

Prosjektrapport



Foto: Colourbox

*“Motivasjon er det som får deg igang,
vaner er det som får deg til å fortsette.”*
– Jim Ryun

2012-2014
Habiliteringstenesta for vaksne
Helse Bergen

Prosjektleder/spesialergoterapeut: Olaug Lillehammer Laukeland

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1. Innledning og bakgrunn

2. Styringsdokumenter og teoretisk forankring

2.1 Styringsdokumenter

2.2 Teoretisk forankring

3. Struktur og rammer

3.1 Målgruppe

3.2 Metodikk

3.3 Effektmål

4. Prosjektets 4 faser/pasientforløp:

4.1 Fase 1: Planlegging

4.2 Fase 2: Innleggelse i Døgnavdeling

4.3 Fase 3: Oppfølging i hjemmemiljøet

4.4 Fase 4: Evaluering

5. Evaluering/ resultater:

5.1 Målbare resultater

5.2 Endringsprosess

5.3 Valg av gruppetilnærming

5.4 Selvrapporing ved prosjektslutt

5.5 Tilbakemelding fra nærpersoner-første uker etter døgnopphold

5.6 Nytteverdi for Habiliteringstjenesten

6. utfordringer

7. Suksessfaktorer

8. Konklusjon

Vedlegg

Litteraturliste

Bli kjent, quiz, utdrag fra referat, m.m.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Sammendrag

Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) i Helse Bergen har prøvd ut en tilpasset behandling i spesialisthelsetjenesten for 4 personer med lett/moderat utviklingshemming med overvekt/fedme.

I oppfølging av pasienter med utviklingshemning har Habiliteringstjenesten i økende grad registrert utfordring med overvekt/fedme. For de aller fleste er årsaken usunn kost og lite fysisk aktivitet. Utfordringer er forståelses- og lærevansker, noe som medfører at det kan være vanskelig å forstå konsekvenser av egne valg og følge råd ifht. ernæring og fysisk aktivitet. Målet med prosjektet har vært å prøve ut en type behandling til pasienter som ønsker å få hjelp til å starte en prosess mot livsstilsendring.

I tråd med Samhandlingsreformen har prosjektet lagt stor vekt på samarbeid og overføring av kompetanse til 1.linjetjenesten. For at pasientene skulle lykkes i endringsprosessene ble det vektlagt at nærpersoner og tjenesteytere forpliktet seg til aktiv oppfølging i hele prosjektperioden.

Prosjektet har bestått av 4 faser: planlegging, innleggelse, oppfølging og evaluering. I prosjektet har 4 pasienter fått behandling/oppfølging i en periode på 11 mnd. I planleggingsfasen ble det jobbet med grundig forarbeid til de neste 2 fasene; innleggelse og oppfølging. Innleggelse i HAVO sin døgnavdeling besto blant annet av individuelt tilpasset kostopplegg, fokus på fysiske aktiviteter og endringsarbeid. Daglig var det lagt opp til undervisning i tema knyttet til endringsarbeid, motivasjon, ernæring og trening.

Resultater etter fire ukers innleggelse viste at alle fire pasientene hadde bedring av BMI og gangtest. Pasientene hadde fått økt kunnskap om kroppen, sykdommer, hygiene og tannhelse, samt det å lage seg egen målsetninger. I tillegg hadde de fått ny kunnskap om sunn kost og alternative måter å holde seg i fysisk aktivitet på. Underveis i innleggelsen erfarte vi høy motivasjon for livsstilsendring og at gruppetodikk er egnet til dette formålet. Nærpersoner fortalte etter innleggelsen at alle hadde fått ny kunnskap som ble tatt i bruk i eget hjemmemiljø.

Oppfølgingsfasen har bestått av veiledning til pasientene og deres nærpersoner, samt 3 gruppesamlinger.

Ved avslutning av prosjektet viste målinger at to av pasientene har ytterligere nedgang i BMI, mens to har gått tilbake til samme vekt som ved oppstart. En pasient har gått fra kategori *svært alvorlig fedme til alvorlig fedme*, en annen fra *alvorlig til moderat fedme*. Alle fire pasientene hadde jevnt bedring av resultatet på gangtest i hele perioden.

Habiliteringstjenesten har økt sin kompetanse på behandling for pasienter med utviklingshemning og overvekt. Denne erfaringen kan brukes til å videreutvikle tilsvarende tilbud, i spesialisthelsetjenesten og andre deler av helsetjenesten.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

1. Innledning og bakgrunn

Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) jobber i hovedsak med personer med utviklingshemning og/eller autisme, med ulik tilleggsproblematikk. Arbeidsformen er fleksibel og veksler mellom ambulant oppfølging i pasientens hjemmemiljø, poliklinisk oppfølging, innleggelser i Døgnavdeling og kursvirksomhet rettet mot pasienter og tjenesteytere i kommunene. Døgnavdelingen består av 2 leiligheter, der pasienter blir innlagt i kortere perioder for utredning og behandling.

I 2012 fikk vi kvalitetsmidler («såkornmidler») fra Helse Vest, for å gjennomføre «Ny start – et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt».

Vi prøvde ut en gruppebehandling kombinert med individuell oppfølging til pasienter med utviklingshemning og overvekt. Målgruppen var pasienter som fungerer i gruppe, drar nytte av undervisning og veiledning, og som har et nettverk som kan være støttespillere over tid.

Hovedmålsetning med prosjektet var:

At pasientene starter en prosess for å oppnå langsiktig reduksjon av risikofaktorer, der fokus vil være endring til en sunnere livsstil med vekt på mestring, atferdsendring, kosthold og fysisk aktivitet.

For Habiliteringstjenesten var formålet også fagutvikling på et felt med mangelfullt tilbud.

Vi registrer en økende problematikk knyttet til overvekt og livsstil blant utviklingshemmede. Omlag 50 % av de som er innlagt i vår døgnavdeling har en BMI over 25, dvs overvekt eller fedme. Oddbjørn Hove sin studie (2004) «[Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community](#)» konkluderer med at utviklingshemmede er overrepresentert med overvekt, sammenlignet med normalbefolkningen.

Ved litteratursøk og henvendelser til landets voksenhabiliteringstjenester og noen rehabiliteringssentre, fremkom det ikke informasjon om behandlingstilbud som er spesielt tilrettelagt for denne målgruppen i spesialisthelsetjenesten.

Habiliteringstjenesten har gjennom flere år arrangert livsstilskurs for pasienter, der også pårørende og kommunale tjenesteytere har hatt en aktiv rolle. Vi erfarte at gruppetilbud over en kort periode var positivt, men ikke tilstrekkelig til å gi en varig effekt. I prosjektet har vi prøvd ut et tilbud med tett oppfølging i form av innleggelse og en oppfølgingsperiode på 10 måneder.

Helse Bergen har en egen poliklinikk for personer med overvekt. I møte med dem fikk vi bekreftet behovet for utvikling av kompetanse på denne pasientgruppen. Det er sjelden aktuelt med operasjoner for denne målgruppen, det er desto viktigere å oppdage og sette i gang tiltak tidlig ved en negativ utvikling.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

2. Styringsdokumenter og teoretisk forankring

2.1 Styringsdokumenter

Habilitering og rehabilitering er definert som

”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”.

Definisjonen er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Forskriften gjelder i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Personer med sammensatte behov skal bli møtt ut fra et samordnet og tverrfaglig perspektiv der hjelpen skal være planlagt. Hjelpen skal gis i nær tilknytning til pasientens vante miljø, og skal gis i en sammenheng som oppleves meningsfull. Den innsats som gjøres skal stimulere pasientene slik at de kan lære, bli motivert, mestre og fungere bedre i eget liv. Den enkelte pasient skal være med og planlegge, gjennomføre og evaluere habiliteringstilbud som gis.

Rett til helsehjelp

Generelt har personer med en utviklingshemning vansker med å benytte seg av ordinær behandling/tilbud for overvekt, men de har likevel rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene har utarbeidet en Prioriteringsveileder for sykkelig overvekt for voksne pasienter som har en BMI ≥ 40 kg/m² med vesentlig redusert helserelatert livskvalitet eller BMI ≥ 35 kg/m² + komplikasjoner. Veilederen sier at pasienter har rett til prioritert («nødvendig») helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når hvert av følgende vilkår er oppfylt:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

(Prioriteringsveileder for sykkelig overvekt, 2009)

2.2 Teoretisk forankring

Det er en sammenheng mellom aktivitet, helse og livskvalitet. Undersøkelser utført av Rimmer, Braddock og Marks (1995) viser at mindre enn 10% av voksne med utviklingshemming, inkludert personer med Down syndrom, engasjerer seg i fysisk aktivitet minst tre ganger i uken. Årsaken til manglende engasjement blir beskrevet som mangel på interesser, kjedelig, for lat, ingen å trene med, utstyr er vanskelig å bruke og treningssenter er ikke tilgjengelig (Helle, Hsieh og Rimmer, 2002).

Ernæring

Ernæring er viktig for menneskers vekst og utvikling, samt forebygging av sykdom. Kunnskap om sunt kosthold kan bidra til å forebygge kroniske sykdommer. Endring av kosthold kan bedre helsetilstanden for dem som allerede har en sykdom. Tiltak som påvirker både mat- og

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

mosjonsvaner, vil være viktig i arbeidet for å oppnå varig vektreduksjon (Prescott og Børtveit, 2004).

Jobling og Cuskelly (2006) hevder at personer med Down syndrom ofte utvikler vaner som påvirker deres helsetilstand på sikt. Forebygging av overvekt hos personer med Down syndrom krever livslang oppfølging. I undersøkelsen gjennomført av Jobling og Cuskelly, svarer 58 % av personer med Down syndrom at de velger mat med høyt fett- og sukkerinnhold, 81 % av de 58 sier de spiser disse matvarene hver dag.

Motivasjon og endring

Mennesker blir motivert av ulike faktorer. Motivasjon er nødvendig for læring. Det skiller ofte mellom ytre og indre motivasjon. Indre motivasjon dreier seg om å engasjere seg i en aktivitet for sin egen skyld. Mennesker som er indre motiverte, arbeider med oppgaver fordi de liker det. Ytre motivasjon oppstår når mennesker utfører en handling utfra press fra andre. Man utfører en aktivitet for å oppnå for eksempel belønning eller anerkjennelse. Den indre motivasjonen er ofte et resultat av tidligere ytre motivasjon (Wormnes & Manger, 2005)

Når man ønsker å gjøre endringer i livsstil og vaner, er Endringsfokuset rådgivning/ Motiverende samtale en ofte brukt metode og kan benyttes for å oppnå indre motivasjon til endring. Metoden er løsningsfokuset, har åpne spørsmål og refleksjoner som verktøy. Metoden bidrar i større grad enn vanlig samtale til at endring formuleres av deltageren selv, og ikke av veileder. Endringer er prosesser hvor man går gjennom ulike faser over tid, fra "føroverveielse", "overveielse", "forberedelse", "handling" til "vedlikehold" av oppnådd endring. Hver fase har oppgaver og utfordringer som personen må forholde seg til for å komme videre. Siden pasienter er forskjellige når det gjelder hvor langt de er kommet i endringsprosessen, bør støttepersoner være kjent med hvor man er i et forløp og gi oppmuntring og støtte i alle fasene. (Barth, T. 2007)

Grupper

Medlemskap i grupper har en avgjørende betydning for vår læring og utvikling. Vi inngår i mange og ulike grupper livet i gjennom. Alle gruppene vi deltar i gir oss noe igjen for vår deltakelse og dekker områder der vi har interesser og behov. Begrunnelsen for bruk av grupper i sosial- og helsesektoren har bl.a. vært at det er et godt praktisk middel for å utnytte klientens/pasientens egne ressurser bedre, at man skaper former for problemløsning som styrket selvaktelsen bedre og at man lettere kan finne løsninger som er bestemt av og anvendelig for klienten selv. (Heap, 1999)

3. Struktur og rammer

3.1 Målgruppe

Vi valgte pasienter med BMI over 35, da vi regner utviklingshemning/forståelsesvansker som en komplikasjon man må ta hensyn til (jfr. Prioriteringsveileder). Pasientgruppen hadde ved oppstart av prosjektet en BMI 35-44.

BMI- KLASIFISERING

Klassifisering	Kml kg/m ²	Sykdomsrisiko
Undervekt	Under 18,5	Lav for diabetes, økt for andre helseproblemer
Normalvekt	18,5- 24,9	Lav
Overvekt:	Over 24,9	
• Forstadium til fedme	25-29,9	Økt for diabetes
• Moderat fedme	30-34,9	Økt for diabetes, økt dødelighet
• Alvorlig fedme	35-39,9	Høy risiko for flere helseproblemer, økt dødelighet
• Svært alvorlig fedme	Over 39,9	Ytterligere økt helseisiko

HELSE BERGEN
Helse og sosialtjenestene

Andre kriterier for å delta i prosjektet:

- Lett til moderat grad av utviklingshemning
- Ha tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter til å delta i samtaler og grupper
- Selvhjulpen i primær ADL
- Pårørende og støtteapparatet til pasienten måtte være innstilt og motivert for å bidra til at pasientene fikk den oppfølgingen som han hadde behov for i alle faser av prosjektet.

Eksklusjonskriterier:

- Diagnose Prader Willi syndrom
- Diagnose Autisme
- Diagnose spiseforstyrrelse
- Pasienter med godkjent vedtak ifht. bruk av tvang og makt (HOL kap. 9)

2 av pasientene var henvist fra Poliklinikk for overvekt, mens 2 av pasientene var allerede henvist til Habiliteringstjenesten og var i gang med individuell oppfølging. Prosjektleder innhentet supplerende informasjon og overlege foretok vurdering.

3.2 Metodikk

Ulike metodiske tilnærminger; helsepedagogikk, individuell oppfølging, likemannsutveksling, motiverende intervju, gruppetilnærming og visualisering. Helsedirektoratets anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet ble benyttet som retningslinjer for de delene av intervensjonen som omfattet råd om ernæring og fysisk aktivitet.

Samarbeid med pasienten sine nærpå personer (pårørende/tjenesteytere) har vært viktig gjennom hele prosessen.

3.3 Effektmål

Vi har hatt flere mål med dette prosjektet.

- Utprøving av et nytt behandlingstilbud
- Kompetanseheving
- Økt kompetanse på måling av resultater

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Målinger ble gjennomført i startfasen, underveis og ved avslutning av prosjekt. Målingene underveis ga oss muligheter til å fange opp utfordringer og korrigere kursen.

Det ble benyttet ulike måleindikatorer, disse kan deles inn i 3 kategorier:

1. Pasientens kunnskap om

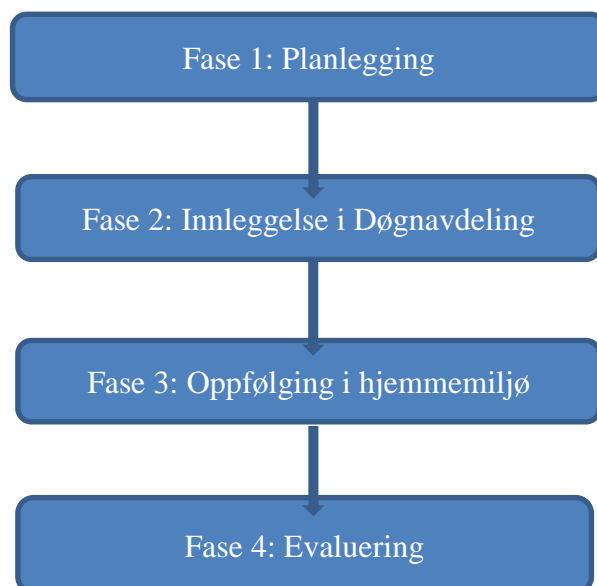
- Kosthold
- Trening
- Helse
- Det å gjøre en endring/motiverende intervju
- Opplevelse av mestring

2. Samtaler med nærpersoner/samarbeidsparter opplevelse av relevant kunnskap før, underveis og etter prosjekt

3. Kroppslige endringer:

- Blodprøver (ble utført hos fastlege før og etter prosjekt)
- BMI/ Muskelmasse (inbody-vekt)
- Endring fysisk aktivitet, kondisjon
- Blodsuktermåling på en av pasientene

4. Prosjektets 4 faser/pasientforløp:



Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

4.1 Fase 1- Planlegging

I fase 1 jobbet vi med planlegging og forberedelser av de to neste fasene. Aktuelle pasienter ble valgt, det ble opprettet kontakt med samarbeidsparter, timeplaner og prosedyrer for fase 2 ble utarbeidet og veiledningsforløp i fase 3 ble planlagt. To av pasientene som fikk tilbud om å delta i prosjektet var allerede pasienter hos Habiliteringstjenesten, i tillegg fikk vi to pasienthenvisninger fra poliklinikk for overvekt i Helse Bergen.

Det ble arrangert en undervisningsdag/fagdag for nærpersoner (pårørende, ansatte i bolig, arbeidsplass og dagsenter). Innhold: Presentasjon av prosjektet, undervisning om motivasjons- og endringsarbeid og Helsedirektoratets anbefalinger vedr kost og ernæring.

En egen arbeidsgruppe bestående av representanter fra Døgnavdelingen, Ambulante tjenester, lege og ernæringsfysiolog har bidratt i denne fasen.

Etter innvilget helsehjelp kunne planlegging med pasienten og deres kontaktnett startes. Det ble blant annet:

- Utnevnt en ansvarlig fra pasientens kommune som hadde ansvaret for oppfølging i etterkant (primærkontakt)
- Utført en somatisk undersøkelse hos fastlege i forkant av innleggelse. Blodprøvesvar skulle foreligge
- Pasientene skulle sette seg egne mål for oppholdet og tiden i etterkant
- Primærkontakt i bolig/foresatte hadde ansvar for at det ble lagt til rette for økt fysisk aktivitet og at riktig kosthold var et fokusområde i pasientens hverdag i fase 3.

4.2 Fase 2- Innleggelse i Døgnavdeling

Oppholdet ble organisert og gjennomført av et tverrfaglig team bestående av lege, klinisk ernæringsfysiolog, vernepleiere, hjelpepleiere og ergoterapeut.

Fokuset under oppholdet var trening, ernæring, samhandling, mestring og glede. Det var fast opplegg med trening x2 per dag, faste måltider og undervisning. Ernæringsfysiolog hadde utarbeidet individuelle kostplaner som var retningsgivende for hver enkel pasient. Pasientene hadde andre dag i oppholdet en rutinesjekk hos lege ved Habiliteringstjenesten.

Dagsplaner/ukeplaner

Programmet for de 4 ukene var godt planlagt i forkant. Alle ukedager hadde samme punkter på planen og det ble lagt opp til 4 hovedmåltider. Pasientene var med på å planlegge noen av aktiviteten utenfor huset, for eksempel kino, bowling og valg av turområder.

Fysisk aktivitet:

Det var viktig å skape trygge utprøvnings situasjoner og motivere til positive mestringsopplevelser. Men det var også viktig at pasientene hadde sosial gevinst gjennom fellesskap med de andre deltakerene.

I ukedagene var det lagt opp til to treninger pr dag. Den første økten var i egen treningssal hvor det ble gjennomført sirkeltrening. Det var felles oppvarming og uttøyning til musikk. Sirkeltreningen bestod av ergometersykling, ro-maskin, øvelser med strikk, ball, situps ved bruk av poser med erter og stepp-kasse.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

På ettermiddagen var det tur i basseng eller gåtur. I helgene var det en tur om dagen.

Ernæring

Før innleggelse hadde klinisk ernæringsfysiolog utarbeidet individuelle kostplaner for pasientene ut fra kartlegging av deres kost- og bevegelsesvaner og gjennomført individuelle samtaler med pasientene andre dag i oppholdet. Kostplanen ble regnet ut med tanke på vektreduksjon. I tillegg hadde ernæringsfysiologen undervisning om riktig ernæring ved bruk av blant annet gruppearbeid.

Hensikten med undervisningen var å motivere pasientene til å gjøre endringer i sine kostvaner og som er praktisk mulig å gjennomføre i hverdagen.



Undervisning

I ukedagene var det undervisning hver formiddag. Ulike tema ble presentert. Hver undervisning bestod av både samtaler, diskusjoner og aktiviteter. Undervisningen var godt planlagt og strukturen på hver samling var likt oppbygd. Det ble laget referat hver gang som ble gjennomgått ved neste samling og alle fikk kopi. Dette fungerte som repetisjon. Pasientene fikk egen perm der alle referater, oppskrifter, skjema ble samlet.

Undervisning kl 10-11	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Uke 1	_____	_____	_____	Fysisk aktivitet	Hygiene
Uke 2	Kosthold	Legens time	Å gjøre en endring	Fysisk aktivitet	Hygiene
Uke 3	_____	Kosthold	Å gjøre en endring	_____	Tannstell v/ tannpleier
Uke 4	Infoposten Bergen kommune	Kosthold	Å gjøre en endring	Hjemreise	

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Endringsamtaler

Miljøterapeut med videreutdanning i motiverende intervju gjennomført tre ene-samtaler med pasientene. Fokus i samtalene gikk på å motivere til endring ved å skissere små trinn på veiene til et mål. Det var noe fokus på det som hadde skjedd siden sist, men mest på det de skulle jobbe med videre. Vi hadde alltid fokus på mestring.

For å måle motivasjon brukte vi en skala med tegning av fjes som skulle si noe om hvor motivert man var. Jo høyere på skalaen jo blidere fjes. Der de selv definerte seg på streken, samsvarte ikke alltid med de endelige resultatene. Det ble utarbeidet en kontrakt med den enkelte, med korte og konkrete målsettinger. Noen fikk en liste med gode vaner de kunne velge fra, andre klarte å definere målsettinger på egen hånd. Kontrakten ga videre beskrivelse av hvordan de skulle nå målene sine, og hvem de trengte hjelp av og hvordan de ønsket at hjelpen skulle gis. På første møtet var også pårørende/boligpersonal med. Vi jobbet med fordelene ved endring, brukte skala- og mirakelspørsmål. Siste samtale før utskrivning, definerte deltakerne mål for oppfølgingsperioden.



Bemanningsfaktor

Bemanningsfaktor i Døgnavdeling på dag- og kveldstid var 2: 4, på natt en våken nattevakt. I tillegg bidro ulike fagpersoner fra Ambulant team og eksterne ressurser i undervisning og aktiviteter. Det oppsto enkelte situasjoner der det kunne vært ønskelig med tettere bemanning for å få gi tilstrekkelig individuell oppfølging og støtte; f.eks. under fysiske aktiviteter der funksjonsnivået var ulikt med tanke på tempo og kondisjon.

Sammensetning av pasientgruppen

Gruppesammensetningen var viktig for at pasientene skulle fungere sammen. Gruppen besto av to menn og to damer i 30 – 40 års alder. Alle hadde ulike forutsetninger og forventninger til prosjektet.

Erfaren bruker

I en av undervisningstimene hadde vi gjort avtale med en erfaren bruker som deltakerne kunne identifisere seg med. Hun fortalte om sine erfaringer og ga gode råd om hvordan hun hadde gått ned i vekt. Noen av hennes råd var å ta ansvar for eget liv, ha personale tilstede under trening, spise riktig og bli mett, følge detaljert kostplan og ukeplan. Flere ganger i prosjektperioden refererte pasientene fra informasjonen den erfarne brukeren hadde gitt.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Mathåndtering

All mat ble kjøpt inn av personalet. Mengde mat ble styrt utfra innholdet i kostplanene. Maten som ble servert var lettprodukter og sunn kost. Maten ble satt på bordet og personalet veiledet i mengde med bakgrunn i de individuelle kostplanene. Eksempel at kostplanen sa 2 skiver, et glass juice osv. Dette fungerte greit.

1. uke i «bli kjent fasen» tilberedte personale alle måltider. Deretter ble arbeidsoppgavene ved matlaging fordelt mellom personalet og gruppelemmene på omgang. Det viste seg at tillaging av mat ble et sosialt samlingspunkt også for de som ikke hadde oppgaver. Det ble mye latter og moro.

Nye matretter og matvarer ble introdusert. Det viste seg at smaking på ny mat ga en smitteeffekt som førte til at flere tok nye og sunnere valg. Hver lørdag var en av aktivitetene å gå på tur, deretter å kjøpe snacks på butikken. De valgte sunnere varianter som ble introdusert av personale.



Epikrise/rapport

Etter avsluttet opphold ble det utarbeidet en epikrise som inneholdt råd om kosthold og aktiviteter, samt måloppnåelse og konkrete tiltak som pasientene skulle følge opp lokalt. Det ble også skrevet avslutningsrapport som ble sendt pasient, bofellesskap og henvisende instans (lege). For at pasientene skulle videreføre sin nye kunnskap ble det viktig at nærpersonene og tjenesteyterne ble informert om ny kunnskap og viktigheten av å videreføre gode vaner. Det ble avholdt utskrivningsmøte der fastlege, foresatte og tjenesteytere i kommunen deltok.

4.3 Fase 3 - Oppfølging i hjemmemiljøet

Etter oppholdet på 4 uker ble det utarbeidet en oppfølgingsplan som inneholdt planlagt oppfølging og veiledning til pasientene og deres nærpersoner de neste 10 månedene. Alle fikk med seg «Boka Mi» som skulle være et verktøy/hjelpemiddel for å bruke den lærte kunnskapen. Den inneholdt blant annet deres individuelle kostplan, referat fra undervisningen og tips om sunne alternativer til «lørdagsgodt».

Boka mi!



Navn:
Adresse:
Tlf:

Denne boken skal hjelpe deg å holde orden på dine planer for de neste månedene. Her kan du notere dine treninger eller turer som du går. Du kan også slå opp i kapittel «Kosthold» for å se hva som er rett kost for deg.

Vann

- Velg Vann som tørstedrikk
- Begynn dagen med et glass vann
- Drikk juice og/eller mager melk til brødmåltidene
- Drikk vann til middagsmåltidet



Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Pasientene fikk rekvisisjon til kommunal fysioterapeut. Fysioterapitjenesten i kommunen kan gi behandling, trening og oppfølging i eget miljø. Vi mente det var nyttig at pasientene fikk kyndig oppfølging i forhold til fysisk trening for å få en bedret livskvalitet.

Det ble gjennomført 3 gruppesamlinger.

Formålet med samlingene:

- Blir planer fulgt etter hjemkomst?
- Har det oppstått utfordringer mht. kost og fysisk aktivitet?
- Har en funnet strategier for å løse utfordringene?
- Erfaringsutveksling
- Gi innspill til plan videre

Det viste seg at det var ulike behov for oppfølging grunnet individuelle utfordringer i denne perioden. Etter 10 månedene, da prosjektet var slutt ble det avslutning med utlevering av diplom og gaver, samt måling av kroppsvekt etc.

4.4 Fase 4- Evaluering

Målinger og observasjoner gjennom hele prosjektet ble oppsummert.

5. Evaluering/resultater

5.1 Målbare resultater

Etter fire uker i Døgnavdelinga (Fase 2) hadde alle fire pasientene bedre resultat på gangtest og BMI. Pasientene hadde økt sin kunnskap om kroppens funksjoner, sykdomslære, god hygiene og tannhelse. I tillegg hadde de fått ny kunnskap om sunn kost og alternative måter å holde seg i fysisk aktivitet.

Målinger i slutten av prosjektet (Fase 3 - desember 2013) viser at to av pasientene har hatt ytterligere nedgang i vekt, mens to har samme vekt som i starten av prosjektet.

Den ene pasienten har gått fra kategori svært alvorlig fedme til alvorlig fedme, en annen fra alvorlig til moderat fedme. Alle fire hadde stor framgang på gangtest.

Blodsukker

En av pasientene hadde diabetes og målte blodsukker morgen og kveld. Ved start på prosjektet var verdien langt over det som er anbefalt. Etter hvert i fase 2 -innleggelse ble verdiene lavere og i slutten av oppholdet var verdiene innenfor anbefalt området. I fase 3-oppfølging i hjemmemiljø viste det seg at verdiene gikk opp igjen til det som i utgangspunktet var for høye verdier.

Dette viser at matinntak og å holde seg regelmessig i fysisk aktivitet i kontrollerte former har stor innvirkning på blodsukkeret.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

5.2 Endringsprosess

For to av pasientene fungerte prinsipper for motiverende samtale veldig godt. For de to andre var samtalen mindre åpen, og mer styrt. Årsaken er at motiverende intervju som metode krever et høyt refleksjonsnivå, og dette kan oppleves krevende for enkelte. Videre viste det seg at de som hadde varierende motivasjon, hadde noe svakere resultater enn de som hadde stabil motivasjon. For en av pasientene var det usikkerhet om forståelsen for skalaen.

Samtalene varte i 15-20 minutter, og for de fleste var dette tilstrekkelig. Med kontrakten ble det enklere å være konkret, og følge opp hvordan det hadde gått med de målene de hadde satt seg.

5.3 Valg av gruppetilnærming

For pasientene var det viktig at all aktivitet ble utført sammen med de andre deltakerne. Fellesskapsfølelsen og det sosiale betydde mye for alle. Etter hvert ble de mer modige og tok initiativ til å ta ordet i gruppen. Pasientene snakket sammen om livene sine, utfordringer og vanlige dagligdagse ting. Delte sine erfaringer innen flere temaer. Et eksempel var en deltaker som jobber i kantine. Hun hadde flere gode råd om hygiene på kjøkkenet som de andre lærte av. Et annet eksempel på gruppeeffekt var turgåing der flere tok ekstra i for å holde tritt med de andre.

5.4 Selvrapporing ved prosjektslutt

- Har innført sunnere matvaner
- Ser etter nøkkelhullprodukter i butikken
- Velger nøkkelhullprodukter/ grovhetsskala
- 3 av 4 er mer i fysisk aktivitet
- Har motivert andre i bofellesskapet til trening

5.5 Tilbakemeldinger fra nærpersoner – første uker etter døgnopphold

Nærpersoner kunne etter innleggelse i døgnavdelingen fortelle at pasientene viste i det daglige at de hadde fått ny kunnskap og generalisert denne i eget hjemmemiljø.

Vi får handle for ham og han er interessert i å kjøpe grønnsaker

Nå får NN gå tur 20 minutter tur hver dag i arbeidstiden

Så vi får håpe at ved meny møtene hvor vi har fokus på kosthold og ernæring, samt turer kan opprettholde de flotte resultatene og den flotte stolte NN som kom tilbake fra Breistein

NN er fortsatt for å gå ytterligere ned i vekt

Turer er han også lettere å få med på

5.6 Nytteverdi for Habiliteringstjenesten

I tillegg til at vi har fått bekreftet at målgruppen kan gjøre seg nytte av et tilpasset tilbud, har vi fått erfaring med å bruke måleresultater i kvalitetsarbeid og utvikling av nye tilbud.

Våre positive erfaringer med prosjektet viser at dette er en behandling som bør komme flere til gode og videreføres. Vi mener at gruppetilbud til livsstilsendring har hatt en god effekt og bør videreføres. Habiliteringstjenesten har mye kompetanse på tilrettelegging for målgruppen, men trenger samarbeid med spesialavdelinger som har spisskompetanse i dette behandlingstilbudet. Det er nødvendig med et samarbeid med ernæringsfysiolog og spesialister med medisinsk kompetanse på overvekt. Det er i tillegg behov for forpliktende avtaler med førstelinjetjenesten spesielt i oppfølgingsfasen (f.eks. fastlege, Frisklivssentraler, fysio-/eller ergoterapitjenesten e.l.).

6. Utfordringer i prosjektet

Forståelse av valg

En kjent utfordring ved livsstilsendring er å opprettholde motivasjonen i det daglige. For utviklingshemmede er valgsituasjoner spesielt vanskelig, da konsekvenser av handlinger/valg ikke alltid er lett å forstå siden en ikke ser synlig effekt der og da. I oppfølgingsfasen har det for noen av pasientene vært vanskelig å motivere seg og følge de rådene og ny kunnskap som ble gitt.

Takke nei til bistand

Erfaringer fra prosjektet viser også at noen pasienter har fått muligheten til å delta på ulike aktiviteter, gå på turer, svømming, men har valgt det bort. Det kan for noen oppleves som masing eller krav. Mange utviklingshemmede får ikke individuelle tjenester og er avhengig av å si ja til tilbud om aktiviteter på tidspunkt som ikke passer så godt, men er tilpasset flertallet.

Mangel på impuls kontroll

Gammel vane er vond å vende, heter et gammelt ordtak. Det kan være vanskelig å endre på gjentatte regelmessige vaner og dette har vist seg å være utfordrende også for pasientene i prosjektet. Spesielt har tilgang og inntak av mat ført til vansker i forhold til målsetninger (-spiser til det er tomt). Å endre livsstil og spisevaner tar lang tid.

«Sammen er vi sterke»

De gode resultatene etter fase 2- innleggelse i døgnavdelingen viser at tett oppfølging og daglig motivering er viktig for å gjøre en endring.

I fase 3 – oppfølgingsfasen var pasientene tilbake i sitt hjemmemiljø. Pasientene har her forskjellig oppfølging fra foreldre og tjenesteytere og resultatene etter 10 mnd. viste ikke samme positive utvikling. Her så vi at pasienten sin motivasjon og tilgang til penger og mat var avgjørende. Nærhet, tilgjengelighet og oppfølging til personalgruppen når behovet er der er også et viktig element.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

7. Suksessfaktorer

Suksessfaktorer har vært:

- Pasientene tar ansvar for egne liv
- Tilrettelegging med bakgrunn av pasientenes behov
- Tett oppfølging
- Løsningsfokustert med mye konkrete råd og tiltak
- Det er utviklet av et tverrfaglig sammensett team
- Benyttet egne lokaler som var lett tilgjengelige
- Motiverende intervju
- Variasjon i program
- Gruppetilnærming i kombinasjon med individuell oppfølging
- Tilrettelagt trening
- Samarbeid med ernæringsfysiolog
- Gode forberedelser til pasienter og nærpersioner
- Samarbeid med pasientene sine nærpersioner (påførende/tjenesteytere)
- Gruppens sammensetning
- Bruk av humor og glede
- Introduksjon av nye og lystbetonte aktiviteter
- Pasienten har motivert andre i bofellesskapet til å være med på faste treninger
- Pasienten har påvirket andre i bofellesskapet til å spise sunn mat
- Pasientene har opprettholdt kontakten etter prosjektets avslutning

8. Konklusjon

Gjennom prosjektet har vi begrunnet, utviklet, prøvd ut og beskrevet en tverrfaglig intervensjon for utviklingshemmede med overvekt. Personer med utviklingshemning og alvorlig overvekt/fedme har behov for en spesiell tilnærming for å kunne nyttiggjøre seg behandlingstilbud.

Resultatet viser at pasientene har fått økt bevissthet om egne vaner og fått økt kunnskap om å endre egen livsstil. For noen av pasientene har det vært en stor utfordring å endre vaner både med kosthold og fysisk aktivitet. En viktig faktor for å lykkes er den støtten og oppfølgingen som familie og nærpersioner yter. Skal nye vaner hos pasientene ha varig effekt vil det være viktig med struktur, rammer og systematisk oppfølging over tid.

Ved avslutning av prosjektet viste målinger at to av pasientene har betydelig nedgang i vekt, mens to har gått tilbake til samme vekt som ved oppstart. En pasient har gått fra kategori *svært alvorlig fedme til alvorlig fedme*, en annen fra *alvorlig til moderat fedme*. Alle fire pasientene hadde jevnt bedring av resultatet på gangtest i hele perioden. Alle har nyttiggjort ny kunnskap og vært motivert for endring, men trenger ytre støtte for å opprettholde motivasjon.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Omtaler av prosjektet:

Helse-Bergen sine nettsider (<http://www.helse-bergen.no/no/nyheter/Sider/fekk-ny-start-gjennom-proveprosjekt-mot-overvekt.aspx>)

Info-posten i Bergen Kommune

(https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00189/Infoposten_februar_189325a.pdf)

Presentasjon på Nasjonal fagkongress i ergoterapi 2013.

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

Litteraturliste

Barth, T. (2007) *Motiverende samtale*, Fagbokforlaget

Heap, K. (1999) *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. Oslo, Universitetsforlaget

Helle, T., Hsieh, K., og Rimmer, J. (2002) *Barriers and Supports for Exercise Participation Among Adults with Down Syndrom*

Helsedirektoratet (2009), *Prioriteringsveileder for sykkelig overvekt*

Helse- og omsorgsdepartementet m.fl. (2005) *Sammen om fysisk aktivitet. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009*. Oslo, Departementene

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator*

Hove, O. (2004), [Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community](#)

Jobling, A. og Cuskelly, M. (2006). *Young people with Down syndrome: A preliminary investigation of health knowledge and associated behaviours*. Journal of Intellectual & Development Disability, December 2006: 31 (4): s. 210-218

Manger, T & Wormnes, B. (2005) *Motivasjon og mestring*. Bergen, Fagbokforlaget

Norsk ergoterapeutforbund (2010) *Aktivitetsbegrepet*. Oslo

Prescott, P. og Børtveit, T. (2004) *Helse og atferdsendringer*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag

Vedlegg 1

BLI KJENT

Hva heter du?

Hvor gammel er du?

Hvor bor du?

Hva jobber du med?

Hva er dine interesser?

Noe annet?



Vedlegg 2

QUIZ

Sett strek under riktig svar

1. Hvor ofte bør man spise fisk til middag?

Hver dag

2-3 ganger i uken

1 gang i uken

2. Hvilken drikk er anbefalt som tørstedrikk?

Sukkerfri brus eller saft

Vann

Juice eller melk

3. Hvor mange måltider bør du spise hver dag?

Det holder med frokost og middag

4 hovedmåltider pluss mellommåltider

3 Hovedmåltider

4. Hvilke matvarer blir dårlige hvis de ligger mer enn 2 til 4 uker uten at vi spiser de?

Kjøtt, fisk og melk

Frukt og grønnsaker

Is og sjokolade

5. Hva er den beste slankemetoden?

Spiser bare salat og grønnsaker

Ikke spise noen ting

Spise sunn mat og trene regelmessig



Vedlegg 3

Utdrag fra referat fra gruppetime mandag 12.februar

Tema: Legens time

Lege Jack snakket om ulike sykdommer.

Hva skjer med kroppen når vi spiser usunn mat:

- Går opp i vekt
- Kan få diabetes (sukkersyken)
- Kan få hjertesykdom
- Kan få sykdommer i blodårene
- Kan bli trett, ha vansker med å konsentrere oss
- Spiser vi for mye sukker er ikke bra for tennene

Hvorfor blir vi overvektig?

- Spiser for mye mat
- Spiser for mye mat med fett og sukker
- Er for lite i bevegelse
- Det kan også være på grunn av en sykdom eller stoffskifte
- Noen medisiner gjør at vi legger på oss

Hvis man har mye sukker i blodet i mange år og ikke får behandling kan dette føre til:

- ❖ Sykdom i øyne
- ❖ I nyrer
- ❖ Hjerneslag
- ❖ Hjerteinfarkt
- ❖ Skader i nerver i beina, som kan føre til nummenhet.

Årsaker til Diabetes 2:

- Spiser for mye- overvekt
- For lite mosjon

Behandling av Diabetes 2:

- Gå ned i vekt

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

- Mosjonere mer
- Spise sunnere
- Noen må bruke medisiner
- Noen kan slutte med medisiner når de trener og spiser sunn mat, men dette er det legen som bestemmer
- Det er bra og ta medisinen sin til samme tid hver dag
- Er også bra å spise regelmessige måltider hver dag. Det vil si å spise flere måltider hver dag

Alle som har diabetes skal spise kost som anbefales til alle oss andre det vil si sunn mat og passelig mengde mat.

Høyt blodtrykk:

Det er når hjertet pumper blod ut fra hjertet og det er tungt for hjerte å pumpe. Er en overvektig, vil det være tungt for hjerte å pumpe blod. Når en går ned i vekt, vil det være lettere for hjertet og få et bedre blodtrykk 😊



Kolesterol:

Er et slags fett som finnes i kroppen. Det er nødvendig at vi har noe kolesterol i kroppen, men ikke for mye. Har vi for mye kolesterol vil fettete seg på innsiden av blodårene. Hvis dette skjer kan det føre til :

- Blodpropp
- Hjerneslag
- Hjertekrampe (kan være smerter i hals, rygg, skulder og bryst)
- hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt:

Dette er sykdom i hjertet og det kommer plutselig. Hjertet er en muskel og trenger blod(næring) for å gjøre jobben sin. Når det er for mye kolesterol i blodet får hjertet for lite blod og det dannes et arr i hjertet. Hjertet pumper ikke

Ny start- et pilotprosjekt for utviklingshemmede med overvekt

like godt etter at det har fått et arr. Dette arret gror etter hvert. Blir blodåren helt tett får en blodpropp.

Når en får hjerteinfarkt får en smerter i brystet/ryggen i flere minutter, noen blir kvalm og kaster opp.

Noen dør av hjerteinfarkt, men de fleste overlever.

Årsaker til hjerteinfarkt kan være:

- arv
- røyking
- mye kolesterol
- høyt blodtrykk
- diabetes
- for lite mosjon

Pusteproblemer om natten:

Noen sliter med at de slutter å puste i korte perioder om natten. Dette fører til at hjernen ikke får det surstoffet som den har behov for. Dette fører til at en blir mindre opplagt. Dette er heller ikke bra for hjertet.

Belastningslidelser:

Når en er overvektig blir musklene svakere, skjelettet(rygg, knær, hofter) får for mye å bære på. Dette fører til at leddene i skjelettet blir slitne og det blir vondt å bevege seg og en kan få verk når en sitter i ro.

Usunt fett kommer fra h-melk, smør, fløte, fete oster og i noe kjøtt og pølser. Disse matvarene gir oss kolesterol i blodet.

Vedlegg 4

Referat fra gruppetime 15. februar

Tema: HYGIENE

Hadde en kort oppsummering fra forrige gang da vi snakket om hvor viktig det er å vaske hender og ha god hygiene på kjøkkenet.

Vi så en film og hvordan man skal vaske seg og hvor viktig det er å tørke seg godt. Damene fikk først se en film og en dame som dusjet, mennene fikk se en mann dusje.

Stikkord:

- Bruk shampoo og balsam
- Bruk såpe på kroppen
- Bruk intimsåpe nedentil(i skrittet)
- Begynn på toppen og vask deg nedover
- Viktig å vaske ekstra godt under armer og i skrittet
- Viktig å tørke seg godt under hudfolder
- Brukt deodorant



Tannpuss

Vi så en film om en dame som ikke hadde pusset tennene sine på lang tid og på grunn av dette trakk vennene seg bort.





















































































Det er viktig å huske på:

- Pusse tenner både morgen og kveld
- Pusse ca 2 minutter hver gang
- Elektrisk tannbørste pusser bedre enn vanlig tannkost
- Det er lurt å bruke tanntråd eller tannstikker
- Det er også lurt å bruke fluorskylling hvis tannlegen sier det
- Tannkosten må skiftes av og til!!
- Bra å få tannlegen til å kalle oss inn til undersøkelse 1 gang per år



Vedlegg 5

Hvor mye vann drikker jeg hver dag?

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						
						

Vedlegg 6

Oppfølgingsdag etter 2 måneder

Program for dagen

11-12: Samtaler med Beate

12-12:30: lunsj

12:30: Quiz

Erfaringsutveksling:

- **Hvordan har dere hatt det etter hjemkomst?**
- **Hvordan har det gått med de gode vanene?**
- **Har dere innført fast trening/ turer?**
- **Spiser dere riktig mat til hverdags?**
- **Er det vanskelig å motivere seg uten hjelp fra andre?**

Har dere noen gode råd til de andre?

God tur hjem☺

Vedlegg 7

Oppfølgingsdag etter 7 måneder

Program for dagen

11-11:30: Lunsj

11:30-12:30: Samtaler med Beate

12:30-13:15: Tur/ Gangtest

13:15-14:00 Felles oppsummering:

- **Hvilke endringer har dere gjort?**
- **Har noe vært vanskelig?**
- **Hva er lurt å gjøre når vi står overfor usunne valg?**
- **Jannike viser oss sitt registreringskjema–**

Hva blir viktig fremover?

Film

God tur hjem☺

Vedlegg 8

Spørreskjema om Helse, kosthold og Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet:

1. Hvor mange minutter bør en voksen være i aktivitet hver dag?

10 minutter 30 minutter 60 minutter

Kosthold:

1. Har du hørt om nøkkelhullmerking? Ja_____ Nei_____
2. Grovhetsskala? Ja_____ Nei_____
3. Tallerkenmodellen? Ja_____ Nei_____

Hvor mye vann bør vi drikke her dag?

1 liter 2 liter 3 liter

Hvor mange grønnsaker og frukt blir vi anbefalt å spise hver dag?

3 5 7

Hvor ofte bør vi spise fisk i uken?

1 2-3 6

Hvor mange måltider bør vi spise hver dag?

2 5 8

Hva kan vi kose oss med isteden for snop?

Habiliteringstjenesten for voksne
Olav Bjordalsvei 29
5111 Breistein