

# Hälsöfrämjande gruppbostad

Planering, genomförande och utvärdering av ett  
hälsöfrämjande program




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

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 1497, 171 29 Solna



ces@sll.se



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](http://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 gruppboendestäder eller serviceboendestäder, 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.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin i Stockholms läns landsting ska bidra till en bättre och mer jämlik hälsa genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Projektet "Hälsofrämjande gruppboende" har utvecklats inom ramen för Stockholms läns Handlingsprogram övervikt och fetma och har pågått sedan 2008. Denna rapport beskriver programmet, hur det genomfördes och utvärderades. Genom samarbete med Karolinska Institutet och extern delfinansiering har det varit möjligt att bedriva forskning, vilket bidragit till kunskaper och utveckling inom ett eftersatt område. Projektet har presenterats vid ett antal konferenser och möten både i Sverige och utomlands och har väckt stort intresse, då det är unikt i sin ansats riktat till både boende och personal.

Parallellt med rapporten har en manual tagits fram, som kan användas i kommuner där man vill satsa på hälsofrämjande arbete i gruppboendestäder och serviceboendestäder.

*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
Hälsofrämjande arbete .....	11
Vilka insatser har effekt? .....	11
Hälsofrämjande arbete i gruppbo­städer 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: Hälsoombud .....	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 förbättrad hälsa i den här målgruppen.

Projektet "Hälsofrämjande gruppboende" pågick 2008–2013 i Stockholms län. Det övergripande syftet var att utveckla och utvärdera ett program för att främja hälsosamma mat- och rörelsevanor bland vuxna med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning, som bor i gruppboende eller serviceboende. Programmet baserades på Social kognitiv teori som förklarar människors beteende utifrån samspelet mellan beteende, personliga faktorer och påverkan från miljön samt på tidigare forskning, som visar att det vid hälsofrämjande arbete är viktigt att inkludera både personalen och individerna själva.

Ett hälsofrämjande program med tre komponenter utvecklades: 1) hälsoombud i personalgruppen, 2) en studiecirkel för personal och 3) en studiecirkel för de boende. Projektet designades som en kluster-randomiserad kontrollerad studie med boendet som enhet för randomisering. Totalt ingick 30 boenden, som randomiserades till interventionsgrupp eller väntelista-kontrollgrupp. Primärt utfall var fysisk aktivitet. Sekundära utfall var BMI, midjemått, matvanor, tillfredsställelse med livet och personalens arbetsrutiner. Följsamhet till programmet dokumenterades och implementeringsprocessen studerades med kvalitativ metod.

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 skillnaden 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 till programmet är det viktigt att ge stöd till motivation för förändring bland boende, personal och ledning.

Det hälsofrämjande programmet var framgångsrikt när det gäller att förbättra fysisk aktivitet samt arbetsrutiner kring hälsa. Det är möjligt att ännu större effekter skulle kunna uppnås genom förbättrad följsamhet till programmet. Parallellt med denna rapport har en manual för att arbeta med programmet tagits fram. Det är önskvärt att fortsatt utvärdering sker av programmet och i manualen beskrivs hur programmet kan följas upp löpande. Förhoppningen är att kommuner runt om i landet ska kunna komma igång med hälsofrämjande arbete i gruppboenden och serviceboenden med stöd av denna manual.



# 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 jämlikhet 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).

Det är inte ovanligt att personer med utvecklingsstörning har ytterligare funktionsnedsättningar, som exempelvis nedsatt syn eller hörsel, rörelsenedsättning, epilepsi eller psykiska problem (5). Även neurologiska sjukdomar och hudsjukdomar förekommer oftare i den här gruppen (6, 7). Som en följd av den intellektuella eller kognitiva nedsättningen kan det vara svårt att skilja mellan hälsoinformation och kommersiell marknadsföring och att förstå och tolka innehållet, varför personer med utvecklingsstörning också blir mer sårbara för livsstilsrelaterad ohälsa. Begreppet hälsolitteracitet refererar till kunskap och kompetens för att få tillgång till, förstå, bedöma och tillämpa hälsorelaterad information (8). Man kan göra antagandet att personer med utvecklingsstörning i allmänhet har en låg hälsolitteracitet, vilket är associerat med sämre hälsa (9).

### **Definition av begrepp**

*Funktionsnedsättning:* Nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga

*Funktionshinder:* Begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen

*Utvecklingsstörning/intellektuell funktionsnedsättning:* Dessa begrepp används synonymt i rapporten och innebär nedsatt intelligens och svårigheter att fungera i vardagen.

Utvecklingsstörningen kan vara grav, måttlig eller lindrig.

Källa: Socialstyrelsen och FUB

### **Levnadsvanor och livsstilsrelaterad ohälsa**

Övervikt och fetma ökar både i Sverige och i världen. Med övervikten följer ofta ohälsa och sjukdomar som högt blodtryck, typ 2-diabetes, vissa former av cancer samt hjärt- och kärlsjukdomar (10). Internationella studier visar att övervikt och fetma, liksom undervikt, är mer vanligt bland personer med utvecklingsstörning än i befolkningen generellt (11–13). Det finns få studier som beskriver förekomst av övervikt i målgruppen i Sverige. En svensk studie visade att 50 procent hade övervikt eller fetma (7), vilket inte skiljer sig nämnvärt från de 49 procent som rapporterats för befolkningen generellt (14). 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 presterar sämre i balans- och muskeltester jämfört med andra ungdomar i samma ålder (19). En holländsk studie visar att 25 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 livsstilsfaktorer spelar en stor roll (21) och att viktproblemen därför till viss del kan förebyggas. Många personer med utvecklingsstörning lever ett stillasittande liv och få är fysiskt aktiva (13). En studie från Sverige visar att ungdomar i särskolan är mindre fysiskt aktiva än andra ungdomar och i mindre utsträckning engagerade i idrott (22). En annan svensk studie, bland vuxna som bor i gruppboende, 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 individuellt 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 inkräkta på den enskildes integritet medför i dessa situationer pedagogiska utmaningar. Det är inte alltid lätt att både stödja självbestämmande och främja en god hälsa, och personalen balanserar många gånger mellan över-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 självförtroende 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 viktnedgång 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 viktnedgång 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 hälsosamma 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 gruppboendestäder och serviceboendestäder, och som inkluderat alla boende oavsett viktstatus.

### **Hälsofrämjande arbete i gruppboendestäder i Stockholms län**

I Stockholms län finns 26 kommuner, som alla ansvarar för att tillhandahålla bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (28). Gruppboendestäder och serviceboendestäder 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 serviceboendestäder i Stockholms län initierades i Stockholms läns landsting 2004, efter att personal i bostäderna uppmärksammat 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 gruppboendestad". 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 gruppboende eller serviceboende 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

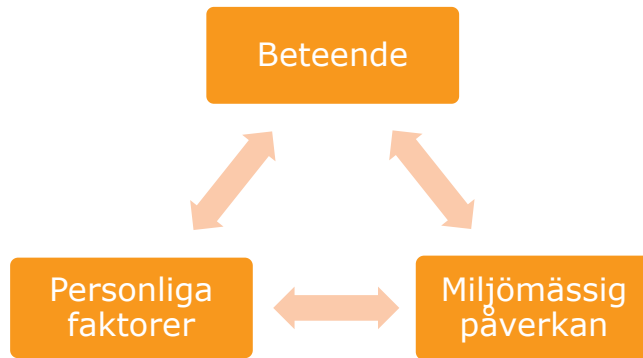
Projektet "Hälsofrämjande gruppbostad" påbörjades av dåvarande Centrum för folkhälsa i Stockholms läns landsting (SLL) och slutfördes av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i SLL, i samarbete med Karolinska Institutet. Projektet genomfördes med stöd av Folkhälsoanslaget i SLL. Forskningsdelen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

En projektgrupp sattes samman för planering av projektets genomförande och utvärdering. Projektgruppen inkluderade en projektledare och en projektassistent samt seniora forskare 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 knappt tiotal deltagare, knöts initialt till projektet och fungerade som stöd vid utformning både av programmet och utvärderingen. Referensgruppen bestod av enhetschefer i gruppbostad och servicebostad 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**

I samarbete med referensgruppen och på basis av problemteorin utvecklades programmets komponenter i detalj. Programmet kom att bestå av tre kärnkomponenter: 1) Hälsoombud i varje personalgrupp samt nätverksträffar för dessa, 2) *Fokus Hälsa* – en studiecirkel för personalgruppen och 3) *Hälsokörkortet* – en studiecirkel för de boende.

Det är vanligt att utse ombud för olika frågor i gruppboende. I många gruppboende finns exempelvis läsombud eller fritidsombud. Komponenten ”Hälsombud” utvecklades genom att bygga på denna utarbetade 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 gruppboende, och reviderades utifrån synpunkter som samlades in skriftligt samt vid en gruppdiskussion.

Studiecirkeln *Hälsokörkortet* adderade en komponent som riktade sig till de boende. Vid kontakt med SV visade det sig att de nyligen utvecklat en studiecirkel som passade utmärkt, och denna inkluderades därför i samråd med SV. Studiecirkeln utvecklades av SV Region Jönköpings län i samarbete med Länsförbundet FUB i samma region. Detta projekt finansierades av Allmänna Arvsfonden och genomfördes under åren 2007–2009.



## 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 cirkelledare för studiecirkeln "Hälsokörkortet" samt coaching (Figur 2). Informationsträffen var två timmar lång och erbjöds vid två tillfällen för intresserade chefer och personal. Utbildningsdagen för cirkelledare arrangerades i samarbete med SV och fokuserade på innehållet i cirkelledarnas manual. Coachningen inkluderade e-post, telefonsamtal och nyhetsbrev, främst till hälsoombud, men även till chefer och övrig personal.

### Komponent 1: Hälsoombud

Varje bostad ombads att utse ett hälsoombud i personalgruppen. Hälsoombudets roll innebar att fungera som inspiratör och informationsansvarig kring mat, fysisk aktivitet och hälsa. Det var önskvärt att hälsoombuden hade ett intresse för hälsofrågor och för att utveckla sin kompetens på området, men ingen särskild kompetens krävdes.

Hälsoombuden bjöds in till sammanlagt sex nätverksträffar å tre timmar. Nätverksträffarna inkluderade föreläsningar, workshops och diskussioner utifrån teman som gruppen av hälsoombud var med och utformade. De sex teman som ukristalliserade sig var 1) Rollen som hälsoombud, 2) Mat och måltider, 3) Motivation, 4) Kognitiva hjälpmedel, 5) Fysisk aktivitet och 6) Inspiration och coaching. Stor vikt lades vid att hälsoombuden skulle få möjlighet att diskutera med varandra och utbyta erfarenheter. Efter varje träff gjordes en kort skriftlig utvärdering med syfte att förbättra de kommande träffarna.

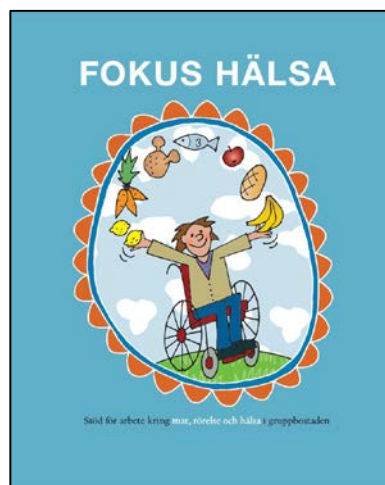
Hälsoombuden coachades under projektiden via telefon, e-post och post. De kontaktades regelbundet för avstämning via telefon. Informationsmaterialen "Äta, röra sig och må bra" och "Äta röra sig och må bra – handledning för personal i gruppbostad och daglig verksamhet" skickades till samtliga hälsoombud. Material från nätverksträffarna skickades också via e-post och post.



## 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 á cirka 1,5 timme och arrangera en studiecirkel för personalgruppen utifrån ”Fokus Hälsa”. Personalgruppen uppmanades 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.



**TEMA 2**  
**Självbestämmande och etik**

**SJÄLVBESTÄMMANDE**  
Enligt svensk lag har varje vuxen person rätt att bestämma över sig själv och sin egen kropp. Denna självbestämmanderätt innebär att man kan avgöra om man vill ta emot hjälp, vård och skydd i olika situationer. Utövning av självbestämmanderätt gäller endast vid de olika lagerna om vårdtjänst. Dessa lagar kan bara tillämpas vid specifika fall, och aldrig enbart på grund av en utvecklingsstörning.  
Vissa personer med utvecklingsstörning har, liksom andra människor, rätt till självbestämmande. För personal som arbetar i gruppboenden är det viktigt att respektera den enskilda önskemål och behov. Samtidigt har personer som bor i gruppboenden behov av stöd i sitt liv i vardagen. Vid utövning av denna rätt bör den boendes önskemål respekteras och utövas så långt som möjligt, utifrån i samråd med den enskilde.

**BEHOV AV STÖD**  
En utvecklingsstörning är en funktionsnedsättning som påverkar den intellektuella och kognitiva förmågan. Funktionsnedsättningen medför olika utvecklingsförhållanden för olika individer, men innebär bland annat att det tar längre tid att förstå, att lära sig nya saker och uttrycka tankar och känslor. När man har en funktionsnedsättning som påverkar den intellektuella och kognitiva förmågan kan det vara svårt att bedöma olika situationer och att ta beslut i vardagen. Man kan säga att en person behöver viss kompetens för att utöva sin självbestämmanderätt. Därför har personer med utvecklingsstörning rätt till stöd och hjälp i vardagen.

**LES**  
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) omfattar personer med utvecklingsstörning, autism, autismliknande tillstånd, begärningsförmåga funktionshinder på grund av lämnade lämnade andra verkliga funktionshinder som orsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och inte beror på normalt åldrande. Lagen ska gälla personer med omfattande och varaktiga funktionshinder eller goda livsvillkor, att de får den hjälp de behöver i den dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Enligt LSS ska var och en ha samma möjlighet att självbestämmande över det stöd som ges i samråd med lagen. Det innebär att man stöd ska få lösningar när man själv bestämmer. Endast om man är tvungen i ett eller själv uppenbart inte kan ta ställning i frågan ska man få lösningar på begäran av vårdnadshavare (j.o.m. 17 b), god man eller övervakare.

**ETIK**  
Etik är den del av filosofin som handlar om vad som är rätt och fel. Det handlar om vad som är "det rätta" och "hur man bör bete sig". Som grund för en etik diskuteras om de moraliska riktningarna från sig. I arbetet med människor uppstår många situationer där man måste fundera över vad som är "det rätta", det vill säga situationer där man övervägs vad man gör.  
Ena värd och omväg mellan människor som, på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning, är beroende av andra. Detta gör att relationen mellan omvårdsgäver och omvårdsgivare blir etiskt. Omvårdsgivaren har en moral som omvårdsgivaren tar hänsyn till och därigenom också ansvar för hur han eller hon handlar i olika situationer.

FOKUS HÄLSA 11

Ett av kapitlen i materialet ”Fokus Hälsa”

### Komponent 3: Hälsokörkortet

De boende i varje deltagande gruppbostad erbjöds att delta i Studieförbundet Vuxenskolas 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.



Studiecirkeln genomfördes i en gemensamhetslokal i varje gruppbostad, exempelvis ett samlingsrum eller ett kök. Utemiljön i närområdet användes också när det passade att genomföra aktiviteter utomhus. Cirkelledare från Studieförbundet Vuxenskolan i Stockholms län gick en endagsutbildning om cirkeln och genomförde cirklarna utifrån en skriven manual.

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 runda 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.



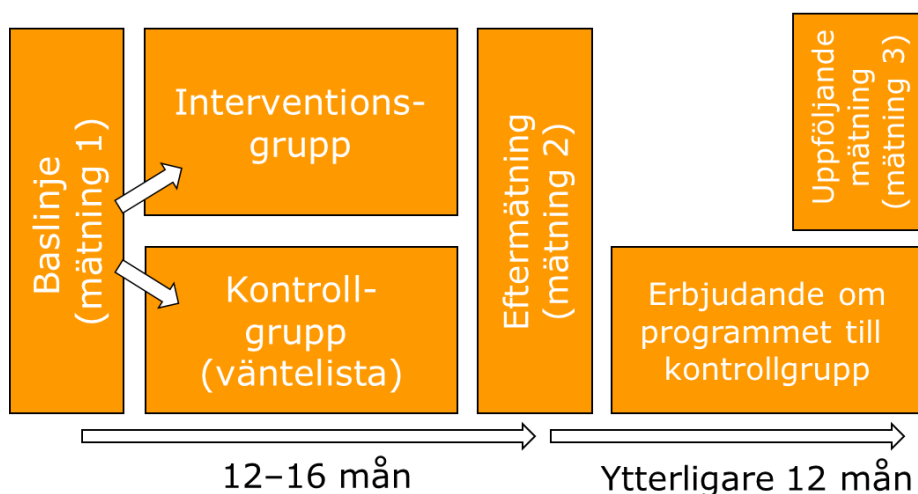
En av studiecirkelträffarna, i cirkelledarens manual

# Utvärdering

## Studiedesign

Programmet utvärderades både avseende effekt och process. För att det skulle vara möjligt att studera effekten genomfördes en kluster-randomiserad kontrollerad studie med gruppboenden som enhet för randomisering, och studieprotokollet har publicerats (46). De deltagande bostäderna randomiserades till interventionsgrupp eller väntelista-kontrollgrupp (Figur 3). Mätningar gjordes före programmet (baslinje) samt 12–16 månader senare, både i interventions- och kontrollgrupp. Uppföljande mätning genomfördes endast i interventionsgruppen. De bostäder som randomiserades till väntelista-kontrollgrupp erbjöds att ta del av programmet efter den andra mätningen.

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 gruppboenden, med fem personer i varje, behövdes för att upptäcka en signifikant förändring i fysisk aktivitet mellan interventions- och kontrollgrupp.



**Figur 3. Studiedesign**

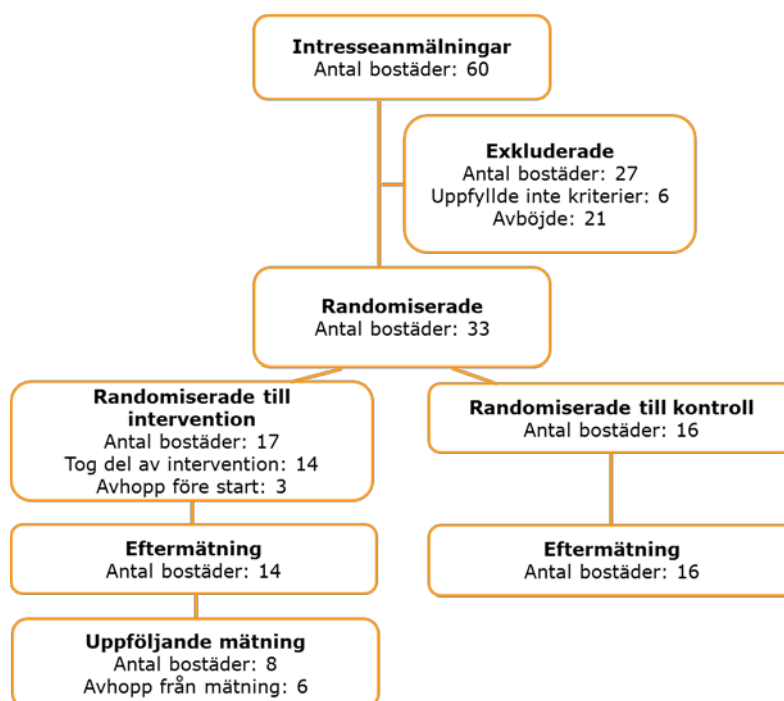
### Rekrytering av deltagare

Alla gruppboenden i Stockholms län, cirka 500, inbjöds att delta i studien. Inklusionskriterier var att de boende skulle ha en lindrig eller måttlig utvecklingsstörning och att minst tre individer i bostaden ville delta. Ett brev med inbjudan om deltagande skickades till registrator i de 14 stadsdelarna i Stockholms Stad och de övriga 25 kommunerna i Stockholms län. Varje registrator uppmanades att skicka brevet vidare till gruppboenden och serviceboenden för vuxna med utvecklingsstörning. Ytterligare rekrytering skedde via projektet Carpe, som annonserade i sitt nyhetsblad och informerade på möten. Rekrytering skedde mellan maj 2009 och februari 2010.

Sammanlagt 60 gruppboenden 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 uppmanades 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 gruppboendena uppfyllde 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

Projektet har beviljats etiskt tillstånd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholms län (2009/1332–31/5). Deltagarna informerades om att deltagande i projektet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. De boende lämnade skriftligt samtycke till att vara med i projektet. Chefer och personal som intervjuades lämnade skriftligt samtycke till att delta i intervjuerna. Alla deltagare i projektet utlovades konfidentialitet vid rapportering.

#### Effektutvärdering

Interventionens effekter utvärderades både på bostadsnivå och på individnivå. Ett antal olika utfallsvariabler mättes vid baslinjen, efter avslutad intervention (13–15 månader senare) samt vid 1-års uppföljning (ytterligare 12 månader senare). Primärt utfall var fysisk aktivitet, mätt med stegräknare. Sekundära utfall var BMI, midjemått, matvanor bedömt med fotografering, tillfredsställelse med livet, bedömt med enkät och arbetsrutiner bedömt med enkät.

## Fysisk aktivitet

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



Projektmedarbetarna besökte bostäderna och introducerade stegräknarna för deltagarna, tillsammans med personalen. Personal och boende informerades om att stegräknaren skulle fästas i linningen på byxorna eller kjolen, rakt ovanför knäet. Deltagarna ombads använda stegräknaren under sju dagar i sträck och att anteckna antalet steg på en därför 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 stegräknaren 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 exkluderades eftersom så låga värden bedömdes som osannolika, och att risken för att stegräknaren använts på fel sätt eller under för kort tid var för stor.

## BMI och midjemått

Längd, vikt och midjemått mättes av två projektmedarbetare vid besök i respektive bostad. Längd mättes med hjälp av SECA längdmätare 214. Personen som skulle mätas ombads att ta av sig eventuella skor och huvudbeklädnader och ställa sig med hämlarna ihop på längdmätaren. Personen instruerades att göra en djup inandning och maximal sträckning samt titta rakt fram. Måttet avlästes vid närmaste hel cm.



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 tilläts vid vägningen. Personen placerade sig på vågen och vikten avlästes vid närmaste 0,5 kg.

Midjeomfång mättes med måttband (Omron) genom att personen som skulle mätas fick ställa sig med fötterna ihop och armarna hängande. Personen lyfte upp tröjan/skjortan där måttet skulle tas och andades ut lätt. Måttet togs på det smalaste stället mellan nedersta revbenskanten och höftbenskammen. Mätningen gjordes horisontellt och måttet togs två gånger, eller fler om resultatet blev olika. Måttet avlästes vid närmaste hel cm.

## 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).



Kameran som användes var Canon PowerShot A480. Projektmedarbetare introducerade kameran för deltagarna och personalen i bostäderna. Deltagarna ombads fotografera allt de åt och drack under tre dagar, varav två vardagar och en helgdag. Kostregistrering genomförs vanligtvis under tre till sju dagar, beroende på vilka uppgifter som önskas, variation i matvanor och samarbetsvilja bland deltagarna (52). Bilderna togs innan deltagarna började äta eller dricka. Kamerorna samlades in av projektarbetare tillsammans med blanketter där deltagarna antecknat vilka dagar de fotograferat. Bilderna överfördes till en dator och projektmedarbetare gick igenom alla bilder och skrev upp datum, klockslag samt vad som fanns på bilderna.

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) nötkött/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" (neutralt 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 gruppboenden 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

**Tillfredsställelse med livet**

Bra    Mitt emellan    Dåligt

1. Hur trivs du i din egen lägenhet?			
2. Hur trivs du i gruppboendets servicepersonal när du sover?			
3. Hur trivs du tillsammans med de andra som bor i gruppboendets servicepersonal?			
4. Vad tycker du om maten som du äter till middag hemma på vardagarna?			
5. Vad tycker du om maten som du äter till middag hemma på helgerna?			
6. Vad tycker du om maten när du ska somna till sömnen?			
7. Hur trivs du med saker du gör hemma på din fritid?			
8. Hur trivs du med saker du gör utomhus på din fritid?			
9. Hur trivs du med att vara på kurs?			
10. Hur trivs du med att vara på jobb?			
11. Hur trivs du när du är i sällskap med andra personer?			
12. Vad tycker du om att ha någon som hjälper dig när du behöver det?			

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). Enkätens validitet bekräftades genom att personal i gruppbofasta pilotstade enkäten. Reliabilitet studerades genom att enkäten fylldes i 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 gruppbofastad beräknades som medeltal på den totala summan, samt för varje enskild domän.

**Hälsöfrämjande gruppbostad** Kod: XXX  
**Rutiner kring mat, rörelse och hälsa**  
Enkät till enhetschefer/ansvariga i gruppbofasta och servicebostäder

Jag är som besvarar enkäten är följande kategorier:  
 Enhetschef  
 Ansvarig för personal  
 Personal på annan  
 Person med särskild ansvar för hälsöfrämjande (t.ex. kostutbud, hälsoutbud)

Typ av bostad:  Gruppbofastad  Servicebostad

Specialisering:  Nej  Ja

Storlek av regi:  Ensam  Flerfamilj  Kommunalt/regionalt

Antal boende: \_\_\_\_\_  
Antal personal: \_\_\_\_\_

Frågor kring övergripande hälsoarbete

H1. Hälsofrämjande arbete  
Gördes ett helhetsarbete utifrån, med fokus på de boendes "gruppbostad"?  
 Ja, helhetsarbete gjordes med de boendes & anslutna del (inkl. fastigheter) och ett helhetsarbete för alla delar (personer) av fastigheten  
 Ja, de boendes hälsa & välbefinnande var ett av de viktigaste målen för en enhetschef eller annan ansvarig för hälsofrämjande  
 Nej, hälsofrämjande arbete har inte varit prioriterat, men det finns planer på att göra  
 Nej

H2. Kompetens bland personal  
För personalen kompetens för att bedriva ett hälsofrämjande arbete, vilket med de boendes?  
Grundläggande kompetens - grundläggande kompetens på gymnasiet, eller motsvarande  
Särskild kompetens - grundläggande kompetens inkl. utbildning inom hälsofrämjande

Ja, samtliga personal har grundläggande kompetens och några har särskild kompetens  
 Ja, de flesta har grundläggande kompetens och några har särskild kompetens eller både  
 Ja, en del har särskild kompetens  
 Nej, kompetens är otillräcklig, men det finns planer på att lösa detta  
 Nej, kompetens är otillräcklig

© Skapad av  
Svevia och Södra  
Karolinska  
Institutet

### 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 chi<sup>2</sup> test för kategoriska data.

Möjlig interventionseffekt på utfallsvariablerna testades enligt intention-to-treat principen, både med och utan imputering av data vid bortfall, men presenteras som kompletta data utan imputering. För att testa effekten på dikotoma utfallsvariabler användes modifierad Poisson regression och för att testa effekten av kontinuerliga data användes linjär regression. Alla analyser justerades för baslinjevärden, och alla analyser på individuella utfall justerades dessutom för klustring. I de ursprungliga analyserna användes variablerna kön, ålder, rörelsenedsättning och bostadstyp som kovariater, men endast bostadstyp var signifikant. De slutgiltiga analyserna på individnivå genomfördes som multinivåanalyser, justerade för baslinjevärde och bostadstyp. Eftersom bostadstyp dessutom visade en interaktionseffekt med interventionen genomfördes också en stratifierad analys på det primära utfallet (fysisk aktivitet mätt som steg/dag).

Effekterna analyserades också i relation till följsamhet genom att inkludera en dikotom 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.

1. Hälsoombudens aktivitet bedömdes genom deltagande i nätverksträffar. Varje bostad fick 5 poäng för varje nätverksträff där hälsoombudet deltog. Maximalt kunde varje bostad få 30 poäng för de sex träffarna.
2. Genomförande av personalens studiecirkel "Fokus Hälsa" bedömdes genom antal genomförda cirkelträffar. Varje bostad fick 3 poäng för varje träff som arrangerades. Maximalt kunde varje bostad få 30 poäng för de tio träffarna.
3. Genomförande av de boendes studiecirkel "Hälsokörkortet" bedömdes genom antal genomförda cirkelträffar. Varje bostad fick 3 poäng för varje träff som arrangerades. Maximalt kunde varje bostad få 30 poäng för de tio träffarna.

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 grupp- och servicebostäder och fyra var servicebostäder. Tretton av dem drevs i kommunal regi och en i privat regi. Sammanlagt tretton hälsoombud och åtta chefer var involverade i interventionen 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. Aldern 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 intervjuguidar 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.

Alla intervjuer transkriberades ord för ord och lästes igenom ett flertal gånger, för att få en känsla för innehållet. Intervjuerna med hälsoombuden och cheferna analyserades först separat, och integrerades därefter till en helhet. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys, enligt den procedur som beskrivits av Graneheim och Lundman (59). Inledningsvis identifierades meningsbärande enheter, som benämndes med koder. Koderna jämfördes, baserat på likheter och olikheter, och sorterades in i kategorier och underkategorier. Analysen genomfördes av en av författarna (ES) och diskuterades med en av de andra författarna (HB).

# Resultat

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

## Hälsoläge

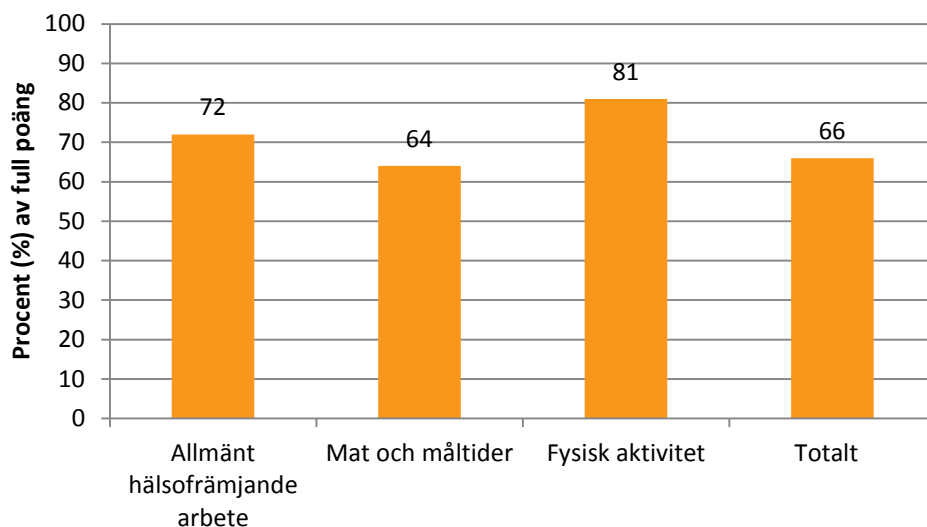
Med hjälp av data från baslinjemätningen beskrivs de 30 grupp- och servicebostäder och 130 individer som deltog i projektet.

### Beskrivning av bostäder

Av de 30 bostäder som deltog i studien var 21 grupp- 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**

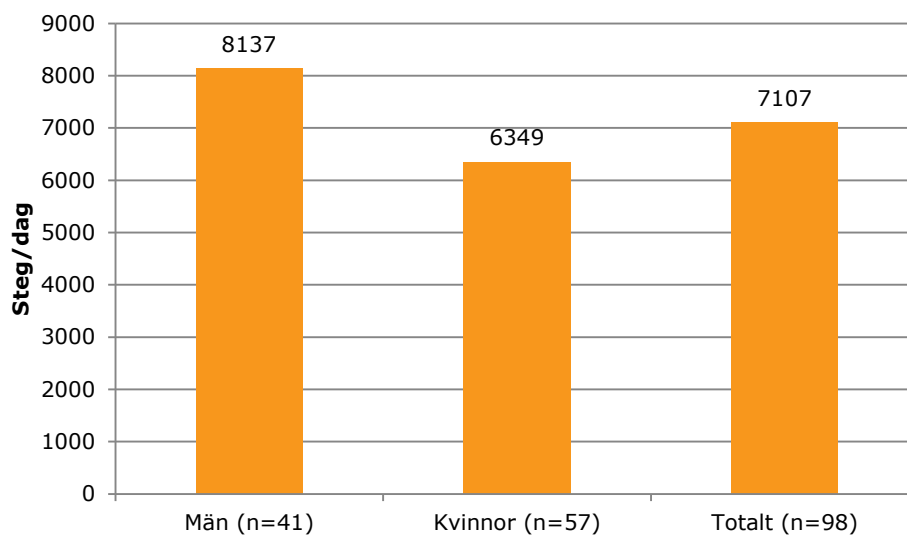
### Beskrivning av deltagare

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 grupp- 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.

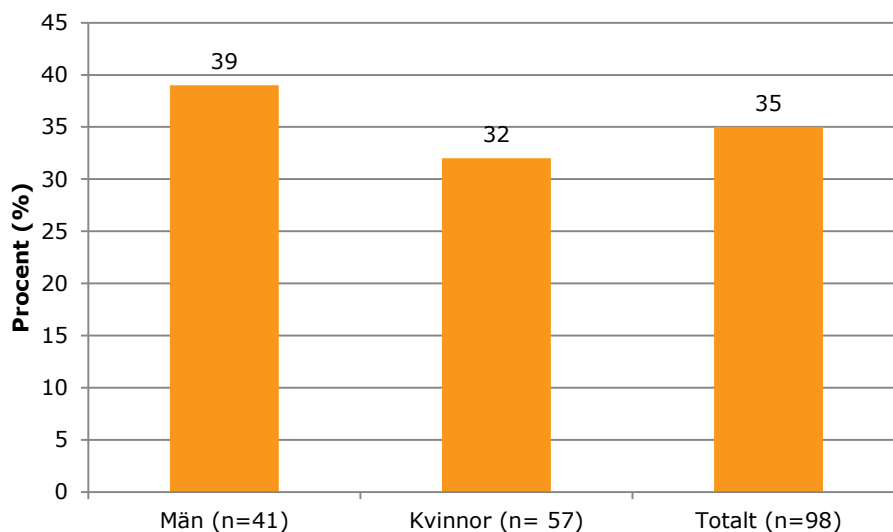
Sammanlagt 31 procent uppgav att de hade partner och 4 procent att de hade barn. De flesta uppgav att de hade familj i form av föräldrar, syskon eller andra släktingar, men 2 procent uppgav att de inte hade någon familj alls. Nästan hälften (48 %) uppgav att de hade en syn- eller hörselnedsättning. Astma eller allergi rapporterades av 21 procent, epilepsi av 18 procent, rörelsenedsättning av 15 procent och diabetes av 5 procent. Endast två av dem som uppgav rörelsenedsättning 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).



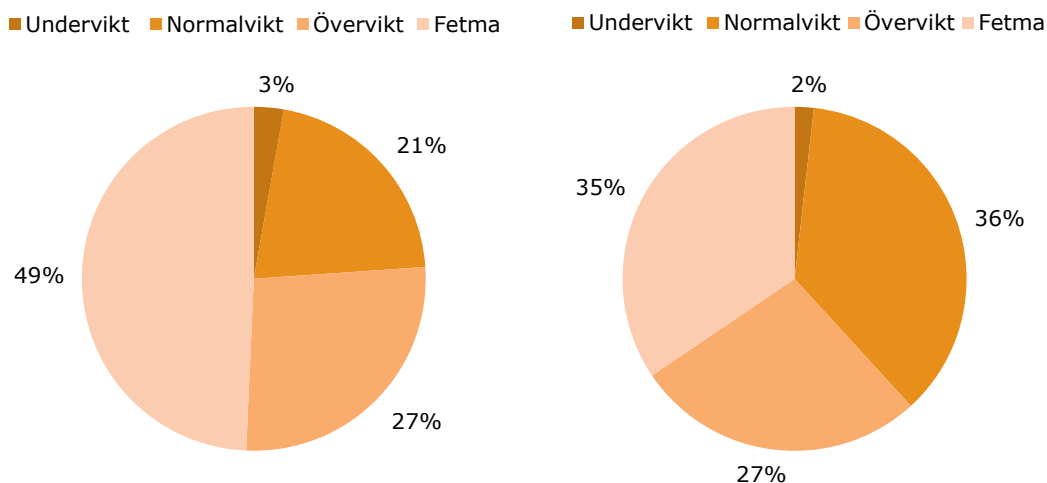
**Figur 6. Genomsnitt antal steg per dag vid baslinjen.**



**Figur 7. Andel som gick fler än 7500 steg per dag vid baslinjen.**

## 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/m<sup>2</sup> för hela gruppen, 27,4 kg/m<sup>2</sup> för män och 30,7 kg/m<sup>2</sup> för kvinnor. Skillnaden mellan könen var statistiskt signifikant.



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

**Figur 9. Andel män i respektive BMI kategori (n=55) vid baslinjen.**

### Kategorier för BMI

Undervikt: <18,5

Normalvikt: 18,5-24,9

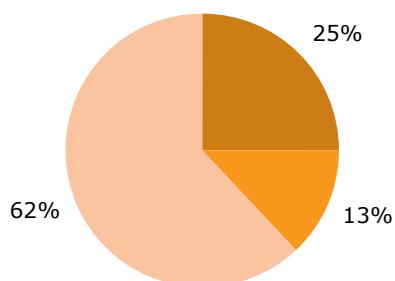
Övervikt: 25,0-29,9

Fetma: ≥30,0

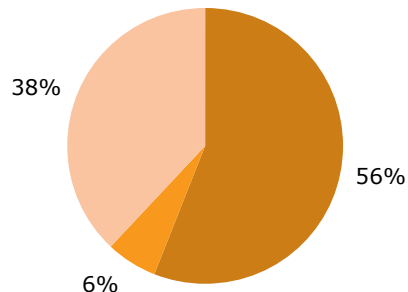
Källa: WHO

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).

■ Normal <80 cm     ■ Lätt bukfetma ≥80 cm     ■ Normal <94     ■ Lätt bukfetma ≥94  
■ Bukfetma ≥88 cm     ■ Bukfetma ≥102



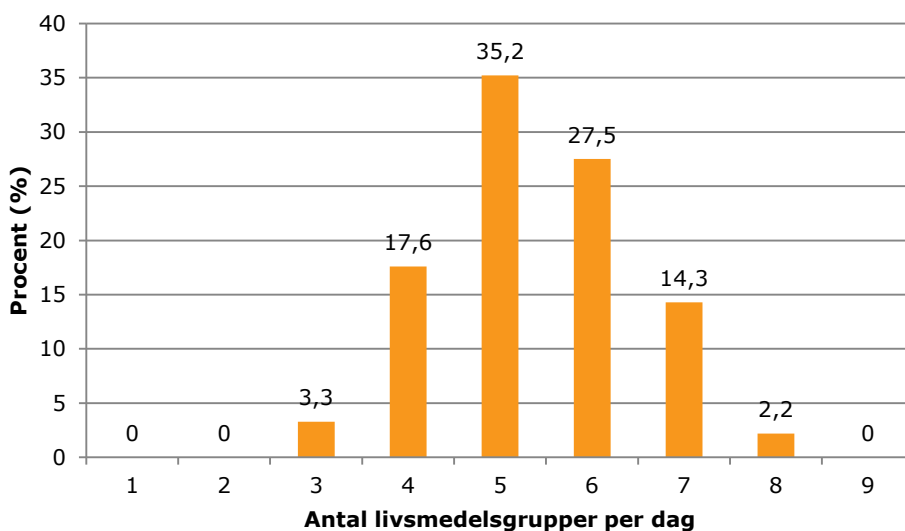
**Figur 10. Andel kvinnor i respektive midjemåttskategori (n=68) vid baslinjen.**



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

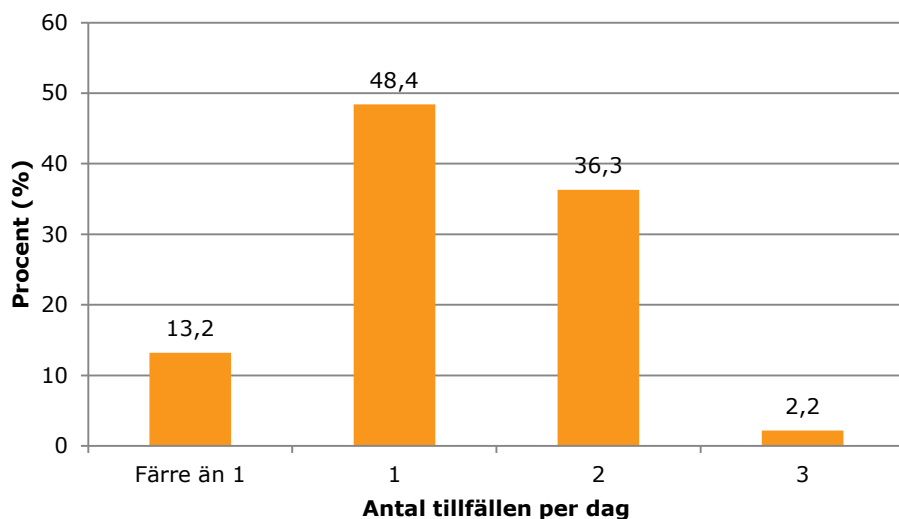
#### Matvanor

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 12. Antal livsmedelsgrupper konsumerade per dag vid baslinjen.**

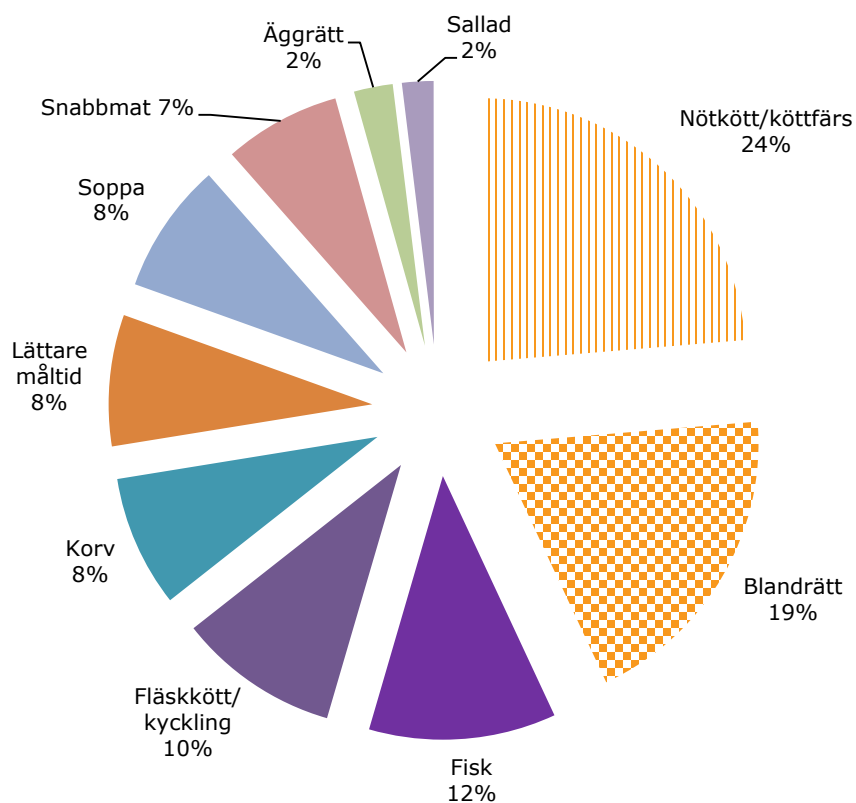
Konsumtion av grönsaker mättes som antal tillfällen per dag som grönsaker konsumerades, oavsett mängd (Fig 13). Det finns ingen rekommendation för antal tillfällen per dag som grönsaker bör konsumeras, men om grönsaker konsumeras vid flera måltider är det lättare att nå rekommendationen om 500 g frukt och grönsaker per dag (62). Medelvärde 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 tallrikens 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 vardagarna. Färre (28 %) åt enligt Tallriksmodellen under en helgdag. När det gällde middagar åt drygt hälften av deltagarna (54 %) enligt Tallriksmodellen under vardagarna. 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. Snabbmat inkluderar pizza, hamburgare, pirog, paj och kebab. De vanligaste måltidstyperna till lunch var i fallande ordning 1) nötkött/köttfärs, 2) blandrätt, 3) lättare rätt och 4) fisk. Måltidstypen "lättare rätt" var vanligare på helgen, jämfört med vardagarna. 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.

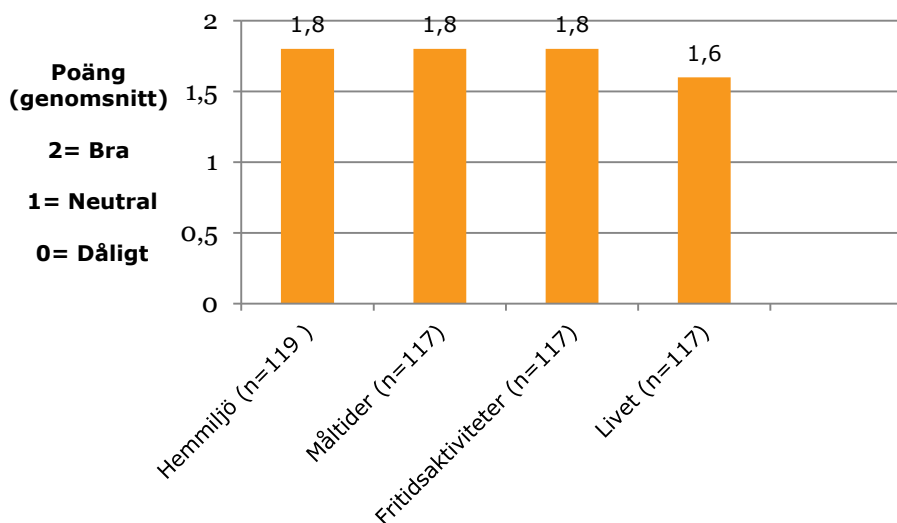


**Figur 14. Fördelning av olika måltidstyper avseende lunch och middag, vardag och helg vid baslinjen.**

#### 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 "Tillfredställelse med livet" uppdelat på delområden, vid baslinjen.**

## Effekt

Sammanlagt 30 gruppbo- och servicebo- städer 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 baslinjekarakteristika, 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 båda grupperna skiljde sig inte statistiskt på någon variabel.

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

Variabel	Intervention Antal (%)	Kontroll Antal (%)
Gruppbo- och servicebo- städ	10 (71,4)	11 (68,8)
Servicebo- städ	4 (28,6)	5 (31,2)
Kommunal regi	13 (92,9)	12 (75,0)
Privat regi	1 (7,1)	4 (25,0)
Serverar gemensamma måltider	13 (92,9)	15 (93,8)

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

**Tabell 2. Utfallsvariabler för bostäder, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp, vid baslinjen.**

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

\*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.

**Tabell 3. Beskrivning av deltagare vid baslinje, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp.**

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

\*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.

**Tabell 4. Utfallsvariabler för deltagare vid baslinje, uppdelat på interventions- och kontrollgrupp.**

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

### Effekter på bostadsnivå

Enkäten om arbetsrutiner besvarades av samtliga gruppboheter 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.**

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

\*Alla analyser är justerade för baslinjevärden

\*\* B-koefficienten beskriver regressionens 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.**

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

\*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 påmind 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 enbart 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 mättillfällen, procent av total poäng, medelvärde, n=8.**

	Baslinje	Eftermätning	Uppföljande
Allmänt hälsofrämjande arbete	54,5	74,2	77,9
Mat och måltider	52,1	65,1	65,1
Fysisk aktivitet	74,5	83,8	87,5
<b>Total poäng</b>	<b>59,9</b>	<b>74,2</b>	<b>76,9</b>

#### Individnivå

Endast 26 individer redvisas 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 mättillfälle 1 (baslinje) och 2 (eftermätning) bibehölls inte till mättillfälle 3 (uppföljande mätning) (Tabell 8).

**Tabell 8. Individuella utfall vid samtliga tre mättillfällen, n=26.**

	<b>Baslinje</b>	<b>Eftermätning</b>	<b>Uppföljande</b>
Fysisk aktivitet (steg/dag)	7827	8023	7246
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28,9	29,0	29,1
Midjemått (cm)	93	91	92
Livsmedelsvariation (livsmedelsgrupper/dag)	5,4	5,2	5,4
Grönsakskonsumtion (tillfällen/dag)	1,4	1,5	1,5
Luncher enligt Tallriksmodellen, (%)	46 %	48 %	47 %
Middagar enligt Tallriksmodellen, (%)	67 %	65 %	65 %
Tillfredsställelse med livet (poäng på 0-2 skala)	1,9	1,8	1,8

## 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 studiecirkel. I projektet "Hälsöfrämjande 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.

**Tabell 9. Följsamhet till programmet, fördelning på de tre komponenterna.**

	Poäng, medianvärde (min-max)
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

Baserat på intervjuer med hälsoombud och enhetschefer identifierades ett övergripande tema och fyra beskrivande huvudkategorier. En översikt av resultaten ges i Tabell 10. Kategorierna beskriver aspekter som är viktiga vid genomförandet av programmet.

**Tabell 10. Aspekter av betydelse vid implementeringen av det hälsofrämjande programmet "Hälsofrämjande gruppbostad", enligt hälsoombud och enhetschefer.**

Stödja motivation till förändring			
Programmets egenskaper	Individuellt engagemang	Organisationens kapacitet	Samhällets influenser
Relevans och upplevt behov	Kompetens och intresse bland personal	Arbetsrutiner	Lokala policies och sanktionering
Ett flexibelt och deltagarstyrt tillvägagångssätt	De boendes förmågor och intresse	Ekonomiska och personella resurser	Tillgänglighet till hälsosam miljö
Extern input till personal och boende	Attityder bland gode män och anhöriga	Arbetsklimat och ledarskap	Trender och budskap i media
Stöd och förberedelser			

#### Tema: Stödja motivation till förändring

Det övergripande temat uppstod ur innehållet i huvudkategorierna. Det beskriver vikten av att stödja motivation till förändring på alla nivåer i organisationen och bland individerna. Programmet måste utformas för att stödja chefer, personal och boende att hitta sin egen motivation, samt att stödja dem för att motivera varandra. Vidare måste stödet anpassas till varje bostad och även till varje individ, med sina specifika behov och önskemål.

#### 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. Hälsoombuden 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 hälsosamma val och upplevde en lättnad 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 hälsosam 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 hälsofrämjande aktiviteter inom ramen för programmet. Flexibilitet i arbetsschemat, stödjande kollegor och fungerande rutiner för samverkan med andra gruppboende i närområdet var faktorer som upplevdes som underlättande.

*”Vi jobbar mycket ensamma, så att de här två timmarna då när vi får träffas allihopa, 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 hämmande faktor, speciellt vid uppstarten. Tidsbrist lyftes bland hälsoombuden, och en chef poängterade begränsade finansiella resurser och förväntan att genomföra projektet inom den befintliga budgeten.

Stöd från en engagerad chef och ett varmt arbetsklimat, där kollegor delar ansvar, var faktorer som upplevdes som underlättande. Chefer betonade att det inte var meningen att hälsoombuden skulle genomföra projektet på egen hand. Hälsoombudet uppfattades i vissa situationer som en slags ledare för sina kollegor. Detta blev en utmaning för vissa och något som hälsoombud borde ha varit bättre förberedda för.

#### 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 hälsofrågor påverkade både personal och boende, enligt de intervjuade. Enligt dem resulterade den mediala debatten i en ökad medvetenhet men även i ökad förvirring, särskilt när det gällde hälsosam mat och kostrekommendationer. Ett hälsoombud nämnde 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). Allra mest 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 intervjupersonernas intellektuella nedsättning och kända svårigheter med att exempelvis generalisera är det möjligt att frågor har missförstått (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 gruppboende. 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 urvalsstorleken 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 ineffektiva 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 i 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 minimera 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. Följsamheten 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 Hälsokörkortet, 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 uppnåddes 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 interventioner 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 gruppbostäder, 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 arbetsschema 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, definierat 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 utfallsvariabeln fysisk aktivitet, vilket innebär att effekt 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 resultatens generaliserbarhet. Vi uppfattade dock att deltagarnas användning av stegräknare i större utsträckning var relaterat 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 försvårades av att de boende som deltog, på grund av den intellektuella och kognitiva funktionsnedsättningen, inte alltid förstod syftet med mätningarna och projektet.

Arbetsrutiner bedömdes genom självskattning, vilket kan ses som en svaghet. Det är dock svårt att mäta på något annat sätt, och enkäten som användes var testad både för validitet och reliabilitet. Metoderna för att samla in data om matvanor och tillfredsställelse med livet var testade för validitet och reliabilitet, men nya och inte testade vid upprepade tillfällen. Att resultaten blev relativt lika både vid baslinje och eftermätning indikerar dock att reproducerbarheten i mätmetoderna var relativt hög. Kriterierna för följsamhet var inte tillräckligt omfattande för att ge detaljerad information om utförda aktiviteter, och metoderna för att dokumentera detta skulle kunna förbättras i framtiden. Den rigorösa designen, inklusive flernivåanalys, ger dock stöd till studiens interna validitet. Ytterligare en styrka är att programmet utvärderats både avseende effekt och process. Resultaten av den kvalitativa studien är inte generaliserbara, men kan överföras till liknande kontext och ligga till grund för förbättringar och utveckling.

## 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

1. Statens folkhälsoinstitut. Folkhälsomål och funktionshinder. 2009. Available from: <http://www.fhi.se/Documents/Vart-uppdrag/funktionsnedsattning/Folkhalsomal-och-funktionshinder-091123.pdf>
2. Statistiska Centralbyrån. Statistisk Årsbok för Sverige 2011. Stockholm/Örebro: 2011.
3. Arnhof Y. Onödig ohälsa. Hälsoläget för personer med funktionsnedsättning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut 2008.
4. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). 2010; Available from: [http://www.scb.se/Pages/ProductTables\\_\\_\\_\\_\\_12209.aspx](http://www.scb.se/Pages/ProductTables_____12209.aspx).
5. Umb-Carlsson O. Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2008.
6. Jansen DE, Krol B, Groothoff JW, Post D. People with intellectual disability and their health problems: a review of comparative studies. *J Intellect Disabil Res.* 2004;48:93–102.
7. Gustavson KH, Umb-Carlsson O, Sonnander K. A follow-up study of mortality, health conditions and associated disabilities of people with intellectual disabilities in a Swedish county. *J Intell Disabil Res.* 2005;49:905–14.
8. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12.
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine.* 2011;155:97–107.
10. World Health Organization. Impact of obesity on health Copenhagen 2007.
11. Robertson J, Emerson E, Gregory N, Hatto C, Turner S, Kessissoglou S, et al. Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities.* 2000;21:469–86.
12. Hove O. Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities.* 2004;25:9–17.
13. Emerson E. Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *J Intell Disabil Res.* 2005 ;49:134–43.
14. Socialstyrelsen. Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013. 2013.



15. Moran R, Drane W, McDermott S, Dasari S, Scurry JB, Platt T. Obesity among people with and without mental retardation across adulthood. *Obesity Research*. 2005;13:342–9.
16. Emerson E. Overweight and obesity in 3- and 5-year-old children with and without developmental delay. *Public Health*. 2009;123:130–3.
17. Maiano C. Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children and adolescents with intellectual disabilities. *Obes Rev*. 2011;12:189–97.
18. Wallen EF, Mullersdorf M, Christensson K, Malm G, Ekblom O, Marcus C. High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability. *Acta Paediatrica*. 2009;98:853–9.
19. Blomqvist S, Olsson J, Wallin L, Wester A, Rehn B. Adolescents with intellectual disability have reduced postural balance and muscle performance in trunk and lower limbs compared to peers without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*. 2013;34:198–206.
20. de Winter CF, Magilsen KW, van Alfen JC, Willemsen SP, Evenhuis HM. Metabolic syndrome in 25% of older people with intellectual disability. *Fam Pract*. 2011;28:141–4.
21. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Move of adults with intellectual disability from institutions to community-based living: changes of food arrangements and oral health. *Swed Dent J*. 2002;26:81–8.
22. Blomdahl U, Elofsson S. *Idrott och motion bland ungdomar i särskolan*. Stockholm: Stockholms Stad 2011.
23. Adolfsson P, Sydner YM, Fjellstrom C, Lewin B, Andersson A. Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community. *Journal of Food and Nutrition Research*. 2008;52.
24. Livsmedelsverket. *Riksmaten 2010–11: Livsmedels- och näringstintag bland vuxna i Sverige*. Uppsala 2012.
25. Rurangirwa J, Van Naarden Braun K, Schendel D, Yeargin-Allsopp M. Healthy behaviors and lifestyles in young adults with a history of developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 2006;27:381–99.
26. Bergström H, Wihlman U. The role of staff in health promotion in community residences for people with intellectual disabilities: variation in views among managers and caregivers. *Journal of Intellectual Disabilities*. 2011;15:167–76.
27. *Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387 (1993)*.
28. Socialstyrelsen. *Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS: Stöd för Rättsskipning och handläggning*. 2007.

29. Crichton J. Balancing restriction and freedom in the care of people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 1998;42:189–95.
30. Wullink M, Widdershoven G, van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Metsemakers J, Dinant GJ. Autonomy in relation to health among people with intellectual disability: a literature review. *J Intellect Disabil Res.* 2009;53:816–26.
31. Steive K. När mat och alkohol på gruppboenden blir ett dilemma – om livsstilsrelaterad problematik bland personer med utvecklingsstörning.: FoU Södertörn; 2012.
32. Bazzano AT, Zeldin AS, Diab IR, Garro NM, Allevato NA, Lehrer D. The Healthy Lifestyle Change Program: a pilot of a community-based health promotion intervention for adults with developmental disabilities. *American Journal of Preventive Medicine.* 2009;37(6 Suppl 1):201–8.
33. Melville CA, Boyle S, Miller S, Macmillan S, Penpraze V, Pert C, et al. An open study of the effectiveness of a multi-component weight-loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity. *Brit J Nutr.* 2011;105:1553–62.
34. Marshall D, McConkey R, Moore G. Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *J Adv Nurs.* 2003;41:147–53.
35. Ewing G, McDermott S, Thomas-Koger M, Whitner W, Pierce K. Evaluation of a cardiovascular health program for participants with mental retardation and normal learners. *Health Education & Behavior.* 2004;31:77–87.
36. Heller T, Hsieh K, Rimmer JH. Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with down syndrome. *American Journal of Mental Retardation.* 2004;109:175–85.
37. Jinks A, Cotton A, Rylance R. Obesity interventions for people with a learning disability: an integrative literature review. *J Adv Nurs.* 2011;67:460–71.
38. Heller T, McCubbin JA, Drum C, Peterson J. Physical Activity and Nutrition Health Promotion Interventions: What is Working for People With Intellectual Disabilities? *Intellect Dev Disab.* 2011;49:26–36.
39. Hamilton S, Hankey CR, Miller S, Boyle S, Melville CA. A review of weight loss interventions for adults with intellectual disabilities. *Obesity Reviews.* 2007;8:339–45.
40. Wallen EF, Mullersdorf M, Christensson K, Marcus C. A school-based intervention associated with improvements in cardiometabolic risk profiles in young people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil.* 2013;17:38–50.
41. Stanish HI, Frey GC. Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. *Salud Publica de Mexico* 2008;50 Suppl 2:178–84.

42. Bergström H, Sandström U, Sundblom E. Mat, rörelse och hälsa i gruppboenden. Rapport 38. Stockholm: Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa, Tillämpad näringslära. 2007.
43. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall; 1986.
44. Fraser MW. Intervention research : developing social programs. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009.
45. Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? *Brit Med J*. 2004;328:1561–3.
46. Elinder LS, Bergstrom H, Hagberg J, Wihlman U, Hagstromer M. Promoting a healthy diet and physical activity in adults with intellectual disabilities living in community residences: design and evaluation of a cluster-randomized intervention. *BMC Public Health*. 2010;10:761.
47. Campbell MK, Thomson S, Ramsay CR, MacLennan GS, Grimshaw JM. Sample size calculator for cluster randomized trials. *Comput Biol Med*. 2004;34:113–25.
48. Tudor-Locke C, Ainsworth BE, Thompson RW, Matthews CE. Comparison of pedometer and accelerometer measures of free-living physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2002;34:2045–51.
49. Schneider PL, Crouter SE, Bassett DR. Pedometer measures of free-living physical activity: comparison of 13 models. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2004;36:331–5.
50. Temple VA, Stanish HI. Pedometer-measured physical activity of adults with intellectual disability: predicting weekly step counts. *American journal on intellectual and developmental disabilities* 2009;114:15–22.
51. Elinder LS, Brunosson A, Bergström H, Hagströmer M, Patterson E. Validation of personal digital photography to assess dietary quality among people with intellectual disabilities. *J Intell Disabil Res*. 2011;56:221–226.
52. Abrahamsson L, Andersson I, Aschan-Åberg K, Becker W, Göranson H, Hagren B, et al. *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber; 1990.
53. Bergström H, Hochwälder J, Kottorp A, Elinder LS. Psychometric evaluation of a scale to assess satisfaction with life among people with intellectual disabilities living in community residences. *J Intellect Disabil Res*. 2012;57:250–256.
54. McDowell I. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. Third ed. New York: Oxford University Press; 2006.
55. Mercer SL, DeVinney BJ, Fine LJ, Green LW, Dougherty D. Study designs for effectiveness and translation research :identifying trade-offs. *American journal of Preventive Medicine*. 2007;33:139–54.

56. Patton MQ. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd edition ed: Sage Publications; 2002.
57. Berg B, Lune H. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* 2012.
58. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Commun Psychol*. 2008;41:327–50.
59. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004;24:105–12.
60. Tudor-Locke C, Craig CL, Aoyagi Y, Bell R, Croteau KA, De Bourdeaushuij I, et al. How many steps/day are enough? For older adults and special populations. *International Journal of behavioral nutrition and physical activity*. 2011;8.
61. World Health Organization. Preventing and managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity June 1997. Geneva 1997.
62. Livsmedelsverket. Svenska näringsrekommendationer: Rekommendationer om näring och fysisk aktivitet 2005.
63. Camelon KM, Hadell K, Jamsen PT, Ketonen KJ, Kohtamaki HM, Makimatilla S, et al. The Plate Model: a visual method of teaching meal planning. DAIS Project Group. Diabetes Atherosclerosis Intervention Study. *Journal of the American Dietetic Association* 1998;98:1155–8.
64. Kark M, Tynelius P, Rasmussen F. Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv. Stockholm 2011.
65. de Winter CF, Bastiaanse LP, Hilgenkamp TI, Evenhuis HM, Echteld MA. Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Res Dev Disabil*. 2012;33:1722–31.
66. Hirvensalo M, Telama R, Schmidt MD, Tammelin TH, Yang XL, Magnussen CG, et al. Daily steps among Finnish adults: Variation by age, sex, and socioeconomic position. *Scand J Public Health*. 2011;39:669–77.
67. Hansen BH, Kolle E, Dyrstad SM, Holme I, Anderssen SA. Accelerometer-determined physical activity in adults and older people. *Med Sci Sports Exerc*. 2012;44:266–72.
68. Elinder LS, Hagströmer M, Nyberg G, Ekblom-Bak E. Fysisk aktivitet och stillasittande. Stockholm: Stockholms läns landsting 2011.
69. Finlay WM, Lyons E. Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychol Assess*. 2001;13:319–35.

70. Scheirer MA, Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *American Journal of Public Health*. 2011;101:2059–67.
71. Lunsy Y, Straiko A, Armstrong S. Women be healthy: Evaluation of a women's health curriculum for women with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect*. 2003;16:247–53.
72. Draheim CC, Stanish HI, Williams DP, McCubbin JA. Dietary intake of adults with mental retardation who reside in community settings. *American Journal of Mental Retardation*. 2007;112:392–400.
73. Messent PR, Cooke CB, Long J. Primary and secondary barriers to physically active healthy lifestyles for adults with learning disabilities. *Disabil Rehabil*. 1999;21:409–19.
74. Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science*. 2009;4:40.

# Bilagor

## Bilaga 1. Tillfredsställelse med livet

*Hälsofrämjande gruppbostad*  
Tillfredsställelse med livet

### Tillfredsställelse med livet



Bra



Mitt emellan



Dåligt

	Bra	Mitt emellan	Dåligt
1. Hur trivs du i din egen lägenhet?			
2. Hur trivs du i gruppboenden /serviceboenden där du bor?			
3. Hur trivs du tillsammans med de andra som bor i gruppboenden /serviceboenden?			
4. Vad tycker du om maten som du äter till middag hemma på vardagarna?			
5. Vad tycker du om maten som du äter till middag hemma på helgerna?			
6. Vad tycker du om mellanmål och fika som du äter hemma?			
7. Hur trivs du med saker du gör hemma på din fritid? <i>Ex. se på TV, läsa, spela spel</i>			
8. Hur trivs du med saker du gör utanför hemmet på din fritid? <i>Ex. åka till stan, dansa, gå på kurs</i>			
9. Hur trivs du med livet?			
10. Hur trivs du med att vara den du är?			
11. Hur brukar du känna dig i kroppen? <i>Ex. frisk, sjuk, stark, ont</i>			
12. Vad tycker du om stöd och hjälp du får från personalen i ditt hem?			

## Bilaga 2. Rutiner kring mat, rörelse och hälsa

Hälsofrämjande gruppbostad  
Rutiner

Kod XXX

### 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

- Gruppbostad
- Servicebostad

Speciell inriktning

- Nej
- Ja:.....

Bostadens regi

- Kommun
- Företag
- Kooperativ/förening

Antal boende:.....

Antal personal:.....

#### Frågor kring övergripande hälsoarbete

##### H1. Hälsofrämjande arbete

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

- Ja, hälsoarbete riktat mot de boende är en viktig del i policy/handlingsplan och ett hälsofrämjande tankesätt genomsyrar 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 dagsläget otillräcklig, men det finns planer på att börja arbeta för att öka kompetensen
- Nej, kompetensen är otillräcklig

På uppdrag av  
Stockholms läns landsting



1

### 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 hälsofrågor

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 kostchef
  - 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 gruppboستaden och någon eller några av följande?

- Daglig verksamhet
  - Gode män och/eller anhöriga
  - Rehabilitering
  - 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 behov
- 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 behov
- 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 gruppboenden 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/bostadsgruppsnivå

- 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 Näringsrekommendationer 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**

Arbetar 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 när 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 upp i hälsoperspektiv 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 inommiljö

Främjar ute- och inommiljön i och kring boendet fysisk aktivitet genom utformning och utrustning på något av följande sätt?

- Tillgång till aktiverande spel eller träningsredskap att använda inomhus
- Trädgård eller annan utemiljö som stimulerar till aktivitet
- Tillgång till aktiverande 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 inommiljön  
 Nej

### F4. Närmiljö

Främjar 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 arbeta 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 sådant stöd
- Nej, även om enskilda personer kan ge ett stöd är det inget som diskuteras gemensamt

**F8. Gemensamma aktiviteter för boende i gruppboستaden**

Erbjuds de boende i gruppboستaden 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 oftare 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





ISBN 978-91-980442-9-4



**Centrum för epidemiologi  
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING