

Redskap att hantera sin livssituation mot ett hälsosamt åldrande

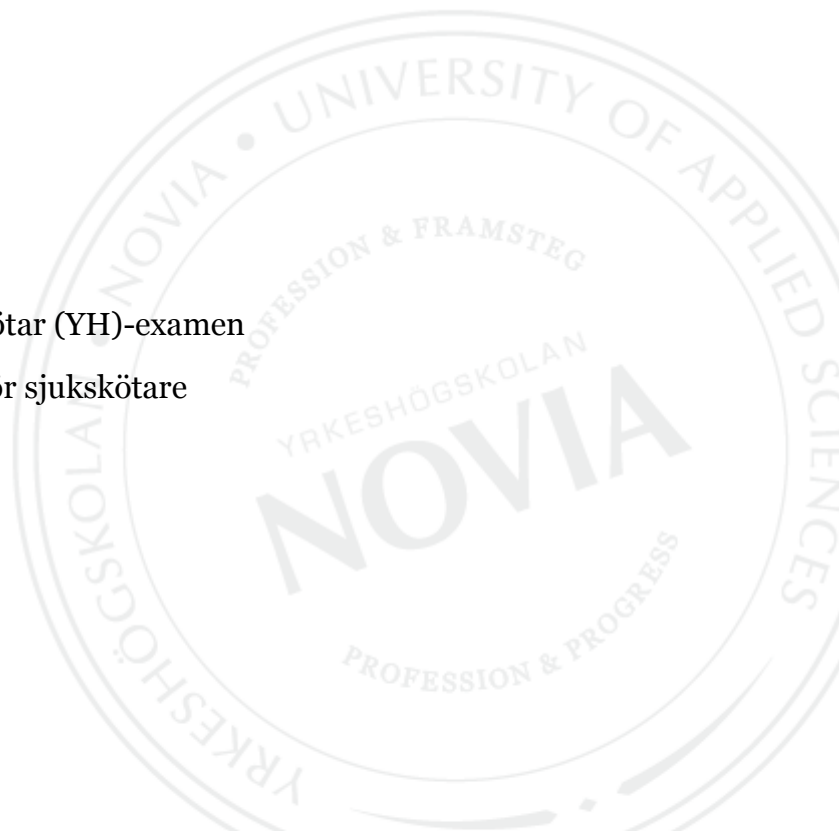
Test och utvärdering av Seniorträffen

Diana Rosenlöf

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för sjukskötare

Vasa 2015



EXAMENSARBETE

Författare: Diana Rosenlöf

Utbildningsprogram och ort: Sjukskötare, VASA

Handledare: Barbro Mattsson-Lidsle, Lena Sandén-Eriksson

Titel: Redskap att hantera sin livssituation mot ett hälsosamt åldrande

Datum: 05/ 2015 Sidantal: 57

Bilagor: 8

Abstrakt

Målsättningen med detta examensarbete är att hitta de redskap den äldre behöver för att aktivera sig mot polen hälsa (i motsats till polen ohälsa) och åldras med en så god hälsa som möjligt. Förebyggande hembesök görs i Korsholms kommun till dem som under året fyller 78 år och som inte har några stödfunktioner från tidigare. Besöket är tidskrävande och utövaren av hembesöket ska också ha mycket kunskap för att möta den äldres behov. De äldres andel ökar i framtiden medan utövarens resurser inte gör det i samma takt. Detta ger anledning att söka alternativ till nuvarande metod.

Hemma i Botnia-projektet har utvecklat en modell de kallar för Familjemodellen. Den inleds med en gemensam Seniorträff. Det är själva Seniorträffen som beställaren önskar en test och utvärdering på. Beställaren är skribentens arbetsgivare, Korsholms kommun.

Den teoretiska utgångspunkten är Antonovskys syn på hälsan. Hur mycket hälsa man har är beroende på hur hög grad av känsla av sammanhang man har. Grad av sammanhang består av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Genom att öka graden av sammanhang aktiverar man individen mot polen hälsa.

Skribenten kallar 78-åringarna i Korsholm till en Seniorträff, där professionella föreläser om bl.a. kost och motion. Efteråt får deltagarna utvärdera tillställningen genom att svara på en enkät med både öppna och slutna frågor. Resultatet presenteras genom innehållsanalys. De slutna frågorna presenteras och åskådliggörs i deskriptiv statistik med hjälp av Excel-program.

Utvärderingen av Seniorträffen visar att den lyckas aktivera äldre mot polen hälsa och dessutom åstadkommer man samtidigt många andra positiva effekter.

Språk: svenska

Nyckelord: förebyggande hembesök, hälsofrämjande, hälsosamt åldrande, aktivt åldrande

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Diana Rosenlöf

Koulutusohjelma ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, VAASA

Ohjaajat: Barbro Mattsson-Lidsle, Lena Sandén-Eriksson

Nimike: Työväline elämäntilanteensa käsittelemiseksi terveellisen ikääntymisen suuntaan

Päivämäärä: 05/ 2015 Sivumäärä: 57

Liitteet: 8

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tavoite on löytää ne työvälineet, joita ikääntynyt tarvitsee aktivoidakseen itseensä terveystapaa kohden (vastanapana epäterveellisyys) ja ikääntyä niin terveesti kuin mahdollista. Mustasaaren kunnassa tehdään ehkäisevä kotikäynti heille, jotka vuoden aikana täyttävät 78 vuotta ja joilla ei ole tukipalveluja ennestään. Käynti on aikaa vievä ja kotikäynnin tekijällä täytyy myös olla paljon tietoa kohdatakseen ikääntyneiden tarpeet. Ikääntyvien osuus kasvaa tulevaisuudessa kun taas tekijän resurssit eivät sitä tee samassa tahdissa. Tämä antaa syyn etsiä vaihtoehtoa tämän hetkiselletyötavalle.

”Hemma i Botnia”-projekti on kehittänyt mallin, jota he kutsuvat Perhemalliksi. Se aloitetaan yhteisellä Senioritreffit-tapaamisella. Itse Senioritreffit on se asia, jolle tilaaja toivoo testiä ja arviointia. Tilaaja on vastaajan työnantaja, Mustasaaren kunta.

Vastaaja kutsuu Mustasaaren 78-vuotiaat Seniorireffeille, jossa ammattilaiset luennoivat mm. ravinnosta ja liikunnasta. Jälkeenpäin osaanottajat saavat arvioida tapahtuman vastaamalla kyselyyn joka sisältää sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Tulos esitetään sisältöanalyysin kautta. Suljetut kysymykset esitetään ja havainnollistetaan kuvaavalla tilastolla Excel-ohjelman avulla.

Seniorireffien arviointi näyttää että se onnistuu aktivoimaan ikääntyvät terveystapaa kohti ja sen lisäksi saavutetaan samalla monta muuta positiivista tulosta.

Kieli: Suomi

Avainsanat: Ehkäisevä kotikäynti, terveyden edistäminen, terveellinen ikääntyminen, aktiivinen ikääntyminen

BACHELOR'S THESIS

Author: Diana Rosenlöf

Degree Programme: Nurse, VAASA

Supervisors: Barbro Mattsson-Lidsle, Lena Sandén-Eriksson

Title: A tool for handling ones lifestituation towards healthy ageing

Date: 05/ 2015 Number of pages: 57

Appendices: 8

Summary

The goal for this study is to find the tools elderly people need to activate themselves towards the healthpole (as opposed to unhealth) and grow older with as good a health as possible. Preventive home visits are done in the municipality of Korsholm to those who turn 78 during the year and who do not receive any supporting functions. The visit takes time and the homevisit practitioner needs a lot of knowledge to be able to meet the needs of elderly people. The share of elderly people will increase in the future while the resources of the practitioner do not keep the same pace. This gives a reason to find an alternative to the existing method.

The project 'Hemma i Botnia' has developed a model they call the Familymodel. It starts with a mutual Seniormeeting. It is the actual Seniormeeting which the client wishes to be tested and evaluated. The client is the employer of the writer, the municipality of Korsholm.

The writer invites 78-year old people in Korsholm to a Seniormeeting where professionals lecture about food and exercise, among other things. After the meeting the participants can evaluate the meeting by answering a questionnaire including open and closed questions. The result is presented through a contents analysis. The closed questions are presented and visualized through descriptive statistics using the Excel software.

Evaluation of the Seniormeeting shows that it succeeds in activating elderly people towards the healthpole and at the same time it also creates many other positive effects.

Language: English

Key words: Preventive home visits, health promotion, healthy ageing, active ageing

Allra först vill jag rikta ett stort TACK till mina handledare:

Barbro Mattsson-Lidsle och Lena Sandén-Eriksson

som tålmodigt visat riktningen och hållit mig på vägen.

Tack även till alla som ställt upp och hållit föreläsningar på Seniorträffen:

Viola Mitts, Tuula Kleimola, Michael Ek, Ann-Sofi Blom, Heidi Hakala-Öman, Lena-Maria Holm, Katja Kurunsaari, Jenny Laaksonen, Håkan Wikerg, Gun-Lis Grönlund-Nybacka, Gunilla Nyman-Klavus och Barbro Staffans.

Tack till **Marjukka Kennola** som översatt inbjudan, missiv och programbladet till finska.

Tack till **Anne Dahl** som gjort den språkliga granskningen.

Tack till min man **John Rosenlöf** för hjälp med själva tekniska utförandet och för stödet under hela processen.

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställning	2
3 Vetenskaplig utgångspunkt.....	2
3.1 Begriplighet.....	4
3.2 Hanterbarhet.....	4
3.3 Meningsfullhet.....	4
3.4 KASAM idag.....	5
4 Teoretisk bakgrund.....	6
4.1 Den äldre vuxna eller tredje åldern.....	7
4.2 Det normala åldrandet	8
4.2.1 Kostens betydelse.....	9
4.2.2 Fysisk aktivitet.....	10
4.2.3 Meningsfull sysselsättning och gemenskap.....	11
4.3 Orsaker till funktionsnedsättning	13
4.4 Förebyggande hembesök.....	14
4.4.1 Förebyggande hembesök i Korsholm.....	16
4.4.2 Familjemodellens Seniorträff.....	16
5 Tidigare forskning.....	17
5.1 Hälsosamt åldrande.....	18
5.2 Det förebyggande hembesöket i fokus.....	20
6 Undersökningens genomförande.....	22
6.1 Val av informanter.....	23

6.2 Enkät som datainsamlingsmetod.....	24
6.3 Dataanalysmetod.....	25
6.3.1 Kvalitativ innehållsanalys.....	25
6.3.2 Deskriptiv statistik.....	26
7 Undersökningens praktiska genomförande.....	26
8 Resultat.....	29
8.1 Den äldres hälsa och boende.....	30
8.1.1 Hälsotillståndet.....	30
8.1.2 Boendet.....	32
8.2 Redskap inför framtiden.....	34
8.2.1 Kosten.....	35
8.2.2 Fysisk aktivitet.....	36
8.2.3 Meningsfull sysselsättning och gemenskap.....	38
8.2.4 Hälsofrämjande arbete.....	40
9 Tolkning.....	42
9.1 Hälsotillståndet.....	43
9.2 Boendet.....	44
9.3 Kosten.....	45
9.4 Fysisk aktivitet.....	46
9.5 Meningsfull sysselsättning och gemenskap.....	47
9.6 Hälsofrämjande arbete.....	48
10 Kritisk granskning.....	52
10.1 Perspektivmedvetenhet.....	52
10.2 Etiskt värde.....	53

10.3 Empirisk förankring.....	54
10.4 Det pragmatiska kriteriet.....	55
11 Diskussion.....	55
Källförteckning.....	58
Bilagor	

1 Inledning

I Finland och i stora delar av världen är en åldrande befolkning en stor utmaning inför framtiden. Vi lever längre och längre tack vare bättre levnadsförhållanden och bättre medicinsk vård. Men en hög ålder kan också medföra nedsatt funktionsförmåga och vi kan bli i behov av stöd och service av olika slag. Funktionsnedsättningar leder inte enbart till sämre livskvalitet för oss, utan även till ett ökande behov av resurser. Både våra egna och samhällets. Med förebyggande insatser kan man åstadkomma en bättre hälsa och skjuta tiden för när vi blir i behov av stödfunktioner på framtiden, längre fram på vår livskurva. Det lönar sig att satsa på förebyggande åtgärder som främjar hälsan och välbefinnandet. Målsättningen är ett självständigt hemmaboende så länge som möjligt. (Social- och hälsovårdsministeriet 2014, s. 19)

Förebyggande hembesök till äldre har gjorts i Korsholms kommun sedan år 2003. Vi är två personer (äldrerådgivare) som gör dessa hembesök och besöket riktas till personer som under året fyller 78 år. De ska inte heller ha stödfunktioner, utan klara sin vardag självständigt. Samtidigt är det önskvärt att rikta besöken speciellt till riskpersoner, t.ex. dem som bor ensamma eller som har minnesproblem. Det har visat sig svårt i praktiken att från en namnlista veta vem som hör till dessa riskgrupper.

För att ge bästa möjliga information och stöd på det förebyggande hembesöket behöver man bemästra ett stort kunskapsområde. Ibland känns uppgiften för stor, man känner sig otillräcklig. Samtidigt undrar man om det är de rätta sakerna som diskuteras på själva hembesöket, med tanke på självständigt boende så länge som möjligt. Denna metod är också mycket tidskrävande. Det är svårt att hinna utföra alla hembesök så som planerats. Gruppen äldre växer också från år till år medan de egna resurserna inte ökar i samma takt. För att klara av den framtida utmaningen känns det som att det är dags att se på andra modeller. Kan man göra på ett annat sätt för att få samma eller kanske till och med ett bättre resultat?

Förutom de förebyggande hembesöken gör äldre rådgivarna även minnesutredningar på personer som upplever minnesproblem. Minnesutredningarna tar den största delen av äldre rådgivarens arbetstid.

Pronomina ”hon” och ”henne” kommer i detta arbete härfter att användas i betydelsen ”han och hon” och ”honom och henne”.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att testa och utvärdera familjemodellens seniorträff. Målsättningen är att hitta de redskap som åstadkommer en aktivitet mot en hälsosammare livsstil och planering av sin egen framtid hos de äldre. Tanken är att de äldre själva ska vara delaktiga i att hitta dessa redskap.

Frågeställningen lyder: Vilka redskap ger seniorträffen för att den äldre ska klara av hanteringen av sin livssituation mot bättre hälsa och därmed förlängt hemmaboende?

Arbetet är ett beställningsarbete av Korsholms kommun/ HVC.

3 Vetenskaplig utgångspunkt

Det salutogena synsättet att se på hälsan intresserar. Att lyckas få fram de resurser individen har samt motivera henne till rörelse mot hälsa istället för mot ohälsa.

Aaron Antonovsky har formulerat den salutogenetiska modellen. Det salutogena synsättet innebär att man ser på hälsofrämjande faktorer medan det patogena synsättet handlar om att se på sjukdomsalstrande faktorer. (Antonovsky 1987, s. 11, 15) *Salus* betyder hälsa. I den romerska mytologin är *Salus* hälsans gudinna. *Genesis* betyder tillblivelse och ursprung. (Westlund 2009, s. 9)

Antonovskys metafor förklarar förhållandet hälsa – ohälsa. Det faktum att vi ständigt rör oss mellan dessa två poler. Han beskriver det som att vi står på stranden av en flod som han kallar för livets ström. Vi vet inte varför vissa av oss hamnar i denna ström men vi går inte säkra. Stora delar av floden har ett mycket ohälsosamt vatten. Dessutom delar den på sig. Vissa delar för till härliga, lugna vatten medan andra delar för till farliga virvlar och strömmar. Vad är det då som gör att vissa av oss klarar av att simma och inte drunknar? Antonovsky anser att simförmågan bestäms avsevärt av vår känsla av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Om vi alla befinner oss i samma flod kommer vi att klara oss olika bra beroende av hur stor grad av dessa faktorer vi har. Som vårdpersonal borde man förutom att man bygger broar över floden även lära individen att simma. (Antonovsky 1987, s. 7, 117-118)

Vi befinner oss alla på ett visst avstånd mellan kontinuumet hälsa-ohälsa. Antingen är vi närmare polen hälsa eller polen ohälsa. Ibland kan man vara närmare polen ohälsa p.g.a sjukdom. Det finns alltid en del i oss som är mer eller mindre friskt, så länge vi är i liv. Som vårdpersonal bör vi i vården inte bara se på sjukdomen utan hela människan, även den friska delen, hela hennes livssituation. Som exempel ges berättelsen om en äldre man med sjukt knä. Mannen behandlas på sjukhuset och skickas hem. Snart är han dock inne på sjukhuset på nytt med sitt sjuka knä. Det som man redan första gången borde ha tagit hänsyn till är mannens hela livssituation. Han är nybliven änkling. P.g.a. dålig ekonomi har han flyttat till en lägenhet som finns på fjärde våningen. I huset finns ingen hiss. Han har dessutom inget socialt nätverk, alltså ingen som kan hjälpa honom. Beaktar man inte detta denna gång heller kommer mannen antagligen att åka otaliga gånger mellan hemmet och sjukhuset med olika hälsoproblem, småningom kanske t.o.m med depression. (Antonovsky 1987, s. 24-26)

Men vilka är då de faktorer som får oss att röra oss mot polen hälsa? Enligt Antonovsky är det inte enbart frånvaron av riskfaktorer som bidrar till den rörelsen. Det finns något annat. Stressorer kallas det som orsakar en rörelse, antingen mot polen ohälsa eller mot polen hälsa. Stressoren kan vara sjukdomsalstrande, neutral eller hälsofrämjande. Antonovsky talar inte om patienter utan om individer av den anledningen att man ska se hela människan, hennes historia och livssituation. Vidare anser Antonovsky att motståndskraften mot funktionshinder och ohälsa är känslan av sammanhang. Känslan av sammanhang upprätthåller ens position på kontinuet hälsa-ohälsa. Antonovsky kallar

denna känslan av sammanhang för KASAM (sence of coherence, SOC). De tre mest centrala komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Så när individer utsätts för sjukdomsalstrande stressorer kan de individer som har en hög KASAM aktivt sträva till en rörelse mot polen hälsa. (Antonovsky 1987, s.27-37)

3.1 Begriplighet

Hög eller låg begriplighet innebär graden på hur och om individen begriper, förstår inre och yttre stimuli. En individ med hög grad av begriplighet har en uppfattning om att det som händer i framtiden är förutsägbart och begripligt eller går att strukturera och ordna. Hon känner till ”spelets regler”. (Antonovsky 1987, s. 38-39, 44) Ofta hör man själv uttryck som ”det kommer att visa sig!”, ”det ordnar sig nog!”, ”allt har en förklaring!”

3.2 Hanterbarhet

Hanterbarhet innebär hur individen anser sig ha resurser att hantera det hon möter; sjukdomsalstrare, olyckor, tragedier. Resurserna kan hon besitta själv (t.ex. god grundfysik, pengar, kunskap) eller så är det personer som finns runt om henne som hon litar på (t.ex. partnern, sjukvårdspersonal, Gud) och som kan hjälpa. Individer med en låg känsla av hanterbarhet kan t.ex uppleva sig vara ett offer och då finns risken att hon ger upp kampen dvs. rörelsen mot polen hälsa. Det aktiverar individen om hon har en känsla av att hon har resurser, verktyg och/ eller redskap. (Antonovsky 1987, s. 40)

3.3 Meningsfullhet

När individen upplever en hög känsla av meningsfullhet så har hon hittat det som motiverar henne till att odsla energi på utmaningen. Individen ser inte stressoren som ett problem, utan snarare som en utmaning värd att engagera sig i. Hon ser vinstmöjligheterna. Det som motiverar och ger mening är något som betyder mycket för individen.

Antonovsky anser att meningsfullhet är den viktigaste faktorn av dessa tre. Den som verkligen gör skillnad, som motiverar och som är drivkraften mot polen hälsa. (Antonovsky 1987, s. 40-41)

3.4 KASAM idag

Eriksson och Lindström (2011, s. 70-71) har tagit del av en imponerande mängd forskning som har sett närmare på Antonovskys antaganden att KASAM påverkar vår hälsa. De refererar till egen källa från år 2006 där de kommit fram till att känslan av sammanhang har betydelse, att det finns ett klart samband mellan KASAM och ett sunt hälsobeteende. Flera av forskningarna de studerat visar att speciellt vårt åldrande påverkas positivt av en stark känsla av sammanhang.

Westlund (2009, s. 5-15) anser att ett salutogent arbetssätt är hälsofrämjande arbete, hälsopromotion. Man bör ta vara på individens egna resurser och skapa möjligheter och förutsättningar till delaktighet. Hon behöver kunna påverka de omständigheter som spelar en roll för hennes hälsa. Då individen är aktiv och verksam, påverkas och skapas hälsa. Speciellt i äldreomsorgen passar det salutogena synsättet extra bra eftersom de äldre ofta redan har många sjukdomar. Det är för sent att förebygga sjukdom. Då satsar man istället på de äldres resurser och friskfaktorer.

Sammanfattningsvis kan man säga att en hög eller låg känsla av sammanhang, eller KASAM innebär en:

”tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man skall kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.” (Antonovsky 1987, s. 41)

4 Teoretisk bakgrund

Utgångspunkten i detta arbete är den relativt friska 78-åringen som inte ännu är i behov av service från samhället. Hur ser livet ut just då? Vad är ett hälsosamt åldrande? Vilka är de största orsakerna till funktionsnedsättning?

Det föds inte tillräckligt med barn för att hålla befolkningsstrukturen i balans. Enligt statistikcentralens prognos för år 2030 (dvs. om bara 15 år i skrivandets stund) är drygt var fjärde person i Finland över 65 år, medan den arbetsföra befolkningen förutspås minska med 117 000 personer från nuläget. (Statistikcentralen 2012)

I vår nya äldreomsorgslag (28.12.2012/980) framkommer vikten av att stödja de äldres hälsa och välbefinnande samt funktionsförmåga. Men också stödjandet av ett självständigt liv. De äldre ska också ges möjlighet att delta och kunna påverka kommunens beslut som gäller ärenden som gäller dem själva som grupp. Samarbete mellan olika kommunala verksamheter poängteras (t.ex. offentliga myndigheter, företag, organisationer som företräder den äldre befolkningen och andra allmännyttiga samfund som är verksamma i kommunen).

Wentjärvi (2013, s. 6) har sett närmare på äldres självständiga boende i Österbotten via Gerda-projektet. Hon citerar Koskinen et al., 1998; Kivelä et al., 2011: ”*demens, ensamhet och otrygghet, sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga, olämplig bostad, hög ålder, kontinuerligt vård- och servicebehov*” visar sig vara de vanligaste orsakerna till att äldre flyttar hemifrån. Hennes slutsatser är att de äldre borde göras mera delaktiga i planeringen av att hitta lösningarna så att äldre kan bo hemma. Genom att ta med de äldres egna åsikter får vi nya synvinklar som kan bidra till bra lösningar. Ett nytänkande.

4.1 Den äldre vuxna eller tredje åldern

Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum refererar i sin rapport (2013:05) till den brittiske sociologen Peter Laslett som år 1987 delar upp människans livscykel i fyra delar. Första, andra, tredje och fjärde åldern. Den tredje åldern är tiden efter att man går i pension. Man har en viss ekonomisk grundtrygghet och gott om fritid. Man är aktiv och fri att göra det man känner för. Eftersom man är relativt frisk fungerar man självständigt. I den fjärde åldern orsakar sjukdomar funktionsnedsättning vilket innebär att man blir beroende av en annan person. Detta begränsar självständiga aktiviteter. (Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2013)

Många äldre lever ett aktivt, hälsosamt och självständigt liv. I Västvärlden kan speciellt äldre personer känna sig t.o.m. 25 år yngre än vad de verkligen är. Nästan tre fjärdedelar av personer som har gått i pension (65-69 år) beskriver ibland sina liv som ”mycket gott” eller ”så bra som det bara kan bli”. Trots denna positiva självbild tänker allmänheten alltför ofta på denna grupp individer som passiva mottagare av social- och hälsovårdstjänster. Tänk vad denna grupp tillför! Många är närståendevårdare eller frivilligarbetare. (Mickus & Owen, 2009, s. 137) År 2002 kom WHO ut med en efterlysning på en attitydförändring med tanke på de äldre. Äldre är inte enbart hjälpbehövande utan många äldre är fullt aktiva. Vidare åtgärder skulle behövas för att göra det möjligt för ännu flera att vara aktiva som äldre. (WHO 2002, s. 9)

Det finns många olika skeden i åldrandet. Flertalet av dem som gått i pension, som lever sin tredje ålder, är mycket aktiva och använder social- och hälsovårdstjänster endast vid behov, så som även den övriga yngre befolkningen. Ungefär var fjärde 75-åring är beroende av regelbunden hemvård p.g.a. nedsatt funktionsförmåga. Hjälpbehovet är som störst under den fjärde åldern. För de flesta innebär det en ålder på över 85 år. (Social- och hälsovårdsministeriet 2009, s. 11)

78-åringen är med andra ord en person mitt emellan tredje och fjärde åldern. Så frisk att man klarar sig självständigt samt med olika grad av hälsoresurser man borde ta tillvara. Risken för sjukdom och funktionsnedsättning ökar med stigande ålder men hälsofrämjande åtgärder kan förskjuta hjälpbehovet längre fram i livet.

4.2 Det normala åldrandet

Åldrandet är inte en sjukdom utan en normal process som vi alla har framför oss. Möjligheterna att återställa sig efter en tillfällig sjukdom blir dock svårare och svårare med stigande ålder eftersom våra organs funktioner försvagas.

Vid 90 års ålder har man förlorat 50 % av hjärtats och lungornas kapacitet. Njurarnas funktionsförmåga minskar också avsevärt och förmågan att utsöndra läkemedel försvåras därför. Urinvägsinfektioner är ett vanligt hälsoproblem bl.a. på grund av att immunförsvaret försvagas. Svårigheter att hålla urinen beror hos kvinnor på negativa effekter på slemhinnor och muskeltonus orsakade av sjunkande östrogennivå. Hos männen är en förstorad prostata orsaken till problem med urinvägarna då det blir svårt att tömma blåsan ordentligt. Matsmältningsförmågan förändras så att matsmältningsenzymer minskar, vilket leder till svårigheter för kroppen att tillgodose sig all den viktiga näring vi behöver för kroppens alla funktioner. Försämring av nervsystemet leder ofta till sämre balans vilket ökar risken för fall. Akuta förvirringstillstånd, så som delirium, är vanligare bland äldre än unga, just p.g.a. färre nervceller och nedsatt produktion av signalsubstans. Hjärnan blir då känsligare för påverkan. Osteoporos leder till frakturer vid fall. Utvecklandet av benskörhet påskyndas av livsstilsfaktorer ss rökning och inaktivitet. Huden blir torrare och känsligare p.g.a. nedsatt elasticitet och minskat kroppsvatten. Detta leder till ökad risk för t.ex. trycksår och svampinfektioner. Kombinerat med sjukdomar i artärer och vener kan man få problematiska bensår. Synen, hörseln, känslan, smak- och luktsinnena ändras också. Nattsömnen kan ändra och orsakerna borde utredas eftersom det kan ligga någon sjukdom bakom. Men det kan också bero på regleringen av olika hormoner som påverkar sömnen samt bristen på aktiviteter på dagen. Depression hos äldre är vanligt. Den kan orsakas av hjärnans åldrande men även av olika förluster. Man förlorar kroppsfunktioner,

partner, barn, vänner. Sexualiteten kan ändra p.g.a. nedsatt lust och/eller sjukdom. (Gustafson & Olofsson 2012, s. 152-172)

4.2.1 Kostens betydelse

När man blir äldre förbränner man inte lika mycket kalorier som när man är ung. Men man har ändå behov av samma mängd näring och vatten. Kosten behöver alltså vara av mycket god kvalitet. En speciell uppmärksamhet behöver alltså fästas på de äldres kost. En näringsriktig kost bidrar till en god fysik och kognition samt till ett psykosocialt välbefinnande. Detta påverkar livskvaliteten på ett positivt sätt samt förlänger hemmaboendet. Har man ett gott näringstillstånd återhämtar man sig också snabbare efter eventuella sjukdomar. (Kivelä, Vaapio, Gustafsson & Jansson 2011, s. 27)

Idealet vore att äta näringsrikt och ofta samt sträva till att göra nattfastan så kort som möjligt. Då minskar man förekomsten av näringsbrist som är mycket vanlig bland äldre personer. Näringsbrist gör att man blir svag, förmågan att läka sår försämras och det kan t.o.m. leda till depression och demenssymtom. Förstoppning är också ett vanligt problem som framgångsrikt många gånger kan förebyggas med tillräckligt vätskeintag och fibrer. (Gustafson & Olofsson 2012 s. 157-158)

Äldre ska inte heller banta. Då ökar risken för benskörhet och musklerna försvagas. Endast om de är ordentligt överviktiga med problem i rörelseapparaten. Men då ska viktnedgången ske långsamt och gärna med dietföreskrifter gjorda av en näringsterapeut. Det är snarare problem med undervikt och undernäring när det gäller äldre personer. Kivelä m.fl. (2011) hänvisar till europeisk forskning som visar på att personer i åldern 70-80 får i sig endast fyra femtedelar av sitt energibehov. Samtidigt visar finsk forskning på att äldre får i sig för litet skyddsnäring. En trevlig miljö vid måltider är det också värt att satsa på. Nationella rekommendationer för friska äldre hemmaboende sammanfattas som en så mångsidig diet som möjligt, energimängd enligt vad man förbrukar, måttligt med salt och mjuka fetter, dieter enligt sjukdomar samt D-vitamin-tillägg. (Kivelä m.fl. 2011, s. 28-34)

Davies (2011, s. 44-46) rekommenderar medelhavsdieten samt tillgodoseendet av speciellt D- och B12-vitamin. Medelhavsdieten anses värdefull för att där är hälsosammare fetter än i västerländsk kost. Kosten innehåller också rikligt med grönsaker och fisk. Med medelhavsdieten visar forskning på förlängd livstid samt förebyggande av sjukdom. Ganzer och Zauderer (2011, s. 24-27) anser också att medelhavsdieten är det bästa alternativet och då speciellt med tanke på hjärnhälsan. De nämner även vikten av att få i sig rikligt med antioxidanter som ska skydda hjärnan mot fria radikaler.

4.2.2 Fysisk aktivitet

Davies (2011, s. 47) skriver att en halvtimmes måttlig motion fem gånger i veckan ger hälsoeffekter och är att rekommendera men att endast 7% av personer över 75 år följer dessa rekommendationer. Trots många forskningar som visar på positiva hälsoeffekter av att motionera, så minskar det med stigande ålder p.g.a. nedsatt funktionsförmåga, rädsla att falla och okunskap – man känner inte heller alltid till sambandet mellan en god hälsa och motion. Man kan förebygga fallolyckor genom regelbundna balansövningar och styrketräning. Förutom att man blir säkrare på benen stärks även benstommen vilket minskar riskerna för negativa följder ss. benbrott om man skulle falla ändå.

Hutton m.fl (2009, s. 91) undersöker äldre med risk för att falla för att hitta de äldres egna uppfattningar om fysiska aktiviteter. Man vill hitta orsakerna till att de äldre antingen upplever sig få hjälp av motion eller att de ser endast hinder i att delta i fysiska aktiviteter. Man intervjuar 20 st. 68-81-åringar. Det framkommer att äldre önskar mera information och kunskap om vilken typ av aktivitet som är lämplig, tillräckligt effektiv och hur ofta man måste motionera för att det ska göra nytta. De äldre vill också veta vilka de positiva effekterna är på hälsan. De flesta äldre önskar fysisk aktivitet i grupp där ledaren är professionell. Grupperna skall vara lättillgängliga. Att höra till en grupp, till ett sammanhang ger också positiva, sociala effekter. Man tror inte att man skulle vara lika aktiv ensam. Individuell uppmuntran och rådgivning anses värdefull för att man överhuvudtaget skall börja utföra den fysiska aktiviteten som en del av sin livsstil. Det som utgör hinder för att delta kan vara t.ex. tidsbrist (man är kanske närståendevårdare eller sköter barnbarn), smärta, höga kostnader p.g.a. transportkostnader eller så är avstånden för

långa. Mycket liknande resultat har även Wallén, Ståhle, Hagströmer, Franzén och Roaldsen (2014, s. 19-20) kommit fram till. Men de skriver dessutom om de äldres upplevelser om social gemenskap, tillhörighet och sammanhang när de gymnastiserar tillsammans med andra jämnåriga i grupp. Orsakerna till att man vill motionera är för att man vill hålla sig i form, det är roligt, för att man vill hålla vikten, för att man vill träffa andra och för att man mår dåligt om man inte motionerar.

Cyarto, Dow, Vrantsidis och Meyer (2013, s. 15-20) rekommenderar 30 minuter medelhård fysisk aktivitet 5 dagar i veckan. Bäst är det om man varierar sina aktiviteter så att man dels utför muskelstärkande rörelser men även att man övar upp balansen. En annan dag kan man syssla med någon kardiorespiratorisk aktivitet som ökar pulsen och andningsfrekvensen och ger bättre kondition. Det kan vara frågan om simning, aerobics och cykling. Det är också viktigt att man stretchar ibland.

Trots stigande ålder kan man alltså upprätthålla en god funktionsförmåga och hälsa genom att motionera mångsidigt, en halv timme om dagen minst fem dagar i veckan. Gärna tillsammans med andra samt med en ledare som vet hur. Det ska också vara enkelt att komma sig iväg.

4.2.3 Meningsfull sysselsättning och gemenskap

Hälsa främjas genom att man är aktiv. Om man fyller sin vardag med aktiviteter man upplever meningsfulla så förlängs t.o.m. livet. Man kan syssla med trädgårdsarbete eller hobbyaktiviteter, matlagning, motion mm. Aktiviteten behöver inte nödvändigtvis vara fysisk utan kan lika bra vara en stillsam aktivitet som t.ex. att läsa en bok. Man kan vara aktiv för sig själv eller tillsammans med andra. Vad som än känns viktigt, meningsfullt och motiverande. Aktiviteter påverkar alltså inte enbart den fysiska hälsan utan även den mentala, vilket i sin tur minskar depressioner och demenssjukdomar. Man tolkar det som att ett välmående psyke har stor betydelse för hälsan och överlevnaden. Olika aktiviteter ger olika vinster. Det spelar med andra ord inte någon roll vilken typ av aktivering man sysselsätter sig med bara man själv får bestämma och välja vad man gör och att man

upplever den meningsfull. Samtidigt känner man att man har högre välbefinnande, bättre livskvalitet och bättre fysik. (Fristedt 2011, s. 154-155; Nilsson 2012, s. 119)

I och med att man går i pension försvinner en del av ens sociala nätverk. Då är det viktigt med andra ”mötesrum” dvs. andra sociala mötesplatser för de äldre där de kan samlas och umgås. För ett hälsosamt åldrande kan sociala mötesplatser tillföra de äldre en känsla av att ha en roll, man blir aktiv och man får nya vänner. (Karp, Agahi, Lennartsson, Lagergren, & Wånell 2013, s. 20)

I GERDA-projektet, som gjordes bland äldre i Väster- och Österbotten, framkom att sociala aktiviteter är mycket viktiga. Som exempel gavs att umgås med vänner, sina nära och kära genom att samtala, dricka kaffe, gå på promenad eller ringa och tala med någon. Känslan av att vara en del av ett sammanhang gör att man mår bra. Man känner sig behövd och man är viktig för någon. Det spelar en roll att man finns till. (Nilsson 2012, s. 120, 123)

Den sociala delaktigheten har positiv effekt på den äldres hälsa och välbefinnande. Dvs. att vara aktiv i grupp, att ”syssla med något” tillsammans med andra. Den sociala delaktigheten förbättrar den kognitiva funktionen samt höjer välbefinnandet och förbättrar livskvaliteten. Den sociala delaktigheten har visat sig t.o.m. motverka funktionsnedsättning generellt. Depressioner minskar också när man engagerar sig socialt och är med i gemenskapen. (Fristedt 2011, s. 155)

4.3 Orsaker till funktionsnedsättning

I Finland räknas hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, kroniska lungsjukdomar, cancer, minnessjukdomar, sjukdomar i rörelseorganen och psykiska problem till folksjukdomarna. Sjukdomarna är kroniska och leder ofta till funktionsnedsättningar i olika grad. Många av dessa sjukdomar kan däremot förebyggas eftersom man känner till riskfaktorerna och flera av dem kan dessutom ha samma riskfaktorer. T.ex. rökning ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, kroniska lungsjukdomar, minnessjukdomar och cancer. Motion är däremot en skyddsfaktor som inverkar positivt på alla ovan nämnda sjukdomar. Många av de kroniska sjukdomarna kan förebyggas genom tillräcklig motion, hälsosam kost, minskande av saltintag, undvikande av rökning och riklig alkoholanvändning samt att man förebygger fetma. (THL 2014)

I Finland sker över en miljon olycksfall som leder till skada per år. Följderna av ett olycksfall är oftast mera allvarliga för en äldre person än för en yngre person. Man delar in olycksfallen i trafik, arbetsolycksfall samt olycksfall på fritid och i hemmet. För personer över 74 år är det olycksfall på fritiden och i hemmet som är vanligast. (Niemi 2012, 27-37)

Bränder i hemmet är ofta beroende av alkohol och rökning. Alkoholen kan också bidra till förgiftningar eller att man somnar i bastun. Äldre kan även råka ut för en olycka i trafiken, antingen då de själva är chaufförer eller som fotgängare. Den absolut största gruppen olycksfall som leder till funktionsnedsättning är dock fallolyckorna. Hela 80% av alla olycksfall bland äldre är fallolyckor. År 2010 dog 960 personer över 65 år i skadorna efter en fallolycka. Ju äldre man blir desto mera ökar risken att falla. Orsakerna till fallolyckorna delas in i yttre och inre orsaker. Yttre orsaker kan vara att man snubblar på mattkanter. Det kan fattas ledstänger vilket gör att man inte har något att ta stöd från. Dåligt sandade vägar gör att man halkar. Inre orsaker till att man faller beror på personen själv. Man kan ha nedsatt funktionsförmåga och vara rädd för att falla. Rädslan gör att man spänner sig och kan därför orsaka fall. Riklig alkoholanvändning, fel medicinering, sjukdom, smärta, nedsatt syn eller minnessjukdom kan vara andra orsaker till att man faller. Fyra femtedelar av skadorna, orsakade av en fallolycka kräver vård utanför hemmet för personer över 74 år. Av alla höftbrott beror 90% på en fallolycka. I Finland förekommer 7000 höftbrott per år.

Höftbrotten är mycket kostsamma för samhället men framförallt försämrar de livskvaliteten för personen som drabbats. Fallolyckorna hotar de äldres trygghetskänsla. Rädslan för konsekvenserna ifall man faller är stor. Man är rädd att mista självständigheten och i värsta fall hamna på någon institution. Detta kan i sin tur leda till att man rör på sig mindre. Man sitter hellre hemma i trygghet än att man går ut om det t.ex. är halt väder. Man blir mera isolerad och ensam vilket i sin tur ökar risken för nedsatt funktionsförmåga, en sämre hälsa och depression. (Niemi 2012, 27-37)

Den egna livsstilen och de val man gör har en stor betydelse för hur ens hälsa är. Både fysiskt, psykiskt, kognitivt och socialt. Det är inte enbart en hög ålder som orsakar sjukdom och/ eller funktionsnedsättning utan även livsstilen. Vilka val man gör i livet påverkar hälsan antingen positivt eller negativt. (Davies 2011, s. 44)

Vi kan alltså påverka vår funktionsförmåga genom de val vi gör. En hälsosam kost, fysisk aktivitet, meningsfull sysselsättning och gemenskap förbättrar hälsan, minskar riskerna för t.ex. kroniska sjukdomar och fallolyckor, ökar livskvaliteten och förlänger ett självständigt liv.

4.4 Förebyggande hembesök

Det har i många år varit en rekommendation i Finland att alla kommuner ska erbjuda ett förebyggande hembesök till de äldre i samhället. Hembesöket kan göras av någon från hälsovårds- eller från sociala sidan. Målsättningen med hembesöken är att informera om vilket stöd kommunen kan erbjuda. Man vill även hitta eventuella riskfaktorer i den äldres livssituation för tidigt ingripande. På hembesöket diskuterar man också hur den äldre själv kan upprätthålla sin hälsa, välbefinnande och livskvalitet genom att motionera, äta en hälsosam kost, hitta meningsfulla aktiviteter samt ha ett aktivt socialt liv. I kommunerna kan man själv bestämma hur man väljer ut de personer till vilka besöket ska riktas. Antingen till en grupp enligt ålder (rekommenderats ålder 75-80år) eller till en viss riskgrupp med en viss ålder. Det förebyggande hembesöket är en service som erbjuds men det är frivilligt för mottagaren att ta emot. Förebyggande hembesök kallas i Finland sedan

år 2009 för Välfärdsfrämjande hembesök. (Social- och hälsovårdsministeriets 2009, s. 3) I detta examensarbete kommer dock begreppet förebyggande hembesök att användas eftersom det är mera allmänt känt och används i hela Norden.

Förebyggande hembesök är lagstadgad verksamhet sedan år 1990 i England, 1998 i Danmark och 1999 i Australien. I Sverige är det inte lagstadgat men man utför förebyggande hembesök ofta som projekt. Bl.a. Göteborgs stad har låtit FoU i Väst/GR utvärdera effekten av de förebyggande hembesöken. Resultatet visar på en positiv effekt förutsatt att det görs flera uppföljningsbesök. Men man hittar också resultat som visar på att det förebyggande hembesöket inte nödvändigtvis är det mest kostnadseffektiva sättet att utföra förebyggande arbete på. De äldre upplever dock hembesöket mycket positivt. Förebyggande hembesök skapar trygghet. Många gånger visar det sig att de äldre kan ha behov av t.ex. trygghetsalarm eller något annat hjälpmedel men inte vet vart de skulle ta kontakt. De som utför det förebyggande hembesöket kan då informera om detta. De utvecklar även nätverk runt den äldre genom att ta kontakt till olika väntjänstutövare. Inget tyder på att hembesöken skulle orsaka mera arbete åt någon annan inom hälso- och socialvården eller att kostnaderna skulle stiga. Tvärtom kan små problem redas ut i tidigt skede med små kostnader istället för att det skulle bli frågan om akut sjukvård och klart större kostnader. Ett alternativ till dessa hembesök kan vara en samlingsplats där de äldre får gemensam information men det anses inte kunna ersätta de förebyggande hembesöken, endast komplettera. Förutom den hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande målsättningen är de förebyggande hembesöken dock ett värdefullt sätt att få veta vad de äldre själva tycker. På så vis kan äldrevården utvecklas i rätt riktning och de förebyggande hembesöken kan utvecklas. (Nordell 2009, s 26-30)

Sammanfattningsvis kan man säga att man strävar till att rikta det förebyggande hembesöket till åldern mitt emellan tredje och fjärde åldern för att om möjligt förlänga den självständiga tiden och senarelägga hjälpbehovet med de rätta redskapen. Det kan gälla konkreta hjälpmedel eller information om hur man upprätthåller blansen. De äldre uppskattar besöken och det känns tryggt att veta varifrån man kan få hjälp om man behöver.

4.4.1 Förebyggande hembesök i Korsholm

I Korsholms kommun har förebyggande hembesök gjorts sedan år 2003. Man började med att genomföra hembesök till testgrupper i två olika ålderskategorier, 75-åringar och 80-åringar. Man kom fram till att den bästa tidpunkten för förebyggande hembesök är det år som den äldre fyller 78 år. I Korsholm rör det sig om ca 100st 78-åringar per år. Man kontakter var och en som inte har någon form av hemvård per telefon och erbjuder besök. De flesta tackar ja men det finns också de som tackar nej och då oftast p.g.a. att de upplever sig vara i gott skick och inte ha behov av något hembesök. Intervjublanketten som används är uppgjord år 2003. Dessa hembesök hette till en början fallförebyggande hembesök.

4.4.2 Familjemodellens Seniorträff

I projektet Hemma i Botnia är målsättningen bl.a. att utveckla nya idéer för förebyggande hembesök. Hemmaboendepincipen, dvs. att kunna bo kvar i hemmet så länge som möjligt är något som både de äldre själva och samhället värnar om. Man söker svar bl.a. på hur man kunde berika hembesöken med ett mångprofessionellt samarbete. Olika modeller presenteras. En av modellerna kallas för ”Familjemodellen” och är en tvåstegsmodell där man först har en gemenskapsträff som man kallar seniorträff. Seniorträffen består av en inbjudan till en lokal träff för de äldre och deras familjer. Där får de upplysande föreläsningar angående de äldres livssituation och man diskuterar kring hur de äldre ser på närsamhällets utveckling. Vilka möjligheter finns det? Vilka begränsningar? Efter att tillställningen är slut kan de äldre fylla i ett frågeformulär där det framkommer om de är intresserade av ytterligare kontakt. Den kontakten består av ett uppföljande hembesök där även den äldres närstående deltar. Tillsammans diskuteras den äldres situation. Alla i familjen tar del av varandras åsikter och upplevelser. På detta sätt ökar förståelsen för varandra, det blir mera begripligt. Man hittar kanske nya utvägar och möjligheter. Kanske det finns resurser och tillgångar inom den egna familjen som kan utnyttjas för att stödja den äldres hälsa. Detta är ett nytt tankesystem man kommit fram till genom att diskutera med familjer som deltagit i projektet och med professionella som gör förebyggande hembesök. (Hemma i Botnia, 2013)

”Hemma i Botnia är ett tvärvetenskapligt samarbetsprojekt finansierat av Interreg Botnia Atlantica, Österbottens Förbund och Region Västerbotten, samt av projektparterna Yrkeshögskolan Novia, Åbo Akademi och Umeå Universitet.” (Wentjärn A. e-post 11.11.14)

Denna modell, och speciellt själva seniorträffen, kommer i detta arbete att testas och utvärderas på uppdrag av Korsholms kommun. Hälsan kommer att lyftas fram som en resurs och en kraftkälla och därför viktig att bevara för att möjliggöra hemmaboendet så länge som möjligt. De äldre, som härfter kallas ”deltagarna”, är de friska äldre som inte ännu har service eller stödfunktioner, som deltar i seniorträffen och svarar på en enkät. Det finns en ambition att göra seniorträffen så mångprofessionell som möjligt.

5 Tidigare forskning

Sjukdom och olycksfall kan ge funktionsnedsättning vilket kan innebära att man inte självständigt klarar av sin vardag längre. Att inte längre klara av det man tidigare gjort kan inverka negativt på humöret och känslan av att hitta en mening med tillvaron. Att lyckas skjuta funktionsnedsättningen längre fram på livskurvan ger flera friska, självständiga år.

Här följer tidigare forskningar om ett hälsosamt, aktivt åldrande och om förebyggande hembesök som förebyggande åtgärd i stödandet och främjandet av ett hälsosamt åldrande. Forskningarna söks i Cinahl, swemed+ samt Arto. Sökorden med vilka artiklar hittas är healthy ageing, health promotion, active ageing, preventive home visits (samt även motsvarande på svenska och finska utan resultat). Artiklarna är i huvudsak högst 5 år gamla. Två av artiklarna är äldre (2006 och 2008) och har valts p.g.a. deras relevanta innehåll och lokala utgångsläget.

5.1 Hälsosamt åldrande

Kulla, Sarvimäki och Fagerström (2006) undersöker hälsoresurser och –strategier hos äldre svenskspråkiga i Finland. Tidigare studier visar att svenskspråkiga har bättre hälsa och lever längre än de finskspråkiga landsmännen vilket gör det intressant att studera och hitta orsaken bakom fenomenet. Tjugoåtta personer med en medelålder på 84 år intervjuas för denna studie. Genom innehållsanalys skapas sex kategorier som innefattar olika hälsoresurser och hälsostراتيجier: den positiva, den sociala, den aktiva, den anpassningsbara, den envisa och den passiva. Den positiva, den sociala och den aktiva upplever antingen sin hälsa god eller så har den blivit bättre. Att ha en positiv inställning och livslust verkar vara en central hälsoresurs. Den positiva inställningen ger man inte upp så lätt men en sämre hälsa och problem med transport är hälsohinder för den sociala. Fysiska aktiviteter är viktiga och en klar hälsoresurs och strategi för de aktiva. Känslan av att vara nöjd och tillfreds anses vara en hälsoresurs för den anpassningsbara och den passiva. För den passiva är även egenskapen försiktighet en hälsoresurs. Man efterlyser att vårdpersonalen fördjupar sig i att förstå hälsohinderna och hälsoresurserna för att hitta de rätta strategierna för en bättre hälsa. Sammanfattningsvis är det de sociala aktiviteterna som är de huvudsakliga hälsoresurserna för de svenskspråkiga – att få bo hemma och upprätthålla kontakten med sina sociala aktiviteter. (Kulla, Sarvimäki & Fagerström 2006, s. 51-57)

Fagerström (2010) har studerat vilken roll en positiv inställning till livet har i hur äldre personer upplever välbefinnande och hälsa. Undersökningsmaterialet är intervjuerna som gjorts inom ramen av GERDA-projektet, dvs. personerna som intervjuats är från Väster- och Österbotten. Man intresserar sig även för eventuella skillnader mellan språkgrupperna (finskspråkiga finnar, svenskspråkiga finnar och svenskspråkiga svenskar). När positiv livsorientering jämförs mellan dessa tre grupper får finskspråkiga finnar sämst resultat medan svenskspråkiga finnar får sämst resultat på hur/om de planerar sin framtid. Svenskspråkiga finnar har däremot starkare socialt nätverk än vad de finskspråkiga landsmännen har och därför även en bättre hälsa. Personer som lever ensamma och upplever sig ensamma får negativa känslor ss nedstämdhet vilket ger en sämre hälsa. Resultatet visar att en positiv inställning till livet är en hälsoresurs. Följaktligen borde man undersöka hur man kan stärka den inställningen hos äldre. Fagerström kommer till

slutsatsen att främjandet av äldres hälsa bör fokusera på främjandet av upprätthållandet av viktiga och nära relationer för de äldre samt stöda de äldres behov av att vara behövda. För vårdpersonal är det viktigt att de uppmuntrar de äldre till meningsfulla aktiviteter. Att vara lyhörd för den äldres önsknings och behov och vidta åtgärder för att uppnå dessa gör den äldre intresserad av framtiden oberoende av eventuella sjukdomar och förluster. Man kan fokusera och hjälpa de äldre att se det positiva i alla situationer. (Fagerström 2010, s. 349-356)

Cyarto, Dow, Vrantsidis och Meyer (2011) har utvecklat ett evidensbaserat frågeformulär för personer i medelåldern och äldre; HAQ (healthy ageing quiz) i Australien. Man vill hitta ett instrument som de äldre själva kan använda för att utvärdera sin aktuella livsstil för att maximera sina chanser att åldras väl. Formuläret består av 22 frågor och man får genast feedback på det man svarar och tips på vad man kan ändra på i sin livsstil. Frågorna som ställs handlar bl.a. om motionsvanor, balans och fallolyckor, alkoholanvändning, BMI och midjemått, kosten, sömnvanor, när man senast besökt läkare för hälsogranskning, kognitiv träning, socialt nätverk och delaktighet samt frågor som har att göra med psykiska välmåendet. De rekommenderar bl.a. regelbundna måltider minst tre per dag. BMI rekommenderas till 18,5-27 på personer över 65 år. Frågeformuläret visar sig ha god validitet och reliabilitet och är enligt de äldre, som testat formuläret, lätt att förstå och enkelt att fylla i. Man kommer fram till att trots att äldre skattar sin hälsa som god så finns det ändå faktorer som man enkelt kan ändra mot ännu hälsosammare livsstil. (Cyarto, Dow, Vrantsidis & Meyer 2011, s. 15-20)

Gilbert, Hagerty och Taggart (2012) har genom intervjuer av tio personer (kvinnor och män) försökt hitta de faktorer som ligger bakom de intervjuades goda hälsa, trots hög ålder (80-95 åriga). Man frågar också vad de tror är orsaken till en sämre hälsa. Man hittar tre faktorer som ger ett hälsosamt åldrande. Nämligen att den äldre "tar hand om sig själv", att den äldre har en "positiv attityd" samt att den äldre har "en meningsfull sysselsättning". Faktorer som är hinder för det hälsosamma åldrandet är att "man ger upp", "själva åldrandet i sig" (det man inte kan något åt) och "begränsningarna i miljön". (Gilbert, Hagerty & Taggart 2012, s. 20-25)

Hurst, Wilson och Dickinson (2013) intresserar sig för hur äldre söker information om hälsa. De ber nio äldre personer (ålder 66-85) föra dagbok i två månaders tid och notera varifrån de söker sådan information och vad som gör att de börjar söka. De vanligaste orsakerna som aktiverar de äldre att söka mera information angående sin hälsa är förändring eller försämring av hälsan, egen eller partners. Man aktiveras också efter att man läst någon artikel eller efter att man diskuterat med familjemedlemmar eller vänner. De äldre kurerar sig själva genom att ändra kosten. De minskar på motionen för att lindra symptom eller så använder de sig av alternativa vårdmetoder. De följer upp sina symptom genom att mäta t.ex. blodsocker och blodtryck. Informationssökandet är också beroende på hur allvarliga de upplever att deras symptom är samt vad de har för erfarenheter och kunskaper från förr, rädslor och attityder. Personerna som deltar i studien får information via läkare och vård- och apotekspersonal samt från bipacksedeln till medicinerna men även från dagstidningar, internet, familj och vänner. Genom att själva söka information får de äldre också veta om deras symptom kräver uppsökning av vård eller om de klarar sig med självvård. (Hurst, Wilson & Dickinson 2013, s. 34-39)

En positiv inställningen till livet och hälsan samt egen aktivitet verkar hälsobringande. Genom att aktivt ta hand om sig själv, att göra även små justeringar i sin livsstil trots att man upplever att hälsan är god och genom att söka information om sin hälsa och eventuella sjukdomar är meningsfull sysselsättning som i sig är hälsofrämjande.

5.2 Det förebyggande hembesöket i fokus

Fagerström, Wikblad och Nilsson (2008) har genom en litteraturstudie försökt utforska och utvärdera de hälsofrämjande effekterna av förebyggande hembesök. De analyserar de utförda aktiviteterna och dokumentationen som gjorts efter hembesöken för att se om utföraren av besöket utgår från de individuella hälsoresurserna. Det framkommer att i tio fall av aderton saknas hälsoperspektivet och innehållet i hembesöket handlar mest om sjukdomar. Man noterar den äldres upplevelse av att vara ensam men den noteras tillsammans med känslan av att inte höra hemma någonstans, att inte ingå i någons planer, som en eventuell orsak till att man söker vård och som att man blir apatisk och senare institutionaliseras. Den generella känslan av välmående diskuteras inte alls. Personens inre

styrkor anses vara en hälsoresurs och viktig för ett gott åldrande där känslan av att livet har en mening, är central. Man efterlyser mera forskning och utveckling av förebyggande hembesök så att det mera motsvarar den äldre personens individuella behov och önsknings. Kartläggning av riskfaktorer kan kompletteras med en bedömning av den äldres individuella hälsoresurser ss psykologiska och existensiella dimensioner samt sociala nätverk och tankar angående innehållet i livet. (Fagerström, Wikblad & Nilsson 2008, s. 558, 565-567)

Sherman, Forsberg, Karp och Törnqvist (2012) önskar få veta hur 75-åringarna upplever sin hälsa samt hur den förhåller sig till deras socio-demografiska status samt till känslan av sammanhang (SOC). De gör en enkätundersökning bland 75-åringar i Stockholmstrakten. Man vill få fram vad vårdarna som gör hembesöken behöver skolning i för att tillfredsställa behovet 75-åringarna har. De allra flesta 75-åringar upplever sin hälsa som god eller mycket god. De som rapporterar sämsta hälsa är ofta kvinnor, ensamma samt personer med låg utbildning. Trots att 75-åringarna upplever i huvudsak god hälsa hittar man hälsoproblem ss smärta, sömnproblem, minnessvårigheter, utmattning, utsöndringsproblem samt under- eller övervikt. Alltså även om man upplever att hälsan är god behöver man ställa mera specifika, närmare frågor om t.ex. sömnen, smärtor osv. för att få fram eventuella hälsohinder och förebygga det som eventuellt annars kan förvärras. Många av 75-åringarna förstår sig inte heller nödvändigtvis på sin sjukdom och kopplingen till hälsan. Detta är ett överraskande resultat enligt forskarna själva. Det är ju viktigt att man förstår sambandet mellan livsstilen och hälsan för att lättare motiveras till hälsosammare levnadsvanor. Vilka redskap är viktiga att dela med sig av till de äldre för att de skall förstå och hantera sin livssituation mot bättre hälsa? Det är ju värdefull information som hjälper utföraren av förebyggande hembesök att ge rätt stöd och hjälp. (Sherman, Forsberg, Karp & Törnqvist 2012, s. 3176)

Slutligen en undersökning gjord av Tøien, Heggelund och Fagerström (2013) i Norge där man önskar få veta hur de äldre upplever själva hembesöket, med tanke på att målsättningen är att främja hälsa och förebygga sjukdom. I Norge riktas hembesöken till personer som är 75 år. Man gör inbjudan, till själva hembesöket, genom att skicka ett brev med information samt med en tidpunkt då man tänker komma på besök. Man besöker ca

75-80% eftersom alla inte vill ha besök utan tackar nej till erbjudandet. Tio personer som haft ett förebyggande hembesök intervjuas. Det framkommer att förståelsen av hembesökets avsikt varierar. De förebyggande hembesöken uppskattas dock av alla som intervjuas. Det känns tryggt att veta vem man kan vända sig till vid behov. För en del av personerna är hälsofrämjandets innebörd och sjukdomsförebyggandet svårt att förstå. För att uppnå målet och få effektiva, förebyggande hembesök är det viktigt att tydligt klargöra målsättningen med hembesöket redan i samband med själva inbjudan till den äldre. Ett individuellt, personcentrerat närmelsesätt bör användas. (Tøien, Heggelund & Fagerström 2013, s. 1)

Det individuella och personcentrerade poängteras i samtliga tre forskningar. Beträffande fysiska hälsan är det bra om man ställer mera specifika frågor om t.ex. smärta och sömn eftersom äldre ofta svarar att de mår bara bra om man ställer allmänna frågor om måendet. För att nå hälsosamma livsval kan man även fundera med klienten om de ser sambandet mellan livsstilen och eventuell ohälsa. Förutom att man diskuterar den fysiska hälsan kan även frågor om det psykiska och andliga välmåendet ställas. Att hitta hälsoresurserna är viktigt så man kan uppmuntra och stöda till en fortsättning av dessa. Själva inbjudan till det förebyggande hembesöket kan innehålla tydlig information om avsikten med besöket för att ge bästa slutresultat.

6 Undersökningens genomförande

Syftet med undersökningen avgör vilken typ av forskning man gör: kvantitativ eller kvalitativ. Vill man kunna ge frekvenser, dvs. svara på frågor som hur många, hur ofta, ska man göra en kvantitativ studie. Vill man få en större förståelse för olika mönster eller sammanhang ska man göra en kvalitativ studie. Exempelvis blommorna på ängen kan studeras både kvalitativt och kvantitativt. Gör man en kvantitativ studie av blommorna får man reda på hur många av olika slag som finns medan om man gör en kvalitativ studie får man veta vilka livsförutsättningar blommorna har, varför de ser så olika ut trots att det är samma blomma. Studier inom beteende- och samhällsvetenskaper är sällan rent kvantitativa studier utan oftare en blandform av kvantitativ och kvalitativ. (Trost 2012, s. 23)

6.1 Val av informanter

Vill man säkra variation i sin kvalitativa undersökning ska man göra ett strategiskt urval av sina informanter. Då väljer man först ut ett antal variabler som har betydelse för den grupp man tänker rikta sig till, t.ex. kön, ålder, utbildning och hushållsstorlek. Har man bestämt sig för ett visst antal informanter bör man försöka få någon informant för alla variabler, så samtliga representeras. (Trost 2012, s. 32-33)

Om det finns möjligheter att undersöka hela populationen som man önskar få veta något om, så kallas det för att man gör en totalundersökning. Populationen ska beskrivas så att det inte kan bli missförstånd på vem som tillhör denna grupp. Generaliserbarheten på resultatet man får ska diskuteras utgående från hur man valt ut sina informanter. (Patel & Davidsson 2011, s. 54)

I detta examensarbete utgörs informanterna av de som år 2014 är inskrivna i Korsholm, både finskspråkiga och svenskspråkiga, som under året fyller 78 år och som inte har stödfunktioner (ss hemservice eller hemsjukvård). Samtliga kallas men alla deltar ej. Svenska och finska tillsammans utgörs av 125 inbjudna varav 44 kommer till Seniorträffen.

6.2 Enkät som datainsamlingsmetod

Vid val av datainsamlingsmetod behöver man noga tänka igenom vad man vill uppnå med själva undersökningen (Jacobsen 2010, s. 204). Ett enkätformulär är en form av intervju där den som svarar själv skriver ner sina svar och det finns inte en fysisk person på plats som ställer frågorna. Själva ordet enkät kommer från franskans *enquête* som betyder *rundfråga*. En enkät ska vara lätt att tolka så att så litet missförstånd som möjligt kan ske. Den ska också vara lätt att koda och få information ur. (Trost 2012, s. 9, 81)

När man använder sig av enkäter och vill försäkra sig om största möjliga svarsprocent behöver de som svarar motiveras. De behöver informeras om varför denna utredning ska göras. Denna information skrivs i missivet, dvs. ett skilt brev som följer med själva enkäten. (Patel & Davidson 2011, s 75) Det ska se inbjudande ut och inte vara för långt eftersom hela brevet då eventuellt kastas bort (Trost 2012, s. 110). Förutom information om utredningens syfte behöver det också framkomma att det är frivilligt, att uppgifterna behandlas konfidentiellt och att materialet som samlas in kommer att användas endast i denna utredning. När man anger syftet med enkäten kan man relatera till individens egna mål. Det är viktigt att man betonar vilken roll individen har. Man kan framföra att deltagandet är mycket betydelsefullt och att resultatet kan leda till förändring som gagnar individen själv. (Patel & Davidson 2011, s. 63, 70)

Man talar om postenkät och gruppenkät. Postenkät sänds ofta via post men kan även skickas via e-post eller så är enkäten på internet i elektronisk form. Gruppenkät används i sammanhang då flera personer är samlade. Vid dessa tillfällen är ofta ansvarspersonen för frågeformuläret på plats och kan svara på frågor rörande enkäten och kan t.o.m. motivera dem som svarar. (Trost 2012, s. 10)

En hög grad av standardisering innebär att respondenten inte kan påverka frågornas utformning och inbördes ordning och en hög grad av strukturering innebär att enkäten har fasta svarsalternativ. Det finns då liten möjlighet för den som svarar att tolka fritt och frågorna är då slutna med fasta svarsalternativ. Vid låg grad av strukturering är frågorna öppna och respondenten kan svara med egna ord. (Patel & Davidson 2011, s. 73-75)

När själva enkäten görs ska man tänka på att börja med enkla allmänna frågor. Likaså avslutar man gärna enkäten med en möjlighet för individen att uttrycka övriga åsikter. Frågorna i enkäten ska täcka alla aspekter man har i sin frågeställning samtidigt som man behöver se över om man faktiskt behöver alla frågor. Enkäter har en tendens att bli för långa och tröttsamma för individen att fylla i. Frågorna ska också vara formulerade så att de inte kan missuppfattas. Man kan visa sina frågor åt någon kollega för kommentarer. Genom att slutligen testa sin enkät på en liten grupp personer för att ytterligare utesluta eventuella missar kallas för att man gör en pilotstudie. (Patel & Davidson 2011, s. 82-82)

6.3 Dataanalysmetod

Insamlat material ska analyseras. Har man öppna frågor i en enkät så kan man använda sig av kvalitativ innehållsanalys medan sammanställningen och analysen av datan från slutna frågor framgångsrikt kan göras med ett Excel-program och presenteras som deskriptiv statistik.

6.3.1 Kvalitativ innehållsanalys

Vid en kvalitativ bearbetning arbetar man oftast med ett textmaterial. Under undersökningens gång är det bra att skriva ner sina tankar vartefter, för de kan senare fördjupa analyserna och berika slutresultatet. Textmaterialet läser man igenom flera gånger med pennan i hand så man kan göra anteckningar hela tiden vartefter tankar föds. Den färdiga texten som småningom uppstår är varvad med citat och egna kommentarer och tolkningar i lämpliga doser. Det kan också vara bra att beskriva själva miljön och stämningen där datan samlats in för att belysa omständigheterna. (Patel & Davidson 2011, s. 120-121)

Innehållsanalysen består oftast av följande faser: Första fasen innebär att man söker de meningsbärande helheterna i texten man bearbetar. Man tematiserar. I andra fasen kategoriserar man de meningsbärande helheterna i olika kategorier. Kategoriseringen kan göras upp på förhand (förkategorisering) men den kan också göras efter själva datainsamlingen. Tredje fasen innebär att man fyller kategorierna med innehåll och då kan

man återge direkta citat som tydligt beskriver just den kategorin. Fjärde fasen noterar antalet gånger som kategorin förekommer. Slutligen jämför man materialet sinsemellan, söker likheter, olikheter. Man ställer frågor till sitt material. Man strävar till att se på resultatet från många olika synvinklar. (Jacobsen 2010, s. 146 – 149)

6.3.2 Deskriptiv statistik

Man skiljer mellan deskriptiv och hypotesprövande statistik. Önskar man ge en beskrivning av insamlat material i siffror för att belysa forskningssyftet så använder man sig av deskriptiv statistik. Den senare används när man vill testa statistiska hypoteser. Deskriptiv statistik kan presenteras i t.ex. ett stapeldiagram. (Patel & Davidson 2011, s.111, 119)

Med hjälp av ett Excel-program kan man ordna och sammanställa insamlat data. Med förhandsgranskningar av olika tabell- och diagramalternativ kan man välja det alternativ som bäst beskriver det man önskar berätta. (Microsoft office/ Excel)

7 Undersökningens praktiska genomförande

Syftet med denna kvalitativa studie är att testa och utvärdera familjemodellens seniorträff för att hitta de rätta redskapen den äldre behöver för att aktivera sig mot polen hälsa. En föreläsningseftermiddag planeras således till åldersgruppen f. -36. Vi döper den till Seniorträffen. Trettiosexorna väljs därför att de inte ännu hunnit få erbjudande om traditionellt förebyggande hembesök år 2014. Deras medelålder är alltså 79 år. Innehållet i Seniorträffen baserar sig på det som framkommit i teoretiska bakgrunden och i den teoretiska forskningen. Men även en föreläsning speciellt om minnet kommer att ingå trots att ingen annan folksjukdom kommer att presenteras. Skribenten arbetar med minnesfrågor varje dag och ser Seniorträffen som en möjlighet att få ut informationen om hälsofrämjande levnadsval med tanke på minnet.

Med tanke på att man i den nya äldreomsorgslagen efterlyser samarbete mellan olika kommunala verksamheter, tas kontakt med flera sakkunniga inom de olika delområdena som finns planerade i Seniorträffen (t.ex. gällande bostadsomändringar, sociala aktiviteter, minnet osv.) Samarbetsviljan är god och många ställer upp och kommer och föreläser. Föreläsarna informeras på förhand om målsättningen med Seniorträffen så de kan planera sina föreläsningar ändamålsenligt.

De som bjuds in till den svenskspråkiga Seniorträffen, det strategiska urvalet, utgörs av svenskspråkiga korsholmare f. -36 utan hemvård. Totalt skickas 84 kallelser ut. Trettio två personer kommer till Seniorträffen, dvs. 38%. Till den motsvarande finska tillställningen kallas finskspråkiga korsholmare födda -35, -36 och -37, utan hemvård. Tre åldersgrupper väljs ur denna språkgrupp för att de till antalet inte är så många. Totalt skickas således 41 kallelser ut. Tolv personer kommer till Seniorträffen, dvs. 29%. Svenska och finska tillsammans utgörs av 125 inbjudna varav 44 väljer att komma till Seniorträffen och är också den grupp som erbjuds möjligheten att utvärdera Seniorträffen genom att svara på en enkät. (De som kommer, anmäler sig för att de som inte hör av sig senare ska kunna erbjudas ett traditionellt förebyggande hembesök.) Vid den svenskspråkiga tillställningen var kvinnorna klart bättre representerade (knappt 60%) medan vid den finska tillställningen deltog 6 kvinnor och 6 män. Seniorträffen räcker 4 timmar (med en kaffepaus). Tillställningen hålls på Seniorpunkten som är en central samlingsplats och där det brukar ordnas rikligt med olika program och aktiviteter för äldre.

Inbjudan (bil. 1 och bil. 2) till Seniorträffen skickas ut tillsammans med ett missiv (bil. 3 och bil. 4). Missivet innehåller information om syftet med tillställningen och om att de efteråt har möjlighet att vara med och utvärdera tillställningen genom att svara på en enkät. Anonymitet och konfidentialitet garanteras. Även själva programbladet (bil. 5 och bil. 6) bifogas i inbjudan. Deltagarna kan ta med sig en anhörig. Deltagandet kan vara beroende på om man har tillgång till transport eller ej, eller om man p.g.a. funktionsnedsättning behöver hjälp av annan person. Andra kan uppleva det tryggare att ha någon person med sig istället för att komma ensam. Målsättningen är ju att så många som möjligt ska komma. Att anhöriga ska delta är också ursprungstanken i familjemodellen.

I Korsholm finns inga invandrare i denna ålderskategori. Men tvåspråkigheten kräver naturligtvis både finskt och svenskt material. Inbjudan, missivet samt enkäten översätts av kommunens professionella översättare.

Äldrerådgivaren för Kvevlaxområdet hjälper till med att ta emot anmälningar samt medverkar på den svenskspråkiga Seniorträffen. Skribenten planerar och organiserar själva tillställningarna. Föreläsarna står själva för innehållet i sina presentationer.

Med glada miner och förväntansfulla ögon kommer deltagarna punktligt till Seniorträffen. Många kommer i par men fler kommer ensamma. En handfull kommer med en jämnårig vän. Ingen kommer tillsammans med sitt eget barn. Visserligen är barnen troligtvis i arbetsför ålder och tidpunkten för Seniorpunkten är på tidig eftermiddag. Vid den svenskspråkiga tillställningen, där det sist och slutligen finns ca 50 åhörare är det endast 2 personer som har frågor till föreläsarna. Vid den finska tillställningen (som är klart mindre) är diskussionen frimodigare.

Genast efter att Seniorträffen är slut delas enkäten (bil. 7 och bil. 8) ut till deltagarna. De ombeds fylla i den genast (påminns om frivilligheten och motiveras) för att säkerställa högsta möjliga svarsprocent. Skribenten överväger möjligheten att deltagarna skulle kunna ta hem enkäten och fylla i den senare, för att sen skicka in den. Tanken slopas dock eftersom risken finns att svarsprocenten blir liten då. Genom att genast svara på enkäten sparas tid och påminnelser kan slopas.

I enkäten ställs både öppna och slutna frågor. De öppna frågorna ger ett mera kvalitativt innehåll och djup i resultatet då deltagarna får uttrycka sig med egna ord. De slutna frågorna ger ett kvantitativt resultat då skribenten önskar få veta hur många som tycker på ett visst sätt. Själva enkäten genomläses av handledare, studiekamrat, familjemedlem samt arbetskamrat för kommentarer innan den används. Målsättningen är att ha så enkla frågor som möjligt för att minimera risk för missförstånd. Enkäten måste vara kort med tanke på deltagarnas ålder och det faktum att någon kan vara trött efter fyra timmars föreläsningar.

Enkäten inleds med två frågor där deltagaren får beskriva nuvarande hälsotillstånd och boende. Sen ombeds deltagaren svara på om och hur Seniorträffen kommer att påverka deras framtida levnadsvanor och planer. Skribenten önskar också få veta om det finns någon information man saknar med tanke på ett hälsosamt åldrande. I de slutna frågorna önskas kartlägga deltagarnas förkunskaper angående Seniorträffens temaområden. Svar önskas också på hur deltagarna anser att förebyggande arbete ska utföras. Här finns fasta svarsalternativ. Med tanke på att garantera deltagarnas anonymitet och konfidentialitet väljer skribenten att inte ha med en fråga angående vilket kön man är. Den finska tillställningen ser ut att bli ganska liten (enligt förhandsanmälningarna) så det finns risk att man kan dra slutsatser om vem som svarar vad. Enkäterna är inte heller på annat sätt kodade. Man vet endast om deltagaren är finskspråkig eller svenskspråkig. (På basen av förhandsanmälningarna vet man också vilka byar som är representerade.) Samtliga enkäter samlas in och alla svar noteras.

8 Resultat

Här följer nu resultatredovisningen av totalt 41 enkäter, tio finska och trettioen svenska. Tre enkäter kasseras eftersom de returneras tomma (en från den svenskspråkiga tillställningen och två från den finska tillställningen). Svarsprocenten är 93% vilket anses gott.

Utgående från enkätsvaren bildas två övergripande temaområden: 1) den äldres aktuella hälsa och boende samt 2) redskap inför framtiden. I alla temaområdena bildas kategorier och i kategorierna bildas ytterligare subkategorier för att resultatet ska framträda så tydligt som möjligt. Subkategorierna kommer att markeras med fet stil. I subkategorierna finns direkta citat ur enkätsvaren, markerade med kursiverad text.

Svaren från de slutna frågorna bearbetas med hjälp av Excel-programmet och resultatet kommer att presenteras dels i subkategorierna och dels i stapel- och cirkeldiagram för att man ska få en sammanfattande överblick och helhetsuppfattning.

8.1 Den äldres aktuella hälsa och boende

Inledningsfrågorna i enkäten berör den egna hälsan och det egna boendet och bildar samtidigt det första temaområdet. Hälsan och boendet är de viktigaste faktorerna som påverkar hur man klarar av vardagen. Under detta tema bildas två kategorier: hälsotillståndet och boendet.

8.1.1 Hälsotillståndet

Deltagarna i Seniorträffen är 79-åringar utan stödfunktioner. Det innebär att funktionsförmågan och hälsan borde vara så god att man klarar vardagen självständigt. Trots att man inte har stödfunktioner uppger 20 deltagare att de känner mycket bra till eller ganska bra till hur hemservice- och hemsjukvården fungerar. 21 deltagare uppger att de känner ganska litet eller mycket litet till hur hemservice- och hemsjukvården fungerar. Skribenten önskar kartlägga deltagarnas förkunskaper angående när och vem man ska kontakta när man tycker sig ha minnesproblem. 21 deltagare uppger att de känner mycket bra till eller ganska bra till detta medan 18 deltagare vet ganska litet eller mycket litet om när och vem man kontaktar. När deltagarna beskriver sitt nuvarande hälsotillstånd framkommer tre subkategorier: **hälsotillståndet är gott**, **hälsotillståndet är medelmåttligt** och **hälsotillståndet är inte gott**.

Hälsotillståndet är gott representeras av den klart största gruppen. Totalt 28 personer anser att deras hälsotillstånd är gott. Trots att man använder medicin för olika sjukdomar upplever man att hälsan är god. Det finns också de som inte har några regelbundna mediciner alls. Konkreta hälsomarkörer ges som exempel på att hälsan är god då man refererar till sina fina blodprovssvar. Ur svaren kan man också se att det finns en viss inställning på att i denna ålder så kan man förvänta sig att hälsan kanske inte skulle vara så god.

”Gott, inga mediciner.”

”Tämligen gott med tanke på åldern, medicinering.”

”Hyvä, laboratorioarvot kaikki hyvät.”

Hälsotillståndet är medelmåttligt representeras av fyra personer. Ingen vill gå närmare in på varför man upplever hälsan medelmåttlig men en nämner funktionsförmågan. Man anser att man klarar av sin vardag.

”Kohtalainen, tulen toimeen”

Hälsotillståndet är inte gott representeras även den av fyra personer. Här beskriver man inte alls närmare varför man upplever att hälsotillståndet inte är gott utan svaren är mycket korta. En av deltagarna vars hälsotillstånd inte är gott framför att hon är intresserad av att få veta mera om vad hemvården kostar. Hemvården kan vara till hjälp när man har svårt att klara vardagen på grund av funktionsnedsättning.

”Ej nå vidare”

”Ei hyvä.”

Man har möjlighet att framföra kommentarer och förslag beträffande Seniorträffens upplägg och två personer önskar framföra att de önskar mera information om vad hemvården kostar. En annan person önskar information om vad hälsocentralen har för tjänster och speciellt tandvården lyfts fram. Två deltagare upplever att informationen om minnet var den värdefullaste informationen i deras livssituation just nu. Fyra personer väljer att inte beskriva sitt hälsotillstånd alls.

8.1.2 Boendet

Av deltagarna är 22 stycken från Smedsby medan ingen kommer från Replot, Björköby och Söderudden dvs. de mest avlägsna byarna. Under de senaste åren har det byggts flera nya höghus i centrum av Smedsby och det är allmänt känt att många äldre väljer att sälja sin gård och flytta dit för att få boendet mera centralt och bekvämt. Ärenden gällande bostadsomändringar känner deltagarna till ganska bra. 27 deltagare uppger att de känner mycket bra till eller ganska bra till ärenden gällande bostadsomändringar medan 14 deltagare uppger att de vet ganska litet eller mycket litet om detta. När deltagarna beskriver sitt boende, med tanke på eventuell funktionsnedsättning i framtiden, framkommer två subkategorier: **boendet är handikappanpassat** och **boendet är inte handikappanpassat**.

Boendet är handikappanpassat representeras av den klart största gruppen. Hela 27 stycken anser att de bor bra med tanke på vad framtiden kan föra med sig. Endel hänvisar till att de bor i höghus med hiss, andra till att de bor i egnahemshus eller radhus. Vissa har redan gjort vissa anpassningar för att klara vardagen genom att renovera badrummet och ordna så att belysningen i hemmet är tillräcklig. Även mattor har man tagit bort för att minimera riskerna för fall. Ungefär hälften av deltagarna (22 st.) upplever att dagens information inte kommer att bidra till ytterligare konkreta åtgärder i hemmet eftersom hemmet redan är tryggt.

”Utmärkt, bor i höghus, viss anpassning bl.a. badrum gjord, få mattor, bra belysning.”

”Kerrostalo, hissi on, kylppäriin mahtuu istuin.”

Boendet är inte handikappanpassat representeras av nio svar. Deltagarna är medvetna om vilka hindrena är. De nämner som exempel att de har för smala dörröppningar eller att det finns trappor. Trapporna nämns som hinder både inne i hemmet och utomhus. Utomhus kan hindrena också bero på årstiden samt på hur underhållet i närmiljön sköts.

Till denna subkategori har också ”boendet är bra just nu”-liknande svar placerats. Skribenten tolkar att svaret syftar på att ”just nu” innebär den funktionsförmåga deltagaren

har just nu och att om man får en funktionsnedsättning är boendet inte längre handikappanpassat.

Knappt en fjärdedel (9 st.) av deltagarna kommer att vidta konkreta åtgärder i sitt hem på basen av den information de fått idag. Bland annat kommer de att minska på mattor och möbler. De vill minimera risker för olyckor och kunna röra sig i hemmet trots eventuell funktionshinder. På så vis tryggas ett förlängt hemmaboende.

”Med rullstol slipper jag inte in i bastu och badrum, för smala dörrar.”

”Hyvä asunto, mutta kulku postilaatikolle, autokatokseen, liukkauden vuoksi, ulkoraput.”

”Trappor ett hinder ifall sjukdom kommer.”

”Hyvä vielä.”

”Asumis- ja remonttieto...”

För en del av deltagarna har informationen angående bostadsomändringarna varit speciellt intressant för nu vet man hur man kan gå till väga och vem man kan fråga råd. Fem deltagare väljer att inte svara på frågan angående boendet.

8.2 Redskap inför framtiden

Det andra temaområdet handlar om redskap inför framtiden. På Seniorträffen får deltagarna lyssna till föreläsningar om hälsofrämjande redskap. Konkreta tips och idéer presenteras som de sen själva kan tillämpa för en hälsosammare framtid. De hälsofrämjande redskapen är kosten, fysisk aktivitet, meningsfull sysselsättning och gemenskap. Hälsofrämjande arbete är själva utövarens (= utövaren av förebyggande och hälsofrämjande arbete) redskap. Dessa redskap bildar samtidigt själva kategorierna i detta tema.

Skribenten upplever det viktigt att veta vad deltagarna känner till från förut och presenterar därför i detta skede en figur som visar resultatet av deltagarnas självskattade förkunskaper.

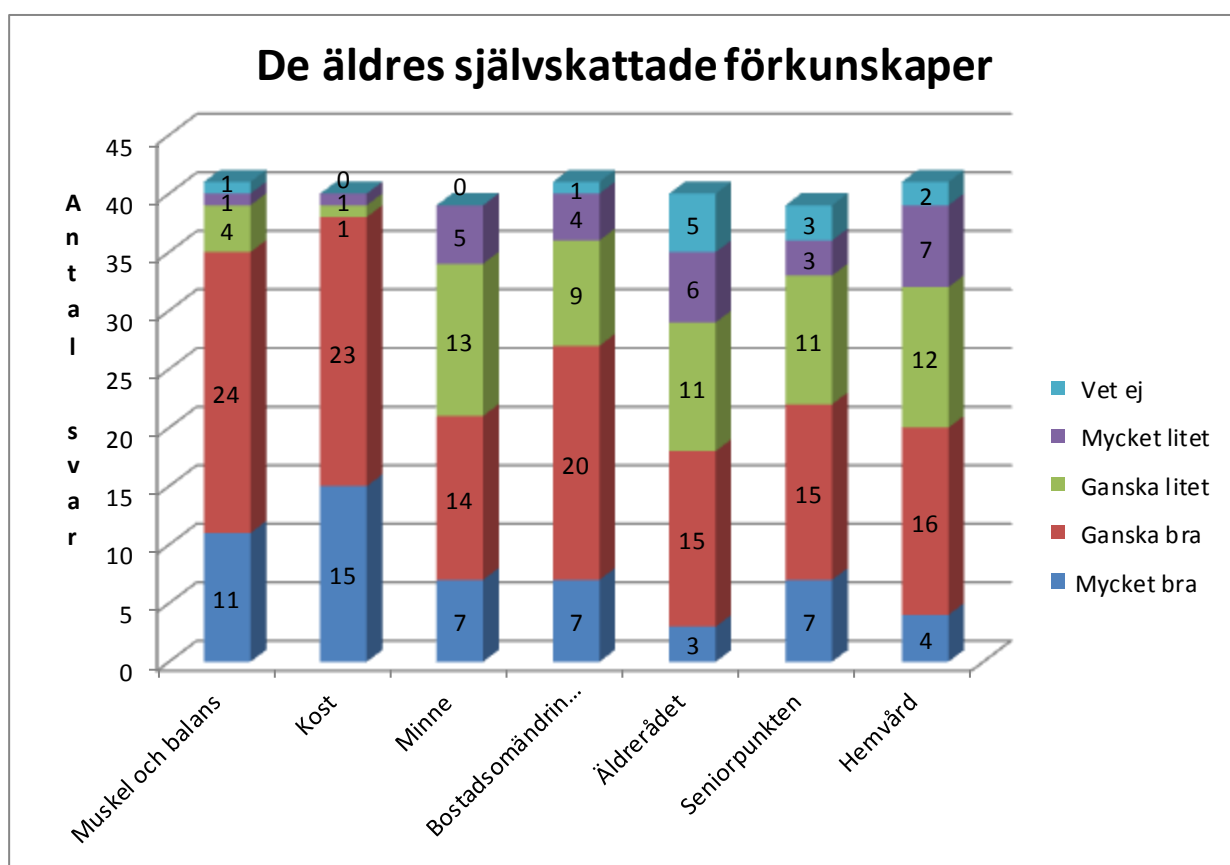


Fig. 1 De äldres självskattade förkunskaper

Av figur 1 framgår att deltagarna kan och vet mycket om vikten av upprätthållandet av muskelstyrkan och balansen samt kosten. Mer än hälften av deltagarna känner också till

frågor som handlar om minnet, om bostadsomändringar, om Seniorpunkten och om hemvården ganska bra eller mycket bra. Sämst känner man till vad äldrerådet gör då en dryg majoritet uppger att de vet ganska litet eller mycket litet vad äldrerådet gör. Mera resultat om deltagarnas självskattade förkunskaper kommer att presenteras i de olika subkategorierna.

8.2.1 Kosten

De allra flesta deltagarna (38 st.) känner redan till kostens betydelse för hälsan mycket bra eller ganska bra. Endast två personer upplever sig ha liten eller mycket liten kunskap om kostens betydelse för hälsan. När deltagarna beskriver hur dagens kostråd kommer att påverka deras kostvanor framöver framkommer två subkategorier: **ändring i kostvanor trots redan goda kunskaper om kostens betydelse för hälsan** och **inga förändringar i kosten på grund av redan goda vanor**.

Ändring i kostvanor trots redan goda kunskaper om kostens betydelse för hälsan kommer hälften (20st.) av deltagarna att införa. Deltagarna vet vad de bör äta men upplever att det finns rum för förbättring. Bl.a. kolesterolet är det någon som tänker satsa på medan en annan känner sig upplyst beträffande förhållandet mellan omega 3 och 6. Vissa uppger som orsak till sin koständring att de vill få en bättre hälsa och två personer känner sig motiverade till ändrade kostvanor med tanke på att kunna förebygga minnessjukdomar. Diskussionen om bär på föreläsningen har inspirerat, eftersom det framkommer i svaren. Två deltagare önskar framföra att informationen angående kosten är det mest värdefulla redskapet i deras livssituation just nu. Trots att man tycker sig känna till hur viktigt det är att äta hälsosamt så behöver man påminnas ibland.

”Därför att man ska må bättre.”

”Man behöver alltid påminnas.”

”Marjat!”

Inga förändringar i kosten på grund av redan goda vanor meddelar knappt hälften av deltagarna (17 st.). Vissa beskriver att de alltid valt en sund kost. Andra menar att de på grund av sjukdom eller övervikt redan varit tvugna att rätta till sina kostvanor. Det är inte heller nödvändigtvis man själv som kokar maten så man kan kanske inte påverka eller ändra den så mycket.

”Ruokailu on jo ok.”

”Jag är medveten om kostens betydelse och sköter diabetes 2 med mat och motion.”

”Noin vuosi ruokailu muutos. Lisääntynyt kala, vihannekset, kiivihedelmä. Painonpudotus 12kg.”

”Min fru sköter den bra.”

Fyra deltagare väljer att inte ta ställning till om de kommer att ändra på sina kostvanor.

8.2.2 Fysisk aktivitet

Hela trettiofem deltagare uppger att de känner mycket bra eller ganska bra till vikten av god muskelstyrka och balans. Endast fem deltagare tycker sig veta ganska litet eller mycket litet om detta ämne. När deltagarna beskriver hur dagens motionsråd kommer att påverka deras framtida motionsvanor framkommer två subkategorier: **ändring i motionsvanor trots redan goda kunskaper om vikten av god muskelstyrka och balans** och **ingen ändring av motionsvanor på grund av redan goda vanor**.

Ändring i motionsvanor trots redan goda kunskaper om vikten av god muskelstyrka och balans uppger tjugosju personer att de kommer att göra. Deltagarna beskriver att informationen varit inspirerande och man förstår sambandet mellan balans, muskelstyrka, funktionsförmåga och fallolyckor. Bl.a. kommer man att motionera mera mångsidigt.

Deltagarna anser att trots att man är en flitig motionär så finns det alltid rum för förbättring.

”Informationen puschar mig.”

”Vettiga förklaringar”

”Det blir aldrig för bra.”

”Tuli lisää tietoa”

”Monipuolisempi.”

”Perusliikuntaa elämään kaikin tavoin!”

Ingen ändring av motionsvanor på grund av redan goda vanor uppger tio deltagare. Här räknar deltagarna upp att de går på vattengymnastik, styrketräningar och stretchar. Utomhus brukar de cykla och gå stavgång. Vardagsmotionen framkommer också, t.ex. vedhuggning. En deltagare uttrycker att hon går omkring i hemmet.

”Motionerar redan, vattengym + stavgång.”

”Jag får motion av vedhuggning.”

”Travar på mycket i hemmet.”

”Kuntosali terveyskeskus, kotona kuntopyörä, puntit, pientä voimistelu.”

Tre deltagare väljer att inte ta ställning till om de kommer att ändra sina motionsvanor framöver. En uppger att hon inte alls är intresserad av motion och tänker inte ändra på det.

8.2.3 Meningsfull sysselsättning och gemenskap

Redan när deltagarna skall förhandsanmäla sig till Seniorträffen kan man konstatera att många har en meningsfull sysselsättning. De vill ändå anmäla sitt intresse men säger att de tyvärr inte kan delta p.g.a. annan hobbyverksamhet just då eller så är de engagerade i någon frivilligverksamhet. En person anmäler att hon är närståendevårdare och en annan uppger att hon sköter barnbarn och därför inte kan delta.

Med tanke på hur deltagarna tolkat och svarat på frågan beträffande social aktivitet och egna resurser presenterar skribenten svaren i denna kategori under begreppet meningsfull sysselsättning och gemenskap.

Seniorpunkten är en central träffpunkt för äldre i kommunen. Ändå är det 17 deltagare som uppger att de vet ganska litet om vad Seniorpunkten kan erbjuda. En av de manliga deltagarna uttrycker att det är första gången han besöker Seniorpunkten. 22 deltagare upplever att de känner mycket bra eller ganska bra till Seniorpunktens program. Vad äldrerådet är och gör känner 18 deltagare mycket bra eller ganska bra till medan 22 deltagare känner ganska litet eller mycket litet till äldrerådets funktion. När deltagarna beskriver hur dagens information kommer att påverka deras sociala aktivitet framkommer två subkategorier: **meningsfull sysselsättning och gemenskap** och **orsak till begränsning av meningsfull sysselsättning och gemenskap**.

Meningsfull sysselsättning och gemenskap kan bestå av allt från motion, korsord och vardagssysslor till resor och teater- eller konsertbesök. Endel uppger att de är aktiva i någon förening eller annan frivilligverksamhet medan andra deltar i föreläsningar eller i språkstudier och bokklubbar. Nitton deltagare uppger att de kommer att försöka bli mera aktiva socialt. En av dem uttrycker att de vill öka sin sociala aktivitet för att förebygga minnesproblem. Åtta deltagare känner för att dela med sig av sin förmåga, kunskap eller resurser (ex. tid) för allmän nytta.

”Aktiv i föreningar.”

”Resor + resor.”

”Käyn esim ikäihmisten yliopiston luennoilla, ryhmäjumpassa.”

”Bokklubbar, språkkurser på gamlas nivå. Kunskapsforskning och exkursion i närmiljön.”

”Försöker göra nytta i föreningsliv och dyligt.”

Orsak till begränsning av meningsfull sysselsättning och gemenskap kan vara allt från funktionsnedsättning till dåliga transportmöjligheter. Men många är redan så aktiva de kan tänka sig vara och upplever att de inte kan öka på sin sociala aktivitetsgrad. 17 deltagare uppger att de inte kommer att öka på sin sociala aktivitet efter dagens information.

”Synhandikappad.”

”Ej bilburen, ej tillräckligt rörlig.”

”Jag redan har fullt program”

”Därför att jag är mycket aktiv i olika sociala aktiviteter.”

Fem personer väljer att inte ta ställning till om deras vardag kommer att ändras mot mera social aktivitet.

8.2.4 Hälsofrämjande arbete

Totalt skickas 125 inbjudningar till Seniorträffen ut, varav 44 väljer att delta, dvs. drygt 35%. Hälsofrämjande information intresserar då Seniorträffen lockar var tredje inbjuden 79-åring. Hälsofrämjande arbete är ett redskap med vilket utövaren får individen, i detta fall deltagarna att aktivera sig mot polen hälsa.

I inbjudan informeras om vad ett förebyggande hembesök innehåller för att deltagarna ska kunna jämföra det med Seniorträffen. En kartläggning önskas för att få veta deltagarnas inställning till själva Seniorträffen och till hur förebyggande, hälsofrämjande arbete ska utföras. Ur deltagarnas svar framkommer två subkategorier: **Seniorträff** och **förebyggande hembesök**.

Seniorträffen får positiv respons redan från första början i samband med anmälningarna. Man uttrycker att det här är en bra idé. Man känner sig också utvald och bekräftad eftersom man får en personlig inbjudan. Flera av deltagarna upplever att all information de fått denna eftermiddag är värdefull. Man uppskattar också att man fått kontaktuppgifter och vet vem man kan vända sig till vid behov. Av deltagarna uppger 36 stycken att det förebyggande arbetet ska utföras så att man blir inbjuden till Seniorträffen och att man sen erbjuds ett förebyggande hembesök om man anser sig behöva det. Av dagens deltagare anser 29 stycken att de inte önskar ett förebyggande hembesök, dvs. knappt 71%. Även äldrerådet hör av sig efter tillställningen för att framföra att man önskar att det blir en fortsättning på Seniorträffarna.

”Kyllä tieto kunnan puolesta nyt paikalla.”

”Mistä saa apua tarvittaessa.”

”Tips om vem/vart man kan vända sig till.”

”Allt föll i god jord bara man följer dem.”

”Allt bra, kan ta litet av varje med.”

”Fortsätt så här.”

"Allt väl ännu. Vet var ni finns om man behöver."

"Här ringer en -36:a!" (i telefon i samband med anmälning)

"Jag blev så glad!" (i telefon i samband med anmälning)

"Det är nog bra det ordnas något sånt här!" (i telefon i samb. med anm.)

Trots att deltagarna upplever sig ha goda förkunskaper om t.ex. kosten och vikten av att upprätthålla balans och muskelstyrka och att vara socialt aktiva, så har informationen de fått på Seniorträffen inverkat så, att många upplever att de ytterligare kan förbättra sina levnadsvanor.

Förebyggande hembesök önskar 6 deltagare efter att de deltagit i Seniorträffen. Av dessa är fem stycken finskspråkiga. Ytterligare fem deltagare uppger att de kanske önskar ett förebyggande hembesök senare men inte just nu. Nio deltagare upplever att det förebyggande arbetet ska ordnas som förebyggande hembesök, så som hittills.

För att åskådliggöra hur deltagarna själva önskar att det förebyggande arbetet ska utföras presenteras deras svar i följande cirkeldiagram.

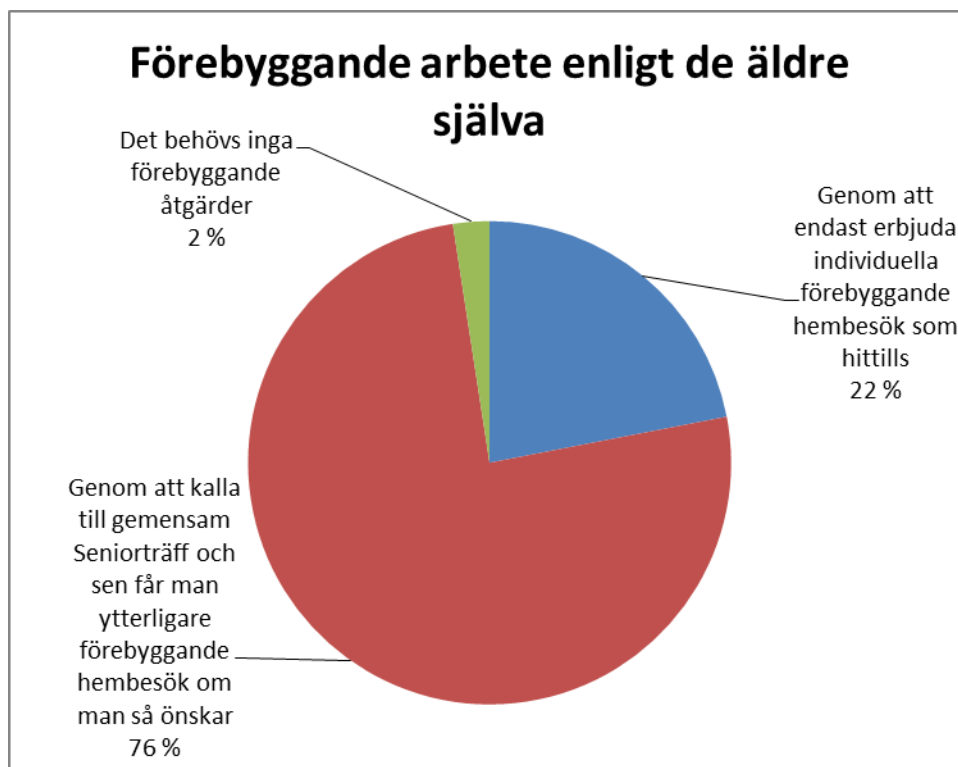


Fig. 2 Förebyggande arbete enligt de äldre själva.

I figur 2 åskådliggörs hur det förebyggande arbetet borde utföras enligt deltagarna. En klar majoritet, dvs. 76%, anser att Seniorträffen är ett bra sätt på vilket man kan utföra förebyggande arbete medan 22% anser att det förebyggande arbetet ska utföras ss hittills med förebyggande hembesök. Endast två procent anser att det inte alls behövs förebyggande arbete.

9 Tolkning

Resultatet ska nu svara på frågeställningen: vilka redskap ger Seniorträffen för att den äldre ska klara hanteringen av sin livssituation mot bättre hälsa och därmed förlängt hemmaboende? Resultatet ska tolkas mot Antonovskys (1987) syn på hälsa som är detta examensarbetets vetenskapliga utgångspunkt. Resultatet kommer också att jämföras med den teoretiska bakgrunden och tidigare forskningarna som presenterats i detta arbete. Tolkningen delas upp i sex kategorier, vilka är de mest framträdande redskap som skribenten hittat: **hälsotillståndet, boendet, kosten, fysisk aktivitet, meningsfull sysselsättning och gemenskap** samt **hälsofrämjande arbete**.

9.1 Hälsotillståndet

De allra flesta av deltagarna i Seniorträffen karakteriserar sitt hälsotillstånd som gott. Hela 28 stycken, vilket utgör ca 68 % av de som svarar på enkäten. Ett gott hälsotillstånd är ju ett redskap i sig, en resurs. Om det dessutom är en subjektiv bedömning är det goda hälsotillståndet ännu mera värdefullt. Har man en god hälsa så har man en stadig plattform att stå på och bygga vidare på. Vissa av deltagarna uppger att de har mediciner, alltså har de någon sjukdom men ändå upplever de att hälsotillståndet är gott. Ser man på deras hälsa enligt hur Antonovsky (1987) skulle definiera det, så förstår de att sjukdomar kommer med stigande ålder, att det hör till (begriplighet). Kanske de har någon sjukdom som går i släkten. De upplever också att de klarar av att hantera sin situation (hantering). De har tillräckligt med kunskap om sin sjukdom. Kanske de har anhöriga som stöd. De vet hur de ska sköta sig för att situationen inte ska förvärras. Eventuellt går de på årskontroller och har en kontaktperson inom vården som de kan rådfråga vid behov. De upplever också att de klarar av kostnaderna eftersom det alltid är extra utgifter med sjukdomar. Sist och viktigast så är de motiverade att sköta sin hälsa så gott det går (meningsfullhet). De ser vinstmöjligheterna med att t.ex. sköta sin medicinering och att följa vårdföreskrifter. De ser också en mening med att komma till Seniorträffen! Även Mickus och Owen (2009) finner att människorna i den här åldern ofta upplever att de mår så bra som de bara kan. De är fria eftersom de inte längre förvärvsarbetar och har därför gott om fritid att göra det som de har lust med.

De som karakteriserar sitt hälsotillstånd som ”inte gott” efterlyser mera information, mera kunskap för att klara av hanteringen av sin situation. Det är ju en resurs det också. Då har man inte ännu gett upp utan man är motiverad att tar reda på. I denna grupp finns även de som sen ytterligare önskar ett förebyggande hembesök. Då behöver man stöda dem på rätt sätt, utgående från deras behov och intressen. Fagerström (2010) poängterar att man ska vara lyhörd för den äldres önskningar och tillsammans försöka hitta lösningar. Då hålls den äldre fortfarande motiverad och positiv och intresserad av framtiden trots att hälsan vacklar. Det som sen hindrar det hälsosamma åldrandet är det att man ger upp, man tappar gnistan och motivationen (Gilbert, Hagerty & Taggart 2012). Det normala åldrandet medför småningom funktionsnedsättning och olika förluster, t.ex. kroppsfunktioner,

partner, barn (Gustafson & Olofsson 2012). Men man kan försöka hjälpa den äldre att se det positiva i alla situationer (Fagerström, 2010).

9.2 Boendet

Målsättningen med detta examensarbete är att hitta de redskap som främjar hälsa och förlänger ett självständigt hemmaboende så länge som möjligt. Att boendet är ändamålsenligt och riskfritt är ett redskap och mycket viktigt eftersom man vistas där största delen av sin tid. Ju äldre man blir desto mera tid vistas man i sitt hem eftersom man på grund av funktionsnedsättning, som kommer av normalt åldrande, inte längre kan röra sig lika fritt utomhus. Av deltagarna i Seniorträffen uppger 27 stycken att de bor bra med tanke på eventuell funktionsnedsättning i framtiden. Lika många uppger att de känner mycket bra eller ganska bra till ärenden gällande bostadsomändringar. De föreläsare som under Seniorträffen får mest spontana frågor är de som berättar om bostadsomändringar. Man frågar bland annat om badrumsrenovering och avloppshantering. Antagligen bor de i en äldre stuga, kanske till och med i sitt barndomshem som inte har alla bekvämligheter. Med tanke på hur en del av deltagarna svarar på enkäten har dagens information orsakat att man börjat fundera och planera sitt boende med tanke på att man blir äldre och funktionsförmågan blir sämre. Men många av deltagarna är också från Smedsby centrum där man byggt nya, handikappvänliga höghus. Man har valt att flytta på äldre dagar, för att ha en drägligare tillvaro och säkert med tanke på sin egen framtid.

Om man på grund av funktionsnedsättning inte längre klarar av att röra sig i sitt eget hem kan man inte bo kvar (Wentjärvi, 2013). Målsättningen är ett självständigt hemmaboende så länge som möjligt (Social- och hälsovårdsministeriet 2014). För personer över 74 år är det olycksfall på fritiden och i hemmet som är vanligast. Fallolyckorna orsakas ofta av yttre faktorer. Det kan vara frågan om mattor eller ledningar som man snubblar i eller trappor som saknar ledstänger. (Niemi 2012)

9.3 Kosten

De flesta av deltagarna har mycket goda eller ganska goda förkunskaper angående hälsosam kost och trots detta uppger de flesta att de kommer att ytterligare ändra sina kostvanor så att de blir ännu bättre. Man motiveras av att man får en bättre hälsa och av att man kan förebygga sjukdomar eller lindra redan uppkomna sjukdomar. Vissa nämner speciellt hjärnhälsan som en motivator. Det upplevs viktigt att få behålla sitt minne. Många har säkert personer som insjuknat i någon minnessjukdom i sin bekantskapskrets och på basen av det man då sett motiveras man av informationen angående hjärnhälsan. Det faktum att man faktiskt kan förebygga minnessjukdomar genom att tänka på vad man äter.

Vikten av en god näringssituation för en god hälsa tas flitigt upp i litteratur som handlar om de äldres hälsa. En näringsriktig kost påverkar livskvaliteten på ett positivt sätt samt förlänger hemmaboendet (Kivelä m.fl. 2011; Davies 2011). T.o.m. hjärnhälsan och psykiska välmåendet kan främjas och minnessjukdomar och depressioner kan förebyggas. (Ganzer & Zaudereer 2011; Gustafson & Olofsson 2012).

Många av våra folksjukdomar ger funktionsnedsättning av olika grad. Mycket kan vi göra själva för att förebygga dessa sjukdomar genom att ta reda på vilka riskfaktorerna är och ändra livsstilen så att man undviker dessa. Många gånger kan en riskfaktor orsaka flera olika sjukdomar så genom att ändra på en sak i kosten så kan man förebygga flera sjukdomar. (THL 2014)

Antonovsky säger att det gäller att hitta det som motiverar, som får individen att engagera sig och ödsla energi på utmaningen. Motivationen är den viktigaste faktorn. Om man samtidigt upplever sig ha de verktyg eller redskap som krävs så aktiveras man. Redskap kan vara kunskap eller personal man litar på. Våra hälsoval påverkas också av hur vi förstår sambandet mellan orsak och verkan. (Antonovsky 1987, s. 40-42)

9.4 Fysisk aktivitet

På Seniorträffen visas konkreta, enkla gymnastikrörelser och man får tips om hur man kan upprätthålla balansen och muskelstyrkan. Deltagarna får också information om fallolyckor och råd om hur man kan förebygga dessa. Informationen om fallolyckor innehåller bl.a. statistik om hur många fallolyckor det inträffar i Finland per år vilket verkar vara skrämmande information. Vikten av att vara fysiskt aktiv känner de flesta av deltagarna i Seniorträffen mycket väl till. Samtidigt uppger man nu att man kommer att bli ännu mera aktiv och mångsidigare i sina motionsformer. Äldre är beredda att göra uppoffringar för att behålla en så god hälsa som möjligt, bara de vet varför och kan motiveras på rätt sätt. Idag har de fått både information om hur samt konkret visats enkla övningar.

Fallolyckorna är ett klart hot mot de äldres trygghetskänsla. Man är rädd för konsekvenserna ifall man faller. Man kan skada sig så att man inte längre klarar sig självständigt och i värsta fall bli tvungen att flytta hemifrån. (Niemi 2012, s. 27-37) Trots forskningar som visar på nyttan av att motionera, så minskar det ju äldre man blir. Orsaken kan vara nedsatt funktionsförmåga och rädsla att falla. Men det kan också bero på okunskap – man känner inte till sambandet mellan en god hälsa och motion. (Davies 2011; Hutton m.fl. 2009) Får man däremot information och verktyg (HAQ) att skatta sina levnadsvanor och hälsorisker med, så är många äldre beredda att göra ändringar i sin livsstil trots att de upplever att de redan har en god hälsa (Cyarto m.fl. 2011). Samtidigt är den sociala gemenskapen och tillhörigheten mycket viktig, när man gymnastiserar tillsammans med andra jämnåriga i grupp (Wallén m.fl. 2014).

Antonovsky uttrycker att vårdpersonal borde förutom att de bygger broar över floden även borde lära individen att simma (Antonovsky 1987). Med andra ord förutom att man informerar om vad som orsakar fallolyckor och att man ska kasta ut mattorna för att undvika fallen, så behöver man lära ut vikten av en god balans, muskelstyrka och grundkondition.

9.5 Meningsfull sysselsättning och gemenskap

Redan när det är dags att anmäla sitt intresse för Seniorträffen noteras att 79-åringarna är aktiva. Vissa har så mycket program att de inte hinner delta i Seniorträffen utan önskar bli kallade på nytt om det blir någon ny tillställning. Andra informerar om sina aktiviteter i enkäten. Aktiviteterna varierar mycket från att vara något man gör ensam eller tillsammans med andra till att vara något praktiskt ur nyttoaspekt eller en kulturell upplevelse.

Att få en personlig kallelse till en Seniorträff innebär att man finns i någons planer. Man tillhör en grupp, en gemenskap. Skribenten tolkar att det upplevs viktigt att känna av denna gemenskap. Flera av de män som anmäler sitt intresse uttrycker att ”här ringer en 36:a!” . Skribenten noterar även under själva tillställningen kommentarer kring det faktum att man aldrig tidigare besökt Seniorpunkten. De kommentarerna är också från män. Det tolkas som att deltagaren är positiv till att man nu har goda skäl att komma till Seniorpunkten, tack vare en personlig inbjudan. I de självskattade förkunskaperna framkommer också att Seniorpunktens utbud är främmande för 17 deltagare, knappt hälften. Tack vare Seniorträffen har man nu hittat det gemensamma mötesrummet för de äldre vilket förhoppningsvis leder till återkommande besök. Grupptillhörigheten och gemenskapen är viktig.

Välbefinnandet, livskvaliteten och fysiken främjas genom att man är aktiv. Att ha en meningfull sysselsättning främjar hälsan. Det spelar ingen roll hur man är aktiv bara man själv får bestämma samt att aktiviteten ger en känsla av att den är meningfull. (Fristedt 2011; Nilsson 2012) Meningsfull sysselsättning är en av orsakerna till att äldre lever länge, anser även de äldre själva. En av orsakerna till att man inte lever länge är att man ger upp. (Gilbert m.fl. 2012) Ensamheten är en orsak till att man söker vård. Ensamhetskänslan kommer från känslan av att inte höra hemma någonstans, att inte ingå i någons planer. (Fagerström m.fl. 2008) Samma saker framkommer i Gerda-projektet. De sociala aktiviteterna och gemenskapen är viktiga. Att vara en del av ett sammanhang ger en känsla av välbefinnande. (Nilsson 2012) Därför är gemensamma mötesplatser för de äldre viktiga. En del av ens sociala nätverk försvinner ju när man går i pension. I mötet med andra får man en känsla av att ha en roll, man har en betydelse, man är viktig för någon. Det

förbättrar också den kognitiva funktionen och höjer välbefinnandet vilket förbättrar livskvaliteten. (Karp m.fl. 2013; Fristedt 2011)

WHO efterlyser en attitydförändring. Vi borde se de äldre som en resurs i samhället och deras erfarenheter och kunskaper borde tas tillvara istället för att man hela tiden talar om hur de belastar hälso- och sjukvården. (Mickus & Owen 2009; WHO 2002) Bildandet av äldreråd är ett steg i rätt riktning. Det är ett sätt för de äldre att aktivt kunna delta i samhällsdebatten. Det är en form av meningsfull sysselsättning, speciellt för äldre som är vana att vara engagerade i samhällsfrågor. Samtidigt ger det en känsla av gemenskap. De äldre är ju också en del av samhället. I resultatet av enkäten framkommer att man inte känner till äldrerådet så bra. Seniorträffen är ett bra tillfälle att få ut information om äldrerådet.

9.6 Hälsöfrämjande arbete

Med tanke på befolkningsstrukturen är det förebyggande, hälsofrämjande arbetet mycket viktigt. För att lyckas med utmaningen är samarbetet mellan olika kommunala verksamheter nödvändigt. (Statistikcentralen 2012; Äldreomsorgslagen 28.12.2012/980) Ett salutogent arbetssätt är ett hälsofrämjande och förebyggande arbete, där man tar vara på individens egna resurser och skapar möjligheter och förutsättningar till delaktighet. Detta skapar en känsla av sammanhang som påverkar åldrandet positivt. (Westlund 2009; Eriksson & Lindström 2011). De vanligaste orsakerna till att man inte klarar sig självständigt är sjukdom, funktionsnedsättning, olämplig bostad, demens, ensamhet och otrygghet. Normalt åldrande leder till funktionsnedsättning förr eller senare. (Wentjärvi 2013; Gustafson & Olofsson 2012) Äldre begriper sig inte alltid på sin sjukdom och kopplingen till hälsan. Att man förstår sambandet mellan livsstilen och hälsan för att lättare motiveras till hälsosammare levnadsvanor är viktigt. Vilka redskap är viktiga att dela med sig av till de äldre för att de skall förstå och hantera sin livssituation mot bättre hälsa? (Sherman m.fl. 2012) Syftet med detta examensarbete är att testa och utvärdera familjemodellens Seniorträff med målsättningen att hitta de redskap som hos 79-åringen åstadkommer en aktivitet mot en hälsosammare livsstil och en planering av sin egen framtid. De får förstklassig information om de redskap (kost, motion och meningsfull

sysselsättning) som kan hjälpa dem mot ett så hälsosamt åldrande som möjligt eftersom föreläsarna är experter inom sina områden. Genom att svara på enkäten är de delaktiga i att utvärdera redskapen som presenterats samt har möjlighet att ge förslag på ytterligare redskap de skulle ha önskat. Majoriteten av deltagarna är nöjda med informationen trots att de uppger att de har goda kunskaper och vanor från tidigare.

En tredjedel av de som kallas till Seniorträffen kommer, vilket skribenten tolkar som ett bra resultat. De svenskspråkiga (38% av alla svenskspråkiga kallade) är något mera intresserade av att delta i Seniorträffen än de finskspråkiga (29% av alla finskspråkiga kallade). Kan det ha att göra med kulturella skillnader? Bland de svenskspråkiga deltagarna är det något fler kvinnor än män som deltar medan det bland de finskspråkiga är lika många kvinnor som män som deltar. På den svenskspråkiga tillställningen, där det sist och slutligen finns ca 50 åhörare (deltagare + anhöriga) är det endast 2 personer som har frågor till föreläsarna. Vid den finska tillställningen är diskussionen frimodigare. Där deltar ca 18 åhörare. Om det här beror på skillnader bland svenskspråkiga och finskspråkiga eller om det beror på olika stora tillställningar kan skribenten inte svara på. Skribenten noterar också att hälften av de finskspråkiga vill även ha ett förebyggande hembesök medan endast en av de svenskspråkiga deltagarna önskar det. Några till önskar **kanske** ett förebyggande hembesök **senare**. Med tanke på den ursprungliga avsikten med familjemodellen (Hemma i Botnia, 2013), där Seniorträffen skall leda till ytterligare ett hembesök, för intresserade tillsammans med senioren och nära anhöriga, är det då endast en bråkdel som är intresserade av detta.

Sociala aktiviteter är en hälsoresurs och i tidigare forskning har man hittat att svenskspråkiga har starkare socialt nätverk än vad de finskspråkiga landsmännen har och därför även en bättre hälsa (Fagerström 2010; Kulla m.fl. 2006). Kan ett större deltagande av svenskspråkiga dels bero på en bättre hälsa (så god funktionsförmåga att man över huvudtaget kan komma) men också på att det finns ett starkt socialt nätverk bland jämnåriga och det känns naturligt att träffas på en gemensam tillställning? I Fagerströms forskning framkommer också att svenskspråkiga är sämre än finskspråkiga att planera sin framtid (Fagerström 2010). Kan det i sin tur förklara varför hälften av de finskspråkiga önskar även ett förebyggande hembesök efter Seniorträffen medan de svenskspråkiga inte

önskar det och ett fåtal kanske önskar det men senare? Tar svenskspråkiga dagen med ro och litar på att det kommer nog att ordna sig i framtiden medan finskspråkiga inte litar på att allt ordnar sig utan vill förbereda sig, vill ha mera noggrann information genom ytterligare ett förebyggande hembesök?

De flesta av deltagarna anser att det förebyggande arbetet ska utföras så att man kallas till en gemensam Seniorträff och sen får man ett förebyggande hembesök efteråt om man så önskar. Även Nordell har tankar kring alternativ till de traditionella förebyggande hembesöken. Hon föreslår en samlingsplats där de äldre tillsammans får gemensam information. Detta skulle dock endast vara som komplement till de förebyggande hembesöken. (Nordell 2009) Seniorträffen ger ju inga individuella lösningar och kan därför inte helt ersätta de förebyggande hembesöken. Seniorträffen kan t.ex. inte bedömma den äldres individuella hälsoresurser ss psykologiska och existensiella dimensioner. (Fagerström m.fl. 2008)

Äldre som fått ett förebyggande hembesök uppskattar det trots att de inte alltid fullt förstår målsättningen med besöket. Man upplever det tryggt att veta vem man kan vända sig till vid behov. (Tøien m.fl. 2013) Trygghetsaspekten framkommer även i Seniorträffens utvärdering. Bara det att man vet vart man sen kan vända sig vid olika hälsoproblem ger en känsla av sammanhang. Man har en uppfattning om att det som händer i framtiden är förutsägbart och begripligt eller går att strukturera och ordna (begriplighet). Man har redskap att hantera det man möter t.ex. kunskap och personer runt om sig som man litar på (hanterbarhet). Sist och viktigast så ser man en mening i ansträngningen, en motivator. (Antonovsky 1987) Man ser en mening med det hälsofrämjande och förebyggande arbetet och är beredd att odsla sin tid på det och engagera sig i det.

En positiv inställning till livet och att allmänt inneha en positiv attityd är hälsoresurser (Fagerström 2010; Gilbert m.fl. 2012) Deltagarna i Seniorträffen visar enbart glada miner och hade i huvudsak positiva kommentarer i telefonen (i samband med anmälningen) och i enkäten. Detta ger ytterligare en känsla av att deltagarna är friska och klarar sig utan

individuella lösningar och istället självständigt kan aktivera sig mot hälsa. En positiv attityd är en friskfaktor.

Sammanfattningsvis karakteriserar en ”trettiosexåring” sitt hälsotillstånd som gott med tanke på sin ålder (medelålder 79 år). Hon bor handikappanpassat och har ganska goda kunskaper om motionens och kostens betydelse för hälsan. Efter Seniorträffen är hon inspirerad och hon uppger att hon kommer att ändra sina levnadsvanor till en hälsosammare livsstil. Hon kommer också att försöka bli mera socialt aktiv. Vad Seniorpunkten erbjuder är bekant för de flesta. Men det finns också deltagare som inte tidigare besökt Seniorpunkten. Trots att hon inte själv har hemvård känner hon bra till hur den fungerar. Eventuellt har hon bekanta, jämnåriga som anlitar hemvården på grund av funktionsnedsättning. Hon har fått mycket information om olika saker samt kontaktuppgifter och det känns tryggt att veta vart man kan ringa. Seniorträffen upplevs som bästa formen för förebyggande arbete. ”Trettiosexåring” är självständig ännu och önskar inte i detta skede ett förebyggande hembesök. ”Trettiosexåring” är med andra ord i ”tredje åldern”. Det är tiden efter att man har gått i pension då man har en viss ekonomisk grundtrygghet och gott om fritid och man är frisk, aktiv och fri att göra det man känner för. (Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2013; Social- och hälsovårdsministeriet 2009)

Seniorträffen är även ett redskap för utövaren av förebyggande, hälsofrämjande arbete. Tack vare Seniorträffen nås många seniorer på en gång. Informationen blir mera professionell än vad den skulle bli på ett traditionellt förebyggande hembesök och den sparar tid. Ett förebyggande hembesök tar minst två timmar och därtill kommer tid för förberedelser, körtid och dokumentering. Om var tredje 78-åring redan har en hög grad av begriplighet (förstår samband mellan livsstil och hälsa) och redskap (god hälsa, gott boende och goda kunskaper) och Seniorträffen bekräftar och ytterligare stärker dessa faktorer samt dessutom ger en dos av motivation och en mening till varför det lönar sig att satsa på den goda livsstilen och detta kan göras kollektivt, så sparar man tid. Endast sex deltagare önskar ytterligare ett förebyggande hembesök medan 38 inte gör det (även de som inte svarar på enkäten).

Redskapen som ska leda till ett hälsosamt åldrande är framtagna i den teoretiska bakgrunden och tidigare forskningar och har presenterats för deltagarna på Seniorträffen. Det finns ett klart samband mellan teoretiska bakgrunden, tidigare forskningar och det resultat som framkommer i enkäten. Redskapen är en hälsosam kost, fysisk aktivitet, meningsfull sysselsättning och gemenskap. Seniorträffen ger också kunskap, gemenskap, trygghetskänsla, motivation och inspiration som leder till livsstilsändringar dvs. aktiverar mot polen hälsa. Ett gott hälsotillstånd och ett handikappvänligt boende är en god grund att stå på. Hinder i miljön och funktionsnedsättning kan orsaka att man inte klarar sig självständigt men tack vare information om hur man kan åtgärda och förebygga dessa börjar man planera sin framtid. Seniorträffen visar sig vara ett bra redskap ur organisationens synvinkel, då den sparar resurser. Samtidigt ökar den samarbetet mellan olika sektorer i organisationen. Det lönar sig att satsa på förebyggande åtgärder som främjar hälsan och välbefinnandet. Målsättningen är ett självständigt hemmaboende så länge som möjligt. (Social- och hälsovårdsministeriet 2014, s. 19)

10 Kritisk granskning

Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier kommer att användas i den kritiska granskningen av detta arbete. Skribenten kommer att kritisera själva framställningen utgående från perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde medan resultatet kritiserar utgående från empirisk förankring och pragmatiska kriteriet.

10.1 Perspektivmedvetenhet

Sanningen är relativ och det gömmer sig ett perspektiv bakom varje beskrivning av verkligheten. Redan vid första mötet med det som ska tolkas har vi en föreställning om vad det betyder, en så kallad förförståelse. För att andra ska förstå tolkningen behöver man tydliggöra vilken förförståelse man har. Att däremot bokstavligen redovisa hela sin förförståelse är inte lätt vilket betyder att man strävar till att avgränsa sig till det som är rimligt och relevant. Man kan välja att redovisa sin förförståelse genom att t.ex. berätta om sina personliga erfarenheter eller genom att redogöra för vilken tolkningsteori man utgår ifrån. (Larsson 1994, s. 166)

Skribenten har i början av detta examnesarbete redogjort för sin yrkesroll. Beställaren av detta arbete är arbetsgivaren vilket också framförts. Att skribenten utgår från en tolkningsteori med ett salutogent perspektiv har också tydligt markerats i den vetenskapliga utgångspunkten. Tidigare forskningar har sökts med ”de salutogena glasögonen” på, dvs. utgående från hälsoperspektivet. Vad ger hälsa? Vilka är friskfaktorerna?

Att speciellt minnet får en egen föreläsning i Seniorträffens program (men ingen annan folksjukdom) har att göra med skribentens yrkesroll.

10.2 Etiskt värde

Forskningsarbetets viktigaste uppgift är att ta fram möjligast trovärdig kunskap som är viktig inte bara för gemene man utan också för hela samhället. Forskningen ska inriktas på väsentliga frågor med hög kvalitet. (Patel & Davidson 2011, s. 62)

Den nya kunskapen ska tas fram utan att individer kommer i kläm. Men man behöver även tänka på gruppen som en helhet. Drabbas hela den här gruppen nu av de tolkningar och slutsatser man drar? Man behöver därför vara omsorgsfull i sina slutsatser om vilka konsekvenser man kan dra av sin studie. Är resultatet sant? Eller är forskaren manipulerad att hitta vissa ”sanningar” av sin handledare eller andra makthavare. Den största synden hos forskaren är lögnen. (Larsson 1994, s. 171-172)

Larsson hänvisar till Arne Trankells checklista för ”vetenskaplig hederlighet”:

- a. Författaren har inte förtigtit något han kände till*
- b. Han har inte lagt till något som inte har med saken att göra*
- c. Han har förankrat sina slutsatser i det frambragta resultatet*
- d. Han har inte kallat saker för än det ena, än det andra*
- e. Han har inte tillmätt saker olika vikt allteftersom det passat hans syften*
- f. Han har inte redovisat sig ha syften som han sen övergett till förmån för andra utan att redovisa varför” (Larsson 1994, s. 172)*

Stor hänsyn tas till att så noga som möjligt informera deltagarna om målsättningen med undersökningen och om frivilligheten att delta. Anonymitet och konfidentialitet kan också garanteras. Ur resultatet kan man inte få fram vad enskilda deltagare har svarat. Enkäterna är inte heller kodade så skribenten vet inte vem som svarat vad, ej heller om deltagaren är man eller kvinna. Resultatet visar att Seniorträffen är ett bra redskap för det förebyggande arbetet och skribenten hoppas den kommer att få en fortsättning. Är den slutsatsen, konsekvensen negativ för en ny grupp, ett nytt år? Skribenten anser att det i sista hand är deltagarens eget beslut om hon deltar i Seniorträffen eller ej vilket är en positiv sak, inte negativ. Har skribenten fört fram lögner? Ett objektiva, ärligt resultat har presenterats. Om "lögner" enligt checklistan ovan hittas så är de helt omedvetna misstag.

10.3 Empirisk förankring

När det gäller den empiriska förankringen funderar man över hur tolkningen stämmer överrens med verkligheten. I en kvalitativ analys är en relativistisk syn ganska vanlig. En verklighet kan tänkas kunna tolkas på fler än ett sätt. Men i en empirisk forskning måste det också finnas en förankring i ett empiriskt material. Utan den kopplingen blir forskningsverksamheten obegriplig. Det måste finnas en verklighet för att man överhuvudtaget ska kunna diskutera den. Triangulering i en empirisk forskning innebär att man har flera källor som belägg för sin forskning. (Larsson 1994, s. 180-181)

Teoretisk bakgrund och tidigare forskningar presenteras för att tydliggöra varför Seniorträffens innehåll ser ut som det gör. I det innehållet kommer det fram vad andra forskare anser vara hälsofrämjande arbete och vilka redskapen är för ett hälsosamt åldrande. Empirin består av de i medeltal 79 åringar som deltar i Seniorträffen varav 93 % svarar på enkäten. Tolkningar görs genom att jämföra forskarnas tolkningarna med egna för att hitta samband men även eventuella skillnader. Är resultatet tillförlitligt? Har andra hittat samma saker? Stämmer tolkningen överrens med verkligheten?

10.4 Det pragmatiska kriteriet

Larsson hänvisar till Howes och Eisenharts kriterier som beskriver det pragmatiska kriteriet. De säger att det handlar om vilka konsekvenser undersökningsresultatet har för praktiken, s.k. externt värde. Larsson hänvisar sen också till Glaser och Strauss tankar om att generera teorier utifrån empiriska data utan att utgå från mera formella teorier. Man kan kalla det för en typ av teoritillskott. Genom att söka efter allmänna drag i empiriska data kan man få en variant av teoritillskott. Man gestaltar olika drag i en specifik verksamhet, beskriver mekanismer och myntar begrepp som fångar upp speciella processer eller beskriver hur människor uppfattar och upplever speciella fenomen. (Larsson 1994, s. 175-176)

Undersökningen är gjord i empirin, i praktiken och kan därför tillämpas i praktiken. Begreppet Seniorträffen har myntats och används redan av många i organisationen men säkert av många ute bland befolkningen också. Om det blir en ny Seniorträff vet t.ex. samarbetspartners och anlitade föreläsare redan vad det innebär. Det externa värdet ligger i att var tredje 79-åring skjuter eventuell funktionsnedsättning längre fram på sin levnadskurva vilket sparar resurser, tid och pengar men framförallt ökar livskvaliteten.

11 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att testa och utvärdera familjemodellens Seniorträff. Målsättningen var att hitta de redskap som främjar den äldres hälsa och därmed förlänger ett självständigt hemmaboende så länge som möjligt. Fyrtiofyra 79-åringar deltog i Seniorträffen och många tillsammans med en anhörig. Även de anhöriga fick ju nu information om vilka redskap man behöver för hantering av sin livssituation mot ett hälsosamt åldrande. Önskar man att barnen skall delta kunde man en ny gång försöka ordna Seniorträffen på kvällen istället för på tidig eftermiddag. Om man däremot vill ha mera diskussion på tillställningen kan man prova med att kalla färre deltagare och ha flera tillställningar istället. Blir diskussionen livligare då eller är det faktiskt en kulturell skillnad på hur flitigt man diskuterar? För att de som bor längre bort ska ha samma möjlighet att delta kunde en Seniorträff ordnas närmare dem. För att upprätthålla kvaliteten på själva

Seniorträffens innehåll kan man utvärdera varje tillställning skilt för sig. Tiderna förändras och det kan komma nya behov av andra redskap.

Tiden för att testa och utvärdera Seniorträffen är knapp. För att spara tid ombuds deltagarna fylla i enkäten genast efter att de suttit på Seniorträffen. Ska 79-åringar förväntas sitta på föreläsningar i 4 timmar för att sen ännu orka svara på en enkät? Det är antagligen en del av orsaken till att svaren ofta är korta eller att man t.o.m. lämnar vissa frågor helt obesvarade. Borde man istället ha bitt frivilliga ställa upp för en intervju? Det skulle högst troligt ha gett ett djupare men knappast ett helt annat innehåll på utvärderingen av Seniorträffen.

Vilka är då de 79-åringar som inte kommer till Seniorträffen? Vissa hör av sig på förhand och anmäler att de är upptagna med annat program. En man ringer för att framföra att ”man ska inte göra sig äldre än vad man är!”. Skribenten tolkar uttalandet så att han inte anser sig höra till denna grupp överhuvudtaget. Han känner sig kanske inte som en 79-åring. För vissa kan brist på transportmedel vara ett hinder medan själva sträckan att ta sig till Seniorpunkten kan vara ett hinder för andra. Ingen av de som bor i de mera avlägsna byarna deltar ju. En funktionsnedsättning kan också spela roll, såväl fysisk som psykisk eller kognitiv. Men orsakerna kunde man ju se närmare på i en ny undersökning genom att t.ex. intervjua några av dem.

Det förebyggande hembesöket har ibland gett en känsla av att det inte ger så mycket nytt åt mottagaren utan det blir mera en diskussion över en kopp kaffe. Vilket inte är så dåligt med tanke på vikten av social aktivitet och gemenskap men ur samhällsekonomisk och tidsbristens synvinkel kanske inte så lyckat. Seniorträffen lockar aktiva äldre som har en god hälsa och ett gott boende och på så vis sällas en tredjedel bort från namnlistan till vilka man sen erbjuder ett förebyggande hembesök. Resurser frigörs. Även om planeringen och genomförandet av Seniorträffen har tagit mycket tid, både av skribenten och av föreläsarna så är allt det arbetet något som kan återanvändas och endast kompletteras vid behov vid en eventuell ny Seniorträff. Det som ett fåtal deltagare ännu efterlyser är information om hemvårdens kostnader och om tandvården samt om hälsocentralens utbud. Man kan

komplettera innehållet i Seniorträffen till en ny gång eller kanske till och med framföra detta intresset till tredje sektorn (Folkhälsan, pensionärsföreningar) för att ytterligare öka samarbetet även med dem. Tredje sektorn är också en grupp som kunde presenteras på Seniorträffen.

Äldre personers inre styrkor tolkas vara en hälsoresurs värd att hitta. Hälsa för de äldre är inte endast frånvaro av sjukdom utan känslan av att må bra, att vara behövd, att ha sin plats, att ingå i andras värld, att ha en betydelse för andra men även att själv ha en mening i sin vardag. Det spelar en roll att finnas till, att bekräftas, att finnas i ett sammanhang.

Källförteckning

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Sverige: Natur och kultur (1991).

Cyarto, E. V., Dow, B., Vrantsidis, F. & Meyer C. (2013) Promoting healthy ageing: Development of Healthy Ageing Quiz. *Australasian Journal on Ageing*, 32(1), 15-20
(HAQ: http://www.nari.unimelb.edu.au/nari_healthyageingquiz.html)

Davies, N. (2011). Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nursing Standard*, 25(19), 43-49.

Eriksson, M. & Lindström, B. (2011). En resa till hälsans centrum – det salutogena perspektivet på hälsa och välbefinnande. Ingår i: M. Nygård & F. Finnäs (red.), *Hälsa och välfärd i ett föränderligt samhälle*. Åbo: Åbo Akademi.

Fagerström, L. (2010) Positive life orientation – an inner health resource among older people. *Scandinavian journal of caring science*. 2010(24), 349-356.

Fagerström, L., Wikblad, A. & Nilsson, J. (2008) An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009(23), 558-568.

Fristedt, S. (2011). Funktionellt åldrande. Ingår i: M. Ernsth Bravell (red.), *Äldre och åldrande*. Stockholm: Gothia förlag AB.

Ganzer C. & Zauderer C. (2011) Promoting a brain-healthy lifestyle. *Nursing older people*, 23(7), 24-27.

Gilbert, C., Hagerty, D. & Taggart, H. M. (2012) Exploring Factors Related to Healthy Ageing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 19(01), 20-25.

Gustafson Y. & Olofsson B., (2012). Den åldrande kroppen. Ingår i: A. Norberg, B. Lundman & R. Santamäki Ficher (red.), *Det goda åldrandet*. Lund: Studentlitteratur.

Hemma i Botnia. (2013) Vasa.

<http://www.novia.fi/FoU/projekt/aldres-halsa-och-livsvillkor/hemma-i-botnia/> (hämtat 01.11.2014)

Hurst, G., Wilson, P. & Dickinson, A. (2013) Older people: how do they find out about their health? A pilot study. *British Journal of Community Nursing*, 18(1), 34-39.

Hutton, L., Frame, R., Maggo, H., Shirakawa, H., Mulligan, H., Waters, D. & Hale, L. (2009). The perceptions of physical activity in an elderly population at risk of falling: a focus group study. *NZ Journal of Physiotherapy*, 37(2), 85-92.

Jacobsen, D. I. (2010) *Förståelse, beskrivning och förklaring*. Lund: Studentlitteratur (2012).

Karp, A., Agahi, N., Lennartsson, C., Lagergren, M. & Wånell S. E. (2013) *Ett hälsosamt åldrande*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Kivelä, S-L., Vaapio, S., Gustafsson, B. & Jansson, L. (2011) *Äldre idag*. Helsingfors: Finlands Seniorörelse rf.

Kulla, G., Sarvimäki, A. & Fagerström, L. (2006) Health resources and health strategies among older Swedish-speaking Finns – a hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 51-57

Larsson S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: B. Starrin & P-E. Svensson (red.), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 163-187) Lund: Studentlitteratur.

Microsoft office/ Excel:

<https://products.office.com/sv-se/excel> (hämtat 25.4.15)

Mickus, M. & Owen, T. (2009). Coping, choice and control: pathways to positive psychological functioning and independence in later life. In: M. Cattan (ed.) *Mental health and well-being in later life*. Berkshire: Open University Press.

Niemi, V. (2012) *Turvallisia vuosia. Selvitys ikääntyneiden turvallisuustilanteesta Suomessa*. (Sisäasiainministeriön julkaisuja 27/12) Sisäasiainministeriö.

Nilsson, I. (2012) Att njuta av livet som äldre. Ingår i: S. Jungerstam, M. Nygård, B. Olofsson, T. Pellfolk, M. Sund (red.), *Äldres värdighet, delaktighet och hälsa. Resultat från GERDA Botnia-projektet*. (s. 118-128) Vasa: Yrkehögskolan Novia.

Nordell K. *Äldres vardag – planerad trygghet eller akut oro. Förebyggande hembesök i Centrum, Linnéstaden och Tuve-Säve*. (2009) Rapport FoU i Väst.

Patel, R. & Davidson, B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Sherman, H., Forsberg, C., Karp, A. & Törnkvist, L. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of Clinical Nursing*, (21), s. 3170-3182

Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). *Rådgivnings- och servicenätverk för att främja äldre personers välfärd och hälsa*. Rapport 2009:36. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Social och hälsovårdsministeriet. (2014). *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och trygga servicen*. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Statistikcentralen, (2012). Helsingfors:

www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_sv.html (hämtat 29.3.15)

Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, (2013). *Ett hälsosamt åldrande – Kunskapsöversikt över forskning 2005 – 2012 om hur ett hälsosamt åldrande främjas på individnivå*. Rapport 2013:05. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.

THL, (2014). Helsingfors:

www.thl.fi/sv/web/folksjukdomar/allman-information-om-folksjukdomar (hämtat 29.3.15)

Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2013). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1-8

Wallén, M. B., Ståhle, A., Hagströmer, M., Franzén, E. & Skavberg Roaldsen, K. (2014) *Motionsvanor och erfarenheter av motion hos äldre vuxna*. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap. Karolinska institutet.

Wentjärvi, A. (2012). Ökat självständigt boende för äldre i Österbotten? Ingår i: S. Jungerstam, M. Nygård, B. Olofsson, T. Pellfolk, M. Sund (red.), *Äldres värdighet, delaktighet och hälsa. Resultat från GERDA Botnia-projektet*. (s. 54-60) Vasa: Yrkeshögskolan Novia.

Westlund, P. (2009). *Salutogen GPS för ett gott bemötande*. Stockholm: Fortbildning.

WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO.

Finlands författningssamling

Äldreomsorgslag 28.12.2012/980. www.finlex.fi (hämtat 01.11.2014)



Inbjudan till Seniorträff, 17.2 kl. 12.00-16.00,

på Seniorpunkten, Niklasvägen 1 i Smedsby

Ett förebyggande hembesök är ett hembesök då någon från social- eller hälsovården kommer och hälsar på för att se hur den äldre har det. Målsättningen med besöket är att främja hälsa och förebygga sjukdom och olycksfall för ett så tryggt boende som möjligt. Man informerar också om vilka stödfunktioner kommunen har att erbjuda. De förebyggande hembesöken brukar i Korsholm utföras av en äldrerådgivare. Hembesöken riktas till personer som är runt 78 år och som inte har någon form av stödfunktioner (t.ex. hemservice eller hemsjukvård).

I år planeras ett annorlunda förfaringssätt!

Samtliga äldre (utan stödfunktioner), födda -36 kallas till en Seniorträff på Seniorpunkten i Smedsby. Seniorträffen består av olika föreläsningar av experter inom sitt område.

Bostadsomändringar, kosten, minnet, balans är bara några av de ämnen som kommer att behandlas. Seniorens ges också möjlighet att ställa frågor.

Ni bjuds nu in till denna Seniorträff!

Många av -36:orna är aktiva och vid god hälsa och upplever att de inte behöver ett hembesök i detta skede men önskar kanske ändå själva informationen. Men det kan också hända att man efter Seniorträffen dessutom önskar ett förebyggande hembesök. Det finns möjlighet till det då också. Till Seniorträffen kan Ni komma tillsammans med Er närmaste anhörig.

När Ni kommer ber vi Er anmäla Er så vi vet vilka 36:or som varit med (uppgifterna behandlas konfidentiellt). Då kan vi ännu kontakta de som inte kommer, för traditionell erbjudan om ett förebyggande hembesök. Efter Seniorträffen kan Ni meddela om Ni även önskar ett förebyggande hembesök.

Kaffeservering!

För kaffeserveringens skull kan Ni anmäla Er till Diana eller Barbro 12.2 eller 16.2 kl. 8-12.

Välkommen!

Äldrerådgivare Diana Rosenlöf

Äldrerådgivare Barbro Staffans

Tel.nr. 3277414, kl. 8-9

Tel. nr. 044-7277996



Kutsu Senioritreffeille 19.2. klo. 12- 16

Senioripisteessä, Niilontie 1 Sepänkylä

Ehkäisevällä kotikäynnillä sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijä tulee katsomaan, kuinka iäkäs henkilö voi. Tavoitteena on terveyden edistäminen ja sairauden ja tapaturmien ehkäiseminen niin että asuminen olisi mahdollisimman turvallista. Käynnin aikana informoidaan myös kunnan tarjoamista tukipalveluista. Mustasaassa näitä ehkäiseviä kotikäyntejä tekee vanhusneuvoja. Kotikäynnit suunnataan niille noin 78-vuotiaille, joilla ei ole mitään tukipalveluja (esim. kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa).

Tänä vuonna suunnitellaan toisenlaista menettelytapaa!

Kaikki vuosina -35, -36 ja -37 syntyneet, jotka eivät saa tukipalvelua, kutsutaan Senioritreffeille Sepänkylän Senioripisteeseen. Senioritreffien ideana on asiantuntijoiden pitämät luennot. Asunnon muutostyöt, ravinto, muisti ja tasapaino ovat vain osa niistä aiheista, joita tullaan käsittelemään. Seniorit voivat myös esittää omia kysymyksiään.

Teidät kutsutaan nyt Senioritreffeille!

Monet vuonna -35, -36, ja -37 syntyneet ovat aktiivisia ja hyväkuntoisia. Heistä voi tuntua, että he eivät tarvitse kotikäyntiä tässä vaiheessa mutta haluavat ehkä kuitenkin saada tietoa näistä asioista. Ja jos Senioritreffien jälkeen tuntuu siltä, että kotikäynti olisi paikallaan, sekin järjestyy. Senioritreffeille voitte tulla lähiomaisen kanssa.

Kun tulette, teitä pyydetään ilmoittautumaan, jotta tiedämme, ketkä kutsutut ovat osallistuneet Senioritreffeille (tiedot käsitellään luottamuksellisesti). Siten voimme vielä ottaa yhteyttä poisjääneisiin ja tarjota heille perinteellistä ehkäisevää kotikäyntiä. Senioritreffien jälkeen voitte ilmoittaa, haluatteko myös, että luoksenne tehdään ehkäisevä kotikäynti.

Kahvitarjoilu!

Kahvitarjoilun vuoksi pyydämme teitä ilmoittautumaan allekirjoittaneelle 16.2- 17.2 klo 8-10.

Tervetuloa!

Vanhusneuvoja Diana Rosenlöf

Mustasaari 10.2.2015

Puh. 327 7414 klo 8–9

Hej!

Mitt namn är Diana Rosenlöf och jag arbetar som äldrerådgivare i Korsholms kommun. Minnesutredningar och Förebyggande hembesök hör till mina främsta arbetsuppgifter.

I år kompletterar jag mina tidigare sjukskötarstudier på Yrkeshögskolan Novia. Inom ramen av dessa studier ska ett lärdomsprov göras. Som uppdrag har min arbetsgivare bett om test och utvärdering av en alternativ modell till Förebyggande hembesök. Denna modell heter "Famijemodellen" och den inleds med en inbjudan till en "Seniorträff".

Syftet är att undersöka om Seniorträffen kan erbjuda information/redskap som motiverar till en hälsosam livsstil och planering av sin framtid? Vilken information upplever den äldre sig ha nytta av med tanke på främjandet av egen hälsa och förebyggandet av sjukdom och olycksfall? Mina handledare för lärdomsprovet är Barbro Mattson-Lidsle och Lena Sandén-Eriksson.

Seniorträffen hålls 17.2.15 och består av olika föreläsningar av experter inom sitt område. Seniorens erbjuds då också möjlighet att ställa frågor direkt till föreläsaren.

Efter dessa föreläsningar ombeds "-36:orna" att utvärdera tillställningen genom att svara på en enkät. Detta är frivilligt och helt anonymt. Det kommer alltså inte att framkomma någonstans vem som svarat vad. Svaren kommer att analyseras och presenteras i lärdomsprovet. Resultatet kommer också att utnyttjas till att utveckla det förebyggande arbetet för de äldre i Korsholms kommun så deltagandet i enkäten är mycket värdefullt!

Tack! Diana Rosenlöf

Korsholm 10.02.15

Tel. 050-3691866

Hei!

Nimeni on Diana Rosenlöf ja toimin vanhusneuvojana Mustasaaren kunnassa. Muistiselvittelyjä ja Ehkäiseviä kotikäyntejä kuuluu pääasiallisiin työtehtäviini.

Tänä vuonna täydennän aikaisempi sairaanhoitajakoulutustani Novian ammattikorkeakoulussa. Osana tätä koulutusta kuuluu tehdä opinnäytetyö. Olen saanut työnantajaltani tehtäväksi testata ja arvioida vaihtoehtoinen malli Ehkäisevän kotikäynnin sijaan. Tätä mallia kutsutaan ”Perhemalliksi” ja se alkaa kutsulla ”Senioritreffeihin”.

Tarkoitus on tutkia jos Senioritreffit pystyy tarjoamaan tietoa/ työvälineitä jotka motivoi terveelliseen elämäntyyliin ja tulevaisuudensa suunnitteluun. Mikä tieto tuntuu iäkkään mielestä hyödylliseksi terveydensä edistämiseksi ja sairauksien ja tapaturmien ehkäisemiseksi? Tämän opinnäytetyön valvojiani ovat Barbro Mattson-Lidsle ja Lena Sandén-Eriksson.

Senioritreffit pidetään 19.2 ja se perustuu erilaisista luennoista asiantuntijoilta alassaan. Seniori voi silloin myös esittää kysymyksiään suoraan luennoitsijolle.

Luentojen jälkeen pyydetään kutsutut (-35 + -36 + -37) arvioimaan tilaisuutta vastaamalla kyselyyn. Tämä on vapaaehtoista ja täysin anonymisti. Mistään ei siis tule esille kuka on vastannut mitä. Vastaukset analysoidaan ja esitetään opinnäytetyössä. Tulosta tullaan myös käyttämään eduksi Mustasaaren kunnan iäkkäiden ehkäisevän työn kehittämiseksi ja ehkäisemiseksi joten kyselyyn osallistuminen on hyvin arvokasta!

Kiitos!

Diana Rosenlöf

Tel. 050-3691866

Seniorträff 17.2.2015

- 12.00** **Äldrerådgivarna Diana och Barbro önskar Er välkomna**
- 12.05** **Viola Mitts (dagcenterledare) presenterar Seniorpunkten och Håkan Wikberg presenterar Äldrerådet**
- 12.30** **Tänk på din hjärna – ta hand om ditt minne!**
- Jenny Laaksonen från Minneslotsen berättar om hur man förebygger minnesproblem och om hur en minnesutredning går till
- 13.00** **Upp och hoppa!**
- Gun-Lis Grönlund-Nybacka (konditionsskötare) visar hur vi stärker balansen och muskelstyrkan
- 13.30** **Kaffe med dopp**
- 14.00** **Se över hemmet!**
- Ann-Sofi Blom (socialarbetare) & Michael Ek (byggnadsinspektör) berättar om bostadsomändringar och renoveringsbidrag
- 14.30** **Kostens betydelse för en frisk vardag**
- Gunilla Nyman-Klavus (livsstilsproffs) berättar om vikten av att äta rätt och riktigt
- 15.00** **Kommunens stödfunktioner**
- Heidi Hakala-Öman (ledare för närståendevården): Hur får jag mat om jag inte kan handla? Hur slipper jag till stan om jag inte får köra bil? Hur får jag hjälp om jag faller hemma och inte slipper upp?
- 15.30** **Förebygga olycksfall**
- Diana och Barbro ger tips om hur man förebygger olycksfall i hemmet.
- 15.45** **Enkät**

Senioritreffit 19.2.2015

- 12.00** **Vanhusneuvoja Diana toivottaa Teidät tervetulleiksi**
- 12.05** **Viola Mitts (päiväkeskusohjaaja) esittelee Senioripisteen ja Tuula Kleimola esittelee Vanhusneuvoston**
- 12.30** **Tasapaino ja lihasvoimaharjoittelu**
Lena-Maria Holm (fysioterapeutti) näyttää kuinka voimme ylläpitää kuntoamme
- 13.00** **Muista muistiasi!**
Katja Kurunsaari Muistiluotsista kertoo aivoterveystestistä
- 13.30** **Kahvitauko**
- 14.00** **Entäs kotisi?**
Ann-Sofi Blom(sosiaalityöntekijä) & Michael Ek (rakennustarkastaja) kertovat asunnonmuutostöistä ja remonttiavustuksista
- 14.30** **Ravinnon merkitys terveelle arkipäivälle**
Diana kertoo ravinnon tärkeydestä terveydellemme
- 15.00** **Kunnan tukipalvelut**
Heidi Hakala-Öman (omaishoidon ohjaaja): Kuinka saan ruokaa jos en pysty käymään kaupassa? Kuinka pääsen kaupungille jos en saa ajaa autoa? Kuinka saan apua jos kaadun kotona enkä pääse ylös?
- 15.30** **Tapaturmien ehkäisy**
Diana antaa neuvoja kuinka ehkäistään tapaturmia kodissa.
- 15.45** **Kyselyyn vastaaminen**

Utvärdering av Seniorträffen 17.2.2015.

Hur beskriver Ni Ert hälsotillstånd idag?

Hur beskriver Ni Ert boende idag? (med tanke på ev. funktionsnedsättning i framtiden)

Mycket bra Ganska bra Ganska litet Mycket litet Vet ej

Hur väl kände Ni från tidigare till:

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vikten av god muskelstyrka och balans | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vikten av kostens betydelse för hälsan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. När man ska och vem man ska kontakta
vid upplevda minnesproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ärenden gällande bostadsomändringar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Vad Äldrerådet är/gör | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Vad Seniorpunkten erbjuder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hur hemservice och -sjukvården fungerar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kommer råden och informationen Ni fått idag att ändra/ påverka Er livsstil mot sundare hälsovanor gällande:

8. Motion? Ja _____ Nej _____ Därför att _____

9. Kosten? Ja _____ Nej _____ Därför att _____

10. Sociala aktiviteter? Ja _____ Nej _____ Därför att _____

Kommer råden och informationen Ni fått idag att leda till konkreta åtgärder i Ert hem för att trygga fortsatt boende och förebygga olycksfall?

Ja _____ Nej _____ Om ja, vad? _____

Vilken information var mest värdefull i Er livssituation just nu?

Vad hade Ni ytterligare önskat information och vägledning om?

Upplever Ni att Era förmågor, kunskaper, resurser (ex. tid) kunde bidra med något för allmän nytta?

Ja _____ Nej _____ Om ja, vad?

På vilket sätt ska förebyggande arbete, som tryggar de äldres hälsa och hemmaboende utföras?

- 11. Genom att endast erbjuda individuella förebyggande hembesök som hittills
- 12. Genom att kalla till gemensam Seniorträff och sen får man ytterligare förebyggande hembesök om man så önskar
- 13. Det behövs inga förebyggande åtgärder
- 14. Annat sätt t.ex:

Kommer Ni att önska ett förebyggande hembesök också? Ja _____ Nej _____

ETT STORT TACK FÖR ERT SVAR!

Senioritreffit 19.2.2015 arviointi

Kuvailkaa terveydentilaanne.

Kuvailkaa asumistanne (ajatellen mahdollisia toimintakyvyn rajoitteita tulevaisuudessa)

Oikein hyvin Aika hyvin Aika vähän Hyvin vähän En osaa sanoa

Kuinka paljon teillä oli ennestään tietoa:

Hyvän tasapainon ja lihasvoiman tärkeydestä

Ravinnon merkityksestä terveydelle

Koska ja keneen voi ottaa yhteyttä, jos huomaa

muistiongelmia

Asunnon muutostöitä koskevista asioista

Mitä Ikäneuvo on/tekee

Mitä Senioripiste tarjoaa

Kuinka kotipalvelu ja -sairaanhoito toimivat

Tulevatko tänään saamanne neuvot ja tiedot muuttamaan elämäntapojanne terveellisempään suuntaan?

1. Kuntoilu Kyllä _____ Ei _____ Miksi? _____

2. Ravinto Kyllä _____ Ei _____ Miksi? _____

3. Sosiaalinen toiminta Kyllä _____ Ei _____ Miksi? _____

Tulevatko tänään saamanne neuvot ja tiedot johtamaan kodissanne konkreettisiin toimenpiteisiin, jotka tukevat kotona asumista ja ehkäisevät tapaturmia?

Kyllä _____ Ei _____ Jos kyllä, mihin toimenpiteisiin?

Mikä tieto oli arvokkainta nykyisessä elämäntilanteessanne?

Mistä olisitte vielä toivonut tietoa ja opastusta?

Koetteko, että osaamistanne, tietojanne ja resurssejanne (esim. aikaa) voisi käyttää myös muiden hyväksi? Kyllä _____ Ei _____ Jos kyllä, miten?

Miten ehkäisevää työtä tulisi mielestänne toteuttaa, jotta se tukisi ikääntyneiden terveyttä ja kotona asumista?

4. Tarjoamalla ainoastaan yksilöllisiä ehkäiseviä kotikäyntejä kuten tähän asti
5. Kutsumalla yhteisiin Senioritreffitihin, ja sen jälkeen ehkäisevä kotikäynti, jos niin halutaan
6. Ehkäisevää toimintaa ei tarvita ollenkaan
7. Muulla tavalla, esimerkkejä:

Tuletteko toivomaan myös ehkäisevää kotikäyntiä? Kyllä _____ Ei _____

SUURKIITOS VASTAUKSISTANNE!