra arbetssätt, som rutiner och metoder. Utmaningar som personalen upplevde inkluderade svårigheter att genomföra förändringar, hinder på grund av individens funktionsnedsättning, det etiska dilemmat i att främja hälsosamma vanor och samtidigt stödja självbestämmande, samarbetssvårigheter i personalgruppen och med anhöriga samt resursbrist. Studie II visade att det fanns ett behov av stödstrukturer och nyckelpersoner med mandat och handlingsutrymme, för att på bästa sätt genomföra studiecirkeln. Faktorer som hade betydelse för implementeringen var studiecirkelns egenskaper, personalens förutsättningar, organisationens kapacitet och stöd utifrån.

För att genomföra studiecirkeln *Fokus Hälsa* och arbeta hälsofrämjande utifrån denna krävs att kommunen tar ett tydligt ansvar och att en samordnare får i uppdrag att organisera genomförandet. För att främja bra mat- och rörelsevanor bland vuxna i grupp- och servicebostäder krävs kreativitet från personalens sida. För att detta ska vara möjligt behövs ett öppet och professionellt arbetsklimat, och personalen måste få möjlighet till stöd och kompetensutveckling.

Bakgrund

Vuxna personer med utvecklingsstörning är en utsatt grupp med ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa (1). En sammanställning av svenska studier visar att denna ojämlikhet i hälsa gäller också för svenska förhållanden (2).

Levnadsvanor och hälsa i gruppbostäder

Fysisk aktivitet

Enligt internationella studier är det vanligt att vuxna med utvecklingsstörning inte når upp till rekommendationerna om fysisk aktivitet (3, 4). I Sverige har man sett att ungdomar med utvecklingsstörning är mindre aktiva än andra ungdomar redan i skolåldern, och i mindre utsträckning engagerade i idrott (5). I projektet *Hälsofrämjande gruppbostad* nådde 35 procent av deltagarna vid baslinjemätningen upp till det minimum om 7500 steg per dag (6) som rekommenderats (7). Det finns inga jämförbara siffror för den svenska befolkningen, men det är en något lägre andel än vad som rapporterats bland vuxna i den finska befolkningen, där cirka 50 procent av kvinnorna och 37 procent av männen nådde rekommendationen om fysisk aktivitet (8).

Matvanor

Forskning både från Sverige och andra länder visar att vuxna med utvecklingsstörning ofta har ett obalanserat matintag, och att många äter för lite frukt och grönsaker (9, 10). Deltagarna i *Hälsofrämjande gruppbostad* konsumerade i genomsnitt grönsaker vid 1,5 tillfällen per dag (6), vilket kan antas vara för lite för att komma upp i den rekommenderade mängden om 500 gram frukt och grönsaker per dag (11). Enligt en enkätundersökning om personalens arbetsrutiner visade sig också "mat och måltider" vara det delområde där det fanns störst utrymme för förbättringar (6). Det finns alltså anledning att främja ett ökat intag av grönsaker, men det är inte nödvändigtvis så att gruppen skiljer sig från den övriga befolkningen i det här avseendet. Enligt Livsmedelverket är det bara två av tio svenskar som når upp till rekommendationen om frukt och grönsaker (12).

Övervikt och fetma

Både övervikt och fetma, liksom undervikt, har visat sig vara mer vanligt bland personer med utvecklingsstörning än i den övriga befolkningen (13, 14) och enligt en svensk studie är riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom vanligare redan i tonåren (15). I *Hälsofrämjande gruppbostad* hade 49 procent av kvinnorna och 35 procent av männen fetma (6), vilket kan jämföras med 11 respektive 12 procent för kvinnor och män i befolkningen i Stockholms län (16), även om dessa data bygger på självskattning och därför sannolikt är ett par procentenheter lägre än det sanna värdet. Bland personer med utvecklingsstörning drabbas kvinnor i större utsträckning av fetma (6, 14, 17), medan det i den övriga befolkningen i Stockholms län är vanligare hos män (16).

Att främja goda levnadsvanor

Etiska dilemman

Personer med utvecklingsstörning har rätt till stöd enligt Lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS), vilket bland annat medför rätten att bo i gruppboende eller serviceboende, för den som önskar (18). Personalen i boendena ska ge individuellt anpassad omvårdnad, med hänsyn till den enskildes rätt till integritet och självbestämmande (19). Genom sitt stöd ska personalen bidra till att den enskilde kan leva sitt liv så självständigt som möjligt.

Det är inte ovanligt att personalen konfronteras med situationer då de boende gör val som negativt inverkar på deras hälsa. Att ge stöd till hälsosamma levnadsvanor utan att inkräkta på den enskildes integritet medför i dessa situationer pedagogiska utmaningar. Det är inte alltid lätt att både stödja självbestämmande och främja en god hälsa, och personalen balanserar många gånger mellan över- och underkontroll (20, 21). En intervjustudie med personal och chefer i gruppboenden i Stockholms län visar att detta är ett etiskt dilemma och att personalen väljer olika sätt att se på sin roll i det hälsofrämjande arbetet (22). I en annan svensk rapport beskrivs hur personalen brottas med olika uppfattningar om vad som är normalt och hälsosamt, vilka problem som ska rättas till och vem som ska göra det (23).

Personalens betydelsefulla roll

Regelbunden kontakt mellan personal och boende ger en möjlighet att stödja hälsosamma beteenden i vardagen, där både personal och boende kan ta en aktiv del (24). Personalen kan påverka kvaliteten i gemensamma måltider och möjligheter för fysisk aktivitet (24, 25), men också den sociala miljön i form av attityder till hälsorelaterade levnadsvanor. Eftersom vuxna med utvecklingsstörning ofta fattar beslut tillsammans med personal, är personalens motivation av stor betydelse för att främja de boendes hälsa (26).

Hälsofrämjande gruppboende

Beskrivning av programmet

Programmet *Hälsofrämjande gruppboende* inkluderar tre komponenter, som riktar sig både till personal och boende, och som beskrivs i detalj i projektets slutrapport (6) samt i en manual (27). De tre komponenterna innefattar: 1) Hälsoombud i personalgruppen, 2) *Fokus Hälsa* – en studiecirkel för personal och 3) *Hälsokörkortet* – en studiecirkel för de boende.

Att vara hälsoombud innebär att fungera som inspiratör och informationsansvarig kring mat, fysisk aktivitet och hälsa. Hälsoombuden bjuds in till nätverksträffar med olika teman, då möjligheter ges till kompetensutveckling och erfarenhetsutbyte. Studiecirkeln *Fokus Hälsa* syftar till att ge hela personalgruppen möjlighet att öka sin kompetens kring mat, rörelse och hälsa samt att diskutera och enas kring arbetsrutiner. Studiecirkelmaterialet innehåller tio olika teman, och en diskussionsledare håller i träffarna. Studiecirkeln *Hälsokörkortet* riktar sig till de boende och arrangeras av Studieförbundet Vuxenskolan. Cirkeln inkluderar tio träffar och syftet är att deltagarna ska förbättra sitt hälsomedvetande och sitt hälsobeteende på ett lustfyllt sätt.

Utvärdering av programmet

Programmet har utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie i ett 30-tal grupp- och servicebostäder i Stockholms län. Deltagande i programmet ledde till ökad fysisk aktivitet bland de boende, med en ökning av i genomsnitt 1608 steg per dag i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, samt till förbättrade arbetsrutiner enligt enkät. Inga signifikanta effekter kunde ses på BMI, midjemått, matvanor eller tillfredsställelse med livet (6).

Hög följsamhet till programmet var relaterat till en tendens till större effekt både på fysisk aktivitet och arbetsrutiner. Intervjuer med chefer och hälsoombud visade att det är viktigt att stödja motivation till förändring bland chefer, personal och boende. Engagemanget för programmet och frågorna skulle kunna stärkas genom att förbereda personalen väl (6). En av programmets styrkor var att det är anpassat till praxis i bostäderna och tillåter viss deltagarstyrning och anpassning.

Med utgångspunkt i resultaten från den första studien planerades en ny utvärdering. Av praktiska och resursmässiga skäl inkluderades enbart studiecirkeln *Fokus Hälsa* och större fokus lades på stöd i inledningsskedet. För att öka verklighetsanpassningen lades ett större ansvar för genomförandet på kommunerna.

Syfte

Syftet med denna rapport var att utvärdera processen vid genomförande av studiecirkeln *Fokus Hälsa* för personal i grupp- och servicebostäder.

Frågeställningar

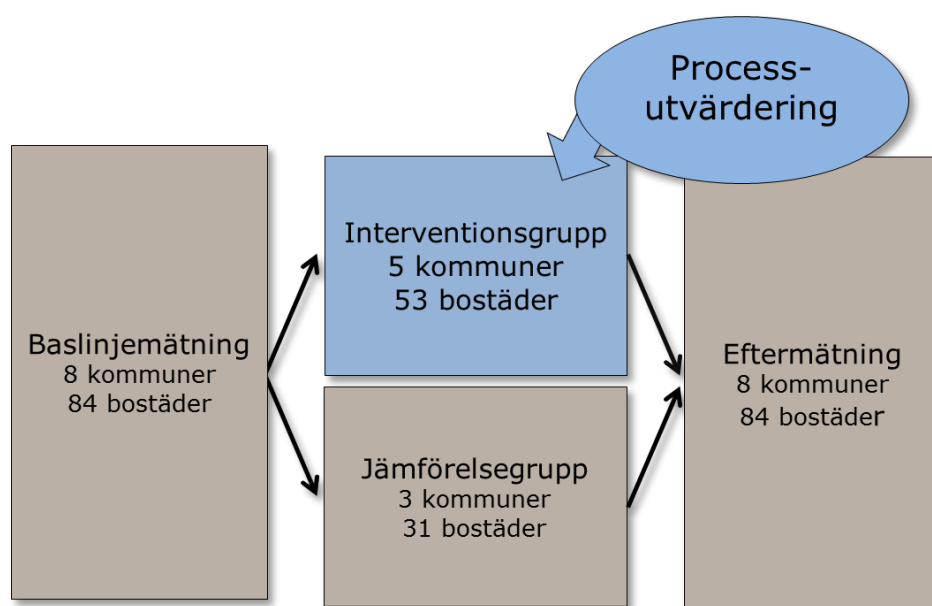
1. Hur valde personalen i grupp- och servicebostäderna att arbeta för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor utifrån studiecirkeln *Fokus Hälsa*?
2. Vilka utmaningar upplevde personalen i arbetet?
3. Vad underlättade och hindrade genomförandet av studiecirkeln *Fokus Hälsa* och det hälsofrämjande arbetet?

Metod

För att besvara frågeställningarna genomfördes en processutvärdering med kvalitativ metod. Kvalitativa metoder är användbara när man vill studera upplevelser och fenomen på djupet (28). Processutvärderingen genomfördes inom ramen för en större, kontrollerad effektstudie gällande studiecirkeln för personal "Fokus Hälsa" med baslinje- och eftermätning. Effekterna av denna studie på hälsofrämjande arbetsrutiner beskrivs kort på sidan 17.

Ett antal kommuner bjöds in att delta i projektet med samtliga, alternativt ett flertal, grupp- och eller servicebostäder, under förutsättning att kommunen ställde en lokal samordnare till förfogande. Ett bekvämlighetsurval användes, bestående av kommuner som tidigare visat intresse för hälsofrämjande arbete i grupp- och servicebostäder.

Kommunerna kunde själva välja om de ville påbörja studiecirkeln direkt eller vänta ett år, och därmed ingå i jämförelsegruppen. Sammanlagt åtta kommuner, med 84 grupp- och servicebostäder, inkluderades i projektet. Av dessa valde fem kommuner, med 53 bostäder, att påbörja studiecirkeln direkt (Figur 1). Dessa ingår i processutvärderingen.



Figur 1. Kommuner och bostäder i projektet och i processutvärderingen.

Två olika studier genomfördes, varav den första baseras på en kandidatuppsats av Nina Haraldsson (29).

1. Arbetssätt och utmaningar, studerat med löpande anteckningar i utvärderingshäfte (frågeställning 1 och 2)
2. Faktorer som underlättade eller hindrade genomförandet, studerat med intervjuer (frågeställning 3)

Etiska överväganden

Etiskt tillstånd behövdes inte för studierna eftersom de inte inkluderar information om individer. Målgruppen för interventionen var personal som arbetar i grupp- och servicebostäder. Individdata, såsom kön, ålder och nivå av utvecklingsstörning bland de boende samlades endast in på bostadsnivå. Intervjudeltagare informerades om att deltagandet var frivilligt och utlovades konfidentialitet vid rapportering av resultat, samt lämnade skriftligt informerat samtycke.

Deltagare

I processutvärderingen inkluderades de fem kommunerna i interventionsgruppen, och de 53 grupp- och servicebostäderna i dessa kommuner (Figur 1).

Studie I (frågeställning 1 och 2):

Samtliga 53 bostäder tilldelades ett utvärderingshäfte, och de som fyllde i och skickade tillbaka häftet inkluderades i studien. Sammanlagt 46 grupp- och servicebostäder fyllde i och skickade in häftet, och inkluderades därmed (Tabell 1).

Tabell 1. Beskrivning av kommuner och bostäder i studie I

Kommun	A	B	C	D	E
Gruppboende (antal)	0	6	13	3	5
Serviceboende (antal)	8	1	7	1	2
Bostäder i privat regi (antal)	0	0	1	4	0
Bostäder i kommunal regi (antal)	8	7	19	0	7
Antal boende/bostad (medel)	9,3	7,5	7,1	6,5	7,4
Ålder bland boende (medel)	39,1	42,0	51,9	42,8	41,8
Andel (%) boende med grav utv.störning/bostad (medel)	0,0	5,0	1,5	30,9	6,7
Antal personal/bostad (medel)	6,6	6,9	7,6	6,5	7,4
Andel (%) personal med relevant gymnasieutb/bostad (medel)*	94,8	97,7	73,4	69,6	88,0
Andel (%) personal med eftergymnasial utb/bostad (medel)**	11,2	2,3	18,5	11,9	33,8

*Andel personal som har utbildning inom vård/omsorg/fritid på gymnasienivå

**Andel personal som har minst 1 års eftergymnasial utbildning

De eftergymnasiala utbildningar som beskrevs inkluderade bland annat socialpedagog, socionom, arbetsterapeut och lärare samt kurser inom omvårdnad, akutsjukvård, psykiatri, socialt arbete, pedagogik, ledarskap och ekonomi.

Studie II (frågeställning 3):

I samtliga fem kommuner tillfrågades samordnaren om att delta i en intervju, och uppmanades att även tillfråga en chef och två diskussionsledare (personal) om att delta i intervjuer. Samordnarna ställde sig positiva, förutom i en kommun där det på grund av sjukskrivningar och hög arbetsbelastning inte var möjligt att genomföra några intervjuer. Sammanlagt genomfördes 15 intervjuer med samordnare, chefer och diskussionsledare i fyra kommuner (Tabell 2). Sammanlagt 13 av de 15 intervjupersonerna var kvinnor.

Tabell 2. Genomförda intervjuer i studie II (antal)

Kommun	A	B	C	D	E
Samordnare	1	0	1	1*	1
Chef	1	0	1	1*	1
Diskussionsledare	2	0	2	2	2
Totalt	4	0	4	3	4

*Intervjupersonen var både samordnare och chef

Studiecirkeln Fokus Hälsa

Syftet med studiecirkeln *Fokus Hälsa* är att ge personal i grupp- och servicebostäder möjlighet att öka sin kompetens kring mat, rörelse och hälsa samt att diskutera och enas kring arbetsrutiner.

Arbete med studiecirkeln

Personalgrupper som planerar att arbeta med *Fokus Hälsa* uppmanas att avsätta tio tillfällen á cirka 1,5 timme. Tillfällena bör planeras så att de flesta i personalgruppen kan medverka, exempelvis i anslutning till APT.

Gruppen uppmanas att utse en diskussionsledare. Diskussionsledarens uppgift är att leda diskussionerna, sammanställa gruppens beslut och sammankalla till nästa träff. Vid den sista träffen förväntas gruppen sammanställa besluten och göra en plan för hur arbetet ska följas upp och hållas levande.



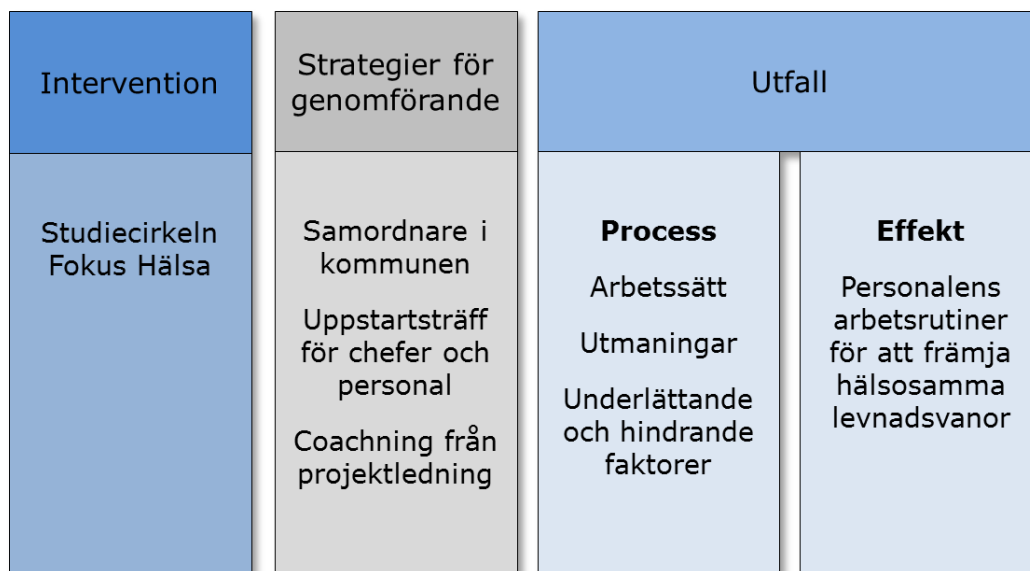
Studiecirkelmaterialets innehåll

Studiecirkelmaterialet innehåller tio teman. Varje tema innefattar en informativ text samt tre steg som gruppen arbetar tillsammans med: 1) diskutera temat, 2) identifiera styrkor och svagheter i arbetsrutiner samt 3) enas kring hur gruppen vill arbeta med förändringar. De tio temana är följande:

1. Hälsa och livskvalitet
2. Självbestämmande och etik
3. Budskap om mat och hälsa
4. Bra mat och måltider
5. Fysisk aktivitet
6. Utbud och tillgänglighet
7. Vanor och attityder
8. Motivation och stöd till förändring
9. Samarbete
10. Håll arbetet levande

Strategier för genomförande

Ett antal strategier användes för att genomföra studiecirkeln Fokus Hälsa (Figur 2).



Figur 2. Intervention, strategier för genomförande och utfall

Effekten av arbetet med *Fokus Hälsa* har utvärderats i det tidigare projektet *Hälsofrämjande gruppbostad*, där ytterligare två komponenter var inkluderade (6), och i den kontrollerade effektstudien som beskrivits i en masteruppsats (30). I korthet visar resultatet från båda studierna att arbete utifrån *Fokus Hälsa* leder till förbättrade arbetsrutiner avseende "fysisk aktivitet" och "allmänt hälsofrämjande arbete", men inte avseende "mat och måltider" (6, 30).

En samordnare i varje kommun

En samordnare utsågs i varje kommun, med uppgift att vara en kommunikativ länk mellan projektledningen och deltagarna samt att ge stöd och information till deltagarna. Samordnaren kunde exempelvis vara en koststrateg, en sjukgymnast eller en verksamhetschef och valet av person baserades på intresse, engagemang och möjligheter i kommunen.

Uppstartsträff och coachning

Innan arbetet startade arrangerades en uppstartsträff i varje interventionskommun då projektledaren (HB) fick möjlighet att träffa samordnare, chefer och personal. Vid uppstartsträffen fick alla närvarande medarbetare information om det kommande arbetet samt gavs möjlighet att ställa frågor. Chefer och personal fick under projektets gång stöd av kommunens samordnare samt kontaktuppgifter till projektledningen, så att de när som helst kunde kontakta denna. Halvvägs in i interventionen kontaktades kommunerna av projektledningen för coachning och för att höra hur projektet fortskred.

Datainsamling

Studie I (frågeställning 1 och 2)

För att besvara de två första frågeställningarna användes utvärderingshäftet "Fokus Hälsa – utvärdering". Alla bostäder i interventionsgruppen fick häftet vid projektstart, och diskussionsledaren uppmanades att fylla i det tillsammans med personalgruppen efter varje studiecirkelträff. När hela studiecirkeln var avslutad skickades häftet in per post.

Enkäten innehöll inledningsvis ett antal frågor om personalen och de boende, för att kunna beskriva bostäderna. Därefter följde öppna frågor som fylldes i efter varje tematräff: 1) Det här har vi diskuterat att vi vill förändra, 2) Sådär planerar vi att genomföra förändringarna och 3) Sådär genomförde vi förändringarna (fylls i när förändringarna är genomförda).



Studie II (frågeställning 3)

För att besvara den tredje frågeställningen genomfördes intervjuer med samordnare, chefer och diskussionsledare (personal). Intervjuer valdes eftersom det är en lämplig metod när man vill få djupare förståelse för ett fenomen där inte mycket är tidigare känt (28). Intervjuerna var semi-strukturerade och utgick från tre olika intervjuguides, för de tre olika yrkeskategorierna. Alla tre intervjuguiderna innehöll frågor om faktorer som påverkar implementering enligt en litteraturgenomgång (31).

En av författarna (ES) genomförde alla intervjuer. Intervjuerna genomfördes på deltagarnas ort, i lokal som valdes av dem, och varade omkring 30–70 minuter. Intervjuerna spelades in, och skrevs därefter ut ordagrant.

Dataanalys

All insamlad data från båda studierna analyserades med kvalitativ innehållsanalys (32), i två separata analyser. I det första steget transkriberades de handskrivna anteckningarna i utvärderingshäftena och intervjuerna. I nästa steg lästes det transkriberade materialet igenom för att få en känsla för helheten. Därefter identifierades de meningsbärande enheterna, vilka kondenserades, kodades och grupperades utifrån likheter och olikheter, så att underkategorier och kategorier bildades. I studie II identifierades dessutom ett tema, utifrån innehållet i kategorierna.

Materialet i studie I analyserades av en kandidatstudent (NH) i löpande diskussion med en av rapportens författare (HB) (29). Materialet i studie II analyserades av en av författarna (ES) i diskussion med en annan av författarna (HB).

Resultat

Arbetsätt för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor

Analysen av personalens arbetsätt visade att man med studiecirkelmaterialet som grund kommit fram till och använt sig av en mängd olika sätt att arbeta på (Tabell 3).

Tabell 3. Arbetsätt för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor

Erbjuda fysisk aktivitet	Erbjuda hälsosam mat	Stödja individuella val	Öppet och professionellt arbetsklimat	Förbättra arbetsätt
Vardagsaktiviteter	Mer hälsosamma livsmedel	Uppmuntran/motivationsarbete	Öppen dialog	Nya rutiner
Motionsaktiviteter	Mindre socker/sötsaker	Information/utbildning	Kompetensutveckling	Nya metoder/redskap
	Anpassade/mindre portioner	Individanpassa	Professionellt förhållningssätt	Involvering av de boende
	Lustfylld matstund	Ökat självbestämmande		Externt samarbete

Erbjuda fysisk aktivitet

Personalen arbetade aktivt med att erbjuda möjligheter till fysisk aktivitet, både vardagsaktiviteter och motionsaktiviteter.

Vardagsaktiviteter

Att promenera var ett vanligt sätt att få in mer fysisk aktivitet i vardagen. Personalen beskrev att de ibland delade upp ärenden så att de boende fick gå ut flera gånger. De försökte också få dem att gå till den dagliga verksamheten, istället för att ta buss eller färdtjänst. Att cykla och göra utesysslor med personal var andra sätt att öka vardagsaktiviteten, liksom att använda olika små medel för att stimulera till rörelse:

"Brukare som kan gå kan komma ut till personalen och be om viss hjälp, inte larma så personalen ska gå när det inte är något viktigt." Bostad D2

Motionsaktiviteter

I många bostäder beskrev personalen att de startat renodlade motionsaktiviteter, såsom sittgymnastik, motionsdans eller cykling på motionscykel. I vissa bostäder infördes schemalagda aktiviteter utanför bostaden, som stående tid på gym eller gympatimme i en gymnastiksal som lånades av kommunen.

Erbjuda hälsosam mat

Personalen arbetade aktivt med att erbjuda hälsosam mat, både genom att tänka på kvalitet och kvantitet.

Mer hälsosamma livsmedel

För att öka utbudet av hälsosamma livsmedel försökte personalen laga mer mat från grunden, och på så sätt använda mindre halvfabrikat. I några bostäder började man laga fler gemensamma måltider, för att på så sätt få möjlighet att laga mer hälsosam mat. Flera försökte öka utbudet av frukt och grönsaker. Detta gjordes till exempel genom att alltid servera sallad till middagen eller genom att ha en fruktskål framme.

Minska socker/sötsaker

För att minska mängden sötsaker bytte en del ut fikabröd och kakor mot frukt på fikastunderna. Andra bestämde sig för att inte tillåta sötsaker i gemensamhetslokalerna. Ett annat sätt att minska på mängden socker var att byta ut måltidsdryckerna från läsk eller saft till vatten, alternativt till light- och svagdrycker eller lättmjölk. En del bytte också ut fruktyoghurten mot naturell yoghurt med riktiga bär.

Anpassade/mindre portioner

För att förhindra överätande vid måltiderna försökte personalen anpassa portionsstorlekarna. Ett annat sätt var att låta alla ta varsin portion, och därefter ge alla möjlighet att ta mer sallad.

Lustfylld matstund

Flera nämnde vikten av en lustfylld matstund och beskrev hur man jobbade mot det, till exempel genom att duka fint.

"Vi har köpt in en vacker duk till matbordet – servetter i olika färger som används varje dag." Bostad B3

Stödja individuella val

Personalen arbetade med att stödja individernas egna val genom att motivera, informera och ge praktiskt stöd.

Uppmuntran/motivationsarbete

Personalen försökte underlätta hälsosamma val i vardagen genom att motivera och uppmuntra.

"Vi pratar väldigt mycket med våra kunder om hälsa och motion. Vi försöker motivera och få dem att förstå hur viktigt det är." Bostad C5

Information/utbildning

Det uppfattades också som viktigt att öka de boendes kunskap om mat, fysisk aktivitet och hälsa. Personalen förde löpande dialog med de boende om hälsa och berättade om nyttig och mindre nyttig mat. I en bostad satte personalen upp en bild av Tallriksmodellen så att de boende skulle se den.

Praktiskt stöd

Personalen försökte tillhandahålla praktiskt stöd genom att hjälpa till när de boende skulle göra matlistor samt vid matinköp.

"Genom att försiktigt påverka och pusha då vi hjälper boende att skriva handlingslistor och matsedlar – till att köpa och laga bra och nyttig (och god) mat." Bostad B2

Individanpassa

Personalen beskrev att de försökte anpassa arbetssätten efter individens förutsättningar och behov. Till exempel anpassade de träningsformen efter varje persons specifika funktionsnedsättning. De försökte också ge mer tid till individuella aktiviteter och sätta realistiska mål för varje individ.

Ökat självbestämmande

Att öka individens självbestämmande beskrevs som relevant utifrån tanken om att nya vanor lättare kan bli rutin om initiativet kommer från individen själv. Det kunde röra sig om att införa önskeveckor då de boende själva fick välja vilken mat som skulle serveras samt att minska ner på uttalade förbud:

"Undvika förbud, istället försöka vägleda genom att förklara och uppmuntra." Bostad E6

Öppet och professionellt arbetsklimat

Personalen beskrev att de arbetade med att öka öppenheten och stärka kompetensen inom personalgruppen, för att kunna ge ett bra stöd.

Öppen dialog

Att öppet diskutera situationer som kunde uppstå, inte minst sådana som involverade etiska dilemman, underlättade arbetet. Över huvud taget försökte personalen arbeta för enighet inom personalgruppen.

"Öka samstämmigheten i personalgruppen. Stötta varandra mer för att vi ska kunna motivera de boende till förändring" Bostad E6

Kompetensutveckling

Ett sätt att skapa ett mer professionellt arbetsklimat var genom utbildningar och föreläsningar. Det beskrevs också att man ibland tog in en expert för att få stöd, till exempel dietist, sjukgymnast, sjuksköterska eller arbetsterapeut.

"Dietist inbjuden och gav oss information om Svenska näringsrekommendationer." Bostad C9

Professionellt förhållningssätt

Att ha ett professionellt förhållningssätt gentemot de boende innefattade att försöka vara en sund förebild, genom att till exempel inte äta sötsaker framför de boende. En annan viktig aspekt för ett professionellt förhållningssätt var att hålla privata tankar och åsikter borta angående hälsosamma vanor, och istället luta sig mot fakta.

"Hålla privata tankar från personal borta angående dieter och istället försöka få till träff med en kostcoach" Bostad A7

Förbättra arbetssätt

I flera bostäder beskrev personalen att de arbetade fram nya rutiner eller införde nya metoder och arbetssätt.

Nya rutiner

Ett sätt att införa nya rutiner var att schemalägga fysisk aktivitet. I en del bostäder försökte personalen få mer tid till fysisk aktivitet genom att omprioritera och ta tid från andra aktiviteter, som städning.

"Vi lägger om schemat för att få mer tid tillsammans med brukarna och på så vis öka möjligheterna till motion." Bostad A7

En annan rutin som infördes i vissa bostäder var att diskussioner om hälsa fick ta plats som en punkt på möten. Ett sätt var att införa en stående punkt på personalmötena, till exempel "Kost och hälsa". Ett annat sätt var att införa regelbunda samtal om kost och hälsa med de boende, till exempel i samband med kvällskaffet.

Nya metoder/redskap

Personalen försökte införa nya aktiviteter kring både fysisk aktivitet och mat. De letade efter aktiviteter i närområdet som de boende kunde delta i och ordnade temakvällar med nya maträtter. Vissa bostäder hade möjlighet att köpa in nya redskap att använda i det hälsofrämjande arbetet. Exempel var en kolsyremaskin för att minska läksdrickandet, en mixerapparat för att göra smoothies och både vanlig cykel och motionscykel. I en bostad beskrev personalen att de hade införskaffat ett grönsaksland, där de boende kunde odla och sedan använda grönsakerna. I några av servicebostäderna fanns inga gemensamma kök, och i ett av dessa ville personalen bygga kök.

"Bygga ut så vi får ett gemensamt kök så det finns möjligheter till gemensamma måltider." Bostad A1

Involvering av de boende

I flera bostäder arbetade personalen med att involvera de boende mer i köksaktiviteterna och ge dem ökat inflytande över vilken mat som serverades. På så vis hoppades man öka deras engagemang i och kunnande kring matlagning och mat i allmänhet.

Ökat samarbete

I flera bostäder arbetade personalen för att förbättra samarbete med externa aktörer. Man tog till exempel hjälp av en diabetessjuksköterska vid utformning av maträtter och förbättrade samarbetet med den dagliga verksamheten.

"Vi vill öka kontakten med de dagliga verksamheterna för att få bättre insyn angående kost och motion så vi kan anpassa det till boendet." Bostad B4

På flera ställen försökte personalen också förbättra samarbetet mellan grupp- och servicebostäder i samma kommun. På så sätt blev det möjligt att arrangera aktiviteter tillsammans och bjuda in varandra till respektive bostäder.

Utmaningar som personalen upplevde i arbetet

Genom analysen framkom att personalen stötte på ett antal utmaningar i det hälsofrämjande arbetet (Tabell 4). Utmaningarna involverade såväl de boende som personalen själva och rörde sig från det individuella planet till det organisatoriska.

Tabell 4. Utmaningar som personalen upplevde i samband med det hälsofrämjande arbetet

Svårt med förändring	Individens funktionsnedsättning	Etiskt dilemma	Samarbets-svårigheter	Resursbrist
Schema-lägnings-svårigheter	Intellektuella hinder	Rätt till självbestämmande	Konflikter i personalgruppen	Kostnader
Omställnings-svårigheter	Fysiska begränsningar	Bristande intresse	Samarbets-svårigheter med anhöriga	Tidsbrist Lokalbrist

Svårt med förändring

Både personalen och de boende upplevde utmaningar med att förändra arbetssätt och vanor, enligt personalen.

Schemaläggningssvårigheter

Det kunde vara svårt att få ny planering att fungera eftersom krocker kunde uppstå i schemaläggningen. Ibland fungerar det bättre att vara flexibel än att planera in aktiviteter på bestämda dagar.

Omställningssvårigheter

Personalen beskrev att det kunde vara svårt för de boende att ändra på djupt rotade vanor, som de kanske haft sedan barndomen. En del boende tyckte inte om de förändringar som föreslogs.

"Vi har mött en del motstånd. Vatten som måltidsdryck och frukt som fika är inte alltid uppskattat." Bostad C12

Personalen kunde också uppleva att det var svårt att ändra på inarbetade arbetssätt. Många gånger hade personalen arbetat på ett visst sätt under lång tid.

"Tyvärr har det delat personalgruppen i två läger. Alla har inte lätt för förändring men vi jobbar ständigt för att få med oss alla. Gamla vanor är svåra att bryta." Bostad C10

Individens funktionsnedsättning

Vissa utmaningar som kan relateras till den boendes funktionsnedsättning lyftes fram, såväl den intellektuella som fysiska.

Intellektuella hinder

Den intellektuella nedsättningen kunde medföra att det blev svårt för de boende att förstå meningen med hälsosamma vanor. Många saknade, enligt personalen, förmågan att se långsiktigt, och då blev det svårt att förstå varför vissa handlingar, eller avsaknaden av dem, kunde få framtida negativa konsekvenser.

*"Dom boende är inte riktigt kapabla att förstå anledningen om kost och hälsa."
Bostad B5*

Personalen beskrev att rutiner var viktigt för en del boende, och att det var viktigt för dessa personer att saker och ting skulle vara som de alltid varit. Då blev förändring en ytterligare utmaning.

"Svårt förändra en vana hos en person som är beroende av rutiner som är lika alla dagar och som gör lika alla dagar." Bostad D5

En del boende hade, enligt personalen, minnessvårigheter. Det kunde leda till att någon helt enkelt glömde bort att äta upp frukten som låg i kylskåpet. Den nya hälsosamma inriktningen på arbetet kunde, enligt personalen, också upplevas som stressande för en del av de boende.

"För de som har problem med vikten och redan pratar kost/motion kan det bli stressigt att vi pratar ännu mer om det." Bostad A4

Fysiska begränsningar

Eftersom många personer med utvecklingsstörning också har en fysisk funktionsnedsättning kunde detta innebära utmaningar i det hälsofrämjande arbetet. Vissa personer använde rullstol och för dem kunde det bli svårt att utföra vissa fysiska träningsmoment.

Etiskt dilemma

I flera bostäder beskrevs utmaningar relaterat till att respektera individens rätt till självbestämmande och samtidigt arbeta aktivt för att främja hälsosamma levnadsvanor.

Rätt till självbestämmande

Personalen upplevde att det var svårt att påverka de boendes matvanor när de själva ansvarade för inköpen och för matlagningen. Även om personalen lyckades påverka de boende att välja hälsosamma livsmedel i affären kunde de uppleva att de ändå inte kunde påverka matlagningen.

"Då det är en person med självbestämmande så uppstår ganska många konflikter när vi personal kommer med förslag som brukaren inte själv vill, därför kan det bli negativt." Bostad D5

Bristande intresse

Personalen upplevde att det var svårt att motivera till fysisk aktivitet och en hälsosam livsstil. Även om de boende till en början visat intresse för en ny aktivitet var det ofta så att intresset mattades av efter en tid.

"[De boende är] svåra att motivera. Samt är inte intresserade och vilja finns ej. De boende ser inte motion som något positivt. De boende tycker att de rör på sig via arbetet." Bostad D3

Samarbetssvårigheter

Från vissa bostäder rapporterades att det uppstått konflikter inom personalgruppen, men även mellan personal och anhöriga.

Konflikter i personalgruppen

Personalen upplevde att det ibland var svårt att uppnå samstämmighet i personalgruppen och fatta beslut som alla kan stå bakom.

Samarbetssvårigheter med anhöriga

Ibland förekom samarbetssvårigheter med anhöriga. I vissa fall kom personalen och de anhöriga inte överens om hur det hälsofrämjande arbetet skulle se ut.

"Svårigheter att samordna boendes vanor med anhöriga och samhällets syn på kost m.m." Bostad B7

Resursbrist

I flera bostäder beskrev personalen att brist på resurser utgjorde ett hinder för att arbeta med studiecirkeln och med hälsofrämjande arbete.

Kostnader

Personalen beskrev att kostnader kunde utgöra ett hinder för det hälsofrämjande arbetet. Till exempel beskrevs att det kunde vara dyrt att handla ekologiskt och att köpa råvaror av hög kvalitet.

Tidsbrist

Brist på tid upplevdes som ett hinder för att genomföra studiecirkeln.

"Överhuvudtaget har det varit svårt att hitta tid och fokus för att gå igenom Fokus Hälsa." Bostad E5

Lokalbrist

Lokalbrist beskrevs som hinder i någon av bostäderna på grund av avsaknad av gemensamt kök. Utan ett gemensamt kök blev det svårt att laga god och hälsosam mat tillsammans med de boende.

Faktorer av betydelse vid genomförande av Fokus Hälsa

Analys av intervjuerna visade att faktorer som hade betydelse inkluderade studiecirkelns egenskaper, personalens förutsättningar, organisationens kapacitet och stöd utifrån (Tabell 5).

Tabell 5. Faktorer av betydelse vid genomförandet av Fokus Hälsa i grupp- och servicebostäder

<i>Behov av stödstrukturer och nyckelpersoner med handlingsutrymme</i>			
Studiecirkelns egenskaper	Personalens förutsättningar	Organisationens kapacitet	Stöd utifrån
Relevans	Upplevt behov	Arbetsklimat	Inspiration och stöd
Användbarhet	Engagemang och intresse	Organisering av arbetet	Kommunens ansvar
Möjlighet till anpassning	Diskussionsledarnas kompetens	En stödjande samordnare	Resurser

Behov av stödstrukturer och nyckelpersoner med handlingsutrymme

Temat belyser behovet av en stödjande struktur, där kommunen har ett tydligt ansvar, och ger mandat till en samordnare att driva ett utvecklingsarbete för att främja bra mat- och rörelsevanor bland de boende. Förändringsarbetet bör svara mot upplevda behov i verksamheterna och samordnare, chefer, diskussionsledare och övrig personal behöver handlingsutrymme samt stöd och resurser.

Studiecirkelns egenskaper

Relevans

Personalen upplevde att materialet fängade relevanta och viktiga frågor och gav ett bra underlag för diskussioner. Personalen arbetade ofta redan aktivt med frågorna, men fick bekräftelse på att de gjorde ett bra jobb samtidigt som de fick nya perspektiv.

"Jag tror just att det kan bli en annan infallsvinkel, det finns redan ett problem som man är medveten om men i och med det här materialet så kan man lyfta blicken eller få en annan infallsvinkel, reflektera lite över sig själv." Samordnare Kommun C

En del uppfattade att materialet passade bättre i gruppboende än i serviceboende. Man hänvisade till att i det i gruppboende görs fler gemensamma aktiviteter, och att det då är det lättare att påverka. Personal i serviceboende påpekade också att ordet "gruppboende" användes genomgående i materialet, vilket gjorde att det blev svårare att känna igen sig.

Användbarhet

Materialet uppfattades som konkret och lätt att förstå, utan svåra fackuttryck. Texterna uppfattades som lagom långa och tidsåtgången som rimlig. Innehållet gav en anledning och en möjlighet att få diskutera för personalen angelägna frågor.

"Och sedan att man får tid att sitta ner och prata och diskutera, det är ju det vi har känt såhär, vi har kunnat diskutera så mycket och lyfta fram så många saker."
Diskussionsledare Kommun D

En del upplevde att tio teman med tio träffar var för omfattande. Förslag som kom upp inkluderade att ha färre teman, eller att arbeta med temana under längre tid.

"Det gick nog bra, men jag tyckte att tio punkter var lite mycket. För man snappar upp massor med bra, men så fortsätter man på nästa, nästa sedan har man glömt vad som var bra, så det kanske bara skulle ha varit... eller man kanske kan göra det flera gånger och ha, kanske bara ha fem till att börja med." Diskussionsledare Kommun A

Vissa av de intervjuade saknade ett material för de boende. Möjligheten att inkludera anhöriga och gode män lyftes också.

Möjlighet till anpassning

Alla frågor uppfattades inte som relevanta i alla bostäder, och det diskuterades därför i vilken utsträckning det var möjligt att anpassa materialet. En del upplevde att det gick utmärkt att anpassa materialet efter förutsättningarna på den egna arbetsplatsen/bostaden, medan andra tyckte att det var svårt.

"Nej, det gjorde vi inte [anpassade] utan vi tänkte att nu använder vi materialet som det är för att se, det man gjorde möjligen då som en anpassning det är ju det här att det som inte funkar i en servicebostad får man ju helt enkelt formulera om själva, men ingenting sådär som jag gått in och styrt eller petat med utan diskussionen har varit fri." Samordnare Kommun A

Personalens förutsättningar

Upplevt behov

På vissa arbetsplatser upplevde personalen att det fanns ett stort behov av att arbeta hälsofrämjande kring mat och rörelse, och därför var intresset för att engagera sig i arbetet stort. På andra arbetsplatser såg personalen inte samma behov, och då var intresset svagare. I en del bostäder upplevde personalen att de redan "var på banan" och arbetade på ett bra sätt med frågorna. En del beskrev att arbetet med Fokus Hälsa ändå gav en "kick", medan andra tyckte att det inte tillförde så mycket nytt.

Engagemang och intresse

Det upplevdes som viktigt att personalgruppen är engagerad och intresserad. Det berättades att ett nytt initiativ kan vara roligt ett tag, men att det krävs engagemang för att det inte ska rinna ut i sanden med tiden. Det kan underlätta om det finns någon i personalgruppen som brinner för frågan.

"Hos oss är det ganska tufft med nya grejer. Det är inte det att de är ovilliga men de går lätt in i gamla spåren igen. ...det är svårt med det nya ...och komma igång med det nya och behålla dem. Jag skulle inte säga att de är emot nya grejer, men det rinner ofta ut i sanden." Diskussionsledare Kommun A

Chefens engagemang upplevdes som mycket viktigt. En del beskrev att det hade varit värdefullt att ha med chefen vid cirkelträffarna medan andra beskrev att chefen inte behövde vara med. Några ansåg att medarbetarna kunde bli tysta om chefen var med, men oavsett ansågs det viktigt att chefen visar engagemang och finns nära till hands. Om chefen inte var tillräckligt engagerad upplevdes det som en brist.

"Stödet har funnits där, men han kanske inte är intresserad i den bemärkelsen att han blir engagerad... har lagt ansvar väldigt mycket på mig och det har ju varit mitt ansvar, men ändå att man behöver någon som pushar en lite ibland kanske då." Samordnare Kommun E

Diskussionsledarnas kompetens

Det framkom att det är bra om diskussionsledaren har kunskap om hälsofrågor, men att det också kan vara bra om diskussionsledaren har ledarerfarenhet. Att vara diskussionsledare kunde upplevas som en utmaning och ibland kännas ensamt. En uppfattning var att diskussionsledarna måste väljas med omsorg. Det diskuterades också att diskussionsledarna måste få det stöd de behöver för att klara uppgiften.

"Saknat att träffa andra kostombud... kunnat prata om hur man pratat om grejorna, för det är inte så lätt alltid... Jag är ju ingen ledartyp, så det är svårt att sitta här och..." Diskussionsledare Kommun D

Organisationens kapacitet

Arbetsklimat

På flera ställen beskrevs ett bra arbetsklimat med en trygg arbetsgrupp som arbetade mot samma mål. Dessa förutsättningar, tillsammans med ett positivt förändringsklimat, underlättade genomförandet av Fokus Hälsa. När det fanns olika värderingar, viljor och ambitionsnivåer i personalgruppen försvårades däremot arbetet eller föregicks av fler diskussioner. I några fall beskrevs en turbulent arbetssituation med chefs- och personalbyten, vilket medförde att det blev svårt att fokusera både på studiecirkeln och det allmänt hälsofrämjande arbetet.

"Vi har haft det lite turbulent eller vad man ska säga, men vi har bytt chef och det är några som har slutat eller pension och lite sådant där så det är så mycket, och så har det kommit in nya och sedan har det varit liksom, allting har blivit lite kaosartat." Diskussionsledare Kommun A

Organisering av arbetet

Hälsofrämjande arbete, som Fokus Hälsa, måste planeras in och hjälp för denna planering efterfrågades. Det var viktigt att cheferna möjliggjorde arbetet genom att prioritera, planera, skapa rutiner och följa upp. Exempel som nämndes var att arbetet tas upp i genomförandeplanen, läggs in i årsflödet eller årsagendan och att utvärdering planeras. Ett annat förslag var en pärm som upprättas för personal och vikarier.

"Så då har vi lagt in det i årsflödet två gånger om året, och sedan håller jag på att jobba med ett dokument som vi ska ha i kvalitetshandboken som vikarierna får när de kommer så att de ska få den här informationen så fort de blir introducerade" Diskussionsledare Kommun C

Många planerade träffarna i samband med APT, som ibland förlängdes för detta ändamål. Det var viktigt att tänka igenom schemaläggning samt att planera tiden, eftersom många arbetsuppgifter konkurrerar om tiden. 1,5 timme per gång upplevdes som tillräckligt om deltagarna var fokuserade, strukturerade och förberedda.

Att organisera diskussionsledarna, som ibland också var hälsoombud eller kostombud, i ett nätverk för avstämning och erfarenhetsutbyte beskrevs som en strategi för att underlätta arbetet. En uppfattning var att detta nätverk bör fungera först, innan man påbörjar ett arbete med en studiecirkel.

"Man skulle ha samlat bara dem (diskussionsledarna) också vid något tillfälle och gått igenom... eller att de hade vid den stora informationen kanske fått stanna kvar och fått lite extra. Eller att man hade kanske kunnat samla dem, gjort någon avstämning alltså så att de hade kunnat utbytt lite tips och idéer alltså nån form av nätverk." Samordnare Kommun C

En stödjande samordnare

Samordnaren kan vara "spindeln i nätet" och det betonades att rollen måste vara tydlig för både chefer och personal. En bra samordnare bör, enligt intervjupersonerna, hålla kontakten, ge stöd, kalla till möten och följa upp. Samordnaren hade en coachande roll under genomförandet och gav, i olika utsträckning feed-back. Denna sammanhållande funktion upplevdes som mycket viktig.

"Jag tror att vem det än är så behövs det någon sammanhållande person. Som drar igång och pushar på och ser till att mötena blir inbokade och allt det här." Samordnare Kommun A

Flera diskussionsledare upplevde att de hade tät kontakt med och bra stöd från samordnaren. En del samordnare arrangerade att diskussionsledarna kunde träffas och utbyta erfarenheter. Detta uppskattades, och en del önskade att de hade kunnat träffas oftare. I en av kommunerna fanns en kostpedagog som fungerade som samordnare och som kunde arbeta både strategiskt och nära verksamheterna. Denna roll beskrevs som en framgångsfaktor och ett unikt sätt att arbeta med särskilt kostfrågorna.

"Det är ju positivt att ha en sådan för jag menar det blir ju lite mer att man, jaha och det glöms inte bort och så. För det, jag tror det är viktigt med kost och hälsan och jag tror att skulle man inte ha henne så tror jag mycket mer skulle rinna ut i sanden." Diskussionsledare Kommun A

Stöd utifrån

Inspiration och stöd

Det upplevdes som viktigt att gå igenom upplägg och material innan start. Den inledande föreläsningen av projekledaren (HB) uppfattades som en bra avspark.

"Ja det blev väldigt bra, det var väldigt bra att hon [HB] kom hit i början där och pratade om det med hälsa, just det här att det är många saker som ingår i begreppet hälsa, det tyckte vi, det var väldigt uppskattat. Jag tror det är jättebra att få en sådan avspark att vad det är det här hälsa." Samordnare Kommun A

Att vara med i en forskningsstudie bidrog till känslan att delta i något betydelsefullt och att ha lite press på sig utifrån beskrevs som viktigt för genomförandet. Tidsramar och extern påtryckning bidrog, enligt interjupersonerna, till att projektet inte rann ut i sanden.

"Om man vet att det ska komma någon och fråga hur det har gått... då vet vi att någon kommer från er och frågar oss om fyra månader, hur har det gått och märker ni någon förändring eller något. Då har men en press, osynlig press på sig att nu måste vi sköta detta och sedan kanske man har fått in den här lilla förändringen efter fyra månader och fortsätter efter sedan." Diskussionsledare Kommun A

Kommunens ansvar

Det uppfattades som att ansvaret för det hälsofrämjande arbetet bör ligga på kommunen, som bör ansvara för policy och uppföljning. De lokala politikerna bör vara införstådda och engagerade. Det framhölls att funktionshinderverksamheten är liten och sårbar och lätt kan glömmas bort. En chef menade att det kan vara bra att jämföra med till exempel skola och äldreomsorg för att få politikerna att få upp ögonen.

"Tyvärr är det så, och det är så i det mesta av våran verksamhet, kan man koppla det någon slags jämförelse med äldreomsorgen och samtidigt tala om det som då är skillnaden, för det är ju en jätteskillnad." Chef Kommun A

En tydlighet om att få arbeta med hälsofrågor önskas från kommunen. Riktlinjer och ett tydligt uppdrag efterfrågades bland de som intervjuades. För att samordnaren ska kunna fungera i sin roll är det viktigt att han eller hon har ett tydligt mandat. Det måste finnas ett uppdrag och ramar inom vilka samordnaren kan ha fria händer.

Resurser

En fördel med Fokus Hälsa var att det inte var så kostsamt att genomföra, bland annat eftersom det inte tog alltför mycket tid. Att arbeta hälsofrämjande, till exempel utifrån Fokus Hälsa, kan ses som ett konkurrensmedel och fungera som ett kvalitetsmått vid upphandling.

Många olika arbetsuppgifter konkurrerade om tiden, som upplevdes som begränsad. Det fanns inte alltid tid att genomföra studiecirkeln, och om det funnits mer tid hade diskussionerna troligtvis kunnat bli bättre. Cheferna hade mycket att göra, och därför i vissa fall inte tillräckligt med tid för att engagera sig.

I vissa fall erbjöd kommunen resurser i form av lokaler och stöd, vilket beskrevs som betydelsefullt. I en kommun var det möjligt att låna en idrottssal. I en annan kommun beskrevs att det fanns ett team av stödpersoner att tillgå, bland annat en dietist. Det framhölls att kommunen måste vara beredd att lägga resurser för att det ska bli resultat.

"Om man verkligen skulle vilja ha genomslag, att det skulle fungera, då skulle man ju behöva avsätta tid för en person ...vill man att det verkligen ska fungera då behöver man kanske investera lite, lite mer." Samordnare Kommun C

Diskussion

Arbetsätt för att främja hälsosamma levnadsvanor

Personalen beskrev många olika sätt att främja hälsosamma levnadsvanor genom att erbjuda nya möjligheter till fysisk aktivitet och hälsosam mat samt genom att förbättra sina egna arbetsätt. Detta inkluderade även att stödja individernas egna val genom att motivera, informera, ge praktiskt stöd, individanpassa och genom att stimulera till ökat självbestämmande.

Effektutvärderingen av *Hälsofrämjande gruppbostad* visade att programmet ledde till förbättrade arbetsrutiner och ökad fysisk aktivitet bland deltagarna, men inte till några förändringar i matvanor (6), och därför behövs ytterligare utvecklingsarbete kring att stödja bra matvanor. Resultaten av den här studien säger ingenting om vilka arbetsätt som är mest effektiva, men visar på många möjliga förslag. När det gäller idéer till att främja hälsosamma matvanor beskrevs möjligheten att erbjuda hälsosam mat i trevlig miljö. För att stödja de boendes individuella val användes dialog och pedagogiska bilder för att förklara samt praktiskt stöd vid planering och inköp av mat. Enligt en studie om hälsoutbildning för vuxna med utvecklingsstörning är det viktigt att använda olika pedagogiska strategier för att möta olika behov när man ska stödja målgruppen till hälsosamma levnadsvanor (33).

En annan viktig faktor handlade om arbetsklimatet och kompetensen i personalgruppen. För att personalen ska kunna ge stöd och vara goda förebilder måste en öppen dialog kunna föras i personalgruppen och ett professionellt förhållningssätt eftersträvas. Privata åsikter om mat och hälsa måste tonas ned till förmån för näringsrekommendationer som bygger på vetenskaplig evidens. Personalen har varierande utbildningsbakgrund (34) och det är därför viktigt att säkerställa kompetensen. Det är av allra största vikt att personalen får kompetensutveckling och stöd av externa experter inom olika hälsoområden.

Nya arbetsätt kan utarbetas, i form av nya rutiner, nya metoder och redskap, involvering av de boende och externt samarbete. Personalen i de deltagande bostäderna uppvisade stor kreativitet, och de möjliga arbetsätten inkluderade allt från regelbundna samtal med de boende vid kvällskaffet till iordningsställande av grönsaksland. Personer med utvecklingsstörning är en heterogen grupp med skiftande behov och önskemål och därför krävs kreativitet och engagemang från personalen. Resultaten av den här studien visar att det finns många möjliga sätt att arbeta för att främja hälsosamma levnadsvanor.

Utmaningar i arbetet

Att arbeta med studiecirkeln *Fokus Hälsa*, och med utgångspunkt i denna bedriva ett hälsofrämjande arbete, innebar en mängd utmaningar för deltagande personal. De boendes intellektuella och kognitiva nedsättningar upplevdes som utmanande då det handlade om att motivera till en hälsosam livsstil. Att stödja de boende till ökad kunskap om hälsosamma levnadsvanor är samtidigt viktigt eftersom låg hälsolitteracitet, som beskriver förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa och sjukdom, är associerat med sämre hälsa (35).

Att ställas inför situationer där man måste fatta beslut som går emot antingen den boendes rätt till självbestämmande eller emot det hälsofrämjande arbete man försöker bedriva verkar vara vardagliga utmaningar för en stor del av personalen i grupp- och servicebostäderna. Detta kan även leda till samarbetssvårigheter när personalen har olika uppfattningar. Tidigare studier som genomförts med personal som arbetar i grupp- och servicebostäder har påvisat att det är av stor vikt att personalen får kunskap och stöd att hantera dessa situationer på bästa sätt (22, 36).

I grupp- och servicebostäder finns ekonomiska begränsningar, och deltagande i studien innebar heller inga extra resurser. Studiecirkeln *Fokus Hälsa* ska kunna genomföras utan stora extra resurser, men det krävs trots allt att personalen får tid att träffas samt att en samordnare ges tid och möjlighet att koordinera genomförandet. Det kan också upplevas svårt att genomföra förändringar när budgeten är stram. Personalen upplevde brist både på tid och på finansiella resurser, vilket även kommit fram som en begränsande faktor i tidigare studier (22, 36).

Genomförande av Fokus Hälsa

Studiecirkeln innehåll uppfattades som relevant och svarade mot upplevda behov i personalgrupperna. Alla aspekter var dock inte relevanta i alla bostäder, och det är därför viktigt att personalen upplever att de kan anpassa materialet efter lokala behov och förutsättningar. När man implementerar ett hälsofrämjande program är det viktigt att kompatibiliteten, det vill säga överensstämmelsen med befintliga värderingar och praxis, är hög, liksom att programmet är flexibelt och anpassningsbart (31).

Det upplevdes som viktigt att personalgruppen är intresserad och att chefen visar engagemang. En studie av implementeringen i projektet *Hälsofrämjand gruppbostad* visade att det är viktigt att stödja motivationen till förändring bland chefer, personal och boende (37). Slutsatsen i den studien var bland annat att det är viktigt att förbereda och motivera personalen i god tid innan programmet genomförs. I den här studien framkom det också att det är viktigt att diskussionsledarna väljs med omsorg och får det stöd de behöver både innan och under genomförandet, eftersom uppgiften kan uppfattas som utmanande.

Arbetsklimat och organisering av arbetet var viktiga förutsättningar för genomförandet av studiecirkeln. Alla kommuner utsåg en samordnare, och den här rollen visade sig vara mycket betydelsefull. Det är väl känt att organisatorisk kapacitet är viktig vid implementering (31). I den tidigare studien *Hälsofrämjande gruppbostad* var ledningen för forskningsdelen av projektet i högre grad involverad och uppfattades som en viktig stödfunktion (37). När en kommun självständigt ska organisera och genomföra en satsning av den här typen är det troligt att en person i samordnarroll är oundgänglig. Samordnaren har bland annat möjlighet att förbereda och motivera personalen, samt ge diskussionsledarna det stöd som efterfrågades.

Det uppfattades som att ansvaret för det hälsofrämjande arbetet bör ligga på kommunen, och att detta bör göras tydligt genom t.ex. skriftliga riktlinjer eller policy och att uppföljning sker. Kommunen bör tydligt visa vilka frågor som är prioriterade och kan stödja genomförandet genom att utse nyckelpersoner som driver det praktiska arbetet, och genom att ge dessa handlingsutrymme och nödvändiga resurser.

Styrkor och svagheter

Enligt vår vetenskap är detta är den första studien i Sverige som har undersökt hur personal i grupp- och servicebostäder arbetar hälsofrämjande vilket tyder på att det finns en kunskapslucka som denna rapport bidragit till att fylla. En svaghet är att det inte alltid framkom i anteckningarna i utvärderingshäftena ifall de diskuterade arbetsätten faktiskt hade genomförts eller om de stannat vid att vara en diskussion. Tidigare studier visar dock att arbetet med *Fokus Hälsa* faktiskt leder till förbättrade arbetsrutiner (6, 30), och det är därför rimligt att anta att många av de beskrivna förändringarna faktiskt genomförts.

Studiernas tillförlitlighet stärks av att analyserna kontinuerligt diskuterats av två personer, samt av att citat inkluderats i redovisningen (32). Genom att kontexten beskrivits i detalj är det möjligt att överföra resultaten till liknande sammanhang, det vill säga andra grupp- och servicebostäder i Sverige. Interventionen genomfördes i kommuner som hade ett intresse av att arbeta hälsofrämjande i grupp- och servicebostäder, och ett initialt intresse kan därför antas vara en förutsättning för att uppnå liknande resultat som i den här studien.

Slutsats

Personal som arbetar för att främja goda mat- och rörelsevanor bland personer som bor i grupp- och servicebostäder möter olika utmaningar. Att främja hälsosamma beteenden utan att inkräkta på individens rätt till självbestämmande är en balansgång och kan utgöra ett etiskt dilemma. Olika uppfattningar gör också att konflikter och samarbets-svårigheter kan uppstå både inom personalgrupper och mellan personal och anhöriga.

Det finns många möjliga arbetssätt för att främja bra mat- och rörelsevanor bland de boende. Personalen kan erbjuda fysisk aktivitet och hälsosam mat, stödja individen att göra hälsosamma val och utarbeta nya rutiner och metoder i det vardagliga arbetet. Personer med utvecklingsstörning är en heterogen grupp och för att möta deras skiftande behov krävs kreativitet från personalens sida. För att detta ska vara möjligt är det viktigt med ett öppet och professionellt arbeteklimat, och personalen måste få möjlighet till stöd och kompetensutveckling.

För att initiera hälsofrämjande arbete i grupp- och servicebostäder med stöd av studiecirkeln *Fokus Hälsa* krävs stöd både före och under genomförandet. Chefer och personal bör vara engagerade, arbetet bör vara väl organiserat och kommuner bör visa initiativ genom tydlighet i uppdrag och riktlinjer. Att utse en samordnare med en sammanhållande och coachande funktion, tycks vara en framgångsfaktor. Samordnaren, liksom chefer, diskussionsledare och övrig personal, behöver få mandat att arbeta med hälsofrågor, handlingsutrymme och nödvändiga resurser. Att förbättra levnadsvanor hos denna utsatta grupp är ett viktigt steg mot ökad jämlikhet i hälsa.

Referenser

1. Krahn GL, Hammond L, Turner A. A cascade of disparities: Health and health care access for people with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev D R.* 2006;12(1):70–82.
2. Umb-Carlsson O. Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. Stockholm Statens folkhälsoinstitut 2008.
3. Barnes TL, Howie EK, McDermott S, Mann JR. Physical Activity in a Large Sample of Adults With Intellectual Disabilities. *J Phys Act Health.* 2013;10(7):1048–56.
4. Robertson J, Emerson E, Baines S, Hatton C. Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: cross sectional survey. *BMC Public Health.* 2014;14(1):219.
5. Blomdahl U, Elofsson S. Idrott och motion bland ungdomar i särskolan. Stockholm Stockholms Stad 2011.
6. Bergström H, Gråhed I, Hagströmer M, Sundblom E, Schäfer Elinder L. Hälsöfrämjande gruppbostad. Planering, genomförande och utvärdering av ett hälsöfrämjande program. Rapport 2013:5. Stockholm Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin 2013.
7. Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, Bell R, Croteau KA, De Bourdeaushuij I, et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8(80).
8. Hirvensalo M, Telama R, Schmidt MD, Tammelin TH, Yang XL, Magnussen CG, et al. Daily steps among Finnish adults: Variation by age, sex, and socioeconomic position. *Scand J Public Health.* 2011;39(7):669–77.
9. Draheim CC, Stanish HI, Williams DP, McCubbin JA. Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings. *Am J Ment Retard.* 2007;112(5):392–400.
10. Adolfsson P, Sydner YM, Fjellström C, Lewin B, Andersson A. Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community. *Food Nutr Res.* 2008;52.
11. Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet Uppsala 2005.
12. Livsmedelsverket. Riksmaten 2010–11: Livsmedels- och näringsintag bland vuxna i Sverige. Uppsala 2012.
13. Hove O. Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Res Dev Disabil.* 2004;25(1):9–17.
14. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intell Disabil Res.* 2005;49(Pt 2):134–43.
15. Wallen EF, Mullersdorf M, Christensson K, Malm G, Ekblom O, Marcus C. High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability. *Acta Paediatrica.* 2009;98(5):853–9.

16. Kark M, Tynelius P, Rasmussen F. Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv. Stockholm Stockholms läns landsting 2011.
17. de Winter CF, Bastiaanse LP, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Echteld MA. Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil.* 2012;33(6):1722–31.
18. Lagen om Stöd och Service till Vissa Funktionshindrade (1993:387), (1993).
19. Socialstyrelsen. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS: Stöd för Rättsskipning och Handläggning. 2007.
20. Crichton J. Balancing restriction and freedom in the care of people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 1998;42 (Pt 2):189–95.
21. Wullink M, Widdershoven G, van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Metsemakers J, Dinant GJ. Autonomy in relation to health among people with intellectual disability: a literature review. *J Intellect Disabil Res.* 2009;53(9):816–26.
22. Bergström H, Wihlman U. The role of staff in health promotion in community residences for people with intellectual disabilities: variation in views among managers and caregivers. *J Intellect Disabil.* 2011;15(3):167–76.
23. Steive K. När mat och alkohol på gruppboenden blir ett dilemma – om livsstilsrelaterad problematik bland personer med utvecklingsstörning. Stockholm FoU Södertörn; 2012.
24. Marshall D, McConkey R, Moore G. Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *J Adv Nurs.* 2003;41(2):147-53.
25. Stanish HI, Frey GC. Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. *Salud Publica Mex.* 2008;50 Suppl 2:s178–84.
26. Hamilton S, Hankey CR, Miller S, Boyle S, Melville CA. A review of weight loss interventions for adults with intellectual disabilities. *Obes Rev.* 2007;8(4):339–45.
27. Manual: Hälsöfrämjande gruppboende – Ett program för att främja bra mat- och rörelsevanor i gruppboenden och serviceboenden. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2014.
28. Patton MQ. *Qualitative Evaluation and research methods.* London: Sage Publications; 2002.
29. Haraldsson N. Att implementera en hälsöfrämjande insats i grupp- och serviceboenden för personer med utvecklingsstörning - arbetssätt och utmaningar: En kvalitativ innehållsanalys: Karolinska Institutet; 2014.
30. Lahti M. Is the study circle “Focus Health” a successful tool for improving health promotion in community residences for people with intellectual disabilities? An intervention study. Masteruppsats. Stockholm: Chess. Centre for health Equity Studies.; 2014.
31. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Commun Psychol.* 2008;41(3–4):327–50.

32. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24(2):105–12.
33. Bergström H, Elinder LS, Wihlman U. Barriers and facilitators in health education for adults with intellectual disabilities – a qualitative study. *Health Educ Res*. 2014;29(2):259–71.
34. Socialstyrelsen. Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning: Vägledning för arbetsgivare Stockholm 2012.
35. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(2):97–107.
36. Wahlström L, Bergström H, Marttila A. Promoting health of people with intellectual disabilities: Views of professionals working in group homes. *J Intellect Disabil*. 2014.
37. Sundblom E, Bergström H, Elinder LS. Understanding the implementation process of a multi-component health promotion intervention for adults with intellectual disabilities in Sweden. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2014;Accepterad för publikation.

ISBN 978-91-87691-16-4



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING