



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Upplevelser av preventiva hälsoinsatser - en fenomenologisk studie bland äldre och deras anhöriga i Tynnered

Författare: Linnea Sjöberg och Elin Karlsson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Katarina Wilhelmson Med Dr, leg. läkare, specialist i geriatrik och socialmedicin

Examinator: Annette Sverker och Carin Staland Nyman

Sahlgrenska akademien
Enheten för socialmedicin

Förord

Vi vill tacka de äldre och deras anhöriga som medverkat i denna studie. Utan Era tankar och åsikter hade denna uppsats inte varit möjlig att genomföra.

Vi vill även tacka personalen på Träffpunkten vid Beryllgatan i Göteborg. Vi fick ett varmt mottagande och kände oss alltid välkomna. Ni har varit mycket hjälpsamma och vi är tacksamma för detta.

Ett stort tack även till vår handledare Katarina Wilhelmson för hjälpsamma synpunkter och till Annette Sverker för stöd vid val av metod och analys.

/Elin Karlsson och Linnea Sjöberg
Göteborg, maj 2009

Svensk titel: Upplevelser av preventiva hälsoinsatser – en fenomenologisk studie bland äldre och deras anhöriga

Engelsk titel: Experiences of preventive health initiatives – a phenomenological study among elderly and their relatives

Författare: Linnea Sjöberg och Elin Karlsson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Katarina Wilhelmsson Med Dr, leg. läkare, specialist i geriatrik och socialmedicin

Examinator: Anette Sverker och Carin Staland Nyman

Sammanfattning

Introduktion: Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem som leder till kostnader och lidanden. Det är därför viktigt att undersöka äldres upplevelser av preventiva hälsoinsatser för att kunna förebygga fallskador och öka livskvaliteten.

Syfte: Att undersöka hur de äldre i Tynnered och deras anhöriga upplever de preventiva hälsoinsatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten. Dessa insatser har genomförts för att motverka fallolyckor, förbättra den fysiska miljön och ge närhet till gemenskap och service.

Metod: En kvalitativ induktiv studie med ett fenomenologiskt förhållningssätt genomfördes. Två semistrukturerade intervjuer med äldre som fått förebyggande hemverksamhet, brukar besöka Träffpunkten och kunnat utnyttja tjänsten fixar Tony intervjuades, samt tre anhöriga.

Resultat: Vi fann tre essenser från intervjuerna med de äldre vilka var; känslor, relationer och hantering av vardag. Bland de anhöriga hittades fyra essenser: relationer, känslor, förändringar och samhället. Sociala aktiviteter och Träffpunkten visade sig vara särskilt betydelsefulla för alla informanter.

Diskussion: Denna studie kan ses som en pilotstudie då samplet med fem medverkande varit relativt litet. Resultatet visar dock på att upplevelserna av verksamheterna Fixar-Tony, och Träffpunkten varit positiva hos samtliga informanter. Fortsatta studier med fler medverkande kan behövas för att styrka detta och göra resultatet mer överförbart till andra kontexter.

Sökord: Äldre, upplevelser, fenomenologi, prevention, fallskador

Abstract

Introduction: Falling accidents among elderly is a big public health issue which can lead to immense costs (society and personally wise) and sufferings. It is therefore important to examine older people's experiences of preventive health initiative in order to prevent falling accidents and to increase their quality of life.

Aim: To investigate how the elderly in the municipality of Tynnered and their relatives are experiencing the preventive health initiative Fixar-Tony, Preventive home activities and Träffpunkten. These efforts have been carried out in order to counteract falling accidents, improve the physical environment and to give vicinity to community and service.

Method: An inductive qualitative study with a phenomenological approach was implemented. Two semi structured interviews with elderly who got the health initiatives mentioned above and three interviews with their relatives were conducted.

Results: Three main essences were deducible from the interviews with the elderly; feelings, relationships and coping with daily life. Among the relatives the main essences were relationships, feelings, changes and the society. Social activities and Träffpunkten showed itself to be in particular importance for all of the informants.

Discussion: Since the sample of five informants is relatively small the study can be seen as a pilot study. The result shows that the experiences of the initiatives Fixar-Tony and Träffpunkten are positive. Continued studies with more participants are needed to emphasize the result and make it more generalizable.

Keywords: Elderly, experiences, phenomenology, prevention, falling accidents

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	2
2.1 Tidigare studier	2
2.2 Dödsfall	2
2.3 Svåra skador orsakade av fallolyckor	3
2.4 Lindriga skador orsakade av fallolyckor	3
2.5 Funktioner som kan försämrats på äldre dagar	4
2.6 Förebyggande hembesök	6
2.7 Försöksverksamhet Förebyggande hemverksamhet	6
2.8 Kontrollerad studie av den Förebyggande hemverksamheten	6
2.9 Fixartjänst för äldre	7
2.10 Betydelsen av sociala nätverk	7
2.11 Boende för äldre	8
2.12 KASAM- Känsla av sammanhang	8
3. Syfte	9
4. Metod	9
4.1 Tynnered	11
5. Resultat	11
5.1 De äldre	12
5.2 Relationer	12
5.3 Känslor	13
5.4 Hantering av vardag	14
5.5 De anhöriga	16
5.6 Relationer	16
5.7 Känslor	17
5.8 Förändringar	18
5.9 Samhället	19
6. Diskussion	19
6.1 Resultatdiskussion	19
6.2 Metoddiskussion	24
7. Slutsats	26
8. Bilagor	27
8.1 Bilaga 1	27
8.2 Bilaga 2	29
8.3 Bilaga 3	35
9. Referenser	36

1. Inledning

Fallolyckor är ett stort folkhälsoproblem som leder till stora kostnader och lidanden för samhället och för äldre. Preventiva insatser som har som syfte att motverka fallolyckor är mycket viktiga eftersom kostnader väntas öka till 22 miljarder kronor år 2050 om inte effektiva förebyggande åtgärder sätts in (1). Göteborgsstadsdelen Tynnered har sedan år 2005 aktivt arbetat med att förebygga olycksfall, förbättra den fysiska miljön och ge närhet till gemenskap och service bland de äldre. I denna uppsats kommer insatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och samlingspunkten Träffpunkten att undersökas. Närmast kommer fallolyckors kostnader och konsekvenser beskrivas sedan följer avsnitt om vad som kan försämras i kroppen på äldre dagar, beskrivning av olika insatser, boende för äldre och sociala nätverk. Detta behandlas för att få en större förståelse för varför preventiva insatser behövs och varför det är viktigt att undersöka de äldres och deras anhörigas upplevelser av dem.

2. Bakgrund

Fallolyckor är ett stort folkhälsoproblem som leder till stora kostnader och lidanden för samhället och för äldre. Om inga åtgärder genomförs kommer problemet att öka i omfattning. Fallolyckor orsakar att fler än tre personer över 65 år dör i Sverige varje dag. Detta är fler än dubbelt så många som dör i trafiken varje år. Jämfört med trafikolyckor är det även fem gånger fler som får läggas in på sjukhus efter fallolyckor. Antalet sköra äldre blir fler och fler vilket gör att antalet olyckor ökar. Statens folkhälsoinstitut har gjort en rapport som är avsedd att ge kunskap om kostnader förknippade med fallolyckor samtidigt som den ska ge förslag på fallförebyggande åtgärder. Kostnaderna förknippade med fallolyckor uppskattas till ungefär 14 miljarder kronor per år, varav nästan fem miljarder är direkta kostnader och cirka nio miljarder av kostnaden är till följd av försämrad livskvalitet. Produktionsbortfall och fritidsförlust är inte medräknat. Kostnaderna kan öka till drygt 22 miljarder kronor år 2050 om inte effektiva förebyggande åtgärder sätts in. 14 miljarder kronor är mer än hälften av Sveriges nettokostnad för primärvård exklusive hemsjukvård och kostnaden för varje svensk medborgare uppgår till drygt 1 500 kronor per år. Det finns vetenskapligt prövade åtgärder för att förebygga fallskador och om de används kan stora lidanden, livskvalitetsförsämringar och kostnader undvikas. Några av dessa förslag finns i Folkhälsoinstitutets rapport (1).

2.1 Tidigare studier

Räddningsverket publicerade rapporten; *Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader* där samhällets direkta kostnader för fallolyckor beräknats. Med direkta kostnader avses medicinska kostnader, rehabiliteringskostnader, materiella, administrativa och övriga kostnader. Till detta tillkommer kostnader för den enskilde individen samt personligt lidande. Fallolyckorna delas in i tre grupper: dödsfall, svårt skadade och lindrigt skadade. Kostnaderna för de olika grupperna beräknas separat. De frakturtyper som varit aktuella är höftleds-, kot-, handleds- och axelfrakturer. Gruppernas genomsnittskostnad per skada har multiplicerats med uppskattat antal skadade i varje grupp för att få totalsumman för samhällets direkta kostnader för fallolyckor. Denna summa uppgår till cirka 5 miljarder kronor (2006 års prisnivå). Kostnaden beräknas uppgå till cirka 8,2 miljarder kronor år 2035 om inga preventionsåtgärder sätts in (2).

2.2 Dödsfall orsakade av fallolyckor

Enligt Räddningsverket uppgår de direkta sjukvårdskostnaderna till 35 000 kronor per dödsfall räknat efter 2002 års prisnivå. Räddningsverkets mall i kombination med dödsorsaksregistret visar att antalet äldre som dött till följd av fallolyckor uppgick till 1 370 personer år 2005. Utifrån detta kan ses att de direkta kostnaderna för dödsfallen uppgår till cirka 50 miljoner kronor, vilket kan utläsas i tabell 1 (2).

Tabell 1 Antal dödsfall orsakade av fallolyckor och en uppskattning av vad de kostar samhället.

	Antal	Värdering prisnivå 2006	Totalkostnad Mkr
Dödsfall	1370	36465	49

Källa (2-3)

I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen beskrivs att mer än 1 200 äldre avlider till följd av fallolyckor varje år. Detta motsvarar ett totalbelopp på 44 miljoner kronor. Det finns dock ett mörkertal som kan uppskattas till ytterligare ett par tusen personer per år. Många äldre får svåra följsjukdomar, till exempel blodpropp i lungan, efter olyckstillfället. Om de avlider senare än en månad efter olyckstillfället registreras inte händelsen som en olycka (3).

2.3 Svåra skador orsakade av fallolyckor

Socialstyrelsens slutenvårdsregister innehåller data över svårt skadade, till denna grupp räknas alla som kräver slutenvård (2). Räddningsverket gör också antagandet att alla som läggs in på sjukhus på grund av en fallolycka har fått någon form av fraktur. Enligt Socialstyrelsens patientregister uppgår dessa till 43 000 äldre. Det är svårt att bedöma hur rimligt antagandet är, men det kan ställas i relation till antalet frakturer i de olika grupperna höftfraktur, kotfraktur, handledsfraktur och axel-/överarmsfraktur som tillsammans uppgår till nästan 32 000 bland äldre. 43 000 svårt skadade äldre används i huvudkalkylen eftersom Räddningsverket räknade med det antalet (4).

Tabell 2 Kostnader för fallolyckor vid olika frakturtyper, antal frakturer vid olika scenarier samt totalkostnaden.

Frakturtyp	Prisnivå 2006	Registrerat antal frakturer	Summa Mkr	Procent	Uppskattat antal frakturer	Summa Mkr
Höft	129886	17557	2280	54,9	23632	3070
Kot	131485	5457	718	17,1	7345	966
Handled	18 117	3 084	56	9,6	4 151	75
Axel	59 092	5 890	348	18,4	7 928	468
Totalt		31 988	3 402	100	43 057	4 579

Källa (2, 5)

2.4 Lindriga skador orsakade av fallolyckor

De skador som mottages i öppenvården och inte resulterar i slutenvård räknas som lindriga skador. Med hjälp av flera källor har Räddningsverket beräknat att en genomsnittlig lindrig skada kostar 2 700 kronor i direkta kostnader år 2002 vilket innebär 2 200 kronor för landsting och 500 kronor för individen. Uppskattningen har baserats på tidigare studier

eftersom det inte finns tillgänglig data för antalet lindrigt skadade. Cirka 60 procent av alla äldre som uppsökt vård vid en akutmottagning efter en fallolycka får åka hem samma dag. Resterande 40 procent är alltså svårt skadade. Procentsiffran Räddningsverket använt är en uppskattning av det riktiga värdet, även om alla som söker vård på vårdcentral inte kommer med i statistiken. I brist på data godtas Räddningsverkets uppskattning (2).

Tabell 3 Antal lindrigt skadade orsakade av fallolyckor och dess kostnader.

	Antal	Värdering prisnivå 2006	Totalkostnad Mkr
Lindrigt skadade	64 586	2 813	181,7

Källa (2)

För att få totalkostnaden summeras de tre ovanstående posterna ihop. Resultatet visar att de direkta kostnaderna för fallolyckor bland äldre, beräknade med utgångspunkt från Räddningsverkets mall för skadedata från 2005 och 2006 års prisnivå, uppgår till ungefär 4,8 miljarder kronor.

Tabell 4 Den totala direkta kostnaden för fallolyckor.

	Kostnad Mkr	Andel Procent
Dödsfall	50	1
Svårt skadade	4574	95
Lindrigt skadade	182	4
Totalt	4806	100

Källa (1)

I tabell 4 kan de olika kategoriernas andel av totalkostnaden utläsas. Exempelvis går det att utläsa att gruppen svårt skadade nästan står för hela den direkta kostnaden vilken uppgår till 95 procent. Detta innebär att de totala direkta kostnaderna för fallolyckor bland äldre till största delen utgörs av frakturrelaterade kostnader. Dessa kan påverkas antingen genom att försöka minska sjukhuskostnaderna för skadorna eller förebygga att frakturer uppstår, det vill säga att arbeta fallförebyggande. Detta är en uppskattning av totalkostnaden för de direkta kostnaderna. Det innebär att kostnaden kan förändras om de olika variablerna, antal frakturer och typ samt de direkta kostnaderna för de olika frakturtyperna förändras (1).

2.5 Funktioner som kan försämrats på äldre dagar

När vi blir äldre minskar de fysiska förmågorna successivt. Fysiska, sociala och mentala aktiviteter hjälper till att bevara hälsan och är viktiga för kroppens olika funktionsförmågor. Fysisk aktivitet ger lika mycket hälsovinster för yngre som för äldre människor och det är

även bra för det psykiska välbefinnandet. Fysisk aktivitet och balansträning är även bland de viktigaste åtgärderna för att förebygga fallskador (6). Sociala nätverk kan även hjälpa det fysiska genom att en minskad risk att drabbas av demens innehas i relation till att vara ensam (7). För att få en större förståelse för vad en minskning av de fysiska förmågorna kan innebära följer exempel på vad som kan förändras på äldre dagar nedan.

Muskelstyrkan

Muskelmassan minskar vilket har en indirekt effekt på muskelstyrkan. Detta har oftast en större märkbar effekt på benen jämfört med armarna (8). Muskelstyrka är dock något som alltid kan tränas upp med hjälp av fysisk aktivitet oavsett ålder, därför är det viktigt att hålla igång (9). För att öka muskelfibrernas storlek är det positivt att göra explosiv träning vilket bland annat behövs för att snabbt kunna resa sig upp (10).

Balansförmågan

Balansförmågan är beroende av balansorganet i örat, känseln och synen, men även muskelstyrkan och koordinationen är viktiga för balansen (11). Förmågan att samordna dessa system, synskärpan och djupseendet kan bli sämre hos äldre människor (12) men det är individuellt. Många studier visar att förmågan att hålla balansen även kan förbättras genom träning (13).

Reaktionsförmågan

Reaktionsförmågan kan även påverkas av träning. En studie visade att yngre och äldre människor som var aktiva i en racketsport hade lika bra reaktionshastighet. Inaktiva äldre människor var dock betydligt långsammare än de båda aktiva grupperna (14).

Gångförmågan

Gångförmågan är nära sammankopplad med ledrörligheten, balans, styrka, koordination och kondition. Gånghastigheten och steglängden brukar minska med stigande ålder. För att ta sig över en gata med ett trafikljus som slår om till grönt så krävs det en gånghastighet med 1,4 meter per sekund för att hinna korsas den. Detta är en omöjlighet för många 80-åringar (15) men träning kan dock förbättra gångförmågan markant (16).

Syreupptagningsförmågan

Syreupptagningsförmågan minskar vid stigande ålder. Detta beror på att muskelmassan blir mindre, hjärtats förmåga att pumpa ut blod försämras och syreomsättningen i skelettmuskulaturen försvagas. Runt 50 % av den fysiska nedgången som sker vid åldrandet tros dock bero på en passiv livsstil (17). Konditionen kan tränas upp (18) och de effekter som medföljer skiljer inte nämnvärt mellan äldre och yngre människor (12).

Utöver dessa fysiska förmågor som kan försämras på äldre dagar är riskfaktorer för fallolyckor exempelvis även rökning, osteoporos, ensamboende, överdosering av läkemedel, D-vitaminbrist och ett intag av för mycket alkohol (6).

2.6 Förebyggande hembesök

Olika samhällsinsatser kan vara till stor hjälp för att bibehålla äldre människors hälsa. Förebyggande hembesök är exempel på en sådan insats. Det huvudsakliga syftet med hembesöken är att minska vårdbehovet och förebygga ohälsa. I Danmark har en lag stiftats om att personer som är 75 år och äldre har rätt till två förebyggande hembesök per år. Ett kriterium är att den som utför besöken måste vara medicinskt eller socialt utbildad. I Australien, Japan och Storbritannien ingår även förebyggande hembesök i landets politik. År 1999–2002 genomfördes en försöksverksamhet med förebyggande hemverksamhet även i Sverige. Idag erbjuder flera kommuner förebyggande hembesök på grund av att resultaten från försöksverksamheten var mycket positiva (19).

2.7 Försöksverksamhet Förebyggande hemverksamhet

21 kommuner deltog i försöksverksamheten Förebyggande hemverksamhet. Kommunerna var fördelade över hela landet. Syftet var att få kunskap om hur det går att förebygga ohälsa och minska vårdbehovet hos äldre. De som deltog i projekten fick regelbundna hembesök av medicinsk och social kompetent personal. Det som skiljde de olika medverkande kommunerna åt var vad besöken innehöll, hur ofta de genomfördes och hur målgruppen valdes ut. I genomsnitt hade dock varje projekt 200 deltagare och de erbjöds ett besök per halvår. I alla projekten fick deltagarna information om hur äldreomsorgen fungerar, tips och råd om kost och motion och en demonstration av hur det går att undvika olyckor i hemmet. De fick även broschyrer om hur fallskador och benskörhet kan förebyggas. Verksamheten visade sig få ett positivt utfall på så sätt att alla deltagande i projektet var nöjda och önskade att fortsätta. Hälften av de deltagande kommunerna fortsatte med Förebyggande hemverksamhet efter projektets slut. Andra kommuner ingick i diskussion om hur det skulle kunna vara möjligt att fortsätta bedriva det och kommuner som inte deltagit i försöksverksamheten intresserade sig för den och vissa startade även upp Förebyggande hemverksamhet efter detta (19).

2.8 Kontrollerad studie av den Förebyggande hemverksamheten

Nordmalings kommun, som deltog i försöksverksamheten Förebyggande hemverksamhet, hade en kontrollerad studie för att utvärdera effekterna av besöken. Av studien framgick att de som fått regelbundna hembesök inte hade ett lika stort behov av hemtjänst och akut sjukvård jämfört med dem som inte fått något hembesök. Hembesöken visade sig vara lika kostnadseffektiva som det samhället sparade in på vård och omsorgskostnader (20). Detta kanske inte visar på någon större lönsamhet men det visar att det på ett relativt enkelt sätt går att förbättra äldres livskvalitet. Om hembesöken sedan skulle bli ett naturligt inslag och en del av äldreomsorgen skulle kostnaderna per hembesök troligtvis bli lägre än under försöksperioden (3).

2.9 Fixartjänst för äldre

Fixartjänster är till för att förebygga fall och skador bland äldre. Uppgiften ligger i att hjälpa till med praktiska saker som att flytta möbler, byta glödlampor med mera. En lag från 1 juli, 2006 ger kommuner befogenhet att starta fixartjänster utan att genomgå en biståndsbedömning. Kommuner har utformat tjänsterna olika beroende på vem som utför servicen, vad den kostar och vad som erbjuds. Det skiljer sig även åt vid vilken ålder det går att få ta del av fixartjänsterna. Gränserna ligger vid 65, 70, 75 och 80 år. I de flesta kommuner är tjänsten gratis men i några tas en liten avgift ut (3).

2.10 Betydelsen av sociala nätverk

Eftersom människan är en social varelse är de sociala relationernas omfattning och innehåll av central betydelse för välbefinnandet och hälsan. I folkhälsoarbetet är det därför nödvändigt att stödja bevarandet och uppkomsten av sociala nätverk och förebygga social isolering. En folkhälsoenkät som genomfördes 1998 visade att gifta eller sammanboende personer skattade sin hälsa högre än ensamstående (21). En utvärdering av ett arbetsterapiprogram visar att äldres hälsa och välbefinnande går att påverka genom aktivitet. Programmet inriktades på att stärka meningsfulla aktiviteter för individen, självständighet i det dagliga livet och förbättrad funktionsförmåga. Programmet hade även en kontrollgrupp vilka inte fick ta del av programmet. Den påvisade att de äldre som ingått i programmet hade bättre hälsa, kroppsfunction och livskvalitet jämfört med kontrollgruppen efter programmets slut (22).

Informella relationer med familj, samhälle och socialt stöd är betydelsefullt för äldre (23). Individer i åldern 65 år och äldre får en minskad dödlighet om de har dagliga sociala och fysiska aktiviteter, oberoende av faktorer som kön, rökning, tidigare stroke, diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. De största fördelarna med sociala aktiviteter visas bland de mindre friska och fysiskt aktiva (24-25). Dagliga sociala och tyngre fritidsaktiviteter ger en bättre fysisk och psykisk funktionsförmåga hos äldre (26). Att vara beroende av andra vid utförande av dagliga aktiviteter leder till att äldre upplever sin hälsa sämre samt har en sämre fysisk och/eller social funktionsförmåga (27).

Kvinnor och män har i stort sett någon att vända sig till med personliga problem, i lika stor omfattning. Personer utan ett sådant socialt stöd upplever sin hälsa som sämre och det är familjen som utgör det viktigaste sociala nätverket för många äldre. I åldersgruppen 65-74 år är var tredje ensamboende och hälften är det i åldersgruppen 75-84 år. Sammanboende har betydligt mindre äldreomsorg än ensamboende. När en studie av betydelsen av ensamhet och socialt nätverk genomförs är det viktigt att skilja på faktisk och upplevd ensamhet. Att leva ensam behöver inte upplevas som ensamt men en person med många personer runt sig kan ändå känna sig ensam. Ensamhet är vanligast hos ogifta män och minst vanligt hos gifta män. Isolering är total eller nästan total avsaknad av sociala relationer och det är ett starkare begrepp än ensamhet. En liten andel av de äldre i Sverige är isolerade, andelen är högre i storstäderna än i övriga landet och då särskilt hos

pensionärer med låga inkomster. Upplevd isolering innebär en avsaknad av människor som är förtroendegivande, medan social isolering kan beskrivas som en känsla av att inte ha någon plats i en gemenskap. De som både upplever isolering och social isolering är de som kan ha störst nytta av aktiviteter för gruppgemenskapen (21).

Husdjur kan även fungera som hälsofrämjande medel genom att rastning av hundar både kan ge sociala kontakter och tillfälle till fysisk aktivitet utomhus (28). Förmågan hos de riktigt gamla att köra bil kan påverkas av olika sjukdomar. Detta kan medföra svårigheter vid exempelvis långkörningar. Samtidigt kan bilen ge en möjlighet att upprätthålla eller skapa sociala nätverk, behålla fritidsboende och för dem som inte har färdtjänst, bra tillgång till allmänna kommunikationer eller kan cykla, en chans att komma ut i naturen (29).

2.11 Boende för äldre

Hemmet är av stor betydelse för trygghet, kontroll över det dagliga livet, känsla av identitet, relationer och socialt handlande för många äldre. Mycket tid läggs på att ta hand om hemmet, handla och promenera. Att kunna bo kvar hemma är av stort värde för många äldre och att tvingas flytta mot sin vilja kan utgöra en hälsorisk. Kvarboendepincipen har varit en utgångspunkt för äldrepolitiken i Sverige under ett tiotal år. För att äldre ska kunna bo kvar hemma och leva så självständigt som möjligt krävs att bostadsområdet och bostaden är fysiskt lättillgängliga (30). Hälsoproblem kan uppstå om den äldres oberoende och subjektiva välbefinnande hotas. Detta innebär att det är extra viktigt med tillgängliga bostäder för dem (31). Idag förutsätts ett omfattande omsorgsbehov för att få ett biståndsbeslut om en lägenhet i ett servicehus. Boende för äldre får alltså lösas inom ramen för den ordinarie bostadspolitiken. Under 1990-talet blev seniorboende allt vanligare. Vanliga bostäder för äldre som inte förmedlats efter behovsprövning och biståndsbeslut kallas seniorboende och där måste de boende i regel vara 55 år eller äldre (30).

Bostadsområdet tycks ha en inverkan på äldres aktivitetsvanor på så sätt att en känsla av gemenskap och social förankring kan stimulera till detta. De som redogjort för god sammanhållning i sitt bostadsområde innehar även en högre grad av fysisk aktivitet (32).

2.12 KASAM- Känsla av sammanhang

Vissa av intervjufrågorna har skapats utefter KASAM:s tre beståndsdelar (se bilaga 1) för att det är en av byggstenarna inom det folkhälsovetenskapliga området. KASAM består av tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet utgör kärnan i begreppet och syftar på i vilken utsträckning påfrestningar upplevs som gripbara. Detta innebär att information upplevs som ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig snarare än kaotisk, slumpmässig, oordnad och oförklarlig. En person med hög känsla av begriplighet förväntar sig att möta förutsägbara företeelser i framtiden och har en större förutsättning att kunna hantera och förklara dem när de uppkommer. Den andra komponenten, hanterbarhet består av i vilken grad resurser, som är under ens kontroll eller kontrolleras av andra, upplevs stå till ens förfogande. Med dessa resurser kan vi möta

påfrestningar som vi utsätts för och när olyckliga företeelser uppstår kommer dessa i högre grad att kunna hanteras. Den tredje delen meningsfullhet, är begreppets motivationskomponent och förklarar i vilken utsträckning livet har en känslomässig innebörd för oss. Om en känsla av meningsfullhet innehas är problem och krav som en person ställs inför värda att investera energi och engagemang i (33).

Ovan har beskrivits hur mycket kostnader till följd av fallolyckor kostar, hur äldres funktionsförmågor förändras med stigande ålder, betydelsen av boendet, sociala nätverk och preventiva hälsoinsatser som kan riktas till äldre. Många kommuner och stadsdelar har sedan ett antal år tillbaka arbetat preventivt för att förebygga fallskador och stärka den psykiska hälsan hos äldre. Det behövs dock fler undersökningar av hur äldre och deras anhöriga själva upplever de preventiva hälsoinsatserna för att få en förståelse för vad de tycker om dem och hur de bör utformas för att vara så effektiva som möjligt.

3. Syfte

Att undersöka hur de äldre i Göteborgsstadsdelen Tynnered och deras anhöriga upplever de preventiva hälsoinsatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten. Dessa insatser har genomförts för att motverka fallolyckor, förbättra den fysiska miljön och ge närhet till gemenskap och service.

4. Metod

För att besvara syftet har forskarna gjort en kvalitativ induktiv studie med en fenomenologisk ansats. Datainsamlingsmetoden som användes var intervjuer och i följande avsnitt redovisas tillvägagångssättet.

Det fenomenologiska förhållningssättet valdes eftersom denna metod är överlägsen de övriga kvalitativa ansatserna i studier av upplevelser. Tre semistrukturerade intervjuer med äldre som kunnat utnyttja tjänsterna Förebyggande hembesök, Fixar- Tony och brukar besöka Träffpunkten (samlingspunkt för de äldre) och tre anhöriga till dem var tänkta att intervjuas. En av de äldre valde att inte medverka därför intervjuades sammanlagt fem personer. Då denna studie är relativt liten kan den ses som en pilotstudie.

Intervjuerna med de äldre utfördes i deras hem och intervjuerna med de anhöriga genomfördes på Träffpunkten vid Beryllgatan. Frågorna var semistrukturerade eftersom det fanns ett intresse av att kunna jämföra svaren utan att lägga band på eller "hindra" informanternas svar och kunna ge dem en chans att uttrycka sig fritt. Intervjuerna genomfördes av båda forskarna. Intervjuerna spelades in med hjälp av en bandspelare och anteckningar fördes utav en av forskarna. Intervjuerna kom att utgå från olika teman vilka sedan fick tillhörande frågor. Frågorna utgick ifrån frågeformuläret (se bilaga 1). Eftersom

det var semistrukturerade frågor fick informanterna prata fritt och uttrycka sina egna åsikter i de olika frågorna. Följdfrågor ställdes även i vissa fall. De teman som användes vid utformandet av frågemallen och under intervjuerna var: *KASAM (begripligheten, meningsfullheten och hanterbarheten med insatserna). *Förändringar/påverkan *Åsikt om insatserna * Trygghet * Träffpunktens målområden, vilka var gemenskap och service, motverka fallolyckor och förbättring av den fysiska miljön. (se Bilaga 1 för komplett frågeformulär).

Det insamlade materialet analyserades och bearbetades sedan i enlighet med det fenomenologiska forskningssättet vilket går ut på att fånga upplevelsen av ett fenomen utan att förvränga det. Upplevelsen av ett fenomen ska beskrivas som det visar sig hos informanterna, en tolkning av materialet ska alltså inte genomföras. Dels beskrivs variationer av livsvärldsmönster, och dels den centrala essensen som återkommer i informanternas livsvärldar. Tolkningar av upplevelser ska undvikas och forskaren bör åsidosätta sin egen förförståelse så långt som möjligt. I den inledande läsningen av intervjumaterialet uppstår en preliminär helhet. Efter det bildas meningsbärande enheter från direkta citat som innehåller olika innebörder. All text blir inte meningsbärande enheter. Sedan sammanförs de till underkategorier eller kluster. Det som hittas eller kan utläsas i gemensamma kluster kallas för essensen. Essensen blir den nya helheten och beskrivningen av underkategoriernas kontext (34).

Denna studies analys gick till på så vis att intervjuerna transkriberades ord för ord, sedan lästes dessa av båda forskarna för att få en helhet av materialet. Efter detta bildades meningsbärande enheter som sedan presenterades i underkategorier. De underkategorier som stämde överens med varandra och hade gemensamma nämnare kom att bli underkategoriernas övergripande essens. Nedan följer exempel på hur denna process har gått till:

Meningsbärande enhet

”Vi har ett stressigt samhälle idag där alla arbetar och alla har sitt. Så jag tycker den här insatsen är otroligt viktigt för de gamla. I vårt samhälle som det fungerar och ser ut idag.”

Underkategori

Underkategori till denna meningsbärande enhet blev stressigt samhälle

Essens

Stressigt samhälle kom att tillhöra essensen samhället.

Rekommendation av lämpliga informanter utgavs av kontaktpersonerna vid Träffpunkten. Den första förfrågan skedde alltså genom kontaktpersonen eller annan personal. Ett informationsbrev skickades därefter ut till de utvalda personerna innehållande en presentation av forskarna, kontaktinformation, syfte, ansvarig handledare, tid och plats för intervjun, uppskattad längd och tydlig information om att deltagande i studien var frivilligt. Detta i enlighet med Helsingforsdeklarationen där de deltagandes etiska principer framgår. De deltagande har rätt till att klart få veta syfte, metod, en presentation av forskarna och att deltagande är helt frivilligt. I enlighet med deklarationen skattades även att intervjuerna inte

skulle väcka obehag, detta gjorde alltså att forskningen i sig övervägde riskerna med den. De deltagande var anonyma genom att de benämndes vid beteckningen X i presentationen av resultatet (35).

4.1 Tynnered

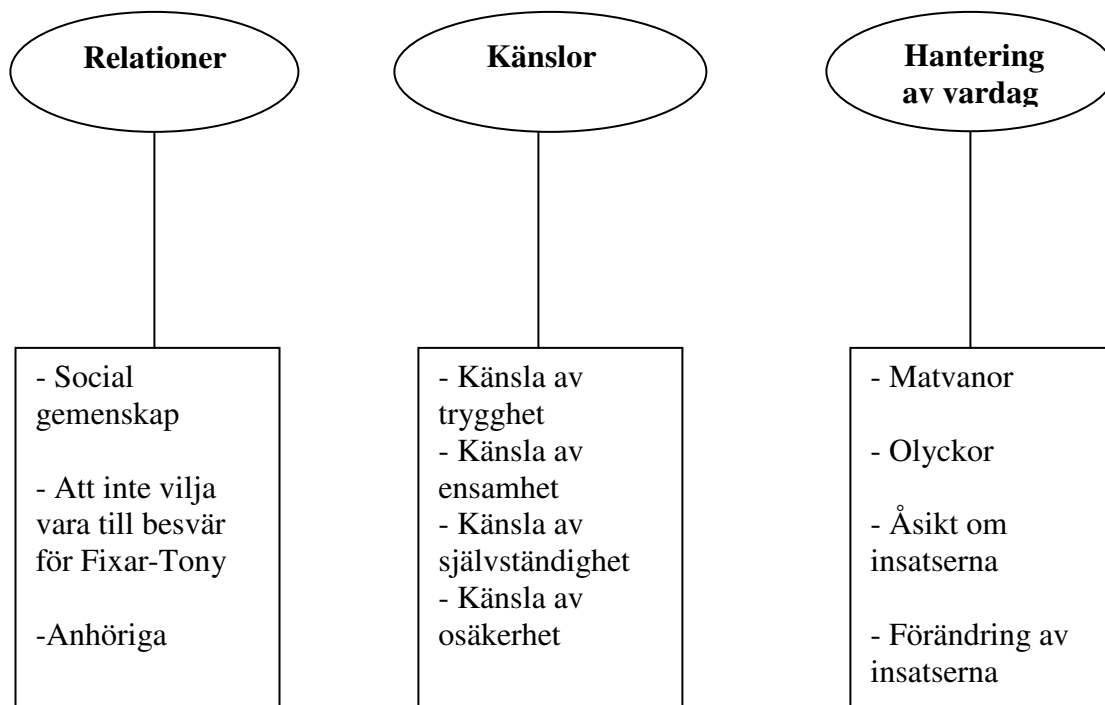
Eftersom studien genomfördes i Göteborgsstadsdelen Tynnered redogörs här för fakta över området. Enligt statistik finns 27 669 innevånare år 2009. 2665 av dem är mellan 64 -74 år och andelen som är 75 år eller äldre uppgår till 2136 personer (36). Tynnereds stadsdelsförvaltning har en enhet under vård och omsorg som heter Förebyggande enheten. De har sedan år 2005 jobbat för en trygg och säker stadsdel genom att aktivt arbeta med att förebygga olycksfall bland äldre, förbättra den fysiska miljön och ge närhet till gemenskap och service. Tynnered har både Förebyggande hembesök där checklistor för förebyggande av fallskador genomförs och verksamheter från den förebyggande enheten vid namn Fixar-Tony och Träffpunkten. Fixar-Tony arbetar även med checklistor för förebyggande av fallskador och hjälper till med att utföra olika tjänster i hemmet som kan vara riskfyllda för de äldre. I checklistan ingår bland annat vad som finns i hemmet och vad som inte finns och olika risker med detta. Ett exempel på en risk är om det inte finns halkskydd under lösa mattor. De som kan utnyttja denna tjänst är 67 år eller över. Till Fixar-Tony ringer de äldre själva och ber om hjälp. Förebyggande hembesök gör en förfrågan hos dem som är äldre än 80 år. De under 80 år kan inte ta del av denna tjänst. Träffpunkten har funnits sedan ett tjugotal år tillbaka, förändringar som gjorts genom åren är byte av lokaler. Träffpunkten är en social mötesplats för de äldre. Syftet är att bryta ensamhet och isolering. Vid Träffpunkten har de äldre även en möjlighet att äta lunch och delta i olika aktiviteter. Med hjälp av kosten, de sociala och fysiska aktiviteterna är förhoppningen även att de äldre ska klara sig bättre på egen hand när de är själva i sina hem. På så sätt ingår även fallolycksprevention i Träffpunktens syfte.

5. Resultat

Resultatet av intervjuerna redovisas utifrån uppsatsens syfte och därmed redovisas resultatet för de äldre och de anhöriga separat. Detta för att likheter och skillnader senare kommer att diskuteras. Resultatets underkategorier och essenser visas först på ett överskådligt sätt genom två figurer. Sedan följer en förklarande och en utvecklande text med citat av upplevelserna under dem. Varje ny underkategori visas där i kursiv stil.

5.1 De äldre

De äldre som intervjuats har fått insatser av Fixar-Tony och brukar besöka Träffpunkten. En av dem har även fått insatser från Förebyggande hembesök. Ett bortfall skedde då en informant valde att inte medverka. Relationer, hantering av vardag och känslor var de tre essenserna som uppkom i intervjuerna av upplevelserna av hälsoinsatserna bland de äldre. Dessa kan ses i följande mall:



Figur 1 De äldres upplevelse av insatserna.

5.2 Relationer

De äldres upplevelser av insatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten involverade relationer vilken är en av essenserna. Underkategorierna till denna essens är; social gemenskap och att inte vilja vara till besvär för Fixar-Tony och anhöriga. *Social gemenskap* är den första underkategorin till essensen relationer. Det visade sig att Träffpunkten och den sociala gemenskapen i relation till de andra kategorierna var en av de mest betydelsefulla för de äldre. X säger:

”Det har ju blivit ens räddning kan man säga, man har någonstans att gå och det är ju det som behövs.”

Informanterna tycker att det är bra att de kan gå till Träffpunkten och göra vardagliga saker som att spela bingo och läsa tidningen.

Träffpunkten har gymnastik för att främja att de äldre håller igång och det uppskattas av X: ”Hon är häftig och kör med oss, men det är det vi behöver. Jag går med stavar också, jag tycker att det är besvärligt med rullator när man ska av och på bussen.”

X fortsätter att poängtera hur mycket personalen betyder för de äldre:

”De jobbar under tryck på Träffpunkten och måste prestera så mycket. Folk i allmänhet vet inte vilka insatser de gör, både fysiskt och psykiskt. Man kommer till ett nytt ställe och vet inte vart man ska ta vägen och så är det är lagom gångavstånd dit. Det tar bara fem minuter.”

”Det är många som behöver dem som mår sämre än mig mentalt.”

Informanterna berättar även att Träffpunkten är bra för det sociala välbefinnandet, att det har blivit som en familj och att de går dit för samvaron.

X tycker att det är svårt att få kontakt med grannarna och därför är Träffpunkten extra viktig:

”Det är ju inte mycket som jag umgås med grannarna, tyvärr inte. Jag tyckte när man var barn, där man själv växte upp då umgicks man lite mer men så är det inte idag. De har mycket att göra och sitt eget att hålla på med.”

En av de äldre beskrev att X *inte vill vara till besvär för Fixar-Tony*, X utnyttjar honom när X behöver hjälp, men X tycker inte att folk ska klamra sig fast för mycket eftersom många ber om hjälp med mindre saker.

”Många hakar på Tony för minsta lilla men han kan inte säga nej, han har så mycket att göra.”

Anhöriga var även en stor källa till relationer och familjen beskrevs som en trygghetsfaktor. Att få hjälpinsatser i hemmet påverkade de äldres relation till sina barn i hög grad:

”Jag vill inte överanstränga mitt barn.”

Det visade sig vara viktigt att inte vara helt beroende av barnen:

”Man kan inte kräva allt av sina anhöriga, de har sina liv att sköta med arbete och barn. Man kan inte kräva att de ska komma bara för att byta gardiner.”

5.3 Känslor

De äldres känslor visade sig på olika sätt under intervjuerna angående upplevelsorna av insatserna. Dessa illustreras i underkategorierna trygghet, ensamhet, självständighet och osäkerhet. *Känsla av trygghet* var något som var återkommande under intervjuernas gång. Det visade sig att informanterna upplevde en stor känsla av trygghet genom att veta att Fixar-Tony finns och att de kan be honom om hjälp vid behov. En känsla av trygghet infann sig även vid vetskapen om att de kan gå till Träffpunkten och träffa andra människor när de inte vet vad de ska göra om dagarna.

Hos en av informanterna återkom underkategorin *känsla av ensamhet* i relation till insatserna. Informanten förklarade ett handtag som blivit uppsatt i duschen av Fixar-Tony på detta vis:

”Man vill ju gärna ha någonting att hålla i för man känner sig lite osäker när man är ensam.”

X fortsätter med att Träffpunkten blev mer intressant när X blev ensam:

”Det är sådana som är änkor eller ensamma som går dit. Många andra har ju alltid något annat alternativ.”

X fortsätter sedan med man inte är så djärv ensam längre.

Att vara *självständig* var något som visade sig vara extra viktigt för en informant:

”Det är bra att Tony finns så att man kan få bo kvar i sina lägenheter så långt som möjligt. Övergången till sjukhem fungerar inte heller. Vi lever för länge, sjukhemmen kan inte ta emot alla, det blir inte bra. Jag tycker det är bra att kunna komma hem och slappa framför tv:n och min egen säng. Jag är tacksam att få hjälp så jag kan bo kvar hemma.”

X understryker att det är underbart att ha möjligheten att kunna klara sig själv.

X sköter även sina bankaffärer själv och vet inte så många i X ålder som gör detta. X sätter en ära i att kunna göra detta.

Känsla av osäkerhet var något som yttrade sig hos en informant:

”Det betyder mycket att se på saker positivt. Man blir osäker när man blir gammal.”

”Jag är osäker men jag blir stolt när jag har klarat av något.”

En informant påpekar att den har förståelse för att larm och bortlämnande av nycklar kan behövas men vill inte ha det.

5.4 Hantering av vardag

De intervjuade äldre personerna hade även åsikter om hur insatserna påverkade deras upplevelse av hanteringen av vardagen, vilket är den sista essensen. Underkategorierna till denna essens är; matvanor, olyckor, åsikt om insatserna och förändring av insatserna. Träffpunktens tjänst Smaklig måltid där de äldre kan äta lunch eller få den hemskickad var uppskattad. En av informanterna beskrev sina *matvanor* på detta vis:

”Jag går dit och äter, hemma har jag ingen matlust och är nästan aldrig hungrig. Det smakar mig inget”.

Andra var inte lika beroende av Smaklig måltid:

”Jag brukar inte äta så mycket borta på träffen, annars har de ju bra mat. Men jag klarar matlagningen bra själv”.

På frågan ifall Fixar- Tonys insatser har påverkat de äldres dagliga upplevelse av att råka ut för en *olycka* i hemmet så svarade en informant:

”Stort ja, verkligen.”

En annan funderade;

”När man kommer upp lite grann så blir man osäker på balansen, jag tar ju mediciner och så...”

Ingen av de äldre har dock fallit i sitt hem varken före eller efter Fixar-Tonys insatser och de är heller inte rädda för att göra det i dagsläget. En av informanterna föll dock i en trappa för många år sedan och påpekar att barnbarnen är rädda för att X ska falla igen.

Åsikterna om insatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten är förhållandevis lika. Informanterna tycker att insatserna överlag är mycket bra:

”Insatserna är toppen!”

Vidare förklaras att X inte kan se något dåligt och att man får hjälp om man vill.

En annan informant säger:

”Det är toppen med Träffpunkten. Nu ryktas det om att det ska behöva flyttas igen. Ja man vet ju inte men ryktena går”.

Men det finns vissa bitar som skulle kunna *förändras med insatserna*:

”Det är ju inte mycket killar, det är mest tjejer faktiskt. Jag förstår inte vart killarna håller hus”.

X fortsätter med att det skulle vara bra att informera om Träffpunkten på föreningar där äldre män finns för att locka dit dem. X fortsätter och säger att det skulle vara trevligt med fler utflykter och små resor med Träffpunkten, men påpekar att det förstås handlar om resurser. Angående Fixar-Tony säger en informant:

”Jag har inte hört något negativt om Tony, jag tycker att alla lovordar honom, han är ju duktig men han saknas ju hos människor ibland. Jag har hört att han skulle vilja ha en liten bil eller någonting, men det är ju kostnadshistorier”

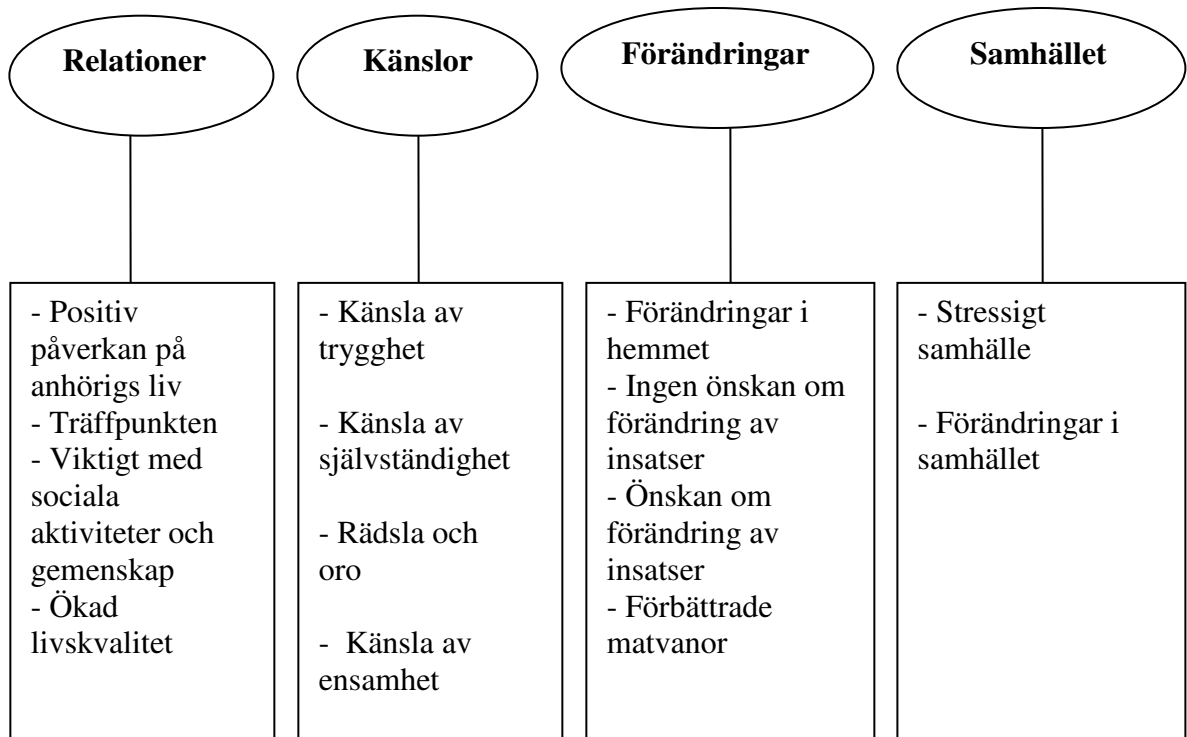
Något som dock saknas hos X är fönsterputsning och sopkärlden har även blivit flyttade för långt bort.

På frågan om Träffpunkten kan förändras på något sätt svarar en informant.

”Nej, det kan inte förändras, de är så snälla och hjälpsamma och alltid uppmuntrande, alla vill vara med och göra saker där. Måste man komma på något dåligt?”

5.5 De anhöriga

De utvalda anhöriga är barn till de äldre intervjuade personerna. Relationer, känslor, förändringar och samhället var de fyra essenserna som av de anhöriga var närmast förknippad med upplevelsena av insatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten.



Figur 2 De anhörigas upplevelse av insatserna som deras föräldrar har fått ta del av.

5.6 Relationer

Vikten av relationer var något som var återkommande i de anhörigas upplevelser av insatserna. Utefter intervjumaterialet blev underkategorierna; positiv påverkan på de anhörigas liv, Träffpunktens besöksplats, vikten av sociala aktiviteter, gemenskap och relationer, som en indirekt faktor för en ökad livskvalitet för dem och de äldre. En av de anhöriga beskriver insatsen Fixar-Tony som att det påverkat båda deras liv genom att föräldern inte kontakter den anhöriga lika ofta för att be om hjälp med praktiska saker. På frågan om det är skönt för den anhöriga att veta att föräldern kan få hjälp vid behov ges svaret: ”Ja, absolut.” En annan aspekt av den *positiva påverkan* av tjänsten Fixar-Tony förklaras såhär:

”Ibland behöver man ha hjälp med tunga saker och för saker man inte klarar av själv och då tycker jag att detta är fantastiskt.”

Mötesplatsen *Träffpunkten* beskrevs som mycket viktig av samtliga medverkande.

En anhörig beskriver den som något som tillfört allt i föräldrarnas liv:

”X har sagt till mig: Hade inte jag haft Träffpunkten att gå till och träffa människor så hade jag blivit knäpp. Det är X uttalande om det. Att sitta där hemma, det hade X inte klarat av. X är så nöjd och X är så glad och har prisat denna Träffpunkt.”

En annan informant beskriver den även som en väldigt stor och viktig påverkan som tillfört väldigt mycket:

”Ja, Träffpunkten den är ju oerhört stor för X och jag jätteglad för att X har det här stället och det har ju blivit X livlina lite grann, just det här att ha någonstans att gå till och träffa andra människor det är kanon, och hur de sköter det här och att det är aktiviteter och det är underhållning, ja det är fantastiskt.”

Denna anhörige påpekade även att den tycker att Träffpunkten är en jättebra investering utifrån ett folkhälsoperspektiv.

En tredje anhörig beskriver Träffpunkten som något som gett föräldern livsgnistan tillbaka:

”En dag så ringde X och sa: vet du var jag har varit? Jag har varit på Träffpunkten, då lät X jätteglad och då vände det, X är väldigt social.”

Insatsen Träffpunkten är nära förknippad med kategorin om *vikten av sociala aktiviteter och gemenskap* som upprepade gånger associerades som ett positivt utfall av verksamheten. Som svar på frågan vad som är viktigt med en sådan plats som Träffpunkten ges denna förklaring:

”Absolut gemenskapen. Det sociala, att det slår hål på ensamheten och dagarna, att kunna gå hit här mellan 10 och 13 eller 15. Vissa äter ju också här, alla gör ju inte det men en hel del äter här”.

Vikten av sociala aktiviteter beskrivs även såhär:

”För det sociala är det så viktigt att träffas. Det ger alla så otroligt mycket. Jag tycker att det ska finnas ett aktivitetshus. Är man inte företagsam så blir man sittande.”

Slutligen kan upplevelsen av underkategorin *ökad livskvalitet* i relation till huvudkategorin relationer illustreras på detta vis:

”Fixar-Tony finns väl för att förhindra skador och öka livskvalitet och man känner sig säkrare som gammal.” Men en senare beskrivning visar att i relation till insatser som har som syfte att motverka fallolyckor så väger sociala relationer tyngre:

”Livsglädjen och sådant kommer nog mer ifrån det sociala än från vetskapen om att man inte ska ramla.” Positiva känslor relaterade till ökad livskvalitet framgick även hos en av informanterna vilken förklarar att den har fått en insikt i verksamheterna och förstår hur positivt och trevligt dessa är för de äldre. Den anhöriga önskar även att den själv får tillgång till sådana verksamheter när den blir gammal.

5.7 Känslor

Underkategorier till essensen känslor är trygghet, självständighet, rädsla och oro och ensamhet. Känslor som essens syftar både på de anhörigas egna känslor och deras upplevelser av sina föräldrars känslor. Upplevelserna av insatserna Fixar-Tony,

Förebyggande hembesök och mötesplatsen Träffpunkten genererade känslor hos de anhöriga och enligt dem själva, hos deras föräldrar. *Känslan av trygghet* beskrivs på detta vis av en anhörig:

”Att X har Träffpunkten att gå till det är en trygghet för mig”

Två av informanterna påpekar att vetskapen att Fixar-Tony finns där och att de äldre kan kontakta honom innebär en trygghet för deras föräldrar:

”Jag tycker att det här är bra rätt igenom. Att tryggheten finns att X vet att X kan vända sig till Fixar-Tony.”

”X känner sig väl lite säkrare, och de har inte gjort så hemskt mycket hos X men det som de har gjort har ändå påverkat X så att X känner sig tryggare och vetskapen att det finns någon som man kan kontakta om man behöver hjälp med någonting. Insatserna har absolut påverkat X känsla av trygghet i hemmet”.

”Äldre blir oroliga, de vill inte ha främmande människor i sitt hem. Då blir de bekanta med denna Tony och de vet precis vem han är för han utgår ju härifrån Träffpunkten. Så jag tror det är en väldig trygghet för dem att veta.”

Något som tas upp av två av de anhöriga är deras uppfattning om deras föräldrars upplevelse av *självständighet* i kontrast till diverse insatser/tjänster. De förklarar det som att det är viktigt för deras föräldrar att få känna sig självständiga och autonoma så långt som möjligt:

”X klarar det mesta själv och har inte så mycket hjälp, men vi har frågat om X vill ha mer hjälp men i dagsläget vill X inte det, X vill klara sig själv, vi har pratat om det men X känner att X klarar sig hyfsat.”

En annan anhörig förklarar att X vill kunna själv och att det är viktigt för de äldre att kunna göra det oftast. Helt enkelt så är det viktigt att när X kan så ska X göra det själv.

Känslor av rädsla och oro uppkom enligt en anhörig när dennes förälder trillade omkull, det skrämde den anhöriges förälder. Två anhöriga beskriver även rädslan och oron av att behöva släppa in främmande människor i sitt hem (som en förklaring till varför insatser som Fixar-Tony är så viktiga).

”Man kan behöva någon annan kontakt och då är det bra att veta var han kommer ifrån för många är oroliga för vilket folk de släpper in och så.”

Under kategorin trygghet finns ett citat som även förklarar rädslan av att släppa in främmande människor i sitt hem. *Känsla av ensamhet* eller frånvaron av den är något som uppkommer i samtalet om upplevelserna av insatserna med de anhöriga. En anhörig påpekar att föräldern sagt att ingen vill vara ensam och stämmer sedan in i att denna har rätt i det för att saker och ting kan bli jobbiga när man är eller känner sig ensam.

5.8 Förändringar

Olika sorters förändringar uppkom i samtalen med de anhöriga. De fyra underkategorierna som kom att präglade denna essens är förändringar i de äldres hem, ingen önskan om förändring av insatserna hos de anhöriga, önskan om förändring av insatserna och förbättrade matvanor hos deras föräldrar. Två av de anhöriga nämnde *förändringar som utförts i deras föräldrars hem* tack vare Fixar-Tony;

”Han tog ner en kristallkrona till X, och så en säng också som X inte behövde mer och den tog han till grovsoporna. Det är det enda X har haft hjälp med av honom. Men han är ju en underbar människa som alla älskar”.

Hos en annan informant har Fixar-Tony satt upp ett handtag i duschen.

En informant kände *inget behov av en förändring av insatserna*. X visste vart X skulle vända sig om föräldern behövde hjälp med något.

”För vår del är det nog så bra det kan bli. Jag vet inte hur det funkar idag men det är väl så att man säger till antar jag, om man upplever att man har något behov och så kommer han dit”.

Upplevelser om en önskan av förändringar togs upp utav en av de anhöriga. Denna beskrev en oro över om Tony räcker till och en önskan om att fler män skulle komma till Träffpunkten.

”X tycker att det är för lite gubbar ibland.”

En annan underkategori i essensen förändringar är *förändrade matvanor*. Vikten av tjänsten Smaklig måltid som utgick från Träffpunkten beskrevs såhär:

”Ja, för det är ju också en stor förändring, för X har ju ätit hemma själv och det har ju blivit sådär med det, X tycker inte att det är kul och X är inte hungrig, men nu sätter X ju upp sig på listan och äter här och det är ju jättebra.”

5.9 Samhället

Den sista essensen gällande de anhörigas upplevelser av insatserna är samhället. Dess underkategorier är stressigt samhälle och förändringar i samhället. Innebörden av insatser för äldre, som exempelvis Fixar-Tony, i vårt samhälle idag beskrevs på detta vis utav en av de anhöriga;

”Vi har ett *stressigt samhälle* idag där alla arbetar och alla har sitt. Så jag tycker den här insatsen är otroligt viktig för de gamla, i vårt samhälle som det fungerar och ser ut idag”.

Vikten av insatser i vårt *samhälle som det ser ut idag* beskrivs fortsättningsvis såhär av en anhörig:

”Dels så är det socialt och dels så bor inte släkt och vänner och barn på samma ställe idag.”

6. Diskussion

6.1 Resultatdiskussion

De essenser vi fann hos de äldre var; känslor, relationer och hantering av vardag. De anhörigas essenser var relationer, känslor, förändringar och samhället. Känslor och relationer var alltså ämnen som uppkom i båda grupperna. Detta, vikten av sociala relationer och en känsla av gemenskap, var genomgående i alla intervjuerna och vi kommer här att diskutera kring vårt resultat.

Skilnader i huvudkategorier mellan de äldre och de anhöriga

I intervjuerna med de äldre återkom deras upplevelser av hanteringen av vardagen, detta var något som inte uppkom i lika stor utsträckning under intervjuerna med de anhöriga. Detta anser vi vara naturligt då de preventiva insatserna direkt syftade till att underlätta och stimulera de äldres vardag. Förändringar nämndes även i större utsträckning av de anhöriga. Dessa var bland annat förändringar som gjorts i hemmet och förändringar av matvanor. Detta kan troligtvis hänga ihop med att de anhöriga har ett utifrånperspektiv där de uppmärksammar och på ett mer objektiva sätt kan se de förändringar som skett i den äldres vardag. Slutligen blev samhället en essens hos de anhöriga, ämnet berördes inte i lika stor omfattning av de äldre. Detta kan botten i de anhörigas högre känsla av otillräcklighet. Mer otillräckliga på så vis att de har en högre grad av aktiviteter med arbete och hemmaboende barn. De kan i större omfattning påverkas av stressen i dagens samhälle och kan tänkas känna höga krav på sig att kunna finnas till för sina närstående. De anhöriga har en essens mer jämfört med de äldre. Detta kan bero på att det var tre anhöriga som intervjuades, alltså en mer än de två äldre, vilket har gett ett större resultatmaterial hos dem.

Likheter i huvudkategorier mellan de äldre och de anhöriga

Underkategorierna till essensen känslor handlade för de äldre i stor utsträckning om vikten av att inte känna sig ensam och att kunna känna sig trygg. De preventiva hälsoinsatserna ingav en känsla av trygghet hos dem genom att de vet att de kan vända sig till Fixar-Tony om de behöver hjälp med något och kan uppsöka Träffpunkten för sociala kontakter. Självständighet var även en viktig känsla hos de äldre. Detta tolkar vi som att det med stigande ålder och minskad fysisk kapacitet (6) kan bli viktigare att få känna sig fri och autonom. Osäkerhet beskrevs även som en känsla som kom att påverka dem i större utsträckning än de anhöriga. För de anhöriga kom essensen känslor till största del att utgöras av deras tankar om sina föräldrars känslor. Känsla av trygghet, självständighet, rädsla och oro, och ensamhet var underkategorier som togs upp. De äldres känslor kom att influera dem på så sätt att de mår bra av att veta att deras föräldrar innehar positiva känslor och exkluderar negativa sådana. Underkategorier till essensen relationer utgjordes hos de äldre till största delen av social gemenskap, anhöriga och att inte vilja vara till besvär för Fixar-Tony. De anhöriga betyder mycket för dem och de i kombination med de preventiva hälsoinsatserna ingav en känsla av trygghet hos dem. Den sociala gemenskapen visade sig vara oerhört viktig och en källa till glädje och livskvalitet för de äldre. De anhöriga var även väldigt måna om deras föräldrars tillgång till sociala aktiviteter och gemenskap. Förutom detta kom essensen relationer hos de anhöriga att utgöras av positiv påverkan på de anhörigas liv, vikten av Träffpunkten och livskvalitet. De preventiva hälsoinsatserna har en positiv inverkan på de anhöriga genom att de vet att deras föräldrar kan få hjälp med praktiska saker och att de har en möjlighet att kunna gå till Träffpunkten och ingå i en gemenskap på dagarna.

Något som framgick av intervjuerna var att Träffpunkten var en mycket viktig del av verksamheterna. Syftet var från början att undersöka upplevelserna av Fixar-Tony och Förebyggande hembesök. Efter intervjuernas genomförande vidgades detta syfte till att

innehålla mötesplatsen Träffpunkten, eftersom den av informanterna kom att nämnas väldigt ofta och ansågs vara mycket betydelsefull.

Träffpunkten

Träffpunkten är alltså utifrån ett socialt perspektiv mycket viktig för de äldre och deras anhöriga. Det påverkar de äldre på ett positivt sätt genom att de har någonstans att gå och kan skapa sig ett autonomt liv. För de anhöriga är det viktigt att veta att deras föräldrar har någonting att göra på dagarna och att de har människor att umgås med utanför familjen. De anhöriga är sedan barndomen vana vid att deras föräldrar har människor omkring sig och saker att sysselsätta sig med och de vet att deras föräldrar mår bra av och gärna vill delta i sociala aktiviteter. Det visade sig att det finns en utpräglad tanke om att människor i allmänhet inte har tid för varandra. De äldre talade om att grannarna har sitt och inte har tid för varandra på samma sätt som när de var barn. Det kan dock vara så att alla är i samma situation och egentligen gärna vill umgås men inte vågar ta kontakt, då de tror att alla har fullt upp med sitt eget. De sociala aktiviteterna är viktiga eftersom människan är en social varelse och de sociala relationernas omfattning och innehåll har en central betydelse för välbefinnandet och hälsan (21). Enligt utvärderingen av arbetsterapiprogrammet som inriktade sig på meningsfulla aktiviteter för individen, självständighet i det dagliga livet och en förbättrad funktionsförmåga, som nämndes i bakgrunden, hade de äldre som deltagit i programmet bättre hälsa, funktion och livskvalitet jämfört med kontrollgrupperna. Eftersom de äldre uttrycker en ökad känsla av självständighet och trygghet när de har tillgång till insatsen Fixar-Tony och fler meningsfulla aktiviteter med hjälp av Träffpunkten kan tillgången till dessa insatser alltså påverka deras hälsa positivt. Informella relationer med familj, samhälle och socialt stöd är betydelsefullt för äldre (23). Giftna eller sammanboende personer upplever sin hälsa som bättre än ensamstående (21). Träffpunkten fyller här en viktig funktion eftersom många av dem som uppsöker den är änkor eller änklingar som blivit ensamma. De kan finna stöd i varandra och hitta människor att förtro sig till med personliga funderingar och problem. En informant kände sig ensam när individen var nyinflyttad. Träffpunkten kom på så sätt att hjälpa informanten att forma ett socialt liv i bostadsområdet. En god social sammanhållning i sitt bostadsområde är även viktigt med tanke på den studie som visat att de som redogjort för detta innehaft en högre grad av fysisk aktivitet jämfört med dem som haft en mindre god sammanhållning i bostadsområdet (32). Det är även viktigt med en social mötesplats i närheten av det egna boendet utifrån ett förflyttningsperspektiv då det kan vara svårt för äldre människor att ta sig längre sträckor. Alla dessa aspekter ovan visar på hur viktigt det är med denna sorts mötesplatser i anslutning till de äldres hem. Alla informanter tycker att det är av extra stor vikt att Träffpunkten får finnas kvar eftersom den fyller en stor social funktion för de äldre och i vissa fall kan vara en källa till livsglädje.

Träffpunkten fyller även en fysisk funktion för de äldre genom sociala aktiviteter, och att ha ett ställe att umgås på kan bidra till att de håller igång kroppen. Detta är viktigt eftersom muskelmassan minskar vid stigande ålder (8). Genom en social mötesplats kan de äldre alltså förbättra sina chanser att bibehålla muskelstyrka jämfört med dem som inte har ett sådant ställe att gå till och istället sitter ensamma hemma (26). Träffpunkten gynnar hälsan

genom att de äldre kommer ut ur sina lägenheter och hus, de får röra på sig när de promenerar dit och eventuellt medverkar de även i aktiviteter som till exempel gymnastik. Sociala aktiviteter kan därför påverka den fysiska hälsan positivt eftersom kroppen hålls igång och musklerna får arbeta, vilket är en viktig aspekt i förebyggandet av fallskador (6). Gymnastiken som erbjuds och som en av informanterna påpekade att individen brukar medverka i, är extra bra eftersom fysisk aktivitet och balansträning är bland de viktigaste åtgärderna för att förebygga fallskador (6).

Fixar-Tony

De förändringar som skedde i de äldres hem efter att Fixar-Tony varit där uppskattades mycket. De anhöriga talade om förändringar som skett i samhället, att tempot ökat och att det är vanligt att barn och föräldrar inte bor på samma ort idag. Detta kan göra att verksamheter som Fixar-Tony fyller en stor funktion på så vis att de kan underlätta och påverka de anhörigas vardag positivt eftersom de i vissa fall kan känna sig otillräckliga. De anhöriga uttryckte en tacksamhet gentemot Fixar-Tony eftersom många har fullt upp och inte alltid kan finnas till för sina föräldrar. De som inte bor på samma ort kan må dåligt över att de inte är hos sina gamla föräldrar som kan behöva hjälp med förhållandevis enkla saker. Att byta en glödlampa kan innebära en risk för en äldre person som är rädd för att falla om han/hon exempelvis ställer sig på en stol. Detta vet de anhöriga och känner att det är viktigt att de ska kunna få hjälp med detta. Utifrån ett trygghetsperspektiv fyller Fixar-Tony en stor funktion. Fixar-Tony medverkar till att de äldre känner en trygghet genom att de kan höra av sig till honom om de behöver hjälp med praktiska saker. Detta påverkar även de anhörigas känsla av trygghet genom att de vet att deras föräldrar har tillgång till denna hjälp. Tryggheten kan även bidra till de anhörigas psykiska välbefinnande på så sätt att de inte i lika stor utsträckning oroar sig över om deras föräldrar kan få hjälp. Mindre orosmoment och förbättrad psykisk hälsa hos den arbetsföra befolkningen kan bland annat bidra till att samhället sparar pengar genom minskat produktionsbortfall och sjukkostnader. Aspekterna ovan visar på varför insatser som Fixar-Tony är mycket viktiga både fysiskt och psykiskt för äldre och för deras anhöriga.

Förebyggande hembesök

Intervjufrågor som ställdes kring Förebyggande hembesök besvarades sparsamt eftersom de äldre inte fått mycket insatser av den typen och de anhöriga hade då heller inte mycket att säga om detta. Varför denna sorts insats inte var speciellt utnyttjad är svårt att svara på men att urvalet till intervjuerna inte var slumpmässigt kan ha påverkat. Eftersom personalen på Träffpunkten valt ut de medverkande kan detta ha lett till att äldre personer som inte är i så stort behov av Förebyggande hembesök intervjuades. De intervjuade äldre hade heller inte haft mycket hjälp av Fixar-Tony men denna insats nämndes ändå i större utsträckning än Förebyggande hembesök. Kanske täcker Fixar-Tony och Träffpunkten tillräckligt av de äldre intervjuades behov både psykiskt och fysiskt. Vårt underlag angående upplevelser av Förebyggande hembesöken är alltså för litet för att kunna dra slutsatser om denna insats.

Genusaspekter som framgick var att kvinnor i högre grad än män verkar söka sig till Träffpunkten. Vad detta beror på är oklart men det kan tänkas bero på att kvinnor har

lättare för att ta kontakt med andra människor. Kvinnorna var troligtvis även de som fick knyta de sociala kontakterna i familjen. Det bör även påpekas att kvinnor lever längre än män vilket kan vara en anledning till att det är fler kvinnor som besöker Träffpunkten. Detta innebär att fler kvinnor är änkor och att män i större utsträckning är gifta, troligtvis med någon som är lite yngre än de själva, och därför har de kanske inte lika stort behov av Träffpunkten som kvinnorna. Män kan även enligt den hegemoniska maskuliniteten vilja leva upp till att "ensam är stark" och därför undvika att uppsöka Träffpunkten. Det fanns även en önskan om att fler män skulle medverka på Träffpunktens sammankomster.

Insatserna kan ha stärkt de äldres KASAM-känsla av sammanhang, genom att de känner att deras vardag blir mer begriplig, hanterbar och meningsfull. Eftersom en person med hög känsla av begriplighet förväntar sig att möta förutsägbara saker i framtiden, eller att de går att ordna och förklara när de kommer som överraskningar bör insatserna underlätta, till exempel genom att de vet att de kan be om hjälp. I hanterbarheten upplevs resurser stå till ens förfogande och när detta uppfylls är det möjligt att hantera svåra händelser. Med hjälp av Träffpunkten får de äldre möjlighet att prata med någon om något svårt skulle inträffa. Träffpunkten kan också ge meningsfullhet genom att de äldre kan klara av problem och orkar investera energi och engagemang i dem när de känner att de har en social gemenskap som stöd (33).

Det finns inga tidigare studier som har undersökt alla de tre insatserna Fixar-Tony, Förebyggande hembesök och Träffpunkten. Däremot deltog Nordmalings kommun i försöksverksamheten Förebyggande hemverksamhet där de utförde en kontrollerad studie för att utvärdera effekten av besöken. Studien visade att de som fått regelbundna hembesök inte hade lika stort behov av hemtjänst och akut sjukvård, jämfört med dem som inte fått några hembesök. Hembesöken visade sig vara lika kostnadseffektiva som det samhället sparade in på vård och omsorgskostnader (20). Detta visar att det går att förbättra de äldres livskvalitet, och resultatet har visat att de känner en högre grad av trygghet och uppskattar insatserna mycket. Insatserna gör även att de äldre inte behöver hemtjänst i lika stor omfattning eftersom Fixar-Tony kan hjälpa till med praktiska saker och på Träffpunkten kan de dessutom få äta mat på plats eller be att få den hemskickad. Insatserna kan alltså tänkas leda till färre fallskador och mindre akutsjukvård vilket sparar pengar för samhället och individen. I den större försöksverksamheten av Förebyggande hemverksamhet där 21 verksamheter deltog så visade det sig att merparten av deltagarna var nöjda och önskade att insatserna skulle få fortsätta vid projektets slut (19). Detta framgick även i denna studie. Samtliga intervjuade var nöjda med insatserna och önskade att de fick fortgå.

Utifrån ett folkhälsoperspektiv är resultatet, att dessa verksamheter påverkar de äldre och deras anhöriga på ett positivt vis viktigt. Sociala aktiviteter som får de äldre att hålla igång fysiskt och insatser där de kan få hjälp med att utföra vardagsbestyr som kan vara riskfyllda för dem kan motverka fallolyckor, vilket är mycket kostsamt för samhället (se tabell 1-4). Enligt Lidköpingsmodellen kan 4228 antal mindre fall av höftfrakturer spara 1 miljard kronor i Sverige under en femårsperiod, om höftfrakturer förebyggs på ett effektivt sätt (37).

Vårt resultat visar att insatser och verksamheter som Fixar-Tony och Träffpunkten är viktiga för folkhälsan och även kan bidra till minskade samhällskostnader, personliga kostnader och lidanden relaterade till fallskador. Det är viktigt att beslutsfattare förstår vikten av långsiktiga preventiva åtgärder mot fallskador och låter insatser som Fixar-Tony och Träffpunkten få finnas kvar.

6.2 Metoddiskussion

Den kvalitativa ansatsen valdes först och främst för att upplevelserna, människors sätt att resonera, reagera och förstå var det intressanta. Enbart frekvens av någonting har inte varit det primära och därför valdes en kvalitativ studie (38). Valet av intervju istället för fokusgrupper gjordes eftersom tillräckligt med tid och utrymme skulle finnas så att enskilda personer kunde ge sina synpunkter utan att bli avbrutna eller känna sig hämmade av andra. Fokusgrupper valdes bort då upplevelserna av de olika insatserna kunde vara känsliga och vara ett ämne av mer privat karaktär, då frågor om bland annat livssituation och påverkan på deras liv förekom både för de anhöriga och för de äldre. Enkäter av kvalitativt och kvantitativt slag valdes bort för att detta inte är en bra metod då upplevelserna är det intressanta. En kvantitativ enkät skulle bara ge oss strukturerade svar enligt skalor och kvalitativa enkäter skulle inte ge oss möjligheten att ställa följdfrågor, få lika omfattande svar och i lika stor utsträckning veta om informanterna uppfattat frågorna korrekt. Metodvalet i denna studie var alltså kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor. Detta innebar att det utifrån olika teman formulerades frågor som sedan ställdes till samtliga medverkande. Detta var bra eftersom detta innebar att vi till viss del kunde jämföra olika svar och på så sätt få en mer enhetlig bild över resultatet. Detta underlättade även analysen av intervjuerna och vid kategoriseringen. En implikation med att ha semistrukturerade frågor i relation till ostrukturerade kan vara att viss information inte kommer fram. En följd av att använda intervjuer jämfört med enkäter är att vi som forskare kan påverka informanternas svar genom kommentarer, intryck, miner och gestikulationer (38). Studiens upplägg skulle kunna passa till en större studie men fokusgrupper kan i denna situation övervägas då individuella intervjuer med medföljande transkriberingar och analys kan vara mer omfattande och tidskrävande.

Från början var sex intervjuer tänkta att genomföras men på grund av ett bortfall genomfördes slutligen fem. En ersättare till den avhoppade informanten anskaffades inte då tiden var knapp och bortfallet i sig räknades som ett resultat. Intervjuerna med de äldre utfördes i deras hem och intervjuerna med de anhöriga vid Beryllgatan och Träffpunktens lokaler. Detta för att dessa båda grupperna skulle kunna känna sig hämmade i varandras sällskap och inte helt kunna uttrycka sina åsikter om hur insatserna påverkat respektive liv. En medvetenhet över påverkan i genomförandet av intervjuerna i de äldres hem fanns. Det fanns fördelar med att utföra intervjuerna i informanternas hem på så sätt att vi i egenskaper av studenter från ett universitet och situationen i sig kunde uppfattas som mindre obekväma där. De kände sig trygga och hemmastadda och detta kan även ha bidragit till en snabbare kontakt. En negativ aspekt är att forskarna kan känna sig mer osäkra och obekväma i någon

annans hem(38), detta skedde dock inte under dessa intervjuer. Valet av att genomföra intervjuerna med de äldre i deras hem gjordes med tanke på att de inte skulle behöva göra detta vid Träffpunkten där deras vänner befann sig om dagarna, då detta kunde ha satt dem i en något obekväm situation. Valet att genomföra intervjuerna med de anhöriga vid Träffpunkten gjordes bland annat för att de anhöriga bodde på andra orter och det kunde ha inneburit förflyttningsskomplikationer för oss. Träffpunkten bedömdes även vara en mer neutral mark för de anhöriga i jämförelse med de äldre. Vid intervjutillfällena fungerade en av oss som intervjuare och den andra som antecknare. En medvetenhet över att detta kan uppfattas som obehagligt eller inge en känsla av maktobalans (38) fanns men vi kände ändå att det var viktigt att båda medverkade då detta var våra första intervjuer och detta även innebar en större möjlighet för oss att uppfatta vad som sades och senare kunna diskutera och tolka intervjuerna tillsammans. En bandspelare användes för att kunna fånga allt vad informanterna sa. Under ett samtal går det inte att registrera och komma ihåg allt som sägs även om anteckningar förs. Anteckningarna hjälpte oss som stöd och med dem försökte vi även fånga upp sinnestämningar och detaljer som kom fram efter att bandspelaren stängts av. Att en bandspelare kan påverka intervjusituationen och informanterna negativt genom att de kan känna sig lite osäkra och hämmade fanns en medvetenhet om, men detta upplevdes inte som ett problem under någon av intervjuerna (38). Resultatet hade inte blivit detsamma och lika omfattande om bandspelare inte hade använts. Under intervjusituationerna var vi noga med att försöka få en så avslappnad stämning som möjligt.

Ett fenomenologiskt forskningssätt användes och analysen skedde genom transkribering. Den fenomenologiska metoden passade oss bäst eftersom vi var intresserade av informanternas upplevelser av något och denna metod är då överlägsen. På grund av denna anledning valdes kvalitativ innehållsanalys bort. Inom innehållsanalys kan även deduktiv metod användas där utgångspunkten är en modell eller teori. Vi ville istället utgå från en induktiv ansats där en förutsättningslös analys av texter genomförs, som exempelvis kan vara baserad på människors berättelser om sina egna upplevelser. Eftersom vi inte hade någon genomgående teori att knyta an till och vi inte skulle tolka materialet valdes även den hermeneutiska forskningsmetoden bort (39). Betydelsen av förförståelse är mycket viktig att poängtera när kvalitativa metoder används. Förförståelse handlar om erfarenheter, kunskaper och tidigare upplevelser som vi redan har med och har lärt oss. Vi kan aldrig fly ifrån vår förförståelse därför är det viktigt att vi är medvetna om att den finns där speciellt när vi tolkar data (40). Trots ansträngningar att vara objektiva kan vi alltså inte vara det (41). Vi tycker att det är viktigt att vi innehaft en medvetenhet om vår egen förförståelse genom hela forskningsprocessen. I egenskap av unga kvinnor och folkhälsovetare hade vi även en viss form av förförståelse innan vi satte igång denna studie. Vi har självklart försökt att sätta förförståelsen åt sidan men inser och tycker det är viktigt att det framgår att den kan ha påverkat vår analys och analysen av resultatet.

Trovärdigheten (credibility) i denna studie har varit relativt hög. Detta på grund av att det vi ämnade mäta, upplevelser av insatserna, har mätts. Syftet ändrades så att det även kom att inkludera upplevelserna av mötesplatsen Träffpunkten. Trovärdigheten dras ner på grund av att de medverkande inte haft mycket kontakt och hjälp av Förebyggande hembesök, på

så vis hade de heller inte så många upplevelser av dessa insatser. Överförförbarheten (transferability) av studiens resultat till andra subjekt är låg eftersom det endast medverkade fem informanter. Detta gör att underlaget är för litet för att vara överförförbart till andra kontexter. Pålitligheten är däremot relativt hög. Om studien skulle upprepas, i samma kontext och med samma subjekt skulle resultatet med hög sannolikhet få samma utfall. Anpassningsbarheten, hur styrd studien var och hur resultatet påverkades av bias kan diskuteras. Eftersom personalen och kontaktpersonerna vid Träffpunkten hjälpte till med urvalet av informanterna finns det även en risk för urvalsfel eller sampling bias. De individer som valts ut kan ha påverkat resultatet eftersom de kan vara mer positivt inställda till insatserna, och tillhöra de som är piggare än majoriteten. På grund av tidsbrist och komplikationer gjordes inte ett statistiskt urval vilket kan ha medfört att urvalet inte är representativt för dem vi ville studera. Minnesfel eller recall bias finns det även risk för eftersom vi intervjuade individer och de kan alltid ge upphov till denna typ fel. Rapporteringsfel eller report bias kan även ha förekommit då informanterna eventuellt känt att vissa uppgifter kan ha varit för känsliga att delge. Vi tror dock att den sistnämnda inte haft så stor inverkan på resultatet då intervjuerna har skett enskilt och frågorna inte varit av en sådan privat och känslig karaktär (42).

7. Slutsats

Denna studie kan ses som en pilotstudie då urvalet med fem medverkande varit relativt litet. Resultat visar dock att upplevelserna av verksamheterna Fixar-Tony och Träffpunkten varit positiva hos samtliga informanter. De deltagande hade lite erfarenheter av de Förebyggande hembesöken vilket gör att underlaget är för litet för att slutsatser ska kunna dras angående denna verksamhet. De äldre kände en trygghet i att kunna fråga om hjälp med vardagssysslor och kände en stor gemenskap på Träffpunkten. De anhöriga kände också en trygghet i att veta att deras föräldrar kan få hjälp och att de har ett ställe att gå till och ingå i en gemenskap om dagarna. Fortsatta studier med fler medverkande kan behövas för att styrka detta och göra resultatet mer omfattande och överförförbart. Att fortsätta undersöka äldres upplevelser av preventiva hälsoinsatser riktade mot dem är viktigt i det fortsatta förebyggande arbetet av fallskador. Detta för att finna de mest effektiva metoderna för äldre och för samhället.

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1

Frågeformulär

1. Vilka förändringar har skett efter Fixar- Tony och Förebyggande hembesöks besök?
2. Som du ser det, varför gjordes dessa insatser (Fixar Tony och checklista av hemtjänstpersonal)? - *Begripligheten*
3. Som du ser det vad är meningen med insatserna? - *Meningsfullheten*
- 4a) Hur har förändringarna påverkat ditt hem?
- 4b) Vad tycker du har varit bra?
- 4c) Vad tycker du har varit dåligt?
- *Hanterbarheten*

Förändringar/påverkan

- 5a) Hur har du upplevt förändringarna?
- 5b) Har dessa förändringar påverkat ditt liv i vardagen?

Åsikt om insatserna

6. Vad tycker du om dessa insatser (Fixar-Tony och Förebyggande hembesök)?

Trygghet

- 7a) Vad är trygghet för dig?
- 7b) Vad är trygghet i hemmet?
- 7c) Har dessa insatser påverkat din känsla av trygghet i hemmet?

Målområden

8. Gemenskap och service

- 8a) Har du velat ha kontakt med någon av dessa verksamheter (se sista sidan i bilaga 2. Checklista för förebyggande av fallskador. "Fixar-Tony" Förebyggande enheten) (ifall ja, se fråga nedan)
- 8b) Har den verksamheten tillfört något i ditt liv?
- 8c) Vad i sådana fall?

9. Motverka fallolyckor

- 9a) Tror du dessa insatser har påverkat dina risker av att råka ut för en olycka i hemmet?
- 9b) Är du rädd för att falla i dagsläget?
- 9c) Har du fallit omkull i ditt hem före insatserna?
- 9d) Har du fallit omkull i ditt hem efter insatserna?

(Förbättring av den fysiska miljön tas upp på fråga 3 och 4)

- 10a) Som du ser det, vad kan förbättras med insatserna Fixar-Tony och Förebyggande hembesök och Träffpunkten?
- 10b) Kan någonting förändras?

8. 2 Bilaga 2



Göteborgs Stad
Tynnered

Juni 2009

Checklista för förebyggande av fallskador ”Fixar-Tony” Förebyggande enheten

Fråga A: Är Du intresserad av att vi gemensamt går igenom risker för fallolyckor som kan hända i ditt hem?

Ja

Nej

Har hemtjänst

Information om syftet med blanketten

Namn: _____ Adress: _____

Ålder: _____ Tel: _____

Villa/lägenhet/radhus: _____

Man: Kvinna:

Datum för genomgång: _____ Planerad

uppföljning: _____

Fråga B: Har det hänt att Du ramlat inomhus/utomhus?

Ja, ofta (1-2 gånger per vecka)

Ja, ibland (1-2 gånger per månad)

Ja, men sällan (1-2 gånger per år)

Nej, aldrig

Om Ja; vad hände? Var föll du? _____

Fråga C: Hur ofta går Du ut?

Dagligen

Fortsätt till nästa sida

- 1-2 gånger per vecka
- Någon gång per månad
- Aldrig eller nästan aldrig

Fråga D: Vad kommer det sig att du inte går ut dagligen?

Fråga E: Skulle du vilja ha hjälp med att komma ut? _____

Finns detta i ditt hem?:	Ja	Nej	Egen åtgärd	Tonys åtgärd	Åtgärdat datum	Uppföljnings datum
Inne (obs! Nej här kan innebära högre risk!)						
Halkskydd under lösa mattor						
Säkra/låga/inga trösklar						
Fastsatta sladdar						
Telefon som är lätt att nå						
Bra belysning, rätt watt						
Bra inneskor, halkfria (tofflor med bakkappa)						
Hushållsföremål som används ofta är lätta att nå						
Stabil trappstege med båge						
Halkskydd i bad/dusch						
Handtag vid bad/dusch						
Duschpall/-bräda						

Toalettförhöjning						
Sängförhöjning						
Stolförhöjning: dyna,kloss						
Gånghjälpmedel						
Finns detta i ditt hem? forts.	Ja	Nej	Egen åtgärd	Tonys åtgärd	Åtgärdat datum	Uppföljn datum
Trygghetslarm						
Fungerande brandvarnare						
Halkfria innetrappor						
Ute (obs! Nej kan innebära högre risk!)	Ja	Nej	Egen åtgärd	Tonys åtgärd	Åtgärdat datum	Uppföljn datum
Halkfria trappor utanför entrén						
Hel ledstång i trappan						
Lätt att ta sig fram i entrén						

Bra belysning utanför porten/trappuppgången						
Bra beläggning och stensättning på gångvägar						

Säkerhet – vintertid ute						
Används halkfria skor eller halkskydd (broddar)						
Används vid behov käpp försedd med isdubb						
Används reflexer när det är mörkt ute						
Finns sandade gångvägar						

Vill du ha kontakt med:

- Träffpunkt
- Volontär
- Prata med Eva
- Smaklig måltid
- Anhörigkonsulent
- Flexlinjen
- Hemtjänst
- Hemrehab
- Hemsjukvård

Annat – vad

.....

Andra behov/kommentarer/kvarstående åtgärder: _____

8. 3 Bilaga 3

Informationsbrev



Sahlgrenska akademien

VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Avd för samhällsmedicin och folkhälsa/Socialmedicin

Hej,

vi skriver till Dig eftersom Du blivit tillfrågad angående intervju inför vår c-uppsats. Vi vill härmed klargöra syftet med studien, presentera oss själva och informera om hur studien praktiskt kommer att genomföras.

Vi studerar folkhälsovetenskapligt program, termin sex vid Göteborgs universitet. Syftet med vår uppsats är att undersöka hur äldre i Tynnered upplever de insatser som fixar-Tony utför och den uppsökande hemverksamheten som utförs i deras hem för att motverka fallolyckor, förbättra den fysiska miljön och ge närhet till gemenskap och service.

Ansvarig handledare för denna uppsats är Katarina Wilhelmson som är Med Dr, leg. läkare, specialist i geriatrisk och socialmedicin.

Intervjun beräknas ta ungefär 40 minuter, högst en timme. Intervjun kommer troligtvis att utföras i Ditt hem och vi båda kommer att medverka. Bandspelare kommer att användas vid inspelningen för att underlätta analyseringen av materialet. Anteckningar kommer även att föras utav en av oss.

Vi vill klargöra att detta bara är ett informationsbrev och att intervjun är helt frivillig. Vi vill även poängtera att namn och personuppgifter inte kommer att framgå.

Vi kommer att kontakta Dig så att Du får tid att läsa igenom detta brev och tänka igenom ifall Du vill medverka eller ej. Vi föreslår eventuell intervju tid torsdagen den ... på förmiddagen.

Du är välkommen att kontakta oss ifall du har några frågor.

Med vänliga hälsningar

Elin Karlsson och Linnea Sjöberg

Avd för samhällsmedicin och folkhälsa/Socialmedicin
Box 453
405 30 GÖTEBORG
Telefon 031-786 00 00
Telefax 031-16 28 47

Dept. of Public Health and Community Medicine
Social Medicine
PO Box 453
SE-405 30 GOTHENBURG, Sweden
Tel Int +46 31 786 00 00
Facsimile Int +46 31 16 28 47

9. Referenser

1. Gyllensvärd, H. Fallolyckor bland äldre En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut; 2009:01 [läst 2009-04-03].
Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/3836/R200901-Fallolyckor-aldre-0901.pdf?epslanguage=sv>
2. Fallolyckor bland äldre- samhällets direkta kostnader. Karlskoga: Räddningsverket, Nationellt Centrum för lärande från olyckor; 2003:2 [läst 2009-04-16].
Tillgänglig: <http://www.raddningsverket.se/Shopping/pdf/19009.pdf>
3. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Västerås: Räddningsverket, Institutet för utveckling av metoder Socialstyrelsen,; 2007 [läst 2009-04-21].
Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/4B189B9F-3F4F-4A53-9102-EF7D00D6C218/8813/200711016.pdf>
4. Borgström F, Zethraeus N, Johnell O, Lidgren L, Ponzer S, Svensson O, et al. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden. *Osteoporosis international*. 2006;17(5):637-650.
5. Drummond MF, Schulpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Third Edition*. New York: Oxford University Press; 2005.
6. Fallskador bland äldre- en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009 [läst 2009-05-05].
Tillgänglig: http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39460_1.pdf
7. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet neurology*. 2004;3(6):343-353
8. Porter, MM, Vandervoort, AA, Lexell, J. Aging of human muscle: structure, function and adaptability. *Scandinavian journal of medicine and science in sports*. 1995;5(3):129-142
9. McCartney N, Hicks AL, Martin J, Webber CE. Long-term resistance training in the elderly: effects on dynamic strength, exercise capacity, muscle and bone. *Journals of gerontology. A: Biological sciences and medical sciences*. 1995;50A(2):97-104.
10. Bean JF, Kiely DK, Herman S, Leveille SG, Mizer K, Frontera WR, et al. The relationship between leg power and physical performance in mobility-limited older people. *Journal of the American geriatrics society*. 2002;50(3):461-467.

11. Woollacott, MH. Age-related changes in posture and movement. *Journal of Gerontology*. 1993;48 Spec No:56-60.
12. Frändin K, Grimby G. Aktivitetsvanor och möjligheter till fysisk träning. In: Grimby A, Grimby, G. *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 89-101.
13. Judge JO, Lindsey C, Underwood M, Winsemius D. Balance improvements in older women: effects of exercise training. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 1993;73(4):254-262.
14. Light KE. Information processing for motor performance in aging adults. *Journal of the American Physical Therapy Association*. 1990;70(12):820-826.
15. Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Motor control: theory and practical applications*. 2nd ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins;2001.
16. Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging clinical and experimental research*. 2004;16(2):113-121.
17. Dehlin O, Rundgren Å. Biologiska åldersförändringar i cirkulationsorganen, luftvägarna och huden. In: Dehlin O, Hagberg B, editors. *Gerontologi : Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Falköping: Natur och Kultur; 2000. p. 60-75.
18. Mazzeo RS, Cavanaugh P, Evans WJ, Fiatarone M, Hagberg J, McAuley E, et al. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and science in sports and exercise*. 1998;30(6):992-1008.
19. Förebyggande hembesök- Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. Linköping: Socialstyrelsen; 2002 [läst 2009-04-27].
Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/0A669EE0-FEEE-4E8E-AC38-A15E5BA2C0C6/1274/20021312.pdfn>
20. Sahlén, KG Löfgren, C Lindholm, L. En kostnadsanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling. Umeå: Umeå International School of Public Health; 2005 [läst 2009-04-06].
Tillgänglig:
<http://www8.umu.se/phmed/epidemi/forskning/RapportenSlutversion20040120.pdf>
21. Stockholms läns landsting, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet*. Jönköping: Folkhälsorapport, projektet Äldre och folkhälsa; 2001. Äldrecentrums Folkhälsorapport 2001, sidan 89 och sid 92

22. Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, et al. Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 1997;278(16):1321-1326.
23. Laferriere RH, Hamel-Bisell BP. Successful Aging of Oldest Old Women in the Northeast Kingdom of Vermont. *Journal of nursing scholarship*. 1994;26(4):319-323.
24. Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli RA, Berkman LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British medical journal*. 1999;319(7208):478-483.
25. Veenstra G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social science and medicine*. 2002;54(6):849-868.
26. Everard KM, Lach HW, Fischer EB, Baum MC. Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *Journal of Gerontology*. 2000;55B(4):208-212.
27. Whittle H, Goldenburg D. Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people. *Journal of advanced nursing*. 1996;23(2):220-277.
28. Berleen, G. Bättre hälsa hos äldre! Sandviken: Statens folkhälsoinstitut; 2003:41 [läst 2009-05-07].
Tillgänglig: <http://www.fhi.se/PageFiles/3125/battrehalsahosaldre.pdf>
29. Folkhälsoinstitutet, svenska kommunförbundet; Äldreberedningen;2. *LIV TILL ÅREN- om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för äldre*. Stockholm; 1998.
30. Wånell SE. *Bostadens och bostadsområdets betydelse för äldres hälsa och välbefinnande : rapport 11 : Projekt Äldre och folkhälsa*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2000.
31. Ivarsson S, Isacson Å. Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of gerontology and geriatrics*. 1997;26(1):71-83.
32. Fisher KJ, Li F, Michael Y, Cleveland M. Neighborhood-level influences on physical activity among older adults: a multilevel analysis. *Journal of aging and physical activity*. 2004;12(1):45-63.
33. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.

34. Fenomenologi. Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa / Allmänmedicin vid Institutionen för Medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet. [cited 2009 May 18th].

Available from: <http://www.infovoice.se>

35. Milton A. Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration-
Etiska principer för medicinsk forskning som omfattar människor. *Lökartidningen*. 2002;99(11):1214-1216.

36. Befolkningsprognos (PR 2009) för Göteborgs stadsdelar (SDN), Prognos (PR 2009) för 21 SDN t o m år 2015 44 funktionella åldersklasser, SDN14 Tynnered. Göteborg: Göteborgs Stad; 2009 [cited 2009 May 18th].

Available from: <http://www4.goteborg.se/prod/G-info/statistik.nsf>

37. Hälsovinstprojektet i Västra Götalandsregionen
-hälsoekonomi och resursfördelning. Göteborg: Västra Götalandsregionen; 2004 [läst 2009-05-18].

Tillgänglig:

<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/H%C3%A4lsovinstprojektet.pdf?epslanguage=sv>

38. Trost J. *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur; 1993.

39. Kvalitativ deskriptiv metod, Hermeneutik. Avdelningen för samhällsmedicin och folkhälsa / Allmänmedicin vid Institutionen för Medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet. [cited 2009 May 19th].

Available from: <http://www.infovoice.se>

40. Dahlberg K, Drew N, Nyström M. *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur; 2001.

41. Nyström M. Hermeneutik. In: Granskär M, Höglund-Nielsen B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur; 2008. p. 125-130.

42. Andersson I. *Epidemiologi för hälsovetare- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur; 2006.