Hälsofrämjande gruppbostad
Planering, genomförande och utvärdering av ett hälsofrämjande program

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**
Box 1497, 171 29 Solna
ces@sll.se
Rapport 2013: 5
ISBN 978-91-980442-9-4
Författare: Helena Bergström, Ida Gråhed, Elinor Sundblom, Maria Hagströmer, Liselotte Schäfer Elinder
Lay-out: Viktoria Jonze

Stockholm november 2013
Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se
Förord

Personer med funktionsnedsättning löper stor risk för både fysisk och psykisk ohälsa, och är därför viktiga att prioritera i folkhälsoarbetet. Personer med utvecklingsstörning kan beskrivas som extra sårbara, eftersom den intellektuella nedsättningen gör att det är svårt att göra hälsosamma val i ett samhälle som kräver ständiga individuella ställningstaganden. Ohälsa såsom undervikt, övervikt och fetma är mycket vanligt. Vuxna med utvecklingsstörning är dessutom underrepresenterade i forskning och har ofta har svårt att göra sina röster hörda i samhällsdebatten.

Många vuxna med utvecklingsstörning bor i gruppboende eller servicebostäder, där de får stöd i vardagen av personal. Personalen har ett stort inflytande på vardagliga val, till exempel när det gäller matvanor och fysisk aktivitet. Det är därför viktigt att inte bara stödja de boende själva, utan också se till att personalen har den kunskap och de verktyg de behöver för att ge ett balanserat, kompetent och respektfullt stöd.


Parallelt med rapporten har en manual tagits fram, som kan användas i kommuner där man vill satsa på hälsofrämjande arbete i gruppboende och servicebostäder.

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

Förord ........................................................................................................................ 3
Lättläst sammanfattning ........................................................................................... 7
Sammanfattning ........................................................................................................ 8
Bakgrund ................................................................................................................... 9
   Funktionsnedsättning och hälsa ........................................................................ 9
   Personer med utvecklingsstörning .................................................................... 9
   Levnadsvanor och livsstilsrelaterad ohälsa ................................................... 10
   Hälsorättande arbete ...................................................................................... 11
   Vilka insatser har effekt? ............................................................................. 11
   Hälsorättande arbete i gruppoch städer i Stockholms län ......................... 12
Syfte ....................................................................................................................... 13
Metod ....................................................................................................................... 14
   Utveckling av programmet .......................................................................... 14
      Projektorganisation ..................................................................................... 14
      Teoretisk referensram .............................................................................. 14
   Beskrivning av programmet .......................................................................... 17
      Strategier för implementering .................................................................. 17
      Komponent 1: Hälsoomrad ...................................................................... 17
      Komponent 2: Fokus Hälsa ...................................................................... 18
      Komponent 3: Hälsokörkortet ................................................................. 19
Utvärdering ............................................................................................................ 20
   Studiedesign ................................................................................................... 20
   Effektutvärdering ......................................................................................... 21
   Processutvärdering ..................................................................................... 25
Resultat .................................................................................................................... 27
   Hälsoläge ....................................................................................................... 27
      Beskrivning av bostäder ........................................................................ 27
      Beskrivning av deltagare ...................................................................... 27
   Effekt ................................................................................................................ 33
      Jämförelse intervention/kontroll vid baslinje ........................................ 33
      Effekter på bostadsnivå ......................................................................... 35
      Effekter på individnivå ......................................................................... 36
      1-års uppföljning ..................................................................................... 37
Process ................................................................................................................. 38
   Kostnader för genomförande .................................................................... 38
   Följsamhet till programmet ..................................................................... 38
   Implementering av programmet ............................................................ 39
Diskussion ............................................................................................................... 42
Hälsoläget ........................................................................................................... 42
Effekter av programmet ................................................................................... 43
Implementering av programmet ..................................................................... 44
Styrkor och svagheter ..................................................................................... 45
Konklusion ......................................................................................................... 45
Tack .................................................................................................................... 47
Referenser ......................................................................................................... 48
Bilagor ................................................................................................................. 54
   Bilaga 1. Tillfredsställelse med livet .............................................................. 54
   Bilaga 2. Rutiner kring mat, rörelse och hälsa .......................................... 55
Lättläst sammanfattning

För att få en god hälsa är det bra att röra på sig och att äta hälsosam mat.
Det är också viktigt att bestämma själv hur man vill leva.
Många personer med utvecklingsstörning har dålig hälsa.
Många rör sig för lite och äter onyttig mat.
"Hälsofrämjande gruppbostad" är ett projekt för vuxna som bor i gruppbostad eller servicebostad.
De boende får gå studiecirkeln "Hälsokörkortet".
I studiecirkeln får deltagarna lära sig om mat, motion och hälsa.
Deltagarna har roligt tillsammans och får inspiration till att leva hälsosamt.
Personalen får också gå en kurs för att lära sig om mat, motion och hälsa.
Personalen måste ha kunskap för att hjälpa de boende.
Projektet har prövats i 30 gruppbostäder och servicebostäder.
De boende använde stegräknare för att mäta hur mycket de rörde på sig.
Det visade sig att de började röra sig mer, och det är bra för hälsan!
Personalen blev bättre på att hjälpa de boende att röra sig och äta bra.
Vi hoppas att fler gruppbostäder och servicebostäder vill arbeta med projektet.
På så sätt kan fler människor få hjälp att må bra.
Sammanfattning

Personer med utvecklingsstörning är en utsatt grupp med ökad risk för både fysisk och psykisk ohälsa. För att nå det övergripande folkhälsomålet i Sverige, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen, är det angeläget att arbeta för förbättrade hälsa i den här målgruppen.


Deltagande i programmet ledde till ökad fysisk aktivitet, med en ökning av i genomsnitt 1608 steg per dag i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, samt till förbättrade arbetsrutiner, med i genomsnitt 7,1 procentenheters förbättring enligt enkät. Inga signifikanta effekter kunde ses på BMI, midjemått, matvanor eller tillfredsställelse med livet. Hög följsamhet till programmet var relaterat till större effekt både på fysisk aktivitet och arbetsrutiner, men den skilnaden var inte signifikant.

Processutvärderingen visade att olika faktorer i programmets utformning hade betydelse vid genomförandet, såsom relevans i förhållande till upplevda behov, flexibilitet, extern input samt förberedelser och stöd. Även faktorer bland deltagarna, inom organisation och i det omgivande samhället hade betydelse. För att öka följsamheten av programmet är det viktigt att ge stöd till motivation för förändring bland boende, personal och ledning.

Bakgrund

Det övergripande målet för folkhälsoarbetet i Sverige är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. För att nå målet måste jämlighet och delaktighet uppnås för människor med funktionsnedsättning (1). I Sverige beräknas 1,5 miljoner människor leva med någon form av funktionsnedsättning, vilket motsvarar omkring 16 procent av befolkningen (2). En stor del av samhällets samlade ohälsa finns bland personer med funktionsnedsättning (3), och det är därför angeläget att arbeta för en förbättrad hälsa i den här gruppen.

Funktionsnedsättning och hälsa

Personer med funktionsnedsättning upplever i betydligt högre utsträckning att de har dålig hälsa i jämförelse med andra. Resultat från Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät visar att det är mer än 10 gånger så vanligt med självupplevd dålig hälsa i den här gruppen (3) och enligt Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC) upplever 17 procent av personer med funktionsnedsättning i arbetsför ålder att de har dålig hälsa, jämfört med 1 procent i den övriga befolkningen (4). Enligt Statens folkhälsoinstitut kan en stor del av ohälsan bland de med funktionsnedsättning beskrivas som onödig. Genom att förbättra de ekonomiska förutsättningarna, öka det sociala deltagandet och den fysiska aktiviteten samt minska diskriminering och andelen kraftigt överviktiga skulle ohälsan i den här gruppen kunna minska med en tredjedel (3).

Personer med utvecklingsstörning

En sammanställning av befintliga svenska studier visar att personer med utvecklingsstörning i Sverige har en ökad sårbarhet för både fysisk och psykisk ohälsa i jämförelse med den generella befolkningen (5). Majoriteten lever ett begränsat socialt liv, få har en anställning på den öppna arbetsmarknaden och många har sin främsta inkomst genom socialförsäkringssystemet. Vid undersökningar som studerar självupplevd hälsa, såsom Folkhälsoinstitutets nationella folkhälsoenkät, är målgruppen sannolikt ofta underrepresenterad, eftersom den som har en intellektuell eller kognitiv funktionsnedsättning inte alltid har förmåga att förstå och svara på frågor om sitt hälsotillstånd (5).

Levnadsvanor och livsstilsrelaterad ohälsa


I den studien ingick dock en stor andel personer med grav utvecklingsstörning, och det är rimligt att anta att skillnaden blir betydligt större om man endast studerar personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning, eftersom övervikt och fetma framför allt förekommer i den gruppen (12). Flera studier visar att kvinnor löper extra stor risk att utveckla övervikt och fetma (11–13), liksom personer med Downs syndrom (7, 15).

En brittisk studie visar att fetma är vanligare hos barn med utvecklingsstörning redan vid tre års ålder (16). Övervikt och fetma är ett betydande hälsoproblem bland unga med utvecklingsstörning (17) och enligt en svensk studie är riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom vanligare redan i tonåren (18). En annan svensk studie visar att ungdomar med utvecklingsstörning har lägre syreupptagningsförmåga och prövar sättre i balans- och muskeltester jämfört med andra ungdomar i samma ålder (19). En holländsk studie visar att ett procent av äldre med utvecklingsstörning har metabolt syndrom, jämfört med 16 procent i den generella befolkningen i samma ålder (20).

Förekomsten av övervikt och fetma kan till viss del förklaras av genetiska faktorer och medicinering, men den ökning som skett efter deinstitutionaliseringen tyder på att livstilsfaktorer spelar en stor roll (21) och att viktoproblemen därför till viss del kan förebyggas. Många personer med utvecklingsstörning lever ett stillasittande liv och få är fysiskt aktiv (13). En studie från Sverige visar att ungdomar i särskolan är mindre fysiskt aktiv än andra ungdomar och i mindre utsträckning engagerade i idrott (22). En annan svensk studie, bland vuxna som bor i gruppbostäder, visar på ett måltidsmönster med ett lågt intag av frukt och grönsaker och där en stor del av energin kommer från småätande mellan måltiderna (23). Att äta för lite grönsaker är vanligt även i befolkningen generellt (24), men den höga förekomsten av övervikt och fetma visar att det är extra viktigt att främja goda matvanor i den här gruppen.

När det gäller andra riskfaktorer, som alkohol och rökning, har internationella studier istället visat på betydligt lägre förekomst hos personer med utvecklingsstörning i
jämförelse med den generella befolkningen (11, 25). Missbruk av alkohol eller tobak kan utgöra allvarliga problem för vissa individer, och det är möjligt att problemen blir vanligare i takt med att personer med utvecklingsstörning lever mer och mer självständiga liv (26). I dagsläget finns dock betydligt starkare stöd för att fokusera folkhälsoarbetet på att främja goda matvanor och fysisk aktivitet i målgruppen.

Hälsofrämjande arbete

Personer med utvecklingsstörning har rätt till stöd enligt Lagen om stöd till vissa funktionshindrade (LSS), vilket bland annat medför rätten att bo i gruppbostad eller servicebostad, för den som önskar (27). Personalen i bostäderna ska ge individuelt anpassad omvårdnad, med hänsyn till den enskildes rätt till integritet och självbestämmande (28). Genom sitt stöd ska de 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 inkräcka 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-kontroll och under-kontroll (29, 30).

En intervjustudie med personal och chefer i gruppbostäder i Stockholms län visar att detta är ett etiskt dilemma och att personalen väljer olika sätt att se på sin roll i hälsofrämjande arbete (26). 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 (31). Utifrån denna bakgrund är det viktigt att utveckla hälsofrämjande insatser där de boende får stöd att fatta egna beslut kring sin hälsa, och där personalen samtidigt får stöd att hantera situationer där de måste balansera mellan att stödja självbestämmande och hälsosamma levnadsvanor.

Vilka insatser har effekt?

Erfarenheterna av hälsofrämjande arbete i gruppbostäder och servicebostäder för vuxna med utvecklingsstörning är begränsade. Hälsoutbildning för personer med utvecklingsstörning har visat sig ge effekter på levnadsvanor (32, 33), BMI (32–35), samt stärka individernas självstillit och positivt förbättra attityder till träning (36). Komponenterna i de olika programmen varierar dock både i antal och typ, och det är därför svårt att jämföra och veta vad det egentligen är som fungerar och har önskvärd effekt. Det finns en stor brist på utvärderade program, både i Sverige och utomlands (37).

En genomgång av hälsofrämjande program riktade mot personer med utvecklingsstörning visar att det finns ett visst stöd för att samhällsbaserade program som inkluderar fysisk aktivitet leder till positiva fysiska och sociala utfall (38). För framgångsrik viktminskning har det visat sig bra om interventionen innehåller flera komponenter, varav någon som också fokuserar på matvanorna (38). I en genomgång av olika program med fokus på viktminskning bland personer med utvecklingsstörning konkluderades att det finns stöd för att inkludera omgivning och personal (39). Att miljön har betydelse visade sig också vid en intervention i en svensk särskola, där en stödjande och hälsofrämjande skolmiljö ledde till positiva hälsoutfall bland eleverna (40).
Regelbunden kontakt mellan personal och boende ger en möjlighet att stödja hälsoamma beteenden i en vardaglig kontext, där både personal och boende kan delta aktivt (34). Personalen kan påverka kvaliteten i gemensamma måltider och möjligheter för fysisk aktivitet (34, 41), 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 (39). Enligt vår vetskap finns inga publicerade studier som redovisar insatser som i en gemensam ansats riktats både mot personal och boende i gruppbostäder och servicebostäder, och som inkluderat alla boende oavsett viktstatus.

**Hälsofrämjande arbete i gruppbostäder i Stockholms län**

I Stockholms län finns 26 kommuner, som alla ansvarar för att tillhandahålla bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (28). Grupp- och servicebostäder i dessa kommuner drivs i kommunal regi, alternativt i privat eller ideell regi.

Ett första projekt med inriktning på mat, rörelse och hälsa i grupp- och servicebostäder i Stockholms län initierades i Stockholms läns landsting 2004, efter att personal i bostäderna uppmärksammats landstinget på behoven. Detta första projekt resulterade i en behovsanalys, samt i utbildningsdagar och informationsmaterial för personal och boende (42). Med utgångspunkt i kunskaper från detta första projekt påbörjades planeringen för projektet ”Hälsofrämjande gruppbostad”. Hypotesen för den här interventionen var att det är möjligt att förbättra hälsobeteendet bland de boende genom att förbättra deras hälsomedvetande, personalens kompetens och arbetsrutiner samt aspekter av den fysiska och sociala miljön.
Syfte

Projektets syfte var att undersöka och beskriva den mat- och rörelserelaterade hälsan bland vuxna med lindrig till måttlig utvecklingsstörning som bor i gruppbostad eller servicebostad samt att utveckla och utvärdera ett program för att främja hälsosamma mat- och rörelsevanor i målgruppen.
Metod

I metoddelen beskrivs utvecklingen och utformningen av det hälsofrämjande programmet samt metoder för utvärdering av effekt och process.

Utveckling av programmet

Projektorganisation

Projektet ”Hälsofrämjande gruppbostad” påbörjades av dåvarande Centrum för folkhälsa i Stockholms läns landsting (SLL) och slutfördes av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i SLL, i samarbete med Karolinska Institutet. Projektet genomfördes med stöd av Folkhälsounslaget i SLL. Forskningsdelen i projektet finansierades av Stiftelsen Sävstaholm i form av doktorandmedel.

En projektgrupp sattes samman för planering av projektets genomförande och utvärdering. Projektgruppen inkludade en projektledare och en projektassistent samt seniorkonsulenten med kompetens inom kvalitativ och kvantitativ metod, nutrition, fysisk aktivitet, statistik och psykometri. Projektet genomfördes i samarbete med Länsförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning (LFUB) i Stockholms län. LFUB var framför allt delaktiga vid utvecklingen av programmet.

Ytterligare samarbetsparter var Studieförbundet Vuxenskolan (SV) Region Stockholm – Uppsala samt projektet Carpe, ett samverkansprojekt för kompetensutveckling för personal som arbetar inom området funktionsnedsättning. SV ansvarade för utvecklingen och genomförandet av studiecirkeln ”Hälsokörkortet”. Carpe bidrog med informationsspridning och hjälp vid rekrytering. En referensgrupp, med ett knapp tiotal deltagare, knöts initialt till projektet och fungerade som stöd vid utformning både av programmet och utvärderingen. Referensgruppen bestod av enhetschefer i gruppbostäder och servicebostäder i Stockholms län samt av representanter för LFUB.

Teoretisk referensram

Det hälsofrämjande programmet baserades på Social kognitiv teori (Figur 1) (43). Teorin betonar att det finns ett samspel mellan beteende, personliga faktorer och miljömässig påverkan. Det innebär att satsningen riktade sig både till att stärka individen och till att påverka den sociala och den fysiska miljön kring individen.
Figur 1. Social kognitiv teori

Programmet utvecklades med utgångspunkt i nationell och internationell forskning. För att få kompletterande information om hur personal och chefer i grupp- och servicebostäder i Stockholms län ser på hälsoproblem i de boendes vardag och på sin egen roll i hälsofrämjande arbete genomfördes en kvalitativ intervjustudie (26).

I ett första steg gjordes en detaljerad beskrivning av hälsoproblemet, målgruppen och förändringsprocessen. Därefter utvecklades en programteori för att beskriva programmets logiska struktur, det vill säga den tänkta orsakskedjan (Fig 2) (44). Personalens arbetsrutiner samt den sociala och fysiska miljön beskrivs i programteorin som intermediära utfall.

Figur 2. Programteori för Hälsofrämjande gruppbostad

Det är vanligt att utse ombud för olika frågor i gruppbostäder. I många gruppbostäder finns exempelvis läsombud eller fritidsombud. Komponenten ”Hälsoombud” utvecklades genom att bygga på denna upparbetade arbetsrutin.

Studiecirkeln *Fokus Hälsa* utvecklades för att ge hela personalgruppen möjlighet till kompetensutveckling samt att diskutera och enas kring arbetsrutiner. Materialet utvecklades av projektledaren i samarbete med projektgruppen och referensgruppen. En första version testades i fyra gruppbostäder, och reviderades utifrån synpunkter som samlades in skriftligt samt vid en gruppdiskussion.

Beskrivning av programmet

Programmet kan beskrivas som en komplex intervention, vilket innebär att det finns flera komponenter som både kan vara verksamma var för sig och i interaktion med varandra, så att synergieffekter uppstår (45). Kärnan i programmet består av att både personal och boende inkluderas i ett program med ett stort mått av deltagarstyrning samt får kompetensutveckling inom området mat, rörelse och hälsa. Strategier för implementering samt programmets tre komponenter beskrivs nedan.

Strategier för implementering

Strategier för implementering bestod av en informationsträff för chefer och personal, en utbildningsdag för cirkledare för studiecirkeln ”Hälsokörkortet” samt coachning (Figur 2). Informationsträffen var två timmar lång och erbjuds vid två tillfällen för intresserade chefer och personal. Utbildningsdagen för cirkledare arrangerades i samarbete med SV och fokuserade på innehållet i cirkledarnas manual. Coachningen inkluderade e-post, telefonsamtal och nyhetsbrev, främst till hälsoombud, men även till chefer och övrig personal.

Komponent 1: Hälsoombud


Komponent 2: Fokus Hälsa

Syftet med studiecirkeln ”Fokus Hälsa” var att ge personalen möjlighet att öka sin kompetens kring mat, rörelse och hälsa samt att diskutera och enas kring arbetsrutiner.

Studiecirkelmaterialet innehåller tio teman: 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 och 10) håll arbetet levande. Varje tema innehåller en text samt tre steg som gruppen arbetar tillsammans med: 1) diskutera temat, 2) identifiera styrkor och svagheter i arbetsrutiner och miljö och 3) enas kring hur gruppen vill arbeta med förändringar inom respektive tema.

Alla deltagande gruppbostäder uppmanades att avsätta tio tillfällen å cirka 1,5 timme och arrangera en studiecirkel för personalgruppen utifrån ”Fokus Hälsa”. Personalgruppen uppmuntrades att utse en diskussionsledare med uppgift att leda diskussionerna, sammanställa gruppens beslut och sammankalla till nästa träff. Vid den sista träffen skulle gruppen sammanställa besluten och göra en plan för hur arbetet skulle följas upp och hållas levande under en längre tid.

Ett av kapitlen i materialet ”Fokus Hälsa”
**Komponent 3: Hälsokörkortet**

De boende i varje deltagande gruppbostad erbjuds att delta i Studieförebundet Vuxenskolans studiecirkel ”Hälsokörkortet”. Syftet med studiecirkeln var att deltagarna skulle förbättra sitt hälsomedvetande och sitt hälsobeteende på ett lustfyllt sätt. Studiecirkeln omfattar fem områden: 1) kost, 2) motion, 3) kultur /estetik, 4) mental hälsa och 5) vila /avspänning.


Varje grupp träffades tio gånger, cirka 1,5 timme per gång. Varje cirkeltillfälle byggde på ett upplägg enligt manualen bestående av: snackrunda, sammankomstens tema, sammankomstens kostförslag, pausgymnastik eller annan fysisk aktivitet och avslutande rundan och utdelning av hemuppgifter. I manualen finns tio föreslagna teman, samt en lista på cirka 25 alternativ om cirkelledaren eller gruppen skulle vilja byta ut ett tema.

En av studiecirkelträffarna, i cirkelledarens manual
Utvärdering

Studiedesign

Powerberäkningen baserades på antagandet om en önskvärd ökning av fysisk aktivitet på 25 procent, mätt som steg per dag med stegräknare. Beräkningen genomfördes med ”Sample size calculator for cluster randomized trials” (47). Beräkningen visade att 32 gruppboendena, med fem personer i varje, behövdes för att upptäcka en signifikant förändring i fysisk aktivitet mellan interventions- och kontrollgrupp.

Rekrytering av deltagare

Sammanlagt 60 gruppboendena anmälde sitt intresse och fick ytterligare information om projektet via brev. Brevet innehöll information till personal, boende och gode män. Informationsbrevet som riktade sig till de boende var skrivet på enkel svenska. För att alla skulle förstå innehållet uppmannes personalen att läsa brevet tillsammans med den
boende och vid behov förklara. Alla boende fick möjlighet att individuellt ta beslut om deltagande. Personal och chefer bjöds även in till en informationsträff.

Sex av gruppbostaderna uppfylle inte inklusionskriterierna och 21 tackade nej till att delta, vilket lämnade 33 bostäder till baslinjemätning och randomisering (Fig 4). 17 bostäder randomiserades till interventionsgruppen och 16 till kontrollgruppen. Innan interventionen startade hoppade tre bostäder i interventionsgruppen av. Enligt chefer och personal berodde detta på omorganisation eller andra orsaker som inte var direkt kopplade till interventionen. Samtliga bostäder som påbörjade interventionen genomförde eftermätningen. Den uppföljande mätningen, som genomfördes efter ytterligare ett år genomfördes endast i 8 av de 14 interventionsbostäderna (beskrivs närmare under "1-årsuppföljning").

Figur 4. Flödesschema över antal deltagande grupp- och servicebostäder

Etiska frågeställningar

Effektutvärdering
Fysisk aktivitet
Fysisk aktivitet mättes som antal steg per dag, med hjälp av steegräknare. Den steegräknare som användes var KeepWalking LS2000, som har visat god överensstämmelse mot accelerometer (48) och har rekommenderats för forskningsändamål (49).

Projektmedarbetarna besökte bostäderna och introducerade steegräknarna för deltagarna, tillsammans med personalen. Personal och boende informerades om att steegräknaren skulle fästas i linningen på byxorna eller kjolen, rakt ovanför knäet. Deltagarna ombads använda steegräknaren under sju dagar i sträck och att anteckna antalet steg på en därfor avsedd blankett varje kväll. Personalen instruerades om att stödja deltagarna i den utsträckning de hade behov av det.

Utfallsvariabeln steg per dag beräknades som det genomsnittliga antalet steg per dag. Värden räknades endast från deltagare som hade använt steegräknaren minst tre dagar, eftersom tidigare forskning visat att minst tre dagar krävs för att beräkna genomsnittligt antal steg per dag i målgruppen (50). Värden under 500 steg per dag exkluderas eftersom så låga värden bedömdes som osannolika, och att risken för att steegräknaren använts på fel sätt eller under för kort tid var för stor.

BMI och midjemått

För vägning används SECA Robusta 813. Vägningen genomfördes genom att personen som skulle vägas ombads att ta av eventuella skor, ytterkläder, skärp och tyngande saker i fickorna. Byxor/kjol och skjorta/blus tillåts vid vägningen. Personen placerade sig på vägen och vikten avlästes vid närmaste 0,5 kg.


Matvanor
Matvanor studerades med hjälp av fotografering. En valideringsstudie av fotografering som metod för kostregistrering bland vuxna personer med utvecklingsstörning har genomförts inom ramen för projektet, och visar att metoden är genomförbar, reliabel och valid (51).

Fotona kodades utifrån aspekter som har betydelse för hälsan och som testats vid validering av metoden (51). Den ursprungliga planeringen inkluderade att även koda konsumtion av frukt samt ”det lilla extra”, det vill säga livsmedel med mycket energi men lite näring, men eftersom det var ett stort bortfall på foton mellan huvudmåltiderna valdes detta bort. Den slutgiltiga kodningen inkluderade fem aspekter: 1) variation i livsmedelsintag, 2) konsumtion av grönsaker, 3) luncher som överensstämmer med Tallriksmodellen, 4) middagar som överensstämmer med Tallriksmodellen och 5) måltidstyper.

Med variation i livsmedelsintag avsågs antal livsmedelsgrupper som konsumerades utifrån följande nio grupper: 1) kött, 2) fisk, 3) ägg, 4) frukt och bär, 5) grönsaker och rotfrukter, 6) mjölkprodukter, 7) pasta, ris, potatis, 8) bröd och 9) flingor och müsli (51). Konsumtion av grönsaker avsåg antal tillfällen då grönsaker konsumerades per dag, oavsett mängd. Luncher och middagar som överensstämde med Tallriksmodellen bedömdes visuellt från fotografier. Måltidstyper kodades utifrån tio kategorier: 1) nött/köttfärs, 2) fläskkött/kyckling, 3) korv, 4) fisk, 5) ägg, 6) blandrätt, 7) pizza/hamburgare och annan snabbmat, 8) soppa, 9) sallad och 10) lättare måltid. Med blandrätt avsågs måltider med mycket pasta/ris/potatis och liten eller ingen mängd kött. Med lättare måltid avsågs måltid med smörgås, fil, yoghurt eller gröt.

Tillfredsställelse med livet
Den huvudsakliga anledningen till att studera tillfredsställelse med livet var att utesluta eventuella negativa interventionseffekter. Utfallet studerades med hjälp av en enkät med fyra faktorer: 1) tillfredsställelse med hemmiljön, 2) tillfredsställelse med livet, 3) tillfredsställelse med måltider och 4) tillfredsställelse med fritidsaktiviteter (Bilaga 1). De olika frågorna kunde besvaras med "bra" (glatt ansikte), "mitt emellan" (neutrat ansikte) eller "dåligt" (sorgset ansikte).

Deltagarna uppmuntrades att besvara frågorna utan stöd från personal. Personal deltog i undantagsfall och instruerades då att endast vara med som en trygghet, och inte hjälpa till att besvara frågorna. Frågorna lästes högt för deltagarna i ett avskilt rum i gruppbostaden och deltagarna informerades om att inga svar var rätt eller fel. Deltagarna svarade genom att säga svaret muntligt eller genom att peka på figurer med ansikten med glada, neutrala eller sorgsna ansikten.

Skalan har testats för sina psykometriska egenskaper bland
deltagarna i studien, vilket visade att skalan var reliabel när det gäller inre konsistens, det vill säga att frågorna inom varje frågeområde hänger ihop och "mäter detsamma" (53). Utfallsvariabeln var den totala medelpoängen, en summa mellan 0–2, där 2 motsvarar "bra".

Arbetsrutiner

För att få information om personalens arbetsrutiner rörande mat, rörelse och hälsa användes en enkät som utvecklats för ändamålet (46) (Bilaga 2). Enkätnas validitet bekräftades genom att enkäten fylldes in av personal i 30 grupp- och servicebostäder (inte inkluderade i studien) vid två separata tillfällen, med cirka tre veckors mellanrum (test-retest). Analysen genomfördes med korrelationsanalys (ICC) (54), som indikerade utmärkt överensstämmelse.

Enkäten distribuerades av projektmedarbetare vid besök i bostaden. Personalgrupperna bestod av 4–16 medarbetare, och för att underlätta datainsamlingen ombads enhetschef och/eller en eller flera personer i personalgruppen, med kunskap om både övergripande frågor och lokala rutiner, att besvara enkäten. Enkäten innehöll 26 frågor inom tre domäner: 1) allmänt hälsofrämjande arbete, 2) mat och måltider och 3) fysisk aktivitet (Bilaga 2). Varje fråga hade fyra svarsalternativ som motsvarade fullständigt fungerande (3 poäng), delvis fungerande (2 poäng), under utveckling (1 poäng) och nej (0 poäng). Utfallet för varje gruppstäd beräknades som medeltal på den totala summan, samt för varje enskild domän.

Statistisk analys

Skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp vid baslinjen, liksom skillnader mellan de bostäder som hoppade av och de som deltog, testades med t-test för kontinuerliga data och chi² test för kategoriska data.


Effekterna analyserades också i relation till följsamhet genom att inkludera en diktotom variabel för följsamhet i regressionen. Ett P-värde <0,05 bedömdes som signifikant. Analyserna genomfördes med hjälp av IBM SPSS Statistics.
Processutvärdering

Processen studerades för att undersöka vad som hände under projektet samt hur de olika delarna i genomförandet fungerade.

Dokumentation av följsamhet

Följsamhet handlar om i vilken utsträckning genomförandet av ett program följer beskrivningen av programmet (44), och är viktigt att studera för att förstå orsakssamband (55). I det här projektet studerades följsamhet genom att undersöka i vilken utsträckning de tre komponenterna genomfördes.


Sammanlagt kunde varje bostad få maximalt 90 poäng. För att studera dos-effekt samband i interventionsgruppen delades bostäderna in i ”hög följsamhet” och ”låg följsamhet”, genom att dela efter medianvärdet för den totala maxpoängen.

Kvalitativ studie om implementering

En kvalitativ studie genomfördes för att undersöka enhetschefernas och hälsoombudens erfarenheter av genomförandet av det hälsofrämjande programmet. Implementeringen studerades i de 14 grupp- och servicebostäder som ingick i interventionsgruppen. Tio av dessa var gruppbostäder och fyra var servicebostäder. Tretton av dem drevs i kommunal regi och en i privat regi. Sammanlagt trettio hälsoombud och åtta chefer var involverade i implementeringen och de tillfrågades alla om att vara med i intervjustudien. Alla hälsoombuden och sex av cheferna tackade ja. Två av hälsoombuden var män och alla chefer var kvinnor. Åldern varierade mellan ungefär 30 och 60 år.

Kvalitativ metod användes för studien, eftersom det är en lämplig metod när man vill undersöka informella mönster och oväntade interaktioner (56) och intervjuer användes som datainsamlingsmetod eftersom denna metod ger förståelse för deltagarnas uppfattningar (57). En av författarna (ES) genomförde alla intervjuer. Intervjuaren hade aldrig träffat deltagarna tidigare, med undantag från ett kort tidigare möte med ett av hälsoombuden. Intervjuerna varade omkring 30–70 minuter och genomfördes på kontor eller andra platser som respondenterna valde. Sammanlagt planerades 21 intervjuer, men tre kunde inte genomföras och en kunde inte tas med i analysen på grund av tekniska problem vid inspelningen. Sammanlagt inkluderades 17 intervjuer i analysen.

Två olika semi-strukturerade intervjuguides användes, en för hälsoombuden och en för enhetscheferna. Frågorna täckte områden som har betydelse för implementering, baserat på en kunskapsöversikt om viktiga faktorer vid implementering av Durlak och DuPre (58). De båda guiderna var liknande, men guiden för chefer hade större fokus på
externt stöd, eftersom cheferna förväntades ha mer kunskap om administration och arbetsledning. Intervjuerna genomfördes mellan november 2011 och februari 2012.

Resultat

I resultatdelen beskrivs hälsoläget bland de boende i grupp- och servicebostäderna samt resultat av effekt- och processutvärdering.

Hälsoläge

Med hjälp av data från baslinjemätningen beskrivs de 30 grupp- och servicebostäder och 130 individer som deltog i projektet.

Beskrivning av bostäder

Av de 30 bostäder som deltog i studien var 21 gruppbostäder och 9 servicebostäder. Sammanlagt 25 bostäder drevs kommunalt och 5 av privata företag eller ideella organisationer. I genomsnitt bodde 7 personer i varje bostad och 7,3 personal arbetade i varje bostad. I de flesta av bostäderna (28 st) serverades gemensamma middagar åtminstone någon dag i veckan.

Arbetsrutiner

Enkäten om arbetsrutiner kring mat, rörelse och hälsa besvarades av alla deltagande bostäder, som i genomsnitt fick 66 procent av full poäng (Fig 5). Bostäderna fick bäst resultat på arbetsrutiner för att främja fysisk aktivitet och sämst resultat på rutiner för att främja bra mat och måltider.

Figur 5. Arbetsrutiner vid baslinjen

Beskrivning av deltagare

Sammanlagt 130 personer mellan 20 och 66 år deltog i projektet. Den genomsnittliga åldern var 38 år. 24 procent var yngre än 30 år och 17 procent var över 50 år.

Sammanlagt 57 procent var kvinnor. Tre fjärdedelar bodde i en gruppbostad och en fjärdedel i en servicebostad. En stor andel (84 %) var födda i Sverige och en dryg tiondel (11 %) var födda utanför Europa. De flesta (92 %) hade sysselsättning tre dagar i veckan eller mer, och 6 procent uppgav att de inte hade någon daglig sysselsättning alls.
Sammanlagt 31 procent uppgav att de hade partner och 4 procent att de hade barn. De flesta uppgav att de hade familj i form av föräldrar, syskon eller andra släktingar, men 2 procent uppgav att de inte hade någon familj alls. Nästan hälften (48 %) uppgav att de hade en syn- eller hörselfhedsättning. Astma eller allergi rapporterades av 21 procent, epilepsi av 18 procent, rörelsehedsättning av 15 procent och diabetes av 5 procent. Endast två av dem som uppgav rörelseshedsättning använde rullstol.

Fysisk aktivitet
Deltagarna (n=98) gick i genomsnitt 7107 steg per, mätt med stegräknare under 3–7 dagar (Fig.6). Forskning visar att människor bör gå minst cirka 7500 steg per dag för en god hälsa (60). En större andel män än kvinnor nådde upp till minst 7500 steg per dag (Fig.7).

![Figur 6. Genomsnitt antal steg per dag vid baslinjen.](image1)

![Figur 7. Andel som gick fler än 7500 steg per dag vid baslinjen.](image2)
BMI och midjemått

BMI (Body Mass Index) är ett mått som kalkyleras utifrån förhållandet mellan en individs vikt och längd. Måttet gör det möjligt att kategorisera individer i viktkategorier (se faktaruta). Sammanlagt 2 procent av deltagarna (n=125) hade undervikt, 28 procent normalvikt, 27 procent övervikt och 42 procent fetma. Bland kvinnorna hade nästan hälften fetma (Fig 8), medan denna siffra var något lägre bland männen (Fig 9). BMI var i genomsnitt 29,2 kg/m² för hela gruppen, 27,4 kg/m² för män och 30,7 kg/m² för kvinnor. Skillnaden mellan könen var statistiskt signifikant.

Kvinnorna hade ett genomsnittligt midjemått på 93 cm och männen hade ett genomsnittligt midjemått på 95 cm. Ett midjemått över 80 cm för kvinnor och över 94 cm för män räknas som lätt bukfetma, vilket innebär ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom (61). Sammanlagt 62 procent av kvinnorna (n=68) hade ett midjemått över 88 cm, vilket klassas som bukfetma för kvinnor (Fig 10). Bland männen (n=55) hade 38 procent ett midjemått över 102 cm, vilket är gränsvärdet för bukfetma för män (Fig 11).

Kategorier för BMI

- Undervikt: <18,5
- Normalvikt: 18,5-24,9
- Övervikt: 25,0-29,9
- Fetma: ≥30,0

Källa: WHO

Figur 8. Andel kvinnor i respektive BMI kategori (n=70) vid baslinjen.

Matvanor

Variation i konsumtion av livsmedel mättes som antal livsmedelsgrupper som konsumerades under en dag, utifrån maximalt nio grupper. Det finns ingen rekommendation för antal livsmedelsgrupper som bör konsumeras per dag, men en varierad kost, med flera livsmedelsgrupper representerade, underlättar om man vill äta i enlighet med Svenska näringsrekommendationer (62). Medelvärdet för alla deltagare (n=91) var 5,6 livsmedelsgrupper per dag. Sammanlagt 79 procent åt i genomsnitt från fem eller fler livsmedelsgrupper per dag(Fig 12).

Figur 10. Andel kvinnor i respektive midjemåttskategori (n=68) vid baslinjen.

Figur 11. Andel män i respektive midjemåttskategori (n=55) vid baslinjen.

Figur 12. Antal livsmedelsgrupper konsumerade per dag vid baslinjen.
Konsumtion av grönsaker mättes som antal tillfällen per dag som grönsaker konsumerades, oavsett mängd (Fig 13). Det finns ingen rekommendation för antal tillfällen per dag som grönsaker bör konsumeras, men om grönsaker konsumeras vid flera måltider är det lättare att nå rekommendationen om 500 g frukt och grönsaker per dag (62). Medelvärdet för alla deltagare (n=91) var 1,5 tillfällen per dag.

**Figur 13. Antal tillfällen som grönsaker konsumerades per dag vid baslinjen.**

Luncher och middagar studerades avseende överensstämmelse med Tallriksmodellen (63). Denna modell innehåller tre olika livsmedelsgrupper i givna proportioner: 1) kolhydratrika livsmedel (37,5 % av tallriken yta), 2) grönsaker och frukt (37,5 % av tallrikens yta), och 3) proteinrika livsmedel (25 % av tallrikens yta) (63). Ungefär hälften (51 %) av deltagarna åt enligt Tallriksmodellen till lunch under vardagar. Färre (28 %) åt enligt Tallriksmodellen under en helgdag. När det gällde middagar åt drygt hälften av deltagarna (54 %) enligt Tallriksmodellen under vardagar och under en helgdag var det fler (59 %) som åt enligt Tallriksmodellen.

Olika typer av måltider registrerades utifrån tio måltidsstyper (Fig 14). Med blandrätter avses maträtter med mycket pasta/potatis/ris och en liten eller ingen mängd kött. Lättare måltid avser måltid med smörgås, fil, yoghurt eller gröt. Snabbmät inkluderar pizza, hamburgare, pirog, paj och kebab. De vanligaste måltidstyperna till lunch var i fallande ordning 1) nötkött/köttfärs, 2) blandrätt, 3) lätta rätt och 4) fisk. Måltidstypen ”lätta rätt” var vanligare på helgen, jämfört med vardagar. Till middag var de vanligaste måltidstyperna 1) nötkött/köttfärs, 2) blandrätt, 3) fisk och 4) kyckling/fläskkött. Fisk var den näst vanligaste rätten till middag på helgen.
Figur 14. Fördelning av olika måltidstyper avseende lunch och middag, vardag och helg vid baslinjen.

Tillfredsställelse med livet
Deltagarna svarade i stor utsträckning "bra" på frågorna om hur tillfredsställda de var med olika aspekter av livet, vilket gav en hög genomsnittspoäng på de fyra olika delområdena i skalan: 1) hemmiljö, 2) måltider, 3) fritidsaktiviteter och 4) livet (Figur 15).
Figur 15. Genomsnittspoäng av deltagarnas medelvärde på skalan ”Tillfredsställelse med livet” uppdelat på delområden, vid baslinjen.

Effekt

Sammanlagt 30 gruppbostäder och servicebostäder påbörjade interventionen, 14 i interventionsgrupp och 16 i kontrollgrupp. Sammanlagt 130 deltagare påbörjade studien, och 129 avslutade den, eftersom en deltagare flyttade. De tre bostäder som hoppade av före interventionen, och de nio deltagarna i dessa bostäder, skiljde sig inte från de andra deltagarna avseende några baslinje-karakteristika, förutom middagarna, vilka i lägre utsträckning stämde överens med Tallriksmodellen (P<0,023).

Jämförelse intervention/kontroll vid baslinje

I Tabell 1 beskrivs de deltagande bostäderna vid baslinjen, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp. De både grupperna skiljde sig inte statistiskt på någon variabel.

Tabell 1. Beskrivning av bostäder vid baslinje, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabel</th>
<th>Intervention Antal (%)</th>
<th>Kontroll Antal (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gruppbostad</td>
<td>10 (71,4)</td>
<td>11 (68,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Servicebostad</td>
<td>4 (28,6)</td>
<td>5 (31,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kommunal regi</td>
<td>13 (92,9)</td>
<td>12 (75,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Privat regi</td>
<td>1 (7,1)</td>
<td>4 (25,0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Serverar gemensamma måltider</td>
<td>13 (92,9)</td>
<td>15 (93,8)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I Tabell 2 visas resultaten för enkäten om arbetsrutiner vid baslinjen, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick något bättre resultat på delområdet allmänt hälsorätande arbete, samt på den totala enkäten.
Tabell 2. Utfallsvariabler för bostäder, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp, vid baslinjen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbetsrutiner</th>
<th>Intervention n = 14 Medel, % av full poäng</th>
<th>Kontroll n = 16 Medel, % av full poäng</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allmänt hälsofrämjande arbete</td>
<td>55,5</td>
<td>68,8*</td>
</tr>
<tr>
<td>Mat och måltider</td>
<td>52,1</td>
<td>56,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet</td>
<td>73,8</td>
<td>82,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>60,1</td>
<td>69,3*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Signifikant skillnad, p<0.05

I Tabell 3 beskrivs deltagarna vid baslinjen, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de båda grupperna på några variabler förutom förekomst av diabetes, vilket var högre i interventionsgruppen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabel</th>
<th>Intervention Antal (%)</th>
<th>Kontroll Antal (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kvinnor</td>
<td>37 (57,8)</td>
<td>37 (56,1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ålder (år), medel</td>
<td>36,2</td>
<td>39,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Född i Sverige</td>
<td>55 (85,9)</td>
<td>53 (81,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bor i gruppbostad</td>
<td>53 (82,8)</td>
<td>46 (69,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Bor i servicebostad</td>
<td>11 (17,2)</td>
<td>20 (30,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sysselsättning ≥3 dagar/vecka</td>
<td>61 (95,3)</td>
<td>58 (89,3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Rörelseombesättning</td>
<td>8 (12,5)</td>
<td>11 (16,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Syn- eller hörselnedsättning</td>
<td>33 (51,6)</td>
<td>29 (44,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Allergi/astma</td>
<td>15 (23,4)</td>
<td>12 (18,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td>6 (9,4)</td>
<td>1 (1,5)*</td>
</tr>
<tr>
<td>Epilepsi</td>
<td>15 (23,4)</td>
<td>8 (12,3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Signifikant skillnad p<0.05
I Tabell 4 visas resultaten på de individuella utfallsvariablerna vid baslinjen, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de två grupperna.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabel</th>
<th>Antal intervention/ kontroll</th>
<th>Intervention Medel</th>
<th>Kontroll Medel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet (steg/dag)</td>
<td>46/53</td>
<td>8042</td>
<td>6296</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>63/63</td>
<td>30,3</td>
<td>28,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Midjemått (cm)</td>
<td>61/63</td>
<td>94,5</td>
<td>92,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Livsmedelsvariation (livsmedelsgrupper/dag)</td>
<td>45/46</td>
<td>5,4</td>
<td>5,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Grönsakskonsumtion (tillfällen/dag)</td>
<td>45/46</td>
<td>1,4</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Luncher enligt Tallrikssmodellen, antal (%)</td>
<td>44/46</td>
<td>23</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Middagar enligt Tallrikssmodellen, antal (%)</td>
<td>43/51</td>
<td>27</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillfredsställelse med livet (poäng på 0–2 skala)</td>
<td>61/61</td>
<td>1,8</td>
<td>1,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Effekter på bostadsnivå

Enkäten om arbetsrutiner besvarades av samtliga gruppboistärer före interventionen och av 29 av 30 bostäder efter interventionen. Resultat visade på en signifikant interventionseffekt (P=0,016). Signifikanta effekter kunde ses på två av enkätens delområden: allmänt hälsofrämjande arbete (P=0,010) och fysisk aktivitet (P=0,043) (Tabell 5). De bostäder som ingick i gruppen med hög följsamhet, förbättrade sina resultat för arbetsrutiner mer än de bostäder som ingick i gruppen med låg följsamhet. Skillnaden var dock inte signifikant.

Tabell 5. Effekter av interventionen på arbetsrutiner, resultat av linjär regressionsanalys.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arbetsrutiner*</th>
<th>B** (95 % C.I.) Procentenheter</th>
<th>P värde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allmänt hälsofrämjande arbete</td>
<td>9,8 (2,5 till 17,1)</td>
<td>0.010</td>
</tr>
<tr>
<td>Mat och måltider</td>
<td>4,6 (-5,0 till 14,2)</td>
<td>0.333</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet</td>
<td>7,0 (0,2 till 13,8)</td>
<td>0.043</td>
</tr>
<tr>
<td>Total poäng</td>
<td>7,1 (1,5 till 12,8)</td>
<td>0.016</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Alla analyser är justerade för baslinjenvärden
** B-koefficienten beskriver regressionsens huvudresultat, dvs genomsnittlig förändring i utfallsvariabeln i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen
**Effekter på individnivå**

Tabell 6 visar resultat på de individuella utfallen, på kompletta data utan imputering. En signifikant interventionseffekt sågs för den primära utfallsvariabeln fysisk aktivitet, som bedömdes som steg per dag kontrollerat för baslinjevärden, typ av bostad och klustring. Deltagarna i interventionsgruppen ökade sin fysiska aktivitet signifikant mer än kontrollgruppen med i genomsnitt 1608 steg per dag (P=0,045). Analysen med imputering visade också på en signifikant ökning av steg i interventionsgruppen om 1203 steg per dag (P=0,031). Analysen om "typ av bostad" visade att ökningen av fysisk aktivitet var högre i servicebostäderna.

Inga väsentliga effekter av interventionen hittades på de sekundära utfallen BMI, midjemått, matvanor eller tillfredsställelse med livet. BMI och midjemått rörde sig i önskvärd riktning, även om förändringen inte var statistiskt signifikant.

**Tabell 6. Effekter av interventionen på individuella utfall, resultat av linjär regressionsanalys.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Variabel*</th>
<th>Antal intervention /kontroll</th>
<th>B*** (95 % C.I)</th>
<th>P värde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet** (steg/dag)</td>
<td>32/37</td>
<td>1608 (42 till 3173)</td>
<td>0,045</td>
</tr>
<tr>
<td>Inom gruppbostäder</td>
<td>24/23</td>
<td>750 (-1150 till 2650)</td>
<td>0,411</td>
</tr>
<tr>
<td>Inom servicebostäder</td>
<td>8/14</td>
<td>3496 (346 till 6646)</td>
<td>0,031</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m2)**</td>
<td>53/55</td>
<td>-0,3 (-1,1 till 0,5)</td>
<td>0,430</td>
</tr>
<tr>
<td>Midjemått (cm)**</td>
<td>50/53</td>
<td>-1,7 (-4,0 till 0,6)</td>
<td>0,130</td>
</tr>
<tr>
<td>Livsmedelsvariation** (livsmedelsgrupper/dag)</td>
<td>31/35</td>
<td>0,2 (-0,4 till 0,8)</td>
<td>0,589</td>
</tr>
<tr>
<td>Grönsakskonsumtion** (tillfällen/dag)</td>
<td>31/35</td>
<td>0,2 (-0,1 till 0,5)</td>
<td>0,239</td>
</tr>
<tr>
<td>Luncher enligt Tallriks-modellen**, antal (%)</td>
<td>34/29</td>
<td>-0,1 (-0,6 till 0,4)</td>
<td>0,794</td>
</tr>
<tr>
<td>Middagar enligt Tallriks-modellen**, antal (%)</td>
<td>30/36</td>
<td>0,1 (-0,2 till 0,5)</td>
<td>0,539</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillfredsställelse med livet** (poäng på 0-2 skala)</td>
<td>51/53</td>
<td>0,0 (-0,1 till 0,1)</td>
<td>0,496</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Alla analyser är justerade för baslinjevärde och klustring  
** Analyser justerade för bostadstyp  
*** B-koefficienten beskriver regressionens huvudresultat, dvs genomsnittlig förändring i utfallsvariabeln i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen
1-års uppföljning
Sammanlagt 8 av 14 interventionsbostäder deltog i en uppföljande mätning 12 månader efter eftermätningen, det vill säga drygt två år efter interventionens start. Fem av dessa valde även att delta i ett kompletterande informationsmöte riktat till personalgruppen då de blev påminna om vad projektet och mätningarna innebar. Mötet arrangerades i bostaden, och både personal och individuella deltagare fick möjlighet att ta del av resultat från tidigare mätningar.

De bostäder som inte deltog valde, enligt personalen, att inte göra det på grund av lågt intresse bland personal och/eller de boende eller på grund av personalomsättningar som påverkade engagemanget i projektet. Ett boende hade endast unga kvinnor som deltagare och personalen uppfattade det som att dessa deltagare hade blivit negativt påverkade av mätningarna genom att bli mer fixerade vid sin vikt.

Bostadsnivå
Ingen signifikant ökning kunde ses mellan mätning 2 (eftermätning) och 3 (uppföljande mätning), men de förbättrade arbetsrutinerna bibehölls (Tabell 7).

Tabell 7. Arbetsrutiner vid samtliga tre mättilfällen, procent av total poäng, medelvärde, n=8.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Baslinje</th>
<th>Eftermätning</th>
<th>Uppföljande</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allmänt hälsofrämjande arbete</td>
<td>54,5</td>
<td>74,2</td>
<td>77,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Mat och måltider</td>
<td>52,1</td>
<td>65,1</td>
<td>65,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet</td>
<td>74,5</td>
<td>83,8</td>
<td>87,5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total poäng</strong></td>
<td><strong>59,9</strong></td>
<td><strong>74,2</strong></td>
<td><strong>76,9</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Individnivå
Endast 26 individer redovisas i den uppföljande mätningen, eftersom endast de individer i interventionsgruppen, som genomförde samtliga tre mätningar, har inkluderats. Den ökning i fysisk aktivitet (steg/dag) som skedde mellan mättilfällen 1 (baslinje) och 2 (eftermätning) bibehölls inte till mättilfälle 3 (uppföljande mätning) (Tabell 8).
Tabell 8. Individuella utfall vid samtliga tre mättilfällen, n=26.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Baslinje</th>
<th>Eftermätning</th>
<th>Uppföljande</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fysisk aktivitet (steg/dag)</td>
<td></td>
<td>7827</td>
<td>8023</td>
</tr>
<tr>
<td>BMI (kg/m²)</td>
<td>28,9</td>
<td>29,0</td>
<td>29,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Midjemått (cm)</td>
<td></td>
<td>93</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Livsmedelsvariation (livsmedelsgrupper/dag)</td>
<td>5,4</td>
<td>5,2</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Grönsakskonsumtion (tillfällen/dag)</td>
<td>1,4</td>
<td>1,5</td>
<td>1,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Luncher enligt Tallriksmodellen, (%)</td>
<td>46 %</td>
<td>48 %</td>
<td>47 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Middagar enligt Tallriksmodellen, (%)</td>
<td>67 %</td>
<td>65 %</td>
<td>65 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Tillfredsställelse med livet (poäng på 0-2 skala)</td>
<td>1,9</td>
<td>1,8</td>
<td>1,8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Process**

Resultatet av processutvärderingen beskriver vad som hände under projektet och hur de olika delarna i genomförandet fungerade.

**Kostnader för genomförande**

Utöver kostnader för metodutveckling, projektledning och utvärdering bestod utgifterna för genomförande av programmet av kostnader för: 1) personal, 2) arrangemang av nätverksträffar för hälsoombud, 3) materialet ”Fokus Hälsa” och 4) studiecirkeln ”Hälsokörkortet”.

Kostnader för personal innebar att hälsoombuden skulle ges tid att delta i nätverksträffar och att den övriga personalen skulle ges tid för arbetet med ”Fokus Hälsa”. Kostnader för arrangemang av nätverksträffar inkluderade lokaler, material och eventuella föreläsare. Kostnader för materialet ”Fokus Hälsa” inkluderade ett exemplar av materialet till varje medarbetare. Kostnader för studiecirkeln ”Hälsokörkortet” inkluderade avgift till SV för genomförande av studiecirklar. I projektet ”Hälsofrämjande gruppbostad” stod projektet för alla kostnader, förutom kostnad för personal.

**Följsamhet till programmet**

Följsamhet beskriver i vilken utsträckning programmet genomfördes som planerat. Varje bostad kunde få max 30 poäng på varje komponent, sammanlagt max 90 poäng. Medianvärdet (min-max) för interventionsdosen var 65 (19–85). De sju bostäder som hade mer än 65 poäng inkluderades i gruppen med hög följsamhet och de sju bostäder som hade mindre än 65 poäng inkluderades i gruppen med låg följsamhet. Hälsokörkortet var den komponent som i störst utsträckning genomfördes som planerat (Tabell 9). Alla de deltagande bostäderna utom en genomförde denna komponent.

| Komponent 1: Hälsoombud (max 30 poäng) | 15 (0–25) |
| Komponent 2: Fokus Hälsa (max 30 poäng) | 18 (0–30) |
| Komponent 3: Hälsokörkortet (max 30 poäng) | 30 (0–30) |

Implementering av programmet


Tabell 10. Aspekter av betydelse vid implementeringen av det hälsofrämjande programmet ”Hälsofrämjande gruppstäd”, enligt hälsoombud och enhetschefer.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stödja motivation till förändring</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Programmets egenskaper</td>
</tr>
<tr>
<td>Relevans och upplevt behov</td>
</tr>
<tr>
<td>Ett flexibelt och deltagarstyrt tillvägagångssätt</td>
</tr>
<tr>
<td>Extern input till personal och boende</td>
</tr>
<tr>
<td>Stöd och förberedelser</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tema: Stödja motivation till förändring


Programmets egenskaper

Upplevda behov bland personal och boende hade betydelse för hur programmet togs emot. Enligt både hälsoombud och chefer var diskussioner om mat och hälsosam livsstil vanligt redan innan programmet inleddes, vilket visar att fokuset passade med existerande prioriteringar. Hälsoomбудen var öppna med att det fanns utmaningar och
de uttryckte ett behov av stöd i att handskas med svåra situationer i det vardagliga arbetet.

Ett flexibelt och deltagarstyrt tillvägagångssätt var viktigt för att kunna anpassa programmet efter lokala behov och det ansågs positivt att både personal och boende kunde vara aktiva. Vid nätverksträffarna fick hälsoombuden information utifrån egna behov och intressen, vilket enligt dem ledde till en öppen och flexibel atmosfär. Även i situationer då det inte var möjligt att genomföra hela programmet, kunde delar av det prioriteras. Till exempel, när de boende i en bostad valde att inte delta i studiecirkeln, kunde personalen fortfarande genomföra de andra komponenterna.

Det upplevdes som inspirerande med en extern cirkelledare. Genom att använda praktiska och kreativa övningar som att måla och förbereda frukost påverkade cirkelledarna de boende genom att stärka deras självständighet. Hälsoombuden uttryckte frustration över att ständigt försöka påverka och motivera de boende till hällosamma val och upplevde en lättänad när de fick stöd av en person utifrån.

"Hon var ju en sån personlighet också, så full med positiv energi och man ser ju att dom behöver nån utifrån som kommer in som en frisk fläkt istället för vårt 'malande'" /Hälsoombud

Stöd och förberedelser från projektgruppen under projektet ansågs också viktigt. Vissa förbättringar föreslogs, bland annat informationsträffar för hela arbetsgruppen i varje bostad, företrädesvis i god tid innan projektstart. Vikten av att förankra projektet i bostäderna och förbereda personalen i god tid betonades.

Individuellt engagemang

Personalens kompetens liksom deras personliga intresse och inställning till hälsofrågor uppfattades som en betydelsefull aspekt vid implementeringen av programmet. För personalen var det viktigt att ha kunskap om måltidsplanering och matlagning samt vikten av att ha en professionell inställning till hällosam mat och daglig fysisk aktivitet. Fördelen med att ha en person i teamet med djupare intresse och motivation för dessa frågor belystes.

"Förutsättningen är ju att det finns en motivation, och att inte alla ska vara lika motiverade, utan att det finns ett par stycken som kan... Man kan inte som chef bestämma att det här ska ni göra, måste finnas en motivation till sånt här arbete i personalgruppen." /Enhetschef

De boendes intellektuella och fysiska funktionsnivå, liksom deras motivation och intresse, påverkade vilka typer av aktiviteter som var bäst lämpade inom ramen för programmet. En annan viktig aspekt var den ekonomiska situationen för deltagarna. Eftersom många av dem hade en stram budget var personalen tvungen att hitta och erbjuda fritidsaktiviteter som inte var alltför dyra. Attityder bland gode män och anhöriga spelade roll, men anhörigas involvering var begränsad. De flesta var positiva till programmet, men några förstod, enligt en chef, inte riktigt avsikten.

Organisationens kapacitet

Befintliga arbetsrutiner påverkade hur programmet kunde genomföras i vardagen. Hälsoombuden betonade att deras huvudsakliga uppgift som personal var att stödja de
boende i deras dagliga liv, och därför var de tvungna att prioritera vardagliga rutiner. Sedan, om det fanns någon tid kvar, kunde de spendera tiden på hälsorämjande aktiviteter inom ramen för programmet. Flexibilitet i arbets schemat, stödjande kollegor och fungerande rutiner för samverkan med andra gruppbostäder i närområdet var faktorer som upplevdes som underlättande.

"Vi jobbar mycket ensamma, så att de här två timmarna då när vi får träffas allihop, så blir det väldigt mycket att prata om sånt som rör dom som bor här... så det kan vara svårt att få till den här tiden... så vi har förlängt nåt möte har vi fått göra... för att hinna med." /Hälsoombud

Tillräckligt med personal var viktigt eftersom personalen var tvungen att vara tillgänglig för att följa de boende till aktiviteter som träning eller simning. Å andra sidan borde inte arbetslaget vara för stort, eftersom mindre grupper underlättar gruppdiskussioner. En hög omsättning bland personal och chefer nämndes som en hämmand faktor, speciellt vid uppstarten. Tidsbrist lyftes bland hälsombuden, och en chef poängterade begränsade finansiella resurser och förväntan att genomföra projektet inom den befintliga budgeten.


Samhälleliga influenser
Stöd från de lokala politikerna påverkade motivationen bland personal och chefer. I en av kommunerna, där projektet var sanktionerat på politisk nivå, bidrog detta stöd till att öka motivationen för att genomföra programmet trots att resurser saknades.

"När vi började med projektet, då tyckte jag att det var väldigt tungt en stund... men sen så ställde sig kommunen bakom... och då vart det mera, då kom ju chefen in i det hela och... Just att dom ställer sig bakom och att vi måste jobba, och då kan ju ingen säga att ’det där kan ni hålla på med’". /Hälsoombud

Tillgång till grönområden och gym upplevdes underlätta daglig fysisk aktivitet för både boende och personal. En bostad var belägen nära ett gym som erbjuder särskilda klasser för personer med intellektuella funktionsnedsättningar. Tyvärr hölls dessa klasser under dagtid medan de boende var på jobbet, så att deras enda alternativ var att träna sent på kvällen på andra sidan av staden.

Trender och budskap i media kring hälsorågor påverkade både personal och boende, enligt de intervjuade. Enligt dem resulterade den media debatten i en ökad medvetenhet men även i ökad förvirring, särskilt när det gällde hälsosam mat och kostrekommendationer. Ett hälsombud nämnade att förvirring uppstod när arbetsgruppen diskuterade hälsosam mat, och att förvirringen i personalgruppen i förlängningen även förvirrade en del av de boende.
**Diskussion**

Enligt vår kännedom är det här det första vetenskapligt utvärderade programmet för att främja bra mat- och rörelsevanor bland vuxna med utvecklingsstörning, som riktar sig både till personal och boende i grupp- och servicebostäder. Programmet har utvärderats både avseende effekt och process, vilket bidrar med värdefulla kunskaper och erfarenheter för det fortsatta folkhälsoarbetet riktat till målgruppen. Interventionen är unik och samtidigt viktig, eftersom den vänder sig till en av de grupper i samhället som är mest utsatta för både fysisk och psykisk ohälsa.

**Hälsoläget**

Baslinjemätningen genomfördes i första hand för att kunna utvärdera det hälsofrämjande programmet, men ger samtidigt viktig deskriptiv data för en grupp där det generellt saknas uppgifter om hälsoläget. Mätningen visade att det fanns tydliga behov av att förbättra hälsan i målgruppen. Både övervikt och fetma var vanligt, men det som avviker i jämförelse med generell statistik för befolkningen var den höga andelen personer med fetma. 49 procent av kvinnorna och 35 procent av männen hade fetma, vilket kan jämföras med 11 respektive 12 procent för kvinnor och män i befolkningen generellt i Stockholms län, även om dessa data bygger på självskattning och därför sannolikt är ett par procentenheter lägre än det sanna värdet (64). Allt mer utsatta för att utveckla övervikt och fetma i den här gruppen tycks kvinnor vara. De höga BMI-värdena bekräftades av höga midjemått, och även här hade kvinnorna sämre värden än männen. Detta står i motsats till siffror för befolkningen i Stockholm generellt (64), men bekräftas av internationella studier i målgruppen (11–13, 65). Utifrån detta kan man dra slutsatsen att det är viktigt med könsspecifika ansatser vid hälsofrämjande arbete riktat till vuxna med utvecklingsstörning.

Endast 35 procent av deltagarna nådde upp till det minimum om 7500 steg per dag som rekommenderats (60). Jämförbara siffror finns inte för Sveriges befolkning, men det är en 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 (66). Det genomsnittliga antalet steg var 7100, vilket också är lägre än resultaten både från den finska studien (ca 7500 steg/dag) (66) och från en norsk studie (ca 8300 steg/dag) (67). En rapport från Stockholms läns landsting visar att det finns behov av att främja fysisk aktivitet både brett i befolkningen och av att rikta insatser mot vissa grupper (68). Vuxna personer med utvecklingsstörning är uppenbarligen en av de grupper som är viktiga att prioritera.

Deltagarna konsumerade i genomsnitt grönsaker vid 1,5 tillfällen per dag. Antalet tillfällen säger ingenting om mängder, men det är rimligt att anta att grönsaker bör konsumeras åtminstone två gånger per dag för att det ska vara möjligt att komma upp i den rekommenderade mängden om 500 gram frukt och grönsaker per dag (62). Det finns alltså en anledning att främja ett ökat intag av grönsaker, men det är inte nödvändigtvis så att gruppen skiljer sig från andra svenskar i det här avseendet. Enligt Livsmedelverkets undersökning Riksmaten är det bara två av tio svenskar som når upp till rekommendationen om 500 gram frukt och grönsaker per dag (24). Enkäten om arbetsrutiner kring mat, rörelse och hälsa visade att det fanns utrymme för förbättringar, särskilt inom delområdet mat och måltider, som fick lägre poäng än de
andra delområdena. Sammantaget styrker detta att det finns ett stort behov av att förbättra arbetsrutinerna för att stödja goda matvanor i målgruppen.

I enkäten om tillfredsställelse med livet svarade deltagarna överlag relativt bra. Detta kan tolkas som att de var nöjda med de aspekter av livet som de tillfrågades om, men det kan också finnas andra förklaringar till de positiva svaren. Med hänsyn till intervjuersonernas intellektuella nedsättning och kända svårigheter med att exempelvis generalisera är det möjligt att frågor har missförståtts (69). Det har tidigare rapporterats att personer inom målgruppen kan ha en tendens att svara ”ja” på frågor oavsett innehåll, vilket till viss del skulle kunna förklara konsekventa val av svarsalternativet ”bra” (69). Många deltagare har dock differentierat svaren, varför detta inte alltid varit fallet.

**Effekter av programmet**

Resultaten visade på positiva effekter på fysisk aktivitet för de boende och på arbetsrutiner i personalgruppen, vilket indikerar att programmet kan vara effektivt. Resultaten är uppmuntrande och i linje med tidigare interventioner med hälsofrämjande eller viktreducerande syften, som har visat att program som innehåller fysisk aktivitet, mat och hälsoutbildning kan ha vissa positiva effekter på hälsan hos målgruppen (37, 38).

Analysen visade att effekten på fysisk aktivitet var starkare i servicebostäder, där de boende i allmänhet är mer självständiga än i gruppbostäder. Detta resultat är inte helt oväntat, eftersom det verkar rimligt att förvänta sig att individer med högre intellektuell och kognitiv kapacitet lättare gör förändringar till följd av programmet. Bostäder med hög följsamhet förbättrade sina resultat mer än bostäder med låg följsamhet, både på fysisk aktivitet och på arbetsrutiner, vilket tyder på en dos-effekt, även om denna skillnad inte var statistiskt signifikant. Detta är ett uppmuntrande resultat, eftersom det tyder på att högre följsamhet skulle kunna leda till bättre resultat i framtida studier.

Inga signifikanta effekter sågs på BMI, midjemått, matvanor eller tillfredsställelse med livet, även om trenden avseende midjemått och BMI var i önskad riktning. Vi förväntade oss inte att se signifikanta effekter på BMI eftersom urvalsstörleken inte var beräknad för det ändamålet (46), men i framtida studier med större deltagarantal och högre följsamhet skulle effekten kunna bli statistiskt och kliniskt signifikant. Att inga effekter sågs på matvanor kan sättas i relation till att man heller inte såg någon signifikant påverkan på delområdet mat och måltider i enkäten om arbetsrutiner, vilket stärker ett antagande att matvanorna inte påverkats genom programmet. Bristande effekt på vissa variabler skulle kunna bero på ineffekta arbetsrutiner, otillräcklig implementering eller på att mätmetoderna inte var tillräckligt känsliga. En kombination av dessa tre faktorer är förmodligen den bästa förklaringen, och det finns utrymme för förbättringar i framtida studier. Genom att dokumentera förändringar i arbetsrutiner på ett mer detaljerat sätt skulle det vara möjligt att få mer information om vad som fungerar.

Skalan som användes för att bedöma tillfredsställelse med livet har relativt goda psykometriska egenskaper (53), men eftersom en majoritet av svaren var in den positiva änden av skalan redan vid baslinjen, fanns inte mycket utrymme för förbättringar. Å andra sidan användes skalan främst för att övervaka eventuella negativa effekter i denna
utsatta grupp. Ingen försämring upptäcktes, vilket togs som en indikation på att programmet inte uppfattades negativt av deltagarna.

Effekten på personalens arbetsrutiner bibehölls vid den uppföljande mätningen efter ett år bland de som deltog i mätningen, medan effekten på fysisk aktivitet inte gjorde det. Att effekten på arbetsrutiner bibehölls är uppmuntrande eftersom flera studier visar att personalen har stor betydelse för att påverka hälsobeteende och hälsoutfall i målgruppen (39). Att inga effekter kunde ses på de individuella utfallen kan delvis relateras till det stora bortfallet vid mätningen. En annan förklaring kan vara att det kan vara svårt att vidmakthålla effekter över tid. Inför framtida studier är det viktigt både att fundera över hur man kan minimiera bortfallet och över hur man gör för att bibehålla effekter i ett långt perspektiv. En möjlighet är att fortsätta mäta steg regelbundet, vilket kan ha en positiv effekt i sig.

Implementering av programmet

Tre komponenter ingick i programmet, varav en främst omfattade boende och två involverade personal. Fölsamheten till programmet var högre för den komponent som riktade sig till de boende (Hälsokörkoret) än för de två som riktade sig till personal (hälsoombud och Fokus Hälsa). Detta kan förklaras med att en extern person höll i och organiserade Hälsokörkoret, medan det krävdes större arbetsinsats av personalen för att genomföra de andra komponenterna. Programmet kan ha uppfattats som tidskrävande, särskilt i kombination med mätningarna, där personalen fick hjälpa deltagarna med fotografering och stegräknare. Framtida studier bör därför försöka minimera belastningen på personalen när det gäller datainsamling.

Intervjuerna med chefer och hälsoombud visade att det är viktigt att stödja motivation till förändring på alla nivåer, både i organisationen och bland individerna. En av programmets styrkor var att det anpassades till befintliga värderingar och praxis i bostäderna, vilket uppnådes genom att inkludera chefer och representanter för målgruppen i utvecklingen av programmet (46). Hög grad av kompatibilitet och anpassning underlättar vid genomförandet av ett program (58) och ökar vidmakthållandet (70).

Det faktum att programmet involverade både personal och boende uppfattades som en underlättande faktor. Att det är viktigt att inkludera personalen vid hälsofrämjande interventions och göra dem delaktiga i processen får stöd av tidigare studier (71). Hälsoombud och chefer uttryckte att det hade varit bra med mer stöd från projektledningen initialt. Att utbilda och förbereda personalen väl är viktigt för att öka deras engagemang för arbetet (37). Även anhöriga och gode män skulle kunna engageras i större utsträckning. Detta förslag stöds av en amerikansk studie om matvanor i gruppbostad, där en av slutsatserna var att det är lämpligt att inkludera utbildning för anhöriga tillsammans med de personer de ger stöd till (72).

Det är väl känt att organisationens kapacitet har betydelse för genomförandet (58). Den här studien visade att ett varmt arbetsklimat med ett flexibelt arbets-schema och en engagerad chef var faktorer som hade betydelse. Resurser och tillgång på personal nämndes, och i likhet med tidigare studier rapporterades att underbemanning hindrade möjligheter för fysisk aktivitet (73). Kommunspecifika faktorer påverkade också genomförandet, såsom policyer och tillgänglighet till träningslokaler. Resultatet visar att
stöd från kommunen är mycket viktigt för att upprätthålla engagemanget för arbetet. Som påpekats i en internationell litteraturgenomgång kan myndighetsstruktur påverka medverkan i hälsofrämjande aktiviteter (38). För att vidare studera betydelsen av olika faktorer vid implementering genomförs nu en ny studie i ett flertal kommuner i Sverige. I denna intervention ingår en av komponenterna (studiecirkeln Fokus Hälsa), och genomförandet samordnas med hjälp av en lokal kontaktperson.

Styrkor och svagheter

Ledande experter inom interventionsforskning har efterlyst tydliga beskrivningar av komplexa interventioner för beteendeförändring eftersom ofullständiga beskrivningar begränsar replikeringen och användningen av framgångsrika program (74). I den här studien har vi beskrivit programmet och dess komponenter, och ett studieprotokoll har publicerats före genomförandet (46). Dessutom har vi inkluderat bedömning av följsamhet, definerat som i vilken utsträckning ett program följer sin programteori (44). Detta är en styrka eftersom det ökar förståelsen för orsakssamband (55).

En begränsning av studien är ett relativt litet urval och bortfall på olika utfallsvariabler, vilket hotade studiens statistiska styrka. Det var ett stort internt bortfall på den primära utfallsvariablen fysisk aktivitet, vilket innebär att effekten egentligen bara studerades på en del av gruppen. Effekten var dock så pass stor att den blev signifikant, trots en betydligt mindre grupp än den planerade. Det kan diskuteras huruvida de deltagare som använde stegräknare på något sätt skiljde sig från de som inte använde stegräknare, och hur det påverkar resultats generaliseringbarhet. Vi uppfattade dock att deltagarnas användning av stegräknare i större utsträckning var relatert till personalens möjligheter att ge stöd, än till egenskaper hos individerna själva. Insamling av data i denna målgrupp inkluderar flera utmaningar när det gäller den enskildes intresse och förmåga att delta i varje specifik mätning samt motivation och möjligheter bland personalen att ge stöd. Insamlingen försvarades av att de boende som deltog, på grund av de intellektuella och kognitiva funktionsnedsättningen, inte alltid förstod syftet med mätningarna och projektet.


Konklusion

- Bland deltagarna i projektet fanns vid baslinjen en alarmerande hög förekomst av övervikt, fetma och bukfetma. Många nådde inte upp till
rekommendationerna om fysisk aktivitet och kost. Detta indikerar att vuxna med intellektuell funktionsnedsättning är en mycket prioriterad grupp för hälsofrämjande arbete.

- Kvinnorna hade mer fetma och bukfetma än männen. Detta indikerar att det är viktigt med könsspecifika ansatser vid hälsofrämjande arbete riktat till vuxna med utvecklingsstörning.

- Det hälsofrämjande programmet "Hälsofrämjande gruppbostad" kan vara effektivt för att öka fysisk aktivitet bland vuxna med lindrig eller måttlig intellektuell funktionsnedsättning samt för att förbättra arbetsrutiner bland personal i grupp- och servicebostäder.

- Programmet "Hälsofrämjande gruppbostad" visade ingen effekt på arbetsrutiner för att främja goda matvanor i grupp- och servicebostäder, och inte heller på matvanor bland de boende. För att förbättra matvanor är det därför sannolikt att arbetsrutinerna bör stärkas i detta avseende.

- Det är möjligt att ännu större effekter skulle kunna uppnås genom förbättrade implementeringsstrategier för ökad följsamhet. Vid implementering är det viktigt att stödja motivation till förändring på alla nivåer i organisationen och bland individerna, bland annat genom att utbilda och förbereda personalen väl samt genom stödjande policyer på kommunal nivå.

- För att vidmakthålla programmets positiva effekter på längre sikt måste ny personal löpande introduceras och rutiner måste etableras för att frågorna ska hållas levande. Frågor kring hälsofrämjande arbete, självbestämmande och etik bör kontinuerligt diskuteras, bland personal såväl som på ledningsnivå.

- Resultaten gäller både kommunala och privata grupp- och servicebostäder för personer med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning runt om i Stockholms län, och det är möjligt att anta att resultaten kan generaliseras till kommuner runt om i landet i de fall som de är organiserade och fungerar på ett liknande sätt. En manual har tagits fram för detta ändamål.

- Med tanke på den onödigt stora ohälsan som finns bland vuxna med intellektuell funktionsnedsättning är det av största vikt att prioritera denna grupp i folkhälsoarbetet. Det är viktigt både att använda befintliga metoder för att främja hälsa och att fortsätta att utveckla metoder och arbetssätt.
Tack

Ett stort tack riktas till boende, personal och chefer som deltagit i projektet och generöst delat med sig av erfarenheter i de olika delstudierna.

Projektet finansierades via Folkhälsoanslaget i SLL (HSN 0802–0339) och Stiftelsen Sävstaholm.
Referenser


# Bilagor

## Bilaga 1. Tillfredsställelse med livet

### Tillfredsställelse med livet

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Bra</th>
<th>Mitt emellan</th>
<th>Däligt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Hur trivs du i din egen lägenhet?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Hur trivs du i gruppbostad/servicebostad där du bor?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Hur trivs du tillsammans med de andra som bor i gruppbostad/servicebostad?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Vad tycker du om maten som du åter till middag hemma på vardagarna?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Vad tycker du om maten som du åter till middag hemma på helgdagen?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Vad tycker du om mellanmål och fika som du åter hemma?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Hur trivs du med saker du gör hemma på din fridtid? Ex. se på TV, läsa, spela spel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Hur trivs du med saker du gör utanför hemmet på din fridtid? Ex. äka till stan, dansa, gå på kurs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Hur trivs du med livet?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Hur trivs du med att vara den du är?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Hur brukar du känna dig i kroppen? Ex. trisk, sjuk, stark, ont</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Vad tycker du om stöd och hjälp du får från personalen i ditt hem?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Bilaga 2. Rutiner kring mat, rörelse och hälsa

**Rutiner kring mat, rörelse och hälsa**

Enkät till enhetschefer/arbetsledare i gruppbostäder och servicebostäder

---

### Jag/vi som besvarar enkäten har följande funktion(er):

- [ ] Enhetschef
- [ ] Arbetsledare/samordnare
- [ ] Personal på enheten
- [ ] Personal med särskilt ansvar för hälsofrågor (t.ex. kostombud, hälsoombud)

---

### Typ av boende

<table>
<thead>
<tr>
<th>Boende</th>
<th>Speciell inriktning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gruppbostad</td>
<td>Nej</td>
</tr>
<tr>
<td>Servicebostad</td>
<td>Ja:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Bostadens regi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Regi</th>
<th>Antal boende</th>
<th>Antal personal</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kommun</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Företag</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kooperativ/förening</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Frågor kring övergripande hälsoarbete**

**H1. Hälsofrämjande arbete**

Bedrivs ett hälsofrämjande arbete, med fokus på de boende, i gruppbostaden?

- [ ] Ja, hälsoarbete riktat mot de boende är en viktig del i policy/handlingsplan och ett hälsofrämjande tankesätt genomgår hela arbetet
- [ ] Ja, de boendes hälsa nämns i policy/handlingsplan och/eller personalen har en ambition att arbeta hälsofrämjande
- [ ] Nej, hälsofrämjande arbete har inte varit prioriterat, men det finns planer på att börja prioritera dessa frågor
- [ ] Nej

**H2. Kompetens bland personal**

Har personalen kompetens för att bedriva ett hälsofrämjande arbete, riktat mot de boende?

- [ ] Grundläggande kompetens = omvårdnadsprogrammet på gymnasienivå eller motsvarande
- [ ] Särskild kompetens = grundläggande kompetens inkl. fortbildning inom hälsa/friskvård

- [ ] Ja, samtliga personal har grundläggande kompetens och några har särskild kompetens
- [ ] Ja, de flesta har grundläggande kompetens och någon har särskild kompetens eller håller på att utveckla särskild kompetens
- [ ] Nej, kompetensen är i dagstälte otillräcklig, men det finns planer på att börja arbeta för att öka kompetensen
- [ ] Nej, kompetensen är otillräcklig

---

På uppdrag av
Stockholms läns landsting
Karolinska Institutet

---

55
H3. Fortbildning för personal
Erbjuds personalen kompetensutveckling inom området mat, rörelse och hälsa genom t.ex. kurser, föreläsningar eller temadagar?

☐ Ja, varje år
☐ Ja, vid enstaka tillfällen
☐ Nej, men det finns planer på att börja erbjuda fortbildning
☐ Nej

H4. Ombud för hälsokrågor
Finns särskilda ombud eller inspiratörer i personalgruppen för något av följande områden (med fokus på de boende)?
- Hälsa
- Fritid och/eller fysisk aktivitet
- Mat

☐ Ja, för minst två av ovanstående områden
☐ Ja, för minst ett av ovanstående områden
☐ Nej, men det finns planer på att införa ombud/inspiratörer inom något av områdena
☐ Nej

H5. Expertstöd
Har personalen tillgång till expertstöd genom någon eller några av följande?
- Dietist eller kochchef
- Sjuksköterska eller läkare
- Sjukgymnast eller arbetsterapeut
- Friskvårdskonsulent

☐ Ja, från minst tre av ovanstående
☐ Ja, från en eller två av ovanstående
☐ Nej, men det finns planer på att utveckla möjligheterna till expertstöd
☐ Nej

H6. Externt samarbete
Finns det ett samarbete kring mat, rörelse och hälsa mellan gruppbostad och någon eller några av följande?
- Daglig verksamhet
- Gode män och/eller anhöriga
- Habilitation
- Kultur och Fritid i kommunen

☐ Ja, med minst tre av ovanstående
☐ Ja, med en eller två av ovanstående
☐ Nej, men det finns planer på att påbörja samarbete
☐ Nej
H7. Kompetensutveckling för boende
Erbjuds de boende möjligheter till att utveckla kunskaper och färdigheter kring mat och
rörelse ur ett hälsoperspektiv genom något av följande sätt?
  - Aktivt stöd av personal
  - Studiecirklar eller kurser
  - Informationsmaterial på rätt nivå

☐ Ja, genom minst två av ovanstående sätt
☐ Ja, genom minst ett av ovanstående sätt
☐ Nej, men det finns planer på att börja erbjuda sådana möjligheter
☐ Nej

H8. Vikt och hälsoproblem relaterade till vikt
Uppmärksammas vikt (över- och undervikt) samt hälsoproblem relaterade till vikten bland de
boende?

☐ Ja, genom uppmärksamhet i personalgruppen, regelbundna hälsokontroller och extra
insatser vid behov
☐ Ja, genom uppmärksamhet i personalgruppen och hälsokontroller eller extra insatser vid
behv
☐ Nej, men det finns planer på att börja uppmärksamma detta
☐ Nej

H9. Alkohol och tobak
Uppmärksammas alkohol- och tobaksvanor samt hälsoproblem relaterade till alkohol och
tobak bland de boende?

☐ Ja, genom uppmärksamhet i personalgruppen, regelbundna hälsokontroller och extra
insatser vid behov
☐ Ja, genom uppmärksamhet i personalgruppen och hälsokontroller eller extra insatser vid
behv
☐ Nej, men det finns planer på att börja uppmärksamma detta
☐ Nej

H10. Motivation och stöd till förändring
Erbjuds boende, som vill eller behöver göra en livsstilsförändring (t.ex. ändra mat- eller
rörelsevanor), hjälp med motivation och stöd till förändring?

☐ Ja, genom personalen i samarbete med andra i den boendes närhet (t.ex. anhöriga och
daglig verksamhet) samt genom stöd av experter (t.ex. dietist eller sjukgymnast)
☐ Ja, genom personalen i gruppbostaden samt eventuellt från någon i den boendes närhet
☐ Nej, men det finns planer på att börja erbjuda sådant stöd
☐ Nej
Frågor kring hälsoarbete avseende mat och måltider

**M1. Riktlinjer/handlingsplan**
Policy/riktlinjer för näringsinnehåll i serverade måltider finns på någon av följande nivåer
- Kommun/stadsdelsnivå
- Enhets/bostadsgruppnivå

☐ Ja, på båda ovanstående nivåer
☐ Ja, på en av ovanstående nivåer
☐ Nej, men det finns planer på att införa policy/riktlinjer på någon av nivåerna
☐ Nej

**M2. Individuella planer**
Tas frågor om mat och måltider ur ett hälsoperspektiv upp i individuella planer?

☐ Ja, alltid om det finns behov eller önskemål
☐ Ja, om boende, anhörig eller god man uttryckligen efterfrågar det
☐ Nej, men det finns planer på att vid behov börja ta upp dessa frågor
☐ Nej

**M3. Struktur för måltider**
Främjar den fördelning som gjorts mellan gemensamma och enskilda måltider i er gruppbostad hälsan och livskvaliteten för de boende?

☐ Ja, den fördelning som gjorts främjar både näringsinnehåll i måltider och socialt välbefinnande
☐ Ja, den fördelning som gjorts är den bästa möjliga, även om näringsinnehåll i måltider och/eller socialt välbefinnande inte alltid kan bli det bästa för alla
☐ Nej, men det finns planer på att förändra strukturen för bättre hälsa och livskvalitet
☐ Nej

**M4. Måltidsmiljö vid gemensamma måltider**
Vid de tillfällen som gemensamma måltider serveras, erbjuds dessa i lugn och trevlig miljö?

☐ Ja, stor vikt läggs vid att skapa en trevlig atmosfär vid måltiden och gemensamma rutiner stödjer möjliggörandet av detta
☐ Ja, det finns en ambition att servera måltider i trivsamt miljö, men inga specifika rutiner för detta
☐ Nej, men det finns planer på att förbättra måltidsmiljön
☐ Nej, måltidsmiljön är inte alltid den bästa
☐ Gemensamma måltider serveras inte
M5. Näringsinnehåll vid gemensamma måltider
Erbjuds de boende hälsosam mat vid de tillfällen som gemensamma måltider serveras?

☐ Ja, alla måltider planeras ur ett hälsoperspektiv, med utgångspunkt i Svenska
    Näringsrekommanderade eller utifrån råd av kostchef/dietist
☐ Ja, det finns en ambition att servera hälsosam mat
☐ Nej, men det finns planer på att börja planera måltider utifrån ett hälsoperspektiv
☐ Nej, andra faktorer styr vilken mat som serveras
☐ Gemensamma måltider serveras inte

M6. Individuellt stöd
Ges de boende stöd för att göra hälsosamma val vid individuella matinköp och matlagning?

☐ Ja, personalen ger alltid, med respekt för den boendes rätt till självbestämmande, stöd till hälsosamma val vid matinköp och matlagning
☐ Ja, om den boende efterfrågar ett sådant stöd
☐ Nej, men det finns planer på att börja ge sådant stöd
☐ Nej

M7. Grönsaker och frukt
Arbets personalen aktivt för att främja intaget av grönsaker och frukt?

☐ Ja, både genom att erbjuda grönsaker/frukt vid måltider/fika samt genom att stödja de boende till att handla och laga grönsaker/frukt, med respekt för rätten till självbestämmande
☐ Ja, vi serverar grönsaker/frukt och/eller uppmuntrar till att köpa och laga grönsaker/frukt
☐ Nej, men det finns planer på att börja främja intaget av frukt och grönsaker
☐ Nej

M8. Det "lilla extra"
Det "lilla extra" avser livsmedel som innehåller mycket energi (socker eller fett) men inte så mycket näring, som t.ex. godis, läsk eller chips. Arbetar personalen aktivt för att främja ett begränsat intag av det "lilla extra" eller ge hälsosamma alternativ?

☐ Ja, både genom att erbjuda hälsosamma alternativ vid mellanmål/fika och genom att stödja de boende till att handla och göra i ordning hälsosam fika/snacks, med respekt för rätten till självbestämmande
☐ Ja, vi erbjuder hälsosamma alternativ och/eller uppmuntrar till att handla och göra i ordning hälsosam fika/snacks når det finns tid och möjlighet
☐ Nej, men det finns planer på att börja arbeta aktivt med frågan
☐ Nej
Frågor kring hälsoarbete avseende fysisk aktivitet

F1. Riktlinjer/handlingsplan
Tas fysisk aktivitet upp ur ett hälsoperspektiv i riktlinjer/handlingsplan på någon av följande nivåer?
- Kommun/stadsdelsnivå
- Enhets/bostadsgruppsnivå

☐ Ja, på båda ovanstående nivåer
☐ Ja, på en av ovanstående nivåer
☐ Nej, men det finns planer på att inkludera fysisk aktivitet i riktlinjer/handlingsplan
☐ Nej

F2. Individuella planer
Tas frågor om fysisk aktivitet ur ett hälsoperspektiv upp i individuella planer?

☐ Ja, alltid om det finns behov eller önskemål
☐ Ja, om boende, anhörig eller god man uttryckligen efterfrågar det
☐ Nej, men det finns planer på att vid behov börja ta upp dessa frågor
☐ Nej

F3. Ute- och innemiljö
Frånjar ute- och innemiljön i och kring boendet fysisk aktivitet genom utformning och utrustning på något av följande sätt?
- Tillgång till aktiviterande spel eller träningsredskap att använda inomhus
- Trädgård eller annan utemiljö som stimulerar till aktivitet
- Tillgång till aktiviterande spel, idrottsredskap eller trädgårdsredskap att använda utomhus

☐ Ja, genom minst två av ovanstående sätt
☐ Ja, genom minst ett av ovanstående sätt
☐ Nej, men det finns planer på att förbättra ute- och innemiljön
☐ Nej

F4. Närmiljö
Frånjar närmiljön möjligheterna till fysisk aktivitet på något av följande sätt?
- Naturområden som inbjuder till uteaktiviteter
- Trygga och upplysta gång- och cykelvägar
- Idrottsanläggningar (simhallar, gym m.m.)
- Aktiviteter särskilt anpassade för målgruppen

☐ Ja, på minst tre av ovanstående sätt
☐ Ja, på en eller två av ovanstående sätt
☐ Nej, men det finns planer på att försöka påverka situationen
☐ Nej
F5. Vardaglig fysisk aktivitet
Erbjuds de boende stöd och/eller uppmuntran till att röra på sig i vardagen (t.ex. promenera till affären, ta trappan istället för hissen eller arbeita i hemmet eller trädgården)?

☐ Ja, hela personalgruppen arbetar aktivt med stöd och uppmuntran till vardagsaktivitet, med respekt för de boendes rätt till självbestämmande
☐ Ja, personalen ger på olika sätt stöd och uppmuntran till vardagsaktiviteter
☐ Nej, men det finns planer på att börja erbjuda sådant stöd
☐ Nej, även om enskilda personer kan ge ett stöd är det inget som diskuteras gemensamt

F6. Information om fritidsaktiviteter med inslag av fysisk aktivitet
Får de boende kontinuerligt information om fritidsaktiviteter med inslag av rörelse som de har möjlighet att delta i (t.ex. simning, dans, bowling)?

☐ Ja, personalen söker aktivt efter aktiviteter och presenterar nya alternativ inför varje termin
☐ Ja, personalen presenterar de aktiviteter som de har fått information om
☐ Nej, men det finns planer för hur de boende ska få bättre information
☐ Nej, även om de boende ibland kan få information om fritidsaktiviteter finns det inga rutiner för detta

F7. Stöd till fritidsaktiviteter med inslag av fysisk aktivitet
Erbjuds de boende stöd och möjlighet till individuellt deltagande i fritidsaktiviteter med inslag av rörelse?

☐ Ja, personalen arbetar aktivt med att uppmuntra till deltagande i aktiviteter och följer med som stöd, om det behövs
☐ Ja, personalen ger stöd till deltagande om detta efterfrågas och om det finns möjlighet
☐ Nej, men det finns planer för att utveckla sådana stöd
☐ Nej, även om enskilda personer kan ge ett stöd är det inget som diskuteras gemensamt

F8. Gemensamma aktiviteter för boende i gruppbostadt
Erbjuds de boende i gruppbostadt att delta i gemensamma aktiviteter, initierade av personalen, med inslag av fysisk aktivitet, t.ex. promenader eller utflykter?

☐ Ja, på regelbundna tider varje vecka
☐ Ja, någon gång i månaden, alternativt ofta ibland och mer sällan ibland
☐ Nej, men det finns planer på att börja med sådana aktiviteter
☐ Nej, inga gemensamma aktiviteter med inslag av fysisk aktivitet erbjuds