

Hälsofrämjande arbete bland äldre personer i Eskilstuna kommun

En slutrapport

Eva Johansson
Lena Pettersson

Förord

Det är först under de senaste åren som man inom kommuner, landsting och statliga myndigheter på allvar tagit sig an välfärdsfrågor med utgångspunkt från situationen för de äldre i befolkningen. Demografiska analyser pekar tydligt på att andelen äldre blir allt större samt att detta - trots utveckling av effektivare metoder för behandling och omsorg av äldre personer - kommer att ställa allt större krav på samhället beträffande den äldre delen av populationen.

Det är i detta sammanhang naturligt att ställa sig frågor om - och i så fall på vilka sätt - hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riktade till äldre personer kan bidra både till humanitära effekter för ett stort antal äldre individer liksom till hälsoekonomiska vinster för samhället som helhet.

Sedan mitten av 2000-talet har man på flera håll i landet insett värden av förnyelseinsatser, vilket har bidragit till förbättrade kunskaper och färdigheter om folkhälsoarbete riktade till äldre.

En av landets mest vällovliga satsningar på hälsofrämjande insatser bland äldre genom uppsökande verksamhet har ägt rum i Eskilstuna kommun. Den nu föreliggande slutrapporten, författad av Eva Johansson och Lena Pettersson, ger mycket värdefull ny förståelse för en vidareutveckling av dessa hälsofrämjande metoder. Det är för oss särskilt glädjande att man i Eskilstuna har valt personal med folkhälsovetenskaplig utbildning för projektarbetet. Vi är övertygade om att sådan verksamhet bör planeras, ledas och utvärderas med folkhälsovetenskaplig kompetens samtidigt som många andra yrkeskategorier i kommun och landsting kan och bör arbeta hälsofrämjande genom uppsökande insatser på olika sätt bland äldre inom sitt reguljära arbete. Projektet har fått handledningsstöd från FoU i Sörmland och Mälardalens högskola har medverkat genom att granska rapporten.

Västerås augusti 2010

Kristina Pellmer och Bengt Wramner

Båda universitetslektorer i folkhälsovetenskap vid Mälardalens högskola

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 DEFINITIONER.....	1
2.2 SAMMANFATTNING OM ÄLDRES HÄLSA.....	6
2.3 ÄLDRE OCH LÄKEMEDEL.....	7
2.4 PSYKISK OHÄLSA BLAND ÄLDRE.....	7
2.5 ÄLDRE INVANDRARE.....	8
2.6 ÄLDRE OCH SOCIALA NÄTVERK.....	9
2.7 FÖREBYGGANDE HEMBESÖK.....	10
2.8 BESKRIVNING AV ESKILSTUNA.....	11
2.9 VAD SÄGER LAGEN OM HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE?.....	11
3. SYFTE OCH MÅL	11
4. BESKRIVNING AV UPPSÖKANDE VERKSAMHET I ESKILSTUNA	12
4.1 VERKSAMHETENS SYFTE.....	13
4.2 VERKSAMHETENS MÅL.....	13
5. ARBETSMETOD/GENOMFÖRANDE	13
6. ARBETSBESKRIVNING FÖR UPPSÖKANDE VERKSAMHET	14
6.1 ARBETSGÅNG.....	14
6.2 INNEHÅLL I SAMTALEN VID HEMBESÖKEN.....	15
6.3 FRÅGEFORMULÄRET.....	15
6.4 HÄLSOSAMTALET.....	16
7. UTVECKLING AV VERKSAMHETEN	17
8. AVGRÄNSNING	20
9. METOD OCH GENOMFÖRANDE	20
10. ETIKDISKUSSION	21
11. RESULTAT	22
11.1 INSAMLING OCH BEARBETNING AV DATAMATERIAL.....	22
11.2 KARTLÄGGNING AV MÅLGRUPPENS VARDAGS- OCH HÄLSOSITUATIONEN.....	23
11.3 BORTFALL.....	23
11.4 RESULTAT FRÅN FRÅGEFORMULÄRET.....	24
12. SYNPKUNKTER FRÅN DE ÄLDRE	31
13. REFLEKTIONER FRÅN FOLKHÄLSOKONSULENTERNA	31
13.1 FÖRSTA KONTAKTEN OCH BEMÖTANDE.....	31
13.2 FRÅGEFORMULÄRET.....	32
13.3 DEN INDIVIDUELLA INFORMATIONEN VID BESÖKET.....	33
14. SLUTSATSER OCH VIKTIGA FAKTORER FÖR UPPSÖKANDE VERKSAMHET	34
REFERENSER	36
BILAGA 1	38
BILAGA 2	44
BILAGA 3	45

1. Inledning

I takt med att andelen äldre i befolkningen ökar har också intresset för hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade mot äldre blivit allt större. Att investera i äldres hälsa genom att ge människor förutsättningar för ett hälsosamt åldrande med aktivt och självständigt liv är en angelägen samhällsfråga idag och innehåller också starka etiska argument.

Med dagens kunskap vet vi att det går att påverka hälsosituationen positivt även i hög ålder. Fysisk aktivitet, goda matvanor, bra sociala relationer och meningsfull vardag är betydelsefullt för hälsan. Förutom en god hälsa är vikten av att kunna klara sig själv och ha kontroll över sitt liv grundläggande faktorer för ett bra liv på äldre dagar.

I syfte att främja hälsa och förebygga ohälsa och vårdbehov startade Eskilstuna och Strängnäs kommuner i samverkan med Landstinget Sörmland år 2005 ett projekt på ett år, med uppsökande verksamhet bland äldre. Två folkhälsokonsulenter anställdes för att arbeta med projektet i Eskilstuna. Efter projektidens slut anställde Eskilstuna kommun ytterligare fyra folkhälsokonsulenter som skulle fortsätta med den uppsökande verksamheten. Rapporten beskriver de aktiviteter och erfarenheter som gjorts under åren och innehåller också resultat av den kartläggning som genomfördes av målgruppens vardags- och hälsosituation. Verksamheten avslutades i juni 2009 och denna rapport är en slutrapport av arbetet mellan 2006 och 2009.

Vi som har skrivit rapporten är folkhälsokonsulenter från Vuxenförvaltningen i Eskilstuna kommun.

2. Bakgrund

2.1 Definitioner

Hälsa betyder olika saker för olika människor. Vad hälsa innebär för människor formas utifrån deras erfarenheter, värderingar och kunskaper (Eweless & Simnett, 2005). Enligt WHO:s definition är hälsa ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte blott frånvaro av sjukdom och handikapp”. God hälsa är alltså mer än avsaknad av sjukdom och i högsta grad en subjektiv upplevelse. Hälsa är en resurs för individen och folkhälsa är ett mål för samhället. Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd.

Folkhälsoarbete/hälsofrämjande arbete

Hälsofrämjande arbete innefattar vardagsmiljöer där människor bor, arbetar och leker men också har sociala, kulturella och ideologiska upplevelser och inbegriper både ”empowerment” och ”deltagande”. Arbetet måste vara målinriktat och organiserat och bygga på samarbete och samverkan.

I Ottawa hade WHO världskonferens år 1986 och där skrevs Ottawamanifestet. Det inleds med följande rader: ”Hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och förändra eller bemästra miljön. Hälsa ska därför ses som en resurs i vardagslivet och inte målet i tillvaron”. Begreppet ”stödjande miljöer” myntades under konferensen och fick en praktisk definition på Sundsvallskonferensen 1991: ”I folkhälsosammanhang ansluter begreppet stödjande miljöer för hälsa till de fysiska och sociala aspekterna av vår omgivning. De omfattar var människor bor, deras lokalsamhälle, deras hem, där de arbetar och leker. Begreppet innefattar också de förhållanden som bestämmer tillgång till levnadsresurser och möjligheter till att utöva sin makt. Sålunda har aktion för att skapa stödjande miljöer många dimensioner, fysiska, sociala, andliga, ekonomiska och politiska. Var och en av dessa dimensioner är oupplösligt kopplad till de andra i en dynamisk samverkan. Aktion måste koordineras på lokal, regional, nationell och global nivå för att uppnå lösningar, vilka är sant hållbara”.

Haglund m.fl. (1992) har utvecklat begreppet och visat dess praktiska tillämpning vid planering av hälsofrämjande insatser. Haglund (1996) har sedan vidareutvecklat begreppet och framhåller att det i sig påvisar att hälsa aldrig kan ses i ett vakuum utan påverkas av villkoren i den miljö man lever. Han framhåller vidare att byggandet av nya allianser är ett nyckelelement i de hälsofrämjande strategierna med samverkan över sektorgränserna.

Folkhälsoarbetet måste bedrivas på olika nivåer samtidigt och dessa nivåer är: individnivå, gruppnivå, arbete i ett geografiskt område och vara samhällsinriktat eller strukturellt arbete på samhällsnivå. Det är också viktigt att arbetet: är kunskapsbaserat, långsiktigt, byggt på samverkan, innefattar delaktighet och maktgörande och utgår från en strävan att minska ojämlikhet i hälsa.

O'Neill (1997) har beskrivit olika modeller för tvärasektionellt samarbete. Han använder fem olika nivåer för samverkan och dessa är: nätverk, allianser, partnerskap, koalition och fullständigt samarbete.

Empowerment har blivit en huvudprincip inom hälsofrämjande arbete. Rootman m fl (1997) föreslog att det primära kriteriet för att en folkhälsoinsats ska benämnas som hälsofrämjande är att den innefattar processer som ger empowerment. Svanström (2002) menar att ”frånvaron av delaktighet och möjlighet att påverka aktiviteter signalerar att en intervention inte faller inom rubriken hälsofrämjande arbete”.

Ett av de viktigaste resultaten från Världshälsokonferensen i Sundsvall 1991 var en handbok om stödjande modeller för hälsa, ”We can do it!”, av Haglund m fl (1992). Där presenteras en modell, Helpsammodellen, som vid planering av hälsofrämjande projekt kan fungera som en checklista. Den innehåller frågor som: Hur ska arbetet utföras?, Vilka är aktörerna? För vilka målgrupper ska arbetet inriktas? På vilka nivåer och arenor ska insatserna utföras? Vad ska utföras? Till vilken förväntad nytta ska insatserna utföras?

En annan vanlig modell inom folkhälsoarbetet i lokalsamhället är Sesammodellen som innehåller följande steg:

1. Identifiera behov och problem
2. Etablera samverkan
3. Planera:
 - a) Formulera och konkretisera mål
 - b) Utveckla strategier
 - c) Förbereda utvärdering
4. Utforma genomförandet och mobilisera resurser
5. Dra igång verksamheten-utveckla stödjande miljöer
6. Skapa strukturer för att vidmakthålla
7. Följa upp och utvärdera
8. Förnya, förstärka och/eller omorientera.

Sesammodellen innehåller således ett antal tydliga steg som kan utgöra strukturen i ett lokalt folkhälsoarbete.

Målgruppsperspektivet avser folkhälsoinsatser riktade till en viss del av befolkningen. Inom folkhälsoarbetet är det vanligt att man utgår från olika åldersgrupper. Ett sådant angreppssätt har visat sig särskilt lämpligt för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riktade till barn samt till äldre över 65 år.

Fördelarna med att jobba efter ett målgruppsperspektiv är att det ofta ger goda möjligheter att identifiera och analysera olika gruppers livsvillkor och hur dessa påverkar levnadsvanorna utifrån en helhetssyn på hälsa och ohälsa. Detta perspektiv bör väljas när man eftersträvar en helhetssyn utifrån de berörda gruppernas vardagsverklighet.

Insatser som riktar sig direkt till individerna för att informera och sprida kunskap om samband mellan levnadsvanor, livsstil och hälsa kallades tidigare för hälsouppllysning (health education). Med detta menades planerade hälsobudskap riktade till individ, grupp eller befolkning i syfte att medvetandegöra och öka kunskapen om hälsan och hälsans bestämningsfaktorer. I Sverige utvecklades begreppet hälsouppllysning inom Socialstyrelsens Byrå för hälsouppllysning, som i början av 1980-talet definierade hälsouppllysning som en verksamhet som: ”syftar till att åstadkomma sådana förändringar i människors beteende som förbättrar och/eller eliminerar hälsorisker”. Enligt WHO är hälsouppllysningens uppgift att vara en förändringskraft för att bidra till en ökad medvetenhet om ekonomiska, miljöbetingade och sociala orsaker till hälsa och ohälsa (WHO 1991).

Den allra vanligaste modellen om samspelet mellan kunskap, attityd och praktiskt handlande är den så kallade KAP-modellen (K= knowledge, A=attitude, P=performance). Uppfattningen har varit att om man ökar människors kunskap om vad som är farligt för hälsan så påverkas deras attityder, vilket i sin tur leder till att människorna ändrar sitt beteende. Modern forskning visar emellertid att dessa samband är betydligt mer komplexa och den strategi som inte sätter in komplexet KAP hos individen i ett större sammanhang har ett begränsat värde (Sandersson & Svanström 1985). Attityder påverkas av många andra mekanismer än kunskap, till exempel sociala normer och gruppkultur.

Generellt kan man tala om tre huvudmodeller för livsstilsförändringar (Naidoo & Wills 2007):

- Förändra individuella beteenden med hjälp av information eller motivationsstärkande budskap
- Stärka enskilda individers förmåga att fatta goda hälsobeslut, det vill säga att visa egenmakt
- Angripa socioekonomiska och miljörelaterade faktorer för att göra det möjligt för människor att välja hälsosamma beteenden.

Det är viktigt att känna till att hälsobeteende styrs av många såväl individuella faktorer som förhållanden i omgivningen. Näslund (1996) belyser följande viktiga bestämningsfaktorer (determinanter) för ett hälsosamt eller ohälsosamt beteende:

- Kön
- Personlighet
- Socioekonomiska faktorer
- Socialt nätverk.

När man arbetar med hälsouppllysning och hälsofrämjande arbete på individnivå är det angeläget att beröra begreppet compliance. Sackett (1976) definierar begreppet compliance som i vilken utsträckning en persons beteende överensstämmer med de medicinska råd eller hälsoråd som personen får. Många faktorer påverkar en persons compliance. Ju mer komplex den rekommenderade ändringen av vanor är desto lägre benägenhet att följa råden.

En alltmer använd metod för att påverka människors livsstil är den så kallade motiverande samtal-metoden, MI. MI-metoden bygger på ett empatiskt förhållningssätt i ett samarbete på lika villkor.

En annan metod är Stage of Change-modellen (Prochaska & Di Clemente, 1983). Modellen innehåller fem olika förändringssteg:

- Precontemplation: i detta stadium överväger man inte någon förändring i framtiden, man försvarar sitt riskbeteende och är motståndare till förändring, man försöker undvika kommunikation om hjälp.
- Contemplation: i detta stadium tänker man allvarligt på förändring de närmaste sex månaderna, man värderar fördelar och risker som likvärdiga, man tänker på en förändring men är tveksam till det positiva med en förändring.
- Preparation: i detta stadium har man för avsikt att göra en förändring.
- Action: i detta stadium har förändring skett i riskbeteendet. Stadiet varar ofta i ett halvår innehåller stor återfallsrisk.
- Maintenance: i detta stadium är man helt inställd på att behålla sin nya livsstil.

En teori eller modell som också används vid hälsovägledning är Social Learning Theory (social inlärningsteori). Det är en inlärningsteori som har sin utgångspunkt i begrepp och processer vilka belyser beteendemodeller och emotionella och kognitiva modeller kring mänskligt beteende (Bandura, 1977). En grundläggande utgångspunkt för teorin är att människor inte endast lär sig genom sina egna erfarenheter utan också genom observation av andras agerande och från resultatet av deras agerande. En annan utgångspunkt är att det också krävs att man har den skicklighet som är nödvändig för att kunna forma det önskade beteendet och att ha en viss grad av självtillit. Den sociala inlärningsteorin lyfter alltså fram hur vi som individer påverkas av faktorer i vår omgivning och av andra krafter i samhället (Pellmer, Wramner, 2007).

2.2 Sammanfattning om äldres hälsa

Över 17 procent av Sveriges befolkning, eller ungefär 1,6 miljoner människor är 65 år eller äldre. De äldres andel i befolkningen har ökat i mer än ett sekel och beräknas fortsätta att öka till följd av att medellivslängden ökar och stora årskullar nu når pensionsåldern. Bland dem som uppnått 65 års ålder hade kvinnor år 2007 i genomsnitt 21 år kvar att leva och män 18 år kvar.

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- kärlsjukdomar och cancer. Risken att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt har minskat och insjuknandet har förskjutits till högre åldrar. Insjuknandet i cancer har däremot ökat, medan dödligheten har minskat.

Andelen äldre som uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd som gott har ökat, men bland kvinnorna är det framförallt de yngre pensionärerna som rapporterar bättre hälsa. Bland männen har förbättringar av det allmänna hälsotillståndet skett i alla åldersgrupper enligt Statistiska Centralbyråns, (SCB), undersökningar av levnadsförhållanden ULF undersökningen 2006, http://www.scb.se/Pages/Product_12199.aspx. Andelen äldre som rapporterar att de har någon långvarig sjukdom har ökat, medan andelen som har sjukdomar eller besvär som hindrar deras dagliga liv minskat. Andelen som har nedsatt rörelseförmåga har minskat sedan 1980-talet, medan värkbesvär är ungefär lika vanligt.

Varje år drabbas ungefär var tredje person som är 60 år eller äldre av en fallolycka, och varannan person över 80 år. Frakturer i handleden är vanligare bland yngre pensionärer, medan höftfrakturer oftast drabbar de allra äldsta.

Dagens äldre motionerar betydligt mer än tidigare generationer. Andelen som ägnar sig åt trädgårdsarbete, promenader eller strövar i skog och mark har också ökat.

Över hälften av både män och kvinnor över pensionsåldern är överviktiga. Övervikt är vanligare bland äldre än i yngre åldersgrupper, men förekomsten har inte ökat lika mycket bland de äldre som bland yngre. Bland de äldsta finns också många underviktiga och en ofrivillig viktförlust bland äldre kan vara ett tecken på undernäring eller sjukdom.

Allt fler bor kvar i eget boende högt upp i åldrarna, vilket inte enbart beror på ett mindre behov av vård och omsorg. Antalet platser i särskilda boenden har minskat kraftigt och motsvarar i dag inte antalet behövande. I stället har det blivit vanligare att man får hjälp av anhöriga. Kvinnor lever oftast längre än sin äldre make och hjälper honom under hans sista år och därför är det oftast ensamstående kvinnor som på äldre dagar behöver kommunala omsorgsinsatser (Folkhälso-rapport 2009, Socialstyrelsen).

2.3 Äldre och läkemedel

Andelen äldre som behandlas med läkemedel och antal läkemedel per person har ökat kraftigt. En viktig anledning både till ökningen av antalet äldre och av läkemedelsbehandlingen i dessa åldersgrupper, 65 år och äldre, är den medicinska och farmakologiska utvecklingen under de senaste decennierna. Fler människor lever allt längre med sina sjukdomar och uppnår allt högre åldrar. De stora folkhälsosjukdomarna: hjärt- kärlsjukdomar, tumörsjukdomar, diabetes och rörelseorganens sjukdomar uppvisar en kraftig ökning bland äldre. Psykiska sjukdomar, som till exempel förstämningssyndrom, är vanliga. Demenssjukdomar drabbar nästan uteslutande den äldre befolkningen. Vi får därför fler personer med flera sjukdomstillstånd som leder till behandling med allt fler läkemedel. Under de senaste decennierna har ett stort antal nya läkemedel introducerats tillsammans med nya riktlinjer för behandling, behandlingar som också i större utsträckning blivit tillgängliga för äldre patienter. Vi behandlar också i allt större utsträckning riskfaktorer (hypertoni, hyperlipemi, skelettskörhet, trombosbildning i hjärta och hjärna) hos äldre med läkemedel vilket också ökar antalet läkemedel per person. Förekomsten av läkemedelsbehandling bland äldre förefaller ha ökat mer än sjukdomsprevalensen. En stor del av sjukhusinläggningar bland äldre är läkemedelsrelaterade. Sjukdom i kombination med åldersrelaterade fysiologiska förändringar som påverkar farmakokinetik och dynamik gör äldre mer känsliga för oönskade läkemedelseffekter. Behandling med många läkemedel är vanligt och ökar risken för felmedicinering, biverkningar, additiva effekter och interaktioner. (Äldres läkemedelsanvändning-hur kan den förbättras. Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2009)

2.4 Psykisk ohälsa bland äldre

Åldrandet i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Även sociala och psykologiska faktorer som förlust av partner, försämrade funktionsförmåga och social identitet utgör en risk för psykisk ohälsa. Ett av de områden som särskilt uppmärksammats de senaste åren är depression hos äldre. Depression är vanligt och andelen personer med depression ökar med stigande ålder. Men det ska emellertid noteras att Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) pekat på motstridiga rapporter om huruvida det sker en ökning i samband med åldrande eller inte. Förklaringen till detta kan antas bero på att kriterierna och diagnosinstrumenten för depression inte är anpassade utifrån äldres symtombild. Symtom på depression skiljer sig mellan yngre och äldre. Det är bland annat vanligt att äldre uttrycker kroppsliga besvär framför psykiska symtom.

Även komplexa samband mellan depression och demenssjukdom och annan samsjuklighet har iakttagits. Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att man kan tala om det som ett folkhälsoproblem. I en nyligen publicerad avhandling om depressioner hos äldre över 85 år, har det visat sig att många äldre lider av depressioner som varken är diagnostiserade eller behandlade. 29 procent av dem som undersöktes hade en depression varav 67 procent hade en pågående behandling med antidepressiva läkemedel. Av dem som fått behandling med antidepressiva läkemedel visar det sig emellertid att läkemedlen inte alltid fått förväntad effekt- 50 procent av dem som använde läkemedel svarade på behandlingen. En viktig iakttagelse var också att dödligheten bland dem med depression var högre än hos jämnåriga utan depression. Det handlar dels om att identifiera depressioner genom anpassade diagnostiska instrument så att man kan sätta in adekvat behandling och att förebygga depression genom att stödja den äldre i dennes dagliga liv. Ångest är ofta både vanligt och långvarigt och förekommer inte sällan sammankopplat med depression och hos äldre oftast som en del av ett ångestdepressionssyndrom. Ångest förekommer också hos äldre vid vaskulär demens, konfusion, psykos och somatisk sjukdom.(Äldres psykiska ohälsa-en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser, Socialstyrelsen, 2008).

Besvär med ångslan och oro samt sömnbesvär är vanligt förekommande bland de äldre, och liksom i yngre åldrar vanligare bland kvinnor än bland män. Bland de allra äldsta, 85 år och äldre, rapporterar var tredje kvinna och närmare var femte man att de besväras av ångslan, oro eller ångest. Kvinnor konsumerar betydligt mer psykofarmaka än män. Dock är det fler män än kvinnor som begår självmord. En fjärdedel av alla självmord begås av personer äldre än 65 år (Folkhälsorapport 2009, Socialstyrelsen).

2.5 Äldre invandrare

Äldre invandrare är en stor och ökande grupp i Sverige. Gruppen är heterogen och det finns nästan ingen statistik som belyser äldre invandrades hälsa och livssituation. Trots bra skolutbildning är arbetslösheten stor och de är oftare förtidspensionerade. Hälsan bland invandrare är sämre, jämfört med infödda svenska anser dubbelt så stor andel i den här gruppen att de mår dåligt. De har svåra besvär av långvariga sjukdomar, har nedsatt funktionsförmåga eller rörelsehinder och går oftare till läkare men mer sällan till tandläkare. Invandrare har också färre kontakter med grannar och med arbetskamrater på fritiden. Risken för att blir än mer isolerad när man blir äldre är stor, framför allt på grund av språksvårigheter och framför allt för dem som kommit till Sverige som äldre och för dem som har en annan språkstruktur än det svenska språket.

Dessutom omfattas många invandrare som kommer till Sverige som äldre inte av det svenska välfärdssamhället på samma sätt som andra (Satsa på de äldres hälsa, Statens folkhälsoinstitut, 2002)

2.6 Äldre och sociala nätverk

Att andelen äldre ökar och lever till riktigt hög ålder är positivt, men medför även en ökad belastning på välfärdssystemen. Att stärka det friska och förebygga ohälsa är därför viktiga strategier för att stödja ett hälsosamt åldrande. Forskningen betonar framför allt fyra områden i arbetet med äldres hälsa; social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor. Insatser på dessa områden leder till ökad livskvalitet för individen, men också till samhällsekonomiska vinster. Äldres tillgång till mötesplatser främjar möjligheterna till social gemenskap och delaktighet i olika aktiviteter, något som äldre själva lyfter fram som en viktig faktor för hälsa och välbefinnande. Många äldre upplever att det finns socialt stöd i deras närhet, men forskning visar att det finns skillnader utifrån nationalitet, socioekonomi och boendesituation. En utmaning är att nå dem som känner sig ensamma och som är inaktiva. Verksamheter som främjar social gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor är bra för hälsan men det är också viktigt att utbudet av aktiviteter är brett och att besöken på mötesplatserna sker regelbundet. Att vara fysiskt aktiv i vardagen och att äta bra mat är viktigt för att kunna leva ett mer hälsosamt liv. Att förändra levnadsvanor kan vara en lång process som underlättas av socialt stöd från familj och vänner. Eftersom äldres sociala nätverk vanligen minskar med stigande ålder kan det sociala stödet på mötesplatserna spela en viktig roll. I ett framgångsrikt folkhälsoarbete måste man också arbeta utifrån en helhetssyn och med både generella och individuella metoder. Den nationella folkhälsoenkäten, som Fhi genomför, visar att det finns skillnader mellan äldre när det gäller upplevelsen av social gemenskap och socialt stöd, deras fysiska aktivitet samt deras matvanor. För att kunna skapa förutsättningar för en jämlik hälsa i enlighet med det folkhälsopolitiska målet bör de med störst ohälsa prioriteras. Exempelvis behöver insatser för att stimulera till mer social gemenskap och den fysiska aktiviteten samt förbättra matvanorna, riktas särskilt till äldre med låg socioekonomisk status, utlandsfödda personer samt kvinnor och då särskilt de äldsta. (Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. Statens folkhälsoinstitut, 2009)

2.7 Förebyggande hembesök

I Danmark har omfattande forsknings- och utvecklingsarbete visat att regelbundna förebyggande hembesök ger positiva effekter när det gäller äldres livskvalitet och trygghet samt minskad vårdkonsumtion. Dessa erfarenheter har resulterat i att personer som är 75 år och äldre har lagstadgad rättighet till två förebyggande hembesök per år.

I Sverige initierades förebyggande hembesök av regeringen 1999 och har prövats som en försöksverksamhet i 21 kommuner. Insatsen var att arbeta med förebyggande hembesök hos hemmaboende äldre. Det övergripande syftet med regeringens satsning var att bygga upp kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre (Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Socialstyrelsen, 2003).

Resultaten av försöken visade sig vara framgångsrika då man nådde ut till grupper som annars var svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Några andra resultat som kunnat ses är en ökad trygghet hos de äldre samt minskat vårdbehov, som indirekt innebär att det man investerar i hembesöken sparas in genom minskade sjukvårdskostnader (Sahlén et al, 2006).

I Nordmaling, en kommun i norra Sverige, genomfördes hembesök under åren 2000-2001. Cirka 200 pensionärer över 75 år fick hembesök under en tidsperiod på två år. Klas Göran Sahlén, doktor vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin på Umeås universitet, har gjort en randomiserad kontrollerad studie i Nordmaling med syfte att se om det gav någon hälsoeffekt utifrån svenska förhållanden med hembesök. Det fanns även en kontrollgrupp som inte fick några hembesök. De som fick hembesök fick det en gång i halvåret under två års tid. Besöken varade allt från 1,5 till 3 timmar. Besöken följde en strukturerad ordning där första besöket fokuserade på fysisk aktivitet. Där informerades även om risker i hemmet och vad som kan göras för att minska dem. Vid det andra besöket byggdes informationen vidare på samma tema. Det tredje besöket innehöll information om kost och diabetes, samt en återkoppling till behovet av motion. Det sista besöket gav kunskap om hemhjälp, trygghetslarm och övriga kommunala hjälpinsatser som finns. Utfallet av projektet blev utöver all förväntan. Det blev en signifikant skillnad i användningen av hemhjälp och även i sjukhusutnyttjandet mellan dem som fick hembesök och de som inte fick hembesök. De som fick hembesök var friskare och hade mindre vårdbehov. De absolut största skillnaderna syntes i de akuta läkarbesöken på vårdcentralen (Omvårdnadsmagasinet, 5/09 sid 28-31).

2.8 Beskrivning av Eskilstuna

Under år 2007 hade Eskilstuna kommun 8 339 personer som var 75 år och äldre och under år 2008 hade kommunen 8 246 stycken. Av dessa har konsulenterna erbjudit förebyggande hembesök till 6 024 personer. Resterande personer ingick inte i målgruppen och har därför inte erbjudits något besök.

I Eskilstuna kommun finns 22 hemvårdsområden i varierande storlek. I de flesta områden är det blandad bebyggelse. Det finns även områden med enbart villabebyggelse eller med enbart hyresfastigheter. I en del områden med äldre hyreshus finns det inte hissar, vilket gör att det kan vara besvärligt för de äldre att bo kvar där. Torshälla fastighets AB, Eskilstuna kommun och Kommunfastighet arbetar med "Framtidens boende för äldre", vilket innebär att de arbetar för att möjliggöra kvarboende. Det görs genom bostadsanpassning, att titta på utemiljö och säkerhet, vad det finns för kommersiell service och tillgång till kommunikationer i området. En del områden i Eskilstuna kommun är mer invandrartäta än andra. I målgruppen 75 år och äldre finns idag inte så stor andel personer med utländsk bakgrund.

2.9 Vad säger lagen om hälsofrämjande arbete?

I Hälso- och sjukvårdslagen, (HsL), och i Socialtjänstlagen, (SoL), finns ett tydligt ansvar för huvudmännen att arbeta med att främja hälsa och förebygga ohälsa, bland annat genom att ge *upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada* (2b§ HsL) och att *genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden* (5 kap 6§ SoL), (Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Socialstyrelsen, 2003).

3. Syfte och mål

Syftet med denna studie är att redovisa slutresultatet från Uppsökande verksamhet i Eskilstuna kommun. Målet är att så många som möjligt ska kunna ta del av dessa erfarenheter.

4. Beskrivning av Uppsökande verksamhet i Eskilstuna

I samverkan mellan vuxennämnden i Eskilstuna kommun, socialnämnden i Strängnäs kommun och Landstinget Sörmland startades i december 2005 ett samverkansprojekt med uppsökande verksamhet för personer 75 år och äldre. Två projektledare med folkhälsokompetens anställdes för att starta upp verksamheten i Eskilstuna och i Strängnäs blev en redan anställd biståndshandläggare projektledare. Projektet omfattade geografiskt begränsade områden i Eskilstuna och Strängnäs. Syftet med den uppsökande verksamheten utformades till: att främja ett fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande för den äldre befolkningen och därmed förebygga ohälsa och vårdbehov. Samverkansprojektet beslutades pågå i ett år med målet att utveckla metod och struktur för uppsökande verksamhet. Det långsiktiga målet var att samtliga personer som var 75 år och äldre skulle erbjudas uppsökande verksamhet.

Målgruppen i samverkansprojektet kom att omfatta personer som var 75 år och äldre inom område Gredby - Hällby i Eskilstuna kommun och Mariefred i Strängnäs kommun. Resultaten från projektet tyder på att verksamheten varit uppskattad och givit spridningseffekter bland de äldre i områdena.

Samverkansprojektet med Strängnäs och landstinget Sörmland avslutades i december 2006. Till den fortsatta verksamheten i Eskilstuna anställdes 2006-10-01 två folkhälsokonsulenter och 2007-01-01 ytterligare två. I samband med detta genomfördes även ett namnbyte - från Uppsökande verksamhet till Hälsofrämjande arbete för äldre i Eskilstuna kommun.

Hälsofrämjande arbete för äldre

Vuxennämnden i Eskilstuna kommun formulerade de övergripande målen med verksamheten till att förebygga ohälsa och främja psykiskt, fysiskt och socialt välbefinnande för den äldre befolkningen och därmed öka tryggheten. Verksamheten skulle utgå från ett folkhälsoperspektiv.

Vidare formulerade vuxennämnden de uppföljningsbara målen såsom:

- Alla personer 75 år och äldre i målgruppen skall erbjudas kontakt med uppsökarna med längst 18 månaders mellanrum.
- Alla i målgruppen som så önskar skall få hembesök och uppföljande återbesök.
- Alla personer i målgruppen skall alltid uppleva att de får ett gott bemötande av uppsökarna.
- Alla personer i målgruppen skall uppleva att de får god information både vid allmänna informationsmöten och vid hembesök.

4.1 Verksamhetens syfte

Syftet med verksamheten ”Hälsofrämjande arbete för äldre” var att förebygga ohälsa samt att främja en god hälsa och en god livskvalitet bland befolkningen som var 75 år och äldre i Eskilstuna kommun, som inte hade något beviljat bistånd från kommunen (exkl. trygghetslarm).

4.2 Verksamhetens mål

Verksamheten för Hälsofrämjande arbete för äldre skulle bidra till att förbättra de äldres hälsosituation och levnadsförhållanden samt motivera de äldre till att ta del av sociala nätverk, goda levnadsförhållanden och en säker miljö. Verksamhetens kortsiktiga mål var att kartlägga hälsosituationen och levnadsförhållandena hos målgruppen i Eskilstuna kommun. Verksamhetens långsiktiga mål var:

- Att minska antalet olyckor i hemmet
- Att öka den sociala tryggheten/främja sociala aktiviteter
- Att minska livsstilsrelaterad ohälsa hos målgruppen

5. Arbetsmetod/genomförande

Vid hembesöken användes frågeformulär (Bilaga 1) som utformats av Socialstyrelsen, för ändamålet uppsökande verksamhet, för att kartlägga hälsosituationen och levnadsförhållandena bland målgruppen. Därutöver innefattade hembesöken information om kommunens tjänster och ett hälsosamtal med förankring i de fyra hörnpelarna som enligt forskning visat sig vara mycket betydelsefulla faktorer vid hälsofrämjande och förebyggande arbete bland äldre; bra matvanor, fysisk aktivitet, social gemenskap/stöd samt delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd. Samtalen omfattade även frågor kring läkemedelsanvändning och fallprevention.

6. Arbetsbeskrivning för Uppsökande verksamhet

6.1 Arbetsgång

Vi erbjöd hembesök områdesvis, geografiskt uppdelat utifrån befintliga hemvårdsområden i Eskilstuna kommun. När de första hembesöken i samtliga områden i kommunen var avklarade, efter ca 2 år, återgick verksamheten till det ursprungliga området där nytillkomna 75-åringar erbjöds ett första hembesök.

Arbetet inleddes med att knyta viktiga och värdefulla kontakter i det aktuella området. Dessa var:

- Enhetschef och personal inom hemvården
- Biståndshandläggare
- Vårdcentral (primärvårdschef, distriktssköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast)
- Övriga lokala aktörer (ex kyrkan, pensionärsorganisationer, ideella organisationer, föreningar etc)

Det var viktigt att lägga tid på att kartlägga vilka frivilliga föreningar/organisationer och olika aktiviteter som fanns i området. Denna information var viktig att ta med vid hembesöken. Sedan bokades det in möte med ovan nämnda aktörer för att presentera vår verksamhet. Vid mötet efterfrågades det om förslag på andra lokala aktörer som kunde vara intressanta att kontakta.

I detta skede upprättades det en telefonlista med viktiga telefonnummer till aktörer som var intressanta för den äldre att kunna kontakta. Telefonlistan innehöll bland annat nummer till aktuell vårdcentral och arbetsterapeut som är knuten till området.

Innan vi kunde komma ut på hembesök fick vi hjälp från kommunens GIS-enhet, (Geografiskt indelningssystem inom Eskilstuna kommun), för att ta fram befolkningslistor från folkbokföringsregistret på personer som ingick i målgruppen i det aktuella området. Därefter sändes listorna vidare för körning mot Tekla-register, (Datoriserat dokumentationssystem för vård och omsorg inom Eskilstuna kommun), för att kunna utesluta personer med beviljat bistånd. Om processen drog ut på tiden (max 2 veckor) uppdaterades listorna från befolkningsregistret. Detta för att vi skulle undvika missad information kring nya händelser såsom eventuella dödsfall.

Listorna sorterades sedan efter geografisk indelning inom området, utifrån postnummer och gatuadress. Därefter gjordes det ett utskick till berörda personer, av informationsmaterial innehållande folder (Bilaga 2), brev (Bilaga 3) och telefonlista med relevanta telefonnummer för området. Foldern innehöll en kort beskrivning av kommunens och landstingets verksamheter för målgruppen samt vår verksamhet. Brevet innehöll en närmare presentation av vår verksamhet och en bild på den folkhälsokonsulent som ansvarade för hembesöken i området. Informationsmaterialet postades i omgångar, cirka 25 stycken per gång. Efter varje utskick ringdes de berörda personerna upp för att boka in dag och tid för ett hembesök. När bokning av hembesöken var gjorda i det första utskicket, postades sedan nästa utskick och arbetsgången upprepades. Detta gjordes tills dess att samtliga i målgruppen i det aktuella området fått informationsmaterialet hemskickat och kontaktats via telefon av oss. Utskicken skedde med hjälp av kommunens samarbetspartner, Servicegruppen.

Telefonnummer till målgruppen återfanns inte i befolkningslistorna. Dessa fick sökas för hand via telefonkatalog eller Internet. Till de personer där inget telefonnummer hittades, skickades en bifogad notering tillsammans med informationsmaterialet, där de ombads att kontakta oss.

Kontinuerligt matades statistikunderlaget in utifrån svaren från frågeformulären. Detta skedde med hjälp av statistikprogrammet SPSS.

6.2 Innehåll i samtalen vid hembesöken

Vid hembesöket samtalade vi om hälsa och vardagsliv med utgångspunkt från vårt frågeformulär. Syftet var att motivera de äldre att ta del av sociala nätverk, goda levnadsförhållanden och en säker miljö. Därmed ville vi minska antalet olyckor, öka tryggheten och minska livsstilsrelaterad ohälsa. Detta gjorde vi genom att särskilt fokusera samtalen på: läkemedelsanvändning och fallprevention, sociala nätverk samt kost och motion.

När vi besökte de äldre informerade vi om syftet med hembesöket, hur det gick till, hembesökets längd samt sekretess. Vidare informerade vi om att frågeformulären avpersonifierades och förvarades i dokumentskåp. Den äldre meddelas även att hembesöket var frivilligt samt kostnadsfritt.

6.3 Frågeformuläret

En av folkhälsoarbetets grundstenar är att skaffa kunskap om befolkningens levnadsförhållanden. Detta är viktigt för att långsiktigt kunna planera och utveckla strategier och åtgärder som förbättrar människors livsvillkor och hälsosituation.

Hembesöken bestod av två delar där den ena delen utgjordes av ett frågeformulär som framtagits av Socialstyrelsen. Frågeformuläret fångade upp den äldres hälsosituation, vardagsliv och välbefinnande. Det innehöll frågor om självupplevd hälsa, rörelseförmåga och frågor om läkemedelsanvändning. Formuläret syftade till att användas som ett instrument för kartläggning och uppföljning, men kunde även användas som en samtalsguide och ge struktur åt samtalet. Formuläret kompletterades med frågor om läkemedelsanvändning, syn och hörsel samt en fråga om kvarboende. Frågor om läkemedelsanvändning togs fram i samarbete med en apotekare från läkemedelskommittén i Sörmland. Frågorna om syn och hörsel hämtades från en enkät som använts i ULF-undersökningar. SCB genomför på uppdrag av Sveriges riksdag årliga undersökningar av svenska folkets levnadsförhållanden. Frågorna är utarbetade både utifrån det danska formuläret (Spörgeskema om äldre menneskers dagliga levevis 1998-2001) och från två studier som socialstyrelsen genomfört, dels av äldres livssituation generellt, dels för personer som drabbats av stroke (Hellner, 1999). Frågeformuläret har varit ett arbetsredskap under besöken. Det viktigaste var dock den personliga kontakten med den äldre. För att grundlägga ett bra och tryggt hembesök som involverar och engagerar den äldre är det viktigt att hon/han kan vara med och påverka innehållet i samtalet. Grundprincipen var att utgå från individens behov och att hon/han själv var aktiv i samtalet.

6.4 Hälsosamtalet

Den andra delen av hembesöket bestod av ett hälsosamtal, med syfte att främja en sund livsstil och goda levnadsförhållanden. Vi samtalade bland annat om kosten och motionens betydelse för hälsa och välbefinnande, förebyggande av fallolyckor samt gav information om kommunen och landstingets verksamheter och tjänster. Det delades även ut broschyrer, däribland Räddningsverkets informationsmaterial om bland annat fallolyckor och brandsäkerhet, fallfoldern "I alla fall", information från Apoteket samt Räddningstjänsten.

Under hembesöken kunde vi upptäcka behov som låg utanför den uppsökande verksamhetens ramar. Det var då viktigt att den äldre enkelt kunde komma i kontakt med de aktörer som finns i området. Kontakten med dessa kunde fås med hänvisning till den telefonlista som tidigare sänts ut med informationsmaterialet i utskicket. Kunde de äldre inte själva ta den kontakten så erbjöd vi oss att hjälpa till.

7. Utveckling av verksamheten

Verksamheten utvecklades till att både arbeta på individuell nivå och med grupper. Hembesöken var under den här tiden fortfarande den huvudsakliga arbetsuppgiften. Antalet anställda i verksamheten förändrades under 2008 då två av folkhälsokonsulenterna fått andra uppdrag i förvaltningen. Den tredje har fått nytt arbete på annan ort och den fjärde har varit föräldraledig från maj 2007-september 2008. I dagsläget finns endast två folkhälsokonsulenter i verksamheten.

- Vuxenförvaltningen hade under åren 2005 till 2008 en tvärprofessionell arbetsgrupp som arbetade med förvaltningens systematiska omvärldsanalys. Arbetsgruppen var en del av Eskilstuna kommunkoncerns arbete med omvärldsanalys. I arbetsgruppen deltog en av folkhälsokonsulenterna med ansvar att trendspana inom områdena hälsa, livsstil och värderingar. Från år 2009 sänktes vuxenförvaltningens ambitionsnivå i omvärldsarbetet och den tvärprofessionella arbetsgruppen lades ned.
- I september 2006 deltog de konsulenter som startade verksamheten i en nationell nätverksträff för uppsökande verksamhet i Malmö. Under hösten 2007 var Eskilstuna kommun arrangör för en Nationell nätverksträff för uppsökande verksamhet, där det kom cirka 50 personer från hela Sverige. Ett nätverk för de i Sörmland som jobbade med uppsökande verksamhet bildades och där deltog konsulenterna. Där diskuterades bland annat förändring av frågeformulär då deltagarna i nätverket ansåg att det var av vikt att alla använde sig av i stort sett samma frågor för att kunna jämföra statistik över hela länet. I kommunens folkhälsonätverk ingick en av konsulenterna under 2008, det är ett forum för erfarenhetsutbyte och samråd för folkhälsofrågor. En representant från varje förvaltning finns med i nätverket. Mötesfrekvensen är cirka 1 gång/månad. 2 av konsulenterna ingick under år 2007-2008 i Sörmlands folkhälsonätverk. Det vänder sig till tjänstemän som har uppdraget att arbeta befolkningsinriktat med strategiskt folkhälsoarbete i kommun, landsting eller förvaltning/organisation där fler sakområden än ett ingår i uppdraget. Syftet med nätverket är att möjliggöra erfarenhetsutbyte, bidra till kunskapsspridning och utgöra en länk mellan lokal och regional nivå i Sörmland. Arbetet sker genom: 3-4 möten/år, där deltagarna delger varandra information om vad som är aktuellt just nu och agerar gemensamt i olika frågor efter behov och intresse.

- En viktig del i den uppsökande verksamheten i Eskilstuna var förebyggande av fallolyckor. Även i fortsättningen satsades det på att fokusera på fallförebyggande arbete i enlighet med det länsgemensamma fallpreventionsprogrammet. På uppdrag av styrgruppen för Närvård i Sörmland tog kommuner och landsting i samverkan under våren 2007 fram ett länsomfattande fallpreventionsprogram. En av folkhälsokonsulenterna deltog i detta arbete.
- En av konsulenterna fick i uppdrag, under tiden feb 2008-feb 2009, att vara projektledare i Språk och kulturteamet. Uppdraget för detta projekt var att skapa, inrätta och pröva arbetsformer för ett etniskt mångfaldsteam. Inom ramen för projektet skulle metoder/arbetsätt prövas och utvecklas för hur så väl språkligt som kulturellt stöd ska utformas.
- Under hösten 2008 deltog två folkhälsokonsulenter tillsammans med representanter från olika pensionärsföreningar i en utbildning som ledare för Passion för livet (www.lj.se/passionforlivet). Efter utbildningen jobbade konsulenterna mycket med att sprida information om Passion för livet. Dels genom att informera under demokriveckan, på studieförbund, pensionärsorganisationer och på ett antal öppna verksamheter. Konsulenterna har genomfört fyra cirklar. Konsulenterna fortsätter jobba med att sprida informationen och att utöka arbetet mot flera målgrupper.
- Under hösten 2008 var en av konsulenterna med och utbildade kvalitets-säkringssamordnare och enhetschefer inom Vuxenförvaltningen kring social dokumentation. Konsulentens roll var att tillsammans med en utvecklare föreläsa om socialt förhållningssätt utifrån KASAM. De fick sedan en förfrågan av en enhetschef att hålla en utbildningsdag kring socialt förhållningssätt att jobba med KASAM i praktiken.
- Hösten 2008 har en av konsulenterna jobbat tillsammans med Hyresgästföreningen vid områdesträffar, där hon föreläste om folkhälsofrågor och folkhälsoarbete.
- Folkhälsokonsulenterna påbörjar ett arbete under våren 2009, med bostadsområdesprojekt. Slagsta, Hällby och Kjula var tre områden i Eskilstuna som valdes ut som pilotområden. Informationsträffar har genomförts, där man efterfrågade vad de boende i området önskade för aktiviteter i sitt närområde. I Slagsta mynnade det ut i en grupp som träffades och promenerade med sina hundar, en stavgångsgrupp, grupper med stresshantering, livsrörelser och Passion för livet.

Där har konsulenterna haft ett mycket bra samarbete med kyrkan och kunnat använda sig av deras lokaler. Totalt ett tjugotal personer var närvarande vid två informationsträffar i Kjula. De uppgav några olika aktiviteter som de kunde tänka sig att delta i. Då Tallgläntan, som är en öppen verksamhet, finns i Kjula kunde vi informera om att dessa aktiviteter fanns där redan. Det som var positivt i Kjula var att fler boende upptäckte den verksamhet som pågår på Tallgläntan. Det pågår en grupp med Passion för livet på Tallgläntan. I Hällby blev det inget dels på grund av lokalproblem och att de boende som kom på informationsträffen berättade att det redan fanns ett stort utbud av aktiviteter i området.

- Folkhälsokonsulenterna har även från och med årsskiftet 2009, hjälpt kostkonsulenterna med att vara ute i olika grupper och haft kostföreläsningar.
- Två av konsulenterna har hjälpt till på Anhörigcentrum med början från och med 2006. De har varit behjälpliga med att sköta vattengymnastik, taktill beröring, föreläsningar om bland annat kost, fallprevention och fysisk aktivitet. En ”Passion för livet” cirkel har genomförts för anhängivårdarna. Då det är viktigt att Anhörigcentrums verksamhet inte stänger under till exempel semester eller sjukdom har konsulenterna hjälpt till så att verksamheten kunnat vara öppen.
- Två av konsulenterna har från och med juni 2008 till och med årsslutet, ingått i en arbetsgrupp som har tittat på kollektiva transportlösningar på landsbygden utifrån ett äldreperspektiv. Då de hade träffat personer över 75 år utan annat bistånd än larm, både i staden och på landsbygden, kunde de redovisa deras synpunkter och behov vad gällde kollektiva transporter.
- Folkhälsokonsulenterna har jobbat mycket med information om kost, fysisk aktivitet och fallolyckor till pensionärsorganisationerna. De har även deltagit på olika seminarier på Mälardalens högskola för att presentera sin verksamhet. Samt varit och informerat studenter på Folkhälsovetenskapliga programmet om hur verksamheten fungerade.
- Den 1 oktober 2008 påbörjades uppstarten av vuxenförvaltningens Fixarprojekt som pågick i 6 månader. Projektledare var en av kommunens Folkhälsokonsulenter. Då antalet uppdrag var få beslutade förvaltningen att avsluta projektet.

- En arbetsgrupp har, med början från november 2007, tittat på hur samarbetet med frivilliga organisationer ser ut idag och hur det skulle kunna se ut i framtiden. Där ingick en av konsulenterna. I dag finns uppgiften inskriven i verksamhetsplanen för folkhälsokonsulenterna.
- Två av konsulenterna har hjälpt till med att titta på Framtidens boende, där det gjorts en inventering av hur boendemiljön ser ut för de äldre. Man har tittat både på den yttre, den inre miljön samt kartlagt alla områden i Eskilstuna kommun. Konsulenterna har, med start i början av 2008, uppdaterat den inventeringen och gjort nya indelningar av bostadsområden. De har också tittat på hur många äldre som bor i varje bostadsområde.
- Två av folkhälsokonsulenterna har varit delaktiga i ett projekt med att starta filialer till anhörigcentrum på landsbygden. Det var i Stora Sundby och i Kjula. Konsulenterna har fungerat som ett bollplank och kommit med idéer utifrån erfarenheter från det hälsofrämjande arbetet. De har också varit där och haft information om kost och fysisk aktivitet.

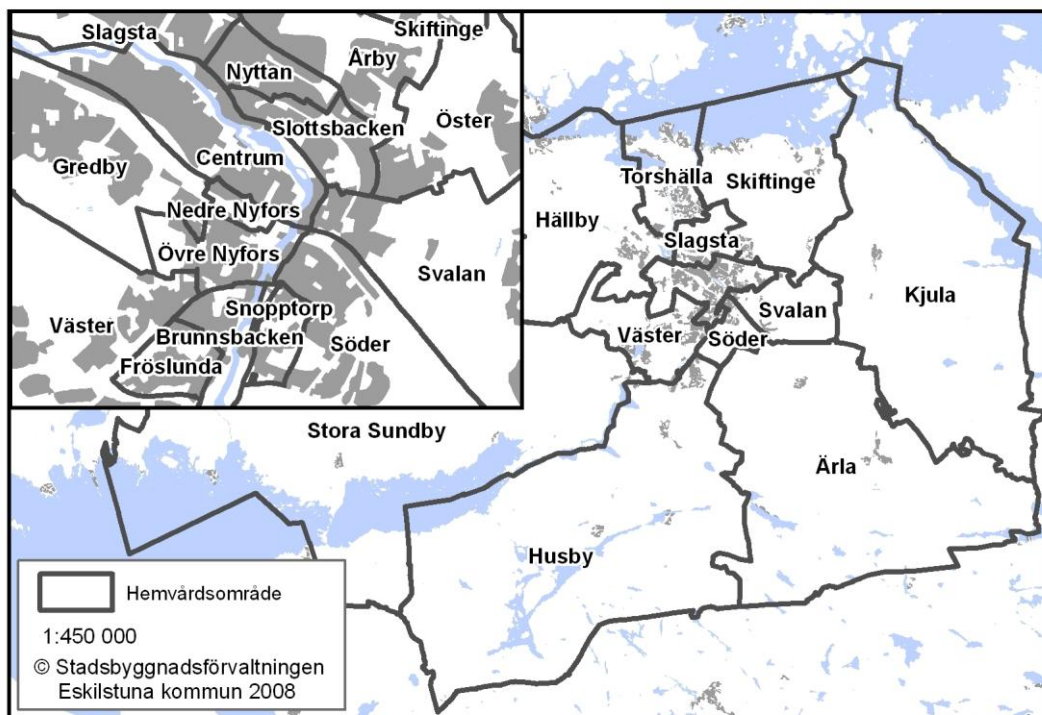
8. Avgränsning

Verksamheten omfattade personer i ordinärt boende som var 75 år och äldre utan beviljat bistånd från hemvården, förutom trygghetslarm. De som har bistånd från äldreomsorgen förväntas få sina behov tillgodosedda genom biståndsutredningen. Behovet av eventuellt kompletterande hembesök hos denna grupp i form av hälsosamtal och information diskuterades, då vissa endast hade matleverans eller städhjälp var fjortonde dag.

9. Metod och genomförande

Hembesöken pågick från och med februari 2006 till och med juni 2009. Verksamheten har utvecklats och förbättrats under denna tid utifrån erfarenheter från hembesöken.

I denna sammanställning redovisas enbart data som insamlats genom frågeformulär vid hembesök i Eskilstuna kommun. Sammanställningen avser samtliga geografiska områden i kommunen, med hembesök genomförda från och med februari 2006 till och med juni 2009. Se nedanstående karta för illustration av områdesindelningen:



10. Etikdiskussion

Det hälsofrämjande arbetets ”kärna” är att stödja och stärka människor att förbättra sin hälsa och skaffa sig bättre kontroll över den. Hälsofrämjande arbete innebär också alltid etiska dilemman och frågeställningar som det är viktigt att reflektera över (Eweless & Simnett, 2005).

När det gäller den uppsökande verksamheten i Eskilstuna var det flera etiska frågeställningar som aktualiserades. Detta gällde både verksamheten i stort och de enskilda besöken.

Den uppsökande verksamheten i Eskilstuna handlade om att göra hembesök hos personer som inte var kända för oss folkhälsokonsulenter, att ge råd och information samt ställa frågor om personens hälsa och vardagssituation. Vi som konsulenter genomförde hembesöken ensamma för att undvika att de äldre kände att de hamnade i underläge eller att vi på något sätt kom för att kontrollera dem.

Hälsa betyder olika saker för olika människor och vad det innebär att vara frisk varierar starkt allt efter värderingar, kunskaper och erfarenheter (Eweless & Simnett, 2005). Det är av största vikt att respektera och acceptera människors självständighet och fria vilja även om man som hälsoarbetare inte alltid stödjer deras beslut om till exempel levnadsvanor. Att undvika pekpinnar angående information och råd var viktigt. Syftet med hembesöket var att få igång ett samtal med den äldre om faktorer som kost och motion, säkerhetstänkande samt vad de själva kan göra för att minska riskerna för fallolyckor.

När det gäller informationen och råden som lämnades till de äldre var det viktigt att stödja sig på korrekta fakta som även har en vetenskaplig grund.

Under hembesöken kunde vi upptäcka behov som låg utanför den uppsökande verksamhetens ramar. Det var då viktigt att den äldre enkelt kunde komma i kontakt med de aktörer/yrkeskategorier som finns i området. Hade de svårigheter att ta den kontakten själva erbjöd vi oss att hjälpa till för att lotsa dem vidare. Detta gjordes bara i samråd med den äldre och om vi hade deras medgivande.

11. Resultat

Nedan presenteras resultat från den kartläggning som gjordes av målgruppens vardags- och hälsosituation (se bilaga 1) samt folkhälsokonsulenternas reflektioner av hembesöken och de aktiviteter som genomfördes under tiden verksamheten pågick.

Det är viktigt att poängtera att då resultatet enbart bygger på svar från personer som tackat ja till hembesök, är resultatet inte statistiskt representativt för befolkningen och därför inte heller lämpligt att dra alltför långtgående slutsatser av.

11.1 Insamling och bearbetning av datamaterial

Socialstyrelsens frågeformulär användes av oss konsulenter för att kartlägga målgruppens levnadsförhållanden. Det insamlade materialet matades in i statistikprogrammet SPSS. Insamling, bearbetning och analys av datamaterialet gjordes med stöd av FoU Sörmland, (FoU Sörmland arbetar med forskning och utveckling inom kommunernas och landstingets verksamheter för den äldre befolkningen).

11.2 Kartläggning av målgruppens vardags- och hälsosituationen

I Eskilstuna kommun fick 6024 personer erbjudande om ett förebyggande hembesök och av dessa tackade 2871 personer ja till ett besök av konsulenterna. Cirka 300 stycken av dem vi besökt har utländsk bakgrund.

11.3 Bortfall

Trots upprepade telefonpåringningar lyckades vi inte komma i kontakt med vissa personer. Denna grupp omfattar även de personer som vi inte lyckades hitta telefonnummer till och som fick följebrev där vi bad dem att kontakta oss om de ville ha ett besök. Därutöver hade ett antal personer flyttat, hade hemtjänst eller avlidit.

Även om det inte var aktuellt med hembesök så fanns det en positiv inställning till verksamheten bland dem som tackade nej. Flertalet uppskattade att de blev uppringda och på detta sätt uppmärksammade av kommunen. Endast en person ville inte ha någon som helst kontakt med oss eller någon annan. De flesta uttryckte att verksamheten kändes väldigt bra och värdefull och tyckte att det känns tryggt att veta vart man kan vända sig om det uppstår hjälpbehov i framtiden. Några ville ha informationsmaterialet hemskickat även om de inte ansåg sig behöva något besök.

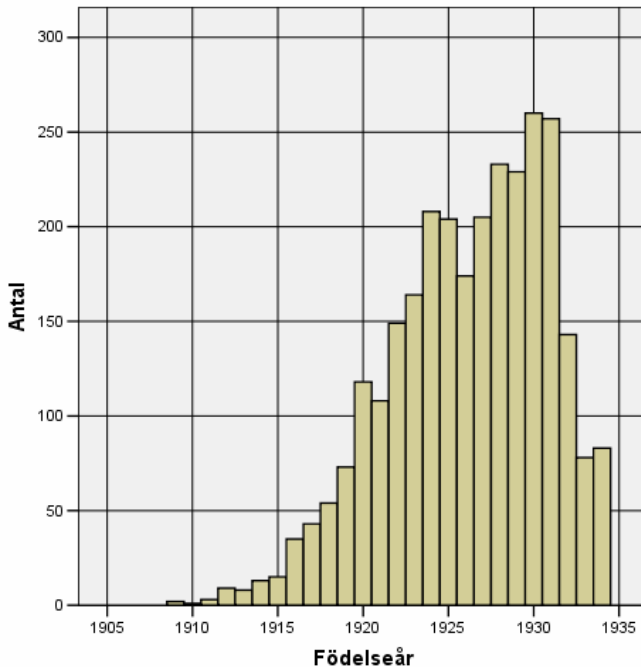
Nedan följer några orsaker till varför man tackade nej till ett hembesök:

- Upptar tid från någon som behöver det bättre
- Klarar oss bra, vi är två i familjen
- Hjälp av anhöriga vid behov
- Vi är pigga och friska
- Jag jobbar fortfarande
- Återkommer själv om det uppstår behov
- Håller på att flytta
- Anhörig bor i samma hus eller på samma tomt
- Måkan yngre
- Orkar inte just nu

11.4 Resultat från frågeformuläret

Personer som tackade ja till ett hembesök

Diagram 1. Antal personer i olika åldersgrupper som erhållit hembesök.



Totalt tackade 2871 personer ja till hembesöket, varav 1740 stycken var kvinnor och 1131 stycken var män. Av dessa var 1089 stycken kvinnor ensamstående och 314 stycken av männen.

Frågor om vardagsliv och självupplevd hälsa

Det allmänna intrycket är att de som vi besökte var pigga och förhållandevis krya. De allra flesta svarade att de klarade av att sköta vardagens sysslor och dagliga aktiviteter utan hjälp från andra.

I de fall där man hade problem att klara av tyngre göromål som till exempel städning och inköp hjälptes makarna åt och var man ensamstående fick man hjälp från anhöriga. I de fall där den ena parten hade sämre hälsa förlitade man sig på den piggare eller friskare maken/makan. För att göra inköp var tillgång till bil eller att någon kunde köra en förutsättning när man bodde ute på landet eller i områden där det var långt till dagligvaruhandeln.

Ganska ofta uppgav männen i parförhållanden att de inte klarade av att sköta tvätt eller matlagning utan hjälp. Det visade sig efter fortsatt diskussion att de flesta ändå skulle kunna klara av att sköta tvätten och matlagningen om de ställdes inför den situationen att de blev tvungna att göra det. Här antar vi att de traditionella könsrollerna och synen på manligt och kvinnligt arbete spelar in. Oftast har det varit kvinnan som haft huvudansvaret för hemmets skötsel och mannen har ansvarat för ”typiskt” manliga sysslor som till exempel skötsel av bil, hus och trädgård.

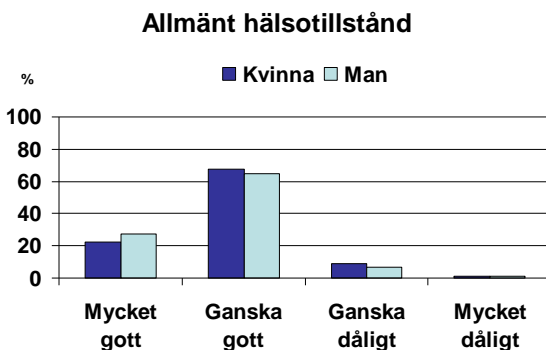
Utövar du någon form av motion?

När det gäller frågan om motion svarade de flesta att de dagligen eller flera gånger i veckan utövar någon form av lätt motion som till exempel korta promenader, hushållsarbete eller trädgårdsarbete.

De som utövade någon form av fysisk träning så som stavgång, gymnastik, vattengymnastik, styrketräning eller cykling ansåg att det endast var vid de tillfällena de motionerade. Flera av dem räknade inte med den vardagsmotion som de fick om de tog en promenad till affären eller sysslade med städning, annat hushållsarbete eller trädgårdsarbete. Det fanns även personer som tyckte att de fick motion genom hushållsarbete och trädgårdsarbete och ansåg att det var tillräckligt för dem. Detta gör att resultatet inte blir tillförlitligt. Vissa kunde inte utöva någon form av motion på grund av funktionshinder.

Hur bedömer du själv ditt allmänna hälsotillstånd?

Diagram 2. Andelen kvinnor och män och deras självuppskattade hälsotillstånd.



Övervägande uppgav de äldre att de bedömde sitt allmänna hälsotillstånd som ganska gott trots vissa krämpor som de ofta relaterade till det naturliga åldrandet. Det fanns ingen större skillnad på svaren mellan könen när det gäller att subjektivt bedöma hälsotillståndet.

Brukar du känna dig trött?

På frågan om trötthet svarade övervägande delen att de nästan aldrig eller ibland kände sig trötta. När vi diskuterade frågan uppgav flera att det inte var någon onormal trötthet utan ibland kunde det bero på inaktivitet och/eller att man inte hade någon meningsfull sysselsättning. Många sa att de slumrade till framför tv:n framåt kvällen och det kan vara en förklaring till att de hade svårt att sova på natten sen.

Brukar du känna dig nedstämd?

Diagram 3a. Andelen med nedstämdhet bland kvinnor och män.

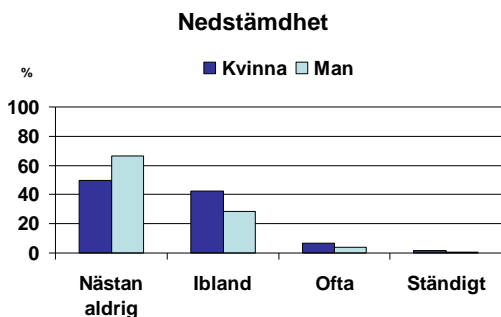
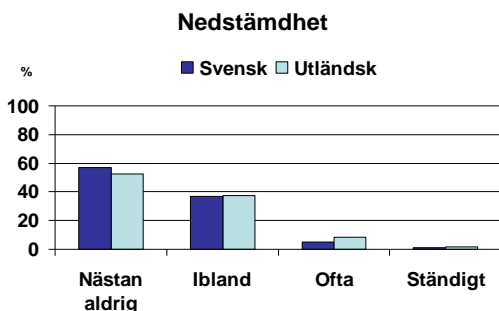


Diagram 3b. Andelen med nedstämdhet Bland dem med svensk eller utländsk bakgrund.



De allra flesta uppgav att de nästan aldrig eller ibland kände sig nedstämda. Kvinnor uppgav oftare att de ibland kände nedstämdhet i jämförelse med männen. I många fall fanns det acceptans till att man ibland kände nedstämdhet, att det tillhör livets gång. Vi uppfattade inte att nedstämdheten till exempel berodde på nedsatt funktionsförmåga eller sämre hälsa. Ett fåtal hade svårt att acceptera sin livssituation som äldre och att de inte längre orkade vara lika aktiva i samma utsträckning som tidigare. När det gäller de äldre med utländsk bakgrund, som vi har besökt, så kan inga större skillnader urskiljas när det gäller nedstämdhet.

Brukar du känna oro och ångest?

Diagram 4a. Andelen med oro eller ångest bland kvinnor och män.

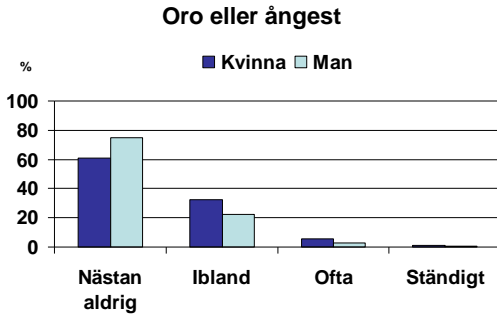
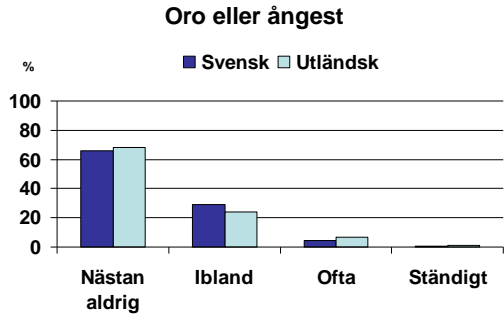


Diagram 4b. Andelen med oro eller Ångest bland dem med svensk eller utländsk bakgrund.



De vanligaste orsakerna till oro, för både män och kvinnor, var i första hand oro för sina anhöriga eller vänner. Det framkom även oro om hur framtiden kommer att se ut om man inte klarar sig själv längre. Ångest förknippades mer som en starkare känsla av rädsla som var mer sällsynt. De flesta uppgav att de nästan aldrig eller ibland upplevde oro eller ångest. Här finns inte några större skillnader mellan personer födda i Sverige och de med utländsk bakgrund.

Värk och smärta

Diagram 5a. Andelen med värk eller smärta bland kvinnor och män.

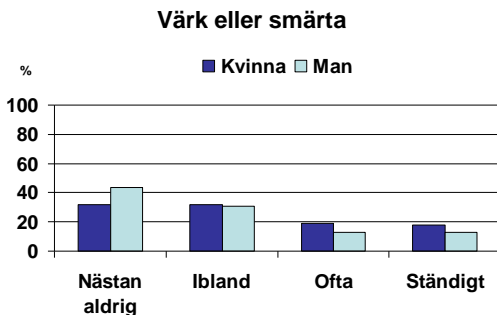
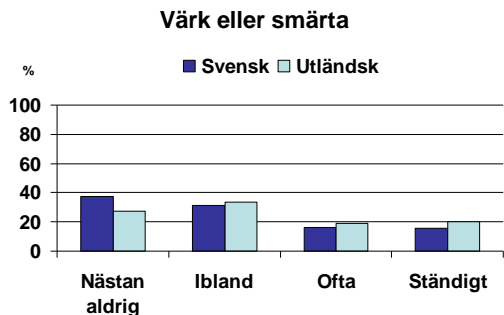


Diagram 5b. Andelen med värk eller smärta bland dem med svensk respektive utländsk bakgrund.



Fler kvinnor än män uppgav att de ständigt brukade ha värk eller smärta. Många uppgav att de ändå hade lärt sig att leva med smärtan men också att smärtan/värken tillhör det naturliga åldrandet. Övervägande delen har dock svarat att de nästan aldrig eller ibland brukar ha värk eller smärta. Det finns inga större skillnader mellan de med svensk bakgrund eller de med utländsk bakgrund.

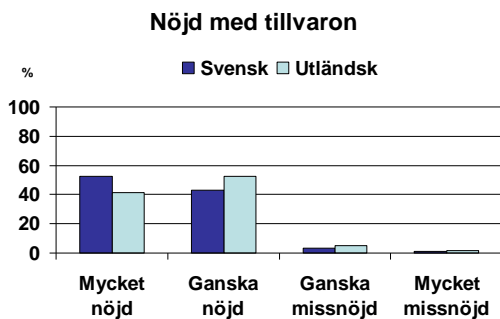
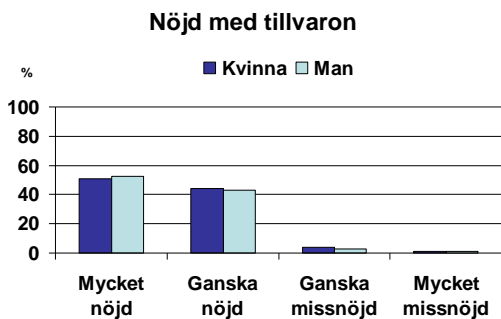
Hur ofta kommer någon och hälsar på hos dig eller hur ofta hälsar du på hos någon?

Vid förfrågan om hur ofta man fick besök utgick den tillfrågade ofta ifrån att frågan gällde besök av anhöriga. Några hade önskemål om att dessa besök kunde ske lite oftare, för att sedan förklara att barn och barnbarn var upptagna med sitt. Det kunde sedan framkomma att de hade ett socialt kontaktnät och att de flesta hade någon kontakt åtminstone en gång i veckan. Det kunde bland annat vara regelbunden telefonkontakt som enligt vissa var helt tillräckligt. Det kunde även vara att man träffade någon under promenaden eller vid en föreningsverksamhet. Vid förfrågan hur ofta man hälsade på hos någon så var det ungefär likvärdigt. Trots att det fanns en del personer som vi uppfattade som ensamma innebar det inte att personen verkligen kände sig ensam. Ensamhet var i vissa fall något som var självvalt och inget man led av.

Är Du nöjd med din tillvaro som den gestaltar sig idag?

Diagram 6a. Andelen nöjda med sin tillvaro bland kvinnor och män.

Diagram 6b. Andelen nöjda med sin Tillvaro bland dem med svensk respektive utländsk bakgrund.



De allra flesta uppgav att de var mycket nöjda eller ganska nöjda med sin tillvaro. Över hälften av männen var mycket nöjda. Trots att kvinnorna i större utsträckning uppgav att de brukade känna nedstämdhet, värk och oro upplevde över hälften ändå att de var mycket nöjda eller ganska nöjda med sin tillvaro.

De äldre uttryckte det som att: *så länge man har hälsan i behåll så får man vara nöjd*. Det fanns dock ett visst vemod över att man inte längre klarade av eller orkade saker på samma sätt som förut. En del uppgav också att det fanns en sorg över att se sina vänner och bekanta bli sjuka och att de avlider. Endast 1 % (30 personer totalt) uppgav att de var mycket missnöjda med sin tillvaro.

***Kan du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?
Kan du utan svårighet läsa vanlig text i dagstidningen?***

Det var ganska vanligt att de äldre uppgav att det hade svårigheter att höra vad som sägs i samtal mellan flera personer (med eller utan hörapparat). Några av dem som hade nedsatt hörsel berättade att de inte deltog i större sammankomster, till exempel föreningsverksamhet, kaffestunder med mera på grund av det. Nedsatt hörsel kunde medföra isolering och upplevdes av vissa som ett socialt handikapp. Flertalet av de äldre kunde utan svårighet läsa vanlig text i dagstidning (med eller utan glasögon). Många uppgav att de blivit opererade för starr och efter det så hade synen blivit bättre. De som hade stora problem med sin syn hade fått hjälp med det genom att använda sig av de tekniska hjälpmedel som finns att tillgå.

Tar du regelbundet läkemedel?

Det finns ingen större skillnad i antalet använda läkemedel mellan könen och födelseåren. Det finns heller ingen större skillnad mellan svenskt eller utländskt födda personer när det gäller användandet av läkemedel. När det gäller hur många som tar receptbelagda läkemedel regelbundet så är det 60 % av kvinnorna och 40 % av männen som gör det. När det gäller de som inte använder sig av några receptbelagda läkemedel var det 56 % av kvinnorna och 44 % hos männen som gör det. De flesta hade mellan en och fyra olika sorters receptbelagda läkemedel.

De tio vanligaste läkemedelsgrupperna som förekommer är: hjärt/kärlmedel, blodförtunnande, vätskedrivande, kalciumantagonister, blodfettssänkande läkemedel, betablockerare, analgetika, antidepressiva, sömnmedel/lugnande/neuroleptika och medel vid ischemisk hjärtsjukdom enligt Ruth Lööf, Leg apotekare, Läkemedelskommittén, Landstinget Sörmland.

Ett fåtal tog någon form av receptfria och/eller naturläkemedel regelbundet.

Övervägande delen klarade själva att hantera och ta sina läkemedel. Några hade hjälp av anhöriga.

På frågan om de hade några funderingar angående sina läkemedel svarade de flesta att de fick bra information om sina läkemedel av sin läkare, distrikts-sköterska och/eller av apotekspersonalen.

Vad är det som gör/underlättar att du fortfarande kan bo kvar i din bostad?

På den här frågan fick vi en mängd olika svar. Denna fråga togs bort oktober 2007 på grund av att den blev mättad.

Det kunde bland annat vara:

- *Därför att jag är pigg och frisk.*
- *Att jag fortfarande kör bil.*
- *Bostaden är anpassad, lätt att ta sig in och ut.*
- *Det finns uteplats och/eller trädgård.*
- *Jag kan få hjälp av barn eller vänner vid behov.*
- *Det sociala nätverket fungerar bra.*
- *Jag vill bo kvar.*
- *Ekonomi.*
- *Närmiljön.*
- *Närhet till affär och annan service.*
- *Vill inte bo kvar, har sökt en annan bostad.*

För de allra flesta är möjligheten att kunna bo kvar väldigt viktigt och de uppgav att de ville bo kvar och klara sig själva så länge som möjligt. För många handlade det om livskvalitet och självbestämmande samt upplevelse av integritet. De som bodde i villa upplevde det som en stor frihet och kunde inte tänka sig ett annat boende. Här spelade ekonomin en stor roll, hade de bott länge i villan så var kostnaderna i regel låga och en hyresbostad skulle bli betydligt dyrare. Några hade planerat det framtida boendet genom att anmäla sig till ett seniorboende.

Övervägande delen uppgav att praktiska faktorer och bostaden samt frånvaro av sjukdom var faktorer som underlättade och gjorde att man kunde bo kvar. Praktiska faktorer kunde vara till exempel tillgång till bil eller färdtjänst, att makarna hjälptes åt eller att man fick hjälp från anhöriga, vänner eller grannar vid behov. Trivsel och invand miljö eller att bostaden var funktionell det vill säga att det var lätt att ta sig in och ut uppgavs också som viktiga faktorer för kvarboende. Frånvaro av sjukdom kunde innebära till exempel att man hade god rörelseförmåga, hade hälsan i behåll eller att maken/makan var pigg och frisk.

12. Synpunkter från de äldre

Det har framkommit en del synpunkter från de äldre under hembesöken i Eskilstuna kommun.

Det framkom önskemål om att det skulle finnas en samlingslokal, där så inte fanns, där man skulle kunna träffas för att till exempel ha lättgymnastik eller för att umgås.

I de hyreshus som saknade hiss upplevdes det som ett problem av en del eller att det skulle kunna bli ett problem i framtiden.

I Hällby framförde många synpunkter på att de saknade ett ställe att gå till för att äta lunch. Kyrkan anordnade lunchträffar en gång i veckan. De skulle kunna tänka sig att utöka den verksamheten om det gick att få till ett samarbete med kommunen.

Det framkom också av flera i Hällby att det saknades ett seniorboende för äldre på området. Det fanns önskemål om att ändå kunna bo kvar på det invanda området när man inte längre klarade av att sköta villa och trädgård. Hyreshusen som fanns på området saknade hiss vilket gjorde att många hade svårt att ta sig ut. Ytterligare en synpunkt som kom fram under flera hembesök var att det i kommunen saknades en servicetjänst där man kunde få hjälp med bland annat byte av glödlampor, sätta upp gardiner med mera.

Många av de äldre som bor i ett eget hus hade behov av hjälp med gräsklippning och snöskottning. Det önskade en så kallad ”fixar-Malte” som kunde hjälpa dem med tyngre göromål. Flertalet av de besökta trivdes med sin boendeform och ville bo kvar så länge som möjligt.

För att göra dessa synpunkter synliga är det naturligtvis viktigt att föra dem vidare till beslutsfattarna i Eskilstuna kommun. Detta kan göras genom att presentera resultatet och synpunkterna som framkommit för vuxennämnden i Eskilstuna.

13. Reflektioner från folkhälsokonsulenterna

13.1 Första kontakten och bemötande

Den första kontakten med målgruppen skedde via ett brev som innehöll bland annat information om syftet med besöket. Några dagar efter att de hade fått brevet tog vi kontakt via telefon. Vi kunde ibland uppleva att de hade glömt bort eller inte läst brevet och dess innehåll och vi fick därför förmedla informationen och syftet med besöket via telefon. Vi upplevde inte att det var någonting som påverkade om de ville ta emot ett hembesök eller inte.

Ett fotografi på konsulenten fanns även med i brevet. Det framkom under besöken att det upplevdes tryggt att ha en bild på den personen som skulle komma. Ibland trodde de äldre att besöket handlade om att ta emot insatser från kommunen. Vi fick då förtydliga syftet med hembesöket.

Till övervägande del upplevde vi att verksamheten togs väl emot av målgruppen. Som besökare kände vi oss oftast välkomna i de äldres hem. De som har fått besök har uppskattat att kommunen bryr sig och att någon tar sig tid att prata och lyssna. Det har varit lätt att få kontakt och att få en förtrolig stämning i samtalet. Flertalet av de besökta har varit väldigt öppna både när det gäller glädjeämnen och bekymmer. Ibland har en liten misstänksamhet visats från dem som vi har besökt, men efter ytterligare information om syftet med besöket har de blivit förstående.

Vid de hembesök där par deltog kunde det ibland hända att den ena parten tog över samtalet. Det gällde då för oss att styra in samtalet på den som frågan ställdes till.

Områdesperspektivet är viktigt för att förankra verksamheten. Den personliga kontakten har varit viktig för att få så hög svarsfrekvens som möjligt på de berörda områdena. Vi har upplevt att målgruppen har känt trygghet om de träffat oss eller hört om verksamheten vid tidigare tillfällen, till exempel pensionärsorganisations möten eller dylikt.

13.2 Frågeformuläret

Frågorna i formuläret som gällde hur man klarar den dagliga livsföringen, såsom sin personliga omvårdnad, hemmets skötsel samt mathållning och inköp, upplevdes ofta som lätta att besvara då det var ganska konkreta frågor. Frågorna nr 3-11 innehöll bland annat frågor om motion, självupplevd hälsa, nedstämdhet, oro och ångest samt värk eller smärta. Det innehöll även frågor om sociala kontakter samt om de var tillfreds med sin nuvarande situation och tillvaro. Dessa frågor innehöll fyra olika svarsalternativ vilka ibland inte upplevdes som tillräckliga. Vissa svarade att trötthet, nedstämdhet eller smärta kunde variera då även deras dagsform varierade. Som besökare fick man då försöka få dem att svara så generellt som möjligt. Frågorna om läkemedel upplevdes som lätta att besvara, ofta ville de som vi besökte även visa oss sina mediciner.

Vissa frågor och de svar som de äldre gav, gjorde att de ibland började reflektera över sin situation och sina förmågor. Det blev mer påtagligt för personen vad man inte längre kunde klara av eller till exempel att man hade få sociala kontakter. Det kunde under besöket medföra att de blev nedstämda när de insåg sina begränsningar. Det var då viktigt att som besökare visa förståelse för hans/hennes reaktion och känslor.

13.3 Den individuella informationen vid besöket

Grundläggande information om kost och motion, fallprevention och även information om kommunens och landstingets tjänster var ämnen som togs upp under hembesöken. Informationsmängden kunde variera beroende på vem man besökte. Den som exempelvis tog långa dagliga promenader, hade medvetenhet och tidigare kunskap om vikten av att röra på sig för att må bra och behövde sällan motiveras eller informeras ytterligare om motion.

Vi uppfattade att de flesta var medvetna om vad en bra kosthållning innebar samt om motionens betydelse för hälsan, men som många ansåg: *det är alltid bra att bli påmind*. Det framkom under vissa besök att några äldre fick i sig för lite vätska och de hade inte kunskapen om att kaffe, te och alkohol har en vätskedrivande effekt. De flesta hade dock kunskap om vikten av att dricka tillräckligt men ibland kan det vara svårt att ändra sina vanor: *man vet hur man ska göra men det kan vara svårt att prestera det i verkligheten*. Detta är dock inget unikt för målgruppen utan gäller för de flesta av oss.

Det framgick under besöken att information om föreningsverksamhet inte var så efterfrågad av målgruppen. Detta kunde bero på att de antingen var aktiva inom föreningslivet sedan tidigare eller så var vardagen uppfyllt med andra intressen och aktiviteter så att det inte fanns något utrymme eller behov att delta i föreningsliv. Några uppgav att de aldrig hade varit några föreningsmänniskor och att det inte fanns något intresse för det.

Informationen om hjälpmedel och/eller bostadsanpassning upplevdes ofta som värdefull då man inte hade någon kunskap om det. Utifrån kommunens verksamhet upplevdes det som att de besökta ville ha information om bland annat trygghetslarm och matleverans, samt vilka insatser man kunde erhålla av hemvården och vad det kostar. Det fanns även frågor om färdtjänst, om hur det går till och vilken avgift man betalar. Då det gällde frågor om kostnader bad vi dem att kontakta biståndshandläggarna då vi inte hade tillräcklig kunskap om det.

Räddningsverkets informationsfolder innehöll bland annat tips på hur man kan minska riskerna för fallolyckor, brand, brottslighet samt övriga risker i vardagen. Då fallprojektet "I alla fall" genomfördes använde vi den foldern till största del när vi pratade om fallolyckor. Vi pratade bland annat om vad man själv kan göra för att minska riskerna för fall både utom- och inomhus. Flertalet av de besökta hade kunskap om hur man förebygger fallolyckor. En del hade redan tagit bort mattor eller skaffat halkskydd. Vissa uppskattade informationen om att skaffa exempelvis nattlampor, samt att de tyckte att det var bra att de blev uppmärksammade på fallrisken med sladdar och att klättra på stolar och små stegar. En del sa att de inte behövde göra några förändringar då de menade att de hade lärt sig och var vana att förflytta sig i sin bostad.

På de områden där verksamheten startade fanns endast ett fåtal utomnordiska personer. Dem som vi besökte på dessa områden kunde förstå och prata svenska med undantag av en finsktalande. När vi kom till områden med flera nationaliteter och språkgrupper fanns det behov av att jobba på andra sätt. Dels genom att använda oss av tolk som vi gjorde när vi jobbade med äldre från Asien. Där bjöd konsulenterna in de äldre till ett informationsmöte, där tolkar fanns med. Efter informationsmötet kunde de äldre boka tider för besök av konsulenterna. Ett annat område hade äldre från forna Jugoslavien och då jobbade konsulenterna med en anställd i en hemvårdsgrupp och som ingår i kommunens Mångfaldsteam. I vissa fall har det funnits med en anhörig som kunnat bistå med tolkning under besöket.

Det kan finnas behov av att uppmärksamma genusperspektiv vid planering och genomförande av hälsofrämjande aktiviteter (män och kvinnor behöver motiveras på olika sätt när det gäller förändring av livsstil och levnadsvanor). Målet med hembesöken har varit att de äldre själva i så stor utsträckning som möjligt skulle ta kontakt med biståndshandläggare eller arbetsterapeut med mera. I några fall har vi med den äldres medgivande hjälp till att förmedla kontakt. Detta kunde vara bland annat kontakt för att få olika hjälpmedel eller någon form av bostadsanpassning, kontakt till anhörigcentrum och kontakt med primärvården.

14. Slutsatser och viktiga faktorer för uppsökande verksamhet

- **Arbeta med folkhälsoperspektiv.** Det är viktigt att betona och lyfta fram verksamheten som ett folkhälsoarbete riktat mot äldre och arbeta därefter. Det är således ett förebyggande och hälsofrämjande arbete som bedrivs och bör därmed inte att förväxlas med hemvård- och omsorgsinsatser.
- **Väl utvecklat samarbete.** Ett fortsatt och förbättrat samarbete med landstinget och särskilt primärvården är mycket värdefullt, liksom samarbete med andra aktörer som kommer i kontakt med målgruppen såsom verksamheter inom kommunen, apoteket m fl.
- **Långsiktig planering och förankring.** För att verksamheten skall kunna bedrivas på ett professionellt och effektivt sätt krävs en långsiktig planering. Kontinuerlig uppföljning och utvärdering är nödvändig för att förankra och kvalitetssäkra verksamheten. Därför bör kartläggning med hjälp av frågeformulär fortgå. Kartläggningen ligger till grund för planering av behovsanalyser och framtida interventioner. Verksamheten måste bedrivas med tydliga mål och delmål samt en väl förankrad beskrivning på hur dessa mål skall uppnås.

- **Effektivisera arbetet/utnyttja personella resurser.** Utnyttja folkhälsoresurserna genom att bredda och fördjupa verksamheten med olika åtgärder. Exempelvis starta olika gruppaktiviteter riktade mot sårbara/utsatta individer i målgruppen. Dessa kan bedrivas områdesvis såväl som uppdelat på aktivitet eller tema. Det är viktigt att det finns en nyckelperson vid uppstart och som fortsatt eventuellt stöd till grupperna. Samarbete med lokala föreningar/aktörer torde vara mycket värdefullt.
- **Marknadsföring.** Den uppsökande verksamheten borde marknadsföras mer externt och internt i kommunen. För ett effektivt och verkningsfullt arbete är det viktigt att verksamheten får en egen roll och identitet, både externt bland kommuninnevånarna såväl som internt bland övriga kommunala verksamheter. Bland målgruppen och kommuninnevånarna bidrar det till att sprida kunskap, trygghet och service. För övriga kommunala verksamheter skapar detta förutsättningar för ett gott samarbetsklimat till befintliga verksamheter samt minska risken för ineffektivitet och dubbelarbete inom förvaltningen.
- **Metod och innehåll.** Förarbete och planering är viktigt för att den uppsökande verksamheten ska fungera. Det har visat sig vara fördelaktigt att arbeta med områdesperspektiv för att förankra arbetet och sprida information till målgruppen och andra aktörer. Tillvägagångssättet att kontakta målgruppen med brevvetskicket och telefonkontakt har visat sig vara en väl fungerande metod. Frågeformuläret som samtalsunderlag har gett samtalet struktur och gett kunskap om målgruppens levnadsförhållanden. Informationsmängden har uppfattats som lagom. Det är viktigt att uppdatera informationsmaterialet kontinuerligt. För att alla ska få samma förutsättningar att ta del av uppsökande verksamhet måste olika metoder prövas. Detta kan till exempel vara tolkhjälp till personer som inte kan svenska språket och gemensamma informationsträffar för personer som inte vill ta emot hembesök. Kost och motion samt fallskadeprevention kommer att vara viktiga ämnen i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet men även andra livsstilsfaktorer som till exempel tobaks- och alkoholvanor behöver uppmärksammas i det fortsatta arbetet.

Tack

Vi vill rikta ett stort tack till alla som på olika sätt har stöttat oss i vårt arbete:

FoU Sörmland för ekonomiskt stöd till sammanställning av rapporten

FoU-samordnar Carina Forsman-Björkman för stöd och uppmuntran under vårt arbete

Statistiker Hans Eriksson, FoU Sörmland för hjälp med statistisk bearbetning

Bengt Wranner, Universitetslektor på MdH för forskarhandledning

Referenser

- Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1977.
- Det är aldrig försent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet. Rapport 2009:18, Statens folkhälsoinstitut, 2009.
- Eweless Linda, Simnett Ina. Hälsoarbete. Andra upplagan. Studentlitteratur, 2005.
- Folkhälsorapport. Socialstyrelsen, 2009.
- Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Socialstyrelsen, 2003.
- Haglund BJA. Stödjande miljöer som strategi för folkhälsoarbete. Social medicinsk tidskrift 1996:2-3, Temanummer miljö och hälsa.
- Haglund BJA m.fl. The Sundsvall handbook "We can do it!". From the 3rd International Conference on Health promotion, Sundsvall. Stockholm: Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, 1992.
- Hellner Britt-Mari. Instruktion till frågeformulär. Försöksverksamheter med uppsökande verksamhet bland äldre. Socialstyrelsen, 1999.
- Naidoo J, Wills J. Folkhälsa och hälsofrämjande insatser. Lund. Studentlitteratur, 2007.
- Näslund G. Health behavior-studies on determinants for health behavior and the relationships between behavior, beliefs and knowledge. Stockholm: Doktorsavhandling, Karolinska Institutet, 1996.
- Omvårdnadsmagasinet, 5/09, s. 28-31.
- O'Neill M. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersektoral health related intervention. Health promotion international 1999, volym 12, pp 79-87.
- Pellmer Kristina, Wramner Bengt. Grundläggande folkhälsovetenskap. Andra upplagan 2007.
- Prochaska JO, DiClemente CC. "Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change", J consult Clin Psych; 1983;51:390-5.
- Rootman I m.fl. Towards a framework for health promotion evaluation. Copenhagen: WHO Europe, 1997.
- Sackett DL. The magnitude of compliance and noncompliance. In: Sackett DL, Haynes RB (eds). Compliance with therapeutic regimens. Baltimore: The Johns Hopkins university press, 1976.
- Sahlén Klas-Göran, Dahlgren Lars, Hellner Britt Mari, Stenlund Hans, Lindholm Lars. Preventive home visits postpone mortality – controlled trial with time-limited results. BMC Public Health 2006, 6:220.
- Sanderson C, Svanström L. The Stockholm cancer prevention programme. Framework for evaluation. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1985.

Satsa på de äldres hälsa. Rapport 2002:27. Statens folkhälsoinstitut, 2002.
Svanström L. Introduktion i folkhälsovetenskap. Lund: Studentlitteratur, 2002.
WHO. Ottawa Charter on health promotion. Geneva: WHO head office, 1986.
Äldres läkemedelsanvändning-hur kan den förbättras. Rapportnummer: 193.
Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2009.
Äldres psykiska ohälsa-en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter
och insatser. Artikelnummer 2008-131-20. Socialstyrelsen, maj 2008.

Bilaga 1

**Hälsofrämjande arbete för äldre i Eskilstuna
kommun**

Frågeformulär

Besöksmottagare

Kvinna 1

Man 2

Födelseår

Födelseland Hemvårdsområde

1. Bor Du ensam?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om nej, vem bor du tillsammans med?

- 1 Make/maka/sambo
- 2 Barn
- 3 Syskon
- 4 Andra

2. Klarar Du Dig själv utan hjälp när det gäller?

Matinköp	1 Ja	2 Nej
Matlagning	1 Ja	2 Nej
Sköta tvätten	1 Ja	2 Nej
Sköta städningen	1 Ja	2 Nej
Stiga upp eller lägga Dig i sängen	1 Ja	2 Nej
Klä av Dig eller klä på dig	1 Ja	2 Nej
Gå på toaletten	1 Ja	2 Nej
Bada och duscha	1 Ja	2 Nej

12:6 Kan du gå i trappor? (Här avses 1 trappa upp)

- 2 Ja
- 1 Ja, men det tar på krafterna
- 0 Nej

3. Utövar Du någon form av motion, t.ex. promenader, cykelturer, hushållsarbete eller trädgårdsarbete?

- 1 Aldrig/så gott som aldrig
- 2 Mindre än en gång i månaden
- 3 En eller två gånger i månaden
- 4 Flera gånger i månaden
- 5 Flera gånger i veckan
- 6 Dagligen

4. Hur bedömer Du själv Ditt allmänna hälsotillstånd?

- 1 Mycket gott
- 2 Ganska gott
- 3 Ganska dåligt
- 4 Mycket dåligt

5. Brukar Du känna Dig trött?

- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ofta
- 4 Ständigt

6. Brukar Du känna Dig nedstämd?

- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ofta
- 4 Ständigt

7. Brukar Du känna oro eller ångest?

- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ofta
- 4 Ständigt

8. Brukar Du ha värk eller smärta?

- 1 Nästan aldrig
- 2 Ibland
- 3 Ofta
- 4 Ständigt

9. Hur ofta kommer någon och hälsar på hos Dig?

- 1 Aldrig/nästan aldrig
- 2 En gång i månaden
- 3 En gång i veckan
- 4 Dagligen

10. Hur ofta hälsar Du på hos någon?

- 1 Aldrig/nästan aldrig
- 2 En gång i månaden
- 3 En gång i veckan
- 4 Dagligen

11. Är Du nöjd med Din tillvaro som den gestaltar sig idag?

- 1 Mycket nöjd
- 2 Ganska nöjd
- 3 Ganska missnöjd
- 4 Mycket missnöjd

13. Kan Du utan svårighet höra vad som sägs i samtal mellan flera personer?

- 1 Ja
- 2 Nej

14. Kan Du utan svårighet läsa vanlig text i dagstidning?

- 1 Ja
- 2 Nej

Frågor om läkemedel

15. Tar Du regelbundet läkemedel ?

- 1 Ja
- 2 Nej

16. (Om Du svarat ja på fråga 15)

Hur många av följande läkemedel använder Du regelbundet?

- 1 Receptläkemedel (antal)
- 2 Receptfria läkemedel (antal)
- 3 Naturläkemedel (antal)
- 4 Vet ej

17. Använder Du några hjälpmedel, t.ex. dosett, för att komma ihåg när Du ska ta dina läkemedel?

- 1 Ja
- 2 Nej

18. Får Du hjälp av någon när Du ska ta dina läkemedel?

- 1 Nej
- 2 Ja, en anhörig
- 3 Ja, en distriktssköterska
- 4 Ja, någon annan

19. Har Du funderingar angående dina läkemedel?

- 1 Ja
- 2 Nej



Eskilstuna kommun bedriver hälsofrämjande arbete för äldre. Syftet med verksamheten är att främja hälsa och bidra till ökad livskvalitet.

Det här brevet vänder sig till personer som har fyllt eller fyller 75 år under året utan bistånd från äldreomsorgen (exkl. trygghetslarm). Kommunen erbjuder förebyggande hembesök som en del i det hälsofrämjande arbetet.

Vid hembesöket vill vi:

- Samtala med Dig om hälsa och vardagsliv med utgångspunkt från ett frågeformulär.
- Lära oss av Dig hur Du hanterar vardagslivet på äldre dar.
- Erbjud information om utbudet av tjänster i kommun och landsting samt råd eller stöd om Du så önskar.

Jag kommer att ringa upp Dig för att komma överens om en passande tid för besöket. Det är helt frivilligt från Din sida att medverka och det kostar ingenting.

Jag har tystnadsplikt. Ingen utomstående kommer att få veta vad Du har sagt vid besöket.

Med vänliga hälsningar



Folkhälsokonsulent
Eva Johansson

Tel 016-710 72 95

Mobil 073-950 65 88

E-mail eva.johansson7@eskilstuna.se



Bilaga 3



Fritid och kultur

Biblioteket

För den som på grund av ålder eller funktionshinder inte själv kan komma till biblioteket finns Boken Kommer. Bibliotekets personal kommer då hem med de böcker man vill låna. Talböcker är för Dig som är synskadad eller på annat sätt har svårt att läsa tryckt text. Tjänsten är gratis.

Boken kommer, Tel: 710 25 48
Talboken, Tel: 710 13 59
www.eskilstuna.se/biblioteket
Adress: Kribsensgatan 4

Friskis & Svettis

Friskis & Svettis erbjuder seniorgruppa. Även utaktiviteter så som strävgång och olika friluftaktiviteter anordnas.

Tel: 12 65 02
www.friskisvettis.se/eskilstuna
Adress: Fristadstorget 3

Korpen

Korpen är ett motionsidrottsförbund som arbetar med hälsa och friskvård. Inom Korpen kan Du delta i tipspromenader, seniorgruppa, vattengruppa, styrketräning, boule, bowling med mera.

Kandier
Tel: 51 30 32
www.eskilstuna.korpen.se
Adress: Vilsta Sport & Fritidscenter

Väntepalatset

Här finns två bassänger för motionsbad, en 25 m bassäng och en lite grundare och varmare. Det finns även servering, relaxavdelning och gym.
Tel: 710 87 00

Minutellarenan

Här kan Du spela bangolf, boule, bordtennis, styrketräna m.m. Det finns även en servering där Du kan köpa en lättare lunch eller fika.

Öppetider:

Vardagar kl. 9.00-21.00
Lörd.-sönd. 9.00-18.00
Tel: 710 23 20 eller 710 24 23

Röda Korset

I Röda Korsets verksamhet ingår flera olika aktiviteter som till exempel caféverksamhet, secondhandbutiken, körsång, integrationsgrupp och väntjänst. Du kan delta i aktiviteterna eller om du vill kan Du göra en insats genom att arbeta på frivillig basis.

Röda Korset konsulent
Jørgen Hallgren
Tel: 17 22 35
www.redcross.se/eskilstuna

Hälsöfrämjande information

till seniorer
i Eskilstuna kommun

Med reservation för eventuella ändringar

Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland

Projektredovisning 2006:1

Utveckling av särskilt boende för äldre personer med specifik problematik i sin demenssjukdom.

Beteendestörningar och Psykiska Symtom vid Demenssjukdomar BPSD.

Författare: *Siw Hansson, Lena Nordin*

Projektredovisning 2006:2

Fallpreventivt arbete inom särskilt boende i Eskilstuna.

Utveckling av en modell.

Författare: *Åsa Eriksson*

Projektredovisning 2006:3

Social dokumentation.

Redovisning av ett utvecklingsprojekt i Vingåker.

Författare: *Lisbeth Dahlqvist, Rose-Marie Larsson*

Projektredovisning 2006:4

Kultur i vården. Redovisning av ett utvecklingsarbete inom utvecklad hemtjänst.

Författare: *Monica Nordrup*

Projektredovisning 2007:1

Taktil Stimulans – Beröring som lugnar.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: *Annika Magnusson*

Projektredovisning 2007:2

Vardagsrehabilitering i eget ordinärt boende.

Redovisning av ett utvecklingsarbete i Torshälla.

Författare: *Susanne Borgerot*

Projektredovisning 2007:3

Äldre och Läkemedel.

Samverkansprojekt Hemtjänsten – Primärvård – Apotek i Flen och Katrineholm.

Författare: *Inger Ljungholm och Ann-Katrine Trybom*

Projektredovisning 2007:4

Äldre och Läkemedel.

Modell för kvalitetsanalys Oxelösund 2006.

Författare: *Ingela Mindemark*

Projektredovisning 2008:1

Anpassning mellan miljö och arbetssätt vid Selaöhemmet

delrapport av ett demensomsorgsprojekt.

Författare: *Ann-Sofie Carlsson*

Projektredovisning 2008:2

Kompetensutveckling för hemvårdspersonal i rehabiliterande arbetssätt.

Redovisning av ett projektarbete i Eskilstuna kommun.

Författare: *Sassa Kusserow, Anna Vörde Sirviö*

Projektredovisning 2008:3

"Lite mer än vanlig hemtjänst"

– Dementsteamledare gör skillnad

Författare: *Sofia Kialt och Eva-Lena Wahl*

Projektredovisning 2008:4

Individuella målprogram för äldre personer med utvecklingsstörning

Författare: *Annika Öhman*

Projektredovisning 2008:5

Sammanhållen hemsjukvård, en vinst för alla!

Författare: *Sara Cederbom*

Projektredovisning 2009:1

"Kan man vara undernärld när mat serveras hela tiden?"

– ett projektarbete om äldre och nutrition på särskilt boende i Eskilstuna kommun

Författare: *Pia Holm, Barbro Wojciechowski*

Projektredovisning 2009:2

"BLÅLJUS" på akuten ... - äldre multisjuka

Rapport Mobilt närvårdsteam Akutmottagningen, Mälarsjukhuset

Författare: *Pia Kjaersgaard*

Projektredovisning 2009:3

Sjuksköterskans roll i en framtida salutogen äldreomsorg

Författare: *Christina Thorell*

Projektredovisning 2010:1

Modell för hemrehabilitering i Strängnäs kommun

Författare: *Sofia Lundqvist, Tove Bellander, Emma Brandt Holmström, Anne-Marie Robertson*

FoU i Sörmland

FoU i Sörmland är en verksamhet som drivs av kommunerna och landstinget i Sörmland genom Regionförbundet Sörmland.

Vi vill stödja och stimulera anställda att ta initiativ till olika former av forsknings- och utvecklingsarbeten. FoU i Sörmland vill särskilt uppmuntra till forsknings- och utvecklingsarbeten som handlar om samverkan mellan huvudmän och personalgrupper, om kvalitetsfrågor och om inflytande i vården och omsorgen för äldre och vuxna med funktionsnedsättning.

FoU i Sörmland arbetar utifrån verksamhetsidén med en fyrdelad FoU-strategi:

- Att skapa möjligheter för olika former av kunskaps- och erfarenhetsutbyte
- Att tillhandahålla handledning och ge metodstöd
- Att ge ekonomiskt stöd till forsknings- och utvecklingsarbeten
- Att ta initiativ till länsgemensamma FoU-projekt



FoU i Sörmland
Drottninggatan 16 B, bv
632 20 Eskilstuna
Telefon: 016-541 40 30
e-post: info@fou.sormland.se