

# Motverka psykisk ohälsa bland äldre med gruppverksamhet?

– en pilotstudie vid  
Malmköpings vårdcentral

Ulla Beijer



## Sammanfattning

På vårdcentralen i Malmköping har man under de senaste åren uppmärksammat att psykosociala svårigheter, åldersrelaterade problem, kriser, ångestproblematik och depressioner är vanligt förekommande bland äldre. Mot denna bakgrund, samt att Malmköpings vårdcentral har ett upptagningsområde som procentuellt sett har den äldsta befolkningen i Sörmland, har vårdcentralen under hösten 2013 genomfört ett pilotprojekt rörande gruppverksamhet för äldre. Ett pilotprojekt med målsättningen att förebygga, förbättra eller fördröja psykisk ohälsa bland äldre. Gruppverksamheten, som bestod av sex personer, män och kvinnor mellan 65-85 år, pågick en gång i veckan i åtta veckor och har letts av vårdcentralens äldrekurator.

FoU i Sörmland (FoUiS) har genomfört denna lilla pilotstudie och deskriptivt dokumenterat huruvida gruppverksamheten kortsiktigt påverkat deltagarnas psykiska välmående. Pilotstudien innehåller därför en mätning av gruppdeltagarnas psykiska välbefinnande före och efter deltagandet i gruppverksamheten. Även deltagarnas utvärdering av verksamheten redovisas i rapporten.

Resultatet visar att gruppen som helhet fick ett ökat psykiskt välmående: ångest och depression minskade, rörligheten ökade, fysiska smärtor och besvär minskade och sammantaget skattades ett bättre allmänt hälsotillstånd efter deltagandet i gruppverksamheten än före.

Det går inte att dra några generella slutsatser på ett så litet underlag och med en så kort uppföljningstid, strax före och strax efter en gruppverksamhet. Det går dock inte att komma ifrån att just denna gruppverksamhet hade, i alla fall kortsiktigt, positiva effekter. Därom vittnar också deltagarnas egen utvärdering av verksamheten som var alltigenom positiv. De var nöjda med programinnehållet, glada att få träffas som äldre på detta sätt, att få diskutera frågor rörande åldrandet och livet, och kända gemenskap med varandra. Om resultatet skulle bli detsamma för andra liknande gruppverksamheter för äldre, om förbättringen dessutom skulle kunna fördröja eller minska utvecklandet av allvarigare psykiska problem och sjukdomar över tid, skulle samhället, vårdcentraler och andra instanser, med ganska små medel, sannolikt kunna bidra till en psykiskt friskare åldersgrupp. Troligen skulle detta också i förlängningen kunna minska kostnader inom vård och hemtjänst.

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>Innehåll .....</b>	<b>4</b>
<b>Inledning.....</b>	<b>5</b>
<i>Gruppverksamhet för att motverka psykisk ohälsa vid Malmköpings     vårdcentral .....</i>	<i>6</i>
<b>Pilotstudien .....</b>	<b>8</b>
<i>Syftet .....</i>	<i>8</i>
<i>Metod .....</i>	<i>8</i>
Mätning av gruppdeltagarnas psykiska välmående.....	8
Deltagarnas utvärdering av verksamheten .....	8
Antal deltagare och bortfall.....	9
<b>Resultat .....</b>	<b>10</b>
<i>Skattningsskalorna HAD och EQ-5D .....</i>	<i>10</i>
Lägre ångestpoäng.....	10
Lägre depressionspoäng .....	10
Bättre rörlighet, mindre smärta och oro .....	10
Bättre skattat hälsotillstånd.....	10
<i>Deltagarnas utvärdering av gruppverksamheten .....</i>	<i>10</i>
<b>Diskussion .....</b>	<b>12</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>13</b>

## Inledning

Psykisk ohälsa är vanligt förekommande bland äldre över 65 år och kan vara alltifrån oro, ångest, lättare depressioner till en diagnostiserad psykiatrisk sjukdom. Oro, ångest och lättare depressioner kan vara tecken på en begynnande psykisk sjukdom, men kan också vara symtom på att livet förändrats, att arbete och arbetskamrater försvunnit, en ofrivillig ensamhet och isolering, en krisreaktion efter makes/makas bortgång, eller en rädsla av att drabbas av svåra sjukdomar, åldersrelaterade funktionsnedsättningar, etcetera. Socialstyrelsen har i flera rapporter konstaterat att många äldre mår psykiskt dåligt och att det psykiska stödet som sjukvården kan erbjuda många gånger är otillräckligt (Socialstyrelsen 2011, 2012, 2013). Depression är det vanligaste psykiska hälsoproblemet hos äldre (Närvård i Sörmland, 2013). Även lättare depressioner hos äldre behöver observeras och söka förhindras då dessa kan fördubbla risken för suicid i gruppen (Rundgren & Larsson, 2010). Här har vårdcentraler, hemtjänst och andra instanser i samhället stor betydelse för att hjälpa, förebygga och fånga upp psykisk ohälsa bland äldre.

Denna rapport omfattar en pilotstudie rörande ett projekt om gruppverksamhet bland äldre vid Malmköpings vårdcentral, med målsättningen att förebygga, förbättra eller fördröja psykisk ohälsa bland äldre. Gruppverksamheten har letts av vårdcentralens kurator, med särskilt ansvar för äldres psykiska ohälsa, så kallad "äldrekurator".

Ett tidigare projekt med landstingsanställd kurator, då inom Rehabenheten för Flen/Malmköping, genomfördes under 2002 där behovet och nyttan av kuratorer inom äldrevården tydliggjordes (Avian, 2002). På vårdcentralen i Malmköping har man under de senaste åren uppmärksammat att psykosociala svårigheter och åldersrelaterade problem och kriser är vanligt förekommande bland äldre. Många äldre på vårdcentralen har ångestproblematik och har utvecklat depressioner. Mot denna bakgrund, samt att Malmköpings vårdcentral har ett upptagningsområde som procentuellt sett har den äldsta befolkningen i Sörmland, ansökte vårdcentralen om ekonomiskt stöd ur centrala medel inom primärvården för ett utvecklingsprojekt med en äldrekurator. Äldrekuratorn skulle, enligt projektansökan, erbjuda professionellt samtalsstöd/terapi för den aktuella patientgruppen (psykiskt sköra äldre) och även utarbeta och prova gruppverksamhet utifrån äldres behov och levnadsvillkor (Malmköpings vårdcentral, 2013). Projektmedel beviljades och en äldrekurator anställdes på 30 % under tiden 1/3 – 31/12 2013. Från och med 1 januari 2014 har projektet med äldrekurator permanentats.

Chefen för Malmköpings vårdcentral tog under våren 2013 kontakt med FoU i Sörmland (FoUiS) för att diskutera eventuell dokumentation av gruppverksamheten bland äldre. Denna pilotstudie är ett resultat av samarbetet mellan äldrekuratorn, chefen för vårdcentralen och FoUiS.

## **Gruppverksamhet för att motverka psykisk ohälsa vid Malmköpings vårdcentral**

Nedanstående redogörelse går att läsa i Vårdcentralens egen rapport rörande projektet ”Äldreкурator vid vårdcentralen i Malmköping” (Malmköpings vårdcentral, 2014).

Gruppverksamheten för äldre vid Malmköpings vårdcentral har kallats för ”Livet som senior – möjligheter och svårigheter. Ett informationsmaterial om den planerade verksamheten utformades och spreds i huvudsak via vårdcentralens egen personal till patienter som bedömdes tillhöra den aktuella målgruppen. I början av hösten 2013 hade fyra kvinnor och två män i åldrarna 68 – 85 år anmält sig.

Gruppverksamheten pågick i ett sammanträdesrum på vårdcentralen en gång i veckan i åtta veckor, ca 90 minuter per gång, under september och oktober 2013.

Under alla projektets åtta tematräffar fanns kuratorn med som sammanhållare och gruppleddare. Sjukgymnast, läkare och arbetsterapeut ansvarade också för programmet vid några träffar. Några av programpunkterna var:

- Om åldrande och ändrade livsvillkor
- Fysisk aktivitet och träning
- Att må dåligt psykiskt
- Att ”ta hand om sig” och värna om det man mår bra av
- Praktiska hjälpmedel
- Att i någon form berätta om sitt liv

Oftast inleddes gruppträffarna med en informationsdel som sedan följdes av gruppmedlemmarnas reflektioner utifrån egna erfarenheter. Varje träff innehöll en paus i

mitten av träffen, med kaffe och enkla rörelseövningar. Som gruppdeltagare kunde man vara

aktiv eller mera lyssnande, allt efter önskemål. Enligt äldreкурatorn:

*”... utvecklades en mycket god stämning och samhörighetskänsla i gruppen. Att känna igen sig i varandras upplevelser och berättelser om hur man på olika sätt strävade med tillkortakommanden och styrkor uppskattades av deltagarna. Trots de många gånger allvarliga samtalsämnena fanns det också plats för humor och skratt. Det som gruppmedlemmarna gav till varandra hade aldrig kunnat förmedlas av vårdcentralens personal. En stark önskan fanns i gruppen om en fortsatt-*

*ning av verksamheten. En sista uppföljande träff anordnades i februari 2014 då en av vårdcentralens distriktssköterskor medverkade och gav kostinformation, vilket varit ett önskemål från gruppen. Gruppen har börjat träffas privat och planerar att ses en gång per månad, vilket kanske kan ha en minst lika gynnsam effekt på den psykiska hälsan som själva grundprogrammet. Således förefaller någon form av självhjälpsgrupp ha skapats som en följd av den planerade verksamheten” (Malmköpings vårdcentral, 2014).*

# Pilotstudien

## **Syftet**

Syftet med pilotstudien var att deskriptivt dokumentera gruppverksamheten bland äldre, de äldres upplevelse av densamma, samt om gruppverksamheten påverkat de äldres psykiska välmående och motverkat psykisk ohälsa.

## **Metod**

Pilotstudien innehåller resultatet av mätning av gruppdeltagarnas psykiska välbefinnande före och efter deltagandet i gruppverksamheten, samt deltagarnas utvärdering av verksamheten.

## **Mätning av gruppdeltagarnas psykiska välmående**

För att mäta om gruppverksamheten påverkat de äldres psykiska välmående och eventuellt motverkat psykisk ohälsa har deltagarna fått fylla i två skattningsskalor/enkäter (HAD och EQ-5D), en gång i början av gruppverksamheten (s.k. baslinjen) och en gång efter gruppverksamhetens slut.

*HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)* är ett kort självskattningsformulär som ger ett mått på patientens sinnesstämning och värderar ångest och depression samtidigt (Zigmond, Snaith, 1983). Enkäten består av sju frågor om depression och sju frågor om ångest. Frågorna kan ge mellan 0-3 poäng.

*EQ-5D* är ett beskrivande frågeformulär där individen klassificerar sin egen hälsa på en tregradig skala (inga besvär, måttliga, svåra besvär) inom fem olika dimensioner: rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet. Skattningen av hälsotillståndet visas på en skala 0-100 där 100 är det bästa tänkbara tillståndet. Instrumentet har använts i folkhälsoundersökningar och inom olika grupper ur befolkningen (Burström 2002, Sun, et al 2012) och är tillämpligt för att värderar hälsotillstånd, oavsett vem som värderar densamma (Drummond et al, 1997).

Deltagarna/respondenterna informerades om att deltagandet i undersökningen var frivilligt, att de kunde avsluta sin medverkan i undersökningen när som helst och att resultaten av de två skattningsskalorna/enkäterna (HAD och EQ-5D) endast redovisas på gruppnivå.

## **Deltagarnas utvärdering av verksamheten**

Deltagarna har efter avslutad gruppverksamhet fått svara på en utvärderingsenkät rörande gruppverksamheten.

Utvärderingsfrågorna/-enkäten har utarbetats i samarbete mellan FoUiS, vårdcentralens chef och äldreкуратор. Enkäten innehåller tre frågor: På fråga 1, "Vad



tycker du om programinnehållet som helhet under dessa gruppträffar?”, har man möjlighet att ge något av sex omdömen (Mycket bra, Bra, Ganska bra, Ganska dåligt, Dåligt, Mycket dåligt), och också: ”Kommentera varför”. Fråga 2 är en helt öppen fråga: ”Vad tar du med dig efter dessa träffar?”. Fråga 3: ”Har du behov av ytterligare gruppträffar framöver om möjligheterna skulle finnas?” Här kan man svara: ”Ja”, ”Vet ej”, ”Nej”, samt ”Kommentera”.

### **Antal deltagare och bortfall**

Sex personer deltog i gruppverksamheten, fyra kvinnor och två män mellan 65-85 år. Fyra personer fyllde i skattningssenkäterna (HAD och EQ-5D) vid starten för gruppverksamheten och efter avslutade gruppträffar. Alla sex besvarade utvärderingsfrågorna.

## Resultat

### **Skattningsskalorna HAD och EQ-5D**

Vid läsning av resultatdelen krävs försiktighet och medvetenhet om att inga generella tolkningar kan göras då resultaten av skattningssenkäterna endast bygger på fyra personers svar.

### **Lägre ångestpoäng**

Ingen av de fyra som fyllt i HAD-formuläret vid gruppverksamhetens början (baslinjen) hade några höga ångestpoäng, möjligtvis förelåg ångest hos en person. Mätningen vid gruppverksamhetens slut visade att ingen ångest förelåg hos någon i gruppen, trots låga sammantagna ångestpoäng initialt hade gruppen som helhet ännu lägre sammantagna ångestpoäng vid gruppverksamhetens slut, särskilt hos två personer.

### **Lägre depressionspoäng**

Ingen av de fyra som fyllt i HAD-formuläret vid gruppverksamhetens början (baslinjen) hade några höga depressionspoäng. Trots låga depressionspoäng initialt visade mätningen vid gruppverksamhetens slut ännu lägre depressionspoäng för alla.

### **Bättre rörlighet, mindre smärta och oro**

Formuläret EQ-5D, som fyra personer ifyllt i, visade att de flesta, dock inte alla, i början av gruppverksamheten hade en god rörlighet och klarade huvudsakliga aktiviteter (såsom hushållssysslor, familje- och fritidsaktiviteter). Resultatet efter gruppverksamhetens slut visade däremot att alla hade god rörlighet och klarade huvudsakliga aktiviteter. När det gällde smärtor hade de flesta måttliga smärtor i början av gruppverksamheten ("Jag har måttliga smärtor eller besvär"). Vid gruppverksamhetens slut hade ingen av dem smärtor ("Jag har varken smärtor eller besvär"). Sammantaget hade även poängen för oro minskat i gruppen.

### **Bättre skattat hälsotillstånd**

De fyra respondenterna som skattade hälsotillståndet i formuläret EQ-5D, skattade det mellan 30 och 90 poäng (ju närmare 100 desto bättre skattat hälsotillstånd). Efter gruppverksamhetens slut låg poängen mellan 60 och 100. I genomsnitt hade poängen i det skattade hälsotillståndet i hela gruppen ökat i medelvärde från 63 poäng till 80 poäng.

### **Deltagarnas utvärdering av gruppverksamheten**

Alla sex deltagare besvarade frågor om gruppverksamheten/träffarna. När det gällde programinnehållet svarade fyra "mycket bra" och två "bra". Kommenta-

terna omfattade både själva innehållet och fördelar med att träffas i grupp, t ex: ”... *Innehållet var omväxlande och bra*”, ”... *träffa andra i samma livssituation i enkla och trevliga former...*”, ”*Bra att utbyta erfarenhet*”. Enda kritiken var att dietistmedverkan saknades.

På frågan ”Vad tar du med dig efter dessa träffar?” fanns svar som dels belyste klimatet på gruppträffarna (”*Gruppens anda och atmosfär*”), dels belyste den information om hjälp som gruppträffarna gett (”*Att det finns hjälp om man behöver, man är inte ensam*”). Vidare belystes egen ökad säkerhet (”*Självförtroendet har ökat*”), och gemenskapen i gruppen (”*Gemenskap, intressant att utbyta tankar...*”, ”*Längtar efter att få träffas igen*”).

På frågan ”Har du behov av ytterligare gruppträffar framöver om möjligheterna skulle finnas?” svarade alla ”Ja”. Kommentarer pekar på vikten av liknande träffar, dels på grund av svårigheter att få nya kontakter med jämnåriga äldre på en liten ort (”... *svårt att få kontakt med jämnåriga när man inte är intresserad av dans ...*”, ”*på en liten ort... behövs dessa möjligheter som gruppverksamheten kan ge*”), och dels på grund av behovet att få fortsätta prata med varandra (”*Ju mer man lär känna varandra inom gruppen, desto lättare att byta tankar med varandra, vilket är viktigt under åldrandet*”).

Sammanfattningsvis kan sägas att själva gruppverksamheten, både innehåll och form, varit helt adekvat och mottagits mycket positivt av deltagarna. Alla ville träffas igen i liknande gruppverksamhet för äldre.

## Diskussion

Denna lilla pilotstudie, som genomfördes på vårdcentralen i Malmköping, är ett exempel på de möjligheter som kan finnas för att förbättra äldres psykiska välmående. Det går förstås inte att dra några generella slutsatser på ett så litet underlag och med en så kort uppföljningstid, strax före och strax efter en gruppverksamhet. Till det krävs större studier med fler medverkande, genomförda på fler platser och med längre uppföljningstid. Gärna studier som också inkluderar/jämför med en köns-, åldersmatchad kontrollgrupp som i början har samma psykiska hälsostatus som studiegruppen, men som inte deltar i någon gruppverksamhet. Trots detta ger pilotstudien en uppfattning om i vilken utsträckning, under en kortare tid, denna gruppverksamhet har kunnat påverka deltagarna. Gruppen som helhet fick ökat psykiskt välmående: ångest och depression minskade, rörligheten ökade, fysiska smärtor och besvär minskade och man skattade ett bättre allmänt hälsotillstånd efter gruppverksamheten än före. Det är väl känt att de flesta människor mår bra av att vara delaktiga i någonting, bli sedda och umgås i en positiv miljö (Karp, Agahi, Lennartsson, Lagergren, Vånell, 2013). Ändå isoleras många äldre och lämnas ensamma med att själva försöka mentalt klara av den förändrade livssituationen.

Deltagarnas utvärdering av gruppverksamheten återspeglar något av det som visat sig i skattningsenkätsvaren, men på ett något annat sätt och med andra ord. Här talas det om ”god gemenskap”, ”bättre självförtroende”, bra undervisning (”att det finns hjälp om man behöver”), delaktighet (”intressant att utbyta tankar”), att under trygga och trevliga former med god ledning få träffas (”Gruppens anda och atmosfär”). Endast *en* kritik går att utläsa – en önskan om mer information: ”dietistmedverkan saknades”.

Om resultatet skulle bli detsamma för andra liknande gruppverksamheter för äldre, om förbättringen dessutom skulle kunna fördröja eller minska utvecklandet av allvarigare psykiska problem och sjukdomar över tid, vilket man som sagt inte vet något om i detta fall, skulle samhället, vårdcentraler och andra instanser, med ganska små medel, sannolikt kunna bidra till en psykiskt friskare åldersgrupp, som dessutom har det lite roligare. Troligen skulle detta också i förlängningen kunna minska kostnaderna inom vård och hemtjänst.

## Referenser

Avian N (2002). *Utvärderingsrapport av projektet: Kurator för äldreomsorgen och den palliativa vården i Flens kommun*. Flens kommun.

Burström K (2002). *Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D – Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län*. Socialmedicin, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting. Stockholm: Katarina Tryck AB.

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, 2nd edn*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1997.

Karp A, Agahi N, Lennartsson C, Lagergren M, Wånell S E (2013). *Ett hälsosamt åldrande*. Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2013:05.

Malmköpings vårdcentral (2013). Ansökan om ekonomiskt stöd för Verksamhetsutvecklingsprojekt. Malmköpings vårdcentral.

Närvård i Sörmland (2013). *Äldre i Sörmland. Kvalitetsuppföljning av vården av äldre i Sörmland 2012*. Kommuner och landsting i samverkan.

Rundgren Å, Larsson M. (2010) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Sun S, Irestig R, Burström B, Beijer U, Burström K. (2012). Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40:115-125.

Zigmond A, Snaith RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67:361-30.

Socialstyrelsen (2011). *Psykisk ohälsa hos äldre*. En kartläggning och analys av samverkan mellan huvudmännen. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Det är inte alltid som man tror – vägledning till att uppmärksamma äldre med psykisk ohälsa inom primärvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

## Rapporter utgivna av FoU i Sörmland (från 2008)

### **Rapport 2008:1**

#### **Gå utbildning är en sak, men vad händer sedan i den praktiska yrkesvardagen?**

Vårdpersonalens uppfattning av lärandet och tillämpning av kunskaper efter fortbildning

*Författare: Annika Sjöberg*

### **Rapport 2008:2**

#### **Sjuksköterskans autonoma legitimeringsgrundande funktion utifrån aspekten att ansvara för omvårdnaden**

– en beskrivning av hur sjuksköterskor på särskilda boenden uppfattar den.

*Författare: Eija Göransson*

### **Rapport 2011:1**

#### **Samsjuklighet - Riskfaktor för metabolt syndrom vid psykisk sjukdom**

*Författare: Karolina Liljeholm och ALma Shafiee*

### **Rapport 2011:2**

#### **Salutogent ledarskap - Jag har mer resurser att ge än vad jag har möjlighet att ge ...**

*Författare: Maria Lund och Helena Lundin*

### **Rapport 2012:1**

#### **Ekeby - ett steg på vägen – Utvärdering av Ekebyvägen rehabiliteringsboende**

*Författare: Kari Jess*

### **Rapport 2013:1**

#### **Utvärdering av Sörmlands arbete med att skapa förutsättningar för att främja äldres hälsa**

*Författare: Maria Bennich*

### **Rapport 2013:2**

#### **Införande av ICF inom vård- och omsorgsförvaltningens handikappomsorg**

– en processutvärdering

*Författare: Lars Olsson*

### **Rapport 2013:3**

#### **Näckrosprojektet – Kompetensutveckling för samverkan och brukarinflytande**

*Författare: Emme-Li Vingare*

## Projektredovisningar utgivna av FoU i Sörmland (från 2008)

### **Projektredovisning 2008:1**

#### **Anpassning mellan miljö och arbetssätt vid Sealöhemmet**

Delrapport av ett projektarbete i Eskilstuna kommun

*Författare: Ann-Sofie Karlsson*

### **Projektredovisning 2008:2**

#### **Kompetensutveckling för hemvårdspersonal i rehabiliterande arbetssätt.**

Redovisning av ett projektarbete i Eskilstuna kommun

*Författare: Sassa Kusserow och Anna Vörde Sirviö*

### **Projektredovisning 2008:3**

#### **"Lite mer än vanlig hemtjänst"**

– Demensteamledare gör skillnad

*Författare: Sofia Kialt och Eva-Lena Wahl*

### **Projektredovisning 2008:4**

#### **Individuella målprogram för äldre personer med utvecklingsstörning**

*Författare: Annika Öhman*

### **Projektredovisning 2008:5**

#### **Sammanhållen hemsjukvård, en vinst för alla!**

*Författare: Sara Cederbom*

**Projektredovisning 2009:1**

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

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

*Författare: Pia Holm och Barbro Wojciechowski*

**Projektredovisning 2009:2**

**"BLÄLJUS" på akuten ... – äldre multisyjuka**

Rapport mobilt närvårdsteam Akutmottagningen, Mälarsjukhuset

*Författare: Pia Kjaersgaard*

**Projektredovisning 2009:3**

**Sjuksköterskan roll i en framtida salutogen äldreomsorg**

*Författare: Christina Thorell*

**Projektredovisning 2010:1**

**Modell för hemrehabilitering i Strängnäs kommun**

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

**Projektredovisning 2011:1**

**Demensomsorgsutveckling i Strängnäs – anpassning mellan miljö och arbetssätt**

*Författare: Ann-Sofie Carlsson*

**Projektredovisning 2013:1**

**Begåvningsstöd - En väg till ökad självständighet för personer med utvecklingsstörning**

*Författare: Amanda Personne & Maria Åkerström*

**Projektredovisning 2013:2**

**Teknik för äldre samt personer med funktionsnedsättning - projektrapport**

*Författare: Johnny Holmberg*

**Rapporter och projektredovisningar finns på [www.fou.sormland.se](http://www.fou.sormland.se)**



Kommuner och landsting  
i samverkan

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)