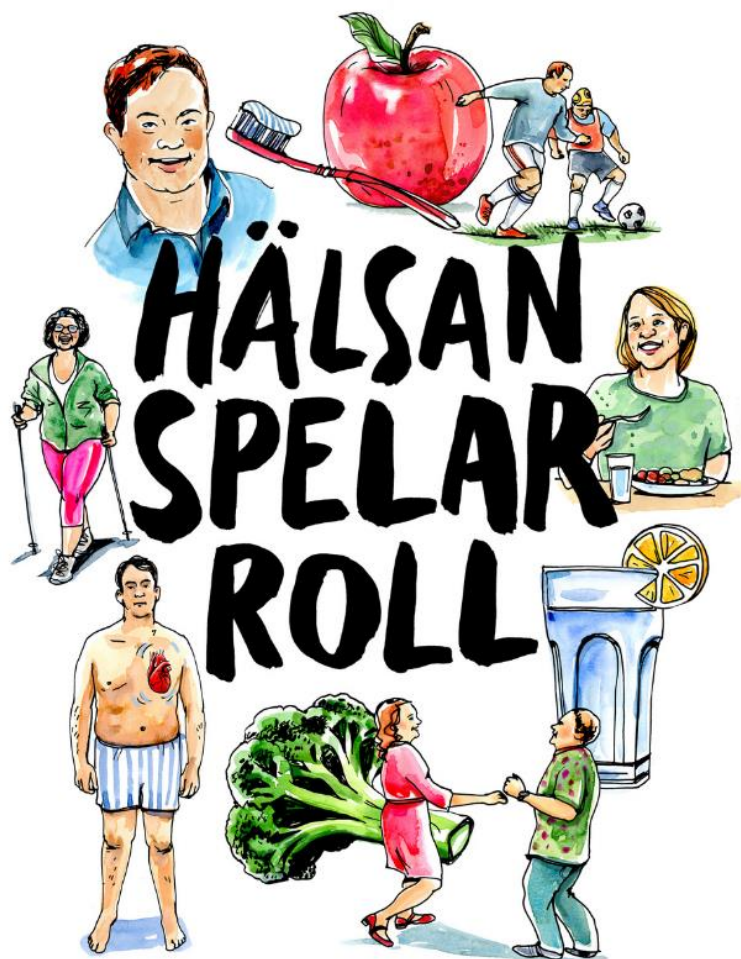


Hälsan spelar roll – en hälsokurs för personer med LSS-insats

Utvärdering av process och effekt



Citera gärna Akademiskt primärvårdscentrums 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.

Referera till rapporten enligt:

Bergström H, Sundblom E, Flygare Wallén E. Hälsan spelar roll – en hälsokurs för personer med LSS-insats. Utvärdering av process och effekt. Stockholm: Akademiskt primärvårdscentrum; 2021.

Akademiskt primärvårdscentrum

Box 45436, 113 65 Stockholm

www.akademisktprimarvardscentrum.se

Författare: Helena Bergström, Elinor Sundblom och Eva Flygare Wallén

Stockholm mars 2021

Förord

Att leva ett gott liv innebär olika saker för olika personer. Hälsan spelar roll för oss alla. Vi behöver vara friska, må bra och trivas med oss själva, våra närmaste och det vi gör på dagarna. Vår hälsa påverkas till stor del av våra levnadsvanor. Vi behöver röra på oss, ha bra matvanor, sova bra och undvika skadligt bruk av exempelvis alkohol och nikotin för att uppleva god hälsa och minska risken för fysisk och psykisk sjukdom.

Personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism har på många sätt fått bättre förutsättningar att leva ett gott liv under senare decennier. Samhällets kunskap om och acceptans av människors olikheter ökar långsamt. Allt fler får möjlighet till ett tryggt boende, anpassat arbete eller annan sysselsättning och en meningsfull fritid.

Ändå har dessa grupper fortfarande en betydligt sämre hälsa än övrig befolkning, inte minst när det gäller livsstilsrelaterad ohälsa. Personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism har ökad förekomst av exempelvis fetma, diabetes och högt blodtryck, såväl som ångest och depression. Vi vet också att dessa grupper är mindre fysiskt aktiva och har mindre hälsosamma matvanor än de flesta andra.

I riktlinjer för vårdens insatser vid ohälsosamma levnadsvanor lyfts därför personer med funktionsnedsättning som en särskilt prioriterad målgrupp. Samtidigt har vården svårt att nå ut till dem som behöver allra mest stöd för en god hälsa. Personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autism söker inte vård i samma utsträckning som andra, och möjligheterna att ta del av, förstå och tillämpa den ordinarie vårdens hälsoinformation begränsas ofta av funktionsnedsättningen i sig. Det behövs också stöd till egenvård. Att ändra vanor är svårt för de flesta människor, och sannolikt ännu svårare för dem som har intellektuell funktionsnedsättning eller autism.

Därför har personal i LSS-verksamhet en avgörande roll för att främja goda levnadsvanor hos de individer som har behov av stöd i boende och daglig verksamhet. Det handlar främst om dagliga små beslut och val. Vad ska jag handla och laga till middag? Hur ska jag ta mig till min dagliga verksamhet? Vad ska jag göra i helgen? Hur tar jag mig till simhallen och vad behöver jag ta med? Kan någon följa med mig?

”Hälsan spelar roll” erbjuder hälsoinformation och stöd för positiva beteendeförändringar på ett konkret, begripligt och engagerande sätt. Ett stort arbete har gjorts med att anpassa programmet för svenska förhållanden och sedan pröva det i de verksamheter där målgruppen befinner sig. Det är ett exempel på lyckat samarbete mellan region, kommuner och universitet, precis så som utredningen God och nära vård konstaterar behövs för personer med funktionsnedsättning. Utvärderingen visar att programmet har god genomförbarhet i LSS-verksamhet och att deltagarnas fysiska aktivitet ökar. Det vetenskapliga stödet för goda hälsoeffekter av fysisk aktivitet är starkt, och även små förändringar kan göra stor skillnad på sikt. Nu återstår att förvalta lärdomarna.

”Hälsan spelar roll” är en hälsofrämjande intervention, men också en uppskattad och meningsfull aktivitet för boende, arbetstagare och personal i LSS-verksamhet. Det är en investering, som i bästa fall kan ge utdelning i form av levnadsår och minskade vård- och omsorgskostnader till följd av onödig ohälsa. Men det kan också ge andra stora värden för individen. Alla människor har rätt att uppleva lusten och glädjen i att trivas i sin kropp, må väl och ha makt att påverka sin livssituation. Det ingår också i ett gott liv.

Annika Brar, habiliteringsläkare Region Stockholm

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Lättläst sammanfattning..... | 6 |
| Sammanfattning..... | 8 |
| Bakgrund | 10 |
| Hälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd | 10 |
| Att främja hälsosamma levnadsvanor i målgruppen | 11 |
| Programmet HealthMatters | 12 |
| ”Hälsan spelar roll” i Sverige..... | 13 |
| Syfte..... | 14 |
| Frågeställningar | 14 |
| Metod | 15 |
| Utveckling av programmet | 15 |
| Projektorganisation | 15 |
| Översättning och anpassning av programmet till svenska förhållanden | 15 |
| Beskrivning av programmet | 16 |
| Interventionskomponent: Hälsokurs | 17 |
| Material | 20 |
| Implementeringsstrategi 1: Webbseminarier för kursledare | 21 |
| Implementeringsstrategi 2:Handledning för kursledare..... | 21 |
| Studiedesign | 22 |
| Rekrytering av deltagare..... | 22 |
| Etiska frågeställningar | 22 |
| Följsamhet | 22 |
| Effektutvärdering | 23 |
| Datainsamling | 23 |
| Bakgrundsdata | 24 |
| Längd, vikt och midjemått..... | 24 |
| Puls och blodtryck..... | 24 |
| Fysisk förmåga | 24 |
| Fysisk aktivitet | 25 |
| Levnadsvanor | 25 |
| Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet | 25 |
| Tilltro till den egna förmågan att träna | 26 |
| Upplevelse av socialt stöd..... | 26 |
| Dataanalys | 26 |
| Skriftliga frågor om webbseminarier och kurs | 26 |

| | |
|--|----|
| Frågor till kursledares efter deltagande i webbseminarier..... | 26 |
| Frågor till deltagarna efter kursen ”Hälsan spelar roll” | 26 |
| Kvalitativ studie om genomförande | 27 |
| Rekrytering av deltagare..... | 27 |
| Beskrivning av loggböcker och intervjupersoner | 27 |
| Datainsamling | 27 |
| Dataanalys | 28 |
| Resultat | 29 |
| Beskrivning av deltagare..... | 29 |
| Beskrivning av grupper..... | 29 |
| Beskrivning av individer | 30 |
| Följsamhet till metoden och kursmanualen | 31 |
| Antal genomförda lektioner | 31 |
| Lektionernas längd | 32 |
| Effekt på hälsa och levnadsvanor | 32 |
| BMI och midjemått | 32 |
| Puls och blodtryck..... | 32 |
| Fysisk förmåga | 33 |
| Fysisk aktivitet | 33 |
| Levnadsvanor | 33 |
| Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet | 35 |
| Tilltro till den egna förmågan att träna | 35 |
| Upplevelse av socialt stöd..... | 35 |
| Kursledares och deltagares uppfattningar om webbseminarier och kurs | 35 |
| Kursledarnas uppfattning om webbseminarierna | 35 |
| Deltagarnas uppfattningar om kursen ”Hälsan spelar roll” | 38 |
| Vad har betydelse vid genomförande av ”Hälsan spelar roll”, enligt kursledare och deltagare? | 40 |
| Tema: Att tillsammans hitta vägar för en bättre hälsa | 40 |
| Kategori 1: Interventionens egenskaper | 40 |
| Kategori 2: Deltagarnas behov | 41 |
| Kategori 3: Pedagogik och arbetsätt..... | 43 |
| Kategori 4: Praktiska förutsättningar | 44 |
| Diskussion | 47 |
| Hälsoläget i målgruppen..... | 47 |
| Programmets effekt på hälsa och levnadsvanor | 48 |
| Styrkor och svagheter | 49 |
| Slutsatser | 51 |
| Referenser | 52 |
| Bilagor | 56 |

Lättläst sammanfattning

Personer med funktionsnedsättning har större risk för ohälsa än andra människor. Forskare i USA har utvecklat en hälsokurs för personer med intellektuell funktionsnedsättning eller autismspektrumtillstånd. Kursen har utvärderats i USA med goda resultat.

Svenska forskare har översatt kursen till svenska och gett den namnet "Hälsan spelar roll". Först fick en liten grupp deltagare testa kursen. Deltagarna hade synpunkter och forskarna förbättrade kursen utifrån synpunkterna. Personal i LSS-verksamhet utbildade sig till kursledare. Därefter fick deltagare i 11 grupper gå kursen. Det var sammanlagt 99 kursdeltagare.

Innan deltagarna började kursen fick de svara på frågor om sin hälsa i ett frågeformulär. De fick väga sig, mäta sig och mäta midjemått. De fick ta blodtryck och puls. De fick göra tre enkla fysiska tester, till exempel testa hur många meter de kunde gå på 6 minuter. De fick också använda en stegräknare.

Grundkursen i "Hälsan spelar roll" är 37 lektioner. Varje lektion är en och en halv timme. På kursen pratar deltagarna om hälsa. Deltagarna tränar också tillsammans. Ibland gör de utflykter, till exempel till ett utegym, en park eller en mataffär.

När deltagarna i de 11 grupperna gått klart kursen bad forskarna dem att svara på samma frågor som före kursen.

Forskarna ville också att deltagarna skulle väga sig, mäta midjemått, ta blodtryck, mäta puls, göra fysiska tester och använda stegräknare igen.

Tyvärr var det inte möjligt i alla grupperna.

På grund av pandemin blev det nämligen besöksförbud i många verksamheter.

Även om forskarna inte kunde besöka alla grupperna så fick de en hel del viktig information.

Resultatet tyder på att många kursdeltagare fått en lite mer hälsosam vikt, fått lite bättre blodtryck, hade bättre kunskaper om hälsa och fick bättre resultat på de fysiska testerna.

Forskarna intervjuade också kursledare och kursdeltagare.

Eftersom det var pandemi och besöksförbud gjorde de intervjuerna genom videomöte.

Då kan man se och höra varandra framför datorn, utan att behöva träffas på riktigt.

Kursledare och deltagare berättade att de uppskattade kursen.

De sa att det är viktigt att kunna anpassa kursen efter deltagarnas olika behov och önskemål.

De berättade också att det kan vara bra att tillsammans sätta upp regler så att det blir lugn och ro på lektionerna och alla vet vad som gäller.

Dessutom berättade kursledarna att det är viktigt att få tillräckligt med tid för att hinna planera kursen på ett bra sätt.

Sammanfattning

Personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd har en ökad risk för ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor. Det finns ett stort behov av riktade insatser för att den här gruppen ska ha lika goda möjligheter som andra i samhället att uppnå bästa möjliga hälsa.

En amerikansk forskargrupp har utvecklat det hälsofrämjande programmet *HealthMatters*, som baseras på social kognitiv teori och transteoretisk modell för beteendeförändring. Programmet, som har utvärderats i USA, har översatts till svenska och anpassats för svenska förhållanden. Efter att ha testats i en pilotstudie har programmet adapterats ytterligare för att utvärderas i en svensk kontext.

Programmet ”Hälsan spelar roll” består av en interventionskomponent (hälsokurs) samt två implementeringsstrategier: webbseminarier för blivande kursledare och handledning för kursledare. Hälsokursen genomförs i LSS-verksamheter, och kurs 1 inkluderar 37 lektioner med både teori och praktik.

Interventionen utvärderades både avseende effekt och process. Processen följdes upp med hjälp av loggböcker som kursledarna fyllde i efter varje lektion, samt med hjälp av intervjuer med både kursledare och deltagare. Effekten följdes upp med en före- och eftermätning på samma individer. Utfallsmåtten var BMI, midjemått, puls, blodtryck, fysisk aktivitet (stegräknare), fysisk förmåga (tre enkla tester) samt levnadsvanor, kunskaper om matvanor och fysisk aktivitet, tilltro till den egna förmågan att träna och upplevelse av socialt stöd (skriftliga frågor). På grund av besöksförbud i samband med covid-19 kunde eftermätningen endast göras avseende vissa utfallsmått och endast i vissa verksamheter.

Sammanlagt elva LSS-verksamheter genomförde kursen ”Hälsan spelar roll”. En verksamhet hoppade av efter 26 lektioner, och övriga slutförde samtliga 37 lektioner alternativt tvingades avbryta strax innan de var klara på grund av pandemin. Sammanlagt 99 individer deltog vid mätning 1. Ungefär hälften av deltagarna var kvinnor och hälften var män. Åldern sträckte sig från 21 till 65 år, med en medelålder på 39 år. BMI varierade från 14,5 till 49,2, med ett genomsnittligt BMI på 29,3.

Eftersom mätning 2 i många verksamheter sammanföll med pandemins utbrott kunde många mätningar inte genomföras och bortfallet blev stort. Sammanlagt 62 deltagare besvarade skriftliga frågor vid måttillfälle 2. På övriga utfallsmått kunde mätdata samlas in från 22 till 33 individer. Bortfallsanalys visade dock att det inte var någon signifikant skillnad avseende BMI mellan de som genomförde båda mätningarna, och de som endast genomförde den första mätningen.

En statistiskt signifikant förbättring kunde ses avseende det fysiska testet ”30 Sec Chair Stand Test” samt fysisk aktivitet mätt med stegräknare. När det gällde BMI, midjemått, puls, blodtryck, fysisk funktion och kunskap om mat och hälsa visade utvärderingen något mer gynnsamma värden vid den andra mätningen. När det gällde levnadsvanor, tilltro till den egna förmågan att träna samt upplevelse av socialt stöd var utfallsmåtten oförändrade.

Resultatet av den kvalitativa studien visade på vikten av att tillsammans hitta vägar för en bättre hälsa. Det som har betydelse vid genomförande av ”Hälsan spelar roll”, enligt kursledare och deltagare, inkluderar interventionens egenskaper, deltagarnas behov, pedagogik och arbetssätt samt praktiska förutsättningar.

Följsamheten till programmet var, trots pandemi och verksamheter med varierande förutsättningar, relativt god vilket indikerar att det är möjligt att genomföra programmet i olika LSS-verksamheter. Resultatet indikerar också, trots ett stort bortfall, att det är möjligt att påverka deltagarnas hälsa och levnadsvanor i en positiv riktning. För att det ska vara möjligt att genomföra kursen på ett tillfredsställande sätt är det viktigt med stöd från ledningen. Det är också viktigt att involvera boendepersonal för att ge deltagarna möjlighet att praktisera nya kunskaper i vardagen.

Med tanke på den onödigt stora ohälsan som finns bland vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd är det av största vikt att prioritera denna grupp i folkhälsoarbetet. Hälsöfrämjande arbete riktat till personer med LSS-insats är också en förutsättning för följsamhet till råd om egenvård från primärvården vid till exempel fetma, diabetes och hypertoni. Det är viktigt både att använda befintliga metoder för att främja hälsa och att fortsätta att utveckla metoder och arbetssätt för denna målgrupp.

Bakgrund

Hälsan är inte jämnt fördelad mellan olika grupper i samhället, varken internationellt eller i Sverige. Epidemiologiska data visar att faktorer som utbildning, inkomst och kulturell bakgrund har stor betydelse för både ohälsa och dödlighet (Berkman & Kawachi, 2000; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2019). Människor med funktionsnedsättning har sämre förutsättningar och i Sverige skattar denna grupp i betydligt större utsträckning sin hälsa som dålig jämfört med befolkningen i övrigt (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Hälsa bland personer med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd

Personer med intellektuell funktionsnedsättning (ID) tycks ha större risk för ohälsa och ohälsosamma levnadsvanor än personer med andra funktionsnedsättningar (Umb-Carlsson, 2008). Enligt en registerstudie i Region Stockholm kan man bland annat se att personer med ID och/eller autismspektrumtillstånd (ASD) i större utsträckning har fetma, diabetes och hypertoni jämfört med befolkningen i övrigt (Flygare Wallen, Ljunggren, Carlsson, Pettersson, & Wandell, 2018).

Det är vanligt att personer med ID inte lever upp till rekommendationerna om fysisk aktivitet, är stillasittande i hög omfattning och äter för lite frukt och grönsaker (Adolfsson et al, 2008, Dairo, Collett, Dawes & Oskrochi, 2016). Detta gäller internationellt, men också i Sverige. I en svensk studie på ungdomar i gymnasiesärskolan framkom att dessa ungdomar både har sämre kondition och ökad förekomst av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom, jämfört med ungdomar på praktiska och teoretiska gymnasieprogram (Wallen, Mullersdorf, Christensson, & Marcus, 2013). En studie på vuxna som bor i grupp- eller servicebostad i Sverige visade att hälften hade fetma, vilket är en betydligt högre andel än i den övriga befolkningen (Bergström, Hagstromer, Hagberg, & Elinder, 2013).

Sämre mat- och rörelsevvanor innebär ökad risk för övervikt och fetma, diabetes, hjärt- och kärlsjukdom och vissa former av cancer. Det finns också en ökad förekomst av psykisk ohälsa i målgruppen (Cooper, et al, 2015) samt ökad risk för benskörhet och frakturer (Dreyfus et al, 2014). Dessutom upplever personer med ID/ASD inte alltid den tillgänglighet till vård som de skulle behöva. En ny svensk studie visar att personer med Downs syndrom (DS) inte gör planerade besök i sjukvården som förväntat utifrån existerande sjuklighet, utan istället riskerar att tvingas till oplanerade besök för en ohälsa som skulle kunna förebyggas (Ahlström, Axmon, Sandberg & Flygare Wallén, 2020).

Emerson et al. har beskrivit fem nyckelfaktorer för ojämlikhet i hälsa som påverkar personer med ID (Emerson, Baines, Allerton, & Welch, 2011):

1. Personer med ID har en ökad risk för hälsoproblem relaterat till de genetiska och biologiska orsakerna till funktionsnedsättningen.
2. Gruppen löper större risk att utsättas för sociala bestämningsfaktorer för ohälsa, såsom fattigdom, arbetslöshet och socialt utanförskap.

3. Funktionsnedsättningen medför ofta kommunikationssvårigheter och minskad hälsolitteracitet, det vill säga förmågan att förvärva, förstå och tillämpa hälsorelaterad information.
4. Det är vanligt med ohälsosamma levnadsvanor, såsom dåliga matvanor och bristande fysisk aktivitet, vilket leder till ohälsa.
5. Det kan finnas brister relaterade till tillgänglighet till hälso- och sjukvård.

Sammantaget innebär detta att personer med ID/ASD har betydligt sämre möjligheter än andra i samhället att uppnå bästa möjliga hälsa. Utredningen "God och nära vård SOU 2020:19" belyser att personer som har insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade) tillhör en grupp som ofta har ett komplext eller kroniskt vårdbehov, och att det för gruppen med komplext vårdbehov krävs bättre förutsättningar för samverkan mellan region, kommun och andra aktörer i samhället än vad som idag är fallet (Statens offentliga utredningar, 2020).

Vid kontakt med hälso- och sjukvården krävs dessutom många gånger att patienten själv är aktiv och genomför egenvård utifrån rådgivning, vilket kan vara utmanande för personer med en kognitiv funktionsnedsättning. Region Stockholm har antagit en egenvårdsstrategi med utgångspunkt i WHO:s definition som beskriver egenvård som individens, familjens och samhällets förmåga att främja hälsa, förebygga sjukdom, underhålla hälsa, och att hantera sjukdom och funktionsnedsättning med eller utan stöd av hälso- och sjukvårdspersonal (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2019). Utifrån denna breda definition kan fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor många gånger ses som egenvård. Personer med ID/ASD behöver stöd för att genomföra egenvård och därigenom få möjlighet att uppnå en god hälsa på lika villkor.

Målgruppen har rätt till stöd genom LSS, till exempel i form av gruppboende eller daglig verksamhet, vilket syftar till att bidra till en god livskvalitet samtidigt som det medför en beroendesituation. Personalen har en mycket viktig roll, och deras inflytande har stor betydelse för individernas möjligheter till bland annat självbestämmande och en god hälsa (Bergström, 2011). Samtidigt har en stor del av personalen inom LSS låg utbildning, och forskning visar att personer inom lågutbildade yrken själva har högre riskfaktorer för ohälsa än personer inom högutbildade yrken (Väisänen, Kallings, Andersson, Wallin, Hemmingsson & Ekblom-Bak, 2020).

Att främja hälsosamma levnadsvanor i målgruppen

Hälsofrämjande arbete på befolkningsnivå är sällan anpassat till personer med ID och/eller ASD, vilket gör att de hälsomässiga klyftorna riskerar att öka än mer. Det är dock möjligt att genom riktade interventioner nå också den här gruppen. En hälsofrämjande intervention i en gymnasiesärskola (Wallen et al., 2013) och en hälsofrämjande intervention i grupp- och servicebostäder med stort fokus på personalens arbetsrutiner (Bergström et al., 2013) har visat att det finns goda möjligheter att påverka levnadsvanor och hälsa i målgruppen. Studierna visar samtidigt att det finns ett stort behov av ytterligare stöd riktat direkt till individer med ID/ASD.

Enligt en kartläggande litteraturöversikt finns det tecken på att multikomponent-interventioner som inkluderar hälsoutbildning tillsammans med andra komponenter, såsom träning och/eller hembesök, kan leda till förbättrade mat- och rörelsevanor bland både barn och vuxna med intellektuell funktionsnedsättning (Bergström, 2017).

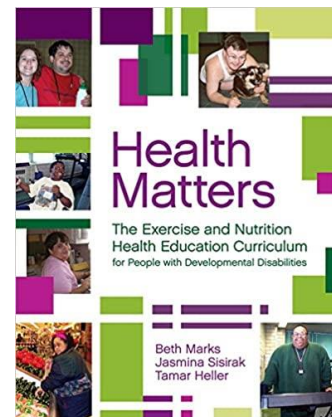
Forskning visar att hinder och underlättande faktorer för fysisk aktivitet bland personer med ID finns både på en individuell nivå och på en samhällelig nivå (Bossink, van der Putten & Vlaskamp, 2017). På den individuella nivån kan det till exempel handla om funktionsnedsättning och ålder, och på samhällsnivå kan det handla om ekonomi och tillgänglighet till aktiviteter.

För personer som är beroende av någon annan för att ta sig till sin träning är bristande stöd det som i störst utsträckning påverkar att man inte är fysiskt aktiv (Stancliff & Anderson, 2017). Forskning visar att stöd till fysisk aktivitet både behöver involvera individerna själva och deras omgivning, samt att stödet behöver fortgå under lång tid (Temple et al, 2017). Hälsofrämjande program måste dessutom vara enkla att genomföra, för att passa i verksamheter med tids- och personalbrist (Dixson-Ibarra et al, 2018).

Genom att utgå från Social kognitiv teori (Bandura, 1986), där samspelet mellan beteende, personliga faktorer och miljömässig påverkan betonas, kan man samtidigt stärka individerna och påverka den sociala och den fysiska miljön omkring dem. Personer med funktionsnedsättningar måste ges möjlighet till en god hälsa genom ökad hälsolitteracitet samt empowerment, det vill säga upplevelsen av den egna förmågan att påverka hälsan. Målgruppen kan ges stöd av den kommunala hälso- och sjukvården genom den så kallade LSS-hälsan eller HSL-teamen, som inkluderar sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast/fysioterapeut. Målgruppen behöver dessutom få stöd i vardagen genom personal inom både daglig verksamhet och i LSS-boende. På grund av individernas livslånga behov av stöd är det därför viktigt att inkludera personal inom LSS-verksamhet, för att dessa ska kunna stödja individerna till hälsosamma val i vardagen.

Programmet HealthMatters

En forskargrupp i Chicago har sedan slutet av 1990-talet utvecklat programmet, *HealthMatters* (Marks, Sisirak, & Chang, 2013; Marks, Sisirak, & Heller, 2010), som baseras på social kognitiv teori (Bandura, 1986) och transteoretisk modell för beteendeförändring (Prochaska, Redding, & Evers, 2008). Programmet inkluderar lektioner för personer med ID och/eller ASD, och ges av personal som arbetar inom verksamheter som ger vardagligt stöd till målgruppen. Personalen utbildar sig till kursledare genom att ta del av webbseminarier och får då tillgång till en kursmanual med detaljerade instruktioner för varje kurstillfälle, publicerade i en bok.



Programmet *HealthMatters* har utvärderats i en randomiserad kontrollerad studie, som visar att programmet hade positiv effekt på deltagarnas upplevelse av psykosocial hälsa, upplevelse av socialt stöd för goda levnadsvanor, tilltro till egen förmåga att träna, kunskaper om fysisk aktivitet samt rörlighet (Marks et al., 2013). Programmet har också utvärderats avseende effekt på kursledarnas egen hälsa, med positivt utfall (Marks, Sisirak, & Chang, 2019).

”Hälsan spelar roll” i Sverige

Det övergripande nationella folkhälsomålet i Sverige handlar om att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen, och för att uppnå ett sådant mål är det viktigt att rikta sig mot de grupper som i störst utsträckning drabbas av ohälsa. I de Nationella riktlinjerna för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor nämns vuxna med funktionsnedsättning som en grupp med särskild risk, och därmed en grupp som man bör rikta extra fokus på (Socialstyrelsen, 2018).

I Handlingsprogram Övervikt och fetma 2016-2020 från nuvarande Region Stockholm nämns personer med funktionsnedsättning, däribland personer med ID, som en prioriterad målgrupp (Stockholms läns landsting, 2015). Vidare prioriteras tidigt insatta åtgärder och att minska skillnaderna i övervikt och fetma i länet. Med utgångspunkt i prioriteringarna i handlingsprogrammet gavs möjlighet att testa ”Hälsan spelar roll” i Sverige.

Efter att kursmaterialet översatts och anpassats till svenska förhållanden testades det i en pilotstudie med sammanlagt 16 deltagare, varav nio slutförde hela kursen (Bergström et al, 2020). Genomförandet fungerade bra och bland de som gick klart kursen var närvaron hög. Processen studerades med loggböcker och intervjuer och effekten studerades med bland annat kunskapsfrågor, mätning av kroppskomposition, mätning av puls- och blodtryck samt ett antal enkla fysiska tester. Eftersom det handlade om ett begränsat antal deltagare var det inte möjligt att testa om skillnader mellan de olika mättillfällena var statistiskt signifikanta, men flera resultat var lovande, bland annat förbättrade samtliga deltagare sina resultat på tre olika fysiska tester. Detta indikerade att programmet borde testas i fler verksamheter i en större studie.

Processutvärderingen i pilotstudien visade på en positiv inställning till kursen bland kursledare och deltagare, samtidigt som det framkom många konstruktiva synpunkter kring hur kursen skulle kunna förbättras. Ett förbättringsarbete inleddes därför, med utgångspunkt i resultatet av processutvärderingen. Därefter var programmet redo att testas avseende både process och effekt i en större studie.

Syfte

Projektets syfte var att översätta och anpassa det amerikanska programmet ”HealthMatters” till svenska förhållanden samt att utvärdera det avseende effekt och process i en svensk kontext.

Frågeställningar

- Hur var följsamheten till metoden och kursmanualen?
- Hur påverkades deltagarnas
 - vikt och midjemått
 - puls och blodtryck
 - fysiska förmåga
 - fysisk aktivitet
 - levnadsvanor
 - kunskap om matvanor och fysisk aktivitet
 - tilltro till den egna förmågan att träna
 - upplevelse av socialt stöd?
- Vad hade kursledare och deltagare för uppfattningar om webbseminarier och kurs?
- Vad har betydelse vid genomförande av ”Hälsan spelar roll”, enligt kursledare och deltagare?

Metod

I metoddelen beskrivs programmet "Hälsan spelar roll" samt metoder för kvalitativ och kvantitativ utvärdering av programmet.

Utveckling av programmet

Projektorganisation

Arbetet med översättning, anpassning, projektplanering och utvärdering genomfördes av en projektgrupp på Akademiskt primärvårdscentrum (APC) i Region Stockholm, bestående av Eva Flygare Wallén, PhD, leg. specialistsjuksköterska, Elinor Sundblom, MSc, nutritionist och Helena Bergström, PhD, folkhälsovetare. Arbetet gjordes i samverkan med de amerikanska utvecklarna, som även gjorde ett fysiskt besök i Sverige i början av 2019. Vetenskapligt stöd gavs av professor Liselotte Schäfer Elinder, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) och Karolinska Institutet (KI).

Cecilia Berg, leg. fysioterapeut, genomförde en uppdatering av träningsinstruktioner samt stod för faktagranskning av innehåll relaterat till träning. För faktagranskning av specifika ämnesområden samt i vissa föreläsningar för blivande kursledare engagerades ytterligare expertis inom framför allt APC, men även KI. Camilla Söder (CS), hälsopedagog, var kursledare i pilotprojektet och deltog därefter vid datainsamling.

Till projektet knöts också en referensgrupp för att få synpunkter under projektets gång, med deltagare från FUB Riks både med och utan egen funktionsnedsättning, Autism & Aspergerförbundet, Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt LSS-Hälsan i Stockholm. Tre möten hölls i referensgruppen under projekttiden, då det bland annat diskuterades vilka begrepp som ska användas och hur programmet ska spridas och implementeras.

Översättning och anpassning av programmet till svenska förhållanden

Anpassningen av det amerikanska programmet *HealthMatters* till svenska förhållanden genomfördes i två steg. Kursmaterialet översattes från engelska till svenska och parallellt med detta genomfördes en initial anpassning till svenska förhållanden (steg 1). Därefter genomfördes en pilotstudie, och utifrån resultaten av denna genomfördes ytterligare anpassningar (steg 2).

Steg 1: Initial anpassning

Den initiala anpassningen inkluderade översättning samt en rad olika bearbetningar av kursmanualen. De amerikanska webbseminarierna för kursledare, inklusive skriftligt material ("Train the Trainer") (Marks & Sisirak, 2017) översattes av tidsskäl inte i detta första steg. Följande anpassningar gjordes av kursmanualen, i samråd med de amerikanska forskarna:

- Råd utifrån amerikanska hälsorekommendationer ändrades till råd utifrån motsvarande svenska hälsorekommendationer.
- Hänvisningar till material och dokument (filmer, lagstiftning med mera) ändrades till motsvarande svenska material och dokument.
- Beskrivning av samhällsstrukturer (såsom hälso- och sjukvård) ändrades vid behov för att överensstämma med svenska samhällsstrukturer.

- Typiska amerikanska livsmedel och företeelser (t.ex. sötpotatis och baseball) ändrades till mer typiskt svenska livsmedel och företeelser.
- Det amerikanska materialet har ett stort fokus på vikt, och i den svenska versionen tonades detta fokus ner till fördel för fokus på hälsosamma levnadsvanor och att må bra.
- Träningsövningarna uppdaterades och ändrades för att bättre passa med aktuella rekommendationer.
- Nya illustrationer gjordes av en svensk illustratör (SaraMara).
- Fotografier köptes in via Mosaikteaterns dagliga verksamhet, med personer med funktionsnedsättning både framför och bakom kameran, med stöd av handledare.

Steg 2: Pilotstudie i Haninge

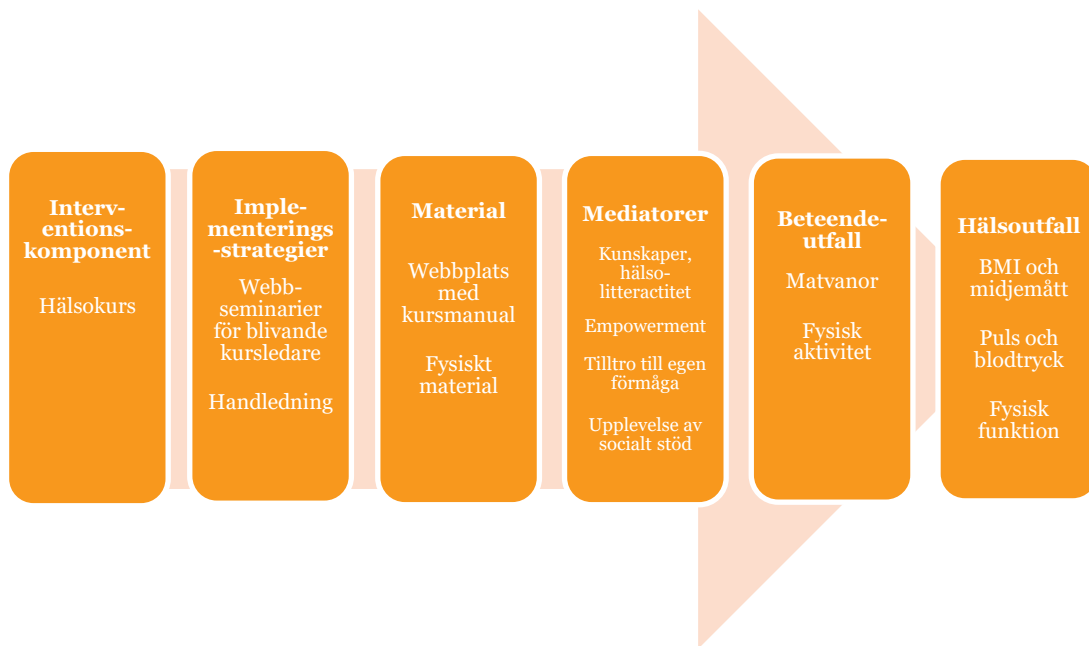
Efter översättning och initial anpassning testades programmet i en pilotstudie i Haninge kommun (Bergström, Sundblom & Flygare Wallén, 2020). Kursen hölls av tre kursledare, varav en hälsopedagog (CS) från LSS-hälsan och två anställda från daglig verksamhet, vilka utbildade sig till kursledare genom att delta i tre amerikanska webbseminarier. De tre kursledarna höll därefter 37 lektioner i två grupper, med hjälp av översatta och anpassade lektionsmanualer, som successivt e-postades till kursledarna i form av pdf-dokument.

Processen följdes upp med hjälp av loggböcker som kursledarna fyllde i efter varje lektion, samt med intervjuer med både kursledare och kursdeltagare. Efter avslutad pilotstudie gjordes ytterligare anpassningar, utifrån synpunkter från loggböcker och intervjuer. Anpassningarna diskuterades med de amerikanska forskarna och handlade om att:

- Texter förenklades och förtydligades.
- Övningar lades till eller togs bort.
- Nya lektioner skapades vid behov.
- Ytterligare illustrationer beställdes och inkluderades i manualen.
- Kursmanualen publicerades på en webbplats med möjlighet till utskrift.
- Tre webbseminarier för kursledare utvecklades på svenska.

Beskrivning av programmet

Programteorin för "Hälsan spelar roll" beskrivs i figur 1. Interventionskomponenten är en hälsokurs för personer med LSS-insats, och genomförandet av denna möjliggörs med hjälp av webbseminarier för blivande kursledare samt handledning under kursens genomförande. Kursen syftar till att förbättra hälsolitteracitet, kunskaper om mat och fysisk aktivitet, empowerment, tilltro till den egna förmågan att träna samt upplevelse av socialt stöd, vilket i sin tur förväntas leda till bättre mat- och rörelsevänor och en förbättrad hälsa.



Figur 1. Programteori för "Hälsan spelar roll" som beskriver den tänkta orsakskedjan.

Interventionskomponent: Hälsokurs

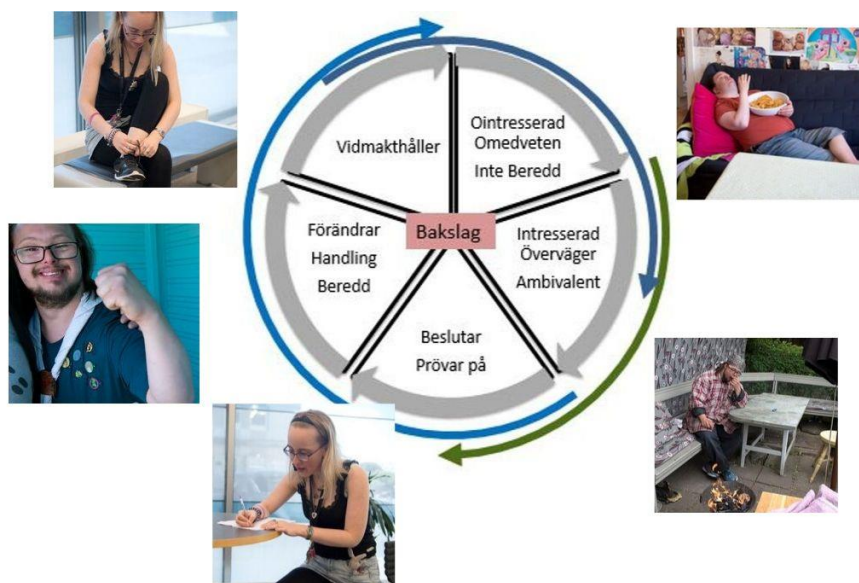
Hälsokursen genomförs i LSS-verksamhet, till exempel i daglig verksamhet, och ges av personal i LSS-verksamhet eller kommunal hälso- och sjukvård (LSS/HSL-hälsan) som gått en kursledarutbildning. För att genomföra kurserna krävs att verksamhetens ledning

- utser 2-3 kursledare (varav en bör vara ansvarig kursledare och fungera som kontaktperson)
- avsätter tid för planering och genomförande (6-10 timmar rekommenderas för initial planering och 4-6 timmar per vecka för genomförande)
- tillhandahåller lämplig lokal.

Kursledarna bjuder därefter in till kursen, och personer med LSS-insats kan anmäla intresse för att gå kursen.

Kurs 1

Hälsokursen "Hälsan spelar roll" inkluderar i "kurs 1" sammanlagt 37 lektioner vilka genomförs två-tre gånger per vecka, vilket innebär att kursen sammanlagt tar 12-18 veckor. Varje lektion är cirka 90 minuter lång och inkluderar både teori och fysisk träning, alternativt en utflykt. Lektionerna är indelade i fem avsnitt som följer stegen i den transteoretiska modellen (Stages of Change) (Prochaska, Reddings & Evers, 2008). En översikt av den transteoretiska modellen, så som den illustrerats i "Hälsan spelar roll", visas i Figur 2.



Figur 2. De fem stegen i den transteoretiska modellen i "Hälsan spelar roll"

Lektionernas innehåll

De teoretiska passen upptar ungefär halva lektionstiden, cirka 45 minuter, och kan inleda eller avsluta lektionen. Innehållet handlar om matvanor, fysisk aktivitet, självbestämmande och andra faktorer som har betydelse för hälsan. Varje lektion innehåller följande delar:

- Mål för dagens lektion
- Talmanus med instruktioner om vad kursledarna kan göra och säga
- Uppföljning av målen för dagens lektion

Många av lektionerna, men inte alla, innehåller också separata blad som kan skrivas ut till kursledare respektive kursdeltagare:

- Vägledning för kursledare med utökad information om lektionens ämne
- Lösblad med tips och övningar till deltagare



De flesta lektioner innehåller ett träningspass, som kan vara cirka 45 minuter långt.

Vissa gånger kan träningen bytas ut mot en utflykt. Träningen kan varieras, och kan till exempel utgå från de träningsprogram och träningsövningar som beskrivs i kursmanualen. I manualen finns en övningsbank med ett hundratal övningar beskrivna i detalj, tillsammans med foton på en eller flera modeller som visar övningarna. Dessutom finns sex kompletta träningsprogram:

- För personer med rörelsenedsättning – 30, 45 eller 60 minuter
- För personer med större rörelseförmåga – 30, 45 eller 60 minuter

Utflykterna är valfria och kan till exempel inkludera besök vid utegym, en sportaffär för att titta på träningsutrustning eller en mataffär för att leta efter nyckelhålsmärkta produkter eller förbereda provsmakningar. En översikt av avsnitten och lektionerna i kurs 1, och deras relation till den transteoretiska modellen, visas i Tabell 1.

Tabell 1. Avsnitt och lektioner i kursen "Hälsan spelar roll", kurs 1

| Avsnitt | Lektioner |
|---|--|
| <p>1. Hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och träning</p>  | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vad är hälsa? 2. Vad är fysisk aktivitet? 3. Träning – något för mig? 4. Att träna på olika sätt – vad är USKBaN*? 5. Hur träna med USKBaN*? 6. Bra och hälsosam mat 7. Kroppen behöver jobba 8. Att göra hälsosamma val |
| <p>2. Nyfiken på hälsan</p>  | <ol style="list-style-type: none"> 9. Hur ser jag på mig själv? 10. Puls 11. Blodtryck 12. Vilken träning gör jag och vad skulle jag vilja pröva? 13. Vad kan påverka min träning? 14. Vatten, läsk och andra drycker 15. Tallriksmodellen 16. Mer grönsaker och frukt 17. Hur kan medicin påverka träning och matlust? |
| <p>3. Att planera och sätta mål</p>  | <ol style="list-style-type: none"> 18. Att förbereda sig för träning 19. Träna säkert 20. Om andning och att bli andfådd 21. Mat med fibrer och fullkorn 22. Mål och plan för min träning 23. Näringsämnen |
| <p>4. Att fortsätta med hälsosamma vanor</p>  | <ol style="list-style-type: none"> 24. Att sova bra 25. Bra och dålig smärta 26. Mat för vardag och fest 27. Att förhandla och komma överens 28. Kan jag träna när jag känner mig sjuk? 29. Min plan för att äta hälsosam mat 30. När jag mina mål? |
| <p>5. Nu har det blivit rutin</p>  | <ol style="list-style-type: none"> 31. Bakslag 32. Motivation och belöning 33. Alla äter inte allt 34. Att göra en träningsfilm 35. Det vi lärt oss om fysisk aktivitet och träning 36. Det vi lärt oss om hälsosam mat 37. Avslutning kurs 1 |

*USKBaN står för Uppvärmning, Styrketräning, Kondition, Balans och Nedvarvning

Kurs 2 – "Lära för livet"

För dem som vill fortsätta när den första kursen är klar finns "kurs 2" som kallas "Lära för livet" och inkluderar ytterligare 22 lektioner. Kurs 2 ger tillfälle både till repetition och fördjupning och dessa lektioner kan förslagsvis ges en gång per vecka. Dessa inkluderades inte i utvärderingen, men har testats i pilotstudien i Haninge och vidareutvecklats efter detta.

Material

Kursledarna fick tillgång till olika typer av material för att kunna genomföra hälsokurserna, i form av kursmanual på webbplats och fysiskt material.

Webbplats

Webbplatsen www.halsanspelarroll.se innehåller två delar, en del som är tillgänglig för alla som vill veta mer om "Hälsan spelar roll" och en del som endast riktar sig till kursledare, och som kräver inloggningsuppgifter. På den öppna delen av webbplatsen finns en meny med flera flikar, där man hittar:

- *Om oss* – Information om projektgruppen och andra som varit med och utvecklat "Hälsan spelar roll".
- *Hälsan spelar roll* – Information om det hälsofrämjande programmet.
- *Lättläst* – Lättläst och kortfattad information om "Hälsan spelar roll".
- *Aktuellt* – Nyhetsflöde med aktuellt om vad som händer i projektet.
- *Mer att läsa* – Länkar till relevant information och material om hälsa, mat och fysisk aktivitet.

Under en särskild flik på webbplatsen, "För kursledare", hittar kursledare lösenordskyddat material för att hålla kursen "Hälsan spelar roll". På denna del av webbplatsen finns bland annat:

- *Kursmanual* – Strukturerade lektionsmanualer för varje lektion, inklusive vägledning för kursledare och lösblad för deltagare.
- *Övningsbanken* – Träningsövningar, beskrivna med text och bilder.
- *Träningsprogram* – Träningsprogram i olika längd och svårighetsgrad, beskrivna med text och bilder.
- *Så tränar jag med USKBaN* – Träningsinstruktioner för deltagarna. (USKBaN står för Uppvärmning, Styrka, Kondition, Balans och Nedvarvning.)
- *Bildbanken* – Illustrationer (cirka 250) sorterade i olika kategorier, för fri användning av kursledarna som bildstöd under kursen.

Annat material

Kursledarna fick efter genomgången kursledarutbildning en del material för att underlätta genomförandet av kurserna. Kursledare i varje grupp fick:

- En ringpärm till varje deltagare, med försättsblad, plats för foto, ansträngningsskalan enligt Borg och dokument för testresultat.
- Gummiband för träning med olika motstånd, ett till varje deltagare, samt några ringgummiband.
- Ett måttband per grupp, för att mäta midjemått.

- En automatisk blodtrycksmätare per grupp, för att möjliggöra för deltagare att själva ta sitt blodtryck i anslutning till lektionspass som omfattar blodtryck.
- En pulsmätare per grupp, för att konkretisera puls vid vila respektive olika intensitet av ansträngning.

Implementeringsstrategi 1: Webbseminarier för kursledare

Personal i LSS-verksamhet och LSS-hälsan/HSL-team som vill vara kursledare för "Hälsan spelar roll" får ta del av tre webbseminarier. Utbildningen syftar till att stärka personalens kunskaper och färdigheter för att kunna stödja personer med ID/ASD att göra självständiga och hälsosamma val i vardagen. Varje webbseminarium är 90 minuter och inkluderar:

Webbseminarium 1

- Hälsoläget i målgruppen
- Personalens roll i hälsofrämjande arbete

Webbseminarium 2

- Hälsosam mat
- Upplägg av "Hälsan spelar roll"

Webbseminarium 3

- Fysisk aktivitet
- Att hålla gruppaktivitet
- Metoder för uppföljning

Webbseminarierna utvecklades för att genomföras live, vilket innebär att seminariedeltagarna har möjlighet att ställa frågor före och efter seminariet, samt chatta i realtid under seminariet. När de blivande kursledarna gått klart de tre webbseminarierna får de inloggningsuppgifter till webbplatsen, där de hittar kursmanualen och tillhörande material.

Kursdeltagarna fick ta del av alla PowerPoint-presentationer. I den amerikanska versionen "Train the Trainer" inkluderades också ett antal övningsuppgifter som de blivande kursledarna förväntas göra inför och mellan seminarierna, med fokus på personalens och verksamhetens hälsofrämjande arbete. I den svenska versionen inkluderades endast några frågor för diskussion och reflektion mellan seminarietillfällena.

Implementeringsstrategi 2:Handledning för kursledare

Kursledarna erbjöds handledning under kursens genomförande. De välkomnades att höra av sig med frågor via e-post eller telefon, eller via webbplatsens kontaktformulär. Utöver detta erbjöds kursledarna viss handledning när medarbetare från projektgruppen gjorde besök i verksamheterna i samband med utvärderingen.

Studiedesign

Interventionen utvärderades både avseende effekt och process. Effekten utvärderades kvantitativt, med olika beteende- och hälsoutfall på individnivå. Processen utvärderades med kvalitativa metoder och beskrevs även kvantitativt.

Rekrytering av deltagare

För att redovisa resultaten från pilotstudien och informera om den kommande studien arrangerades ett seminarium i Landstingssalen i Region Stockholm, den 5 februari 2019. Målgrupp för seminariet var chefer och personal inom LSS (gruppbofästäder och daglig verksamhet) samt inom LSS/HSL-hälsan, folkhälsostrateger, berörda intresseorganisationer samt aktörer med ansvar för fortbildning och hälsofrämjande insatser för målgruppen.

Under seminariet presenterades resultaten från pilotstudien där hälsopedagogen Camilla Söder i Haninge och en av kursdeltagarna berättade om sina erfarenheter och visade den film som kursdeltagarna skapat som en avslutande uppgift under kursen (<https://halsanspelarroll.se/halsan-spelar-roll/>). Dessutom var de amerikanska forskarna, som utvecklat *HealthMatters*, på plats och presenterade både resultat och erfarenheter från arbetet i USA.

Senare samma vår, den 25 april, hölls ett mindre seminarium på APC som riktade sig till verksamheter som anmält intresse för att vara med och testa "Hälsan spelar roll" i ett större projekt. Vi detta tillfälle presenterades ytterligare resultat från pilotstudien och dessutom diskuterades praktiska förutsättningar för att delta i den kommande studien. Sammanlagt 12 verksamheter anmälde sig slutligen för att delta i projektet.

De tre webbseminarierna för kursledare gavs vid två alternativa tillfällen, i början och i mitten av september 2019. Sammanlagt 38 kursledare från 12 verksamheter deltog i seminarierna. Efter tre webbseminarier fick kursledarna inloggningsuppgifter till webbplatsen halsanspelarroll.se, vilket innebar att de kunde ta del av lektionsmaterialet. Kursledarna fick även tillgång till informationsmaterial på enkel svenska, för att informera och bjuda in kursdeltagare. Inklusionskriterier för att delta i kursen och studien var att vara 18 år eller äldre, ha någon LSS-insats samt klara att delta i en gruppaktivitet med 8-10 deltagare.

Etiska frågeställningar

Deltagarna informerades om att deltagande i projektet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Skriftlig information om projektet gavs till kursdeltagarna, som fick stöd av gode män eller personal att förstå informationen. Därefter lämnade deltagarna skriftligt samtycke till att vara med i projektet. De kursledare som intervjuades lämnade skriftligt samtycke till att vara med i intervjustudien. Alla deltagare i projektet utlovades konfidentialitet vid rapportering. Studien har beviljats etiskt tillstånd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholms län (Dnr 2019-04087).

Följsamhet

Följsamhet handlar om i vilken utsträckning genomförandet av ett program eller en metod stämmer med beskrivningen av programmet eller metoden, och har en avgörande betydelse för att bedöma effekten av en intervention (Fraser, Richman, Galinsky, & Day, 2009). Följsamhet studerades genom att undersöka i vilken utsträckning kursen genomfördes så som den var beskriven. Följsamheten dokumenterades genom en

loggbok, som fylldes i av kursledarna efter varje genomförd lektion. De punkter som inkluderades i loggboken var:

- Lektion (nummer eller namn)
- Antal deltagare
- Antal kursledare
- Antal minuter
- Kommentar

All kvantifierbar data kring följsamhet dokumenterades i en Excel-fil. Nedanstående faktorer noterades för beskrivning av följsamhet:

1. **Antal genomförda lektioner.** Enligt manualen ska 37 lektioner genomföras. Följsamheten bedömdes som god om kursledarna genomförde minst 35 lektioner.
2. **Lektionernas längd.** Enligt manualen ska lektionerna vara ca 90 minuter långa. Följsamheten bedömdes som god om lektionerna i genomsnitt varade minst 70 minuter.

Innehåll och avvikelser noterades dessutom med utgångspunkt i loggböckerna, och kursledarnas synpunkter sammanfattades. Kvalitativa data, i form olika synpunkter och förslag, användes för att beskriva genomförandet samt som utgångspunkt för det fortsatta arbetet med att utveckla och förbättra kursmanualen.

Effektutvärdering

Programmets effekter utvärderades på individnivå genom att ett antal olika utfallsvariabler mättes vid baslinjen samt efter avslutad hälsokurs. På grund av covid-19 tvingades flera verksamheter avsluta kursen strax innan de var klara och på grund av besöksförbud blev det i många verksamheter omöjligt att genomföra den andra mätningen. Följande data samlades in före kursen samt i den utsträckning det var möjligt efter kursen:

- Bakgrundsdata (skriftliga frågor)
- Längd, vikt och midjemått
- Puls och blodtryck
- Fysisk förmåga (tre tester)
- Fysisk aktivitet (stegräknare)
- Levnadsvanor (skriftliga frågor)
- Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet (skala)
- Tilltro till den egna förmågan att träna (skala)
- Upplevelse av socialt stöd (skriftliga frågor)

Datainsamling

Mätning 1 genomfördes innan kurserna startade, under september till oktober 2019. Medarbetare i projektgruppen kontaktade verksamheterna och bokade in tider för mätningen. Datainsamlingen vid den inledande mätningen genomfördes på plats i eller intill kurslokalen, av två projektmedarbetare, i samarbete med kursledare och deltagare.

Mätning 2 skulle enligt plan genomföras på motsvarande sätt efter den avslutade kursen. På grund av covid-19 och besöksförbud i LSS-verksamheter under våren 2020 blev dock en stor andel av dessa mätningar inställda. Efter att besöksförbud infördes mejlades detaljerade instruktioner till de verksamheter där mätningar ännu inte genomförts för att de själva skulle kunna utföra viss insamling av data. Verksamheterna uppmanades i första hand att låta deltagarna besvara skriftliga frågor i frågeformulär och skicka in dessa. I de fall det bedömdes som möjligt (till exempel där det fanns tillgång till stöd av personal i LSS-hälsan) kunde verksamheterna också samla in data avseende vikt, blodtryck och/eller fysisk förmåga.

I vissa fall fanns inga möjligheter att genomföra några mätningar. Dagliga verksamheter stängde, vilket gjorde att kursledarna hade svårt att få kontakt med kursdeltagarna. Fokus blev då på att samla in svar från de skriftliga frågorna. Enligt planering skulle deltagare besvara frågorna inom en vecka efter kursavslut, men på grund av omständigheterna dröjde det upp till två månader efter kursavslut innan deltagare besvarade frågorna. Mätning 2 genomfördes under mars till juli 2020.

Bakgrundsdata

Bakgrundsdata om deltagarna samlades in med hjälp av skriftliga frågor vid det första mättillfället (bilaga 1). De bakgrundsfrågor som inkluderades var frågor om kön, ålder samt tobaksanvändning. Bakgrundsdata om grupperna samlades in genom ett antal skriftliga frågor som skickades med e-post till ansvarig kursledare i början av kursen. Sammanlagt ställdes två frågor om verksamheten, tre frågor om kursen "Hälsan spelar roll", fem frågor om kursledarna och två frågor om deltagarna (bilaga 2). Bakgrundsdata användes för att beskriva deltagare och grupper.

Längd, vikt och midjemått

Två projektmedarbetare mätte deltagarnas längd, vägde dem samt mätte deras midjemått. För att mäta längd och vikt användes en våg med längdmätare. För att mäta midjemått användes måttband. Längd, vikt och midjemått antecknades på därför avsedd blankett. Alla mått togs två gånger och en tredje gång om avvikelsen var större än 1 cm eller 0,5 kg. Ett medelvärde togs därefter av de två mest närliggande måtten. Vid mättillfälle 2 genomfördes några mätningar av personal inom LSS-hälsan/HSL-team utifrån detaljerade instruktioner.

Puls och blodtryck

Deltagarna fick själva, med stöd av projektmedarbetare, ta puls och blodtryck. Detta gjordes efter att deltagarna under minst 30 minuter undvikit större fysisk aktivitet. För att mäta puls och blodtryck användes en automatisk blodtrycksmätare (Omron M3) som är framtagen för hemmabruk och som fästs runt armen. Puls och blodtryck mättes två gånger och en tredje gång om avvikelse var på mer än 10 mm/Hg respektive 5 slag/minut. Vid mättillfälle 2 genomfördes några mätningar av personal inom LSS-hälsan/HSL-team utifrån detaljerade instruktioner.

Fysisk förmåga

Fysisk förmåga mättes genom tre olika tester:

1. *6 minuters gångtest* – antal meter deltagaren går under sex minuter, på en 15 meter lång raksträcka som mätts upp inomhus.
2. *30 sec chair stand test* – antal uppresningar från en stol som deltagaren hinner göra under 30 sekunder. Stolen var 45 cm hög, utan karmar.

3. *Timed Up and Go (TUG)* – antal sekunder det tar för deltagaren att göra en rörelsefrekvens som går ut på att resa sig, runda en kon och därefter sätta sig igen. Stolen var 45 cm hög och försedd med karmar. Balanshjälpmedel kunde vid behov användas under detta test.

Dessa tre tester valdes eftersom två av dem ("6 minuters gångtest" och "30 sec chair stand test") är validerade för målgruppen (Elmahgoub, Van de Velde, Peersman, Cambier, & Calders, 2012; Hilgenkamp, van Wijck, & Evenhuis, 2013, Oppeval, 2020) och eftersom det tredje (TUG) är ett väl beprövat test som använts i flera internationella studier på målgruppen (Cabeza-Ruiz, Alcantara-Cordero, Ruiz-Gavilan, & Sanchez-Lopez, 2019; Marks et al., 2010; Salb et al., 2015). Testerna har också rekommenderats i den amerikanska manualen *HealthMatters* (Marks et al., 2010).

Det första testet mäter gångförmåga, det andra är ett funktionellt test på uppresningsförmåga och det tredje mäter balans och förflyttningsförmåga. Tillsammans ger dessa tre tester en bra bild av en persons fysiska kapacitet. Projektmedarbetare höll i testerna, och utrustning som användes var koner, stol och tidtagarur.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, med utfallsmåttet steg per dag, mättes med stegräknare. Deltagarna utrustades med varsin stegräknare av modellen KeepWalking/Yamax LS 2000 vid det första mättillfället. De fick pröva stegräknaren i förväg och fick information om var den skulle sitta samt hur den skulle öppnas och stängas. Deltagarna fick skriftlig information med instruktion om att varje kväll vid sänggående ta av mätaren och skriva in siffrorna på en därför avsedd blankett. För personer med svårighet att skriva och/eller förstå siffror rekommenderades att ta ett foto med mobilen på siffrorna i stegräknaren.

För varje deltagare beräknades genomsnittligt antal steg per dag. Endast värden från deltagare som hade använt stegräknaren minst tre dagar inkluderades eftersom tidigare forskning visat att minst tre dagar krävs för att beräkna genomsnittligt antal steg per dag i målgruppen (Temple et al., 2009). 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.

Levnadsvanor

Levnadsvanor bedömdes med hjälp av ett antal frågor (bilaga 1), vilka var samma som användes i den amerikanska studien (Marks et al., 2010) men översatta till svenska. Sammanlagt inkluderades sju frågor, varav fyra frågor med färdiga svarsalternativ och tre öppna frågor.

Frågorna med färdiga svarsalternativ inkluderade tre frågor om fysisk aktivitet och en fråga om matvanor. Frågorna kunde antingen besvaras med ja/nej eller hade svar med flervalsalternativ. Svartsalternativen gav olika poäng, där en högre poäng motsvarade mer hälsosamma vanor. De tre öppna frågorna handlade om hälsosamma levnadsvanor generellt och om hälsosamma matvanor. Svaren på dessa frågor sammanställdes kvalitativt.

Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet

Kunskaper om matvanor och fysisk aktivitet bedömdes med hjälp av en kunskapsskala (bilaga 1). Frågorna baseras på skalan "Nutrition and Activity Knowledge Scale" (Illingworth, Moore, & McGillivray, 2003; Sisirak, Marks, & Heller, 2005), som översattes och anpassades. Frågor som hade tydligt viktfokus formulerades om till att ha större fokus på fysisk aktivitet och allmän hälsa. Anpassningen innebar också att nya

illustrationer togs fram samt att livsmedel och maträtter som är ovanliga i Sverige byttes till sådana som är mer vanliga i Sverige. Den översatta och anpassade skalan har inte testats för reliabilitet eller validitet. Skalan inkluderar två subskalor, en skala om energibalans (10 frågor) och en om mat (8 frågor). På varje fråga kan man svara rätt (1 poäng) eller fel (0 poäng). För varje individ beräknades antal rätt på respektive skala.

Tilltro till den egna förmågan att träna

Tilltro till den egna förmågan att träna bedömdes med hjälp av en skala (bilaga 1). Skalan som användes, "Self-Efficacy to Exercise Scale", har utvecklats i USA och använts för målgruppen (Heller, Hsieh, & Rimmer, 2004). Skalan översattes till svenska, men den svenska versionen har inte testats för reliabilitet eller validitet. Skalan innehåller fyra frågor; tilltro till den egna förmågan att träna rörlighet, styrka, kondition och balans. På varje fråga fanns svarsalternativen "Inte alls säker" (0 poäng), "Lite säker" (1 poäng) och "Helt säker" (2 poäng).

Upplevelse av socialt stöd

Upplevelse av socialt stöd bedömdes med hjälp av frågor (bilaga 1), som också använts i den amerikanska studien (Marks et al., 2010). Sammanlagt nio frågor inkluderades för att bedöma upplevelsen av socialt stöd. Frågorna handlade om olika former av stöd som ges, samt vem som ger stödet. På varje fråga fanns svarsalternativen "Ingen", "Familj", "Vänner", "Läkare/sjuksköterska" och "Personal". För svaret "Ingen" gavs 0 poäng och för övriga kategorier gavs 1 poäng per kategori.

Dataanalys

All data matades in i och bearbetades med hjälp av programmet Excel. Medelvärden och standardavvikelse (SD) togs fram för kontinuerliga data och medianvärden och räckvidd (min-max) för kategoriska data. Skillnader mellan den första och den andra mätningen testades med parat t-test för kontinuerliga data. I dessa tester inkluderades endast individer som genomfört båda mätningarna. För kategoriska data presenteras medianvärden före och efter, för de individer som deltog vid båda mättillfällena. Statistisk säkerställd skillnad sattes till 5 %-nivån ($<0,05$).

Skriftliga frågor om webbseminarier och kurs

Kursledares och deltagares uppfattningar om webbseminarier samlades in med hjälp av skriftliga frågor.

Frågor till kursledares efter deltagande i webbseminarier

Strax efter att kursledarna tagit del av de tre webbseminarierna fick de ett digitalt frågeformulär, utformat i programmet Webropol, som skickades som länk i ett e-postmeddelande. Frågeformuläret innehöll fyra frågor om utbildningen, var och en med fem svarsalternativ. Efter varje fråga fanns möjlighet att skriva en kommentar. Dessutom fanns ett fält där man kunde skriva övriga kommentarer. Svaren på de öppna frågorna sammanställdes kvalitativt.

Frågor till deltagarna efter kursen "Hälsan spelar roll"

Efter att deltagarna genomfört kursen "Hälsan spelar roll" besvarade de samma skriftliga frågor som de gjorde innan de började kursen. Vid detta andra tillfälle inkluderades fyra ytterligare frågor om deltagarnas uppfattningar om kursen. Dessa frågor var öppna och sammanställdes kvalitativt.

Kvalitativ studie om genomförande

Deltagarnas och kursledarnas upplevelse av programmet "Hälsan spelar roll" studerades dels med hjälp av den tidigare beskrivna loggboken och dels med hjälp av individuella intervjuer. En kvalitativ studie genomfördes för att undersöka deltagarnas och kursledarnas upplevelse av programmet "Hälsan spelar roll". Kvalitativ metod användes eftersom det är en lämplig metod när man vill undersöka informella mönster och oväntade interaktioner (Patton, 2015).

Rekrytering av deltagare

Samtliga deltagande verksamheter ombads att fylla i loggboken. Totalt tillfrågades fem verksamheter om att delta i intervjustudien. Dessa verksamheter valdes genom ett medvetet urval för att få spridning avseende deltagarnas nivå av funktionsnedsättning, avseende kommunala respektive privata verksamheter samt avseende om personal från LSS/HSL-team deltog som kursledare eller inte.

Verksamheterna kontaktades genom e-post till de ansvariga kursledarna. De tillfrågades om intresse att delta i intervjustudien, och om intresse fanns ombads de välja en kursledare samt två deltagare. De ombads tillfråga två deltagare som var intresserade av att berätta om sina erfarenheter och som skiljde sig åt avseende till exempel kön, ålder eller nivå av funktionsnedsättning. Via den ansvariga kursledaren bokades intervjuer in med intervjupersonerna. Intervjuer genomfördes tills mättnad uppnått, och rekrytering avslutades därefter.

Beskrivning av loggböcker och intervjupersoner

Samtliga elva deltagande verksamheter skickade in antingen ifylld loggbok (nio verksamheter) eller en skriftlig sammanfattning (två verksamheter). Alla dessa användes i den kvalitativa analysen. Sammanlagt intervjuades 15 personer, varav fem kursledare och tio kursdeltagare (Tabell 2). Kursledarnas ålder varierade mellan 32 och 57 år, och deltagarnas ålder varierade mellan 21 och 59 år. Kursdeltagarna hade varierande nivå och typ av funktionsnedsättning.

Tabell 2. Beskrivning av intervjupersoner

| | Antal | Kön (kvinna /man) | Ålder , år i genomsnitt (SD) |
|-------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Kursledare | 5 | 5/0 | 46,0 (9,6) |
| Deltagare | 10 | 7/3 | 33,3 (11,7) |
| Totalt | 15 | 12/3 | 37,5 (12,1) |

Datainsamling

Intervjuer användes som datainsamlingsmetod eftersom denna metod kan ge en bra förståelse för människors uppfattningar och tankar om olika fenomen (Berg & Lune, 2012). Individuella intervjuer genomfördes med kursledare och kursdeltagare. Genom att intervjua personer från grupper med olika perspektiv, och genom att även inkludera anteckningar från kursledarnas loggböcker, skapades triangulering vilket bidrog till att stärka studiens trovärdighet (Patton, 2015).

En av författarna (HB) genomförde alla intervjuer. Intervjuaren hade aldrig träffat någon av kursdeltagarna förut, men kan ha träffat någon eller några av kursledarna vid de inledande seminarierna. Intervjuerna med kursledarna varade omkring 50-70 minuter per intervju och intervjuerna med kursdeltagarna varade omkring 20-40 minuter per intervju.

Intervjuerna genomfördes på videolänk, med det digitala verktyget Zoom. Anledningen till att genomföra intervjuerna via videolänk var för att minska risk för smittspridning under pågående pandemi. Personal i boendet hjälpte deltagarna att logga in till mötet och deltagarna kunde därefter välja om personalen skulle vara kvar i rummet som stöd eller om de ville genomföra intervjun utan närvaro av personal.

Två olika semi-strukturerade intervjuguider användes, en för kursledarna och en för kursdeltagarna. Frågorna täckte områden som har betydelse för implementering, baserat på "Consolidated Framework for Implementation Research" (CFIR) (Damschroder et al., 2009). De inkluderade frågeområdena var följande:

- **Interventionens egenskaper** (programmet "Hälsan spelar roll")
- **Yttre miljö** (kommunen, samhället, målgruppens behov etc.)
- **Inre miljö** (LSS-verksamheten)
- **Kursledarnas egenskaper** (erfarenheter, tilltro till den egna förmågan etc.)
- **Process** (planering och genomförande)

Intervjuguiderna till kursledarna innehöll frågor om samtliga ovanstående områden, medan intervjuguiderna till deltagarna fokuserade på de tre första områdena.

Dataanalys

Alla intervjuer transkriberades ord för ord och lästes igenom ett flertal gånger, för att få en känsla för innehållet. Intervjuerna med kursledare och kursdeltagare analyserades först separat, och integrerades därefter till en enhet. Data analyserades induktivt med kvalitativ innehållsanalys, enligt den procedur som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004).

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 (HB) och diskuterades kontinuerligt med övriga medförfattare (EFW och ES) för att uppnå trovärdighet.

Resultat

Sammanlagt tolv LSS-verksamheter anmälde sig för att delta i projektet ”Hälsan spelar roll”. En av verksamheterna kom aldrig igång, vilket innebär att elva verksamheter inledde kursen. Av dessa hoppade en verksamhet av efter 26 lektioner, på grund av sjukskrivning bland kursledarna. Övriga fortsatte tills samtliga lektioner var genomförda, alternativt tills de blev tvungna att avbryta på grund av pandemin. I resultatdelen redovisas:

- Beskrivning av deltagare
- Följsamhet till metoden och kursmanualen
- Effekt på hälsa och levnadsvanor
- Kursledares och deltagares uppfattningar om webbseminarier och kurs
- Vad har betydelse vid genomförande av ”Hälsan spelar roll”, enligt kursledare och deltagare?

Beskrivning av deltagare

Sammanlagt tolv grupper startade i elva olika LSS-verksamheter. Nedan beskrivs först grupperna, och därefter individerna.

Beskrivning av grupper

De verksamheter som började ”Hälsan spelar roll” beskrivs utifrån skriftliga svar på formuläret ”Frågor om Hälsan spelar roll-gruppen” (bilaga 2) som delades ut i början av kursen och som besvarades av kursledare i samtliga deltagande grupper. Beskrivningen har kompletterats med information från loggböckerna, som fylldes i av kursledare i nio av grupperna.

Beskrivning av dagliga verksamheter

De dagliga verksamheter som deltog riktade sig till personer inom LSS, med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd. En del bedrev arbetsträning eller arrangerade praktik på olika arbetsplatser, och andra bedrev verksamheter med inriktning på hälsa eller skapande aktiviteter. Exempel på aktiviteter var köksarbete, servering, butik, tryckeri, montering, promenader, träning, innebandy, yoga, dans, teater och ateljé.

Tid och plats för ”Hälsan spelar roll”

De flesta grupper genomförde två lektioner per vecka, och en grupp träffades tre gånger per vecka. En del träffades på förmiddagen och andra på eftermiddagen. Teoripassen genomfördes i konferensrum, kök, matsal eller annat rum. En del beskrev att de hade tillgång till konferensutrustning, såsom blädderblock och projektor. Träningspassen genomfördes antingen i samma lokal som teoripassen, eller i annan lokal. I de fall grupperna hade tillgång till en annan lokal för träning var det antingen en gymlokal eller ett vanligt rum. Några av grupperna hade tillgång till träningsutrustning som till exempel crosstrainers, motionscyklar, hantlar eller träningsmattor.

Kursledarna för ”Hälsan spelar roll”

I varje grupp fanns mellan två och fem kursledare. Ibland fungerade en kursledare som en extra resurs som kunde hoppa in vid behov. Enligt loggböckerna deltog minst en

kursledare och som mest fem kursledare vid ett lektionstillfälle. Majoriteten av kursledarna var kvinnor. **De flesta kursledarna arbetade i daglig verksamhet, som stödassistenter, stödpedagoger, arbetskonsulenter eller motsvarande. Ett mindre antal arbetade inom LSS/HSL-team eller hade en arbetsledande funktion.**

De flesta av kursledarna hade någon form av utbildning, såsom undersköterska eller annan form av vårdutbildning på gymnasienivå. Andra utbildningar som nämndes var bland annat arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, hälsopedagog, lärare och personlig tränare. Flera hade sedan tidigare erfarenhet av att hålla gruppaktivitet och/eller hålla träningsaktivitet.

Grupper med kursdeltagare

När kurserna startade var det 6-14 deltagare anmälda per grupp. Enligt loggböckerna var det som mest elva deltagare och som minst en deltagare vid lektionstillfällena. Vid de tre första lektionstillfällena var det i genomsnitt 6,4 deltagare per lektion och vid de tre sista lektionerna var det i genomsnitt 4,6 deltagare per lektion.

I grupperna fanns deltagare med både lindrig och måttlig intellektuell funktionsnedsättning. Det fanns också deltagare som inte hade någon intellektuell funktionsnedsättning alls. I de flesta grupper hade åtminstone någon av deltagarna någon form av autismspektrumtillstånd eller ADHD, och i vissa grupper hade de flesta deltagare någon av dessa diagnoser. I flera grupper använde någon av deltagarna rullstol eller rullator. I vissa grupper fanns också deltagare med synnedsättning, hörselnedsättning eller med behov av alternativ kommunikation.

Beskrivning av individer

Sammanlagt 101 deltagare med LSS-insats registrerades för att delta i kursen "Hälsan spelar roll". Två av dessa hoppade av innan första mättillfället, och 99 individer deltog därför vid mättillfälle 1.

Av de 99 deltagarna var 45 kvinnor och 47 män. Frågeformuläret, som översattes från den amerikanska förlagan, inkluderade endast "kvinna" och "man" som svarsalternativ på frågan om kön. Fem besvarade inte frågan, och två skrev en anteckning om att de betraktade sig som icke-binära. Åldern varierade mellan 21 och 65 år och BMI varierade mellan 14,5 och 49,2. Sammanlagt elva personer, av de 85 som besvarade frågan om tobak, svarade att de använde tobak. Deltagarna beskrivs i tabell 3.

Tabell 3. Beskrivning av deltagare vid baslinjen (n=99)

| | Kvinnor (n=45) | Män (n=47) | Totalt (n=99) |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Ålder , år i genomsnitt (SD) | 37,8 (10,7) n=45 | 36,1 (12,2) n=52 | 36,9 (11,5) n=97 |
| BMI , medel (SD) | 31,7 (5,1) n=44 | 28,0 (7,9) n=49 | 29,7 (6,9) n=93 |
| Midjemått , cm, medel (SD) | 99,9 (10,4) n=45 | 98,9 (21,1) n=50 | 99,3 (16,8) n=95 |
| Puls , slag per minut, medel (SD) | 74,2 (13,7) n=45 | 76,6 (13,6) n=50 | 75,5 (13,6) n=95 |
| Systoliskt blodtryck , mm Hg medel (SD) | 117,6 (17,2) n=45 | 126,0 (15,8) n=50 | 122,1 (16,9) n=95 |
| Diastoliskt blodtryck , mm Hg, medel (SD) | 80,6 (10,4) n=45 | 81,5 (11,6) n=50 | 81,1 (11,0) n=95 |
| Steg per dag , genomsnitt (SD) | 7029,6 (3720,1) n=34 | 7901,4 (4552,4) n=33 | 7459,0 (4142,5) n=67 |
| 6 minuters gångtest , antal meter, genomsnitt (SD) | 415 (112,2) n=42 | 478,4 (101,1) n=44 | 447,4 (110,7) n=86 |
| Timed Up and Go , antal sekunder, genomsnitt (SD) | 8,4 (3,8) n=43 | 6,8 (2,2) n=45 | 7,6 (3,2) n=88 |
| 30 Sec Chair Stand Test , antal uppresningar, genomsnitt (SD) | 11,4 (4,5) n=44 | 11,8 (4,0) n=45 | 11,6 (4,2) N=89 |

Följsamhet till metoden och kursmanualen

Följsamhet till metoden och kursmanualen beskrivs utifrån hur väl genomförandet stämde överens med hur metoden beskrivs i manualen utifrån två aspekter: antal genomförda lektioner och lektionernas längd. Följsamheten bedömdes utifrån loggböcker från de elva grupper som startade kursen ”Hälsan spelar roll”. Alla grupper redovisade antal genomförda lektioner och lektionernas längd redovisades av nio grupper.

Antal genomförda lektioner

De elva grupperna genomförde i genomsnitt 32,7 lektioner. Av dessa hoppade en grupp av efter 26 lektioner, och bland övriga grupper tvingades några avsluta strax innan de var helt klara eftersom verksamheterna stängde ner på grund av pandemin. **Manualen innehöll 37 lektioner och det beslutades på förhand att följsamheten skulle bedömas som god om kursledarna genomförde minst 35 lektioner. Utifrån detta, relativt hårda kriterium, kunde följsamheten inte bedömas som god.** Eftersom genomsnittet låg nära det uppsatta kriteriet, och eftersom alla utom en verksamhet uttryckte att de hade

genomfört alla lektioner om det inte varit för pandemin, bedömdes följsamheten som relativt god.

Lektionernas längd

De kortaste lektionerna varade i genomsnitt cirka 90 minuter och de längsta lektionerna cirka 110 minuter. Lektionernas längd beskrivs i manualen som cirka 90 minuter, och det beslutades att följsamheten skulle bedömas som god om lektionerna i genomsnitt varade minst 70 minuter. Följsamheten avseende lektionernas längd bedömdes därför som god.

Effekt på hälsa och levnadsvanor

Data samlades in från 99 deltagare vid mättillfälle 1, före kursen. Vid mättillfälle 2, efter kursen, blev det svårt att samla in data på grund av pandemin, framför allt avseende mått som med nödvändighet krävde fysiska möten. Sammanlagt 62 deltagare besvarade skriftliga frågor både före och efter kursen, även om alla individer inte besvarade samtliga frågor. För varje utfallsmått redovisas resultatet för de individer som har ett mått både före och efter interventionen, samt för vilket antal individer detta gäller.

BMI och midjemått

Sammanlagt 33 deltagare vägde sig och 32 tog sitt midjemått både före och efter kursen, varav 17 var kvinnor. Vid det andra mättillfället hade dessa i genomsnitt minskat sitt BMI och midjemått något, även om skillnaden inte var statistiskt signifikant (tabell 4). Bortfallsanalys vid baslinje visade ingen signifikant skillnad mellan de som gjorde två mätningar jämfört med de som enbart genomförde en mätning. De deltagare som gjorde två mätningar hade vid första tillfället BMI 29,7 (SD 6,5) och de deltagare som endast genomförde den första mätningen hade BMI 29,8 (SD 7,2).

Tabell 4. BMI (n=33) och midjemått (n=32)

| | Före kurs | Efter kurs | P-värde |
|------------------------------------|-------------|-------------|---------|
| BMI , genomsnitt (SD) | 29,7 (6,5) | 29,4 (6,3) | 0,13 |
| Midjemått , genomsnitt (SD) | 99,3 (17,1) | 97,6 (17,1) | 0,72 |

Puls och blodtryck

De 33 deltagare som mätte puls och blodtryck både före och efter kursen förbättrade i genomsnitt sina värden något, men skillnaden var inte statistiskt signifikant (tabell 5). Av dessa deltagare var 17 kvinnor.

Tabell 5. Puls och blodtryck (n=33)

| | Före kurs | Efter kurs | P-värde |
|---|--------------|--------------|---------|
| Systoliskt blodtryck , mm Hg, genomsnitt (SD) | 127,2 (16,3) | 125,9 (17,9) | 0,45 |
| Diastoliskt blodtryck , mm Hg, genomsnitt (SD) | 83,9 (11,7) | 81,7 (13,7) | 0,09 |
| Puls , slag per minut, genomsnitt (SD) | 78,2 (13,7) | 77,7 (12,4) | 0,77 |

Fysisk förmåga

När det gäller fysisk förmåga visade resultatet att de deltagare som genomförde tester av fysisk förmåga både före och efter kursen i genomsnitt förbättrade sina resultat något, varav testet 30 Sec Chair Stand Test visade en statistiskt signifikant skillnad i förmåga (tabell 6). Av de 22 deltagare som genomförde båda mätningarna var 12 kvinnor.

Tabell 6. Fysisk förmåga (n=22)

| | Före kurs | Efter kurs | P-värde |
|--|-------------|--------------|---------|
| 6 minuters gångtest , antal meter, genomsnitt (SD) | 476,1 (110) | 478,3 (97,8) | 0,88 |
| Timed Up and Go , antal sekunder, genomsnitt (SD) | 7,4 (3,2) | 7,1 (3,2) | 0,67 |
| 30 Sec Chair Stand Test , antal uppresningar, genomsnitt (SD) | 12,5 (3,6) | 13,9 (4,1) | 0,02 |

Fysisk aktivitet

När det gäller fysisk aktivitet visade resultatet att de 13 deltagare som använde stegräknare både före och efter kursen i genomsnitt gick fler steg per dag efter kursen. Skillnaden var statistiskt signifikant (tabell 7).

Tabell 7. Fysisk aktivitet (n=13)

| | Före kurs | Efter kurs | P-värde |
|---|--------------------|--------------------|---------|
| Fysisk aktivitet, steg per dag , genomsnitt (SD) | 6938,6 (3716,8) | 9552,2 (5583,1) | 0,03 |

Levnadsvanor

Sammanlagt 59 deltagare besvarade frågor om levnadsvanor både före och efter kursen, och av dessa var 29 kvinnor. Efter kursen var det några fler som svarade att de varje vecka tränade så att de blev andfådda (38 jämfört med 32). Det var också något fler efter kursen som svarade att de tränade minst 30 minuter vid ett och samma tillfälle per vecka (50 jämfört med 46). Efter kursen var det däremot färre som uppgav att de inte tränade tillräckligt (11 jämfört med 16). När det gällde matvanor var det något fler som uppgav att de åt hälsosamt efter kursen jämfört med före (42 jämfört med 35).

Vid jämförelse av medianvärden för de tre frågor där det fanns graderade svarsalternativ gick det inte att se någon skillnad före respektive efter kursen. På frågan "Tränar du så mycket som du önskar?" var medianvärdet 2 (på 0-2-skala) både före och efter kurs, vilket motsvarar svaret "Jag tränar tillräckligt mycket". På frågan "Hur ofta tränar du 30 minuter vid ett och samma tillfälle?" var medianvärdet 1 (på 0-3-skala) både före och efter, vilket motsvarar svaret "En till två gånger per vecka". På frågan "Tror du att maten du äter är hälsosam eller inte?" var medianvärdet 2 (på 0-2-skala) både före och efter, vilket motsvarar svaret "Hälsosam".

Sammanställning av svar på öppna frågor om levnadsvanor

Deltagarna besvarade tre öppna frågor om levnadsvanor både före och efter kursen. Deltagarnas svar har sammanställts kvalitativt och redovisas nedan tillsammans med exempel som nämndes (tabell 8).

Tabell 8. Kvalitativ sammanställning av svar på öppna frågor

| | Före kursen | Efter kursen |
|---|---|---|
| Vad gör du för att leva hälsosamt? | <p><i>Goda matvanor:</i> Äta nyttigt, äta grönsaker, minska chips, undvika socker, äta mindre mat</p> <p><i>Vardagsaktiviteter:</i> Promenera, cykla, gå ut med hunden</p> <p><i>Träning:</i> Styrketräning, jogging, fotboll, innebandy, basket, dans, simning, Friskis o Svettis, ridning</p> <p><i>Vila och trevliga aktiviteter:</i> Vila, inte stressa, sova bra, vara med djur, gå i kyrkan, vara med vänner eller partner</p> <p><i>Undvika tobak:</i> Inte röka, inte snusa</p> | <p><i>Goda matvanor:</i> Äta nyttigt, äta grönsaker, minska chips, undvika socker, äta mindre mat, äta varierat, använda Nyckelhålet</p> <p><i>Vardagsaktiviteter:</i> Promenera, cykla, gå ut med hunden</p> <p><i>Träning:</i> Styrketräning, jogging, fotboll, innebandy, basket, dans, simning, Friskis o Svettis, ridning, hemmaträning, morgongympa</p> <p><i>Vila och trevliga aktiviteter:</i> Ta det lugnt, sova bra, vara med djur, läsa, lyssna på musik, vara med familj och vänner</p> |
| Vad äter du för att må bra? | <p><i>Hälsosamma livsmedel:</i> Frukter, grönsaker, fisk, kyckling, kött, ägg, livsmedel rika på fiber och fullkorn</p> <p><i>Bra måltidsmönster:</i> Äta regelbundet, äta varierat</p> <p><i>Olika maträtter:</i> Husmanskost, korv, lövbiff, lasagne, snabbmakaroner, pizza, mackor</p> <p><i>Specifika val:</i> Nyckelhålsmärkt, vegetariskt, undvika viss mat på grund av allergi, begränsa godis</p> | <p><i>Hälsosamma livsmedel:</i> Frukter, grönsaker, fisk, kyckling, kött, ägg, livsmedel rika på fiber och fullkorn, bönor, linser</p> <p><i>Bra måltidsmönster:</i> Äta regelbundet, äta varierat</p> <p><i>Olika maträtter:</i> Pasta, smörgåsar</p> <p><i>Specifika val:</i> Begränsa kaloriintaget, vegetariskt</p> |
| Vad låter du bli att äta för att må bra? | <p><i>Ohälsosam mat:</i> Fet mat, skräpmat, hamburgare, pommes frites, pizza</p> <p><i>Snacks och godis:</i> Chips, godis, kakor, bullar, glass, läsk</p> <p><i>Väljer bort av olika skäl:</i> Grönsaker, frukt, lever, isterband, kött, mat som innehåller gluten eller laktos</p> | <p><i>Ohälsosam mat:</i> Fet mat, skräpmat, hamburgare, pommes frites, pizza</p> <p><i>Snacks och godis:</i> Chips, godis, kakor, bullar, glass, läsk</p> <p><i>Väljer bort av olika skäl:</i> Mat som innehåller gluten eller laktos</p> |

Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet

Sammanlagt 58 deltagare besvarade kunskapsfrågor om mat och fysisk aktivitet både före och efter kursen, varav 30 var kvinnor. Resultatet visade att medianvärdet på skalan låg något högre vid det andra mättillfället jämfört med det första, både då det gällde matvanor och energibalans, vilket indikerar något bättre kunskaper (tabell 9).

Tabell 9. Kunskap om matvanor och fysisk aktivitet (n=58)

| | Före kurs | Efter kurs |
|---|-----------|------------|
| Kunskap om matvanor , poäng 0-8, median (min-max) | 7 (2-8) | 8 (0-8) |
| Kunskap om energibalans , poäng 0-10, median (min-max) | 9 (0-10) | 10 (0-10) |

Tilltro till den egna förmågan att träna

Sammanlagt 56 personer besvarade frågorna om tilltro till den egna förmågan att träna både före och efter kursen, varav 28 var kvinnor. Något fler uppgav efter kursen att de kände sig helt säkra på att kunna träna sina muskler (46 jämfört med 42) och att träna sin kondition (47 jämfört med 44).

Vid jämförelse av medianvärden kan man inte se några skillnader före respektive efter kursen. När det gällde samtliga fyra ämnen (tilltro till den egna förmågan att träna rörlighet, muskler, kondition respektive balans) var medianvärdet för samtliga frågor 2 (på 0-2-skala) både före och efter kursen, vilket motsvarar svaret "Helt säkert".

Upplevelse av socialt stöd

Frågorna som handlar om upplevelse av socialt stöd besvarades av 58 personer både före och efter kursen, varav 30 var kvinnor. Ingen skillnad kunde ses i svaren före och efter kursen. På frågan "Går någon med dig eller kör dig till träningen?" och "Betalar någon för din träning?" var medianvärdet 0 (på 0-4-skala) både före och efter kursen, vilket motsvarar att ingen kategori av personer i omgivningen ger stöd till detta.

På frågorna "Säger någon åt dig att träna?", "Visar någon hur du ska träna?", "Tränar någon tillsammans med dig?", "Säger någon åt dig att inte äta så mycket godis, kakor och chips?", "Påminner någon dig om att äta frukt och grönsaker?", "Berömmar någon dig för att försöka äta hälsosamt?" och "Ser någon till att det finns frukt och grönsaker att äta som mellanmål?" var medianvärdet 1 (på 0-4-skala) både före och efter kursen, vilket motsvarar att en av fyra möjliga kategorier (familj, vänner, personal eller vårdpersonal) ger stöd i detta.

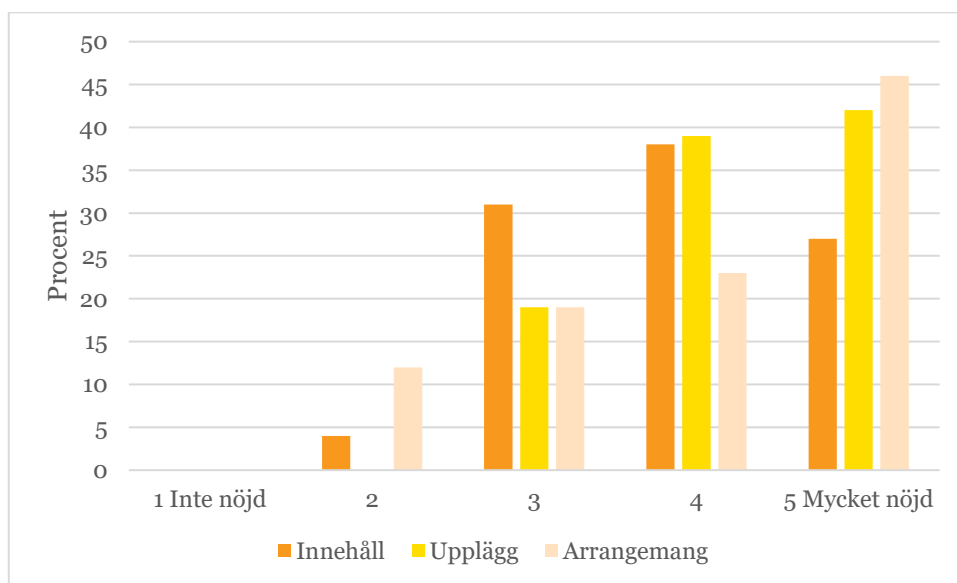
Kursledares och deltagares uppfattningar om webbseminarier och kurs

Kursledares och deltagares uppfattningar om webbseminarier respektive hälsokurs samlades in via skriftliga frågor och sammanställningen av svaren presenteras här.

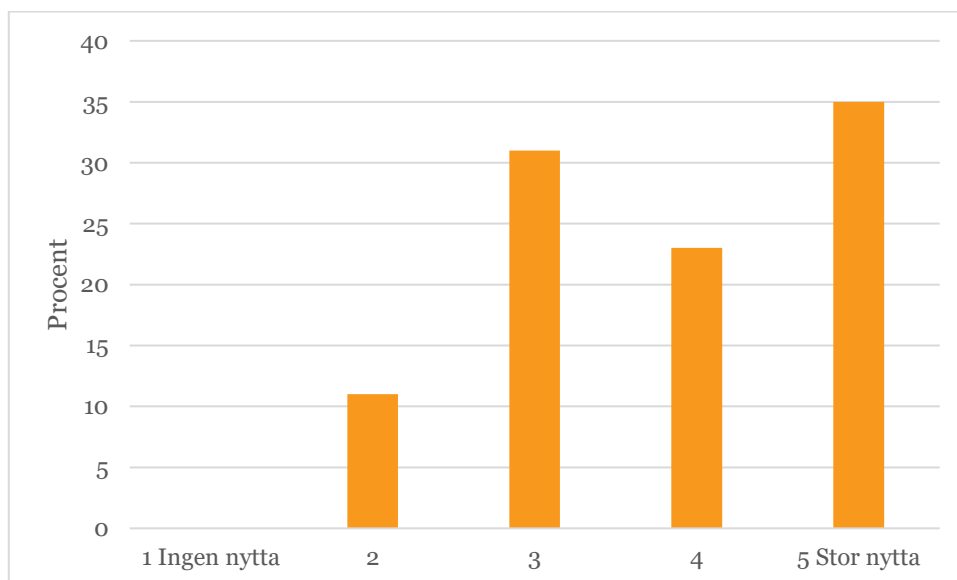
Kursledarnas uppfattning om webbseminarierna

Sammanlagt 38 personer som arbetade i LSS-verksamhet tog del av de tre webbseminarierna, för att utbilda sig till kursledare, som gavs i samband med

utvärderingen. Av dessa besvarade 26 ett antal frågor som skickades ut med det digitala verktyget Webropol. När det gällde helhetsintrycket av webbutbildningen angav de flesta en siffra mellan tre och fem, där fem stod för ”mycket nöjd” (figur 4). På frågan om de upplevde att de skulle få nytta av seminarierna för att hålla kursen svarade de flesta också mellan tre och fem, där fem stod för ”mycket nytta” (figur 5). Det fanns möjlighet att skriva kommentarer både efter varje fråga och i slutet av frågeformuläret. Svaren på dessa öppna frågor har sammanställts kvalitativt.



Figur 4. Kursledarnas uppfattning om webbseminarierna (n=26)



Figur 5. Kursledarnas uppfattning om vilken nytta de kommer få av seminarierna när de håller kursen ”Hälsan spelar roll” (n=26)

Helhetsintryck av utbildningens innehåll

Flera av seminariedeltagarna skrev att webbseminarierna överlag var bra och intressanta. Kommentarer inkluderade att tidsomfattningen var lagom, att det var bra med korta föreläsningar, att det var bra att kunna ställa frågor, att informationen var relevant, att innehållet var tydligt och att materialet som presenterades var enkelt att förstå. Man uttryckte både att nivån var lagom och att den var för basal. **Det framkom önskemål om att ha tillgång till webbplatsen parallellt med utbildningen, vilket vid detta tillfälle inte var möjligt eftersom den inte var klar ännu, samt att få fler praktiska tips kring att hålla i lektionerna.**

Helhetsintryck av utbildningens upplägg

Upplägget med webbseminarier verkar ha uppskattats. Seminariedeltagarna uttryckte att det var bra att kunna sätta sig vid datorn på arbetsplatsen i lugn och ro, och att slippa resa till en lokal långt bort. De beskrev att upplägget var smidigt och att det fungerade bra att ställa frågor i chatten. En uppfattning var att det var bra att presentationen delades ut efteråt så att fokus kunde vara på att lyssna och inte på att anteckna. Problem som lyftes var att några deltagare hade kameran på vilket distraherade och att man, när det är live-seminarier, inte kan stoppa och spola tillbaka för att lyssna en gång till.

Helhetsintryck av praktiskt arrangemang

Flera uttryckte att det var bra att det arrangerades en testomgång för att testa tekniken innan det första seminariet. En del uppskattade arrangörernas engagemang samt att det var lätt att komma i kontakt med arrangörerna och ställa frågor. Det fanns önskemål om att få material och praktisk information tidigare, såsom pärmar till deltagare, information om projektet till deltagare samt upplägg för lektioner och tillgång till webbplats. Några upplevde att material och information kom för sent, i förhållande till när de skulle starta kursen.

Nytta av seminarierna för att hålla kursen "Hälsan spelar roll"

Vissa av de blivande kursledarna skrev att de kommer ha nytta av seminarierna för att hålla kursen "Hälsan spelar roll", medan andra skrev att det var svårt att veta i vilken utsträckning de skulle få nytta av dem. Några uttryckte att det informationsmässiga innehållet var relativt basalt, men att det är bra med repetition och att de kände sig tryggare med sin kunskap efter seminarierna. Andra kommentarer handlade om att det är bra att personal som ska jobba tillsammans som kursledare får samma grund att stå på, samt att det kändes bra att vara en del av något större och veta vart man kan vända sig om problem uppstår. **En uppfattning var att instruktionerna om hur man håller i träningen inte var tillräckligt tydliga.**

Övrigt

Under "övrigt" fanns flera positiva kommentarer om att kursledarna var nöjda, hade fått bra stöd och såg fram emot att komma igång. Andra kommentarer handlade om att man önskat titta mer i detalj på ett lektionspass samt att få information och material tidigare för att bättre kunna förbereda sig. Någon nämnde att utbildningen hade kunnat vara lite längre och kanske även inkludera en fysisk träff.

Deltagarnas uppfattningar om kursen "Hälsan spelar roll"

I det frågeformulär som delades ut till deltagarna efter genomförd kurs fanns fyra öppna frågor som handlade om deltagarnas uppfattningar om kursen "Hälsan spelar roll". Frågeformuläret besvarades av sammanlagt 62 deltagare efter kursen, varav många även besvarat en eller flera av de öppna frågorna. Svaren på frågorna har sammanställts kvalitativt och sammanställningen redovisas nedan, tillsammans med några utvalda citat.

Öppen fråga 1: Vilka nya saker skulle du vilja lära dig i en ny kurs?

Många deltagare svarade att de ville fortsätta att lära sig mer om hälsa, på olika sätt. En del svarade att de ville lära sig mer om hälsosam mat, eller att de ville testa eller laga hälsosam mat. Andra svarade att de ville lära sig mer om kroppen vid träning. Flera skrev att de ville testa olika träningsformer, som till exempel kampsport, dans eller badminton, och komma ut i samhället för att testa idrotter. Några skulle vilja lära sig mer om till exempel avslappning, självkänsla eller om sex och kärlek.

"Laga nyttiga rätter."

"Testa mer träning ute i samhället. Mer utflykter till träningsställen."

"Mer avslappnings- och andningsövningar. Kursen skulle vara bra för andra."

Öppen fråga 2: Kan du nämna tre saker som du lärde dig på kursen?

Deltagarna beskrev bland annat vad de lärt sig om näringslära och matvanor. De nämnde till exempel Tallriksmodellen, Nyckelhålet, fibrer, bra och dåliga fetter samt olika livsmedel. Deltagarna svarade också att de lärt sig om hur kroppen fungerar, där bland annat puls och blodtryck nämndes. Många deltagare gav exempel på saker de lärt sig i relation till träning, som exempelvis olika träningsövningar, att göra ett träningschema och att träna utan att skada sig. Flera gav dessutom exempel på idrotter de provat. Utöver nya kunskaper kring matvanor och träning skrev några deltagare att de lärt sig saker kring att fungera i grupp, som att respektera andra.

"Enkla redskap man kan hitta hemma. Olika övningar för samma muskelgrupper. Bra och dåliga fetter."

"Lärde mig om nya bröd. Lärde mig klockan för att passa tiden. Övningar för rygg."

"Sammanhållning, försöka respektera andra, inte ge upp."

Öppen fråga 3: Vad var dina tre bästa upplevelser under kursen?

Att det var positivt att vara i en grupp var något många deltagare svarade när de skulle beskriva sina bästa upplevelser under kursen. Till exempel lyftes att det varit bra att känna sig trygg i gruppen, att ha gemensamma diskussioner, att träna tillsammans och att få säga vad man tycker. Många nämnde också olika sorters fysisk aktivitet, såsom cirkelträning eller dans. Utflykterna var också populära, till exempel promenader eller utflykter till butik eller utegym. Andra positiva upplevelser var att lära sig om mat och träning, att göra fysiska tester, att mäta puls och blodtryck samt att göra olika provsmakningar.

"Puls och blodtrycksmätning. När vi gjorde gruppträning och jag fick instruera knäböj. Provsmakning."

“Trevliga kurskamrater och ledare. Bra cirkelträning. Gå med stegräknare.”

“Lära känna alla personer i gruppen. Alla häftiga diskussioner i gruppen. Lärt mig vad ordet USKBaN betyder.”

Öppen fråga 4: Är det någonting som vi kan göra så att kursen blir ännu bättre för dig?

Flera deltagare uttryckte att det är viktigt med individanpassning. En del svarade att de önskade att teoridelen kunde förenklas något, exempelvis med bildstöd, medan någon istället gav uttryck för att nivån skulle kunna höjas något. Några betonade att de önskade en lugnare miljö och tydligare regler på träffarna. Det framkom önskemål om mer träning och roliga rörliga aktiviteter, som till exempel fotboll och dans. Det framkom också önskemål om att få lära sig mer om hälsosam mat.

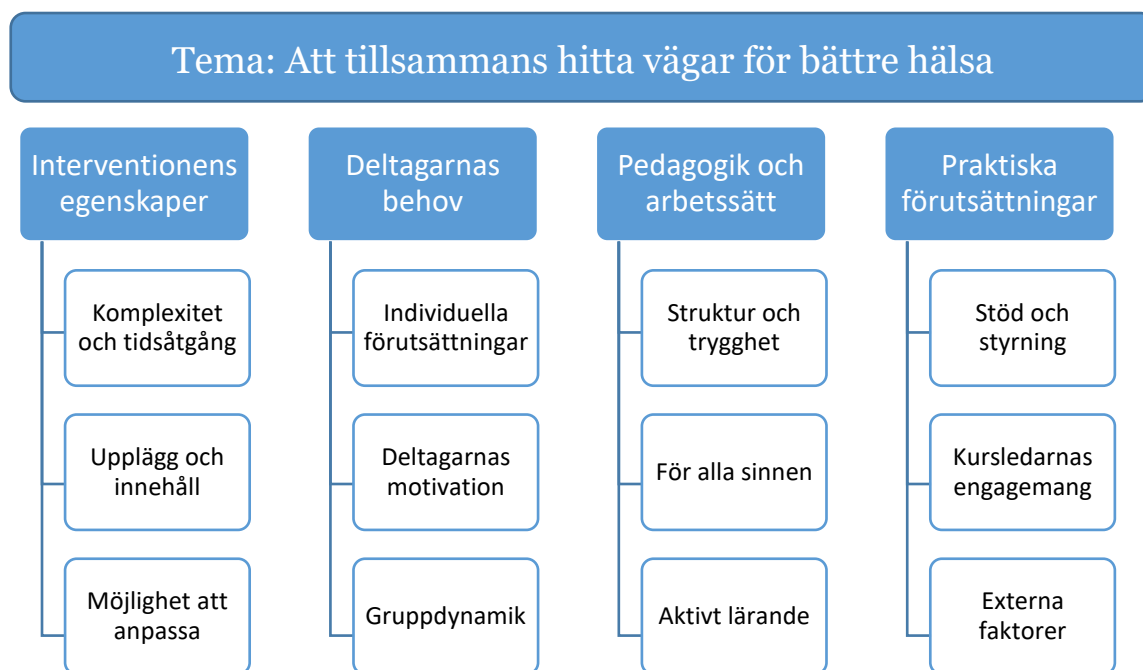
“Lugnare miljö med mer bildstöd och individanpassad info. Svårt att höra och hänga med.”

“Tydligare regler. Mindre grupp.”

“Uppmuntra till rörelse. Mer om vad man bör äta.”

Vad har betydelse vid genomförande av "Hälsan spelar roll", enligt kursledare och deltagare?

Baserat på intervjuer med kursledare och kursdeltagare samt loggböcker från kursledare identifierades fyra kategorier som beskriver vad som har betydelse för att genomföra kursen på ett bra sätt. En översikt av resultatet ges i figur 6.



Figur 6. Kursledarnas och deltagarnas upplevelse av vad som har betydelse vid genomförande av "Hälsan spelar roll"

Tema: Att tillsammans hitta vägar för en bättre hälsa

Det övergripande temat formades ur innehållet i huvudkategorierna. Temat beskriver vikten av att tillsammans hitta vägar för en bättre hälsa. Kursen måste utformas så att kursledare och deltagare tillsammans kan anpassa innehåll och upplägg efter gruppens behov. Vidare måste verksamheterna skapa praktiska förutsättningar där kursledare och deltagare gemensamt kan hitta fungerande arbetssätt.

Kategori 1: Interventionens egenskaper

Genomförandet av "Hälsan spelar roll" påverkades av hur komplex kursen upplevdes och vilken tid den tog i anspråk. Genomförande påverkades också av kursens upplägg och innehåll samt av i vilken utsträckning kursledarna upplevde att det var möjligt att anpassa innehållet.

Komplexitet och tidsåtgång

Kursledarna beskrev att det krävdes mycket tid för att genomföra kursen, dels för att förbereda lektioner och dels för planeringsarbete i inledningskedet. Webbplatsen uppfattades generellt som ett välfungerande stöd, även om vissa svårigheter beskrevs, bland annat med utskrifter av lösblad och att göra nyhetsbrev.

Det var ju talmanus nästan och ändå hade vi så mycket pyssel med att hitta lokal som passade, locka hit deltagare, alltså någon tror jag till och med vi åkte och hämtade i början. Så det var ju det här praktiska utöver när vi verkligen var i salen tog förvånansvärt mycket tid. /Kursledare 2

Lektionerna kunde ofta genomföras som tänkt, men både kursledare och kursdeltagare beskrev att det ibland var svårt att hinna med alla moment, framför allt när lektionerna inkluderade utflykter. Pulslockor och blodtrycksmätare var uppskattade, även om någon av kursledarna berättade om tekniska problem med mätarna.

Upplägg och innehåll

Kursledarna var positiva till de inledande webbseminarierna. De uppskattade möjligheten att ställa frågor och upplevde att seminarierna gav dem trygghet i rollen som kursledare. Både kursledare och deltagare uttryckte att kursens ämnen var bra och relevanta. Det uppskattades att det inte var fokus på vikt, utan på hälsa generellt och att må bra. En uppfattning var dock att det var för mycket sjukdomsfokus, vilket kunde vara känsligt bland deltagarna och jobbigt att prata om.

Lektionernas upplägg med ett färdigt manus att följa uppskattades av kursledarna, liksom illustrationerna. När det gällde nivån på teorin gick åsikterna isär. En del upplevde att teorin var för svår och för omfattande, och att den med fördel skulle kunna förenklas. Andra upplevde att nivån var lagom. Deltagarna uppskattade pärmen och de fysiska testerna, inklusive möjligheten att använda stegräknare. Bland deltagarna uttrycktes önskemål om fler utflykter och att få diskutera dieter.

Det har ju varit fantastiskt med hela materialet, att det ju finns så mycket material hela tiden att luta sig mot och använda sig av, och annars har vi aldrig gjort på det här medvetna sättet. /Kursledare 3

Det står ju att man skulle kryssa eller sätta ring och då blev jag lite så här, men hallå, vilken ska man välja? /Deltagare 1

Möjlighet att anpassa

Kursledarna beskrev att de anpassade lektionerna efter deltagarnas behov genom att ta bort, byta ut eller lägga till olika moment. Exempel på sådant som togs bort var alltför svåra avsnitt, ämnen som kunde uppfattas negativt av deltagarna samt momenten att göra film eller nyhetsbrev.

Men ibland så plockade vi faktiskt bort för vi kände att de var inte där för fem öre. Jobba med så tunga bitar som det var för dem liksom, ja det finns någon i gruppen som går hos psykolog och pratar just om kost och såna bitar och, alltså att det, ja det vart vissa känsliga bitar liksom. /Kursledare 5

Kursledarna bytte till exempel träning till promenad eller bytte ut en hel lektion mot en tidigare favoritlektion. Exempel på sådant som lades till var ytterligare bildstöd och en utflykt till en bondgård. Andra anpassningar som gjordes var att man ändrade ordningen i lektionen, att man vävde ihop teori och praktik, att man valde att kalla nyhetsbrevet för "sammanfattning" och att man modifierade utflykterna.

Kategori 2: Deltagarnas behov

Deltagarnas behov har en central betydelse vid genomförandet av "Hälsan spelar roll". Både kursledare och deltagare beskrev varierande individuella förutsättningar och

varierande motivation bland deltagarna, liksom att gruppdynamiken påverkade genomförandet.

Individuella förutsättningar

Kursledarna, och även deltagarna själva, gav uttryck för att gruppen av deltagare var heterogen ur flera aspekter och att de individuella förutsättningarna var mycket olika. Den intellektuella nivån bland deltagarna varierade från måttlig intellektuell funktionsnedsättning till ingen intellektuell funktionsnedsättning alls. Läskunnigheten varierade liksom den kommunikativa förmågan. En del hade minnessvårigheter eller koncentrationssvårigheter.

Jag kan fortfarande bli förvånad över hur lite en del förstår. De ser ganska fungerande ut, är väldigt verbala, kan uttrycka sig jättebra och sedan så, och sedan inser man ibland när vi har pratat om något, ja men det här har ändå inte gått in eller det har varit svårt att förstå och, så att ibland har nivån varit lagom och ibland känns det som att vi skulle förenklat det ännu mer. /Kursledare 3

Deltagarnas kunskaper om hälsa varierade stort, liksom deras levnadsvanor. En del beskrevs ha relativt goda vanor redan innan, medan andra hade stora behov av att förbättra sina mat- och rörelsevänor. En del hade olika hälsoproblem som till exempel övervikt, högt blodtryck och diabetes. Några deltagare hade synnedsättning eller rörelsenedsättning, och några använde rullstol. När det gäller psykisk hälsa nämndes framför allt dåligt självförtroende, men också utbrändhet och ätstörningar. Några av deltagarna uttryckte att det kan kännas jobbigt om man inte hänger med.

Man försökte hänga med men, jag hänger inte med så mycket och, det är därför jag pratade sedan ibland, pratade jag med kursledarna efter kursen så här: Vad menas med det här? Och sedan gjorde vi blanketter och då måste jag få lite mer hjälp för att vissa bilder kanske var lite otydliga. Då behöver jag ha extrastöd. /Deltagare 1

Deltagarnas motivation

Både kursledare och deltagare beskrev lektioner som präglades av en god stämning samt engagerade och intresserade deltagare, men berättade också om tillfällen då deltagarna var mindre engagerade och kämpade med motivationen. Några deltagare hoppade av kursen, eftersom de inte var motiverade att fortsätta. Enligt kursledarna berodde det i vissa fall på att deltagarna blivit uppmanade att gå kursen, och att de inte valt att gå kursen för sin egen skull.

Deltagarna blev mer motiverade när de lockades till engagemang, exempelvis i form av dans, träning, utomhusaktiviteter, utflykter, fys-tester och när de fick lära sig om vad som händer i kroppen. Vissa deltagare var motiverade att få en bättre hälsa, till exempel efter besked om för högt blodtryck. Flera deltagare uttryckte att de ville fortsätta kursen och en del berättade om nya hälsosamma vanor, som till exempel långa promenader, hemmaträning, att dricka vatten istället för läsk eller att leta efter Nyckelhålet i mataffären.

Jag fick ju veta, jag hade ju lite högt blodtryck, så jag började gå lite raskare promenader och så för att sänka det. /Deltagare 9

Det är många som har tränat mycket, och jag ser ju det på träningarna, att de orkar mycket mer. De gör mycket mer. När vi tränade i början så var de liksom, slutade efter en kvart. På slutet körde vi liksom 45 minuter i sträck och alla, bara den där

känslan att, eller se att de vågar bli svettiga och andfådda är jättestort. Den tilltron, att man tar ut sig så mycket och förstår att det inte är farligt för kroppen.

/Kursledare 1

Gruppdynamik

Både kursledare och deltagare beskrev många fördelar med att träffas i grupp, såsom att känna gemenskap, få nya vänner, ha roligt tillsammans och kunna lära av varandra. Samtidigt beskrevs flera utmaningar, som att det kan bli bråk eller att det kan bli rörigt när flera vill prata i munnen på varandra. En uppfattning var att det är bra att ha tydliga regler, som gruppen kan sätta upp tillsammans i början av kursen. Det föreslogs också att man kan sätta upp regler för hur man gör vid frånvaro eller försenad ankomst. Om deltagarna vet vad som gäller och att man hittar fungerande rutiner blir det tryggare stämning och mindre oroligt i gruppen.

Det är gemenskapen, man blir som vänner och, när man sitter där varje dag nästan, alltså varje vecka, och tränar tillsammans och så. Jag tycker det är kul. /Deltagare 6

Det blev bråk mellan två arbetstagare vilket påverkade många i gruppen som blev ledsna och en stor del av tiden gick till att prata om detta. /Loggbok 8

En uppfattning var att det kan vara bra att sätta samman en grupp där deltagarna har relativt jämn nivå, men även att det kan fungera bra när deltagarna är på ojämn nivå. Det kan vara bra att hellre starta med en något för stor grupp än en något för liten grupp, så att det går bra att fortsätta även om det blir något avhopp.

Kategori 3: Pedagogik och arbetssätt

Det framkom genom intervjuerna att pedagogik och arbetssätt har betydelse vid genomförandet av "Hälsan spelar roll". Både kursledare och deltagare beskrev betydelsen av struktur och trygghet, liksom aktiviteter för alla sinnen och att få vara delaktig i ett aktivt lärande.

Struktur och trygghet

Kursledarna nämnde fördelarna med att ha rutiner, att repetera och få till kontinuitet. Man beskrev till exempel att deltagarna lätt tappas vanan när man gör ett uppehåll. Vidare uppskattades det att träningen såg likadan ut gång efter gång, eller att åtminstone vissa moment upprepades.

Vi använde en och samma musiklista och träningen såg ungefär likadan ut i varje pass, dvs. en viss låt innehöll tempo och steg, en annan styrkeövningar med band. Vi avslutade med avslappning. /Loggbok 11

Både kursledare och deltagare poängterade att det är bra att ha regler, vilket flera deltagare uttryckte att de saknade. Till exempel efterfrågades regler om bemötande och rutiner för att inte avbryta varandra, att gå laget runt och att räcka upp handen. Dessutom efterfrågades regler för hur man hanterar sin mobiltelefon under lektionen.

De borde ha liksom sagt att den tiden kommer man, sedan att man är där och inte håller på med någonting annat som en del gjorde, höll på med mobilen. /Deltagare 9

För alla sinnen

De moment i kursen som stimulerade deltagarnas olika sinnen uppskattades av både kursledare och deltagare. Kursledarna använde bilder och olika modeller som

exempelvis matcirkeln eller Borgskalan. Flera sinnen stimulerades också genom musik, berättelser, filmer och teater. Känslan användes för att uppleva sådant som puls, andning och fysiska sensationer som till exempel träningsvärk, men också för att känna och klämma på olika produkter. Smak och lukt användes för att prova olika produkter som frukt, bröd, smoothies och liknande.

En deltagare fick prova pulsklockan och fick göra några övningar för att visa att pulsen höjs. Pulsen gick ganska snabbt upp till strax över träningsintervallet, intressant att visualisera så här! Det blev en aha-upplevelse att man inte behöver träna jättehårt för att vara i träningsintervallet. /Loggbok 3

De blir ju engagerade på ett helt annat sätt om vi lyfter upp en grönsak i grönsaksbutiken liksom och, vet ni vad det här är för något? Då får de se, de kan titta på det, de kan lukta på det, de kan känna på det. Det blir mycket mer anpassat för deras problematik än om man ska sitta och prata om det rent teoretiskt. /Kursledare 5

Aktivt lärande

Deltagarna var aktiva i diskussioner och grupparbeten samt genom att till exempel klippa och klistra, skriva träningsplaner, delta i frågesport eller göra rollspel. De deltog också i olika fysiska träningsaktiviteter, som till exempel promenader, yoga, qi-gong, dans, spinning, cirkelträning, träning med gummiband, balansövningar, styrketräning, enkelgympa och träning utomhus. Vissa gånger fick deltagarna ta med sig övningar eller uppgifter att göra hemma.

Ibland arrangerades utflykter, till exempel till sportaffär, mataffär, utegym, gym eller bondgård. Under utflykterna engagerades deltagarna genom att till exempel leta nyckelhål, söka efter specifika produkter eller att fotografera. Ibland engagerades deltagarna också i förberedelserna för kursen, genom att till exempel skära ut och laminera bilder. Andra gånger fick de ta ansvar för något moment under lektionen, som att visa en träningsövning eller att agera DJ och spela musik.

Ja, till den där parken, ja, prova lite träning där. Och sedan gick vi till mataffärer och se näringsvärden på en del saker och hur mycket socker det var i flingor till exempel, kolla på frukt och grönsaker och, sedan, ja vi gick ju till gym också och fick rundvisning där. Det var lite olika. /Deltagare 9

En av deltagarna höll i qigong. Samtliga deltog och berättade om gårdagens middag och gjorde lösbladen. /Loggbok 1

Kategori 4: Praktiska förutsättningar

De praktiska förutsättningar som framkom genom intervjuerna var att stöd och styrning är viktigt, liksom kursledarnas engagemang och en rad externa faktorer.

Stöd och styrning

En uppfattning var att genomförandet av "Hälsan spelar roll" underlättas om det finns väl fungerande rutiner i LSS-verksamheten samt att det kan vara viktigt att "tajmingen" är den rätta. Kursledarna betonade vikten av att ledningen möjliggör genomförande av kursen genom att avsätta tid och lokaler. Kursledarna beskrev utmaningar i form av stress och tidspress, och att man måste få lov att lägga tid på förberedelser. När det gäller lokaler framkom önskemål om plats både för grupparbeten och för träning, och att

det finns bra ventilation samt utrustning i form av till exempel whiteboardtavla och wifi. Dessutom nämndes att vissa ekonomiska resurser kan behövas, för att till exempel köpa frukt och olika smakportioner som ingick i lektionerna eller för att betala utgifter i samband med utflykter.

Kursledarna poängterade att det är bra om ledningen visar intresse för kursledarnas arbete och bidrar till att informera och involvera övrig personal i verksamheten. Det är viktigt att deltagarna får stöd i boendet, och att kontakt och samarbete därför behövs med boendepersonalen. Förslag som gavs var att involvera boendepersonal genom uppstartsmöte, på arbetsplatsträffar eller genom att låta några av dem gå webbseminarierna tillsammans med kursledarna. Ytterligare förslag var att involvera expertresurser, såsom sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut.

För att vi kan ju skicka med aldrig så många veckobrev, men inget händer om det inte är någon som frågar efter det eller hjälper till att implementera saker när man går på gemensam handling. /Kursledare 4

Idag kom våra sjuksköterskor för att ta nya blodtryck då de inledande blev tagna för tätt in på konditionstestet. Vi fick en blankett av sjuksköterskorna där vi kan fylla i våra blodtrycks- och pulsvärden. Vi passade på att fråga dem om olika saker kring hjärtat och blodtryck mm. Mycket bra! /Loggbok 3

Kursledarnas engagemang

Det fanns ett stort engagemang för hälsofrågor bland kursledarna. Några av dem hade också ett pedagogiskt intresse och andra såg kursen som en möjlighet att lära känna deltagarna bättre. En del beskrev att det underlättar om det finns intresse och att det kan vara en utmaning om kursledarna i en grupp har olika starkt engagemang. Det framkom att det ibland kunde bli en ojämn arbetsfördelning mellan kursledarna, samtidigt som många hade ett stort stöd av varandra.

Kursledarna menade att det är svårt att föreställa sig i förväg vad man kommer att ställas inför. En del beskrev att de hade nytta av kunskaper och erfarenheter sedan tidigare, som till exempel utbildning inom pedagogik eller träning, eller erfarenhet av att hålla grupp. En uppfattning var att det underlättar om man drar nytta av varandras kompetens och eventuellt håller i olika delar av kursen. Kursdeltagarna tyckte att det är viktigt att en kursledare är snäll, glad, rolig, hjälpsam, har förståelse för att det finns olika behov och visar att det är ok att fråga flera gånger.

Och sedan tycker jag framför allt att jag har lärt mig hur jag ska berätta, alltså på en lagom nivå, att jag har fått nya, ja men nya uttryckssätt för jag kan ibland fastna så här, hur säger jag det här utan medicinska termer liksom? Men att förklara på ett mer lättförståeligt sätt. /Kursledare 1

Ja, hjälpsam tycker jag och kunna veta att alla som har funktionsnedsättning kanske inte läser lika fort och att det ska vara okej att fråga flera gånger och kanske förklara och formulera om och sånt där, tycker jag. /Deltagare 6

Externa faktorer

Bland de externa faktorer som hade betydelse för genomförandet nämndes vädret, som påverkar möjligheterna till utomhusaktiviteter. Möjligheten till aktiviteter i närområdet påverkas också av tillgänglighet till sådant som utegym och olika aktivitetslokaler.

Attityder i samhället, vad som sägs om mat och hälsa i aktuella TV-program samt vilket stöd deltagarna får av anhöriga påverkar också.

Pandemin var dock det som verkar ha påverkat allra mest. På grund av pandemin fick flera grupper avsluta tidigare och planerade tester kunde inte genomföras, vilket både kursledare och deltagare uttryckte besvikelse över. Dessutom ställdes många aktiviteter in.

Jag bara lyssnar på musik och släpper det här med hälsan och sedan när det börjar igen så kommer jag att komma igång med hälsan igen, efter coronan. Nu är det ju coronavirus så att, som är i farten, så att jag tycker inte om det där coronaviruset, tyvärr. /Deltagare 4

Diskussion

Utvärderingen av programmet ”Hälsan spelar roll” visar att denna hälsofrämjande intervention kan genomföras med god följsamhet i LSS-verksamheter med olika förutsättningar. Eftersom målgruppen för programmet är personer med stöd inom LSS, med betydligt större ohälsa än befolkningen generellt, **kan programmet bidra till ökad jämlikhet i hälsa.**

Hälsoläget i målgruppen

Baserat på baslinjedata kan man konstatera att det fanns mycket ohälsa i gruppen, men att hälsoläget varierade mycket mellan individer. Genomsnittligt BMI i gruppen motsvarade övervikt och låg på gränsen till fetma, men varierade från kraftig undervikt till grav fetma. Detta stämmer överens med tidigare studier, **som visar att både undervikt och fetma är vanligare i den här målgruppen jämfört med befolkningen generellt** (Emerson, 2005). Kvinnorna hade ett högre genomsnittligt BMI än männen, vilket överensstämmer med resultat från en tidigare studie på målgruppen i Stockholms län (Bergström, 2013). Det genomsnittliga midjemåttet motsvarade en förhöjd risk för sjukdom för både kvinnor och män, och varierade från ett hälsosamt midjemått till ett midjemått med risk för bland annat hjärt- och kärlsjukdom.

Den genomsnittliga vilopulsen i målgruppen var något högre än den vilopuls som vuxna brukar ha (60-70 slag per minut), vilket kan tyda på ohälsa. Det genomsnittliga blodtrycket låg inom normalområdet, men varierade från mycket lågt till ohälsosamt högt. Eftersom ett antal av kursdeltagarna hade Downs syndrom och eftersom personer med denna diagnos oftast har lägre puls och blodtryck än befolkningen generellt (Morrison, 1996), är det möjligt att de genomsnittliga värdena för de deltagare som inte hade Downs syndrom var ännu högre. Det har dock inte funnits information tillgänglig för att kunna kontrollera för den här kända skillnaden i puls och blodtryck.

Vad gäller fysisk förmåga så gick målgruppen i genomsnitt knappt 450 meter på sex minuter, vilket är en kortare sträcka än vad friska vuxna människor brukar gå på samma sträcka enligt klinisk erfarenhet. Om man jämför med studier på målgruppen var det genomsnittliga resultatet kortare än genomsnittet för tonåringar med ID och övervikt eller fetma i en studie (Elmagoub, 2012), men något längre än genomsnittet för personer med Downs syndrom i en annan studie (Casey, 2012).

När det gällde att genomföra rörelsesekvensen i testet ”Timed Up and Go” tog detta i genomsnitt knappt åtta sekunder, vilket är normalt och tyder inte på problem med förflyttning eller balans (Podsiadlo, 1991). **När det gällde testet ”30 Sec Chair Stand Test” genomförde målgruppen i genomsnitt 11,6 uppresningar, ett resultat som motsvarar normalvärde för kvinnor över 65 år och män över 75 år** (Jones, 1999). Forskning visar också att personer med ID i genomsnitt genomför lägre antal uppresningar jämfört med befolkningen generellt (Oppewal, 2020).

Denna studie bekräftar tidigare internationell och nationell forskning som visar att det finns behov för hälsofrämjande insatser riktade till personer med LSS-insats om dessa ska ha möjlighet att uppnå en god hälsa på lika villkor. I de fall personer i målgruppen får råd från primärvården som syftar till att förbättra exempelvis blodtryck eller viktstatus måste dessa personer få stöd till egenvård inom den kommunala verksamheten.

Programmets effekt på hälsa och levnadsvanor

På grund av pandemin var det inte möjligt att genomföra den uppföljande mätningen så som planerat, vilket resulterade i ett stort bortfall av mätdata. Det bör också poängteras att mätdata i vissa fall samlades in flera veckor efter avslutad kurs, istället för direkt efter avslutad kurs, vilket också kan ha påverkat resultatet. Trots detta är det möjligt att jämföra det första och det andra mättillfället för de deltagare som trots allt deltog vid båda mättillfällena.

Endast ett fåtal av mätvärdena skiljde sig signifikant efter kursen jämfört med före. Det kan dock skönjas en generell trend där flertalet utfall ändå har gått i önskvärd riktning. Medelvärdet för BMI var vid den andra mätningen något lägre än vid den första, vilket kan ses som positivt inte minst i ljuset av att många vuxna i stället ökar i vikt över tid. Det lägre medelvärdet ses trots att en deltagare med kraftig undervikt istället ökade en aning i vikt mellan mättillfälle 1 och 2. Även det genomsnittliga midjemåttet i gruppen var något lägre vid mättillfälle 2.

När det gäller puls och blodtryck var medelvärdena också något bättre vid det andra mättillfället än vid det första. Effekten på hälsan överensstämmer relativt väl med pilotstudien där de nio deltagarna vid den andra mätningen hade (icke-signifikant) lägre genomsnittligt midjemått och lägre puls än vid den första mätningen (Bergström et al., 2020). Detsamma gäller för fysisk funktion, där medelvärdet vid mätning 2 var bättre för samtliga tre tester. Detta resultat stämmer också väl överens med pilotstudien, där samtliga deltagare förbättrade sina resultat på de fysiska testerna vid den andra mätningen (Bergström et al, 2020).

Vid den andra mätningen rapporterade deltagarna i något högre utsträckning att de tränade och åt hälsosam mat. Medelvärdet för antal rätt på kunskapsfrågorna var också något högre vid det andra mättillfället. Dessa resultat överensstämmer med resultaten i pilotstudien, där resultaten för levnadsvanor och kunskaper om matvanor och fysisk aktivitet vid det andra tillfället också visade en tendens att vara något bättre (Bergström et al, 2020). När det gäller tilltro till den egna förmågan att träna var medelvärdena vid mättillfälle 2 mycket lika dem vid mättillfälle 1. Även när det gäller upplevelse av socialt stöd var medelvärdena vid den första och andra mätningen mycket lika varandra. I pilotstudien sågs inte heller några förändringar när det gäller upplevelse av socialt stöd, men däremot rapporterade deltagarna i den studien något större tilltro till sin förmåga att träna vid den uppföljande mätningen (Bergström et al, 2020).

Kursledarnas och deltagarnas erfarenheter

Resultatet av den kvalitativa studien visade på vikten av att tillsammans hitta vägar för att förbättra deltagarnas hälsa. Gemensamt för deltagarna är att de har rätt till insatser enligt LSS, men är i övrigt en mycket heterogen grupp när det gäller allt från intellektuella och kognitiva förutsättningar till intressen och motivation. För att kursen ska passa alla visade det sig därför viktigt att kunna anpassa materialet efter deltagarnas förutsättningar, vilket överensstämmer med resultat från den tidigare interventionen "Hälsofrämjande gruppbostad" (Bergström, Elinder, & Wihlman, 2014). Det visade sig också värdefullt att använda en pedagogik som involverar deltagarnas olika sinnen samt att aktivera dem och göra dem engagerade i processen, vilket även detta överensstämmer väl med resultaten från "Hälsofrämjande gruppbostad" (Bergström, Elinder, & Wihlman, 2014).

För att det ska vara möjligt att genomföra kursen på ett tillfredsställande sätt behövs fungerande praktiska förutsättningar i verksamheten. Bland annat lyftes betydelsen av stöd från ledningen och tillräckligt med tid för genomförande, vilket även betonades i den tidigare hälsointerventionen "Hälsofrämjande gruppbostad" (Elinder, Sundblom, Zeebari, & Bergström, 2018; Sundblom, Bergström, & Elinder, 2015). Stödet behövs inte enbart för att genomföra kursen, utan också för att ge deltagarna möjlighet att praktisera nya kunskaper i vardagen. Att detta många gånger är en utmaning framkom redan i en intervjustudie med deltagarna i pilotstudien, där de beskrev svårigheter att fortsätta med hälsosamma vanor i längden, om man inte får hjälp och stöd i bostaden (Hysing, 2019).

En slutsats från pilotstudien var att det är viktigt att undersöka hur personal i LSS-verksamhet kan involveras för att ge kontinuerligt stöd till hälsosamma levnadsvanor i vardagen (Bergström et al, 2020), en fråga som fortfarande är aktuell och behöver diskuteras. Att deltagare går kursen "Hälsan spelar roll" kan vara ett stort och viktigt steg, men det kan vara minst lika viktigt att samtidigt prioritera frågan på ledningsnivå och involvera boendepersonalen, så att dessa kan ge stöd på hemmaplan.

Det är viktigt att komma ihåg att personal i LSS-verksamhet inte alltid har en grundläggande vårdutbildning eller annan relevant utbildning för att arbeta inom LSS, eftersom det inte nödvändigtvis är ett krav vid anställning (Socialstyrelsen, 2012). Forskning har visat att personer inom yrken med lägre utbildningsnivå själva i större utsträckning har ohälsosamma levnadsvanor jämfört med personer inom yrken med högre utbildning (Väisänen et al, 2020). I "Hälsan spelar roll" får personal som utbildar sig till kursledare ta del av inledande webbseminarier, och fortbildar sig därefter vidare genom att själv hålla i hälsokursen. Det kan vara viktigt att fundera över hur även boendepersonal kan utöka sin kompetens för att ge relevant stöd till kursdeltagarna i deras hemmiljö.

Styrkor och svagheter

En av studiens svagheter är att mätning 2 inte kunde genomföras som tänkt på grund av covid-19. Eftersom det inte var möjligt att samla deltagarna under rådande pandemi saknas objektiva mätdata på flera av utfallsmåtten, på en stor del av gruppen. I flera fall blev dessutom tidsintervallet mellan avslutad kurs och besvarande av frågor eller genomförande av intervju längre än planerat, vilket är extra olyckligt när det handlar om en målgrupp som kan ha minnessvårigheter. Det kan också vara värt att notera att personer med ID kan uppleva flera svårigheter när de besvarar skriftliga frågor (Finlay & Lyons, 2001), och att alla frågor som använts inte är validerade för målgruppen. Intervjuer med kursledare och deltagare genomfördes på grund av pandemin digitalt, och eftersom många vid detta tillfälle var ovana vid digitala möten kan detta ha påverkat resultatet, även om det inte fanns några tydliga indikationer på att det var så.

En av studiens styrkor är att programmet beskrivits i detalj och att även följsamhet till manual och metod inkluderats (Allen, Shelton, Emmons & Linnan, 2018). Inom interventionsforskning efterfrågas tydliga beskrivningar av komplexa interventioner för beteendeförändring eftersom det annars blir svårare att upprepa och använda framgångsrika program (Michie, Fixsen, Grimshaw, & Eccles, 2009). Detta är en styrka eftersom det blir lättare att upprepa studien, men också att vidareutveckla programmet utifrån eventuella behov.

En annan av studiens styrkor är att kursledare och kursdeltagare deltog i kvalitativa intervjuer och på så sätt kunde dela med sig av sina erfarenheter, vilket ytterligare bidrar med värdefull information för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Slutsatser

- Utvärderingen av ”Hälsan spelar roll” visade på goda effekter i form av ökad fysisk aktivitet och förbättrad fysisk förmåga. Kursen kan sannolikt också påverka deltagarnas hälsa och kunskaper om matvanor och fysisk aktivitet i positiv riktning.
- Det kan fungera bra att genomföra hälsokursen ”Hälsan spelar roll” i LSS-verksamheter med varierande förutsättningar. Det är viktigt att kursledarna kan anpassa innehållet i kursen så att det passar för deltagare med olika förutsättningar och behov.
- Verksamheternas ledning har en viktig roll i att stödja kursledare och ge förutsättningar för ett bra genomförande.
- För att deltagare ska kunna omsätta nya kunskaper till nya vanor behövs stöd i vardagen, framför allt från personal i boendet. Därför är det viktigt att boendepersonalen får förutsättningar för att ge detta stöd, bland annat genom att informeras om kursens innehåll.
- Hälsofrämjande arbete riktat till personer med LSS-insats är också en förutsättning för följsamhet till råd om egenvård från primärvården vid till exempel fetma, diabetes och hypertoni.
- Med tanke på den onödigt stora ohälsan som finns bland vuxna med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autismspektrumtillstånd 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.

Referenser

- Adolfsson, P., Sydner, Y.M., Fjellstrom, C., Lewin, B., Andersson, A. (2008). Observed dietary intake in adults with intellectual disability living in the community. *Journal of Food and Nutrition Research*. 52.
- Ahlström, G., Axmon, A., Sandberg, M., & Flygare Wallén, E. (2020). Health care utilisation among older people with Down syndrome compared to specific medical guidelines for health surveillance: a Swedish national register study. *BMC Health Services Research*.
- Allen, J.D., Shelton, R.C., Emmons, K.M., & Linnan, L. (2018). Fidelity and its relationship to implementation effectiveness, adaptation and dissemination. In: Brownson RC, Colditz GA, Proctor E, editors. *Dissemination and implementation research in health - translating science to practice*. New York: Oxford University Press; p. 267-84.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Engelwood Cliffs: NJ: Prentice Hall.
- Bossink, L.W.M., van der Putten, A.A., Vlaskamp, C. (2017). Understanding low levels of physical activity in people with intellectual disabilities: A systematic review to identify barriers and facilitators. *Res Dev Disabil*. Sep;68:95-110. doi: 10.1016/j.ridd.2017.06.008. Epub 2017 Jul 24. PMID: 28750208.
- Berg, B., & Lune, H. (2012). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences.*: Pearson.
- Bergström, H., Sundblom, E., Flygare Wallén, E. (2020). Hälsan spelar roll – en hälsokurs för personer inom LSS. Pilotstudie i Haninge kommun. Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm.
- Bergström, H., Lynch, Christel., Rahman., & Md S., Schäfer Elinder, LS. (2017). Insatser för att främja hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet. En kartläggande litteraturoversikt. Karolinska Institutet.
- Bergström, H., Elinder, L. S., & Wihlman, U. (2014). Barriers and facilitators in health education for adults with intellectual disabilities--a qualitative study. *Health Educ Res*, 29(2), 259-271. doi: 10.1093/her/cyt111
- Bergström, H., Hagstromer, M., Hagberg, J., & Elinder, L. S. (2013). A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. *Res Dev Disabil*, 34(11), 3847-3857. doi: 10.1016/j.ridd.2013.07.019
- Bergström, H., & Wihlman U. (2011). The role of staff in health promotion in community residences for people with intellectual disabilities: variation in views among managers and caregivers. *J Intellect Disabil*. Sep;15(3):167-76. doi: 10.1177/1744629511424833. PMID: 22123676.
- Berkman, L., & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*: Oxford University Press.
- Cabeza-Ruiz, R., Alcantara-Cordero, F. J., Ruiz-Gavilan, I., & Sanchez-Lopez, A. M. (2019). Feasibility and Reliability of a Physical Fitness Test Battery in Individuals with Down Syndrome. *Int J Environ Res Public Health*, 16 (15). doi: 10.3390/ijerph16152685
- Casey, A.F., Wang, X., & Osterling, K. (2012) Test-retest reliability of the 6-minute walk test in individuals with Down syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. Nov;93(11):2068-74. doi: 10.1016/j.apmr.2012.04.022. Epub 2012 May 7. PMID: 22575394.
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. (2019). *Folkhälsorapport 2019 Stockholms län*.
- Cooper, S.A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F., & Morrison, J. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC Fam Pract*. 16, 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3>.
- Dairo, Y.M., Collett, J., Dawes, H., & Oskrochi G.R. (2016). Physical activity levels in adults with intellectual disabilities: A systematic review. *Prev Med Rep*. Jun 8;4:209-19. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.06.008. PMID: 27413684; PMCID: PMC4929079.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice:

- a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4, 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- Dixon-Ibarra, A., Driver, S., Nery-Hurwit, M., & VanVolkenburg, H. Qualitative evaluation of a physical activity health promotion programme for people with intellectual disabilities in a group home setting. (2018). *J Appl Res Intellect Disabil*. Jan;31 Suppl 1:97-109. doi: 10.1111/jar.12397. Epub 2017 Aug 23. PMID: 28833967.
- Dreyfus, D., Lauer, E., & Wilkinson, J. (2014). Characteristics Associated With Bone Mineral Density Screening in Adults With Intellectual Disabilities. *The Journal of the American Board of Family Medicine January*, 27 (1) 104-114; DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.01.130114>
- Elinder, L. S., Sundblom, E., Zeebari, Z., & Bergström, H. (2018). Effect and Process Evaluation of a Structural Health Intervention in Community Residences for Adults With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 15(4), 319-328.
- Elmahgoub, S. S., Van de Velde, A., Peersman, W., Cambier, D., & Calders, P. (2012). Reproducibility, validity and predictors of six-minute walk test in overweight and obese adolescents with intellectual disability. *Disabil Rehabil*, 34(10), 846-851. doi: 10.3109/09638288.2011.623757
- Emerson, E., Baines, S., Allerton, L., & Welch, V. (2011). Health Inequalities & People with Learning Disabilities in the UK: 2011: Improving Health and Lives: Learning Disability Observatory.
- Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research*. 49, 134-143.
- Finlay, W. M., & Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychol Assess*, 13(3), 319-335. doi: 10.1037//1040-3590.13.3.319
- Flygare Wallen, E., Ljunggren, G., Carlsson, A. C., Pettersson, D., & Wandell, P. (2018). High prevalence of diabetes mellitus, hypertension and obesity among persons with a recorded diagnosis of intellectual disability or autism spectrum disorder. *J Intellect Disabil Res*, 62(4), 269-280. doi: 10.1111/jir.12462
- Folkhälsomyndigheten. (2016). Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för ”En strategi för genomförande av funktionshinderspolitiken 2011–2016”.
- Fraser, M., Richman, J., Galinsky, M., & Day, S. (2009). *Intervention Research : Developing Social Programs*. : Oxford; New York: Oxford University Press.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*, 24(2), 105-112.
- Heller, T., Hsieh, K., & Rimmer, J. H. (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with down syndrome. *Am J Ment Retard*, 109(2), 175-185. doi: 10.1352/0895-8017(2004)109<175:aapooa>2.0.co;2
- Hilgenkamp, T. I., van Wijck, R., & Evenhuis, H. M. (2013). Feasibility of eight physical fitness tests in 1,050 older adults with intellectual disability: results of the healthy ageing with intellectual disabilities study. *Intellect Dev Disabil*, 51(1), 33-47. doi: 10.1352/1934-9556-51.01.033
- Hysing, J. (2019). Hälsan spelar roll: En kvalitativ studie av en hälsoutbildning för personer med intellektuell funktionsnedsättning Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.
- Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. (2019). Strategi för egenvård Region Stockholm 2019.
- Illingworth, K., Moore, K., & McGillivray, J. (2003). The development of the nutrition and activity knowledge scale for use with people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 159-166.
- Jones, C. J., Rikli, R. E., & Beam, W. C. (1999). A 30-s chair-stand as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2), 113-119.
- Marks, B., & Sisirak, J. (2017). *HealthMatters Program. Train-the-Trainer Certified Instructor Workshop*.

- Marks, B., Sisirak, J., & Chang, Y. C. (2013). Efficacy of the HealthMatters program train-the-trainer model. *J Appl Res Intellect Disabil*, 26(4), 319-334. doi: 10.1111/jar.12045
- Marks, B., Sisirak, J., & Chang, Y. C. (2019). Impact of the HealthMatters Train-the-Trainer Program on the Health and Health Behaviors of Staff Supporting Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. 67(8), 423-435. doi: 10.1177/2165079919828739
- Marks, B., Sisirak, J., & Heller, T. (2010). *HealthMatters. The Exercise and Nutrition Health Education Curriculum for People with Developmental Disabilities*.
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implement Sci*, 4, 40. doi: 10.1186/1748-5908-4-40
- Morrison RA, McGrath A, & Davidson G, et al. (1996). Low blood pressure in Down's syndrome, A link with Alzheimer's disease? *Hypertension* 28(4): 569-575.
- Oppewal, A., Hilgenkamp, T.I.M. (2020). Adding meaning to physical fitness test results in individuals with intellectual disabilities. *Disabil Rehabil*. May;42(10):1406-1413. doi: 10.1080/09638288.2018.1527399. Epub 2019 Feb 2. PMID: 30712416.
- Patton, M. (2015). *Qualitative Evaluation and research methods*. : London: Sage Publications.
- Peterson, J. J., Lowe, J. B., Peterson, N. A., Nothwehr, F. K., Janz, K. F., & Lobas, J. G. (2008). Paths to leisure physical activity among adults with intellectual disabilities: self-efficacy and social support. *Am J Health Promot*, 23(1), 35-42. doi: 10.4278/ajhp.07061153
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up&Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 39:142-148.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2008). The Transtheoretical Model and Stages of Change. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (pp. 97-117).
- Salb, J., Finlayson, J., Almutaseb, S., Scharfenberg, B., Becker, C., Sieber, C., & Freiberger, E. (2015). Test-retest reliability and agreement of physical fall risk assessment tools in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 59(12), 1121-1129. doi: 10.1111/jir.12216
- Sisirak, J., Marks, B., & Heller, T. (2005). *Reliability of Adapted Nutrition and Activity Knowledge Scale for People with Intellectual Disabilities. American Public Health Association, 133rd Annual Meeting & Exposition, Philadelphia, PA*.
- Socialstyrelsen. (2012). Rätt kompetens hos personal i verksamheter för personer med funktionsnedsättning: Vägledning för arbetsgivare.
- Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stöd för styrning och ledning.
- Stancliffe, R.J., & Anderson, L.L. (2017). Factors associated with meeting physical activity guidelines by adults with intellectual and developmental disabilities. *Res Dev Disabil*;62:1-14.
- Statens offentliga utredningar. (2020). God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Stockholm. SOU 2020:19.
- Stockholms läns landsting. (2015). Så kan vi vända trenden. Handlingsprogram övervikt och fetma 2016-2020.
- Sundblom, E., Bergström, H., & Ellinder, L. S. (2015). Understanding the Implementation Process of a Multi-Component Health Promotion Intervention for Adults with Intellectual Disabilities in Sweden. *J Appl Res Intellect Disabil*, 28(4), 296-306. doi: 10.1111/jar.12139
- Temple, V.A., Frey, G.C., & Stanish, H.I. (2017). Interventions to promote physical activity for adults with intellectual disabilities. *Salud Publica Mex*. Jul-Aug;59(4):446-453. doi: 10.21149/8218. PMID: 29211266.
- Temple, V.A., & Stanish, H.I. (2009). Pedometer-measured physical activity of adults with intellectual disability: predicting weekly step counts. *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 114:15-22.

- Umb-Carlsson, O. (2008). Studier om hälsa för personer med utvecklingsstörning [Studies on health for people with intellectual disabilities].
- Väisänen, D., Kallings, L.V., Andersson, G., Wallin, P., Hemmingsson, E. & Ekblom-Bak, E. (2020). Lifestyle-associated health risk indicators across a wide range of occupational groups: a cross-sectional analysis in 72,855 workers. *BMC Public Health*. 20:1656 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09755-6>
- Wallen, E. F., Mullersdorf, M., Christensson, K., & Marcus, C. (2013). A school-based intervention associated with improvements in cardiometabolic risk profiles in young people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil*, 17(1), 38-50. doi: 10.1177/1744629512472116

Bilagor

Bilaga 1. Frågor till deltagare

ENKAT 2 (EFTER KURSEN)

HÄLSAN SPELAR ROLL - EN KURS OM HÄLSA FÖR PERSONER MED INSATS ENLIGT LSS

Här är en enkät med frågor om din hälsa.

Den här enkäten ska du fylla i **efter** du gått kursen Hälsan spelar roll.

Markera (kryssa eller ringa in) dina svar.

För dig som hjälper en deltagare: Tänk på att inte påverka eller välja svar åt deltagaren. Syftet med enkäten är att utvärdera kunskap och attityder. Fyll i enkäten på en avskild och lugn plats.

1. Läs varje fråga för deltagaren.
2. Läs och visa de olika svarsalternativen.
3. Upprepa vid behov frågan och svarsalternativen.
4. Markera svaret som deltagaren väljer.



DITT NAMN _____

DATUM _____

NÅGRA FRÅGOR OM DIN HÄLSA

1. Vad gör du för att leva hälsosamt?
(så att du mår bra och det känns bra i kroppen)

2. Vad äter du för att må bra?

3. Vad låter du bli att äta för att må bra?

4. Tror du att maten du äter är hälsosam eller inte?

A. Hälsosam B. Inte hälsosam C. Varken eller

5. Tränar du så mycket som du önskar?

A. Jag tränar tillräckligt mycket B. Jag tränar inte tillräckligt mycket C. Varken eller

NÅGRA FRÅGOR OM MAT OCH RÖRELSE

1. När får kroppen jobba mest?
(Välj ett av de fyra alternativen)

1. Läsa



2. Jogga

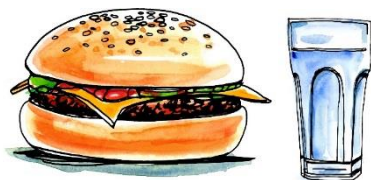


3. Fika



4. Sova

2. Vilken måltid tror du den här mannen brukar äta?
(Välj måltid 1 eller måltid 2)



Måltid 1



Måltid 2

3. Om du vill att din kropp ska bli starkare – vad ska du göra då?

(Välj ett av de fyra alternativen)



1. Sova



2. Baka bullar



3. Träna



4. Läsa

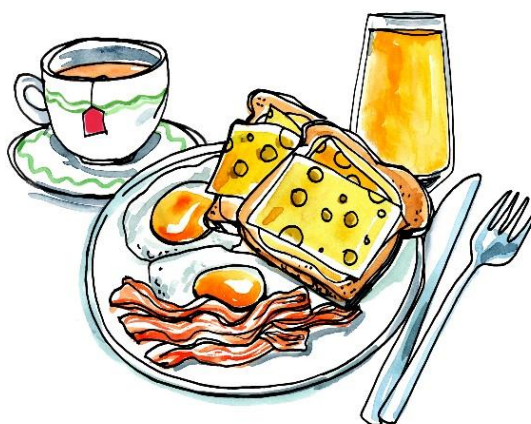
4. Vilken frukost är mest hälsosam?
(Välj ett av de tre alternativen)



1. Yoghurt, müsli, frukt eller bär, smörgås med skinka, paprika. Kaffe/te



2. Kaffe/te, rostat bröd med marmelad



3. Stekta ägg, bacon, två rostade bröd med marmelad och ost, juice, kaffe/te

5. När tror du kroppen får jobba mest?
(Välj ett av de fyra alternativen)



1. Jogga



2. Handla mjölk



3. Gå en långsam promenad



4. Spela minigolf

6. Om du vill göra något som ökar din kondition vad ska du göra då?
(Välj ett av de fyra alternativen)



Jogga



Titta på TV






Prata i mobiltelefon









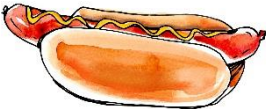


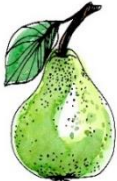







Fika

7. Den här kvinnan tänker gå en lång promenad med sin hund.
 Vilken frukost ska hon välja?
 (Välj ett av de tre alternativen)















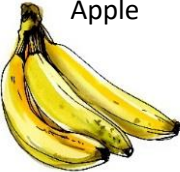








| | |
|---|--|
| 1. |  |
| Kopp kaffe | |
| 2. |  |
| Juice och croissant | |
| 3. |  |
| Gröt med mjölk, frukt eller bär, smörgås med skinka och paprika, kaffe eller te | |

8. Vilken mat är bäst för ditt hjärta?
(Välj 1 eller 2)

| | |
|----|--|
| 1. | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Hamburgare</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Ägg</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Mjök och ost</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Pommes frites</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Glass</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Popcorn</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Korv med bröd</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Tacos</p> </div> </div> |
| 2. | <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Äpple</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Päron</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Tomat</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Banan</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Fisk</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Jordgubbar</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Morötter</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Ärter</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Lök</p> </div> </div> |

9. Vilken mat ska du inte äta så ofta?
(Välj ett av de fyra alternativen)

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| 1. |  Ost |  Mjök | | |
| 2. |  Kyckling |  Ägg |  Fisk |  Fläskkotlett |
| 3. |  Chokladbit |  Hallongrotta |  Tårta |  Pommes frites |
| 4. |  Äpple |  Svamp |  Sparris |  Vindruvor |
| |  Banan |  Majs |  Jordgubbar | |
| |  Broccoli |  Morot |  Päron |  Ärtor |

10. Vilken av männen har störst risk för att öka i vikt?
(Välj ett av de tre alternativen)

1.



2.



3.



**11. Vilken mat innehåller mest protein?
(Välj ett av de fyra alternativen)**



1. Äpple



2. Fisk



3. Pommes frites



4. Saft

12. Om du vill träna och bli starkare i kroppen, vad ska du göra då?
(Välj ett av de fyra alternativen)



1. Läsa



2. Koppla av i en stol



3. Äta glass



4. Cykla

**13. Vilken mat innehåller mest fett?
(Välj ett av de fyra alternativen)**



1. Gröna ärtor



2. Tomater



3. Champinjoner



4. Bakad potatis med smör

**14. Vilken aktivitet får kroppen att jobba mest?
(Välj ett av de fyra alternativen)**



1. Vila



2. Spela innebandy



3. Arbeta i trädgården

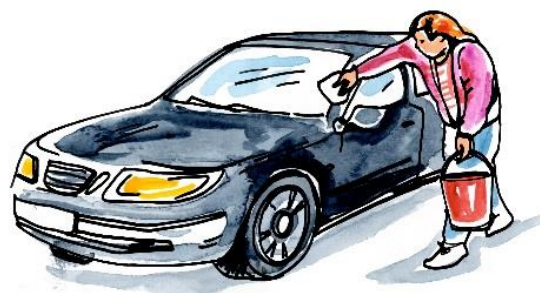


4. Äta

15. Vilken aktivitet är mest ansträngande för kroppen?
(Välj ett av de fyra alternativen)



1. Spela fotboll



2. Tvätta bilen















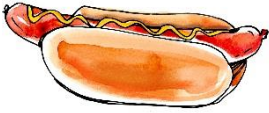




3. Läsa



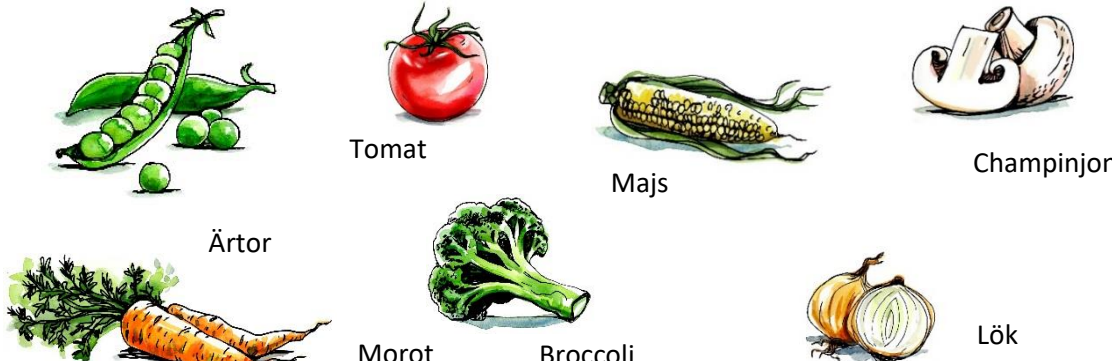
4. Sova

**16. Vilken mat innehåller mest socker?
(Välj ett av de fyra alternativen)**

| | |
|----|--|
| 1. |  <p>Äppelpaj</p>  <p>Glass</p>  <p>Munk</p>  <p>Chokladbit</p>  <p>Tårta</p> |
| 2. |  <p>Apelsin</p>  <p>Majs</p>  <p>Sparris</p>  <p>Banan</p> |
| 3. |  <p>Ägg</p>  <p>Fisk</p>  <p>Kyckling</p>  <p>Ost</p> |
| 4. |  <p>Pommes frites</p>  <p>Korv med bröd</p>  <p>Tacos</p>  <p>Popcorn</p> |

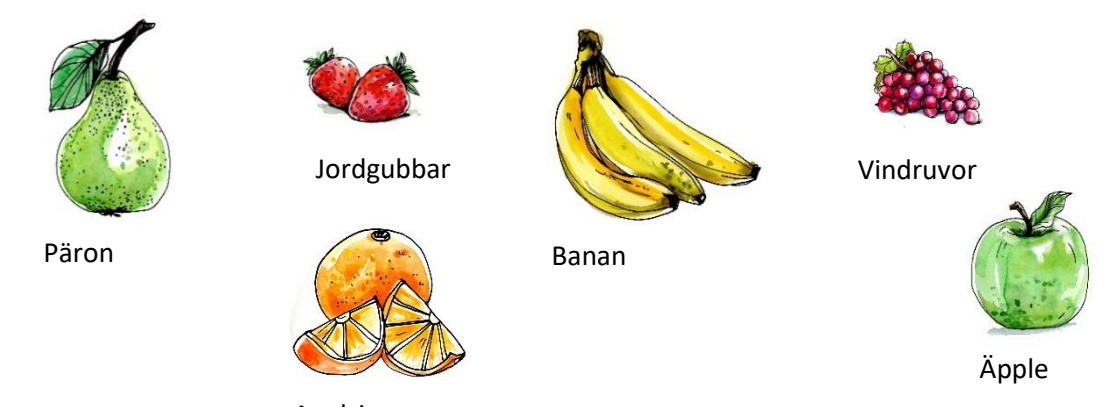
17. Vilken mat ska man inte äta så ofta?
(Välj ett av de fyra alternativen)

1.



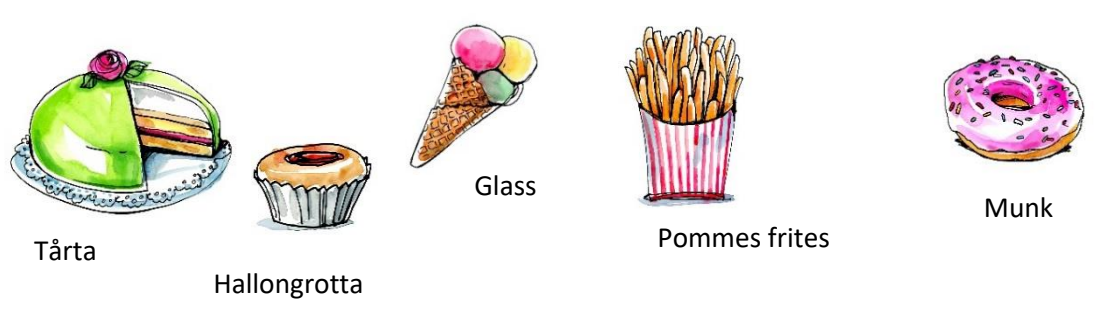
Ärtor Tomat Majs Champinjon
Morot Broccoli Lök

2.



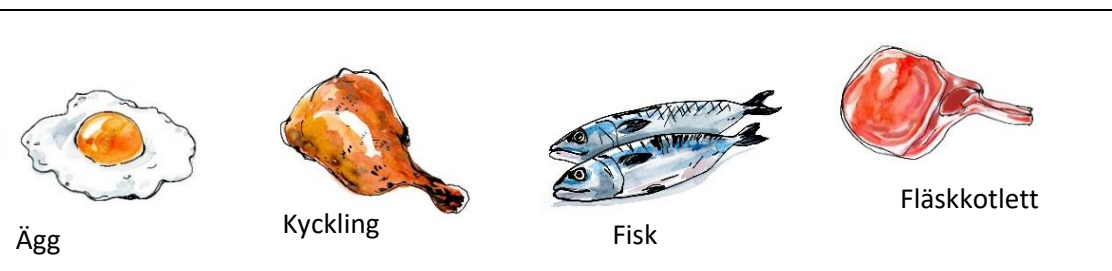
Päron Jordgubbar Banan Vindruvor
Apelsin Äpple

3.



Tårta Hallongrotta Glass Pommefrites Munk




4.



Ägg Kyckling Fisk Fläskkotlett

18. Den här mannen ska gå på en långpromenad.
 Vilken frukost gör att han orkar bäst?
 (Välj ett av de tre alternativen)



| | |
|----|---|
| 1. |  <p data-bbox="427 1227 1398 1294">Gröt med mjölk, frukt eller bär, smörgås med skinka och paprika. Kaffe eller te</p> |
| 2. |  <p data-bbox="730 1576 1091 1608">Kaffe med marmelad toast</p> |
| 3. |  <p data-bbox="702 1895 1123 1924">Fruktyoghurt och kaffe eller te</p> |

DINA TANKAR OM ATT TRÄNA**Tror du att du kan:****1. Värma upp före träning och varva ner efter träning?**

- A. Inte alls säker B. Lite säker C. Helt säker

2. Träna så att dina muskler blir starkare?

- A. Inte alls säker B. Lite säker C. Helt säker

3. Träna så att du blir svettig, andas tungt eller så att pulsen ökar (som om du skulle gå snabbt eller cykla)?

- A. Inte alls säker B. Lite säker C. Helt säker

4. Göra övningar som förbättrar din balans?

- A. Inte alls säker B. Lite säker C. Helt säker

STÖD FÖR ATT TRÄNA OCH ÄTA HÄLSOSAMT

Tänk först på om det finns någon som kan stötta dig med följande saker och kryssa sedan i rutan vem. (Du kan sätta flera kryss)

Är det någon som:

| | Ingen | Familj | Vänner | Läkare/ Sjukskötare | Personal |
|---|-------|--------|--------|------------------------|----------|
| 1. Säger åt dig att träna? | | | | | |
| 2. Går eller kör dig till träningen? | | | | | |
| 3. Betalar för din träning? | | | | | |
| 4. Visar hur du ska träna? | | | | | |
| 5. Tränar tillsammans med dig? | | | | | |
| 6. Säger åt dig att inte äta/dricka så mycket godis, kakor, chips eller läsk? | | | | | |
| 7. Påminner dig om att äta mer frukt och grönsaker? | | | | | |
| 8. Berömmar dig för att du försöker äta hälsosamt (typ "bra jobbat", "fortsätt såhär", "vi är stolta över dig") | | | | | |
| 9. Ser till att det finns frukt och grönsaker att äta? | | | | | |

NÅGRA FRÅGOR OM MIG SJÄLV

1. Kön: Man Kvinna

2. Ålder: _____År

3. Längd: _____Centimeter

4. Vikt: _____Kg

5. Tränar du varje vecka så att du blir andfådd?

 Ja Nej

6. Hur ofta tränar du 30 minuter vid samma tillfälle under en vecka?

1. Gäller inte mig. Jag gör ingen aktivitet som varar 30 minuter
2. Fem eller flera gånger per vecka
3. Tre till fyra gånger per vecka
4. En till två gånger per vecka

7. Röker eller snusar du?

 Ja Nej

HUR NÖJD ÄR DU MED KURSEN "HÄLSAN SPELAR ROLL"?

1. Tycker du att...

- | | | | |
|--|----|--------|-----|
| a) kursen gjorde så att du mår bättre? | Ja | Kanske | Nej |
| b) kursen var rolig? | Ja | Kanske | Nej |
| c) vi ska göra kursen igen? | Ja | Kanske | Nej |

2. Vilka nya saker skulle du vilja lära dig i en ny kurs?

3. Vad tänker du om den tid det tog att genomföra kursen?

| | | | |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Kursen tog för mycket tid | Kursen tog lite för mycket tid | Kursen tog lagom med tid | Det var värt all tid kursen tog |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|

4. Skulle du rekommendera kursen till en vän?

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Nej, skulle inte rekommendera | Kanske skulle rekommendera | Ja, skulle rekommendera | Skulle absolut rekommendera |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|

5. Kan du nämna tre saker som du lärde dig på kursen

6. Vad var dina tre bästa upplevelser under kursen?

7. Är det någonting som vi kan göra så att kursen blir ännu bättre för just dig?

Kan du nämna åtminstone en sak.

Bilaga 2. Frågor till kursledare

Frågor om "Hälsan spelar roll"-gruppen

Denna enkät fylls i av kursledare. Om ni har mer än en grupp – fyll i en enkät för varje grupp.

Frågor om verksamheten

1. Namn på verksamheten:
2. Vilken målgrupp riktar sig verksamheten till?
3. Vilka aktiviteter görs inom verksamheten?

Frågor om kursen "Hälsan spelar roll"

4. Hur många lektioner har gruppen per vecka?
5. Var gör ni teoripassen? Beskriv lokalen:
6. Var gör ni träningspassen? Beskriv lokalen:

Frågor om kursledarna

7. Hur många kursledare finns totalt för gruppen?
8. Hur många av kursledarna är män/kvinnor?
9. Vilka yrkesroller har kursledarna? Fyll i antal i tabellen!

| Yrkesroll | Antal |
|--|-------|
| Personal i daglig verksamhet: Stödassistent, stödpedagog eller motsvarande | |
| Personal i daglig verksamhet: Arbetskonsulent | |
| Chef/arbetsledare i daglig verksamhet | |
| Personal som ingår i LSS-/HSL-team | |
| Annan yrkesroll, beskriv: | |

10. Har någon/några av kursledarna utbildning i vård/hälsa? Fyll i antal i tabellen!

| Utbildning | Antal |
|-------------------------------------|-------|
| Undersköterska | |
| Sjuksköterska | |
| Arbetsterapeut | |
| Fysioterapeut | |
| Annan relevant utbildning, beskriv: | |

11. Vilken/vilka erfarenheter har kursledarna? Fyll i antal i tabellen!

| Erfarenhet | Antal |
|---|-------|
| Erfarenhet av att hålla i gruppaktivitet | |
| Erfarenhet av att hålla i träningsaktivitet | |
| Inget av ovanstående | |
| Annan relevant erfarenhet, beskriv: | |

Frågor om deltagarna

12. Hur många deltagare finns totalt i gruppen?

13. Hur många i gruppen har följande funktionsnedsättningar? Om ni inte är säkra – svara efter bästa förmåga!

| Funktionsnedsättning | Antal |
|--|-------|
| Lindrig intellektuell funktionsnedsättning | |
| Måttlig intellektuell funktionsnedsättning | |
| Ingen intellektuell funktionsnedsättning | |
| Autismspektrumtillstånd | |
| ADHD | |
| Rullstolsburen | |
| Använder rollator eller annat gånghjälpmedel | |
| Synnedsättning | |
| Hörselnedsättning | |
| Använder AKK (Alternativ kommunikation) | |