

Hälsoprojekt

- idé till rehabiliteringsmodell
för långtidssjukskrivna

Christine Johansson
Maria Svensson

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
I STOCKHOLM

Examensarbete 2005:103

Folkhälsovetenskap C, inriktning fysisk aktivitet

Handledare: Eva Andersson (GIH)

Yvonne Allnér, Margareta Hofstedt,

Eva Torén (Försäkringskassan)

Sammanfattning

Syfte

Syftet med arbetet var att undersöka om vi i och med vårt hälsoprojekt kunde se eventuella förändringar och effekter av fysisk, psykisk och social hälsa hos långtidssjukskrivna projektdeltagare, rekryterade från Försäkringskassan i Stockholm. Vi hade också för avsikt att få en bild av långtidssjukskrivnas rehabilitering och situation i samhället.

Metod

I hälsoprojektet deltog 11 stycken långtidssjukskrivna med olika diagnoser och besvär. Könsfördelningen var en man och tio kvinnor. Hälsoprojektet utgjordes av enkätundersökning om olika livsstilsfrågor och fysiologiska tester initialt och i slutet av en period med ledarledd fysisk aktivitet och andra hälsobefrämjande åtgärder.

Resultat

Från enkäten kunde vi utläsa individuella förbättringar av den fysiska och psykiska hälsan hos deltagarna. Gemensamt för många av deltagarna var att de hade ökat sin fysiska aktivitet och vardagsmotion. Följden av detta har blivit att flera deltagare sover bättre, upplever mer balans och kontroll över sin vardag och förbättrat sina kostvanor. Gruppens medelvärde för skattad upplevd fysisk har ökat i alla delmoment samtidigt som de skattade upplevda symtomen har minskat. Från de fysiologiska testerna kunde vi se en förbättrad syreupptagningsförmåga hos flera av deltagarna.

Slutsats

Alla de positiva resultaten från projektet talar starkt för att man med relativt enkla och kostnadseffektiva medel kan påverka individen i positiv riktning. Dessutom är fysisk aktivitet ett verkningsfullt komplement till traditionell sjukvård.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING.....	1
----------------------------	----------

INLEDNING.....	3
-----------------------	----------

<i>BAKGRUND.....</i>	<i>3</i>
----------------------	----------

SYFTE.....	5
-------------------	----------

METOD.....	5
-------------------	----------

<i>URVAL AV PROJEKTDELTAGARE.....</i>	<i>5</i>
---------------------------------------	----------

<i>INITIERING, INNEHÅLL OCH STRUKTURERING AV HÄLSOPROJEKT.....</i>	<i>6</i>
--	----------

<i>HÄLSOUNDERSÖKNING.....</i>	<i>6</i>
-------------------------------	----------

<i>Hälsoenkät.....</i>	<i>6</i>
------------------------	----------

<i>FÖRSTA TESTTILLFÄLLET.....</i>	<i>7</i>
-----------------------------------	----------

<i>Hälsosamtal.....</i>	<i>7</i>
-------------------------	----------

<i>Fysiologiska tester.....</i>	<i>7</i>
---------------------------------	----------

<i>ANDRA TESTTILLFÄLLET.....</i>	<i>8</i>
----------------------------------	----------

<i>UPPLÄGGNING AV ERBJUDNA FYSISKA AKTIVITETER OCH ANDRA INSLAG I HÄLSOPROJEKTET.....</i>	<i>8</i>
---	----------

<i>Fysiska aktiviteter.....</i>	<i>8</i>
---------------------------------	----------

<i>Aktiviteter för allmänt välbefinnande.....</i>	<i>10</i>
---	-----------

<i>Tematräff.....</i>	<i>10</i>
-----------------------	-----------

<i>Föreläsning.....</i>	<i>10</i>
-------------------------	-----------

<i>Motiverande hälsosamtal.....</i>	<i>10</i>
-------------------------------------	-----------

<i>Motivationsgrupp.....</i>	<i>10</i>
------------------------------	-----------

<i>Stegräknare.....</i>	<i>11</i>
-------------------------	-----------

RESULTAT OCH DISKUSSION.....	11
-------------------------------------	-----------

<i>NÄRVARO FYSISKA AKTIVITETER.....</i>	<i>11</i>
---	-----------

<i>HÄLSOENKÄT.....</i>	<i>12</i>
------------------------	-----------

<i>Skattad upplevd fysik.....</i>	<i>14</i>
-----------------------------------	-----------

<i>Skattade upplevda symtom.....</i>	<i>15</i>
--------------------------------------	-----------

<i>FYSIOLOGISKA TESTER.....</i>	<i>15</i>
---------------------------------	-----------

<i>Cykelergometertest.....</i>	<i>16</i>
--------------------------------	-----------

<i>Vikt.....</i>	<i>17</i>
------------------	-----------

<i>Blodtryck.....</i>	<i>17</i>
-----------------------	-----------

<i>FÖRSÄKRINGSKASSANS ROLL.....</i>	<i>17</i>
-------------------------------------	-----------

<i>ÅTT ARBETA I PROJEKTFORM.....</i>	<i>18</i>
--------------------------------------	-----------

<i>VÅR IDE´.....</i>	<i>19</i>
----------------------	-----------

<i>SLUTORD.....</i>	<i>19</i>
---------------------	-----------

LITTERATUR- OCH KÄLLFÖRTECKNING.....	20
---	-----------

<i>TRYCKTA KÄLLOR.....</i>	<i>20</i>
----------------------------	-----------

<i>ELEKTRONISKA KÄLLOR.....</i>	<i>20</i>
---------------------------------	-----------

<i>MUNTliga KÄLLOR.....</i>	<i>21</i>
-----------------------------	-----------

BILAGOR finns i den tryckta skriften

Inledning

Under höstterminen 2005 skulle vi genomföra ett projektarbete inom kursen Folkhälsovetenskap C, inriktning fysisk aktivitet. I projektet skulle vi bedriva fysisk aktivitet med ett antal personer med olika sjukdomar.

Bakgrund

Arbetslivet har en avgörande betydelse för folkhälsan och är en av de viktigaste bestämningsfaktorerna till de stora hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupper. De allra största hälsoriskerna finner man bland personer som står utanför arbetsmarknaden. Långvariga sjukskrivningar kan leda till att människor avskärmas från sina sociala kontakter och kan hamna i en passiv sjukroll.¹

Försäkringskassan är en statlig myndighet som arbetar på uppdrag av regeringen. År 2002 fastställde regeringen ett mål gällande sjukfrånvaron i Sverige: ”Frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008.” Parallellt skall antalet sjuk- och aktivitetsersättningar minska. Kvinnors andel ska minska från 62 % (2002) till 58 % (2007).²

1997 började sjukfrånvaron, av okänd anledning, kraftigt öka i Sverige. Sveriges befolkning fick plötsligt inte sämre hälsa men de psykiska besvären hos befolkningen började öka, framförallt hos kvinnor. Kurvan med ökad sjukfrånvaro har nu vänts men det är fortfarande lång väg kvar till regeringens uppsatta mål. Färre personer sjukskrivs nu, år 2005, men långtidssjukfrånvaron blir bara längre. En förutsättning för att nå målet att halvera sjukfrånvaron är att de långa sjukfallen kan brytas. Kvinnor är inte oftare sjukskrivna än män men de anses ha svårare att komma tillbaka till arbetslivet. Följden blir att kvinnorna blir sjukskrivna under längre perioder.³

Den som är inskriven vid allmän försäkringskassa skall enligt lag ges möjlighet till den rehabilitering som behövs för att återställa arbetsförmågan och därmed ges förutsättningar för

¹ Ågren, G. ”Den nya folkhälsopolitiken, nationella mål för folkhälsan” Statens folkhälsoinstitut 2004, s. 10

² Örjansberg, M., Idrottshögskolan, Stockholm. Föreläsning: Förutsättningar för sjukskrivning och rehabilitering. 2005-02-25

³ ibid

förvärvsarbete. Rehabiliteringsåtgärderna skall utgå från den enskildes behov samt planeras och genomföras med denne. Försäkringskassans rehabiliteringsansvar innebär bland annat att uppmärksamma behov av rehabiliterande insatser, upprätta rehabiliteringsplaner, att för den enskilde samordna rehabiliteringens olika insatser samt se till att de olika aktörerna samverkar. Det är den sjukskrivnes ansvar att aktivt medverka i sin rehabilitering. Arbetsgivaren ska i samråd med den anställde göra en rehabiliteringsutredning. För den som saknar anställning ska rehabiliteringsutredningen utföras av Försäkringskassan.⁴

Rehabiliteringen är ett av de problemområden som identifierats i samband med sjukskrivningar. Det råder osäkerhet kring rehabiliteringsbegreppet, det upplevs ibland oklart vem som bär ansvaret för rehabiliteringsinsatserna eftersom flera aktörer är involverade. Vidare upplevs att många rehabiliteringsåtgärder sker för sent i processen.⁵

Regeringen har i propositionen 2002/03:35 föreslagit att långtidssjukskrivna aktivt ska erbjudas möjligheter till motion eller träning på sina egna villkor som en prioriterad insats för att nå målområde 9: Ökad fysisk aktivitet.^{6 7}

Fysisk aktivitet är idag en av de mest effektiva icke-farmakologiska behandlingsformerna för ett brett spektra av sjukdomar. Fysisk aktivitet har en säkerhetsställd effekt när det gäller att minska risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom, risken för högt blodtryck, diabetes typ II och tjocktarmscancer. Fysisk aktivitet har en förebyggande effekt på fetma, en lindrande verkan när det gäller ledsmärtor och andra besvär från rörelseorganen. Därtill har fysisk aktivitet en säkerställd effekt när det gäller att lindra ångest, oro, sömnsvårigheter och lättare depressioner.⁸

⁴ Höök, O. Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber AB, 2001 s. 272

⁵ <http://regeringen.se/content/1/c6/03/87/74/027a30d7.pdf> s. 47

⁶ http://www.fhi.se/upload/pdf/2004/uppdrag/reg_indikatorbil9.pdf s. 6

⁷ <http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf> s. 78

⁸ FYSS; Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr 2003:44, kap 1

Syfte

Syftet med arbetet var att undersöka om vi i och med vårt hälsoprojekt kunde se eventuella förändringar och effekter av fysisk, psykisk och social hälsa hos långtidssjukskrivna projektdeltagare, rekryterade från Försäkringskassan i Stockholm. Hälsoprojektet utgjordes av enkätundersökning om olika livsstilsfrågor och fysiologiska tester initialt och i slutet av en period med ledarledd fysisk aktivitet och andra hälsobefrämjande åtgärder. Vi hade också för avsikt att få en bild av långtidssjukskrivnas rehabilitering och situation i samhället.

Metod

Urval av projektdeltagare

I juni 2005 hölls ett möte med en rehabiliteringssamordnare och chefen för enheten Ohälsa på Försäkringskassans länskontor i Stockholm. Där presenterade vi projektledare det tänka projektet och i samråd med mötesdeltagarna utformades ramarna för projektet. En plan för rekrytering av projektdeltagare gjordes.

För att kunna gå in på djupet med försökspersonerna under projektets gång, bestämde vi projektledare att en grupp på 20 personer skulle vara hanterbart. Ett brev med information om projektet och en anmälningsblankett (bilaga 1) skickades ut till olika handläggare på Försäkringskassan i Stockholm. Dessa handläggare hjälpte oss att rekrytera lämpliga deltagare till projektet. En rehabiliteringssamordnare på Försäkringskassan sammanställde en lista åt oss med namn, adress och telefonnummer till 20 personer som var intresserade av att delta i vårt projekt. Vi kontaktade dessa personer via telefon och av de 20 personerna var 14 fortfarande intresserade av projektet. Dessa bjöds in till ett första informationsmöte.

Ett bortfall på 3 projektdeltagare uppstod efter detta möte och således utgjordes projektgruppen av sammanlagt 11 individer, 1 man (M) och 10 kvinnor (K) i åldern 23-47 år. Deras diagnoser/besvär var bland annat: Depression, Borderline, Whiplash, Torticollis, F.d. narkotikamissbrukare, Utbrändhet, Förslitningsskador, Fibromyalgi, Elöverkänslighet och Funktionshindrad.

Initiering, innehåll och strukturering av hälsoprojekt

På ett initialt informationsmöte presenterade vi för våra projektdeltagare våra tankar och idéer kring innehållet i hälsoprojektet. Vi gick igenom tänkta delmoment i projektet och lyssnade till deras synpunkter och frågor. Projektdeltagarna fick på mötet fylla i ett aktivitetsformulär där de kryssade för i vilka aktiviteter de skulle vilja delta i. De erbjudna hälsoaktiviteterna var bland annat stavgång, styrketräning i gym, styrketräning med egna kroppen, simning, motivationsgrupp, submaximalt konditionstest på cykel, föreläsning och massage (bilaga 2). De fick även ge förslag på andra önskemål av aktiviteter.

Utgångspunkten för oss var att med ett stort urval försöka få projektdeltagarna att prova på olika fysiska aktiviteter och hitta något som passade dem, med inriktning på fysisk och själslig hälsa. Mötet avslutades med att projektdeltagarna fyllde i en hälsoenkät (bilaga 3). Innan projektdeltagarna lämnade informationsmötet fick de anteckna sig på en tid för hälsosamtal hos någon av oss och på så sätt delades projektdeltagarna slumpvis upp mellan oss.

När vi hade sammanställt gruppens önskemål gjorde vi upp ett preliminärt aktivitetschema för hela projektperioden. Projektdeltagarna fick aktivitetschema för två veckor i taget under hela projektperioden, detta för att vi skulle kunna vara flexibla och ändra aktiviteter vid behov (bilaga 4).

Hälsoundersökning

Hälsoenkät

Utifrån Idrottshögskolans hälsoenkät konstruerade och anpassade vi till gruppen en egen hälsoenkät (bilaga 3). Den fylldes i under informationsmötet för att vara till underlag under hälsosamtalet. På så sätt fick vi in alla enkäter på en gång samt att deltagarna direkt kunde fråga oss om något var oklart. Samma enkät fylldes även i inför andra hälsosamtalet i slutet av projektperioden på sammanlagt 3 månader. Till det sistnämnda tillfället skickades enkäten med post. Alla 11 projektdeltagare har besvarat enkäten vid båda tillfällena.

Första testtillfället

Hälsosamtal

Initialt i projektet hade vi ett individuellt hälsosamtal med de 14 projektdeltagarna där vi gick igenom hälsoenkäten. Under samtalet resonerades det kring deltagarens livsstilsvanor där personen motiverades att ta ansvar för sina motions-, kost-, tobaks- och övriga livsstilsvanor. Vi samtalade också om situationen som sjukskriven och försökte finna lösningar på eventuell ensamhet och stress. Frågor kring tidigare rehabilitering togs också upp.

Fysiologiska tester

Vi valde att använda oss av Åstrands cykelergometertest som mätmetod för att kunna beräkna syreupptagningsförmågan. Cykeltestet erbjöds som en frivillig aktivitet och 9 av projektdeltagarna ville genomföra cykeltestet. Tid för cykeltestet bokades in vid hälsosamtalet och då delade vi även ut en informationslapp (bilaga 5), där de kunde läsa om vad som var viktigt att veta inför test. Vid testtillfället var vi väl förberedda och pålästa om projektdeltagarnas medicinska status.

Vid testtillfället fick respektive person efter välkommandet sätta sig ner för att vi, efter ett kortare samtal, skulle kunna ta blodtryck i vila. Därefter frågades om intag av mat, kaffe, tobak eller farmaka. Vi pratade också med testpersonen om deras fysiska aktivitetsvanor för att kunna bedöma inställningen av belastning på ergometercykeln. Registrering av vikt och längd utfördes initialt. Under cykelergometertestet registrerades arbetspulsen vid den högsta submaximala arbetsbelastningen.

Efter testet samtalade vi om individens uppmätta kondition och vilket betydelse detta värde hade i personens liv. Vi påpekade vikten av att regelbundet fysiskt aktivera sig för att kunna se ett förbättrat resultat vid nästa testtillfälle.

Andra testtillfället

Efter tio veckor genomförde vi hälsotest nummer två. Av de nio projektdeltagare som deltog vid första cykeltestet genomförde sju av dem det uppföljande cykeltestet. Två deltagare valde att avstå från cykeltest på grund av sjukdom. Veckan innan skickades hälsoenkäten, identiskt med den vid första tillfället, och ett diskussions- och utvärderingsunderlag (bilaga 6) ut till projektdeltagarna.

Vi kontaktade personligen projektdeltagarna och bokade in tider för testerna. Efter cykeltestet hade vi ett hälsosamtal, denna gång inriktat på jämförelserna av hälsoenkäterna samt resultatet från cykeltestet. Vi gick igenom diskussions- och utvärderingsunderlaget och projektdeltagarna fick möjlighet att uttrycka sina tankar kring projektet och känslor inför framtiden. I samband med andra testtillfället erbjöds projektdeltagarna en halvkroppsmassage.

De två projektdeltagare som från början valde att inte genomföra ett cykeltest hade vi endast massage och hälsosamtal med där vi jämförde resultatet från de båda enkäterna.

Uppläggnin g av erbjudna fysiska aktiviteter och andra inslag i hälsoprojektet

Fysiska aktiviteter

Stavgång:

5 tillfällen à 45-60 minuter, Lill Janskogen

En ganska snabb tur erbjöds i de vackra områdena kring och i Lill Janskogen. Intensitet ca 50-70 % av max. Intensiteten är uppskattad av projektledare.

Promenad:

2 tillfällen à 45-60 minuter, Lill Janskogen

Promenad i de vackra områdena kring och i Lill Janskogen. Intensitet ca 30-60 % av max.

Styrketräning:

5 tillfällen à 60 minuter, Idrottshögskolans gym

Styrketräning i gym med möjlighet till individuell handledning av projektledare.

Intensitet ca 60 % av max.

Styrketräning egna kroppen:

3 tillfällen à 60 min, Gymnastiksal 2, Idrottshögskolan

Stationsträning med den egna kroppen som belastning. Intensitet 50-60 % av max.

Simning:

3 tillfällen à 60 minuter, GIH badet

Egen simträning med möjlighet till individuell handledning av projektledare.

Intensitet ca 50-70 % av max.

Yoga:

3 tillfällen à 60 minuter, Dansstudion, Idrottshögskolan

Ashtangyoga, en fysisk form av yoga, ledd av inhyrd instruktör. Intensitet 50-60 % av max.

Qi-gong:

2 tillfällen à 60 minuter, Dansstudion, Idrottshögskolan

Meditativ träningsform, ledd av inhyrd instruktör. Intensitet 30-50 % av max.

Spinning:

1 tillfälle à 60 minuter, Friskis&Svettis, Sveavägen

Konditionsträning i grupp på motionscykel under ledning av en instruktör.

Intensitet 60-90 % av max.

Motionsgymnastik:

2 tillfällen à 60 minuter, Gymnastiksal 1, Idrottshögskolan

Idrottshögskolans motionsgymnastik erbjuds till våra deltagare. Intensitet ca 60-70 % av max.

Jazzdans:

1 tillfälle à 60 minuter, Dansstudion, Idrottshögskolan

Enkla stegkombinationer till musik. Instruktör var projektledare från annan

hälsoprojektgrupp. Intensitet 40-60 % av max.

Aktiviteter för allmänt välbefinnande

Massage:

1 tillfälle à 30 minuter

Halvtimmesmassage främst riktad mot rygg, nacke och skuldror.

Tematräff

1 tillfälle à 90 minuter, Grupprum Idrottshögskolan

Ett seminarium med temat "Stress". Föreläsning varvades med praktiska uppgifter och diskussioner.

Föreläsning

1 tillfälle à 180 minuter, Aulan Idrottshögskolan

Projektmedlemmarna erbjöd att lyssna till två föreläsningar under Idrottshögskolans convent. Föreläsningarna behandlade stress och kost för hälsa och välbefinnande.

Motiverande hälsosamtal

Fortlöpande hälsosamtal via telefon med de projektmedlemmar som inte deltog i de fysiska aktiviteterna på Idrottshögskolan.

Motivationsgrupp

3 träffar à 90 minuter, Grupprum, Idrottshögskolan

En liten grupp arbetade tillsammans för att motivera varandra till livsstilsförändringar. Kursen var upplagd efter Johan Faskungers bok och arbetshäfte "*Det löser sig*"⁹ vilken har ett lösningsinspirerat fokus. Konceptet visade sig inte vara lämplig i arbetet med sjukskrivna. I samråd med projektmedlemmarna togs ett beslut om att avsluta arbetet i motivationsgruppen efter tre träffar.

⁹ Faskunger, J., Det löser sig! Stockholm, SISU Idrottsböcker, 2004

Stegräknare

Användes i syfte för att medvetandegöra för individen i vilken utsträckning personen är fysiskt aktiv en dag/period.

Resultat och Diskussion

Närvaro fysiska aktiviteter

M1: 55%

K1: 45%

K2: 60%

K3: 44%

K4: 15%

K5: 25%

K6: 45%

K7: 22%

K8: Tränade på egen hand

K9: 5%

K10: Tränade på egen hand

Vi projektledare hade självklart önskat en högre närvaro men som sjukskriven kan det vara svårt att lägga om sin livsstil på så kort tid som 10 träningsveckor. Det kan finnas flera olika anledningar till att deltagarna delvis inte närvarat. Vi ser att deras vardag kan komma att påverkas av faktorer som i ett "friskt tillstånd" inte skulle ha påverkats i samma utsträckning. Det kan vara fler förkylningar och infektioner, otillräcklig sömn, oro inför träningen eller psykisk svaghet. Under projektets gång har vi som projektledare stöttat och lyssnat in och på så sätt försökt påverka närvaron. Vi har dessutom anpassat de fysiska aktiviteterna efter deltagarnas önskemål.

Hälsoenkät

Nedan redovisas resultatet från ett urval av frågorna ur hälsoenkäten. Hälsoenkäten i sin helhet med alla sammanställda resultat återfinns som bilaga 7.

M1

Framträdande resultat var att frågorna rörande upplevd fysisk och psykisk hälsa förbättrades. Detsamma gällde frågor om sömn. Vidare sågs en markant ökning gällande uppskattad fysik (kondition, armstyrka, benstyrka, rörlighet). De vanligaste fysiska aktiviteterna hade ändrats till mer fysiskt krävande.

K1

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa i livet som sjukskriven (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades något.

K2

Framträdande resultat var att frågorna rörande upplevd fysisk och psykisk hälsa förbättrades. Detsamma gällde frågor om sömn. Vidare sågs en ökning gällande uppskattad fysik (kondition, armstyrka, benstyrka, rörlighet). Fysiska aktivitetsvanor ökades markant, 30 min fysisk aktivitet ökade från 1 dag/vecka till 6-7 dagar/vecka och 60 min fysisk aktivitet ökade från 0 dag/vecka till 4-5 dagar/vecka. Majoriteten av frågorna rörande kost (regelbundna måltider, mängd frukt och grönt, mängd fiberrik kost, alkoholkonsumtion) förbättrades markant.

K3

Framträdande resultat var att frågorna rörande upplevd fysisk och psykisk hälsa förbättrades. Majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa i privatlivet (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades markant. Detsamma gällde frågor om sömn. Vidare sågs en enorm ökning gällande uppskattad fysik (kondition, armstyrka, benstyrka, rörlighet, balans) och minskad smärta i nacke, axlar, rygg, höft och knä.

K4

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande kost (regelbundna måltider, mängd frukt och grönt, mängd fiberrik kost) förbättrades markant. Fysiska aktivitetsvanor (60 min) ökade från 0 dag/vecka till 1 dag/vecka.

K5

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa i livet som sjukskriven (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades något. Detsamma gällde frågor om sömn. Utifrån enkäten kunde också utläsas en minskad smärta i nacke, axlar, rygg, höft och knä.

K6

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa i livet som sjukskriven (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades. Detsamma gällde frågor om sömn. Utifrån enkäten kunde också utläsas en minskad smärta i rygg och höft. Den medicinska statusen hade förbättrats och deltagaren erhöll färre förkylningar och färre allergiska besvär.

K7

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa både i privatliv som arbetsliv (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades. Deltagaren har idag ett bättre socialt nätverk och tar sig mer tid till kulturella nöjen. En liten förbättring av sömnen kan utläsas. Vidare sågs en markant ökning gällande uppskattad fysik (kondition, armstyrka, benstyrka, rörlighet). Fysiska aktivitetsvanor (60 min) ökade från 0 dag/vecka till 1 dag/vecka. Kaffekonsumtionen har sänkts från 4 ggr/dag till 1-3 ggr/dag.

K8

Framträdande resultat var att majoriteten av frågorna rörande upplevd hälsa både i privatliv som arbetsliv (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades. Vidare sågs en ökning gällande uppskattad fysik (kondition, armstyrka, benstyrka, rörlighet). Fysiska aktivitetsvanor har ökat till flera gånger i veckan. Kaffekonsumtionen har sänkts från 4 ggr/dag till 1-3 ggr/dag. Rökkonsumtionen har halverats och ligger idag på 10st/dag. Deltagaren har bestämt sig för att sluta röka 5 dec 2005.

K9

Frågorna rörande upplevd hälsa i livet som sjukskriven (hopp/optimism, glädje/lycka, lugn/harmoni/balans, kontroll över vardag, meningsfullhet) förbättrades något. Vidare tar sig deltagaren mer tid att koppla av.

K10

Fysiska aktivitetsvanor (60 min) ökade från 2-3 dagar/vecka till 4-5 dagar/vecka. I övrigt kan inga förändringar utläsas från enkätfrågorna.

Gemensamt för många av deltagarna var att de hade ökat sin fysiska aktivitet och vardagsmotion. Följden av detta har blivit att flera deltagare sover bättre, upplever mer balans och kontroll över sin vardag och förbättrat sina kostvanor. En positiv förändring för individens situation och vardag är att flera har fått minskade problem med förkylningar och infektioner.

Vi hoppas att detta kan vara starten till en mer fysiskt aktiv livsstil och ett mer hälsosamt liv. Metodutveckling för livsstilsinterventioner för att minska behovet av farmaka lyfts fram i målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. ¹⁰

Skattad upplevd fysik

	Enkät 1/2	1/2	1/2
Kondition:	M: 3,7/5,5	Min: 2/3	Max: 6/8
Armstyrka:	M: 4,3/5,1	Min: 1/2	Max: 7/8
Benstyrka:	M: 4,6/5,9	Min: 2/3	Max: 7/8
Rörlighet:	M: 3,6/4,3	Min: 1/1	Max: 6/8
Balans:	M: 4,5/4,7	Min: 2/3	Max: 7/8

Skala 1-10, 1 = mycket lågt, 10 = absolut maximalt

¹⁰ http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/reg_indikatorbil6.pdf, s. 6

Skattade upplevda symtom

	Enkät 1/2	1/2	1/2
Nacke:	M: 5,9/5,5	Min: 2/0	Max: 10/9
Axlar:	M: 5,7/5,3	Min: 2/0	Max: 9/9
Rygg:	M: 5,8/5,1	Min: 0/0	Max: 10/9
Höft:	M: 4,0/4,0	Min: 0/0	Max: 10/9
Knä:	M: 3,8/2,6	Min: 0/0	Max: 10/9
Andfåddhet:	M: 5,6/3,6	Min: 2/0	Max: 10/6

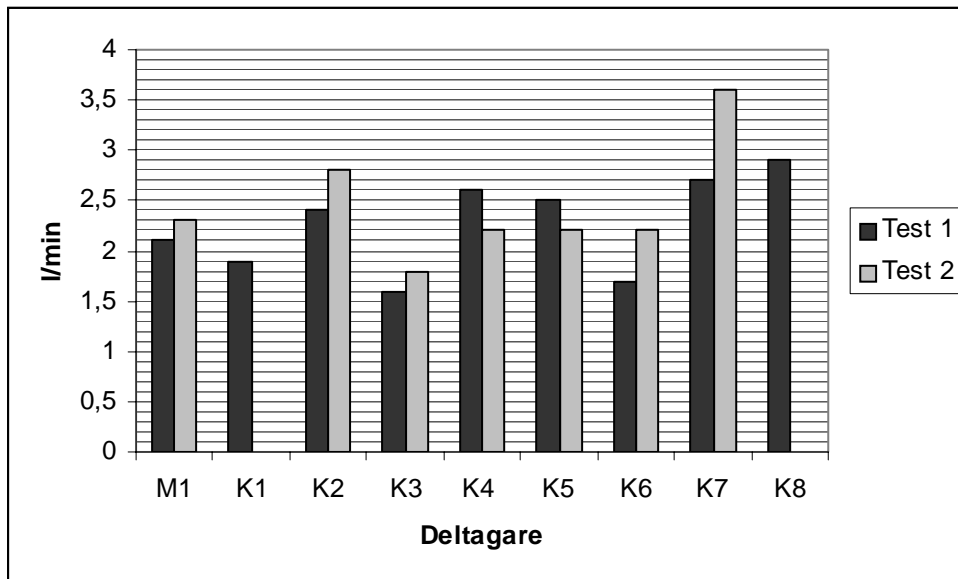
Skala 1-10, 1 = motsvarar mycket svagt 10 = motsvarar extremt starkt

Från tabellen kan vi utläsa att gruppens medelvärde för skattad upplevd fysisk har ökat i alla delmoment samtidigt som de skattade upplevda symtomen har minskat. Detta tycker vi är ett mycket positivt resultat för vårt projekt och för våra projektdeltagare. Det känns bra att deltagarna nu känner sig starkare och upplever mindre smärta. Vår förhoppning har varit att försöka belysa vikten av fysisk aktivitet för hälsa och välbefinnande i allmänhet.

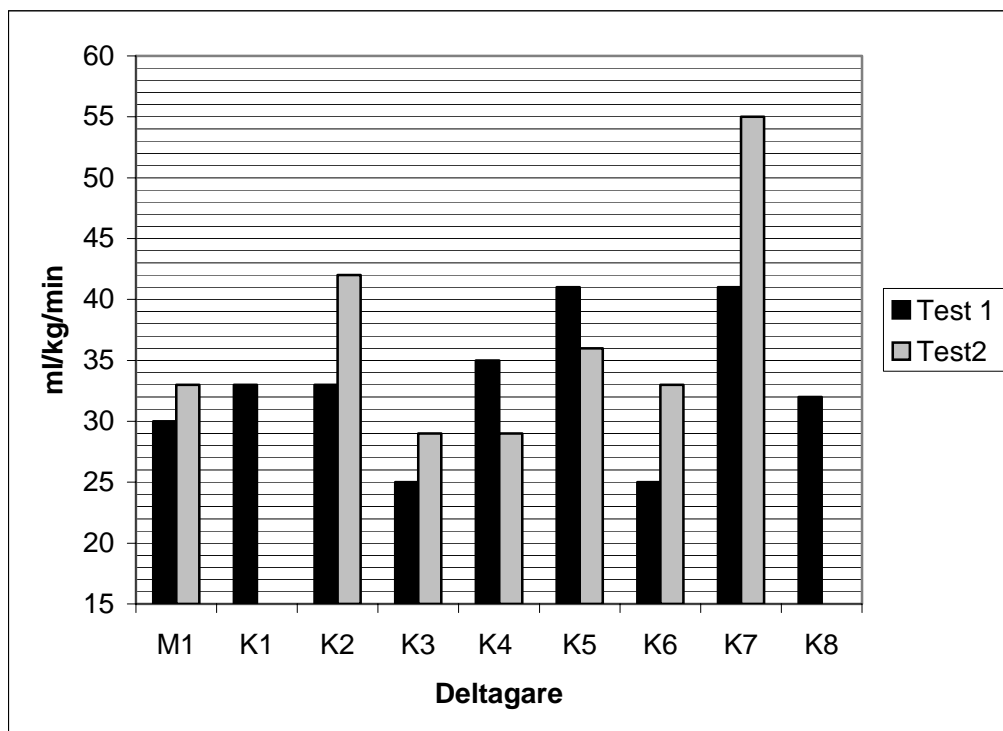
Fysiologiska tester

Nedan redovisas resultatet från cykelergometertest, vikt och blodtryck. Vi lyfter fram individuella resultat. Sammanställda resultat från de fysiologiska testerna återfinns som bilaga 7.

Cykelergometertest



Figur 1. Cykeltest l/min



Figur 2. Cykeltest ml/kg/min

En ökning av syreupptagningen kan uppmätas hos fem av de sju utförda testerna. En förklaring till detta kan vara att de fyra av de fem deltagare som förbättrat konditionen har

haft hög närvaro på de fysiska aktiviteterna under projektets gång. Två av deltagarna uppvisar en sänkning av syreupptagningen. En förklaring till detta kan vara att en av deltagarna uppgav att den inte kände sig helt frisk vid andra testtillfället.

Gemensamt för resultaten av cykeltest två var att alla skattade sig lägre på Borgskalan. Även om förbättringen kan ligga inom felmarginalen så blev deltagarna nöjda över sitt resultat och motiverade till att fortsätta fysiskt aktivera sig.

Vikt

M1 hade gått ner 3 kg från testtillfälle ett till testtillfälle två. Förklaringen är att han har blivit markant mer fysiskt aktiv. K2 hade gått ner 6 kg från testtillfälle ett till testtillfälle två. Ett av hennes mål var att gå ner i vikt så resultatet ser vi som positivt och stärkande för henne själv. För övriga projektdeltagare sågs ingen förändring av vikten.

Blodtryck

Under testtillfälle ett uppmärksammades högt blodtryck (140/90mmHg) hos K9. Deltagaren uppmanades att gå till Vårdcentralen för uppföljning. Där konstaterades att hypertoni förekom och medicin skrev ut. För övriga projektdeltagare låg blodtrycket inom normalvärden.

Försäkringskassans roll

En vanlig uppfattning av Försäkringskassans roll i rehabilitering är att ”det händer ingenting” eller ”dom gör inget”. Försäkringskassans roll i rehabilitering är att de ska samordna rehabilitering som är arbetslivsinriktad. Den medicinska rehabiliteringen har landstinget ansvar för. Samtidigt har arbetsgivaren det övergripande ansvaret för rehabiliteringen.¹¹

Med den här bakgrunden kan vi få en förståelse för problemområden som finns i samband med sjukskrivningar och dess rehabilitering och för vilka konsekvenserna kan bli. Vidare kan

¹¹ Telefonintervju med Yvonne Allnér, Rehabiliteringssamordnare Försäkringskassan Stockholm (2005-11-30)

man ställa sig frågan var gränsen mellan medicinsk och arbetsinriktad rehabilitering går? Vi anser att de olika ”rollerna” måste bli tydligare för att få en effektivare rehabilitering. Kostnaderna minskar då för samhället och färre hamnar i onödigt långa sjukskrivningar.

Att arbeta i projektform

Att arbeta i projektform har varit ett bra arbetssätt för den här uppgiften. Projektarbete är en process med olika faser; ämnesval, planering, genomförande, presentation, rapportskrivning och utvärdering. Projektarbete bygger på ett lösningsfokuserat och självständigt arbetssätt. I processen får man söka nya vägar flera gånger för att kunna lösa uppgifterna. Projektledarens förmåga att identifiera och hantera de problem som uppstår under arbetets gång är avgörande för hur bra det slutgiltiga resultatet blir.¹²

Under projektets genomförande har vi många gånger ställts inför olika problem, funderat över lösningar, fattat beslut och handlat därefter. Vi anser att vi lyckats bra i vårt arbete och löst problem som uppstått, på ett bra sätt. Ett exempel på detta var när vi tillsammans med projektdeltagarna fattade beslutet om att avsluta motivationsgruppen.

I målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, presenteras olika delmål. Ett av dessa delmål är att sjukdomsförebyggande insatser ska ske både på individ- och gruppnivå. Dessa insatser ska riktas till såväl individer med ökad sårbarhet för sjukdom och ohälsa som hos de som redan har utvecklat sjukdom.¹³ I och med att metoderna ska utvecklas så att preventiva insatser naturligt integreras i ”vårdkedjan” så anser vi att vårt projekt ligger i linje med detta. Genom vår metod visar vi på att man på ett enkelt och billigt sätt kan verka både och primärpreventivt och sekundärpreventivt.

I projektarbetsprocessen är avvecklingen av projektgruppen lika viktig som förberedelserna inför projektstarten. När en grupp som arbetat tillsammans en längre tid ska skiljas åt uppstår ofta separationsångest.¹⁴ Vi som projektledare undrar nu vad som kommer att hända med våra deltagare efter projektets slut. Det har blivit en rutin för dem att komma till Idrottshögskolan

¹² Markusson Winkvist, H., Rönnqvist, C. Projektarbete. Stockholm: Liber AB, 2002

¹³ http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/reg_indikatorbil6.pdf, s. 8

¹⁴ Marttala, A., Karlsson, Å. Projektboken. Lund: Studentlitteratur, 1999 s. 88

1-2 gånger i veckan för att delta i någon fysisk aktivitet eller samtal. I och med projektet upplever många av deltagarna att vardagen blivit mer meningsfullt trots sjukskrivningen. En gemenskap bland projektdeltagarna har skapats och det har varit värdefullt för dem att få träffa människor som befinner sig i samma situation som de själva.

Som projektledare är det viktigt att göra en enskild utvärdering och uppföljning med var och en av projektets medlemmar.¹⁵ Detta har vi prioriterat eftersom vi under vårt sista hälsosamtal utvärderade projektet tillsammans med varje enskild deltagare. Det var ett givande samtal för både oss som projektledare och projektdeltagarna. Det kändes som ett bra och viktigt avslut på projektet. Vi ville ta reda på vad deltagarna fått ut av projektet, vad vi kunde ha gjort annorlunda och samtidigt få höra deras tankar inför framtiden. Överlag var deltagarna mycket nöjda med projektet och de uppgav att projektet hade varit givande på många sätt.

Vår ide´

I vår metod har vi ett helhetsperspektiv på individens situation. Vi tycker det är viktigt och värdefullt att försöka påverka livsstilsförändringar för individen i dess vardag. En målsättning med vårt projektupplägg var att försöka få individen att lära sig få in vissa nya metoder och rutiner till förbättrade livsstilsvanor i sitt vardagsliv. Förhoppningen var att projektinnehållet skapar en god grund för att individen ska ta en aktiv roll i sin rehabiliteringsprocess och på så sätt snabbare kunna återgå till arbetslivet. Dessutom är fysisk aktivitet ett verkningsfullt komplement till traditionell sjukvård. Alla de positiva resultaten från projektet talar starkt för att man med relativt enkla och kostnadseffektiva medel kan påverka individen i positiv riktning.

Slutord

Det vi tar med oss från det här projektet är främst mötet med dessa olika men unika människor. Vi har fått en vidare syn på vad hälsa innebär och en djupare insikt av långtidssjukskrivnas vardag och situation.

¹⁵ ibid s. 88

Litteratur- och källförteckning

Tryckta källor

Faskunger, J., *Det löser sig!* Stockholm: SISU Idrottsböcker, 2004

FYSS; *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr 2003:44

Höök, O., *Rehabiliteringsmedicin*. Stockholm: Liber AB, 2001

Markusson Winkvist, H., Rönnqvist, C. *Projektarbete*. Stockholm: Liber AB, 2002

Marttala, A., Karlsson, Å. *Projektboken – Metod och styrning för lyckade projekt*. Lund: Studentlitteratur, 1999

Ågren, G., ”*Den nya folkhälsopolitiken, nationella mål för folkhälsan*” Statens folkhälsoinstitut, Sandvikens tryckeri, 2004

Elektroniska källor

Folkhälsoinstitutet

Berndt Lundgren, Förslag till mål och indikationer inom folkhälsoområdet. *Målområde 6: En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*, 2003-03-31

http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/uppdrag/reg_indikatorbil6.pdf (2005-12-07)

Folkhälsoinstitutet

Berndt Lundgren, Förslag till mål och indikationer inom folkhälsoområdet. *Målområde 9: Ökad fysisk aktivitet*, 2003-03-31

http://www.fhi.se/upload/pdf/2004/uppdrag/reg_indikatorbil9.pdf (2005-12-07)

Regeringskansliet

Kristina Alexanderson, *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*, Rapport 2005-01

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/03/87/74/027a30d7.pdf> (2005-12-08)

Regeringskansliet

Regeringens Proposition 2002/03:35 *Mål för folkhälsan*, 2002-12-19

<http://www.regeringen.se/content/1/c4/12/59/ce6a4da9.pdf> (2005-12-12)

Muntliga källor

Telefonintervju med Yvonne Allnér, Rehabiliteringssamordnare Försäkringskassan Stockholm (2005-11-30)

Örjansberg, Maggie. Idrottshögskolan, Stockholm. Föreläsning: *Förutsättningar för sjukskrivning och rehabilitering*. 2005-02-25