

## ”Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande” i Eskilstuna kommun



## Sammanfattning

Rapporten beskriver hur Eskilstuna kommun arbetade med projektet Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande.

Eskilstuna kommun och Landstinget Sörmland fick under våren 2011 ett regeringsuppdrag att starta ett samverkansprojekt ”Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande”.

En viktig del i arbetet var att utveckla former för samverkan mellan kommun, landsting och ideell sektor. Utgångspunkten var att möta den enskilda individen för att skapa förutsättningar för delaktighet, samt ge stöd och verktyg till ett eget ansvarstagande för sin hälsa och livsstilsförändring.

Eskilstuna kommun har samverkat med Fröslunda och Skiftinge Vårdcentraler, Vuxenförvaltningens öppna verksamhet Strigeln, Kultur- och Fritidsförvaltningens mötesplatser Palatset och Fröet, Korpen Eskilstuna, studieförbundet Sensus, Helhetssyn Margareta Rane och HS hälsan Helene Sönnersfors.

Totalt 258 personer deltog i projektet i Eskilstuna. 194 stycken i interventionsgruppen och 64 i kontrollgruppen. 179 personer valde att delta i kommunens verksamheter och 15 stycken ville klara sig själva.

Resultaten visar att samverkansmodellen är värdefull både ur ett folkhälsoperspektiv och ur ett samverkansperspektiv. Deltagarnas hälsa hade förbättrats redan efter 12 månader och resultaten kvarstod efter 18 mån.

Eskilstuna kommun fick 1 456 250 kronor i projektmedel. Den största delen gick till kommunsamordnarnas löner, inköp av träningsmaskiner och friskvårdsaktiviteter.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>1</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>3</b>
2.1 Definitioner.....	3
2.2 Folkhälsoarbete/hälsofrämjande arbete .....	4
2.3 Äldres hälsa .....	7
2.4 Psykisk ohälsa bland äldre .....	7
2.5 Äldre och sociala nätverk .....	8
<b>3. Beskrivning av regeringsuppdraget</b> .....	<b>9</b>
3.1 Syfte.....	9
3.2 Försöksverksamhet med hälsocoacher.....	9
3.3 Samverkan mellan landsting, kommun och ideell sektor viktig .....	10
3.4 Erfarenheter och kunskaper behöver tillvaratas.....	10
3.5 Modell för hälsocoachverksamheten .....	10
3.6 Målgrupp.....	10
3.7 Kommun - mötesplats.....	10
3.8 Aktiviteter .....	11
3.9 Ideell sektor .....	11
3.10 Utvärdering .....	11
3.11 Kommunens roll .....	11
<b>4. Beskrivning av arbetet i Eskilstuna kommun</b> .....	<b>13</b>
4.1 Folkhälsokonsulenternas roll i projektet.....	13
4.2 Samverkan med Landstinget.....	13
4.3 Samverkan med kommunala mötesplatser.....	13
4.4 Samverkan med privata aktörer och ideell sektor.....	14
4.5 Samverkan med deltagarna .....	14
<b>5. Resultat</b> .....	<b>16</b>
5.1 Systoliskt blodtryck .....	16
5.2 Diastoliskt blodtryck.....	17
5.3 Midjemått.....	18
5.4 Vikt .....	18
5.5 Blodsocker .....	19
5.6 Depression .....	19
<b>6. Ekonomisk redovisning</b> .....	<b>21</b>
<b>7. Slutsatser</b> .....	<b>22</b>
7.1 Social gemenskap och stöd .....	22
7.2 Meningsfullhet och delaktighet .....	22
7.3 Fysisk aktivitet.....	23
7.4 Goda matvanor.....	24
<b>Bilagor</b> .....	<b>25</b>
<b>Tack</b> .....	<b>27</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>28</b>

# 1. Inledning

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

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

## 2. Bakgrund

Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen ta fram en *vägledning* till kommuner och landsting för att främja ett aktivt och hälsosamt åldrande. Inom ramen för uppdraget skulle Statens folkhälsoinstitut även starta och administrera *försöksverksamheter med hälsocoacher* riktade främst till gruppen yngre pensionärer. För att underlätta för kommuner att erbjuda social samvaro och meningsfulla aktiviteter som också kunde motivera till en förändrad livsstil vid lättare sjuklighet för äldre skulle även *försöksverksamheter hos ett antal kommuner* stöttas. Uppdraget var treårigt och för år 2010, 2011 och 2012 avsattes 15 000 000 kronor årligen. Uppdraget skulle redovisas senast den 1 oktober 2013. I uppdraget ingick det att göra en oberoende forskningsbaserad utvärdering av försöksverksamheterna (Folkhälsomyndigheten, Seniorguiden). Eskilstuna kommun fick 1 456 250 kronor vilka i huvudsak användes till projektledarnas löner i en lokal försöksverksamhet samt för utveckling av mötesplatser och aktiviteter.

I denna rapport beskrivs hur Eskilstuna kommun, Vuxenförvaltningen har arbetat utifrån uppdraget. Även slutsatser efter försöksverksamhetens slut kommer att presenteras.

### 2.1 Definitioner

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

En **mötesplats** är en uttalad samlingsplats med en planerad verksamhet av aktiviteter som syftar till att främja hälsan för personer 60-75 år. Inriktningen på verksamheten bör ske i bred delaktighet med besökaren samt om möjligt kunna erbjuda ett faddersystem för att tillgodose deltagarens behov på bästa sätt. Minst tre av de fyra hörnpelarna för ett hälsosamt åldrande (social gemenskap, delaktighet/meningsfullhet, fysisk aktivitet och bra matvanor) ska finnas med. Det ska finnas en kontaktperson (koordinator) per mötesplats som har god kunskap om de samlade aktiviteterna på mötesplatsen samt även kännedom om övriga aktiviteter som erbjuds utöver de som finns på mötesplatsen. (Statens folkhälsoinstitut, 2009)

Ett **hälsosamt åldrande** kan beskrivas som: “En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.” För de flesta människor innebär åldrandet en gradvis försämring av kroppsliga funktioner och sociala relationer. Varför ett hälsosamt åldrande också kan beskrivas som att hitta

balansen mellan vad en individ kan åstadkomma och hans eller hennes egna mål (Statens folkhälsoinstitut, 2007:02)

## **2.2 Folkhälsoarbete/hälsofrämjande arbete**

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

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

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

Folkhälsoarbetet måste bedrivas på olika nivåer samtidigt. Dessa nivåer är: individnivå, grupp-nivå och samhällsnivå. Arbete på grupp-nivå gäller inom ett specifikt geografiskt område och arbetet på samhällsnivå är ett strukturellt samhällsinriktat arbete. Det är också viktigt att arbetet: är kunskapsbaserat, långsiktigt, byggt på samverkan, innefattar delaktighet och maktgörande och utgår ifrån en strävan att minska ojämlikhet i hälsa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Insatser som riktar sig direkt till individerna för att informera och sprida kunskap om samband mellan levnadsvanor, livsstil och hälsa kallades tidigare för hälsouppllysning (health education). Med detta menades planerade hälsobudskap riktade till individ, grupp eller befolkning i syfte att medvetandegöra och öka kunskapen om hälsan och hälsans bestämningsfaktorer. I Sverige utvecklades begreppet hälsouppllysning inom Socialstyrelsens Byrå för hälsouppllysning, som i början av 1980-talet definierade hälsouppllysning som en verksamhet som: ”syftar till att åstadkomma sådana förändringar i människors beteende som förbättrar och/eller eliminerar hälsorisker”. Enligt WHO är hälsoupplysningens uppgift att vara en förändringskraft för att bidra till en ökad medvetenhet om ekonomiska, miljöbetingade och sociala orsaker till hälsa och ohälsa (Svanstöm, 2002).

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

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

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

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

- Kön
- Personlighet
- Socioekonomiska faktorer
- Socialt nätverk

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

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

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

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

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

## **2.3 Äldres hälsa**

I takt med att välfärdssamhället förbättras förändras också den demografiska bilden, både medellåldern och andelen äldre i befolkningen ökar och många kommer dessutom att leva till riktigt hög ålder. Under 1900-talet har medellivslängden ökat med cirka 25 år för både män och kvinnor (Statistiska centralbyrån, 2009) och Sverige har världens äldsta befolkning vid jämförelser utifrån andelen personer över 80 år (Socialstyrelsen, 2006). År 2025 kommer var tredje svensk att vara över 60 år och medellivslängden i Sverige kommer år 2050 vara 86,2 år för kvinnor och 83,6 år för män (Statens folkhälsoinstitut, 2007). Sörmland har en befolkningsstruktur med en större andel äldre än genomsnittet för Sverige. Drygt 20 procent i Sörmland är 65 år eller äldre, vilket kan jämföras med snittet i Sverige där andelen äldre utgör 18,1 procent av befolkningen ([www.regionfakta.com](http://www.regionfakta.com)).

Hur vi som äldre har det och hur vi mår påverkas av våra livsvillkor och levnadsvanor. En rad sociala och ekonomiska förhållanden samvarierar med god hälsa. Levnadsvanorna är de som vanligtvis får störst uppmärksamhet i det folkhälsoinriktade arbetet och är oftast lättare för individen att påverka än livsvillkoren. Hälsan bland äldre varierar. När det gäller livsvillkor är skillnaderna i hälsa stora mellan dem som har svårt att klara löpande utgifter och dem som inte har några svårigheter, dem som känt sig nedlåtande behandlade och inte nedlåtande behandlade samt mellan dem som inte har personligt stöd och dem som har tillgång till personligt stöd. Skillnaderna i hälsa kopplat till levnadsvanor är betydande. De som motionerar minst två timmar i veckan anger i större utsträckning att de har god eller mycket god hälsa jämfört med dem som motionerar mindre än två timmar per vecka. Detsamma gäller för dem som är överviktiga och normalviktiga i förhållande till dem som har fetma eller undervikt.

Goda levnadsvanor har större betydelse för äldres hälsa än vad man tidigare trott. Goda levnadsvanor har en positiv effekt på både välbefinnandet och hälsan, och minskar dessutom risken för att insjukna i ett flertal sjukdomar. För att lyckas förändra eller bibehålla sina levnadsvanor behöver många äldre stöd från såväl vänner och familj som från hälso- och sjukvård och frivilligorganisationer. I Sörmland uppger drygt 10 procent av 65–79-åringarna att de motionerar regelbundet, det vill säga minst 30 minuter tre gånger per vecka under det senaste året. Motsvarande siffra för 80–84-åringarna var drygt 6 procent. Men det fanns skillnader mellan såväl kön som olika åldersgrupper.

Männen i båda åldersgrupperna är något mer fysiskt aktiva jämfört med kvinnorna (Liv och hälsa i Mellansverige, 2012).

## **2.4 Psykisk ohälsa bland äldre**

Andelen äldre i Sörmland som uppger att de har ett gott psykiskt välbefinnande håller sig stabilt enligt befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2000, 2004 och 2008. Det goda psykiska välbefinnandet är som bäst i åldrarna 65–74 år. Samtidigt har andelen äldre som ser optimistiskt på framtiden för sin egen del ökat. Psykiskt välbefinnande främjas av möjligheten att vara delaktig i samhället, att åldersdiskriminering motverkas, goda sociala relationer, bra fysisk hälsa, tillgång till bra boende och tillräckliga inkomster, allt enligt "Äldres hälsa – En utmaning för Europa (Folkhälsoinstitutet, 2006:29). Trots att många äldre uppger att de mår psykiskt bra finns en annan sida. Enligt nationell statistik anger var tredje kvinna och närmare var femte man, som är 85 år och äldre, att de oroas av ångslan, oro eller ångest. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år ([www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/folkhalsa/Sidor/default.aspx](http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/folkhalsa/Sidor/default.aspx)).

Jämfört med män uttrycker fler kvinnor ett nedsatt psykiskt välbefinnande och färre uppskattar sin hälsa som god. Drygt hälften av de äldre 65–79 år har optimistisk framtidssyn för sin personliga del. Den optimistiska framtidssynen är lägre i den äldsta åldersgruppen. I Sörmland angav en större andel kvinnor än män i åldersgruppen 65–79 år ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Bland män är andelen med nedsatt psykisk välbefinnande högre i den äldsta åldersgruppen. Drygt var tredje äldre kvinna i länen



kände sig orolig eller nedstämd i viss utsträckning eller i högsta grad. För männens del var den siffran lägre (Liv och hälsa i Mellansverige, 2012).

## **2.5 Äldre och sociala nätverk**

Att andelen äldre ökar och lever till riktigt hög ålder är positivt, men medför även en ökad belastning på välfärdssystemen. Att stärka det friska och förebygga ohälsa är därför viktiga strategier för att stödja ett hälsosamt åldrande. Forskningen betonar framför allt fyra områden i arbetet med äldres hälsa: social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor. Insatser på dessa områden leder till ökad livskvalitet för individen och samhällsekonomiska vinster.

Äldres tillgång till mötesplatser främjar möjligheterna till social gemenskap och delaktighet i olika aktiviteter, något som äldre själva lyfter fram som en viktig faktor för hälsa och välbefinnande. Många äldre upplever att det finns socialt stöd i deras närhet men forskning visar att det finns skillnader utifrån nationalitet, socioekonomi och boendesituation. En utmaning är att nå dem som känner sig ensamma och som är inaktiva. Verksamheter som främjar social gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor är bra för hälsan, men det är viktigt att utbudet av aktiviteter är brett och att besöken på mötesplatserna sker regelbundet. Att vara fysiskt aktiv i vardagen och att äta bra mat är viktigt för att kunna leva ett mer hälsosamt liv. Att förändra levnadsvanor kan vara en lång process som underlättas av socialt stöd från familj och vänner. Eftersom äldres sociala nätverk vanligen minskar med stigande ålder kan det sociala stödet på mötesplatserna spela en viktig roll. I ett framgångsrikt folkhälsoarbete måste man arbeta utifrån en helhetssyn och med både generella och individuella metoder. Den nationella folkhälsoenkäten visar att det finns skillnader mellan äldre när det gäller upplevelsen av social gemenskap och socialt stöd, deras fysiska aktivitet samt deras matvanor. För att kunna skapa förutsättningar för en jämlik hälsa i enlighet med det folkhälsopolitiska målet bör de med störst ohälsa prioriteras. Exempelvis behöver insatser för att stimulera till mer social gemenskap, ökad fysisk aktivitet samt förbättrade matvanorna riktas särskilt till äldre med låg socioekonomisk status, utlandsfödda personer samt kvinnor och då särskilt de äldsta (Statens folkhälsoinstitut, 2009)

### 3. Beskrivning av regeringsuppdraget

Deltagande landsting och kommuner i studien var:

- Landstinget Jönköping, 400 deltagare
  - Jönköpings kommun
  - Mullsjö kommun
  - Gislaveds kommun
  - Sävsjö kommun
  - Tranås kommun
- Region Skåne, 700 deltagare
  - Helsingborgs kommun
  - Malmö stad (Kirseberg och Limhamn)
  - Kristianstad kommun
  - Sjöbo kommun
- Landstinget Värmland, 400 deltagare
  - Hammarö kommun
  - Kils kommun
  - Sunne kommun
  - Säffle kommun
- Landstinget Södermanland, 500 deltagare
  - Eskilstuna kommun
  - Gnesta kommun
  - Vingåker kommun

#### 3.1 Syfte

**Syftet med uppdraget var att:**

Ge landsting och kommuner kunskap och inspiration om hur de tillsammans med den ideella sektorn kan bidra till att äldre personer ska kunna känna välbefinnande, gemenskap och ha ett aktivt och hälsosamt åldrande.

- Öka förutsättningarna för äldre personer med lättare sjuklighet att förbättra hälsan genom hälsocoaching och ett brett utbud av meningsfulla aktiviteter.
- Samverkansformer mellan landsting, kommun och ideell sektor.

#### 3.2 Försöksverksamhet med hälsocoacher

Utformningen av den modell, bilaga 1, som ligger till grund för genomförandet av försöksverksamheter med hälsocoacher och försöksverksamheter med kommuner har inspirerats och baserats på liknande verksamheter som idag bedrivs internationellt samt inom landsting. Utformningen har även baserats på erfarenheter från sociala mötesplatser som bedrivs inom kommuner.

### **3.3 Samverkan mellan landsting, kommun och ideell sektor viktig**

En annan viktig utgångspunkt var att förebyggande och hälsofrämjande insatser i samhället bör vila på en samverkan mellan landsting, kommun och ideell sektor, något som idag kan utvecklas. En ökad samverkan kan sannolikt bidra till ökade resurser i det hälsofrämjande arbetet bland äldre genom att exempelvis arbetet nyttjas på ett mer effektivt sätt samt att frivilliga resurser tillvaratas. En breddad samverkan kan dessutom ge struktur för hur landsting, kommun och ideell sektor på ett effektivt sätt kan kommunicera och samordna arbetet kring äldres hälsa. En ökad samverkan leder också till ett mer integrerat samhälle vilket ökar delaktigheten och har positiv påverkan på det hälsosamma åldrandet. Det finns exempel på hur en gemensam överenskommelse mellan kommun och frivilligsektor kan utgöra en bra struktur för hur samverkan kan kommuniceras.

### **3.4 Erfarenheter och kunskaper behöver tillvaratas**

Det finns stora vinster med att skapa en grund för samarbete mellan landsting, kommun och ideell sektor i detta uppdrag. Därför har den främsta utgångspunkten varit att utarbeta ett förslag som knyter samman de olika delarna i regeringsuppdraget till en helhet som ger värdefull kunskap till vägledningen.

Ytterligare en utgångspunkt har varit att skapa en grund för utvärdering av effekter och vidmakthållande av insatser som syftar till att främja social gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor på längre sikt.

### **3.5 Modell för hälsocoachverksamheten**

Bilaga 1 visar en schematisk figur över hur försöksverksamheter med hälsocoacher inom landsting och kommun planeras att genomföras.

Syftet med modellen är att genom väl etablerad samverkan mellan landsting och kommuner skapa fler möjligheter för äldre personer att få stöd i att göra livsstilsförändringar med hjälp av hälsocoachning och genom att hitta arenor i samhället att verka inom, exempelvis olika typer av mötesplatser i kommunen. Den framtagna modellen förutsätter ett väl fungerande och etablerat samarbete mellan landsting och kommun. Detta innebär att både landsting och kommuner ses som huvudaktörer i uppdraget.

### **3.6 Målgrupp**

Målgruppen för försöksverksamheten är individer i åldern 60-75 år med lättare tillstånd av diabetes, hjärt-kärl- problematik samt lättare depression enligt givna kriterier.

### **3.7 Kommun - mötesplats**

Särskilt kreativa mötesplatser som fokuserar på fysisk aktivitet, mat och sociala aktiviteter ska inkluderas och i vissa fall utvecklas och stimuleras parallellt med den hälsocoachverksamhet som bedrivs inom primärvården. Inom ramen för mötesplatsens verksamhet ska individer få hjälp, stöd och uppmuntran till rätt typ av aktivitet. Mötesplatserna ska inte bara vara öppna för de som blir rekommenderade via vårdcentraler och hälsocoacherna utan även välkomna andra personer i närområdet. Fadderskap på mötesplatser kommer att uppmuntras där individer, som är vana besökare vid mötesplatsen, får uppgiften att välkomna nya individer. Detaljer kring fadderskap kan utarbetas lokalt.

### **3.8 Aktiviteter**

Aktivitetsutbudet bör omfatta fysiska aktiviteter, aktiviteter kring mat och matlagning samt även sociala aktiviteter. De sociala aktiviteterna bör bygga på att skapa nya relationer och gemenskap mellan de personer som deltar. Även kulturella inslag bör finnas med då forskning visat att deltagande i kulturlivet åtföljs av bättre upplevd hälsa.

### **3.9 Ideell sektor**

Mötesplatsens verksamhet ska bygga på ett brett samarbete med den ideella sektorn. Involvering av frivilliga i mötesplatsens verksamhet är nödvändig då dessa i stor grad redan har ett väl utarbetat utbud av fysiska och sociala aktiviteter, vilka ska inkluderas. Dessutom finns en stor kompetens inom den ideella sektorn som tas tillvara genom samarbete.

### **3.10 Utvärdering**

Två oberoende forskningsbaserade utvärderingar kommer att genomföras av de försöksverksamheter som finns beskrivna i detta förslag. Enligt förslaget som ges inom ramen för denna projektplan kommer följande parametrar att ingå:

- Utvärdering av hälsovariabler, både subjektivt och objektivt skattade, på individ och gruppnivå.
- Folkhälsoekonomisk utvärdering
- Utvärdering av process- och implementeringseffekter

### **3.11 Kommunens roll**

Kommunen ansvarar för att en eller flera mötesplatser involveras i projektet. En mötesplats i försöksverksamheten med hälsocoacher definieras som; en mötesplats med en uttalad samlingsplats och planerad verksamhet av aktiviteter som syftar till att främja hälsan för personer 60-75 år. Inriktningen på verksamheten bör ske i bred delaktighet med besökaren samt om möjligt kunna erbjuda ett faddersystem för att tillgodose deltagarens behov på bästa sätt. Minst tre av de fyra hörnplarna för ett hälsosamt åldrande ska finnas med.

- Kommunen ansvarar för att det finns en kontaktperson för en eller flera av inkluderade mötesplatser. Denna ska ha god kunskap om de samlade aktiviteterna på mötesplatsen (även kännedom om övriga aktiviteter som erbjuds utöver de som finns på mötesplatsen).
- Kommunen ansvarar för att samordna de samlade aktiviteterna på respektive mötesplats i syfte att kunna utvärdera och ta fram nödvändig information. Dialog kring detta ska ske fortlöpande med Statens folkhälsoinstitut genom utsedd person av Kommunen. I detta arbete bör dialog med kontaktpersonerna samordnas för att underlätta arbetet.
- Kommunen ska se till att involverad personal vid mötesplatserna finns tillgänglig för att personal från forskningsinstitutet ska kunna intervjua dem.
- Kommunen ska se till att anslaget används ändamålsenligt såsom personella resurser, aktiviteter vid mötesplatser, lokaler eller andra insatser som stärker mötesplatsens roll i projektet.
- Kommunen ska samarbeta med den ideella sektorn i den mån samarbete på orten finns. Kostnader ska täckas av anslaget.

- Kommunen åtar sig att under projekttiden fullfölja projektet i enlighet med projektplanen och ”Avtal om samarbete mellan Statens folkhälsoinstitut och Eskilstuna kommun avseende Försöksverksamheten med hälsocoacher”.
- Kommunen svarar för fortlöpande informations- och kunskapsspridning om hur arbetet bedrivs och fortskrider.
- Kommunen ska upprätta en plan som visar hur man avser lösa de problem som kan uppstå när nyckelpersoner i förtid avbryter sitt deltagande i projektet. Planen redovisas för Statens folkhälsoinstitut när situationen så kräver.
- De personer som arbetar med projektet ska ha dokumenterad kunskap och erfarenhet som är relevant för projektets genomförande.
- Kommunen förbinder sig att stå för fortlöpande avrapportering till Statens folkhälsoinstitut. Avrapporteringen ska ske årligen och skriftligen enligt de riktlinjer som Statens folkhälsoinstitut fastställer och ska omfatta ekonomisk redovisning och uppgifter om hur arbetet bedrivs.
- Senast den 30 augusti 2013 ska kommunen lämna slutrapport avseende fullständig ekonomisk redovisning inklusive löner/sociala avgifter, resor/logi, övriga kostnader samt en verksamhetsbeskrivning till Statens folkhälsoinstitut.
- Kommunen förbinder sig att i skäligen omfattning sprida sina erfarenheter och kunskaper från arbetet. Samtliga kostnader för sådana aktiviteter (avgifter, resor, uppehåll etc.) ska täckas av anslaget.
- Kommunen ska diskutera med Statens folkhälsoinstitut om möjligheter till att under projektperioden genomföra gemensamma kommunikationsinsatser i samverkan mellan Statens folkhälsoinstitut och kommunen för att sprida erfarenheter och kunskaper om utvecklingsarbetet. Sådana gemensamma kommunikationsaktiviteter kan exempelvis vara riktad information till de aktörer som arbetar med Hälsocoachverksamheten, deltagande i möten och konferenser samt medverkan i media. Kostnader för sådant deltagande ska bestridas med Anslaget. (Folkhälsomyndigheten, 2013)

## **4. Beskrivning av arbetet i Eskilstuna kommun**

### **4.1 Folkhälsokonsulenternas roll i projektet**

Två folkhälsokonsulenter som är anställda av vuxenförvaltningen, varav den ena utsågs till kommunsamordnare, fick ansvaret för ”Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande” under våren 2011. De har haft mandat att utveckla och arbeta med projektet utifrån Folkhälsoinstitutets projektplan.

Folkhälsokonsulenterna gjorde en kartläggning för att ta reda på vad som fanns att erbjuda målgruppen när det gäller fysisk aktivitet, kost och sociala mötesplatser i Eskilstuna kommun. En folder togs fram där olika aktörer och aktiviteter fanns med utifrån kartläggningen. Den delades ut till deltagarna och berörd personal på vårdcentralerna. Det togs även fram individuella aktivitetskalendrar som deltagarna själva skulle fylla i på frivillig basis. Kalendern utgjorde ett bra underlag när deltagaren hade avstämning med hälsocoachen.

Informationsmöten med tilltänkta samarbetspartners anordnades. Tre befintliga mötesplatser valdes ut för att ingå i projektet, mötesplats Palatset, Fröet (Kultur och fritidsförvaltningen) och Öppna verksamheten på Strigeln (Vuxenförvaltningen). De har utvecklats under projektets gång för att kunna tillhandahålla aktiviteter utifrån deltagarnas önskemål.

Frivilligcentralen informerades och involverades i projektet. Då de precis var i uppstart med sin verksamhet blev det aldrig någon samverkan med dem.

Marknadsföring skedde i samverkan med Skiftinge och Fröslunda vårdcentraler på ett antal platser i kommunen. Flera möten hölls tillsammans med berörda vårdcentraler, personal på mötesplatser och öppna verksamheter.

De första deltagarna kom in i projektet i oktober 2011, till att börja med erbjöds dessa deltagare vattengymnastik.

Folkhälsokonsulenterna har hållit i *livsrörelser* två grupper/vecka, *zumba* en gång/vecka samt nio grupper med vattengymnastik/vecka.

### **4.2 Samverkan med Landstinget**

Under våren 2011 träffades områdeschefen för vuxenförvaltningen, kommunsamordnare, mötesplatsansvariga, cheferna för vårdcentralerna och hälsocoacher regelbundet. Då bestämdes hur arbetet skulle genomföras och vilka roller var och en skulle ha. Diskussioner fördes om hur deltagarna skulle rekryteras och hur överlämningen från landstinget till kommunen skulle ske. I början träffades gruppen cirka en gång per månad.

Kommunsamordnare och hälsocoacher fortsatte att träffas regelbundet utan cheferna. Telefon- och mejlkontakt förekom i hög grad under hela projektets gång. Samarbetet mellan kommun och landsting har fungerat utmärkt. Kommunsamordnare och hälsocoacher hittade tidigt sina roller i projektet, det har inte varit någon prestige i arbetet utan samverkan kring deltagarna har varit det viktigaste och det har fungerat bra.

### **4.3 Samverkan med kommunala mötesplatser**

Två mötesplatser från Kultur och fritidsförvaltningen valdes ut, Fröet och Palatset, dessa ligger i samma område som vårdcentralerna som ingick i projektet. Sedan valdes Strigeln ut som är en Öppen verksamhet inom Vuxenförvaltningen. Strigeln är en stor öppen verksamhet med många förutsättningar för att kunna skapa nya aktiviteter. Där finns bland annat en bassäng som användes till vattengymnastik. Delar av projektmedlen

användes för att köpa in material till verksamheterna som till exempel: material till vattengymnastiken, Wii spel, träningsmaskiner, gummiband, hantlar, pilatesbollar, gångstavar och böcker om hälsa i olika perspektiv.

#### **Förteckning över aktiviteter på mötesplatser:**

- **Strigeln:** Balansgymnastik, zumba, livsrörelser, styrketräning, stavgång, vattengymnastik, wiispiel
- **Palatset:** Styrketräning, zumba, yoga, stavgång
- **Fröet:** Stavgång, livsrörelser, wiispiel

Det här är aktiviteter som erbjudits deltagarna i projektet utifrån deras egna önskemål. Alla aktiviteter utom vattengymnastik som erbjudits på mötesplatser och i öppna verksamheter kommer att finnas kvar.

Livsrörelser fanns redan innan projektet startade. Styrketräningen har personal på öppna verksamheter och mötesplatser haft ansvar för och det har ordnats några tillfällen för att lära ut hur maskinerna fungerar. Även folkhälsokonsulenterna har haft informations tillfällen för besökare. I framtiden är det önskvärt att några frivilliga kan finnas på plats vissa dagar i veckan så att alla vet att det finns möjlighet att komma då om man är osäker på hur det fungerar.

Det har kommit till nya besökare på den öppna verksamheten och mötesplatserna tack vare de nya aktiviteterna. Spridningen har skett mycket genom ”mun mot mun” metoden. Deltagarna har tagit med vänner och bekanta och de som tidigare varit aktiva i kommunens verksamheter har provat på de nya aktiviteterna. Det har varit mycket uppskattat att ha så många olika aktiviteter att välja på.

#### **4.4 Samverkan med privata aktörer och ideell sektor**

Under våren 2012 var alla deltagare inne i projektet, så efter ett stormöte med deltagarna då de fick önska sig olika aktiviteter tog folkhälsokonsulenterna kontakt med ett antal privata aktörer och ideell sektor för att få reda på vad de kunde erbjuda samt kostnader för aktiviteterna. Ett avtal upprättades där det framgick vem som ansvarade för aktiviteten, hur många gånger den skulle vara, tid, plats och pris (Bilaga 2).

Samordnare, ansvariga för föreningar och två privata aktörer träffades 2-3 gånger per termin där det diskuterades hur vår samverkan skulle se ut och vad de kunde erbjuda för aktiviteter. Representanter från föreningar och de privata aktörerna har medverkat vid olika sammankomster med deltagarna. Sammankallande var kommunsamordnaren.

#### **Förteckning över aktiviteter**

- **Sensus:** Zumba och linedance
- **Korpen:** Cirkelgym, rörlighetsträning, pilates, zumba och hoppfri gymnastik
- **HS Hälsan – liv i balans:** Qigong
- **Helhetssyn:** Medicinsk yoga

Dessa aktiviteter har varit enbart för deltagarna i projektet.

#### **4.5 Samverkan med deltagarna**

Totalt har folkhälsokonsulenterna samverkat med 179 deltagare under projektiden. Efter att deltagarna överförts från vårdcentralerna till kommunen, med samtycke från deltagarna kontaktades de per telefon. Folkhälsokonsulenterna lyssnade av vad deltagarna ville ha för aktiviteter och vad de behövde information om. Därefter skapades aktiviteter

utifrån deltagarnas önskemål. Aktiviteten vattengymnastik hade skapats redan före projektet för att kunna erbjuda något direkt vid projektstarten.

Under projekttiden genomfördes nio möten med deltagarna där de bland annat fick lyssna på föredrag om kost av en dietist, om träning av friskvårdskonsulent och om sömn av distriktssköterskor. Övrigt som togs upp på dessa möten var information från de organisationer vi samverkat med. Deltagarna har även fått möjlighet att få träffa varandra och skapa nya sociala nätverk, vilket var en viktig del i projektet. Dessa möten var välbesökta, mellan 120-130 stycken. Deltagarna tyckte att det var viktigt att träffa varandra och att dela med sig av sina erfarenheter.

Samtliga deltagare har erbjudits minst två aktiviteter/vecka, några har haft tre aktiviteter utöver de aktiviteter som fanns på öppna verksamheten och mötesplatserna.

I april 2013 ordnades en modevisning i samverkan med elever från Mediaprogrammet, Frisörskolan, dam- och herreklipping samt 14 deltagare som var modeller. Eleverna från Mediaprogrammet gjorde intervjuer med deltagarna innan modevisningen samt filmade på kvällen då modevisningen var och gjorde en film på 15 minuter. Frisöreleverna hade konsultation med modellerna angående frisyrer och sminkning någon vecka innan modevisningen. Dagen då modevisningen var fick modellerna komma till skolan och få håret iordninggjort och bli sminkade. På kvällen träffades 122 personer för god mat och modevisning. Några deltagare visade upp sina egna alster. Här fick deltagarna ta med sig sin respektive eller en vän.

Efter avslutat projekt bjöd folkhälsokonsulenterna in deltagarna i projektet till en avslutningsfest i Pingvinen, Parken Zoo. Möjlighet gavs att ta med sin respektive eller en vän, cirka 135 personer deltog. Vägen från parkeringen upp till Pingvinen var kantad av marschaller vilket upplevdes som mycket välkomnande. En välkomstdrink serverades och deltagarna fick möjlighet att mingla runt i lokalen. Därefter bjöds till bords och folkhälsokonsulenterna hälsade välkomna och tackade för ett givande projekt. En av deltagarna höll tal och tackade så mycket för att han hade fått vara med i projektet och han var glad för han hade förbättrat sin hälsa på flera områden. En tvårättersmiddag med efterföljande kaffe och kaka serverades. Därefter blev det dans till levande musik. Dansgolvet blev snabbt fullt av dansanta människor som höll igång hela kvällen. Alla var överens om att dans är en utmärkt motionsform, att det är roligt att dansa och att det är ett bra sätt att knyta nya sociala kontakter. Filmen från modevisningen visades vid kaffet, det var mycket uppskattat. Efter en trevlig kväll med dans och glada skratt skildes våra vägar med förhoppningen om att ses igen.

Enligt våra samverkanspartners från ideell sektor och privata aktörer har runt 100 av deltagarna fortsatt med bland annat cirkelträning och vattengymnastik. Utifrån deltagarnas önskemål har Korpen startat nya aktiviteter, Qigong och funktionell styrketräning. Deltagarna har uttryckt till folkhälsokonsulenterna att de mår mycket bättre både fysiskt och psykiskt av att röra på sig och av att tillhöra en grupp.



## 5. Resultat

Totalt har Eskilstuna haft 258 deltagare varav 64 personer i kontrollgrupp. Interventionsgruppen (194 personer) erhöll hälsokontroll och motiverande samtal (MI) samt information om mötesplatser och aktiviteter. Dessa deltagare har även fått kontakt med kommunsamordnare. Totalt har kommunsamordnarna haft kontakt med 179 personer regelbundet. De personer som hamnade i kontrollgruppen fick endast hälsokontroller. Deltagarna bestod till största del av kvinnor, 177 stycken, och var födda 1936-1952. Medelfödelseåret var 1944. Av samtliga deltagare var 228 deltagare födda i Sverige, 23 stycken i övriga Norden och 7 stycken i övriga Europa. När det gäller utbildning hade 96 stycken gymnasie- eller folkhögskola och 86 personer hade universitet- eller högskoleutbildning.

De flesta deltagarna uppfyllde inklusionskriteriet med ökat bukomfång (män mer än 94 cm och kvinnor mer än 80 cm).

Slutrapporten ”Hur kan kommuner och landsting arbeta för att främja hälsan hos personer över 60 år” visar att uppdraget varit framgångsrikt på såväl individnivå som organisations- och samhällsnivå. Bland annat hade hälsan hos de individer som deltagit (1920 stycken) förbättrats redan efter 12 månader. Insatsen har varit särskilt effektiv för personer med lättare depression då denna grupp hade den största förbättringen avseende hälsorelaterad livskvalité efter 12 månader. Dessa förbättringar kvarstår även efter 18 månader.

Personerna i interventionsgruppen har signifikant förbättrat sina hälsokontrollvariabler, utom HDL (kolesterol) och blodsocker, från starten och fram till 6 månader och har sedan legat relativt konstant mellan 6 och 12 månader. Tendensen är likartad för kontrollgruppen. En enklare bearbetning av data från 18-månadersuppföljningen visar att den positiva utvecklingen som syntes vid 12-månadersuppföljningen kvarstår.

Vidare visar resultaten att en insats som samverkansmodellen är värdefull ur ett folkhälsoperspektiv. Insatsen har även varit framgångsrik utifrån ett samverkansperspektiv. Resultaten visar bland annat:

- Att samverkansmodellen bidragit till att samverkansstrukturer har börjat etablerats mellan landsting och kommuner.
- Vinster i form av bättre arbetsmiljö med mer fokus på främjande insatser, samverkan och positiva attityder till det hälsofrämjande arbetet.
- Positiva effekter på samhällsnivå. Detta i termer av att en högre grad av kontakt mellan såväl samhällsaktörer som organisationer inom offentlig och ideell sektor, och till viss del privat sektor har etablerats.

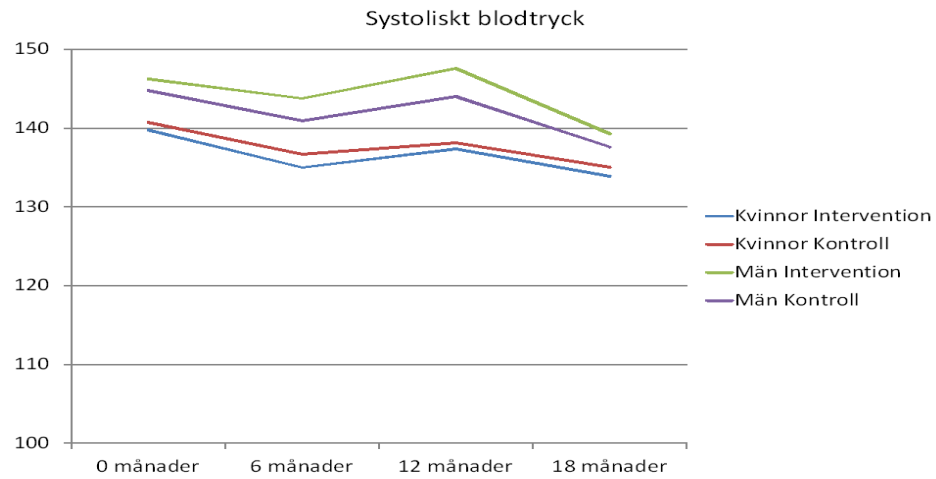
Resultaten efter 18 månader visar att interventionerna är uthålliga och att effekterna är relativt stora.

### 5.1 Systoliskt blodtryck

Inklusionskriteriet för det systoliska värdet var 140-159 mmHg.

Det systoliska blodtrycket visar värdet då hjärtat drar ihop sig och är det högsta trycket i blodkärlen. Det är den första siffran i blodtrycket, övertrycket.

Det finns inga stora skillnader mellan grupperna, däremot mellan män och kvinnor. Fram till 6- månaderskontrollen har samtliga sänkt sitt systoliska värde. För att sedan vid 12 månader ha gått upp, framför allt för männen i interventionsgruppen. Vid 18-månaderskontrollen har det återigen sjunkit för både män och kvinnor i båda grupperna.

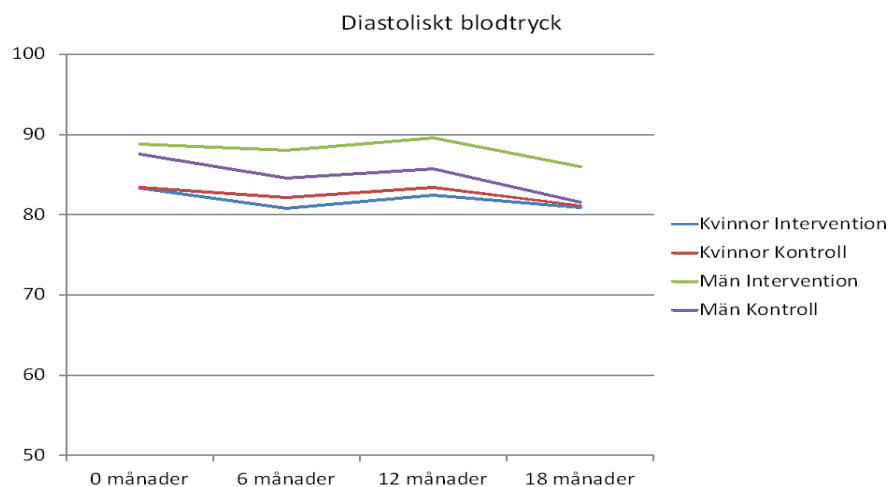


## 5.2 Diastoliskt blodtryck

Inklusionskriteriet för det diastoliska värdet var 90-99 mmHg.

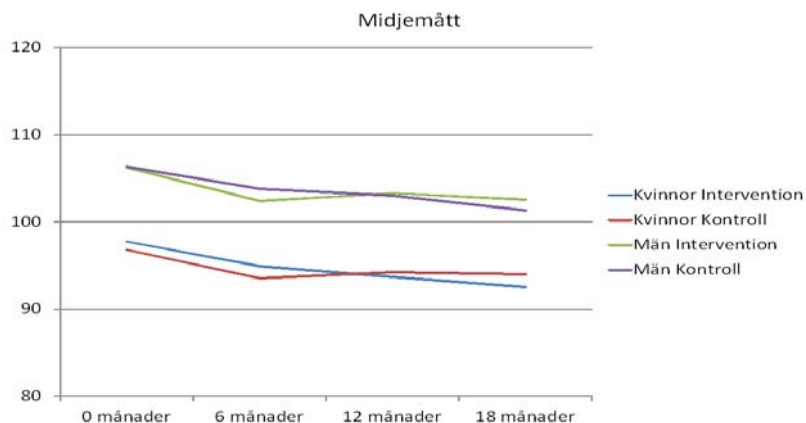
Det diastoliska blodtrycket visar värdet då hjärtat slappnar av mellan slagen och är det lägsta trycket i kärlen. Det är den andra siffran i blodtrycket, undertrycket.

Både männen och kvinnorna har sänkt sitt diastoliska värde och det är inga större skillnader mellan grupperna. Återigen finns det en uppgång vid 12-månaderskontrollen för samtliga. Mellan 12 och 18 månader sänker männen i kontrollgruppen sina värden och hamnar på samma värde som kvinnorna.



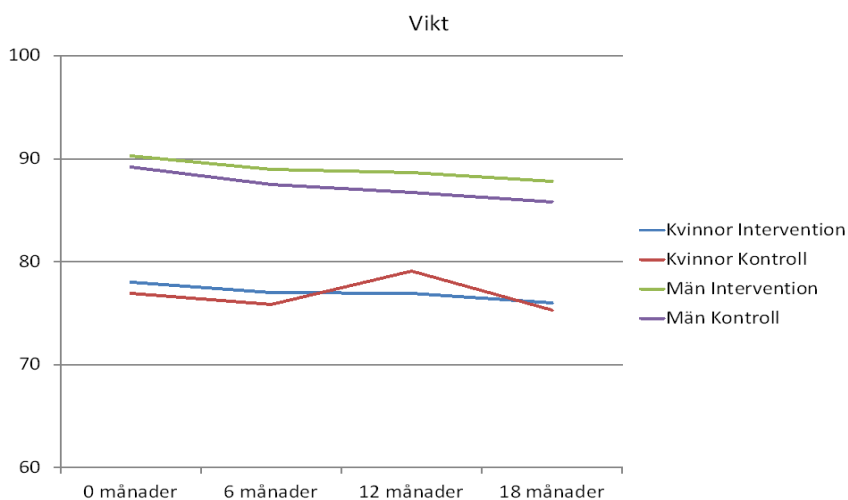
### 5.3 Midjemått

Inklusionskriteriet var för män mer än 94 cm och för kvinnor mer än 80 cm.



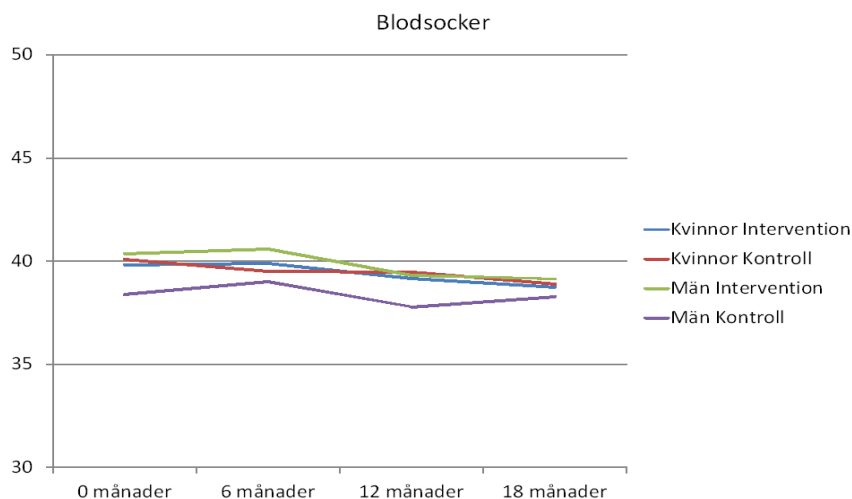
Kvinnorna i interventionsgruppen minskar sitt midjemått under hela projektiden medan kvinnorna i kontrollgruppen ökar sitt midjemått efter 6 månader. Männen i kontrollgruppen minskar sitt mått under projektiden medan männen i interventionsgruppen ökar efter 6 månader för att vid 12 månader ligga på en konstant nivå.

### 5.4 Vikt



Både män och kvinnor i interventionsgruppen går ner i vikt under hela projektiden. Kvinnorna i kontrollgruppen har en ökning från 6 månader till 12-månaderskontrollen för att sedan gå ner i vikt igen för att hamna på samma nivå som vid första kontrollen.

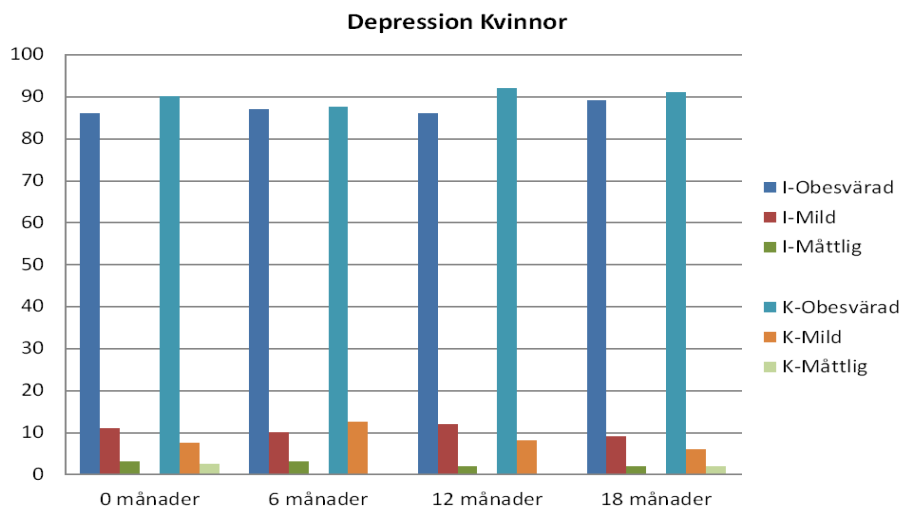
## 5.5 Blodsocker



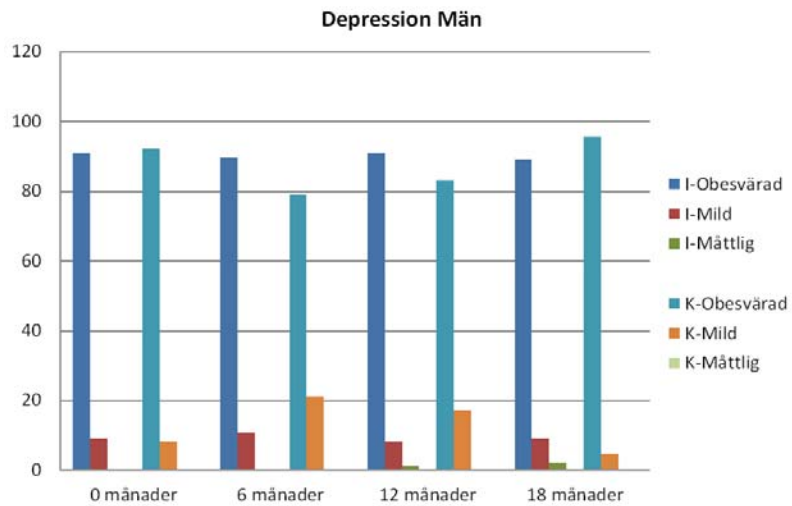
Blodsockervärdet har sänkts med 5 % under projekttiden. För männen i kontrollgruppen har värdet gått upp och ner för att i slutänden hamna på ingångsvärdet. Resterande har vid 18-månaderskontrollen sänkt sitt värde.

## 5.6 Depression

MADRS betyder Montgomery Åsberg Depression Rating Scale. Skalan är utvecklad ur ett annat större batteri av frågor kallat CPRS (Comprehensive psychopathological rating scale). Instrumentet består av nio frågor där man kan få mellan 0 och 6 poäng (så teoretiskt kan man ha mellan 0-54 poäng totalt). Ju högre poäng, desto högre grad av depression. Instrumentet är mycket väl studerat och används i många vetenskapliga utvärderingar av depression världen över. Avsikten med formuläret är att ge en detaljerad bild av nuvarande sinnestillstånd. Formuläret innehåller en rad påståenden om hur man kan må i olika avseenden. Påståendena uttrycker olika grader av obehag, från frånvaro av obehag till maximalt uttalat obehag.



Fler kvinnor i interventionsgruppen känner sig obesvärade efter projekttiden. Mild och måttlig depression har minskat. För kvinnorna i kontrollgruppen sker inga förändringar från 0 månader till 18 månader.



För männen i interventionsgruppen finns inga större skillnader under projektiden. Männen i kontrollgruppen låg på samma nivå som männen i interventionsgruppen vid projektstart. Efter 6 månader var färre obesvärade och fler hade en mild depression. Efter 18 månader ökar antalet män som är obesvärade igen.

## 6. Ekonomisk redovisning

1 456 250 kronor

Anvisat från Statens folkhälsoinstitut	Ekonomiskt utfall	Kort beskrivning av poster
	Belopp i sek	
<b>Totala kostnader</b>		
<b>1. Personalkostnader (lön, sociala avgifter mm)</b>	967 250	Antal individer inkluderade i denna post är: 5
<b>2. Kostnader för aktiviteter (resor, utbildning mm)</b>	26 260	Tågresor, leasing av bil+ drivmedel, utbildningar
<b>3. Administrativa kostnader (material, lokal, tryckkostnader, annonsering/informationsspridning mm)</b>	55 615	Diverse kontorsmaterial, informationsbroschyrer, aktivitetskort, hjälp med upphandling, hjälp från ekonomiavdelningen
<b>4. Övriga kostnader</b>	419 103	Inköp av styrketränningsutrustning, böcker, wiispel, friskvårdsaktiviteter, arbetskläder, förtäring vid möten, modevisning, avslutningsfest
<b>Förbrukat totalt</b>	1 468 228	
<b>5. Antal timmar i arbetstid<sup>1</sup></b>	3869	

<sup>1</sup> Antal timmar som samtliga involverade i projektet lagt ned under 2010-2013

## 7. Slutsatser

För äldre liksom för den övriga befolkningen är det viktigt att arbeta för en jämlik hälsa och förbättra de socioekonomiska bestämningsfaktorerna. Detta bör vara centralt i alla strategier och aktiviteter rörande äldre (Berensson, Olofsson, Räftegård Färggren, 2010). Det är många faktorer som påverkar det goda livet på äldre dagar, men det är främst inom fyra områden de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna bör ske. Dessa områden är de så kallade fyra hörnpelarna för ett gott åldrande; social gemenskap och stöd, meningsfullhet och delaktighet, fysisk aktivitet och goda matvanor.

### 7.1 Social gemenskap och stöd

#### Vad säger forskningen?

Det finns en omfattande forskning som visar på fördelarna med ett brett och livslångt socialt nätverk. Immunsystemet förstärks och puls och blodtryck sjunker vid positiva sociala relationer. Forskarna talar också om psykologisk påverkan och säger att individer som har sociala relationer som omfattas av socialt stöd, inflytande och engagemang etc. har bättre självkänsla, självbild, social kompetens och trygghet. Den som har ett stödjande nätverk omkring sig får också tillgång till hjälp i livets svårigheter (Agahi, Lennartsson, Österman, Wånell, 2010).

#### Åtgärder

Att skapa gemenskap och nätverk bland äldre kan på olika sätt stödjas av samhället. Boendet är betydelsefullt och att man är förankrad i sin boendemiljö. I anslutning till boendet kan till exempel kommunerna satsa på grönområden, lättillgängliga promenadvägar och rastställen. Kommunerna är också viktiga som nätverksbyggare och kan vara en kanal till föreningslivet. Föreningslivet har stor betydelse och kan erbjuda mötesplatser och aktiviteter anpassade till olika åldrar. Åldrandet kan innebära att de sociala relationerna blir färre och då kan mötesplatsen bli en viktig stödjande miljö för den äldres sociala deltagande.

Kulturens betydelse för hälsan får allt mer stöd i forskningen. Satsningar på kultur för seniorer är ett sätt att skapa mötesplatser för äldre. Många kommuner genomför uppsökande och förebyggande hembesök hos äldre med syfte att bland annat skapa förutsättningar för praktiskt och socialt stöd. Statens folkhälsoinstitut har föreslagit till regeringen att FHI ska utveckla en nationell vägledning för hur uppsökande och förebyggande hembesök hos äldre kan genomföras (Statens folkhälsoinstitut, 2010).

### 7.2 Meningsfullhet och delaktighet

#### Vad säger forskningen?

Forskarna Rowe och Kahn (1998) talar om att en central del i åldrandet, som betraktas som ”lyckosamt”, är ett fortsatt engagemang med nära relationer och ett aktivt deltagande i meningsfulla och målmedvetna aktiviteter något som kan resultera i en ökad förståelse, mening och syfte med livet. Åldersgruppen 65–84 år är en mycket aktiv åldersgrupp. Några är fortfarande i yrkeslivet, andra sköter barnbarn, deltar i föreningsliv, reser, är ledare i idrottsföreningar och 60 procent av äldreomsorgen sköts av anhöriga. Westerholm (2010) säger att ska vi bevara välfärden framöver måste vi se äldre som en resurs och låta de äldre som vill och kan fortsätta arbeta.

## Åtgärder

Många äldre vill fortsätta att arbeta högt upp i åldrarna, men oberoende av om det är lönearbete, verksamheter inom frivilligsektorn eller engagemang i andra typer av verksamheter så bidrar arbete till mening i livet för många äldre och därmed goda förutsättningar för en god hälsa. Att skapa mötesplatser för äldre är ett sätt att skapa en miljö som både kan bidra till goda sociala nätverk och till att äldre människor känner en mening i tillvaron.

## 7.3 Fysisk aktivitet

### Vad säger forskningen?

Det finns studier som visar att hälsovinster av fysisk aktivitet i stort sett är desamma för äldre personer som för andra åldersgrupper. Människor som fortsätter att vara aktiva högt upp i åren har dessutom högre grad av livskvalitet, fler år utan funktionsnedsättning, mindre risk för depressioner och minskad risk för nedsatt kognitiv funktion (Agahi, Lagergren, Thorslund, Wånell, 2005:6). Den fysiska miljöns utformning i samhället påverkar omfattningen av individens fysiska aktivitet. Bergman-Stamblewski (2009) säger att den fysiska aktiviteten och självständigheten hos äldre påverkas av om det finns närliggande affärer och service på gångavstånd från bostaden samt av tillgången till kollektivtrafik i närheten till bostaden (Folkhälsoinstitutet, 2006:29). Äldre personer löper större risk än andra att drabbas av fallskador som exempelvis lårbensbrott. Orsakerna är ofta komplexa men kan handla om stillasittande, medicinering och annat som orsakar sämre balanssinne. Fallskador orsakar stort personligt lidande och olyckorna inträffar oftast i hemmet och många av dem skulle ha kunnat undvikas med enkla insatser och medel.

Det finns stark vetenskapligt underlag för att rådgivning till patienter i hälso- och sjukvården ökar den fysiska aktivitetsnivån med mellan 12–50 procent hos individen. Svenska studier visar att fysisk aktivitet på recept (FaR) kan leda till såväl ökad fysisk aktivitet som minskad stillasittande tid (Kallings, Johnson J, Fisher RM, Faire U, Ståhle A, Hemmingsson E, et al. 2009). Den fysiska aktiviteten hos individer som har fått rådgivning är klart ökad minst ett halvår efter samtalet (Statens beredning för medicinsk rådgivning, 2007). Korta rådgivande samtal med personal på vårdcentralen med skriftligt material som stöd gör att äldre människor blir mer fysiskt aktiva. Dessa samtal (3–10 minuter) kan vara lika effektiva som längre rådgivning.

## Åtgärder

En betydelsefull faktor för att bibehålla regelbundenheten i utövandet av fysiska aktiviteter är att de lätt kan anpassas till vardagslivet. Viktigt är att det skapas stödjande miljöer för fysisk aktivitet som ökad tillgång till cykel- och gångbanor, lättillgängliga och attraktiva grönområden och promenadstråk. En trafiksäker miljö kan främja äldres fysiska aktivitet. Ett sätt att anpassa trafikmiljön och stadsmiljön till de äldres villkor är att till exempel öka tiden mellan grönt och gult trafikljus. En annan insats är att införa så kallade gångfartsområden. Med gångfartsområden menas områden där fordon inte får framföras i högre hastighet än gångfart. Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett enkelt och effektivt redskap för att främja fysisk aktivitet. Sjuksköterskor, sjukgymnaster och läkare bör ge patienter råd angående fysisk aktivitet anpassad till personlig livsstil och hälsotillstånd. Förskrivning av FaR bör kompletteras med råd om att undvika stillasittande, eftersom minskat stillasittande kan vara lika viktigt för hälsan som ökad fysisk aktivitet. En åtgärd inom hälso- och sjukvården är att öka rådgivningsintensiteten och genomföra motiverande samtal. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver fortlöpande få utbildning i den fysiska aktivitetens betydelse för att förebygga och behandla ohälsa bland äldre. Genom att fungera som aktivitetsarrangör har frivilligorganisationerna blivit en viktig samarbetspart för hälso- och sjukvården i FaR arbetet. Detta gör det angeläget att hälso- och sjukvårdens FaR verksamhet planeras i nära samverkan med frivilligorganisationerna.



## **7.4 Goda matvanor**

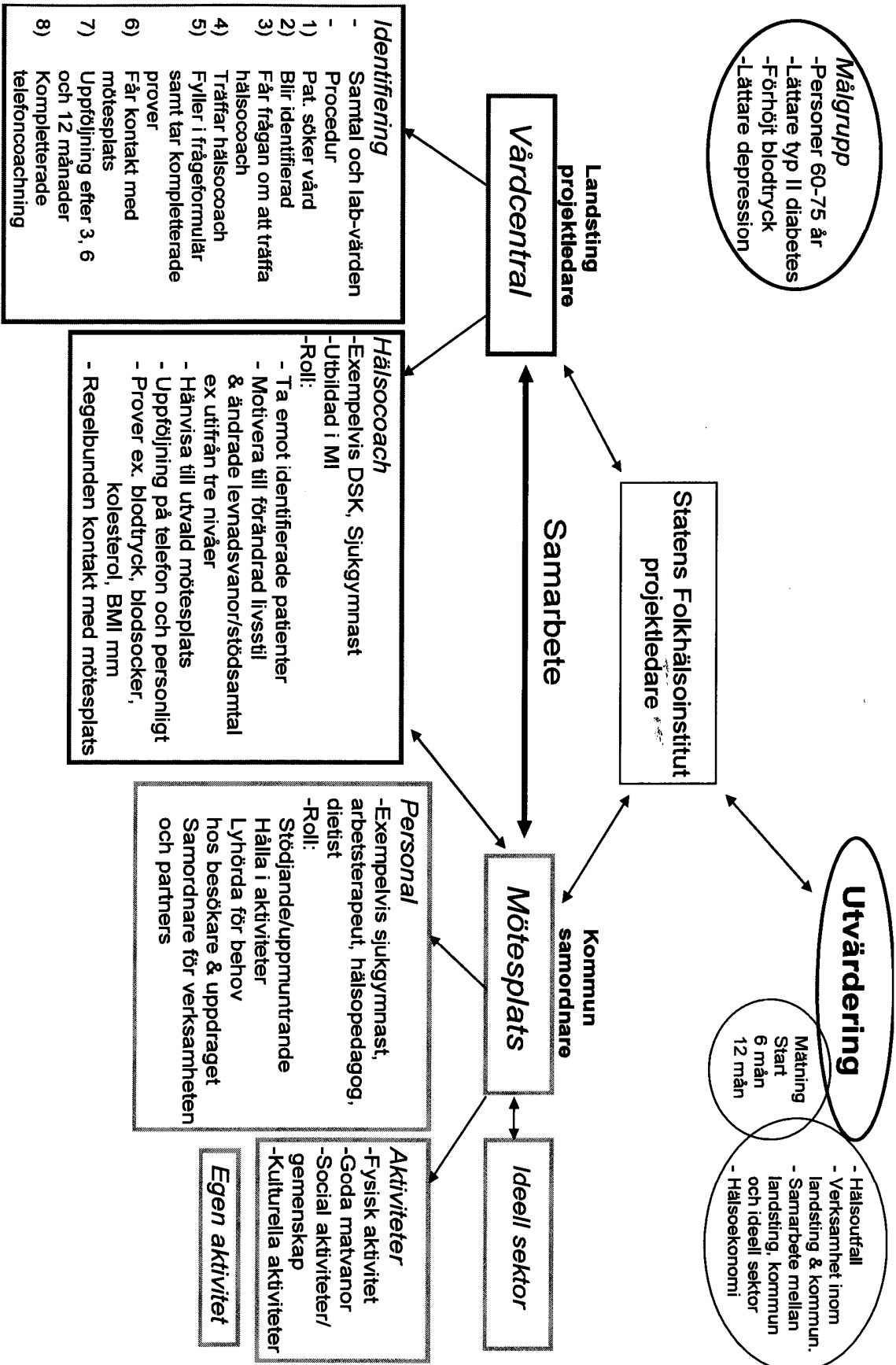
### **Vad säger forskningen?**

Liv & hälsa 2008 visade att majoriteten av de äldre åt lunch, middag och kvällsmål i stort sett varje dag, men trenden var mellan åren 2000, 2004 och 2008 att andelen som åt lunch, middag och kvällsmål i stort sett varje dag hade minskat över tid. Matvanor precis som många andra vanor grundläggs i tidig ålder och det är relativt få interventioner som kunnat visa bestående kostförändringar hos äldre. Därför kan riktade insatser till grupper som löper ökad risk att utveckla sjukdomar och vars förlopp går att påverka, exempelvis diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar eller osteoporos ha större effekt än generella insatser riktade till hela den äldre befolkningen. Tillskott i maten av vitamin D3 och kalcium är ett sätt att förebygga frakturer som kan uppstå när äldre, sköra, människor faller. Att matvanorna hos äldre försämras kan bero på flera orsaker som minskad aptit, medicinska biverkningar som muntorrhet och förstoppning, dåliga tänder som gör det svårt att tugga, funktionshinder som gör det svårt att äta utan hjälp samt ett försämrat smak och luktsinne.

### **Åtgärder**

Projektet hälsosamt åldrande i Europa uppmanar till att prioritera och verka för hälsosam mat och sunda matvanor bland äldre. Bland annat betonas vikten av mycket grönsaker, rotfrukter, frukt och fibrer i kosten, samt en begränsad konsumtion av mättade fetter (Folkhälsoinstitutet, 2006:29). Det poängteras också att en ökning av frukt- och grönsaksätande kräver kraftfulla åtgärder i form av hälsokommunikation och prissänkningar på frukt och grönt. Matskola för äldre är ett sätt att öka kunskapen om hälsa, skapa nya kontakter och främja gemenskap kring måltiden. Målgruppen för Matskolan är i huvudsak friska hemmaboende 65-åringar eller äldre. Tyngdpunkten ligger på att ge äldre kunskap att klara sin matsituation, det vill säga att handla, förbereda och laga mat på egen hand i hemmet, så länge personen själv orkar och har förmåga. Utvärderingen av pilotprojektet i Uppsala visade att Matskolan var uppskattad, att kunskapen hos de äldre ökade och att deltagarna förändrat en del tankar och vanor kring mat. För att se långsiktiga effekter på beteendet av Matskolan krävs fler studier (Nydahl, 2006).

**Bilaga 1**





## Köp av tjänst

Avtal rörande tjänsteköp mellan Eskilstuna kommun och  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Eskilstuna kommun avser att under våren 2013 köpa in ett XXXXXX till projektet "Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande". XXXXXX ska pågå X gånger med start vecka X.  
Pris: XXXXXX.

Betalningsvillkor  
Faktura ska ställas till Eskilstuna kommun  
Box 356  
631 05 Eskilstuna

På faktura ska det tydligt framgå vilken typ av tjänst som avses samt pris. Eventuell moms ska tydligt framgå. Vidare ska organisationsnummer samt bangiro- eller plusgironummer framgå. Faktura ska märkas med fakturareferens.

Faktura betalas 30 dagar i efterskott från det datum fakturan kom till kommunen inga fakturerings- eller expeditionskostnader får läggas på.

Eskilstuna den

För köparen:

För säljaren:

Eskilstuna kommun

Företag/korpen

---

Postadress	Besöksadress	Telefon, växel 016-710 10 00	Fax	Mobiltelefon
	E-post		Webbplats	

## Tack

*Vi vill rikta ett stort tack till alla som har bidragit till att vi har kunnat genomföra projektet "Samverkansmodell för ett hälsosamt åldrande" och för stöd vid sammanställningen av rapporten för Eskilstuna kommun.*

### Tack till:

Folkhälsoinstitutet som har gett oss förtroendet att delta i projektet.

Projektledare i landstinget Sörmland Christina Bremfält som har stöttat oss i vårt arbete.

Alla deltagare som har varit med under resans gång.

Hälsocoacher på Fröslunda och Skiftinge vårdcentral.

Personal på öppna verksamheter och mötesplatser.

Korpen Eskilstuna, Sensus studieförbund, Margareta Rane Helhetssyn och Helene Sönnerfors HS Hälsan.

FoU i Sörmland för ekonomiskt stöd till sammanställningen av rapporten.

Carina Forsman Björkman FoU för stöd och uppmuntran under vårt arbete.

Statistiker Hans-G Eriksson, FoU centrum, Landstinget för stöd och hjälp med statistisk bearbetning.

Eva Johansson

Lena Pettersson

Kommunsamordnare

Kommunsamordnare

[Eva.johansson7@eskilstuna.se](mailto:Eva.johansson7@eskilstuna.se)

[lana.pettersson2@eskilstuna.se](mailto:lana.pettersson2@eskilstuna.se)

## Referenser

Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell S. *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapssammanställning*. 2005:6. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2005.

Bandura A. *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc, 1977

Berensson Karin, Olofsson Elisabeth, Räftegård Färggren Therese. *Äldres hälsa – en utmaning för Europa*. Socialmedicinsk tidskrift, Vol 87, Nr 3, 2010.

*Det är aldrig försent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Rapport 2009:18, Statens folkhälsoinstitut, 2009.

Ewless Linda, Simnett Ina. *Hälsoarbete*. Andra upplagan. Studielitteratur, 2005.

Folkhälsomyndigheten, *Seniorguiden*, 2013.

Haglund BJA. *Stödjande miljöer som strategi för folkhälsoarbete*. Social medicinsk tidskrift 1996:2-3, Temanummer miljö och hälsa.

Haglund BJA m.fl. *The Sundsvall handbook "We can do it!"* From the 3<sup>rd</sup> International Conference on Health promotion, Sundsvall. Stockholm: Karolinska Institutionen för folkhälsovetenskap, 1992.

*Healthy Ageing – en utmaning för Europa*. En kortversion av Healthy Ageingprojektets huvudrapport S2007:02. Huskvarna: Statens folkhälsoinstitut

Kallings LV, Sierra Johnson J, Fisher RM, Faire U, Ståhle A, Hemmingsson E, et al. *Beneficial effects of individualized physical activity on prescription on body composition and cardiometabolic risk factors: results from a randomized controlled trial*. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2009;16:80-4

Naidoo J, Wills J. *Folkhälsa och hälsofrämjande insatser*. Lund. Studentlitteratur, 2007.

Neda Agahi, Carin Lennartsson, Jenny Österman, Sven Erik Wånell. *Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer*. Socialmedicinsk tidskrift, Vol 87, Nr 3 (2010)

Nydahl M. *Matskola för friska hemmaboende äldre*. Socialstyrelsen, 2006

O'Neill M. *Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health related intervention*. Health promotion international, 1999.

Pellmer Kristina, Wramner Bengt. *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Andra upplagan, 2007.

Proschaska JO, Di Clemente CC. "Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change", J consult Clin Psych; 1983;51:390-5. 1983)

Region Fakta 2011-02-15 [www.regionfacta.com](http://www.regionfacta.com)

Rootman I m.fl. *Towards a framework for health promotion evaluation*. Copenhagen: WHO Europé, 1997

Rowe JW & Kahn RL. *Successful Aging*. New York: Pantheon Books, 1998.

Sackett DL. *The magnitude of compliance and noncompliance*. In: Sackett DL, Haynes RB (eds). *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: The John Hopkins University press, 1976.

Sandersson C, Svanström L. *The Stockholm cancer prevention programme. Framework for evaluation*. Stockholm: Landstingets hälsovård, 1985.

Socialstyrelsen. *Social rapport 2006*. Stockholm, 2006.

Statens beredning för medicinsk rådgivning. *Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturöversikt*. SBU Stockholm, 2007.

Statens Folkhälsoinstitut. *Folkhälsopolitisk rapport 2010 Framtidens folkhälsa – allas ansvar*, 2010.

Statens Folkhälsoinstitut. *Äldres hälsa – En utmaning för Europa – Kortversion 2007:02*

Statistiska centralbyrån. *Statistisk årsbok för Sverige 2010*. Stockholm, 2010.

Svanström L. *Introduktion i folkhälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur, 2002.

The Swedish National Institute of Public Health R 2006:29 *Healthy Ageing A Challenge for Europe R 2006:29*

[www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/folkhalsa/Sidor/default.aspx](http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/folkhalsa/Sidor/default.aspx), Statens folkhälsoinstitut, 2009

Westerholm Barbro (2010) *Äldre människor – en resurs diskriminerad inom och utom arbetslivet*. Socialmedicinsk tidskrift, Vol 87, Nr 3 (2010) Östersund 2010:16





FoU i Sörmland  
Drottninggatan 16 B  
632 20 Eskilstuna  
Telefon: 016-541 40 30  
e-post: [info@fou.sormland.se](mailto:info@fou.sormland.se)