



”e” som i engagemang?

BILAGA TILL ETAPPEN ”FRAMTIDENS FRISKVÅRD, EGENVÅRD OCH JOBBHÄLSA” INOM OPINION HÄLSA,
APRIL 2013



E- SOM I ENGAGEMANG?

Teknikens intåg har genom sociala medier och interaktiva verktyg tagit ytterligare ett kliv in i våra liv och framtidens hälso- och sjukvårdsarbete är redan här. Nya visioner och strategier för innovationer inom e-hälsa formuleras på olika nivåer i samhället och möjligheterna är till synes oändliga. Samtidigt poängteras individens eget ansvar för hälsan och oundvikligen väcks därmed också frågan om delaktighet och engagemang – dvs vem som ska göra vad och vem som ska betala.

HUR SKAPAS ENGAGEMANG?

Trots det enorma utbud av hälsoinformation som finns idag är det uppenbart att många av oss inte lever så hälsosamt som vi skulle kunna göra. De flesta människor är generellt sett tämligen medvetna om vad som är goda hälsovanor (e.g. gällande kost, rökning, fysisk aktivitet, att följa läkarens ordination, etc) men det räcker alltså inte för att vi ska anamma detta i vår livsstil. Det finns såklart flera orsaker till detta, till exempel att vi prioriterar vår hälsa på olika sätt och att vi har olika uppfattning om vilka effekter våra levnadsvanor har för vår hälsostatus och vårt välbefinnande. Därmed är vi också olika benägna att förändra våra hälsobeteenden. En annan central orsak är lika enkel som komplex: det är svårt att förändra beteenden och vanor. Inom motionsfältet har till exempel forskning de senaste 30 åren stadigt visat att hälften av alla som börjar motionera slutar inom 3-6 månader, så kallad drop-out (Buckworth & Dishman, 2013; Lox et al., 2010; Nigg et al., 2008). Trots all den utveckling som skett på förhållandevis kort tid inom motions- och hälsoindustrin gällande såväl tillgänglighet, kvalitet och utbud är goda intentioner alltså inte heller tillräckligt för att lyckas förändra hälsobeteenden.

Därför är det viktigt att vi som arbetar med hälsofrämjande insatser inser att det inte räcker att bara tillhandahålla information och/eller möjligheten att använda olika hjälpmedel (exempelvis e-tjänster, subventionerade träningskort från arbetsgivaren etc) utan att samtidigt även tillhandahålla professionellt utformade stödfunktioner för att bidra till att initiera och upprätthålla hälsosamma vanor. Med tanke på att det kan anses lika hälsosamt att börja motionera som det är att sluta röka (Lindwall, 2011b) har både individ och samhälle mycket att vinna på att skapa väl utformade insatser, inte bara motionsfrämjande utan för alla typer av hälsobeteenden. En lyckad hälsointervention förutsätter dock att vi fullföljer den, vilket i sin tur kräver engagerade deltagare. En viktig nyckel är alltså motivation och hur vi kan utforma interventioner och verktyg på ett sätt som främjar motivation och engagemang. För att lyckas med detta måste vi förstå beteenden och de psykologiska processer som ligger bakom beteendeförändring – dvs vi måste förstå de drivkrafter som motiverar och engagerar. Nedan beskrivs tre potenta strategier baserade på aktuell evidens som kan öka chanserna att lyckas.

1 - Arbeta teoribaserat

Kurt Lewin (1890-1947) myntade sentensen ”det finns inget så praktiskt som en god teori” och vi är många som gärna skriver under på detta. Modern forskning visar tydligt att interventioner som baseras på en teoretisk grund är mer effektiva än gängse omhändertagande/vård (SBU 2007; Biddle et al., 2011), vilket understryker betydelsen av att använda sig av adekvata teoretiska ramverk för att främja hållbar beteendeförändring, även i interaktiva/digitala modeller (e-hälsa). Att arbeta teoribaserat möjliggör en djupare analys av de bakomliggande (psykologiska) processerna och kan därmed också ge en djupare förståelse för varför vissa beteendeförändringar är lyckosamma och andra inte. Det ger alltså möjlighet att exempelvis identifiera vilka faktorer som har medverkat och i vilka delar av processen respektive faktor är betydelsefull. Vidare skapar teorin även struktur och innehåll till själva interventionen, samt genererar naturliga utvärderingsverktyg. Om vi inte tar hänsyn till forskning och teorier i tillämpat arbete riskerar vi å andra sidan att våra insatser kanske endast fungerar kortsiktigt, inte har någon effekt alls – eller rent av ger negativa effekter och skadar deltagaren (se exempelvis Lindwall, 2011a; Wood, 2009). Att utgå ifrån olika teoretiska ramverk kan hjälpa oss att individbasera våra verktyg och tjänster, till exempel genom att identifiera förändringsbenägenhet (Transteoretiska modellen; Prochaska & Velicer, 1997), skapa motivationsfrämjande klimat och autonomisupport (Självbestämmandeteorin; Deci & Ryan, 1985; 2000; 2012), eller hantera barriärer och drop-out (Återfallsprevention; Marlatt & Gordon, 1985; Larimer et al., 1999).

2 - Främja delaktighet och autonomisupport

När vi vill främja motivation och engagemang är delaktighet en avgörande och central faktor, dvs i vilken utsträckning deltagarna får vara delaktiga i de processer och beslut som rör deras hälsa (bottum-up) istället för att bara få ett färdigt paket/recept presenterat (top-down). Detta har bland annat uppmärksammats inom Personcentrerad vård (Ekman et al., 2011; Sandman et al., 2011; Mead & Bower, 2002) och betydelsen av autonomisupport har även uppmärksammats i en metaanalys om motivationsorienterad vårdforskning (Ng et al., 2012). Särskilt när vi, som i dagens hälso- och sjukvård, betonar människors eget ansvar för hälsan är det viktigt att samtidigt skapa förutsättningar för empowerment, självförtroende och delaktighet i syfte att främja motivation och engagemang som kan stimulera hållbara beteendeförändringar genom att deltagaren blir självgående.

3 - Identifiera och implementera värdegrund

Att jobba utifrån en sund värdegrund är till synes självklart och hänger såklart nära samman med delaktighet och autonomisupport. Vi måste därför fundera över vilken syn vi har på våra deltagare (e.g. patienter) och vilken filosofi vi arbetar efter. Gör vi top-down fast vi tror att vi är bottom-up? Ser vi oss själva som experter som ska lösa deltagarnas problem? Tänker vi att det är deltagarnas fel om de misslyckas med en beteendeförändring (”hon är inte tillräckligt motiverad”, ”vi har ju provat allt”, ”han har ju erbjudits hjälp”, etc)? Det är lätt att förutsätta att deltagare vill förändras och prioriterar sin hälsa, och den kultur och atmosfär som vi förmedlar

genom vår värdegrund har mycket stor betydelse för om vi når fram och lyckas stimulera motivation och engagemang eller inte. Detta gäller inte bara i personliga möten utan även i hur vi utformar tekniska verktyg och tjänster inom exempelvis e-hälsa och ställer såklart stora krav på våra kunskaper och förmågan att applicera detta praktiskt. Här ser vi tydliga fördelar med att arbeta teoribaserat och ta stöd i relevanta modeller.

ENGAGEMANG PÅ OLIKA NIVÅER

Deltagarens engagemang är emellertid inte tillräckligt, engagemang krävs på flera nivåer av olika aktörer – politiker, offentlig vård, arbetsgivare, näringsliv, privat hälso- och sjukvård, m.fl. Frågan om delaktighet handlar alltså inte bara om medbestämmande utan också om möjliggörande, om kostnader och om vem som ska betala. Ska marknadens privata aktörer sörja för ett utbud av hälsorelaterade tjänster för den hugade konsumenten att själv bekosta och för arbetsgivaren att subventionera? Ska den offentliga vården utveckla och tillhandahålla sådana tjänster och erbjuda dem inom ramen för den gängse hälso- och sjukvården? Ska det vara tillgängligt för alla eller bara för den som har råd, är intresserad av och har tillgång till informationsteknik? Sådana frågor aktualiserar även frågan om ansvar och om vem som garanterar kvalitet och säkerhet för användaren. Hur säkerställer vi i möjligaste mån att interventionerna inte riskerar att inverka menligt på deltagarens hälsa enligt resonemanget om teoriförankring ovan, eller att den digitalt lagrade personliga informationen inte hamnar i felaktiga händer? Ju djupare vi gräver i dessa resonemang desto fler frågor kommer i dagen och eftersom det oftast är bättre att förekomma än att förekommas vore det bra om vi adresserar dessa frågor tidigt, för att slippa behöva vara efterklokka.

MEDICINEN SOM INGEN VILL HA...

I alla tider har filosofer och läkare erkänt sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa. Redan de gamla grekerna hade en egen avdelning inom medicinen som grundades på motion. Herodicus (ca 480 f.Kr.) var en av antikens läkare som praktiserade denna så kallade ”gymnastikmedicin” och han inspirerade bland annat Hippocrates (460-370 f. Kr.) som också betonade motionens värde för både fysiska och psykiska åkommor. Hippocrates inspirerade i sin tur Galenus (200-talet e.Kr.) som skrev boken ”The art of preserving health” där han ägnar ett helt kapitel åt ”The use and value of exercise”. Även under renässansen och upplysningen publiceras flertalet verk kring betydelsen av fysisk aktivitet för mental och fysisk hälsa. Det mest kända motionsrelaterade citatet från 1800-talet är Edward Stanleys (1826-1893) ”Den som inte avsätter tid för motion kommer förr eller senare bli tvungen att avsätta tid för sjukdom” och denna övertygelse har haft fortsatt dokumenterad betydelse för hälsorelaterad forskning och tillämpning under större delen av 1900-talet och in i vårt århundrade.

År 2013 är vi mer upplysta än någonsin och forskningsrapporter som bekräftar betydelsen av fysisk aktivitet och varnar för riskerna med en inaktiv livsstil och stillasittande är legio. Ändå har vi aldrig varit så inaktiva som vi är nu. Våra kroppar är gjorda för fysisk aktivitet och om vi inte belastar dem kommer funktionen oundvikligen försämrats med olika former av ohälsa som följd. Biologin är inte förhandlingsbar. De flesta föräldrar skulle aldrig låta en sjuåring röka, men att låta dem föra en inaktiv och stillasittande livsstil är potentiellt precis lika farligt (Lee et al., 2012). Försäkringskassans statistik visar att sjukfrånvaron fortsätter att öka, framförallt bland kvinnor och ungdomar och framförallt kopplat till psykisk ohälsa, vilket också bekräftas av Socialstyrelsens (2013) senaste årsrapport om folkhälsans utveckling. Enligt Livsmedelsverket fortsätter övervikt och fetma att öka och idag finns det fler överviktiga eller feta män i Sverige än normalviktiga.

...OCH SOM ÄR FÅ FÖRUNNAD?

Den enskilt mest effektiva åtgärden som har störst inverkan på hälsan är sannolikt regelbunden fysisk aktivitet. Enligt WHO (Bull et al., 2004) kan interventioner som framgångsrikt främjar en mer fysiskt aktiv livsstil förebygga 2 miljoner dödsfall och 20 miljoner DALY's (Disability adjusted life years) på global nivå. I Sverige har fysisk aktivitet på recept (FaR©) i sin nuvarande form använts sedan 2001 och kan användas för att behandla ett stort antal fysiska och psykiska sjukdomstillstånd (FYSS, 2008), även psykisk ohälsa och depression (Josefsson et al., 2013). Men trots dessa imponerande bevis är fysisk aktivitet en klart underrepresenterad metod inom dagens hälso- och sjukvård och det verkar som att kunskapen om fördelarna inte räcker ens för att de med förskrivningsrätt av FaR© ska använda sig aktivt av den i sitt arbete (Johansson, 2012). En liten klick övertygade förskrivare genererar i stort sett samtliga recept på fysisk aktivitet i Sverige medan den stora massan avstår. Av dem som får FaR© lämnas de flesta förhållandevis ensamma att både bekosta och utöva sin aktivitet, samtidigt som stöd och uppföljning är i det närmaste obefintligt i förhållande till den kunskap vi har om vad som krävs för hållbara beteendeförändringar.

EN LJUSNANDE FRAMTID

Biologin är som sagt inte förhandlingsbar, men skapar också positiva möjligheter eftersom det därmed inte heller behövs så mycket för att få förhållandevis stora hälsoeffekter. Att minska stillasittandet och öka den vardagliga fysiska aktiviteten minskar risken för en rad allvarliga sjukdomar, liksom risken att dö i förtid (Statens Folkhälsoinstitut, 2012; Kallings & Hellenius, 2010). Det behöver dock inte handla om att sveltas i gymmet eller joggingspåret, kanske inte ens om att cykla till jobbet eller gå en promenad på lunchen. Många har en föreställning om ”no pain – no gain”, men det gäller snarare för träningseffekter och prestation än för hälsoeffekter. Doseringen av motionen är också avgörande för upplevelsen och därmed också för motivationen, risken är att vi börjar på en för hög nivå och därmed inte förmår upprätthålla ambitionerna. Då är det bättre att börja i liten skala med något som vi enkelt kan integrera i vår vardag, utan större ansträngning eller obehag och



utan att behöva prioritera eller försaka allt för mycket. Till att börja med kan det räcka med att ställa sig upp med jämna mellanrum, att inte sitta en hel timme i sträck, dvs att bara röra sig lite mer i vardagen genom att minska stillasittandet. De flesta kan nog tänka sig att de skulle klara av att genomföra en sådan förändring och då är det större sannolikhet att vi prövar och att vi lyckas.

Att stimulera känslan av självförtroende (det här klarar jag) och självbestämmande motivation (jag gör det för min egen skull) kan utgöra en plattform för potentiella livsstilsförändringar och nya hälsobeteenden i ett längre perspektiv. Detta kan vi implementera på olika arenor i samhället, hälso- och sjukvården är en självklar aktör, liksom grundskolan, men även arbetsplatsen har stor potential att skapa förutsättningar för hälsofrämjande aktiviteter. Arbetsgivare har dessutom allt att vinna på en sådan satsning, inte bara ekonomiskt (Weman-Josefsson & Berggren, 2013). Vårdsektorn, skolan och arbetsplatsen är samtliga arenor där vi också kan nå den svårfångade grupp som inte själva söker information om eller är intresserade av fysisk aktivitet och motion. Summa summarum finns det stor utvecklingspotential och oändliga möjligheter – frågan är bara vem som är engagerad?

OM FÖRFATTAREN

Gästsribent i Opinion Hälsa och författare till denna text är Karin Weman-Josefsson. Karin är Universitetsadjunkt vid Högskolan i Halmstad och Doktorand i psykologi vid Göteborgs Universitet, och skriver en avhandling om digitala interventioner för främjande av motivation till motion. Karins intresse för relationen mellan fysisk aktivitet och hälsa uppstod för drygt 15 år sedan då hon drabbades av en arbetsskada och fick Friskvård på Remiss (föregångaren till FaR), vilket förvandlade henne från en inbiten soffpotatis till en engagerad motionär och väckte hennes nyfikenhet för motionspsykologi. Karins andra stora intresseområde är relaterat till arbete, stress och hälsa och i maj 2013 utkommer hon med en bok om Psykosocial Arbetsmiljö och Hälsa för Studentlitteratur.

REFERENSER

Biddle, S.J.H., Brehm, W., Verheijden, M., & Hopman-Rock, M. (2011): Population physical activity behaviour change: A review for the European College of Sport Science. *European Journal of Sport Science*. 1-17.
DOI:10.1080/17461391.2011.635700

Buckworth, J., Dishman, R.K., O'Connor, P.J., & Tomporowski, P. (2013). *Exercise Psychology*. 2nd Edition, Champaign, IL: Human Kinetics Publishers.

Bull, F. C., Armstrong, T. P., Dixon, T., Ham, S., Nieman, A., & Pratt, M. (2004). Physical Activity. I: M. Ezzati, A. Rodgers, A. D. Lopez, & C. J. L. Murray. Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors, 2141-2165. Geneva: World Health Organization.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self determination in human behavior*. New York: Plenum Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few comments. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*. 9, 24.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., et al., (2011). Person Centered Care – ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular nursing*. 10(4):248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.

FYSS (2008). *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Statens Folkhälsoinstitut. Stockholm: Elanders.

Johansson, G. (2012). The initiation and further progression of a physical activity referral scheme in a Swedish county 2001-2009. *Journal of Behavioral Health*. 1(3), 172-177.

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2013). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine in Sports*. Doi: 10.1111/sms.12050.

Kallings, L., & Hellenius, M-L. (2010). Mindre stillasittande och mer fysisk aktivitet är bra för hälsan. *Läkartidningen*. 36 (107), 2090-2095.

- Larimer, M. I., Palmer, R. S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse Prevention – a review over Marlatt’s Cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23 (2),151-159.
- Lee, I-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9838, Pages 219-229. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Lindwall, M. (2011a). *Självkänsla: Bortom populärpsykologi och enkla sanningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindwall, M. (2011b). Fysisk aktivitet och kognition. I L. O. Wahlund, C. Nilsson & A. Wallin (red). *Kognitiv medicin*. (s. 398–405). Stockholm: Nordsteds.
- Lox, C. L., Martin Ginis, K. A., Petruzello, S. J. (2010). *The psychology of exercise. Integrating theory and practice*. 3rd Edition. Scottsdale: Holcombe Hathaway Publishers.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R., Eds. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patientcentered consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counselling*. 48, 51-61.
- Ng, J.Y.Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J.L., & Williams, G.C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*. 7(4), 325-340.
- Nigg, C.R., Borelli, B., Maddock, J., & Dishman, R.k. (2008). A theory of physical activity maintenance. *Applied Psychology: an international review*. 57 (4),544-560.
- Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*. 12(1):38–48.
- Sandman, L., Granger, B.B., Ekman, I., & Munthe, C. (2011). Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Med Health Care and Philos*. 15, 115–127. DOI 10.1007/s11019-011-9336-x
- SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) (2007). *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt*. [Digital resurs]. Hämtad oktober 2009 http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Fysisk_aktivitet.pdf 1
- Sverige. Socialstyrelsen. Statens Folkhälsoinstitut (2013). *Folkhälsan i Sverige: årsrapport 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Folkhälsoinstitut (2012). *Stillasittande och ohälsa, en litteratursammanställning*. Rapport 2012:07.

OM KAIROS FUTURE

Kairos Future hjälper företag och organisationer att förstå och forma framtiden, genom:

- Forskningsbaserad omvärlds- och framtidsanalys
- Framtidsbaserad affärsutveckling och innovation
- Genomförande av strategier

Vi kombinerar tankesmedjans och forskningsföretagets förmåga att generera nya insikter och idéer med konsultföretagets fokus på vad som fungerar i praktiken. Vårt arbete bygger på egen kunskapsutveckling samt egenutvecklade och väl beprövade metoder för analys, strategiutveckling och förändringsarbete.

Arbetet bedrivs i nära samarbete med uppdragsgivarna.

För mer information, besök vår hemsida www.kairosfuture.com eller kontakta oss:

KAIROS FUTURE

BOX 804

(BESÖKSADRESS: VASAGATAN 40)

101 36 STOCKHOLM

TEL: 08-545 225 00

FAX: 08-545 225 01

E-POST: INFO@KAIROSFUTURE.COM

HEMSIDA: WWW.KAIROSFUTURE.COM/SV