



Seniorpuls

Social investering i samverkan mellan frivillig- och hälsofrämjande enheten inom Vård och omsorgsförvaltningens förebyggande verksamhet i samverkan med Örebro läns idrottsförbund.

Sammanfattning

Antalet äldre personer ökar i samhället. I Örebro kommun är prognosen för perioden 2017–2027 att antalet som är 65 år eller äldre kommer öka med 4 710 personer. Störst är ökningen i gruppen 75–84 år. För att denna förändring inte ska innebära en omfattande ökning vad gäller behovet av omsorgs- och välfärdstjänster är det av stor vikt att äldre håller sig friska och kan vara självständiga allt längre. Det är framför allt värdefullt för individen som får möjlighet att bibehålla hälsa och autonomi, men även av stor vikt för samhället och välfärden. Fyra hörnpelare har konstaterats vara viktiga för att uppnå ett hälsosamt åldrande och dessa är: meningsfullhet, socialt stöd och gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor. Ett exempel på arbete i Örebro kommun som syftar till att stärka äldres hälsa utifrån de fyra hörnpelarna är seniorträffar på träffpunkter. Insatsen har varit uppskattad och visats ha effekt, men en reflektion är att det har varit svårt att nå de äldre som har de största behoven, framför allt i områden med socioekonomiska utmaningar. En konsekvens av att inte alla grupper nås är att ojämlikhet i hälsa förstärks.

Syftet med den föreslagna insatsen är att, med utvecklade seniorträffar som metod, bidra till ökad jämlikhet i hälsa bland äldre personer genom att främja ett hälsosamt åldrande i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar. Målgrupp för satsningen är personer som är 65 år eller äldre och som bor i ordinärt boende i områdena Varberga och Oxhagen. Insatsen är planerad till perioden 2020–2022 och kapacitet finns för att under projekttiden hålla 11 grupper med 14 deltagare i respektive grupp. Varje grupp pågår under tolv veckor, med två träffar i veckan och leds av en seniorlots. Vid varje träff kommer deltagarna diskutera olika teman, exempelvis psykiskt välbefinnande, fallrisker och läkemedel. Samtliga träffar kommer även ha ett inslag av fysisk aktivitet och under en av veckans två träffar är det den fysiska aktivitet som är huvudinslaget. Efter avslutad grupp är målsättningen att deltagarnas fysiska och psykiska hälsa har förbättrats, eller bibehållits om den redan var god vid starten, att risken för fallskador har minskat och i förlängningen att deltagarnas självständighet och oberoende förlängs. För att utvärdera insatsen kommer deltagarna, före, i samband med avslut och efter avslutad grupp (3–6 månader), fylla i en hälsoenkät och genomföra enkla tester. För att följa huruvida jämlikheten ökar kommer vård- och omsorgsdata och hälsostatistik jämföras över tid och mellan bostadsområden.

Totalt tar satsningen 1,998 miljoner kronor i anspråk från reservationen för sociala investeringar. Satsningen förväntas ge ekonomiska effekter för Programnämnd social välfärd och Hemvårdsnämnden, framförallt reducerade kostnader för vård- och omsorg och hemtjänst men också påverkan på kostnader för fallskador då dessa undviks.¹

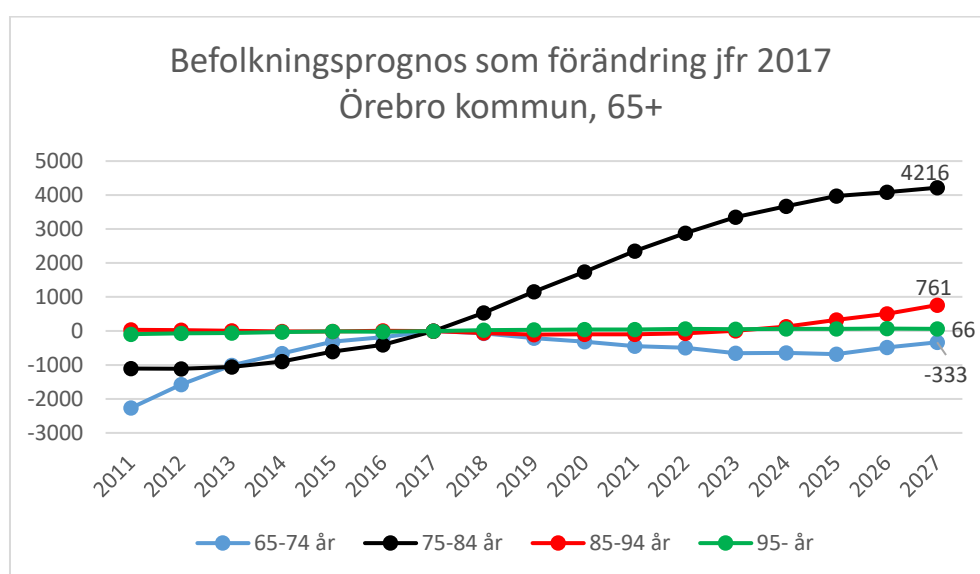
¹ De båda tidigare vård- och omsorgsnämnderna (väster och öster) fattade i oktober 2018 beslut om att idéprövningen "Områdessatsning utveckling av seniorträffar" går vidare till en ansökan enligt processen för sociala investeringar.

| | |
|--|----|
| Innehåll | |
| Sammanfattning | 1 |
| Bakgrund och problemformulering..... | 3 |
| Beskrivning av nuvarande insatser – Förebyggande hembesök och seniorträffar..... | 5 |
| Utvecklingsarbete - Områdessatsning VOX..... | 6 |
| Kartläggning av nuläge..... | 7 |
| Utmaningar..... | 9 |
| Evidens och forskning | 9 |
| Modell Livslots för seniorer | 9 |
| Skydds- och riskfaktorer för hälsa och fallskador | 9 |
| Ensamhet | 9 |
| Matvanor | 10 |
| Fysisk aktivitet | 10 |
| Metod för satsningen..... | 11 |
| Målgrupp och avgränsning | 12 |
| Organisation..... | 12 |
| Resurser inom satsningen Seniorpuls..... | 12 |
| Projektorganisation..... | 12 |
| Berörda nämnder och verksamhetsområden | 13 |
| Förankring | 13 |
| Tidsplan..... | 13 |
| Upplägg och genomförande | 13 |
| Förberedelsefas..... | 14 |
| Aktivitetsfas | 14 |
| Uppföljningsfas | 16 |
| Kopplingar till andra projekt | 16 |
| Målsättning, effekter och utvärdering..... | 17 |
| Målsättning med satsningen och förväntade effekter | 17 |
| Utvärdering och uppföljning | 18 |
| Antaganden..... | 21 |
| Satsningens siffror..... | 21 |
| Känslighetsanalys..... | 22 |
| Jämförelsealternativ och förväntat utfall utan satsning..... | 23 |
| Etiska överväganden..... | 23 |
| Implementering och uppskalning | 24 |
| Bilaga 1 Evidens och forskning..... | 25 |
| Livslots för seniorer | 25 |
| Fallförebyggande insatser | 25 |
| Fysisk aktivitet | 26 |
| Matvanor | 27 |
| Ensamhet | 28 |
| Bilaga 2 – Fördjupning metodval | 29 |
| Hälsoenkät | 29 |
| Funktionstester..... | 29 |
| Timed up and Go (TUG) | 29 |
| Uppresningstest..... | 29 |
| Blodtryck..... | 29 |
| Intervjuer | 29 |
| Motivational Interviewing (MI) | 29 |
| Canadian Occupational Performance Measure..... | 30 |

Bakgrund och problemformulering

Sverige står inför stora utmaningar då andelen äldre i befolkningen ökar. Medellivslängden har ökat i stort sett utan avbrott i Sverige under 250 år i en takt som motsvarar två månader per år. En befolkning med hög medelålder innebär att det finns stort behov av vård och omsorg². Örebro kommun följer samma mönster som nationella trender och äldreomsorgen står för 14,4 procent av kommunens kostnader, det vill säga 1,9 miljarder kronor 2017³.

För att kunna erbjuda vård och omsorg och välfärdstjänster till alla dem som behöver det är det viktigt att stödja befolkningen att förbättra eller bibehålla sin hälsa, funktions- och aktivitetsförmåga så länge som möjligt och möjliggöra för de seniorer som önskar att bo kvar i ordinarie boende så länge som möjligt. För Örebro kommun ser befolkningsprognosen ut enligt figur nedan. Åldersgruppen 75–84 år är den som beräknas öka mest i antal under de kommande tio åren.



Figur 1. Befolkningsprognos Örebro kommun som förändring jämfört med 2017 års antal, våren 2018.

I åldersgruppen 65 år och äldre finns stor potential att arbeta hälsofrämjande för att bibehålla hälsa och oberoende så länge som möjligt. Bland personer i åldrarna 65–79 år har endast en av tio personer i Örebro kommun insatser i form av hemtjänst eller vård- och omsorgsboende, medan det i åldersgruppen 80 år eller äldre är tre av tio⁴. Det innebär att majoriteten av personer över 65 år, såväl som i gruppen över 80 år, har så god hälsa att de klarar sin vardag själva, eller med hjälp av anhöriga. Om andelen med behov av vård och omsorg i framtiden skulle vara som dagens nivåer och kostnaden per person⁵ motsvarande innebär det stora påfrestningar på välfärdssystemen.

Perioden i livet efter pension från arbetslivet när de flesta har relativt goda förhållanden i fråga om hälsa, social och ekonomisk situation brukar kallas ”den tredje åldern”. Syftet med hälsofrämjande

² Socialstyrelsen, Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017

³ Årsredovisningen Örebro kommun 2017

⁴ Kolada 2018-04-20 www.kolada.se

⁵ Örebrons genomsnittliga kostnad per person och år för hemtjänst är 387 655 och för VOBO 789 486 kr

insatser för seniorer är att förlänga den tredje åldern, så att hälsa och självständighet bibehålls och behov av vård och omsorg inträffar senare. Fyra hörnpelare har konstaterats viktiga för att främja ett hälsosamt åldrande och dessa är: meningsfullhet, socialt stöd och gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor⁶.

Fysisk aktivitet är ett medel som kan och bör användas i högre utsträckning i arbetet med äldres hälsa. Både livskvalitet och det allmänna välbefinnandet ökar, liksom möjligheten till sociala kontakter. Genom att vara fysiskt aktiv bygger den äldre dessutom upp en reservkapacitet som underlättar dagliga aktiviteter och skyddar vid sjukdom. Fysisk aktivitet är alltså ett effektivt sätt att behålla en hög grad av självständighet hos äldre män och kvinnor⁷. Det finns ett antal faktorer som påverkar äldres möjlighet till fysisk aktivitet, inte minst rörelseförståelse, upplevelse av tillgänglighet, trygghet och säkerhet. Örebro kommuns övergripande strategier och budget betonar återkommande vikten av att arbeta systematiskt med förebyggande arbete och tidiga insatser inom alla kommunens områden⁸.

Varje år faller var tredje person över 65 år, fallskador är vanligare bland kvinnor än bland män. Fysisk aktivitet och träning kan förebygga fallolyckor och minska omfattningen av en eventuell fallskada. År 2017 skedde 1345 fallolyckor som ledde till slutenvård i Örebro län bland personer 65 år och uppåt. Av dessa avled 38 personer till följd av fallolyckan. Kostnader för fallskador på regional och lokal nivå är svårt att få fram och olika beräkningsätt används. Enligt Socialstyrelsen uppgick 2014 års kostnader för fallskador till 224 miljoner kronor för Region Örebro län och 44 miljoner kronor för Örebro kommun. Samma tidsperiod var antalet fall i Örebro kommun i snitt 574 personer. I kostnadsberäkningen ingår öppenvård, slutenvård och specialiserad somatisk vård respektive insatser inom hemtjänst, särskilt boende och korttidsboende⁹.

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen. Det finns skillnader mellan olika grupper baserat på ålder, kön, utbildningsnivå, socioekonomi och andra faktorer som påverkar social position, så som funktionsnedsättning, HBTQ-tillhörighet, tillhörighet till vissa nationella minoriteter¹⁰. Äldre personer rapporterar i lägre grad god hälsa än yngre och kvinnor i lägre utsträckning än män¹¹. Personer med lång utbildning lever längre och har bättre hälsa än personer med kort utbildning¹². När det gäller olyckor finns det en tydlig social bakgrundsfaktor, där arbetslösa, ensamstående, samt personer med låg inkomst och utbildning är överrepresenterade. Den socioekonomiska ojämligheten finns även för fallskador bland äldre. I illustration av hälsans bestämningsfaktorer nedan framgår att hälsan påverkas av många faktorer på olika nivåer. Från biologiska och sociala förutsättningar på individnivå som rymmer tillit och framtidstro, socialt sammanhang och levnadsvanor. Vidare socioekonomi med utbildning och inkomst till samhällsarenor som berör boende,

⁶ Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell SE. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapsammansättning. R 2005:6. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005.

⁷ Yrkesföreningar fysisk aktivitet. Fyss 2017

⁸ Örebro kommun. Övergripande strategier och budget (ÖSB) 2018.

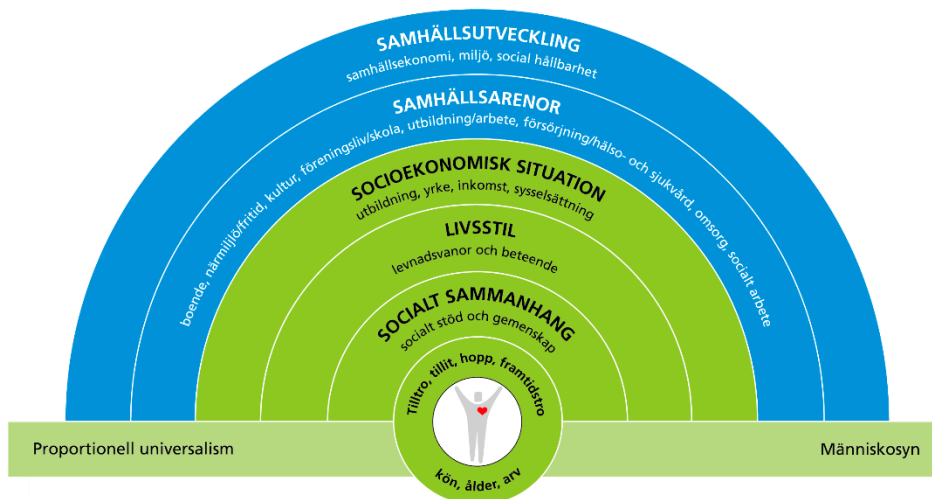
⁹ Socialstyrelsen, uppgift per mail 2016-06-13

¹⁰ SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa

¹¹ Region Örebro län. Liv & hälsa 2017.

¹² SOU 2016:55 Det handlar om jämlik hälsa

arbete, utbildningssystem, föreningsliv, vård och omsorg. Att påverka hälsoutveckling i befolkningen handlar således om att adressera livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor och skapa förutsättningar och stödjande strukturer. Begreppet proportionell universalism avser att insatser bör vara generella men anpassas i utformning och omfattning till de grupper som har störst behov¹³.



Figur 2. Hälsans bestämningsfaktorer - ett samspel mellan individ, miljö och samhälle. Bearbetad figur efter förlagor från Dahlgren & Whitehead, 1991 samt van Vliet & Kristenson, 2014.

Ofta finns grupper med större behov av hälsofrämjande insatser, utifrån lägre utbildningsnivå, lägre inkomster, lägre sysselsättningsgrad och sämre utfall i hälsa i avgränsade bostadsområden. Behoven av att stärka hälsa och hälsans bestämningsfaktorer är mer koncentrerade i dessa bostadsområden. I Örebro kommun har fem bostadsområden identifierats med dessa behov och en organisation som arbetar för sysselsättning, integration, skolresultat och ökad trygghet i bostadsområdena har växt fram i form av Partnerskap Örebro. Dess övergripande uppdrag är att genom samverkan förbättra livskvaliteten för medborgare i områdena Vivalla, Baronbackarna, Varberga, Oxhagen och Brickebacken¹⁴. Det innebär att på lokal nivå samordna och förenkla för kommunala förvaltningar i nära samverkan med det civila samhället och övriga myndigheter för att skapa framtidstro hos medborgarna.

Beskrivning av nuvarande insatser – Förebyggande hembesök och seniorträffar

Frivillig- och hälsofrämjande enheten (FoH) inom förebyggande verksamheten vid vård- och omsorgsförvaltningen har befintlig verksamhet som syftar till att främja hälsa och förebygga ohälsa hos kommunens seniorer. Sedan mer än tio år tillbaka erbjuds alla personer i Örebro kommun som fyller 75 år innevarande år hälsofrämjande insatser, på senare år antingen förebyggande hembesök/hälsosamtal eller seniorträffar. Svartfrekvensen för förebyggande hembesök/hälsosamtal har sjunkit succesivt under flera år.

Örebromodellen av seniorträffar har sin grund i det evidensbaserade, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande programmet ”Livslots för seniorer”. Seniorträffar är ett koncept som

¹³ SKL (2013). Gör jämlikt – gör skillnad.

¹⁴ Partnerskap Örebro på orebro.se <http://www.orebro.se/fordjupning/fordjupning/projekt--samarbeten/partnerskap-orebro.html>

innehåller samtalsträffar i grupp under sex tillfällen, en gång per vecka med olika teman med hälsoanknytning där sakkunniga finns tillgängliga för att vägleda gruppen.

Syftet med att införa seniorträffar parallellt med förebyggande hembesök/hälsosamtal var att nå fler seniorer med förebyggande och hälsofrämjande insatser. Mellan åren 2013–2017 har seniorträffar erbjudits på sex träffpunkter i Örebro, Almby, Södermalm, Marklyckan, Norrby, Brolyckan och Syrianska föreningen. Utvärdering av seniorträffarna visar att deltagarna tycker att de fått bra information om relevanta ämnen och att deltagarna visar ett bättre resultat på testet *timed up and go*. Testet bedömer fallrisk, balansnedsättning och för att se om personen kan ta instruktioner i flera steg. Testet har utförts innan och tre månader efter seniorträffarna. Flera av deltagarna hade önskan att fortsätta träffas. En av grupperna har med hjälp av ett studieförbund fortsatt att träffas.

Intresset för seniorträffar är växande och antalet platser och områden har utökats. En farhåga är dock att de grupper som skulle ha störst nytta av insatsen inte nås. Seniorlotsarnas uppfattning är att andelen som tar del av insatserna är särskilt låga i partnerskapsområdena.

Utvecklingsarbete - Områdessatsning VOX

För att kunna identifiera målgrupper som inte nås med befintliga insatser har metoden för uppsökande verksamhet utvecklats under 2018. Forskning och erfarenheter visar att åldern där äldre personer övergår från tredje till fjärde åldern skiljer sig åt mellan olika grupper. I områden med lägre socioekonomi har åldern för erbjudande om förebyggande hembesök därför sänkts. Seniorer mellan 65 och 75 år och boende i områdena Varberga och Oxhagen (VOX) har erbjudits förebyggande hembesök via brev på flera olika språk och ett uppföljande telefonsamtal. Antalet förebyggande hembesök ökade jämfört med de senaste åren och nya målgrupper har identifierats.

Under 2018 genomfördes arrangemanget ”Leva livet – Hela livet” tillsammans med förebyggande området Vård och omsorg och olika samverkansparter, såväl internt som med civilsamhället. Tanken med arrangemanget var att göra Örebro kommuns förebyggande verksamheter kända hos seniorer boende i VOX. Fokus för arrangemanget var att inspirera till fysisk aktivitet och träning, social samvaro, trygghet och en meningsfull vardag. Träffpunkten Seniorträff VOX har under våren 2019 öppnats i Mötesplats Oxhagens lokaler för att möta seniorers behov utifrån förebyggande och hälsofrämjande aktiviteter. Aktiviteter erbjuds i samverkan med Partnerskap VOX, Kooperativet Träffpunkt Oxhagen, övriga identifierade parter och med deltagande seniorer.

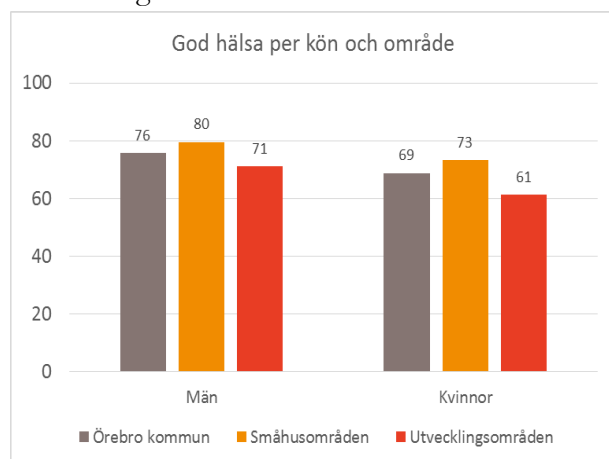
Enheten har knutit nya kontakter, såväl internt i kommunen som externt i Varberga och Oxhagen, vilket är en förutsättning för det fortsatta utvecklingsarbetet i områdena. Viktiga samarbetsparter är Partnerskap Örebro, Mötesplats VOX och Kooperativet Träffpunkt Oxhagen. Ytterligare samverkansparter som identifierats som nödvändiga i arbetet med äldres hälsa är de lokala vårdcentralerna. Idag är samverkansformen obefintlig men förhoppningar finns om att hitta samverkansformer och kunna arbeta för seniorers hälsa med insatser som kompletterar varandra. Till exempel möter vårdcentralen seniorer som skulle ha nytta av information och lotsning till sociala och fysiska aktiviteter i närområdet. Seniorlotsarna träffar seniorer och kan uppmärksamma fysisk och psykisk ohälsa som kräver vårdkontakt men där personen av olika anledningar inte själva klarar att ta kontakt. Intentionen är även att utveckla seniorträffskonceptet i samverkan.

I Örebro läns Idrottsförbunds (ÖLIF) uppdrag ingår att samverka för god, jämlik och jämställd hälsa (överenskommelser med Region Örebro län och Örebro kommun¹⁵), vilket innebär att särskilda insatser ska riktas till de grupper där hälsan är sämre. ÖLIF har kunskap och erfarenhet av att bland annat arbeta för att främja goda levnadsvanor samt ge stöd i beteendeförändring på grupp- och individnivå, som är av vikt för att i samverkan kunna möta utmaningar i arbetet med hållbar samhällsutveckling.¹⁶

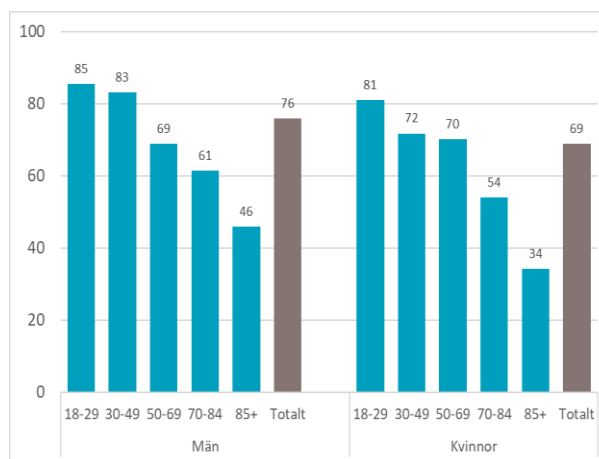
Kartläggning av nuläge

I Varberga-Oxhagen bodde 2018 drygt 650 personer i åldersgruppen 65 år eller äldre, varav 130 var 80 år eller äldre. Andelen 65+ i området var 12,5 procent av befolkningen, vilket är relativt lågt, området har en ung befolkning. I området har en hög andel av befolkningen utländsk bakgrund¹⁷, 74 procent för hela befolkningen och 46 procent för personer som är 65 år eller äldre. En hög andel av seniorer i området har låg socioekonomisk position och lever i ensamhushåll och/eller ekonomisk utsatthet, vilket är riskfaktorer för psykisk och fysisk ohälsa och motiverar att dessa bostadsområden valts ut för projektet.

Region Örebro län genomför regelbundet enkätundersökningar av befolkningens hälsa. Av undersökningen framgår att både hälsa, livsvillkor och levnadsvanor skiljer sig mellan områden med olika socioekonomisk profil. I bilderna nedan jämförs ytterligheterna av bostadsområden utifrån socioekonomi, Örebro kommuns partnerskapsområden (i figurerna kallat utvecklingsområden) och småhusområden¹⁸. Personer i partnerskapsområden upplever god hälsa i lägre utsträckning än jämfört med socioekonomiskt starka bostadsområden (småhusområden), och har lägre värde än Örebro i genomsnitt. Andelen som rapporterar god hälsa minskar med stigande åldersgrupp, bland de äldsta kvinnorna uppgår endast var tredje kvinna och nästan varannan man att de har god hälsa.



Figur 3. Andelen (%) män och kvinnor i åldern 18–85+ som upplever god eller mycket god hälsa i Örebro kommun, fördelat på kön och bostadsområde. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län



Figur 4. Andelen (%) män och kvinnor i olika åldersgrupper som upplever god eller mycket god hälsa i Örebro kommun. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län

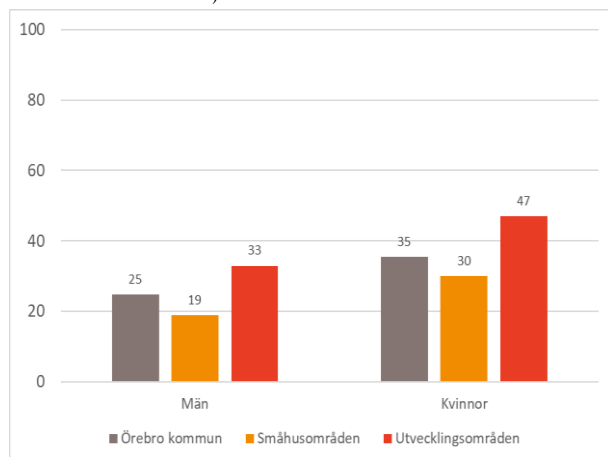
¹⁵ Region Örebro län. Överenskommelser om god, jämlik och jämställd hälsa 2018–2023

¹⁶ <https://www.orebro.se/fordjupning/fordjupning/delaktighet--inflytande/samverkan-med-det-civila-samhallet.html>

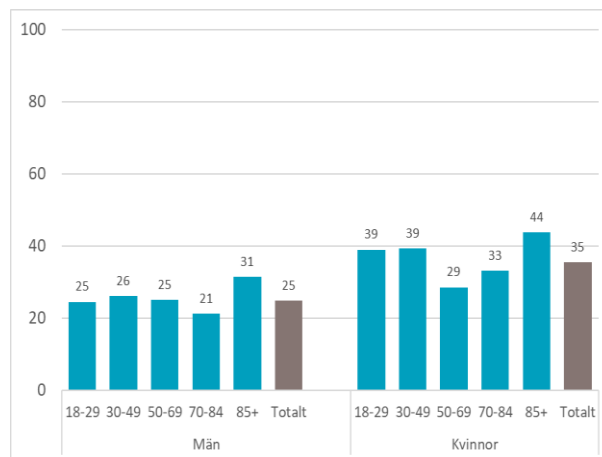
¹⁷ Definitionen för utländsk bakgrund är fr.o.m 2003-12-31: Utrikes född eller född i Sverige med båda föräldrarna födda utomlands.

¹⁸ Region Örebro län. Liv & hälsa 2017.

Förekomsten av psykisk ohälsa i form av nedstämdhet är högre i partnerskapsområden än i småhusområden, nästan hälften av kvinnorna i partnerskapsområden rapporterar dessa besvär. Nedstämdhet är vanligare bland kvinnor än män i alla åldersgrupper och drabbar mer än var tredje kvinna och var fjärde man i Örebro kommun.

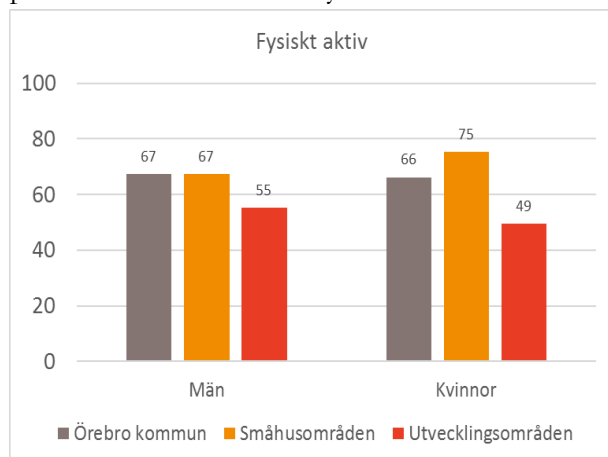


Figur 5. Andelen (%) män och kvinnor i åldern 18–85+ som upplever besvär av nedstämdhet i Örebro kommun, fördelat på kön och bostadsområde. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län

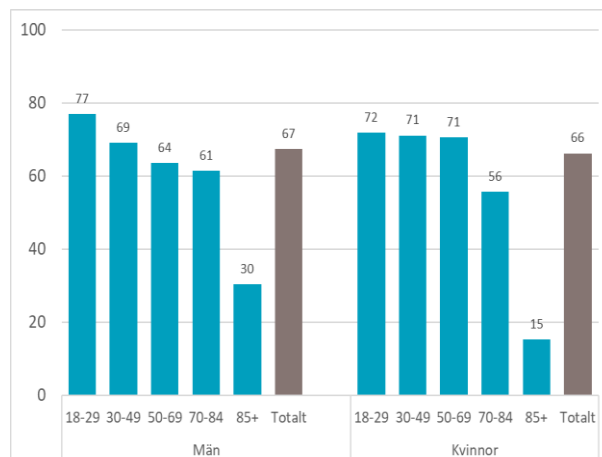


Figur 6. Andelen (%) män och kvinnor i olika åldersgrupper som upplever besvär av nedstämdhet i Örebro kommun. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län

I partnerskapsområden är ungefär hälften av befolkningen fysiskt aktiv i nivå med nationella rekommendationer för vuxna, vilket är lägre än i kommunen i genomsnitt och jämfört med småhusområden, skillnaden är störst bland kvinnor. Andelen som är fysiskt aktiv är dramatiskt mycket lägre bland personer som är 85 år eller äldre, där endast 30 procent av männen och 15 procent av kvinnorna är fysiskt aktiva.



Figur 7. Andelen (%) män och kvinnor i åldern 18–85+ som rapporterar att de är fysiskt aktiva enligt rekommendation i Örebro kommun, fördelat på kön och bostadsområde. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län



Figur 8. Andelen (%) män och kvinnor i olika åldersgrupper som rapporterar att de är fysiskt aktiva enligt rekommendation i Örebro kommun. Källa: Liv & hälsa 2017, Region Örebro län

Utmaningar

Utifrån ovan beskrivna bakgrund, problemformulering och nuläge har ett antal utmaningar formulerats som behöver mötas för att kunna nå ökad jämlikhet i hälsa och verka för en förlängd tredje ålder.

| UTMANINGAR |
|--|
| Demografisk utveckling med ökande andel äldre och utmaningen att få resurser till välfärd att räckta till |
| Ojämlig hälsa utifrån kön, ålder, socioekonomi och geografi |
| Bristande samverkan med andra aktörer i närområden för målgruppen seniorer |
| Svårt att nå de målgrupper som är mest relevanta |
| Modellen seniorträffar behöver utvecklas, sträcka sig över längre tid för relationsskapande och innehålla mer fysisk aktivitet |
| Potentialen med fysisk aktivitet för seniorer nyttjas inte tillräckligt |

Evidens och forskning

Den forskning och evidens som visar på behovet av hälsofrämjande insatser handlar dels om insatser liknande det arbetssätt som planeras, dels om kunskapsläget inom de levnadsvanor och livssituationer som innehållet baseras på.

Modell Livslots för seniorer

Projektet *"Livslots för seniorer"* som genomförts i Göteborg, har 2012 utvärderats och publicerats i en avhandling. Syftet var att utvärdera om den hälsofrämjande interventionen kunde förebygga funktionsnedsättning, sjuklighet, aktivitetsbegränsning och påverka upplevelsen av delaktighet. I studien ingick 459 personer över 80 år som var indelade i tre grupper som erbjöds seniorträffar, förebyggande hembesök eller var kontrollgrupp. Seniorträffar innebar fyra gruppträffar över fyra veckor med olika teman, liknande en studiecirkel. Efter programmet med gruppträffar fick varje deltagare ett uppföljande hembesök. Studiens resultat visade att seniorträffarna bidrog till att flytta fram beroende inom allmän daglig livsföring (ADL) eller reducerade omfattningen av beroende inom ADL för en period upp till två år¹⁹. Slutsatsen var att hälsofrämjande åtgärder som implementeras när äldre personer löper risk att bli sköra kan fördröja försämring av självskattad hälsa och beroende i ADL på både kort och lång sikt samt funktionsförmåga och livskvalitet på lång sikt. Seniorträffarna hade en större inverkan än förebyggande hembesök.

Skydds- och riskfaktorer för hälsa och fallskador

Ensamhet

Ofrivillig ensamhet är förknippat med psykisk ohälsa och lägre grad av välbefinnande. I en studie följdes 600 äldre personer i åldern 70+ under sju års tid för att undersöka sociala funktioner och identifiera riskfaktorer för ofrivillig ensamhet. Resultatet visar att utbildningsnivå inte hade samband med risk, medan svårigheter att röra sig innebär en viss ökad risk och depression ger nästan en trefaldig riskökning för att någon ska känna sig ensam. Den starkaste riskfaktorn för att känna sig ensam är att nyligen ha förlorat sin make eller maka. I studien var det en större andel kvinnor än män som beskrev sig som ensamma, och det var också en högre andel kvinnor som

¹⁹ Gustafsson S (2012). Health-promoting intervention for community-dwelling older adults: Focusing om the concept of frailty and intervention outcome. Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska Academy University of Gothenburg

förlorat sin livskamrat under den undersökta perioden. Andelen som upplevde sig ensam ökade under studieperioden men studien visar också att det går att bryta ensamhet. Ungefär hälften av dem som upplevt ensamhet vid första frågetillfället svarade att det inte besvärades av ensamhet vid senare frågetillfällen. Det finns dock inte evidens kring vilka insatser som ger effekt på att bryta ofrivillig ensamhet²⁰. Dock konstateras att vid insatser för att bryta ensamhet behöver någon utpekad person vara ansvarig för insatsen, ansvarig måste ha relevant utbildning och stöd omkring sig. Åtgärden bör vara riktad till identifierade målgrupper. Vidare är det bra att involvera deltagarna i hur verksamheten ska utvecklas.

Matvanor

Tillräckligt intag av energi för att upprätthålla energibalans och stabil kroppsvikt ger goda förutsättningar för att bibehålla funktion högt upp i åldrarna. En kombination av goda kostvanor och fysisk träning, som muskelbevarande och muskeluppbyggande aktivitet, skapar goda förutsättningar för att minska risken för fall och fallskador. Otillräckligt vätskeintag kan ge yrsel och minskad aptit vilket kan försvåra energibalansen och innebära ökad risk för fall. Enligt Livsmedelsverket finns det ett fåtal publikationer som visar ett direkt samband mellan nutritionsfaktorer och risken för fall, men ett stort antal publikationer som lyfter fram hur nutritionsfaktorer indirekt kan vara relaterade till fall genom påverkan på de åldersrelaterade tillstånden undernäring, skörhet, sarkopeni och benskörhet²¹. Aptit och matglädje påverkas ofta positivt av social gemenskap.

Fysisk aktivitet

Det finns omfattande forskning kring hälsoeffekter av fysisk aktivitet både som hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insats, men också i behandling av sjukdomstillstånd. Med ökande ålder minskar muskelstyrka, explosivitet, balans och gånghastighet. Flera processer påverkar graden av nedgång i funktion. De individuella skillnaderna är stora men också möjligheterna att påverka åldrandets effekter med levnadsvanor, med anpassning efter förmåga. Fysisk aktivitet och träning påverkar såväl fysisk som psykisk hälsa och äldre personer har god effekt av fysisk aktivitet och träning. Fysisk aktivitet i grupp ger även sociala värden. Genom att vara fysiskt aktiv bygger den äldre dessutom upp en reservkapacitet som underlättar dagliga aktiviteter och skyddar vid sjukdom. Fysisk aktivitet är alltså ett effektivt sätt att behålla en hög grad av självständighet hos äldre män och kvinnor²². Det finns ett antal faktorer som påverkar äldres möjlighet till fysisk aktivitet, inte minst rörelseförståelse, upplevelse av tillgänglighet, trygghet och säkerhet. Den nationella rekommendationen för fysisk aktivitet hos äldre är densamma som för den vuxna befolkningen, 150 minuter i veckan med måttlig ansträngning eller 75 minuter med hög ansträngning (eller en kombination av dessa), muskelstärkande träning två gånger i veckan samt för äldre balansträning. Även graden av stillasittande påverkar hälsan. Stillasittande innebär låg energiförbrukning och mäts som vaken tid sittande eller liggande. Enligt FYSS är äldre personer i hög utsträckning stillasittande vilket visat sig ha samband med metabolt syndrom och ökad dödlighet. En inaktiv livsstil med stillasittande mer än 10 timmar per dag ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

En systematisk översikt har granskat vilka fallförebyggande insatser som är effektiva. Rapporten baseras på 159 randomiserade studier från olika länder som undersökt effekter på olika typer av

²⁰ Annika Lund Ensamhet Medicinsk Vetenskap nr 1,2015

²¹ Livsmedelsverket. Eneroth, H. L 2019 nr 05: Nutrition och fallrisk hos äldre. Livsmedelsverkets rapportserie. Uppsala

²² Yrkesföreningar fysisk aktivitet. Fyss 2017 - fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling

insatser. Studierna har sammanlagt 9193 deltagare över 60 år i ordinärt boende. I första hand studeras insatsernas effekter på antal fall bland deltagarna och på risken att falla. I översikten ingick bland annat interventionerna fysisk träning enskilt eller i grupp, läkemedel supplement med D-vitamin, val av eller utsättning av läkemedel och modifiering av hemmiljö. Motionsprogram som förbättrar minst två av komponenterna styrka, balans, flexibilitet eller uthållighet är effektiva för att förebygga fall. Resultatet gäller både motion som genomförs i grupp och individuellt genomförd motion i hemmet. Fallfrekvensen minskade i snitt 25–30 procent med dessa åtgärder. Generellt är gruppbaserad motion effektiv, både för äldre som har en förhöjd fallrisk och för dem som inte har det. Åtgärder för att minska risker i hemmiljön förebygger fall bland äldre generellt, och särskilt bland äldre med förhöjd fallrisk. Förändring i hemmiljö minskade fallfrekvensen med i snitt 20 procent. Broddar på skorna minskar fallfrekvensen. Enligt författarna finns sammantaget ett visst, begränsat stöd för att fallförebyggande insatser kan vara kostnadsbesparande^{23,24}.

Metod för satsningen

Såväl forskning som statistik över nuläget och utmaningar i Örebro kommun visar på att personer äldre än 65 år med låg socioekonomisk status behöver prioriteras för att säkerställa en jämlik hälsa. Satsningens metod avser därför att utveckla nuvarande insatser och prova ett nytt tillvägagångssätt, vilket innebär att:

- a) Under några år i taget fokusera på några av partnerskapets bostadsområden. Arbetet planeras starta i Varberga-Oxhagen under 2020.
- b) Ändra åldersgruppen för dessa områden till 65 år och äldre då personer i socioekonomiskt utsatta grupper riskerar åldersrelaterad ohälsa och funktionsnedsättning i lägre ålder än genomsnittet och tidigare insats ger möjlighet att identifiera och göra hälsofrämjande insatser i tid²⁵.
- c) Rekrytering genom informationstillfällen på mötesplatser i området, via nyckelpersoner i området, seniorlotsarnas personkännedom, Örebro läns idrottsförbund och Varberga vårdcentral.
- d) Förlänga programmet i seniorträffarna till tolv veckor för att ge tid till relationsskapande, förtroende och social gemenskap i grupperna. Innehållet i seniorträffarna med kunskap om åldrandeprocessen, de tidigare nämnda fyra hörnpelarna och inspiration till aktiviteter som stärker att den egna hälsan förbättras eller bibehålls.
- e) Utveckla innehållet med regelbunden fysisk aktivitet och träning. Aktiviteterna kan vara befintligt utbud i bostadsområdet eller nya aktiviteter som skapas och arrangeras i samarbete med studieförbund, träffpunkter/mötesplatser och föreningsliv.

Satsningen Seniorpuls syftar till att med utvecklade seniorträffar som metod bidra till ökad jämlikhet i hälsa bland äldre personer genom att främja ett hälsosamt åldrande och förlänga den tredje åldern i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar.

²³ <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/gillispie-fallforebyggande-aldre-effekter.pdf>
2019-05-20

²⁴ <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/atgarder-for-att-forhindra-fall-och-frakturer-hos-aldre/>
2019-05-20

²⁵ Fors S, Lennartsson C, & Lundberg O (2007). Health inequalities among older adults in Sweden 1991-2002. *European Journal of Public Health, 18*(2), 138-143.

Målgrupp och avgränsning

Målgruppen är seniorer, 65 år och äldre, som bor i ordinärt boende i områdena Varberga och Oxhagen, som inte har biståndsbeslutade omvårdnadsinsatser från vård- och omsorg. Personer med insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan inkluderas beroende på funktionsförmåga. Den potentiella målgruppen utifrån kriterier för insatsen är cirka 500 personer. En förutsättning för deltagande är att personerna självständigt kan ta sig till och från samt delta i programmets aktiviteter. Spridning av åldrar, jämn fördelning mellan kvinnor och män samt representation av svensk och utländsk bakgrund som motsvarar befolkningsammansättning eftersträvas i grupperna. Ambitionen är att varje grupp ska ha 14 deltagare.

| År 2020–2022 | Vår 2020 | Höst 2020 | Vår 2021 | Höst 2021 | Vår 2022 | Summa |
|------------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-------|
| Antal deltagare | 14 | 28 | 42 | 42 | 28 | 154 |

Grupper kommer att pågå mellan åren 2020 och 2022 och enligt tabellen ovan finns kapacitet för att 154 seniorer tar del av insatsen under projektperioden. År 2020 fördelas deltagarna i en grupp på våren och två parallella grupper på hösten. År 2021 fördelas deltagarna i tre parallella grupper på våren och hösten. År 2022 fördelas deltagarna i två parallella grupper på våren. Underlaget för potentiella deltagare i åldersgruppen är cirka 500–600 personer. Även seniorer i Vivalla, Baronbackarna och Brickebacken kommer att i en tänkt fortsättning av arbetssättet vara målgrupper för att sedan följas av områden där behovet bedöms vara störst.

Organisation

Resurser inom satsningen Seniorpuls

Projektet kräver resurser i form av personal, lokaler, material och utrustning. Alla kostnader finansieras inte av medel som söks från sociala investeringsfonden, utan stora delar bärs också av medverkande verksamheter. Följande resurser hos de olika parterna involveras i genomförandet:

Frivillig- och hälsofrämjande enheten:

- År 1–3 projektledning om 25 procent och projektkoordinering om 50 procent
- Genomförande av insatsen, 25 procent seniorlots för respektive kursomgång.
- Aktiviteterna kommer huvudsakligen bedrivas i befintliga lokaler hos mötesplats VOX.

Örebro läns idrottsförbund:

- År 1–3 avsätts 20 procent för kompetens- och metodstöd och mobilisering av föreningar som medverkar samt praktisk och teoretisk expertmedverkan.

Region Örebro län:

- Medverkan om cirka fyra tillfällen praktisk och teoretisk expertmedverkan per kurs för personal från Varberga vårdcentral.
- Medverkan vid planering i arbetsgrupp

Projektorganisation

Projektstyrgrupp:

- Annika Roman, projektägare/förvaltningschef VoO, Örebro kommun
- Eva Jöbo, verksamhetschef förebyggande verksamhet, Örebro kommun
- Camilla Weckström, enhetschef frivillig och hälsofrämjande enheten, Örebro kommun
- Margareta Johansson, folkhälsochef Örebro läns idrottsförbund
- Verksamhetschef Varberga vårdcentral

- Kjerstin Larsson, fil dr. forskningshandledare, Universitetssjukvårdens forskningscentrum (UFC)

Projektledare:

- Marie Tall, seniorlots, Örebro kommun

Arbetsgrupp:

- Marie Tall, seniorlots, Örebro kommun
- Yvonne Johnsson, seniorlots, Örebro kommun
- Susanne Nilsson, seniorlots, Örebro kommun
- Tina Modin, folkhälsosamordnare, ÖLIF
- Anki Olsson, verksamhetsutvecklare, Varberga vårdcentral, Region Örebro län

Referensgrupp:

- Jenny Steen, samverkansledare, Region Örebro län
- Lina Frejd Bark, områdeschef partnerskap VOX, Örebro kommun
- Lisen Tang Kempe, strategisk planerare folkhälsa, Örebro kommun
- Boende seniorer via områdesgrupperna i Varberga och Oxhagen

Berörda nämnder och verksamhetsområden

- Programnämnd social välfärd
- Hemvårdsnämnden
- Vård- och omsorgsförvaltningen, förebyggande området inom vård och omsorg
- Partnerskap Örebro,
- Region Örebro län, hälso- och sjukvård, närsjukvårdsområde Örebro, vårdcentralerna i Haga och Varberga
- Örebro läns idrottsförbund

Förankring

Arbetet är förankrat i följande befintliga grupperingar

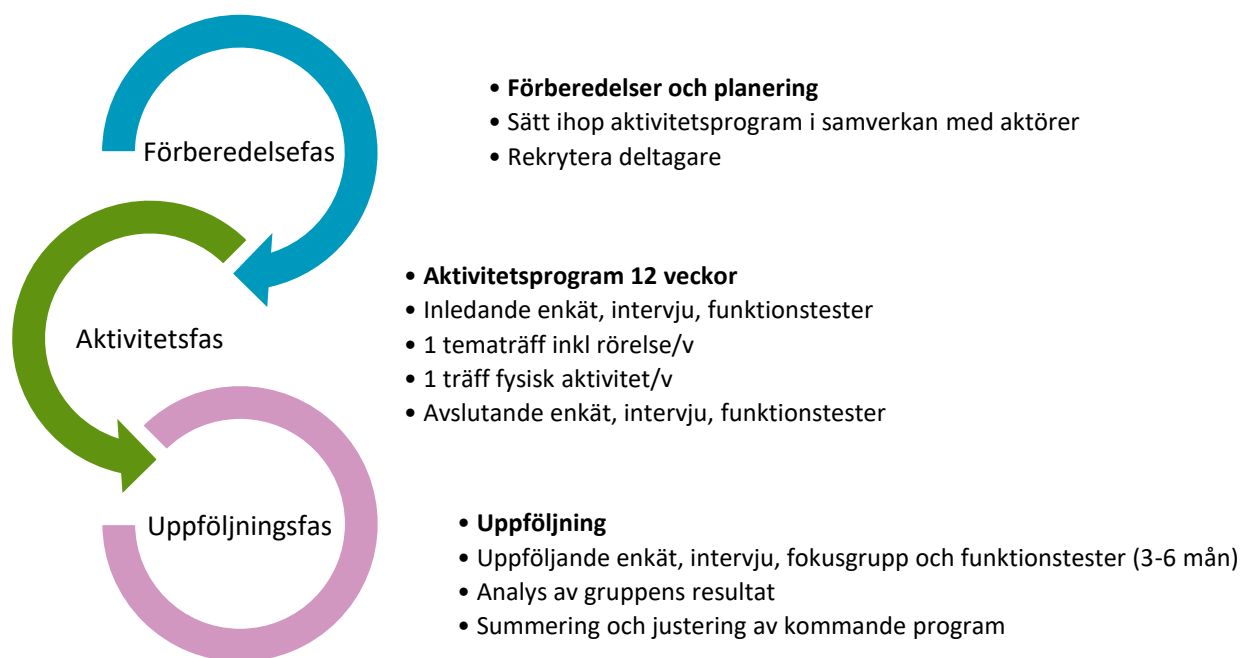
- Länsdelsgrupp Örebro
- Folkhälsoteam Örebro
- Partnerskap Örebro
- Projekt rehabiliterande arbetssätt

Tidsplan

Satsningen genomförs från och med vår 2020 och pågår i tre år till och med 2022. Under hösten 2022 sker utvärdering.

Upplägg och genomförande

Genomförandet av insatsen sker i tre faser för varje omgång av seniorträffar som genomförs under projektperioden, se modell nedan. De moment som ingår i respektive fas beskrivs i varsitt avsnitt.



Figur 9. Modell över genomförandets faser

Förberedelsefas

Rekrytering

För att nå målgruppen i området kommer flera strategier användas. Viktiga kanaler för rekrytering är de hembesök som riktas till området, samverkan med lokala vårdcentraler för att identifiera och fånga upp lämpliga personer, seniorträff VOX och träffpunkt Oxhagen. Det påbörjade utvecklingsarbetet i området har lagt grunden till att skapa relationer och se möjligheter med samverkan. Marknadsföring av seniorträffar kommer att ske genom affischer, informationsblad, kommunens hemsida och sociala medier. Inför varje omgång hålls informationsträffar med möjlighet att anmäla sitt intresse för deltagande. Vid lågt deltagarintresse kan brev skickas till målgruppen. Även samverkansparter kommer att informeras och få kortfattat informationsblad för att kunna svara på frågor från potentiella deltagare. Informationsmaterialet rymmer beskrivning av insatsen och aktivitetsprogrammet, att deltagande är kostnadsfritt, anmälningsförfarande, tid för informationsträff, kriterier för deltagande med mera. Om antalet intresserade överstiger antalet platser, kommer dessa personer erbjudas en plats kommande termin.

Aktivitetsfas

I varje seniorträffsomgång finns plats för 14 deltagare. Gruppen leds av en seniorlots som har rollen som grupp- och samtalsledare. Innan start, inför avslut och 3–6 månader efter insatsen kommer datainsamling ske genom enkäter, tester och intervjuer, med syfte att:

1. följa upp resultatet av projektet
2. stödja deltagarna i att identifiera sina behov och önskemål inför insatsen.

Hälsoenkät

Deltagarna i varje seniorträffsomgång fyller i en hälsoenkät med frågor kring livssituation som hälsa, livskvalitet, socialt nätverk, levnadsvanor som fysisk aktivitet, matvanor, sömn samt boende- och närmiljö och motivation till förändring. Även bakgrundsfaktorer som födelseår, kön, boendesituation, ursprung för att möjliggöra uppföljning.

Tester

Enkla tester av benstyrkan och balans samt blodtryck kommer genomföras vid tre tillfällen, innan start, innan avslutad insats samt 3–6 månader efter avslutade träffar. De metoder som kommer att användas är TUG-test, uppresningstest samt blodtrycksmätning.

Intervjuer

Utifrån hälsoenkäter och tester kommer seniorlotsen som är grupp- och samtalsledare hålla individuella samtal med deltagarna vid start, inför avslut och 3–6 månader efter insatsen. Seniorlotsarna har kompetens inom motiverande samtalsmetodik som har evidens vid levnadsvaneförändringar. Ett ytterligare stöd vid samtalen är instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Instrumentet hjälper till att identifiera och värdera aktiviteter och aktivitetsutföranden samt följa upp förändringar inom dessa. Syftet med samtalen är att väcka motivation till förändring och hjälpa deltagaren att välja upp till tre aktivitetsutförande som hen vill förändra.

Aktivitetsprogram med tematräffar

Det tolv veckor långa aktivitetsprogrammet bygger på hörnpelarna för hälsosamt åldrande som tidigare nämnts. Aktivitetsperioden är längre än tidigare för att möjliggöra dels tid att etablera relation inom gruppen, dels att grundlägga levnadsvaneförändringar. Insatsen innehåller även två träffar i veckan om tre timmar vardera för att fylla på med fysisk aktivitet en gång i veckan då fysisk aktivitet och träning är starkt relaterat till både fysisk och psykisk hälsa. Effekten blir större med större dos²⁶. Även det teoretiska tillfället med olika teman och gästande sakkunniga kommer också innehålla inslag av fysisk aktivitet. Programmet kommer att sättas samman i samarbete mellan medverkande parter, och även lämna utrymme för deltagarnas önskemål, se exempel i figuren nedan. Aktiviteterna äger till största del rum i mötesplats VOX lokaler. De olika prova-på aktiviteterna kommer i så hög grad som möjligt bygga på befintliga lokala aktiviteter inom exempelvis föreningslivet, för att uppmuntra och möjliggöra fortsatt aktivitet efter intresse när insatsen är slut.

²⁶ <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/halsosamt-aldrande/>



Uppföljningsfas

När insatsen är avslutad kommer den uppföljande enkäten genomföras med tillägg av frågor kring hur deltagaren upplevt insatsen. Även funktionstester upprepas (3–6 mån) och intervjuer kompletteras av fokusgrupper. Erfarenheter tas till vara och arbetas in i planering av kommande aktivitetsprogram.

| Uppföljning 3-6 månader | | |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|
| Enkät | Funktionstester | Intervjuer/fokusgrupper |

Gruppernas resultat kommer att matas in och sammanställas och analyseras årligen. Ju fler grupper som genomförts, desto större blir undersökningsmaterialet inför slututvärdering.

Kopplingar till andra projekt

Rehabiliterande arbetssätt

Satsningen seniorpuls relaterar till rehabiliterande arbetssätt genom att båda initiativen syftar till att möjliggöra bästa möjliga hälsa, livskvalitet, funktionsförmåga och självständighet hos seniorer i kommunen. Insatserna berör dock olika målgrupper, då rehabiliterande arbetssätt riktas till personer som har beslut på vård- och omsorgsinsatser medan den sociala investeringen riktas sig till seniorer utan biståndsbedömda omvårdnadsinsatser, där hälsan kan främjas och omsorgsbehov förebyggas eller skjutas längre fram i tiden.

Parallellt med projektportföljen rehabiliterande arbetssätt har en arbetsgrupp i uppdrag att under 2020 göra en ansökan om medel från Vinnova för innovativa hälsofrämjande insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning. Ansökan avser att utveckla nya samverkansformer tillsammans med civilsamhället med fokus på kommunövergripande strukturer för kommunens

samverkan med civilsamhällets parter, digitalisering, mötesplatser och arenor där medborgare och civilsamhälle möts på nya sätt.

Sammantaget bidrar initiativen på olika sätt till en förflyttning mot förebyggande arbete med individernas målsättningar kring sin hälsa i fokus. Initiativen möter upp välfärdsutmaningarna som följer med ökande befolkning med högre andel äldre och kompletterar varandra då de berör olika preventionsnivåer, målgrupper och strukturer. Den sociala investeringen är mer avgränsad och konkret samt inriktad på att utjämna skillnader i hälsa mellan grupper i kommunen då de utgår från bostadsområden med socioekonomiska utmaningar.

Målsättning, effekter och utvärdering

Nedan presenteras insatsens övergripande målsättning, de förväntade effekterna med satsningen, samt en beskrivning av hur satsningen ska följas upp och utvärderas. Avslutningsvis redogörs för de antaganden som görs inom ramen för projektet.

Målsättning med satsningen och förväntade effekter

Övergripande målsättning

Ökad självständighet, oberoende och förbättrad livskvalitet hos målgruppen.

Förväntade effekter:

Satsningen förväntas leda till följande effekter:

1. Målgruppens fysiska hälsa förbättras
2. Målgruppens psykiska hälsa förbättras
3. Färre fallskador
4. Minskade kostnader för hemtjänst
5. Minskade kostnader för särskilt boende

Satsningen förväntas generera ekonomiska effekter i form av kostnadsminskningar för Programnämnd social välfärd och Hemvårdsnämnden (förväntad effekt nummer 4 och 5). Mer specifikt förväntas satsningen resultera i lägre kostnader för hemtjänstinsatser samt lägre kostnader för särskilt boende. Dessa kostnadsreduceringar uppstår tack vare att insatsen förväntas leda till förbättrad hälsa, förbättrad självständighet och oberoende samt färre fallolyckor bland målgruppen. Nämnda faktorer bidrar i sin tur till att den tredje åldern förlängs och därmed att ett eventuellt behov av insatser behövs först senare i livet. Utifrån tidigare presenterad evidens och forskning så ger den samlade forskningen stöd för att de komponenter som tillämpas i satsningen har effekt på äldres hälsa²⁷.

Sammantaget uppstår ekonomiska effekter för såväl kommunen men också för regionen i form av mindre förväntat behov av vård hos individen. Denna ansökan och kommande uppföljning avgränsas emellertid till att enbart undersöka de kommunala förväntade ekonomiska effekterna i form av minskad kostnad för vård och omsorg²⁸.

²⁷ Såväl fysisk som psykisk hälsa samt risken för fallskador.

²⁸ Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är dock samtliga ekonomiska effekter av intresse och därmed även regionens kostnadsminskningar och värdet av individens livskvalitet och bidrag i exempelvis civilsamhället.

För att kunna dra slutsatser gällande insatsens bestående effekt på målgruppen på lång sikt och således insatsens måluppfyllnad krävs att följande kvantitativa mål för effekterna uppnås:

- Av deltagare som vid start skattar sin hälsa som god bibehåller minst 75 procent sin hälsoskattning vid uppföljning efter insatsen.
- Av deltagare som vid start inte skattar sin hälsa som god förbättrar minst 25 procent skattningen vid uppföljning efter insatsen.
- För deltagare som är inaktiva vid start har minst 75 procent av deltagarna ökat sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.
- För deltagare som är fysiskt aktiva vid start bibehåller minst 75 procent sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.

De uppsatta målen är relevanta både utifrån ett kort-och långsiktigt perspektiv.

Utvärdering och uppföljning

För att säkerställa möjligheterna att se vilka effekter satsningens aktiviteter resulterar i förutsätts att kontinuerlig uppföljning sker under hela satsningen. Det är därför viktigt att redan från början klargöra hur aktiviteter och effekter ska mätas. Det är projektledaren för satsningen som ansvarar för att datainsamling av aktivitetsrelaterade mått sker och att redovisning inkommer per delår 2 och årsredovisning, innehållande verksamhet och ekonomisk redovisning. Nedan följer det utvärderingsschema där några av de aktivitets- och effektmått som har identifierats för uppföljning och utvärdering av satsningens resultat och effekter finns angivna. Uppföljning av deltagarnas resultat sker efter insatsperioden samt 3–6 månader efteråt.

I utvärderingen av insatsen kommer dels gruppens resultat i förhållande till målen följas upp, men även kompletteras av jämförelser av vård- och omsorgsdata och hälsostatistik över tid och mellan bostadsområden. För att följa perspektivet med jämlikhet i hälsa kommer Varberga-Oxhagens vård- och omsorgsdata före och efter projektet jämföras, liksom utvecklingen i Varberga-Oxhagen över tid jämfört med kommunens genomsnitt och övriga partnerskapsområden²⁹.

För att följa insatsens förväntade effekt på längre sikt och därmed insatsens måluppfyllnad kommer även en begränsad tidsstudie över hur behovet av vård och omsorg i det berörda området förändrats över tid. Denna förändring jämförs sedan med den genomsnittliga förändringen i kommunen och med övriga partnerskapsområden. Tidsstudien synliggör därmed såväl måluppfyllelse som om syftet med insatsen, det vill säga att skapa en mer jämlik hälsa bland äldre personer i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar, har uppfyllts. Det bör dock påpekas att det råder osäkerheter kring om tillräckligt stor andel av målgruppen i bostadsområdena nås för att se effekter på befolkningsnivå.

²⁹ Inom hälsoekonomi kan livskvalitet mätas i DALY (disability-adjusted life years) eller QALY (quality adjusted life years). DALYs väger ihop förtida död och olika hälsoproblems svårighetsgrad medans QALY mäter återstående livslängd och livskvalitet med hjälp av standardiserade metoder. Det innebär att även hälsa och livskvalitet kan tillskrivas ett ekonomiskt värde, utan att det handlar om direkta kostnader eller besparingar i berörda verksamheter. Detta kan vara värt att beakta även om projektet för närvarande inte har kapacitet att ekonomiskt beräkna förväntat bibehållen livskvalitet. Förutom dessa potentiella besparingar behöver möjligheten för välmående seniorer att bidra i samhället genom exempelvis frivilliginsatser i civilsamhället i samhället vägas in i värderingen.

Avslutningsvis bör det poängteras att hälsofrämjande och förebyggande insatser till befolkningen som inte har vård- och omsorgsinsatser är svåra att isolera mot andra händelser i området och i tiden som kan påverka utvecklingen. Befolkningsinriktade hälsofrämjande och förebyggande insatser som fortlöper visar ofta effekt först långt senare.

Utvärderingsschemat nedan åskådliggör insatsens övergripande mål, vilka aktiviteter som ska genomföras för att uppnå målet och de aktivitetsmått som säkerställer att aktiviteterna är igång. Därtill redogörs för de effekter som satsningen förväntas leda till, hur dessa effekter ska mätas och följas upp samt vilka uppsatta mål för effekterna som, tillsammans med tidigare evidens, krävs för att långsiktiga slutsatser ska kunna dras. Avslutningsvis anges ett antal långsiktiga utfallsmått. Dessa har som funktion att, tillsammans med de uppsatta målen för effekterna, möjliggöra slutsatser om insatsen har uppnått det övergripande målet.

Utvärderingsschema Seniorpuls

Satsningen syftar till att med utvecklade seniorträffar som metod bidra till ökad jämlikhet i hälsa bland äldre personer genom att främja ett hälsosamt åldrande och förlänga den tredje åldern i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar

Målgrupp: Seniorer, 65 år och äldre i partnerskapsområde VOX i ordinärt boende som inte har omsorgsinsatser från VoO

| Övergripande mål | Kvantitativa mål | Aktivitet | Aktivitetsmåt | Effekter | Effektmått | Långsiktiga utfallsmått |
|--|---|-------------------------|---|---|--|---|
| Ökad självständighet, oberoende och förbättrad livskvalitet hos målgruppen | <p>Av deltagare som vid start skattar sin hälsa som god bibehåller minst 75 procent sin hälsoskattning vid uppföljning efter insatsen</p> <p>Av deltagare som vid start inte skattar sin hälsa som god förbättrar minst 25 procent skattningen vid uppföljning efter insatsen</p> <p>För deltagare som är inaktiva vid start har minst 75 procent av deltagarna ökat sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen</p> <p>För deltagare som är fysiskt aktiva vid start bibehåller minst 75 procent sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen</p> | Genomföra seniorträffar | <p>Antal seniorträffar</p> <p>Antal deltagare</p> <p>Antal deltagare/träff</p> <p>Antal träffar med fysisk aktivitet (ex. balans- och styrketräning)</p> <p>Antal träffar med teori (även fallriskinformation)</p> <p>Antal deltagare/träff med fysisk aktivitet</p> <p>Antal deltagare/träff med teori</p> <p>Antal start/uppföljningssamtal</p> <p>Antal ifyllda start/uppföljningsenkäter</p> <p>Antal funktionstester</p> <p>Antal/andel deltagare rekryterade av resp part</p> | <p>Målgruppens fysiska hälsa förbättras.</p> <p>Målgruppens psykiska hälsa förbättras.</p> <p>Färre fallskador.</p> <p>Minskade kostnader för hemtjänst</p> <p>Minskade kostnader för särskilt boende</p> | <p><i>Exempel:</i> Antal fall</p> <p>Antal aktiviteter med fysiska inslag</p> <p>TUG-test</p> <p>Uppresningstest</p> <p>Blodtryck</p> <p>Andel av målgruppen som anger besvär/symptom på psykisk ohälsa (tex ångest, oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter)</p> <p>Andel av målgruppen som uppger förbättrad fysisk hälsa</p> <p>Andel av målgruppen som uppger förbättrad livskvalitet</p> <p>Andel av målgruppen som anger att de behöver mindre hjälp av närstående/anhöriga efter insatsen jämfört med innan insatsen</p> <p>Andel av målgruppen som har fått insatser från kommunen efter projektperioden</p> <p>Kostnad hemvård/VOBO</p> | <p><i>Exempel:</i> Senare debut för VOO än prognos</p> <p>Andel som får VOO-insats/år eller per åldersgrupp</p> <p>Medeltid beviljat och utfört</p> <p><i>Kontrollmått:</i> Period innan och efter insats Utveckling jämfört med medelvärde Utveckling jämfört med övriga partnerskapsområden</p> |

*Utgångslägen:
Individuella start- och
uppföljningssamtal
Bas och uppföljningsdata
Frågeformulär
Funktionstester*

*Eftermätning för uppföljning:
Frågeformulär och funktionstester*

Antaganden

Insatsen har kapacitet att nå 154 seniorer. Inom ramen för projektet görs följande antaganden:

- 20 personer kommer att förbättra sin hälsa som följd av insatsen. Antagandet bygger på att hälften av deltagarna skattar sin hälsa som god vid insatsens start³⁰ och att 25 procent som inte skattar sin hälsa som god förbättrar sin hälsa enligt projektets uppsatta mål för effekterna.
- 58 personer kommer att öka sin fysiska aktivitetsnivå som följd av insatsen. Antagandet bygger på att hälften av deltagarna är fysiskt aktiva vid insatsens start³¹ och att 75 procent av dessa ökar sin fysiska aktivitetsnivå enligt projektets uppsatta mål för effekterna.
- 25 personer undviker en fallolycka som följd av insatsen. Antagandet bygger på att var tredje person i gruppen förväntas falla utan insats men att 50 procent av dessa inte gör detta tack vare insatsen.

För att beräkna de ekonomiska effekterna görs även följande antaganden:

1. 20 personer når målet om en förbättrad hälsa vid insatsens slut vilket i sin tur har betydelse för fortsatt självständighet och minskar risk för behov av insatser i närtid
2. 58 personer förbättrar sin fysiska aktivitetsförmåga vilket i sin tur påverkar såväl självständighet som risk för och konsekvens av fall.
3. 50 procent av de ekonomiska effekterna antas vara bestående två år efter insatsens slut.

Ovan antaganden innebär att följande effekter förväntas uppnås:

1. En person skjuter upp behov av vård och omsorgsboende med ett år
2. Tre personer skjuter upp behov av hemtjänst med ett år vardera
3. Sju personer undviker en fallskada under ett år

Antagandena ligger till grund för de ekonomiska beräkningarna i avsnittet *Satsningens siffror*.

Satsningens siffror

I detta avsnitt redogörs för satsningens kostnader, tillhörande känslighetsanalyser och satsningens jämförelsealternativ.

Tabell 1. Satsningens kostnader

| Kostnadspost | Kostnad totalt |
|---|------------------|
| Personalkostnad (projektkoordinator-projektledare) inkl PO | 1 350 000 |
| Uppskattade tolkkostnader | 358 000 |
| Arvoden till aktivitetsledare och föreläsare | 150 000 |
| Fika, matlagning under träffar och förtäring vid avslutning | 47 000 |
| Utrustning och förbrukningsmaterial | 47 000 |
| Kompetensutveckling | 30 000 |
| Avgifter aktiviteter | 16 000 |
| Totalt | 1 998 000 |

³⁰ Se kartläggning av nuläge

³¹ Se kartläggning av nuläge

Av tabell 1 framgår att kostnaderna för satsningens genomförande uppgår till totalt 1,998 miljoner kronor för de tre åren satsningen pågår. Medlen belastar reservationen för sociala investeringar och utbetalas löpande i efterskott utifrån uppkomna kostnader.

Tabell 2 presenterar påverkad verksamhet, kostnad per individ och år, de antaganden som krävs, den ekonomiska beräkningen samt utfallet av den förväntade ekonomiska effekten. Tabellen avser de kortsiktiga effekterna. Av tabellen framgår att på kort sikt resulterar insatsen i en kostnadsbesparing på totalt 486 tkr för kommunen, givet antagandena. För att ta hänsyn till de osäkerheter som förekommer presenteras nedan två känslighetsanalyser där antagandena varieras.

Tabell 2. Ekonomiska beräkningar utifrån antaganden. Grundmodell.

| Påverkad verksamhet | Kostnad/individ/år | Antaganden | Beräkning | Ekonomisk effekt |
|---|--------------------|--------------|-----------------|------------------|
| Vård- och omsorgsboende ³² | 789 486 | En person | 1*789486 | 789 486 |
| Hemtjänst ³³ | 387 655 | Tre personer | 3*387655 | 1 162 965 |
| Fallskador kommunkostnader ³⁴ | 76 000 | Sju personer | 7*76000 | 532 000 |
| Summa besparingar 1 år | | | | 2 484 451 |
| Summa besparingar 2 år | | | 1,5*2484451 | 3 726 676 |
| Belastar fonden | | | | - 1 998 000 |
| Totalt 1 år | | | 2484451-1998000 | 486 451 |
| Totalt 2 år | | | 3726676-1998000 | 1 728 676 |

Även på lång sikt kan insatsen förväntas leda till en besparing för kommunen i form av kostnadsminskningar då insatsen stimulerar till fortsatt social och fysisk aktivitet även efter insatsens slut. I denna besparing antas att hälften av effekten är bestående år två efter insats. På två år innebär den ekonomiska besparingen för vård- och omsorgsförvaltningen då 1 728 tkr.

Känslighetsanalys

För att ta hänsyn till att beräkningarna ovan bygger på antaganden görs även en mer försiktig och en mer optimistisk analys som jämförelse. Utifrån de antaganden som presenterats ovan har de ekonomiska effekterna (som en konsekvens av antagandena) varierats. Tabell 3 redogör för de resultat som kan förväntas vid försiktigare antaganden. I tabell 3 har *effekt nummer 1*³⁵ tagits bort helt, *effekt nummer 2*³⁶ minskats med en person samt *effekt nummer 3*³⁷ minskats med två personer. I tabell 4 är *effekt nummer 1* samma som i grundmodellen, *effekt nummer 2* har ändrats till fyra personer samt *effekt nummer 3* uppgår till tio personer.

32 Kolada

33 Kolada

34 Beräkning efter olika datakällor

35 En person skjuter upp behov av vård och omsorgsboende med ett år

36 Tre personer skjuter upp behov av hemtjänst med ett år vardera

37 Sju personer undviker en fallskada under ett år

Tabell 3. Ekonomiska beräkningar efter försiktiga antaganden.

| Påverkad verksamhet | Kostnad/individ/år | Antaganden | Beräkning | Ekonomisk effekt |
|----------------------------|--------------------|--------------|-------------|------------------|
| Vård- och omsorgsboende | | | | |
| Hemtjänst | 387 655 | Två personer | 2*387 655 | 775 310 |
| Fallskador kommunkostnader | 76 000 | Fem personer | 5*76 000 | 380 000 |
| Summa besparingar 1 år | | | | 1 155 310 |
| Summa besparingar 2 år | | | 1,5*1155310 | 1 732 965 |
| Belastar fonden | | | | - 1 998 000 |
| Total 1 år | | | | -842 690 |
| Totalt 2 år | | | | -265 035 |

Av Tabell 3 framgår att med försiktiga antaganden skulle investeringen inte resultera i positivt resultat två år efter insatsens avslut. De initiala kostnadsökningarna berör främst första året och effekterna beräknas uppkomma och bestå under minst två år.

Vid den mer optimistiska skattningen (Tabell 4) så görs en besparing om 1 102 tkr redan första året och ökar till totalt 2 652 tkr under två år.

Tabell 4. Ekonomiska beräkningar efter optimistiska antaganden.

| Påverkad verksamhet | Kostnad/individ/år | Antaganden | Beräkning | Utfall ekonomisk effekt |
|----------------------------|--------------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Vård- och omsorgsboende | 789 486 | En person | 1*789486 | 789 486 |
| Hemtjänst | 387 655 | Fyra personer | 4*387655 | 1 550 620 |
| Fallskador kommunkostnader | 76 000 | Tio personer | 5*76000 | 760 000 |
| Summa besparingar 1 år | | | | 3 100 106 |
| Summa besparingar 2 år | | | 1,5*2484451 | 4 650 159 |
| Belastar fonden | | | | - 1 998 000 |
| Total 1 år | | | | 1 102 106 |
| Totalt 2 år | | | | 2 652 159 |

Jämförelsealternativ och förväntat utfall utan satsning

Om satsningen inte genomförs kommer det tidigare arbetssättet med seniorträffar behållas, kostnaden i ordinarie verksamhet motsvarar del av tjänst för aktivitetsvärd och seniorlots, kapaciteten är då 8 omgångar per år, men innebär kortare program och mindre omfattning per vecka, samt att den målgrupp som deltar inte är densamma som investeringen riktar sig till. Kostnaden för detta motsvarar 376 tkr årligen (47 tkr per omgång, 3,9 tkr per deltagare). Det är dessa kostnader tillsammans med uppnådda effekter som investeringen på 1,998 miljoner kronor ska jämföras med vid en implementering i ordinarie verksamhet för att se om den är ekonomiskt lönsam.

Etiska överväganden

Allt deltagande i insatsen är frivilligt och deltagaren söker själv plats. När deltagarna får besked om plats i insatsen kommer de att fylla i ett formulär om samtycke för att uppgifterna ska kunna sparas och användas i uppföljning av deras resultat. Uppgifterna kommer även att sparas i syfte att kunna följa insatsens effekt över tid för deltagarna. Vid dessa effektutvärderingar kommer endast aggregerade data att presenteras för att anonymisera enskilda individer och säkerställa att ingen individ kan identifieras via materialet. Deltagarna kommer också att få ta ställning till om de accepterar att bli kontaktade efter avslutad insats för uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats, samt för en långtidseffektutvärdering 1–3 år efter avslutad insats.

Implementering och uppskalning

Om satsningen genererar ett lyckat resultat och positiva effekter ska den implementeras i sin helhet eller i utvalda delar och bli en del av ordinarie verksamhet. En uppskalning av satsningen skulle kunna vara möjligt genom att utvidga/sprida arbetssättet till resterande partnerskapsområden och sedan övriga bostadsområden efter prioritering av behov. Arbetssättet ersätter tidigare arbete med seniorträffar inom frivillig och hälsofrämjande enheten, resurser för att arbeta i en uppskalning är befintliga. Att etablera samverkan med olika aktörer inom seniorträffar kräver dock ett uppstartsarbete i varje nytt bostadsområde.

Margareta Johansson

Folkhälsochef, Örebro läns idrottsförbund

Annika Roman

Förvaltningschef, Vård- och omsorgs-
Förvaltningen

Patrik Jonsson

Programdirektör, Social välfärd

Bilaga 1 Evidens och forskning

Livslots för seniorer

En avhandling som publicerats 2012 undersökte två av Göteborgs stadsdelar, Örgryte och Härlanda, där man arbetat med ett uppdrag i projekt Livslots för seniorer. Det primära syftet var att utvärdera om en hälsofrämjande och förebyggande intervention kunde förebygga funktionsnedsättning, sjuklighet, aktivitetsbegränsning och påverka delaktighet. Enligt studien bidrog Seniorträffarna bland annat till att flytta fram beroende inom allmän daglig livsföring (ADL) eller reducerade omfattningen av beroende inom ADL för en period upp till två år³⁸. Totalt deltog 459 personer över 80 år i studien och i tre grupper. Data om ett stort antal hälsomått, allt från balans till livstillfredsställelse samlades in vid studiens start. Deltagarna i de tre grupperna har därefter följs upp med nya mätningar efter 3, 12 och 24 månader.

- Kontrollgruppen, inga åtgärder utöver de man på eget initiativ sökt upp.
- Förebyggande hembesök, om cirka 1,5 timme av utbildad personal i det multiprofessionella teamet (arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och socionom). En checklista användes som bland annat innehöll information om samhällets utbud och service för äldre personer, en kontroll av hemsäkerhet, fallrisk samt information om möjligheten till anpassning av bostaden och hjälpmedel. Checklistan innehöll även information om och instruktion av ett enkelt hemträningsprogram samt information om socialtjänstlagen. Det fanns även utrymme för individuell anpassning, exempelvis fördjupning inom något område.
- Seniorträffar, den tredje gruppen fick delta i 4 träffar/4 veckor med 4–6 deltagare, som kan liknas vid en studiecirkel. Varje träff varade i 1,5 timme. Därefter fick varje deltagare ett uppföljande individuellt hembesök med möjlighet till repetition och fördjupning av innehållet i seniorträffarna.

Studiens resultat visar att hälsofrämjande åtgärder som implementeras när äldre personer löper risk att bli sköra kan fördröja försämring av självskattad hälsa och beroende i ADL både kort och lång sikt samt funktion och livskvalitet på lång sikt. Enligt studien har seniorträffar en större inverkan på att minska omfattningen av beroende i ADL än ett förebyggande hembesök.

- Förebyggande hembesök och Seniorträffar – skattade bättre hälsa
- Förebyggande hembesök - behov av mindre hjälp i vardagliga aktiviteter 1 år
- Seniorträffar – behov av mindre hjälp i vardagliga aktiviteter 2 år

Fallförebyggande insatser

Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) sammanfattar en systematisk översikt från Cochrane Collaboration som visar att det finns fallförebyggande insatser som är effektiva. Rapporten baseras på 159 randomiserade studier som undersökt effekter på olika typer av fallförebyggande insatser. Studierna är publicerade mellan 1990 och 2011, med sammanlagt

³⁸ Gustafsson S. Health-promoting intervention for community-dwelling older adults: Focusing on the concept of frailty and intervention outcome. Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska Academy University of Gothenburg, Bohus 2012.

9 193 deltagare, varav 70 procent är kvinnor. Deltagarna är personer äldre än 60 år som bor i ordinärt boende eller i boenden utan vårdande eller rehabiliterande insatser. Studierna utfördes i 21 olika länder. Översikten studerar i första hand insatsernas effekter på antal fall bland deltagarna och på risken att falla. Jämförelsegrupperna i studierna får oftast ingen insats, eller en insats som inte antas förebygga fall. I översikten ingick interventioner fysisk träning enskilt eller i grupp, läkemedel supplement med D-vitamin, val av eller utsättning av läkemedel, operation vid grå starr, insättning av pacemaker, kognitiv beteendeterapi, modifiering av hemmiljö eller andra miljöfaktorer och utbildning. Delar av resultatet i översikten visar att motion är effektivt för att förebygga fall hos äldre. Motionsprogram som förbättrar minst två av följande komponenter – styrka, balans, flexibilitet eller uthållighet – är effektiva för att förebygga fall. Resultatet gäller både motion som genomförs i grupp och individuellt genomförd motion i hemmet. Metaanalysen visar att fallfrekvensen minskar i snitt 25–30 procent med dessa åtgärder. Generellt är gruppbaserad motion effektiv, både för äldre som har en förhöjd fallrisk och för dem som inte har det. Åtgärder för att minska risker i hemmiljön efter en bedömning förebygger fall bland äldre generellt, och särskild bland äldre med förhöjd fallrisk. Förändring i hemmiljö minskade fallfrekvensen i snitt 20 procent, bäst effekt för personer med hög fallrisk och när interventionen är utförd av arbetsterapeut. Broddar på skorna minskar fallfrekvensen. Tretton av studierna i översikten inkluderar en omfattande ekonomisk utvärdering av insatserna som ges. Studiernas olika angreppssätt gör det svårt att jämföra dem med varandra. Författarna konstaterar att sammantaget finns ett visst, begränsat stöd för att fallförebyggande insatser kan vara kostnadsbesparande^{39,40}.

Fysisk aktivitet

FYSS⁴¹ (fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling) är en evidensbaserad handbok som beskriver hur fysisk aktivitet kan användas för att förebygga och behandla olika sjukdomstillstånd. I handboken beskrivs att generella förändringar ökar med ålder, muskelstyrkan reduceras med cirka 8 procent per 10-årsperiod fram till 70 årsåldern, och därefter med 15 procent per 10 års period. Benstyrkan försvagas upp till 10–15 procent per 10-årsperiod fram till 70 års ålder, och därefter med 25–40 procent per 10-årsperiod. Hos många äldre är förlusten av muskelstyrkan betydligt mindre, eftersom förändringarna påverkas av en människas livsstil. Muskelstyrka definieras som en muskelgrupps förmåga att utveckla maximal kraft. Explosivitet definieras som arbete per tidsenhet (kraft x hastighet). Med stigande ålder reduceras explosiviteten mer än styrkan. Låg explosivitet påverkar funktioner i vardagslivet, som exempelvis att resa sig från en stol eller återfå balansen vid instabilitet.

Balans kan beskrivas som förmågan att kontrollera kroppen i upprest ställning så att den befinner sig i jämvikt. Nedsatt balansförmåga och bristande känsla av säkerhet är riskfaktorer för fall och fallrelaterade skador. Med åldern försvagas en del funktioner som krävs för att kunna hålla balansen. En försämring av förmågan att hålla balansen behöver inte förändras på äldre dagar eftersom människan har en överkapacitet eller reservkapacitet i de flesta situationer. Forskning har

³⁹ <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/Documents/gillispie-fallforebyggande-aldre-effekter.pdf>
2019-05-20

⁴⁰ <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/atgarder-for-att-forhindra-fall-och-frakturer-hos-aldre/>
2019-05-20

⁴¹ <http://www.fyss.se/fyss-kapitel/fyss-kapitel-del-1-allman-del/> 2019-05-29

visat att nedsatt funktion i ett sensoriskt system inte leder till nedsatt balans, medan reduktion i flera sensoriska system, som både syn och muskel-led-sensibilitet ger balansnedsättning.

Gång är en sammansatt funktion och samverkande faktorer kan förklara åldersrelaterade förändringar i gångfunktion, bland annat förändringar i livsstil och fysisk aktivitetsnivå, centralnervösa åldersförändringar, åldersrelaterade sjukdomar och degenerativa tillstånd. Av normativa data framgår att gånghastigheten minskar med stigande ålder. Gånghastighet har visat sig vara en generell hälsoindikator och prediktiv för framtida funktionsnivå och livslängd.

Stillasittande relaterar till aktiviteter med mycket låg energiförbrukning mätt som vaken tid i sittande eller liggande. Handboken FYSS refererar till en systematisk översikt där de funnit att äldre personer är stillasittande mellan 68 och 86 procent av dygnet. Stillasittande beteende hos äldre har samband med metabolt syndrom och ökad dödlighet. En inaktiv livsstil med stillasittande mer än 10 timmar per dag ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

Sammanfattning fysisk aktivitet:

- Äldre personer har god effekt av fysisk aktivitet och det är aldrig för sent att börja träna.
- Fysisk aktivitet kan förebygga många åldersrelaterade sjukdomar, men också spela en avgörande roll som behandling.
- Fysisk aktivitet kan leda till bevarande funktion och förebygga fall hos äldre personer såväl med som utan sjukdom.
- Äldre personer utgör en heterogen grupp och den fysiska aktiviteten måste anpassas till den enskildes funktionsnivå och behov.
- Alla äldre rekommenderas regelbunden fysisk aktivitet av såväl aerob som muskelstärkande karaktär och träning av balans.

Matvanor

Livsmedelsverkets litteraturstudie redogör i rapporten att det finns ett fåtal publikationer som visar ett direkt samband mellan nutritionsfaktorer och risken för fall. Det finns däremot ett stort antal publikationer som lyfter fram hur nutritionsfaktorer indirekt kan vara relaterade till fall genom påverkan på de åldersrelaterade tillstånden undernäring, skörhet, sarkopeni och benskörhet. De faktorer som tycks betydelsefulla för att påverka fallrisk är följande:

- Ett tillräckligt intag av energi – energibalans är när energiintag och energibehov är i balans och motverkar ofrivillig viktnedgång och muskelnedbrytning. Energiförbrukning och bibehållen kroppsvikt ger goda förutsättningar för att bibehålla funktion högt upp i åldrarna. Särskilt om den kombineras med fysisk träning som muskelbevarande och muskeluppbyggande aktivitet. För lågt energiintag på grund av för liten mängd mat eller för få måltider leder till undernäring och ökar risken för skörhet och muskelsvikt.
- Ett tillräckligt proteinintag för att bibehålla en så god muskelfunktion som möjligt kan i en förlängning minska risken för fall och risken för fraktur vid ett fall.
- Ett otillräckligt vätskeintag kan ge yrsel samt leda till minskad aptit och med detta försämrade nutritionsstatus. Därmed är vätska indirekt troligen en faktor i förhållande till fallrisk.

- Det finns inte belägg för att rekommendera kosttillskott D-vitamin som en åtgärd för att förebygga fall.⁴².

Ensamhet

Lena Dahlberg, docent i socialt arbete och forskare vid Aging Research Center vid Karolinska institutet, anser att det borde vara lika självklart att ta reda på vilka sociala funktioner som behöver stöttas som det är att ta reda på vilka vardagliga funktioner en äldre behöver hjälp med. Att känna sig ensam ger ett sämre välbefinnande. I en intervjustudie har Dahlberg följt 600 äldre kvinnor och män (70+) under sju års tid. I syfte att identifiera riskfaktorer för ofrivillig ensamhet har personerna svarat på frågor om sin livssituation samt om de känt sig besvärad av ensamhet. Enligt resultatet har till exempel utbildningsnivå inte någon större roll, det varken skyddar eller ökar risken för ensamhet. Svårigheter att röra sig innebär en viss ökad risk och depression ger nästan en trefaldig riskökning för att någon ska känna sig ensam. Den absolut viktigaste riskfaktorn för att någon ska känna sig ensam är att nyligen ha förlorat sin make eller maka. I studien var det fler kvinnor än män som beskrev sig ensamma, som kan förklaras med att fler kvinnor än män hade förlorat sin livskamrat under den undersökta perioden. Enligt resultatet går det att bryta ensamhet. Av de 600 deltagarna ansåg drygt sju procent vid första frågetillfället att de ofta kände sig ensamma. Sju år senare när deltagarna tillfrågades var det sjutton procent som ofta kände sig ensamma. Deltagarnas genomsnittsålder var då strax under 83 år. Ökningen kan troligtvis förklaras av att många då hunnit förlora en maka eller make. Men samtidigt som fler kände sig ensamma hade ungefär hälften av dem som upplevt ensamhet vid första frågetillfället tagit sig ur sin ensamhet när de nästa gång tillfrågats.

Att vara socialt ensam innebär att sakna band till vänner och bekanta som man känner samhörighet med, trots att man skulle vilja ingå i sådana sammanhang. En del människor har få sociala kontakter och är nöjda med det, då handlar det om social isolering och inte en känsla av ensamhet. Vid emotionell ensamhet saknar man en förtrogen person att anförtro sig åt på djupet, och det kan man göra även med ett mycket rikt kontaktnät.

Dahlberg menar att eftersom många studier har brister, till exempel genom att det saknas kontrollgrupper eller definitioner av vad som undersökts, har det varit svårt att dra slutsatser om evidensen och visa på vilka frivilliga, kommunala och andra insatser som har effekt på att bryta ofrivillig ensamhet. En del går ändå att fastläsa, till exempel behöver någon vara ansvarig för det aktuella projektet, oavsett om det är en träffpunkt, en gemensam kulturaktivitet eller promenader. Den personen måste ha rätt utbildning och stöd omkring sig. Och åtgärden bör vara riktad, så att en insats vänder sig till exempelvis änklingar/änkor. Vidare är det bra att involvera deltagarna i hur verksamheten ska utvecklas⁴³.

⁴² Referent: Livsmedelsverket. Eneroth, H. L 2019 nr 05: Nutrition och fallrisk hos äldre. Livsmedelsverkets rapportserie. Uppsala

⁴³ Annika Lund Ensamhet Medicinsk Vetenskap nr 1,2015

Bilaga 2 – Fördjupning metodval

Hälsoenkät

Enkäten innefattar frågor om uppskattad allmän och psykisk hälsa, livskvalitet, levnadsvanor, social situation, anhörigvård samt fallrisk och bygger på frågor från validerade frågebatterier samt delar av frågeformulär från hälso- och sjukvården samt befolkningsundersökningar. Frågeformuläret är under framtagande.

Funktionstester

Timed up and Go (TUG)

Testet⁴⁴ har t.ex. visat sig kunna predicera äldre personers förmåga att gå självständigt utomhus. Personen som ska utföra testet får instruktion om och ska utföra en rörelsefrekvens från sittande på karmstol, resa sig upp, gå 3 meter, vända runt, gå tillbaka och sätta sig ned. Resultat; utfallsmåttet är tid och tiden anses kunna predicera fall om den överskrider ett visst värde. För friska, hemmaboende äldre anses den ligga på mer än eller lika med 14–16 sek.

Uppresningstest

Uppresningstest även kallat *Sitt- och stå-test på 30 sekunder/ Chair stand test* mäter benstyrkan genom tidtagning av maximalt antal uppresningar från en stol under 30 sekunder. Uppresningen ska ske utan frånskjut med händerna. Armarna hålls i kors över bröstet och fötterna parallella. Resultatet kan användas som ett utgångsvärde i syfte att träna upp benstyrkan^{45,46}.

Dessa två tester kan med fördel även användas som träning och genomförs i grupp vid varje träff och enskilt, gärna dagligen.

Blodtryck

Att ha ett högt blodtryck är vanligt och risken ökar med stigande ålder. Bland de som är över 65 år beräknas 50 procent ha ett högt blodtryck. Högt blodtryck är en välfärdssjukdom. Exempel på bakomliggande faktorer är övervikt, stress, dålig sömnkvalitet, fel matvanor, rökning, hög alkoholkonsumtion och för lite fysisk aktivitet⁴⁷.

Intervjuer

Motivational Interviewing (MI)

Den evidensbaserade metoden Motivational Interviewing (MI) är ett personcentrerat samtal, vilket innebär att det är personens syn på sin situation, sitt liv och sin livsstil som är i fokus under samtalet. Samtalsledaren möter personen där den befinner sig och skapar kontakt och samarbete. Kärnan i MI är att locka fram och förstärka personens förändringsprat som idéer, behov eller önskemål, stödja i personliga frågor eller lyssna till en levnadsberättelse. Samtalsledarens förmåga att uttrycka empati, värme och äkthet är helt avgörande för att skapa förutsättningar för förändring. Det som

⁴⁴ https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/ sektioner/aldreshalsa/matmetoder/komplettering_av_tug.pdf

⁴⁵ <https://www.regionorebrolan.se/PageFiles/5736/Sj%C3%A4lvtest%20benstyrka%20161103.pdf?epslanguage=sv>

⁴⁶ <https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/ sektioner/aldreshalsa/matmetoder/chairstands.pdf>

⁴⁷ <https://www.hjart-lung.se/vart-arbete/tidningen-status/artiklar/darfor-ska-du-halla-koll-pa-ditt-blodtryck/>

ska genomsyra samtalet är personens självbestämmande och samtalsledarens tro på personens egen kraft till förändring.

Motiverande samtal är en samarbetsinriktad samtalsstil som syftar till att stärka personens inre motivation till förändring, att bli medveten om och utforska den ambivalens att förändra sitt sätt att leva. När beslutet om förändring är fattat stödjer samtalsledaren personen i att sätta sina planer i verket. Och för att stödja ett vidmakthållande bör samtalet följas upp⁴⁸⁴⁹

Canadian Occupational Performance Measure

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är ett individualiserat instrument som är utformat i syfte att upptäcka förändringar i en persons självrapporterade aktivitetsutförande över tid. COPM är tänkt att användas som ett resultatmått, vid början av en kontakt för att sätta mål och upprepas efter en tid för att fastställa förändring och resultat. En persons aktivitetsutförande bestäms av personens egen beskrivning. Aktivitetsutförande definieras både i termer av en persons förmåga att utföra vissa aktiviteter, och hens tillfredsställelse med själva utförandet.

COPM används för att:

- Identifiera problemområden inom aktivitetsutförande
- Få ett mått på klientens prioriteringar av aktiviteter
- Värdera/skatta utförande och tillfredsställelse i förhållande till dessa problemområden
- Skapa en grund för målsättning
- Mäta förändringar i en klients uppfattning av sitt aktivitetsutförande under interventionen

Aktiviteterna är klassificerade under områdena för aktivitetsutförandet;

- Personliga dagliga aktiviteter, aktiviteter som syftar till att klara vardagens bestyr – personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället
- Produktivitet, aktiviteter som försörja sig, ta hand om hemmet och familjen, tillhandahålla service till andra och/eller utveckla sina egna förmågor – betalt eller obetalt arbete, att sköta hushållet, utbildning/skola och lek
- Fritid, aktiviteter som utförs av individen utan krav på produktiviteten – stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro

Problem med aktivitetsutförande definieras som; en aktivitet som en person vill göra, behöver göra eller förväntas göra men inte kan, inte gör eller inte är nöjd med sitt sätt att göra det på⁵⁰.

⁴⁸ Miller R, Rollnick S. Motiverande samtal. Natur och Kultur; 2013

⁴⁹ Holm Ivarsson B, Ortiz L. MI motiverande samtal – Praktisk handbok för äldreomsorgen. Författarna och Gothia Fortbildning AB; 2013

⁵⁰ Law M, Baptiste S, Carswell, McColl MA, Polotajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure. Sveriges Arbetsterapeuters förlag; 2016