



EXAMENSARBETE

Våren 2015

Sektionen för hälsa och samhälle

Vägen till ett aktivt och hälsosamt liv

Upplevelser och erfarenheter av vad som ger ett aktivt och
hälsosamt åldrande bland personer i gruppen 60- 74 år

Författare

Lena Ottosson

Handledare

Ann-Christin Janlöv

Examinator

Ingemar Andersson

Titel: Vägen till ett aktivt och hälsosamt liv

Undertitel: Upplevelser och erfarenheter av vad som ger ett aktivt och hälsosamt åldrande bland personer i gruppen 60-74 år

Författare: Lena Ottosson

Handledare: Ann –Christin Janlöv

Empirisk studie

Datum 150320

Sammanfattning

Bakgrund: Den äldre befolkningen ökar i Sverige och i nästan alla delar av världen, därför är det viktigt med kunskap om hur vi kan skapa goda förutsättningar för att bevara hälsan för människor, även i hög ålder. Investeringar i hälsosamt åldrande ökar livskvalitet för den enskilde, skapar ett hållbart samhälle och bidrar till minskade samhällskostnader. **Syfte:** Syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter av vad som ger ett aktivt och hälsosamt åldrande för personer i åldrarna 60 -74 år i Kristianstad kommun. **Metod:** En empirisk intervjustudie med datainsamling i två fokusgrupper, med sammanlagt 15 deltagare och kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Genomgående tema i resultatet var tillgänglighet till närsamhället. För bevarad hälsa var självständighet centralt och påverkades av var man bor, tillgänglig service, möjlighet att ta sig fram samt goda möten med tid för samtal. För ett aktivt liv var känslan av delaktighet, känna sig behövd och föreningsaktivitet av stor vikt. En trygg ekonomi, åtkomlig information, mötas av respekt och att våga gå ut var förutsättningar för att vara aktiv och delta i samhället. **Slutsats:** För att möta den åldrande befolkningens behov behöver samhället arbeta preventivt för att ge seniorer en bra miljö att leva i. Det finns idag mycket forskning om hur vi ska leva hälsosamt och förebygga sjukdom. Den stora utmaningen är att forma ett samhälle som är hållbart för framtiden, där vi alla kan leva ett långt och hälsosamt liv, även som senior.

Nyckelord: seniorer, ålder 60- 74, hälsosamt åldrande, samhällsplanering

Title: The path to an active and healthy Life

Subtitle: Experiences of individuals in aged 60-74 years of what gives an active and healthy aging

Author: Lena Ottosson

Supervisor: Ann-Christin Janlöv

Empirical study

Date 150320

Abstract

Context: The older part of the human population is growing in both Sweden and almost every part in the world, therefore it is important to gain knowledge about how we can create good conditions to gain and preserve the good health, even in the later parts of life. Investments in healthy ageing increases the life quality for the individual, creates a sustainable society and contributes to decreased societal cost. **Objective:** The aim was to investigate the perceptions and experiences of what gives an active and healthy aging for people aged 60 -74 years in Kristianstad's municipality. **Method:** An empirical interview study with data collection in two focus groups, in total 15 informants and qualitative content analysis. **Result:** Common theme in the results was access to local community. The independence has a central role of preserving health and influenced by location of living, the availability of service, opportunities of transportation and well-planned meetings with plenty of time for conversations. A sense of collective belonging, feeling welcomed and being a part of an association was very highly appreciated for when living an active life. Assured economy, accessible information, feeling respected and having the courage to socialize was a condition for being part of the society. **Conclusion:** To meet the aging population requires society to work preventively to give seniors a great environment to live in. There is currently a lot of research on how to live healthy and to prevent illness. The big challenge is to shape a society that is sustainable for the future, where we all can live a long and healthy life, even as a senior citizen.

Key words: seniors, 60-74 years of age, healthy ageing, community planning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	6
BAKGRUND	6
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Kontext.....	10
Urval.....	10
Tillvägagångssätt	11
Datainsamlingsmetod.....	12
Analysmetod	12
Förförståelse.....	14
Etiska överväganden	15
RESULTAT	15
Självständighet för bevarad autonomi	16
Hur och var jag bor.....	16
Service som är lätt att nå	17
Möjlighet att ta sig fram	18
Goda möten med tid för samtal	18
Delaktighet för ett rikt och hälsosamt liv.....	19
Att vara behövd	19
Vikten av föreningsliv	20
En plats att mötas.....	21
Trygghet för att våga leva ett aktivt liv.....	21
Betryggande ekonomi.....	22
Åtkomlig information	22
Känsla av respekt.....	23
Våga gå ut.....	23
DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24

Resultatdiskussion.....	26
Självständighet för bevarad autonomi.....	27
Delaktighet för ett rikt och hälsosamt liv	29
Trygghet för att våga leva ett aktivt liv	31
Slutsats.....	32
REFERENSER.....	33

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Inbjudan och blankett för demografiska uppgifter

Inledning

Hälsosamt åldrande är en process, en resa, inte slutet (Schulz & Heckhausen, 1996). Den äldre befolkningen ökar i Sverige och i nästan alla delar av världen, därför är det viktigt med kunskap om hur vi kan skapa goda förutsättningar för att bevara hälsan för människor, även i hög ålder (Världshälsoorganisationen, WHO, 2008 a). Vägen till ett aktivt åldrande kan ses som en livslång process, den formas av flera faktorer som verkar tillsammans, dessa faktorer är gynnsamma för hälsan och kan leda till trygghet och självständighet för den äldre individen (WHO, 2007 a). Kunskap om den åldrande befolkningens hälsa är viktig i distriktssköterskans omvårdnadsarbete. Enligt kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (2008) ska han eller hon inneha fördjupade kunskaper om vad som påverkar människors hälsa med hänsyn till ålder och kön utifrån kulturella betingelser och närmiljö på nationell och internationell nivå.

BAKGRUND

Enligt United Nations Population Division (2009) var drygt fem procent av världens befolkning 65 år eller äldre i mitten av 1900-talet. År 2000 hade gruppen ökat till närmare sju procent och år 2050 beräknas samma grupp vara 16 procent av befolkningen. Den förväntade livslängden i världen har mer än fördubblats under de senaste 200 åren. Medellivslängden ökar, i Sverige är den idag runt 80 år vilket är högre än i Europa där medellivslängden är cirka 73 år och i övriga delar världen cirka 66 år. Även Sverige har en utveckling där befolkningen blir allt äldre, år 2013 var 19 procent av Sveriges befolkning över 65 år (a.a). Enligt statistiska centralbyråns beräkningar kommer denna grupp ha ökat till 24 procent av befolkningen år 2040. Idag finns det nästan en halv miljon som är äldre än 80 år i Sverige, i slutet av 2040-talet beräknas de vara över 1 miljon. (Statistiska centralbyrån, SCB, 2013).

Nilsson (2004) menar att gränsen för att betraktas som äldre har varierat under historiens gång men fortfarande behandlas äldre personer ofta som en enhetlig grupp och ålderdomen uppfattas som en särskild del av livet. En annan definition för den äldre personen kan vara senior (Sjögren, Györki, & Malmström 2011). I stora delar av världen anses 60 år vara gränsen för när vi räknas till de äldre (United Nations Population Division, 2009). I Sverige används fortfarande 65 år som gränsen för när vi räknas till de äldre (SCB, 2013). Den ökade livslängden innebär att de äldre idag omfattas av flera generationer, de allra äldsta har idag barn som är över 65 år och kan då räknas in i samma grupp (Nilsson, 2004). Denna

grupp kan enligt Given och Given (1989) delas in i undergrupper och som kan benämnas *yngre äldre* som avser personer mellan 65 och 74 år, personer över 75 år kallas *äldre äldre* och de över 85 år är de allra *äldsta* (a.a). Bates och Smith (2003) beskriver hur samhällsstrukturen har förändrats, vi har fått bättre ekonomiska förutsättningar och människor är i större utsträckning relativt friska högt upp i åren, detta leder till en förändrad syn på åldrandet. Samma författare använder begreppet tredje åldern, detta är ett modernare begrepp som inte bara beskriver en livsfas bestående av övergång från arbete till pensionering utan snarare en period av ökad fritid och konsumtion och med ökade möjligheter till självförverkligande som inte nödvändigtvis kopplas till ett givet åldersintervall. Den tredje åldern kallas den period från tiden omkring pensionering till den tid då förutsättningarna för en aktiv livsstil minskar. Den fjärde åldern är den sista delen av livet som i stor utsträckning definieras som en tid i livet präglad av beroende och sjuklighet (a.a).

Åldrandet kan ses ur olika perspektiv och åldrandeprocessen kännetecknas av förändringar som vanligen beskrivs som förluster i olika funktioner. Vad som är normalt åldrande är svårt att urskilja och dessutom inte objektivt och fritt från värderingar (Nilsson, 2004). I rapporten *Äldres hälsa* (2007) beskrivs åldrandet som en individuell process som upplevs olika av olika individer. Åldrandet innebär att människans reservkapacitet successivt avtar, funktionsförmågan reduceras och olika hälsoproblem kan uppstå. Ett hälsosamt åldrande kan därför handla om att förutse, hantera och anpassa sig till dessa förändringar (Statens folkhälsoinstitut, 2007).

Det finns flera definitioner av hälsosamt åldrande, ett begrepp som ofta används i flera studier av Rowe och Kahn (1998) är; ”frihet från sjukdom och sjukdomsrelaterat funktionshinder, bibehållande av fysiska och kognitiv funktionsförmåga samt bibehållande av aktivt engagemang”. I *Healthy Ageing – a Challenge for Europe* beskrivs ett hälsosamt åldrande på följande sätt: ”En process där möjligheterna till fysisk, social och psykisk hälsa optimeras så att äldre människor kan ta aktiv del i samhället och åtnjuta ett självständigt liv med god livskvalitet utan att diskrimineras på grund av ålder.” (Statens folkhälsoinstitut, 2006).

Smith, Planck, Borchelt, Maier och Jopp. (2002) menar att vad som främjar hälsan för äldre behöver inte skilja sig från vad som är en klok livsstil när man är ung eller i medelåldern.

Hälsan bestäms av en rad faktorer som samspelar med varandra och som påverkar oss i positiv eller negativ riktning. Det kan handla om hur vårt boende är utformat, närheten till service och tillgängligheten i vår närmiljö, liksom tillgång till hälso- och sjukvård. Det kan också handla om faktorer som rör våra egna beteenden, vanor och ovanor som vi grundlagt under ett långt liv (Smith et al., 2002). Fristedt (2013) anser att investeringar i hälsosamt åldrande, där insatserna inriktas för att främja och bevara hälsan, ökar livskvalitet för den enskilde, bidrar till minskade samhällskostnader för vård och omsorg och minskar risken för att människor pensioneras i förtid. Det är dock viktigt att samhället samtidigt är flexibelt till de olika behov som finns bland äldre (a.a).

Haak, Fänge, Iwarsson och Dahlin Ivanoff (2007) har i sin forskning visat att aktivitet och delaktighet är nödvändigt för att en person ska kunna utveckla och behålla hälsan, det vill säga att personen upplever att hon eller han är en del i ett sammanhang. Både aktiviteten och delaktigheten påverkas av kroppsliga och personliga faktorer men också av möjligheter och hinder i den fysiska och sociala omgivningen. Genom att planera omgivningen så att den blir så användbar som möjligt för alla personer, ökar man möjligheten för äldre att vara delaktiga, aktiva samt att behålla sin kapacitet (a.a).

I kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (2008) beskrivs hur hon eller han ska kunna möta och vårda människor i alla åldrar och utvecklingsstadier i livet, hon/ han ska även inneha kunskap om hälsofrämjande arbete på både individ-, grupp- och samhällsnivå. När distriktssköterskan möter äldre människor i sitt omvårdnadsarbete är det viktigt att ha förståelse och kunskap i den åldrande individens upplevelse av att åldras, vilket behov av stöd kan behövas för att leva ett så gott liv som möjligt. För att kunna arbeta preventivt och planera omvårdnadsinsatser måste kunskap finnas för att förstå hur individen påverkas av sin miljö både fysiskt och psykiskt samt kunna föreslå åtgärder, vara ett stöd och handleda individen mot ett hälsosamt liv (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

Enligt rapporten Ett hälsosamt åldrande (2013) finns betydande hälsoskillnader mellan olika socioekonomiska grupper, låg och högutbildade, kvinnor och män och ensam- och sammanboende. Fortfarande saknas kunskap om hur samhällets folkhälsoarbete kan förbättras med hänsyn till dessa olikheter. Samhället kan möjliggöra ett hälsosamt åldrande på många sätt. Utformningen av bostadsområden, service, kollektivtrafik, samlingslokaler är en del, stöd till sociala aktiviteter och mötesplatser en annan, uppsökande verksamhet och

förebyggande hembesök en tredje. Det saknas forskning som tar ett ”helikopterperspektiv” på äldres hälsa, ser den utifrån många olika aspekter som exempelvis samhällsplanering, livslopp, sociala nätverk, fysisk, social och kulturell aktivitet, fysisk och psykisk hälsa (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2013).

I rapporten Ett hälsosamt åldrande (2013) beskrivs att det preventiva arbetet för ett hälsosamt åldrande är en stor utmaning för samhället. Det finns sannolikt många bland de yngre äldre som inte är intresserade av den typ av aktiviteter och sociala mötesplatser som tidigare erbjudits den äldre befolkningen i samhället. Det är viktigt att ta reda på vad som tilltalar den yngre gruppen av äldre för att möta deras behov. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2013). I WHO:s ”Age friendly cities” projekt ingår åtta områden som studeras utifrån äldres perspektiv med fokus på ett aktivt och hälsosamt åldrande. De områden som ingår i projektet är utemiljöer, byggnader, transporter, bostäder, socialt deltagande och inkludering, kommunikation och information samt social service och hälso- och sjukvård. Projektets mål är att på ett aktivt sätt möta en samhällsutveckling med en ökande grupp äldre i samhället (Plouffe & Kalache, 2010).

Samhällsplanering och insatser för att förändra den byggda miljön har stor betydelse för att åstadkomma positiva förändringar i folkhälsan, motverka kroniska sjukdomar och uppmuntra ett aktivt liv hos invånarna (Statens folkhälsoinstitut, 2008). I Kristianstad kommun finns en vilja och ambition att arbeta med folkhälsa och inte minst för den äldre befolkningen där målet är att skapa ett socialt hållbart samhälle (Kristianstad kommun, 2014). Projektet Age friendly cities är ett viktigt steg i rätt riktning och som skapar en möjlighet för Kristianstad kommun att inhämta kunskap om seniorers upplevelser och erfarenheter av hur ett äldre -vänligt samhälle kan utvecklas för framtiden.

SYFTE

Syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter av vad som ger ett aktivt och hälsosamt åldrande för personer i åldrarna 60 -74 år i Kristianstad kommun.

METOD

Design

Studien har utförts som en empirisk studie med kvalitativ ansats. Studien är en del i projektet ”Age-friendly Cities” som är ett WHO projekt som drivs av Kristianstad kommun, i detta

projekt är metoden för studien förutbestämd enligt Vancouver protocol (2007 b). I kvalitativ forskning utgår forskaren från ett holistiskt perspektiv och har som mål att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen (Polit & Beck, 2010). Olsson och Sörensen (2011) rekommenderar att forskaren försöker möta situationen förutsättningslöst för att få en så fullständig bild som möjligt. Genom att försöka se människan i ett socialt sammanhang och förstå den enskildes syn på verkligheten utifrån ett helhetsperspektiv. Fokusgrupper valdes då de enligt Morgan (1996) är lämpliga för att studera människors erfarenheter, motiv, argument och värderingar och det finns en möjlighet att dra nytta av interaktionen som sker i gruppssamtalet.

Kontext

Studien har genomförts i Kristianstad kommun som enligt folkhälsomyndighetens databas hade 81 009 invånare år 2013, av dessa innevånare var drygt 12 000 i åldern 60 – 74 år, något fler kvinnor än män. Det bor omkring 30 000 i centralorten Kristianstad. På kommunens hemsida kan man läsa att till ytan är kommunen den största i Skåne med 1 346 km² och består av centralort, tätorter samt landsbygd (Folkhälsomyndigheten, 2014). Analysresultatet från denna studie är en del i det pågående projektet Kristianstad - An age friendly city projekt där syftet är att göra en förvaltningsövergripande plan med fokus på framtiden för ett aktivt och hälsosamt åldrande, enligt anvisningar från WHO Vancouver protocol (2007 b).

Urval

Denna studie fokuserade på yngre äldre, det vill säga personer i gruppen 60 – 74 år, och vad som kunde ha betydelse för ett hälsosamt åldrande. Strategiskt urval användes och som innebär att forskaren väljer deltagare till sin studie som har specifik kunskap om det fenomen som ska undersökas (Polit & Beck, 2010). Deltagarna skulle vara boende i Kristianstad kommun, kvinnor och män i åldrarna 60- 74 år. Gruppen skulle vara representativ för samhället som exempelvis socioekonomiskt, boende både i stad, annan tätort eller på landsbygd samt även inkludera personer med åldersrelaterat funktionshinder. Till de två fokusgrupper som planerades bjöds 16 deltagare in, åtta i varje grupp. En deltagare uteblev på grund av sjukdom, därför genomfördes den första fokusgruppen med sju deltagare. Två fokusgrupper genomfördes med sammanlagt 15 deltagare, nio kvinnor och sex män, medelåldern var 70,9 år. I gruppen som helhet fanns sju deltagare med utbildningsnivå motsvarande grundskolenivå, fyra deltagare med utbildning motsvarande

gymnasienivå samt fyra deltagare med utbildningsnivå motsvarande högskola eller universitetsnivå. Samtliga har förvärvsarbetat och är nu pensionärer. Fem deltagare skattade sin hälsa som hygglig, fem skattade sin hälsa som bra och fem deltagare skattade sin hälsa som utmärkt. Fem av deltagarna hade ett funktionshinder. Tio av deltagarna levde i parförhållande och 5 deltagare levde ensamma. Tio av deltagarna ägde sitt boende, då som egen villa eller bostadsrätt och fem deltagare hyrde sin bostad. Nio av deltagarna bodde i centralorten Kristianstad, fem bodde i tätort och en bodde på landet. Se uppgifter för deltagare i sammanställning av demografiska uppgifter i tabell 1.

Tabell 1. Demografiska uppgifter för deltagare

Deltagare	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kön	M	K	M	K	K	K	K	M	K	K	K	K	M	M	M
Ålder	73	71	70	74	70	65	71	73	73	72	67	72	72	74	67
Civilstånd	Gift	Gift	Singel	Singel	Singel	Gift	Gift	Gift	Singel	Gift	Gift	Gift	Gift	Gift	singel
Utbildning	G/R	G/R	G	G	G	G/R	G	G	H	G/R	G	H	H	H	G
Pensionär	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Boende	Äger	Äger	Hyr	Äger	Hyr	Hyr	Äger	Hyr	Äger	Äger	Hyr	Äger	Äger	Äger	Äger
Ort	C	T	C	C	C	C	L	C	T	T	C	C	T	C	C
Hälsa	H	H	H	B	H	U	B	H	U	U	B	B	U	B	U
Funktionshinder	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej

Kön: M står för man och K står för kvinna. Ålder: beskrivs i antal år. Civilstånd; Gift beskriver samboende med annan person, singel som ensamboende. Utbildningsnivå: G motsvarar grundskola/ folkskola, G/R motsvarar gymnasiet/ realskola, H motsvarar högskola/universitet. Pensionär: Ja för pensionär, Nej för yrkesverksam. Boende: Äger står för eget hus eller bostadsrätt, hyr står för hyrd bostad. Ort: C beskriver i centralorten Kristianstad, T beskriver tätort, större samhälle och L beskriver landsbygd. Hälsa: Skattas av deltagare som U för utmärkt, B för bra, H för hygglig, D för dålig. Funktionshinder; Ja om det föreligger funktionshinder, nej om det inte föreligger funktionshinder.

Tillvägagångssätt

Då denna studie var en del i ett projekt i Kristianstad kommun styrdes tillvägagångssättet av en förutbestämd planering som följde WHO age-friendly cities project methodology, Vancouver protocol (2007 b). Kommunen har en projektledare för detta projekt, hon har även varit kontaktperson till denna studiens författare. Delar av materialet, som exempelvis intervjuguide (bilaga 1), inbjudan och blankett för demografiska uppgifter (bilaga 2), översattes till svenska och anpassades till svenska förhållanden genom bl.a. ett tillägg av faktorn *Eget ansvar*, blev på detta sätt nio faktorer. Därefter godkändes översättningen av WHO för användning. För denna översättning ansvarade kommunens projektledare men författare och handledare för denna studie var delaktiga i processen genom deltagande i en referensgrupp under översättningsprocessen. Eventuella deltagare identifierades och bjöds in

att delta av kommunens projektledare. Inbjudan skickades ut med brev i juni 2014 till sammanlagt 24 personer som uppfyllde kriterier för urvalet. Av de 24 deltagare som inbjöds att delta i studien var det 11 deltagare som tackade ja och fem som tackade nej genom brevsvar, åtta deltagare som ej svarat blev sedan uppringda av författaren i augusti, för att påminna om inbjudan till studien och för att efterfråga eventuellt intresse för att delta, fem deltagare tackade ja efter telefonkontakt. Kommunens projektledare bokade lokaler för fokusgruppsintervjuerna som genomfördes under vecka 36, 2014, i Rådhuset i Kristianstad.

Datainsamlingsmetod

I denna studie inhämtades data från intervjuer i två fokusgrupper med 7-8 deltagare i varje grupp, varje fokusgruppintervju varade i 2,5 h. Wibeck (2010) menar att en fokusgrupp består av människor som har liknande erfarenheter, exempelvis ålder och/eller socioekonomisk bakgrund. De förväntas ha mer gemensamt att samtala om och är mer benägna att utbyta tankar och idéer. Samtalet i fokusgruppen utgick från en halvstrukturerad intervjuguide (bilaga 1) som används inom projektet ”Age – Friendly Cities”. En halvstrukturerad intervjuguide utgår från förutbestämda frågeområden som täcks in i intervjun, det finns även förslag på följdfrågor (Wibeck, 2012). Enligt WHO; s Vancouver protokoll (2007 b) informerades deltagarna om vilka frågor som skulle diskuteras i fokusgruppen i förväg för att kunna förbereda sig för vad den enskilde upplevde som viktigt och ville förmedla i gruppen. Deltagaren uppmanades att tänka på både positiva och negativa erfarenheter inom varje område samt på vad som kunde förbättras.

Fokusgrupperna genomfördes av författaren och handledaren till denna studie och rollerna växlade mellan att vara mentor/samtalsledare respektive observatör/ assistent för att dels leda samtalet i rätt riktning och observera det som skedde i gruppen, vilket är en vanlig arbetsmetod vid fokusgruppsintervjuer (Kitzinger, 1995). Fokusgruppintervjuerna bandades och transkriberades för att försäkra att allt intervjumaterial blev ordagrant dokumenterat och bevarat för vidare bearbetning, vilket rekommenderas av Polit och Beck (2010).

Analysmetod

Materialet från fokusgruppsintervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys inspirerad av Elo och Kyngäs (2007) med en induktiv ansats. I denna studie var intervjuerna halvstrukturerade och har inledningsvis analyserats med manifest analys utifrån de nio angivna faktorer som lyftes upp i fokusgrupperna. De nio faktorerna var: *Utemiljöer och byggnader, transporter, bostäder, social inkludering i samhället och respekt,*

socialt deltagande, medborgerlig delaktighet, kommunikation och information, samhällets stöd och hälso- och sjukvård samt eget ansvar. Intervjumaterialet har transkriberats och sedan lästs som en helhet för att få en känsla för innehållet. Därefter har meningsbärande enheter identifierats och kondenserats. Enligt Polit och Beck (2010) gör kondensering materialet mer lätthanterligt men det centrala innehållet fanns kvar. Nästa steg i processen blev att ge en kod till de kondenserade meningsenheterna för att sedan kunna kategorisera utifrån likheter och skillnader. Elo och Kyngäs (2007) beskriver att kvalitativ innehållsanalys syftar till att finna likheter och skillnader i ett textmaterial. En fördel med kvalitativ innehållsanalys var att analysen av textmaterialet kan fokusera på såväl det manifesta som det latent innehåll i texten. I analysen av ett textmaterial med fokus på det manifesta innehållet koncentreras analysen på vad texten säger och beskriver det synliga och uppenbara innehållet i det skrivna materialet (a.a). Denna analys resulterade i bildandet av subkategorier som svarade på frågan ”Vad?” och hänvisade således till det beskrivande innehållet i texten. Då denna studies manifesta innehåll skulle ingå i Kristianstad kommuns projekt *Age friendly cities* har det manifesta innehållet redovisats schematiskt under de nio faktorerna till kommunen. Se exempel på detta schema i tabell 2. Därefter fortsatte analysprocessen och Elo och Kyngäs (2007) menar att med en induktiv ansats skapas koder/ subkategorier ur insamlad data. Dessa koder grupperas för att skapa kategorier som sedan kan beskriva ett fenomen, öka förståelsen och få ny kunskap. Vid den latent tolkningen analyserades vad texten handlade om, det underliggande budskapet i texten och är grunden till studiens resultat. Se exempel på analysens olika faser i tabell 3.

Tabell 2. MEDBORGERLIG DELAKTIGHET 60- 74 ÅR

fördelar		nackdelar		förbättringsförslag	
Möjlighet att påverka sin situation	subkategori	Hinder för att påverka sin situation	subkategori	Subkategori	Subkategori
Vikten av delaktighet Medlemskap och engagemang i pensionärsorganisation ökar möjlighet att påverka. Kan påverka genom pensionärsrådet. Skriver brev till kommunen. Genom politiskt engagemang, rösta var fjärde år. Har inte känt något behov av att engagera mig i samhällsfrågor. Genom att delta i denna grupp påverkar	Att rösta ger delaktighet -Medborgerligt ansvar att rösta var fjärde år. Medlemskap i pensionärsorganisation ökar möjlighet att påverka. -pensionärsrådet	Ibland liten chans att påverka. Upplevs svårt att påverka beslut som gäller äldre och deras liv. Svårare att påverka privata aktörer, byggherrar, vid stadsplanering eller bostäder. Saknar	Svårt för den enskilde att påverka -Upplevs svårt att påverka beslut .	Önskar större möjlighet att påverka individuellt i kommunala beslut, liten omröstning av olika förslag. Kommunen visar intresse och tar tillvara idéer och förslag. Hoppas det som framförs i detta projekt kommer till nytta. Seniorer önskar ökad möjlighet att	Önskar större möjlighet att påverka som enskild medborgare.

vi. KPR driver frågor för seniorer.	information om hur man kan påverka. Kommunen lyssnar men det händer inget.	påverka och framföra sina åsikter.
--	--	------------------------------------

Schema över faktorn Medborgerlig delaktighet som efter manifest analys redovisas i uttryckta fördelar, nackdelar samt förbättringsförslag. Dessa har bearbetats till möjlighet att påverka och hinder för att påverka sin situation. Därefter har subkategorier skapats.

Tabell 3. Exempel som visar analysens faser.

Råtext	Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Subkategori/kod	Kategori	Tema
Det är trappor el höga kanter in till affärer. Man har gjort lite ramper in, t ex som jag som tjej går på Hemtex och det är jättesvårt, jag kom inte in med rullstolen där, jag fick ha hjälp. Ja, det är väl... tillgängligheten tycker jag inte är bra när man är funktionshindrad.	Finns butiker med trappor, ibland finns ramper, ex Hemtex, svårt att komma in, måste ha hjälp	Trappor är ett hinder för rullstolsburna i centrum, svårt trots ramper	Manifest Delvis begränsad tillgänglighet i centrum. Latent Service som är lätt att nå.	Självständighet för bevarad autonomi	Tillgänglighet till närsamhället

Tabell 2 visar de olika stegen i den kvalitativa analysprocessen, råtext, meningsbärande enhet, kondenserad text, skapande av manifest och latent subkategori, därefter fortsatte den latent analysen och kategori och tema skapades.

Förförståelse

I en kvalitativ studie är det viktigt att forskaren har redogjort för sin förförståelse.

Förförståelse är den kunskap och erfarenhet som forskaren har inom det område som ska undersökas. När förförståelsen beskrivs anger det sedan utgångspunkten för tolkningen (Olsson & Sörensen, 2011). Författarens förförståelse i denna studie grundade sig i tio års erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska i kommunal hemsjukvård, demenssköterska i primärvård samt arbete med utredning, behandling och omvårdnad för personer med demenssjukdom på Minnesmottagning i närsjukvården i Region Skåne. Författaren hade även studerat gerontologi och geriatrik på avancerad nivå och hade därför både kunskap och erfarenhet inom området äldres hälsa. Enligt Vancouver protocol (2007 b) rekommenderades att forskaren hade kunskap om gerontologi vid genomförandet av fokusgruppsintervjuerna i detta projekt. Olsson och Sörensen (2011) anser dock att det är viktigt att författarens förförståelse inte får styra undersökningen i allt för stor utsträckning.

Etiska överväganden

Inför all form av vetenskapligt arbete ska forskaren alltid reflektera över värdet av den förväntade kunskap som kan inhämtas i förhållande till vilka möjliga risker i form av negativa konsekvenser som skulle kunna uppstå för deltagarna i undersökningen. Både kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser skulle beaktas (Olsson & Sörensen, 2011). Grunden i all forskning är att den utförs med respekt för människovärdet och mänskliga rättigheter som kan ses som en grund för individskyddskravet som består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Codex, 2014). I denna studie beaktades informationskravet då deltagarna informerades om undersökningen både skriftligt via brev och muntligt inför sammankomsterna i fokusgrupperna. Deltagarna i undersökningen informerades om projektet de deltog i, att det var frivilligt att delta och att de när som helst kunde avstå från att delta utan att uppge orsak. Skriftligt samtycke inhämtades för att uppfylla samtyckeskravet. För att uppfylla konfidentialitetskravet har det insamlade materialet oidentifierats och endast behandlats av författaren och handledaren samt förvarats inlåst. Då undersökningen genomfördes i fokusgruppsintervjuer fanns en risk för att konfidentialitetskravet påverkades då flera deltagare intervjuades samtidigt. Det var då viktigt att deltagarna gjordes medvetna om vikten av att inte sprida informationen vidare som kommit fram i gruppen, vilket påtalades vid sammankomsterna. Det fanns även en risk för att deltagare i gruppen kunde uppleva att de inte kommit till tals i gruppen eller på annat sätt inte fått samma förutsättningar att delta i diskussionen. Det insamlade materialet har endast använts för forskningsändamål i denna undersökning och kommer inte att användas i annat syfte för att uppfylla nyttjandekravet. En etisk ansökan lämnades in för godkännande tillsammans med projektplan för studien.

RESULTAT

Seniorerna beskrev Kristianstad som en kommun med centralt läge, med närhet ut i Europa, och med stor tillgång till natur och hav. De uttryckte även värdet av det rika kulturlivet, fina park- och rekreationsområden, där de menade att medborgarna kunde leva ett gott liv. Vid analysen växte ett tema fram som gick som en röd tråd genom alla kategorier, det var temat *tillgänglighet till närsamhället*. Detta tema fanns genomgående i alla subkategorier och formade en innebörd för vad som är väsentligt för seniorers upplevelse av vad som har betydelse för ett fortsatt aktivt och hälsosamt liv. Resultatet presenteras utifrån ett tema och de tre kategorier som framträdde vid analysen, *Självständighet för bevarad autonomi*,

Delaktighet för ett rikt och hälsosamt liv samt Trygghet för att våga leva ett aktivt liv. Se figur 1.



figur 1. redovisar tema, kategorier och subkategorier som framkom i den latent analysen i denna studie.

Självständighet för bevarad autonomi

Seniorerna uttryckte att självständighet är centralt för ett aktivt och hälsosamt liv. Detta genom upplevelsen av att inneha styrka att klara sitt eget liv och möjlighet att manövrera sin vardag. Denna kategori belyser betydelsen av *Hur och var jag bor*, *Service som är lätt att nå*, *Möjlighet att ta sig fram*, och *Goda möten med tid för samtal*.

Hur och var jag bor

Seniorerna uttryckte att boendet hade stor betydelse för upplevelsen av ett självständigt liv. För de som valt att byta från tidigare bostad, som oftast var en större till ytan eller mindre anpassad bostad, uppgavs att boende i markplan eller lägenhet med hiss och närhet till samhällsservice var avgörande aspekter för att fortsätta leva ett självständigt liv. De som valt att bo kvar i tidigare bostad uppgav hög trivsel, tillgång till trädgård och närhet till familj, goda grannar och närhet till natur som hälsofrämjande orsaker till att bo kvar. Ekonomi uppgavs också som en anledning till att bo kvar då en flytt till lägenhet eller bostadsrätt ofta gav en dyrare boendekostnad. Det fanns också oro för extra kostnader i samband med flytt som exempelvis dubbla hyreskostnader.

Centralt boende beskrevs öka tillgängligheten till samhällets service. Tillgång till kommunal service i form av bostadsanpassning, hjälpmedel och insatser från hemtjänst vid

funktionshinder och sjukdom hade stor betydelse för upplevelsen av självständighet i boendet. Framkom även en oro ibland deltagarna för att det var svårt att få annan bostad då det var lång kö till många bostadsbolag, brist på lämpligt boende för seniorer och personer med funktionshinder. Seniorerna hade åsikter och förslag till utformning av nyproduktion av anpassade boendeformer som trygghetsboende och äldreboende i grupperna. De menade att tillgång till dessa boendeformer kunde ge fortsatt självständighet med närhet till personal och service. Förenklad tillgång till äldreboende, flera pigga pensionärer på boendet beskrevs kunna öka livskvaliteten för alla.

Det skulle vara något boende som man kunde haft kanske lite pensionärskompisar och suttit och fikar lite och det och så kan vi gå på fotbollen då eller gå upp till stån och fika och lite så där va, det är lite såna boende som skulle finnas kanske. (Kvinna gr.1)

Ja, jag har trappa inne i huset där jag bor så, alltså jag har inga problem nu, men man måste tänka lite framöver och jag har stor trädgård också, men vi är pensionärer alla som bor där runt omkring och vi har bott där i över fyrtio år och det är en social trygghet det också va. Så vi resonerar som så, att vi tar hem...alltså vi bor så billigt, att det är bättre att ta hjälp för sådant som man inte klarar av och kunna bo kvar. (Kvinna gr.2)

Service som är lätt att nå

Seniorerna i denna studie menade också att tillgänglighet till samhällsservice som exempelvis dagligvaruhandel, apotek, bibliotek, systembolag och bank var betydelsefullt för ett självständigt liv. Tillgång till sådan service beskrevs påverka möjligheten att självständigt kunna tillgodose behov i det dagliga livet och på så sätt behövde seniorer inte känna sig som en belastning för någon annan. I samtalen framkom erfarenheter av svårtillgänglig samhällsservice för funktionshindrade som exempelvis butiker med trappor och svåranvända ramper. Det framfördes önskemål om bättre tillgänglighet i centrum. Internethandel användes av flertalet av seniorerna för inköp av kläder, skor, biljetter och resor. Fanns dock en viss oro för bedragare vid näthandel.

I Kristianstad kommun finns ett stort utbud av kultur. Tillgång till kultur lyftes som en god källa till glädje och ökad livskvalitet. Seniorerna uttryckte hur betydelsefullt det var att som funktionshindrad kunna delta i kulturarrangemang genom tillgängliga arenor och kulturhus. Även ”Boken kommer” en service från biblioteket, hade stor betydelse för seniorer. Det upplevdes som ett hinder för funktionshindrade att delta i vissa arrangemang, då det fanns behov av planering för att få tillgänglighet. Spontana besök var därför svåra att genomföra.

Möjlighet att ta sig fram

Deltagare som bodde centralt i Kristianstad eller i tätort menade att gång och cykelvägar var ett bra sätt för förflyttning till samhällsservice. Kollektivtrafik med täta turer samt tillgång till egen bil på landsbygden eller färdtjänst för dem med funktionshinder var en förutsättning för tillgänglighet. De väl utbyggda gång- och cykelvägarna i centralorten och till viss del i tätorter underlättade för seniorer att förflytta sig som fotgängare och cyklist. Det upplevdes som ett säkert sätt att ta sig fram som gav bra motion. Viss oro uttrycktes dock över hård belastning på befintliga gång- och cykelvägar med ökad risk för olyckor. Det fanns även önskemål om bättre belysning och asfalt, speciellt på cykelväg utanför tätorten. Kollektivtrafiken upplevdes också som ett bra sätt att ta sig fram, bra förbindelse med buss och tåg upplevdes som ett billigt sätt att resa som även gjorde seniorer mer självständiga i vardagen. Framkom dock en viss oro för svårigheter att köpa biljetter, platser för funktionsnedsatta inte respekterades samt förseningar i tågtrafiken.

Bilen var ett viktigt transportmedel för många och speciellt för seniorer på landsbygden då kollektivtrafiken var begränsad eller saknades helt. Det var emellertid en allmän uppfattning att det var den enskildes ansvar att sluta köra bil när sjukdom eller funktionshinder gjorde personen olämplig som förare. Ett sådant beslut upplevdes som svårt då det påverkar möjlighet till självständighet i vardagslivet i stor utstäckning. För att kunna fortsätta vara självständig vid funktionshinder är färdtjänst ett bra alternativ men det fanns en allmän oro och delvis upplevt missnöje med denna funktion. Svårigheter att beställa resa och dåligt bemötande från chaufförer var erfarenheter som kom fram.

Jag har tre kilometer till stán, cykelväg, det fungerar perfekt. Det enda jag är rädd för är andra cyklister. (Man gr.1)

Det går alltså bra från Åhus hit in, du behöver inte tänka på några tider, det är bara tåget man behöver tänka på, fem minuter här inne, hoppa på tåget och sen iväg och det fungerar väldigt bra. Och även om man ska resa vidare sen, för vi kan stiga på bussen hemma och lösa biljett till Kastrup (Kvinna, gr1)

Goda möten med tid för samtal

Det framkom hur betydelsefull tillgänglig hälso- och sjukvård var för bevarad hälsa och självständighet. Det fanns erfarenheter av goda möten med vården där personal hade visat stort engagemang och hade rätt kompetens, speciellt vid sjukdomar som genererade mycket kontakt med sjukvården. Eget ansvar för att få information belystes men även att lättillgänglig information, gärna i pappersform, var värdefull för seniorer. Det fanns även

berättelser om dåliga erfarenheter av möten med vården. Som t.ex. svårt att nå fram till vårdcentral, för kort tid med läkare och som ibland inte lyssnade på patienten. De saknade även en förebyggande hälso- och sjukvård och det fanns en upplevd erfarenhet av att de endast fick tillgång till läkare om de var sjuka. Seniorerna saknade möjligheten till en allmän hälsokontroll som skulle kunna vara förebyggande. Det fanns även deltagare som hade erfarenhet av kommunal hemsjukvård där insatser utförts vid hembesök. Det upplevdes som en god service att kunna få hjälp att leva ett självständigt liv efter nytt funktionshinder. Det fanns dock besvikelse över den egenavgift som var kopplad till hemsjukvård och blev en hög kostnad för en pensionär med låg pension.

Så länge jag fortfarande har förståndet i behåll så måste det väl ändå vara så att, har jag några frågor och så vidare måste jag ju ta ett eget ansvar. (Man gr.1)

Och om jag blir dålig så vill jag gå till doktorn och där vill jag inte känna mig utmönstrad ur samhället, utan jag vill kunna ställa frågor och få svar på dom frågorna och inte bli behandlad som imbecill. (Kvinna gr. 1)

Jag betalar ju skatt och har gjort i alla år, ska det kosta 150 kronor varje gång dom ska komma hem och hjälpa mig med någonting. Alltså man får inget stöd, tycker jag, ekonomiskt stöd för det man skulle behöva. Färdtjänst kostar pengar, allting kostar pengar. (Kvinna gr 2)

Delaktighet för ett rikt och hälsosamt liv

Det framkom hur stor betydelse delaktighet i samhället hade för att uppleva ett rikt och hälsosamt liv både som individ och i grupp. I denna kategori belystes det centrala med: *Att vara behövd, Vikten av föreningsliv, En plats att mötas.*

Att vara behövd

Seniorerna beskrev vikten av att känna sig behövd efter pensionering. För många hade insatser i familjen med barn, barnbarn och även äldre släktingar en stor betydelse för känslan av att vara betydelsefull. Familjens uppskattning upplevdes som lön för mödan.

Det är ofta med barnbarnen, jag har fem barnbarn och det är när föräldrarna jobbar och mina söner reser mycket, jag brukar hjälpa deras fruar då det är olika med tennis, de ska på aktiviteter och sånt där va, så man ställer upp vad man kan där...alltid. (Man gr. 1)

Jag följde min svärfar, han blev väldigt sjuk, på hospice då alltså och då tog jag bort allting annat. Då var jag hos honom varje dag, jag var en av dom få som kunde ställa upp. Dom andra jobbar då på andra platser så...(Man gr.1)

Seniorer vill engagera sig på egna villkor men det är angeläget att det inte kändes som en belastning med för höga krav. De upplevde att engagemang i en förening gav arbetsuppgifter, en känsla av att vara en resurs och att göra nytta. Föreningsliv kunde bli en livlina då det är angeläget att engagera sig. Seniorerna ansåg att det är av stor vikt att själv få avgöra vad som var möjligt och att alla inte har samma behov. Det framkom hos några en längtan efter tidigare arbete. En avsaknad av att vara efterfrågad och även en saknad av arbetskamrater. I grupperna uttrycktes också en besvikelse över att deras erfarenheter och kunskap inte tillvaratogs.

Så länge huvudet är klart kan man delta. (Man gr. 2)

Min livsdröm har gått i uppfyllelse, när jag var barn så tänkte jag alltid att någon gång i mitt liv ska jag bara sitta ner och så ska jag läsa och när jag gjort det så ska jag läsa och så ska jag läsa...jag ska läsa precis så mycket som jag önskar mig och nu läser jag... (Kvinna gr. 1)

Jag skulle önska att jag hade haft ett jobb och gå till, jag skulle mycket väl klara och jobba halvtid och mer till, det hade varit jätteskönt, tycker jag, och ha den sociala biten. (Kvinna gr. 2)

Vikten av föreningsliv

Flertalet av deltagarna var engagerade i någon pensionärsorganisation. De lyfte fram många positiva aspekter av medlemskap som påverkade seniorers delaktighet i samhället. Där fanns både möjlighet till engagemang och för social samvaro. Medlemmar fick dessutom bra samhällsinformation, olika aktiviteter som datautbildning, och rabatt på vissa arrangemang som exempelvis bio. Medlemskap i en pensionärsorganisation beskrevs öka möjligheten till att påverka i samhällsutveckling på gruppnivå genom att bland annat delta i Kristianstad pensionärsråd KPR. Seniorerna framhöll även sin skyldighet att vara delaktig i samhället och använda sin rösträtt var fjärde år. Det fanns ett upplevt behov av en större möjlighet att påverka demokratiska beslut samt en avsaknad av information om hur de kunde bli mer delaktiga i samhället. Seniorerna hade även upplevt att det var svårare att påverka privata aktörer och byggherrar vid bostadsbyggen och önskade större möjlighet till detta.

Vi är två i vår organisation som kör datautbildning och nu ska vi köra med plattor och det är just det här att man ska komma åt samhällsinformation, för det är väldigt viktigt alltså, och då gör man det med plattor idag alltså.(Man gr. 1)

En plats att mötas

Seniorerna lyfte ofta vikten av sociala kontakter med familjen, goda vänner och grannar. Detta nätverk av sociala kontakter upplevdes som en tillgång och något som gav trygghet och mening i livet. En stor grupp levde ensamma. De framhöll även att de hade fått många nya vänner, ofta genom föreningsliv, mötesplatser och även genom nya grannar efter flytt till annat boende. Det framkom att seniorers behov av mötesplatser för social samvaro och möjlighet att vara delaktig i olika gruppsammanhang var centralt. Flertalet seniorer upplevde ett ökat behov av socialt deltagande efter pensionering då det fanns mer tid att vara social. Mötesplatser över generationsgränser som bibliotek, idrottsföreningar, badhus eller andra arrangemang lyftes som en betydelsefull arena för delaktighet i hela samhället. De kommunala mötesplatserna som är kostnadsfria hade en stor betydelse. Det var vanligt att gå dit för olika aktiviteter eller bara för att träffa andra människor, några brukade även äta i matsalen på mötesplatsen. Det fanns dock en oro, verksamheten beskrevs hålla på att förändras till att vara för styrd och aktiv. Seniorerna framförde att delaktighet i planering av denna verksamhet var betydelsefull för de som brukade delta. Andra mötesplatser för social samvaro var olika föreningar för fysisk aktivitet, kultur och studiecirkel, vissa hade en avgift för att delta vilket var ett hinder för en del deltagare. Aktiviteter i grupp uppgavs ge uppskattning och glädje i vardagen, även som en räddning från ofrivillig ensamhet. Oro uttrycktes för att mista tillgång till sociala kontakter på grund av sjukdom eller funktionshinder.

Jag tränar två dagar i veckan, på Allögården, en timme på måndagar och en timme på torsdagar, och där är då lite sociala aktiviteter, vi fika efter, den där motionstimmen. Där är den sociala biten också, ja. (Man gr. 1)

-Det är inte lika lätt, nej alltså på grund av mitt handikapp.

-Det är inte lika lätt?

- Det låter väl gnälligt, men det här är som du säger, det är en förändring av mitt liv från ett liv till ett annat. Och det gör att... nu blir jag lite rörd...det gör att jag inte har lika lätt att ha kontakt med dom jag vill ha kontakt med. Mina barn dom jobbar, dom har inte heller tid.

-Och dom har sin familj

-Ja, dom har det...(Två kvinnor i grupp. 2)

Trygghet för att våga leva ett aktivt liv

Denna kategori belyser vikten av att känna sig trygg i samhället. Då trygghet och säkerhet gjorde att seniorer vågade delta i samhället var det en god förutsättning för att kunna leva ett

aktivt och hälsosamt liv. Kategorin beskrivs genom: *Betryggande ekonomi, Åtkomlig information, Känsla av respekt samt Våga gå ut.*

Betryggande ekonomi

Flertalet seniorer uttryckte att de upplevde sin ekonomi som tillfredsställande. Speciellt de som levde i par och hade två pensioner i hushållet. De beskrev hur de hade anpassat livet efter pensionering till den inkomst som pensionen gav för en fortsatt bra livskvalitet. Det fanns en ekonomisk medvetenhet om hur seniorer ibland kunde få rabatterade priser eller specifika erbjudanden till reducerat pris genom exempelvis medlemskap i en pensionärsorganisation. Även andra företag erbjöd rabatt för seniorer. Det framkom även en oro för ekonomin, särskilt utsatta var ensamboende kvinnor med låg pension. Bland kvinnorna fanns oro för hyreskostnader och kostnader för vård och stöd. Bland de som levde i par fanns en oro för framtida ekonomi när respektive inte fanns mer.

”Visst har vi det bra som pensionärer i Sverige, det ska vi inte sticka under stol med, att visst är det bra, men...att ja, om man känner sig...det är ju hela tiden vad man själv vill. (Man gr. 2)

Så länge man är två så har man hyfsat som pensionärer, ändå en hyfsad inkomst, de flesta av oss, så vi kan bo vettigt, men blir vi ensamma ja, då får du helt plötsligt kanske oj, jag kan inte bo kvar i denna lägenhet, för den kostar för mycket. (Kvinna gr. 2)

Åtkomlig information

Tydlig och lättillgänglig samhällsinformation gav seniorerna en känsla av trygghet och möjlighet att på egenhand klara av att kontakta myndigheter och hälso- och sjukvård. Det fanns önskemål om ytterligare information i folder eller tidning då alla seniorer inte har tillgång till dator och internet. Befintlig information beskrevs ofta hänvisa vidare till internet för mer eller djupare information. Dålig skyltning i offentliga byggnader och miljöer kunde skapa oro för att inte hitta rätt. Erfarenhet av svårigheter att kontakta myndigheter och sjukvård framhölls, telefonkontakt besvarades ofta med en telefonsvarare. I vissa fall var det inte möjligt att ringa då det saknades telefonnummer, istället fanns en hänvisning till en hemsida.

*- ”Sen är det den här lilla skriften som kommer ut i olika sammanhang och sen så står det... för mer information www” ...
-Jag har dator och jag har inga problem och leta, jag har jobbat med dator i hundra år, det är inte det, men jag tänker på det är inte tillgängligt för alla.
-Nej, och det är den här kommunikationen, eller telefon kanske...
-Javisst, men ofta är det, det här www.*

-Det är lika dant då med nyheter på TV och...

-Ja, precis, då pratar de om en liten del och sen ska man fortsätta själv och leta för att få resten av informationen.(En kvinna och en man i gr. 2)

Känsla av respekt

Seniorerna samtalade om det grundläggande i att bli respekterad och vänligt bemött i samhället. De flesta hade en god erfarenhet av att möta andra samhällsmedborgare och lyfte det egna ansvaret för hur ett möte blev. ”*Är man trevlig blir man trevligt bemött*”(Kvinna gr.1) De beskrev att seniorer ofta sökte sig till sammanhang som intresserade och där träffade de likasinnade, där upplevdes ömsesidig respekt. Seniorer med funktionshinder uttryckte sig ha goda erfarenheter av möten med respekt och att medmänniskor erbjöd sin hjälp vid behov. En känsla av att inte vara lika mycket värd som pensionär uttrycktes. ”*vi är tärande inte närande*” (Kvinna gr .2).

Våga gå ut

Seniorerna var eniga om att ett tryggt samhälle var allas ansvar. Den egna inställningen till om man skulle vara rädd eller våga gå ut påverkade hur rörlig en senior kände sig i närsamhället. De beskrev en otrygghet i att gå ut kvälls och natttid, speciellt i centralorten och i folksamlingar. Mörker uppgavs vara skrämmande och en anledning till att undvika att gå ut. Det fanns inte samma oro och otrygghet i mindre tätorter eller på landsbygden, i dessa miljöer snarare fanns en känsla av att alla känner varandra och att goda grannar inger trygghet.

Seniorer framhöll behov av platser för vila vid promenader för att kunna vara fysiskt aktiva. Bänkar i centrum, parkmiljöer och längs med gång och cykelvägar gav en trygghet under promenaden. Tillgång till offentliga toaletter var också betydelsefullt för att kunna röra sig fritt utan rädsla för att inte hitta en toalett när behovet kom. Det framkom ett ökat behov av toaletter med stigande ålder då det var vanligt med vätskedrivande behandling och inkontinensbesvär.

Ja, man drar sig för att gå ut senare på kvällarna, det gör jag. Jag har väl egentligen ingen anledning att vara ute heller, men har man varit på något restaurangbesök eller teater, så man är ute och går va...så gör jag inte gärna det va, det gör jag inte. (Kvinna gr.1)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna empiriska studie med kvalitativ ansats är en del i WHO projektet ”Age- friendly Cities”. Studien genomfördes tillsammans med Kristianstad kommun i syfte att klargöra personer i åldern 60 -74 års upplevelser och erfarenheter av vad som ger ett aktivt och hälsosamt åldrande genom fokusgruppssamtal. Materialet som samlades in efter de två fokusgrupperna, fem timmars gruppintervju med sammanlagt 15 deltagare, analyserades med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Elo och Kyngäs (2007). Om en kvalitativ studies resultat är trovärdig eller inte baseras på hur väl den påvisar giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004; Lincoln & Guba, 1985).

Urvalet av deltagare var strategiskt och styrdes av direktiv från WHO:s Age- Friendly Cities projekt (WHO, 2007 b). Rekrytering gjordes av kommunens projektledare för att uppfylla de krav som fanns. Strategier och en tydlig beskrivning för urvalet har enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) betydelse för resultatets giltighet. En kvalitativ innehållsanalys ska utmynna i en beskrivning av variationer som inkluderas genom det strategiska urvalet, vilket ger en styrka till studien då området blir belyst utifrån informanternas olika erfarenheter. De gemensamma faktorerna i gruppen gör enligt Wibeck (2010) att deltagarna blir mer benägna att utbyta tankar och idéer. Kriterierna för urvalet till grupperna uppfylldes ganska väl, dock var medelåldern hos deltagarna 70,9 år och de yngsta mellan 60-65 år saknades helt, vilket kan anses som en svaghet i studien då deras åsikter inte finns representerade i resultatet. Endast en deltagare boende på landsbygd deltog, vilket också ger en låg representation av deras upplevelser i studien.

Giltigheten speglar hur sant resultatet är och om studien har undersökt vad som var avsikten att undersökas. Giltighet för en studie innebär också att resultatet speglar verkligheten, hur studien nått ett djup och inte bara beskriver författarnas subjektiva tolkning (Long & Johnson, 2000). Wibeck (2010) menar att genom fokusgruppssamtalet kan människors erfarenheter och åsikter undersökas och interaktionen i gruppen kan föra samtalet till en djupare nivå. Dessa samtal kan generera data som gör det möjligt att analysera gruppens gemensamma värdepremisser och utgångspunkter som kommer fram i deras argumentation (a.a). Delar av citat från intervjuerna är redovisade för att ge en tydlig bild av deltagarnas upplevelser och för att ge läsaren en utgångspunkt för analysens giltighet (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Wibeck (2010) menar att en halvstrukturerad intervjuguide kan få konsekvenser för samtalsledarens roll i gruppen då gruppen ibland behöver ledas tillbaka till ämnet som ska diskuteras. Enligt Gillham (2008) och Morgan (1997) har samtalsledaren en betydelsefull roll då dennes uppgift är att tillsammans med observatören arbeta för att alla deltagare får säga sitt och att ingen tar över samtalet. Risk fanns dock för att deltagarna upplevde sig för styrda av samtalsledaren och att information gick förlorad. Halkier (2010) menar att det finns en risk med fokusgruppssamtal då alltför många åsikter och mycket information kan bli svårt att sammanställa. Detta försökte samtalsledaren beakta genom att återkoppla till den halvstrukturerade intervjuguiden. Styrkan med följdfrågor är dock att det ger möjlighet till oväntade svar och innehåll (Kvale, 1997).

Enligt Morgan (1997) kan gruppstorleken påverka deltagarnas möjlighet att medverka. I en allt för stor grupp finns risk för att deltagarna startar diskussion med grannen under gemensam diskussion eller inte har möjlighet att komma till tals. I en mindre grupp finns risk för att spänning uppstår mellan deltagarna samt att de kan få en känsla av personligt ansvar för det som framförs. I denna studie var det 7-8 deltagare i grupperna och samtalsledaren och medhjälpare observatör arbetade medvetet för att få alla deltagare aktiva i diskussionerna.

Då författaren saknar erfarenhet av att genomföra fokusgruppsintervjuer var det betydelsefullt att genom hela processen ha tillgång till handledarens kompetens. Vid fokusgruppsintervjuerna turades författaren och handledaren om med att vara samtalsledare och observatör vilket ger en ökad giltighet för studien. Under analysfasen genomfördes handledning kontinuerligt både i grupp och individuellt. Detta innebar stöd och gav diskussioner runt tolkningsprocessen i analysen vilket enligt Sandelowski (1995) stärker trovärdigheten. Birkler (2008) beskriver hur förförståelsen utgår från den livsvärld, det vill säga den levda erfarenheten som genomsyrar människans tanke och agerande. Det är därför troligt att förförståelsen påverkade tolknings och analysförfarandet i studien. Enligt Vancouver protocol (2007 b) rekommenderades att forskaren hade kunskap och erfarenhet inom gerontologi, därför kan författarens förförståelse även vara en styrka för studiens resultat.

Genom att klargöra och redovisa sina tolkningar och resultat samt hur väl syftet besvarats genom datainsamlingsmetod och analysmetod, ökar studiens tillförlitlighet (Elo & Kyngäs

2007; Graneheim & Lundman 2004). Då studiens analys är väl beskriven och kan följas genom exempel från de olika stegen, både manifest och latent, ger det en styrka till studien. Resultatet presenterades utifrån tema, kategorier och subkategorier vilket stärker trovärdigheten i resultatet, det kan upplevas att subkategorier och kategorier har gemensamma faktorer men enligt Granskär och Höglund-Nielsen (2008) är det inte ovanligt vid analys av människors upplevelser.

Enligt Kjellström och Fridlund (2010) är det centralt att under hela forskningsprocessen beakta de etiska aspekterna där risken och nyttan och dess konsekvenser är betydelsefulla. Författaren har hela tiden vägt för och nackdelar mot varandra för att skydda deltagarna i fokusgrupperna. Då undersökningen genomfördes i fokusgruppsintervjuer fanns en risk för att konfidentialitetskravet påverkades då flera deltagare intervjuades samtidigt. Det var då viktigt att deltagarna gjordes medvetna om vikten av att inte sprida information vidare som kommit fram i gruppen, vilket påtalades vid sammankomsterna.

Överförbarhet innebär huruvida studiens resultat är representativ till andra liknande situationer (Polit & Beck, 2010). En tydligt beskriven kontext och en hög abstraktionsgrad i analysen är avgörande för om resultatet är överförbart (Elo & Kyngäs, 2007; Lundman & Hällgren - Graneheim, 2008). Studien ska kunna upprepas av någon annan och ge samma resultat för att trovärdighet ska uppfyllas. Dock kan olika tolkningar vara oundvikligt i en kvalitativ studie, vilket författaren bör vara medveten om (Sandolowski, 1995). Resultatet kan heller inte ses som helt oberoende av forskaren i en kvalitativ studie då delaktighet genom samspel med informanterna i fokusgrupperna gör dem till medskapare av text och innehåll (Lundman & Hällgren - Graneheim, 2008). Överförbarheten stärks då datainsamling och analysförfarandet noggrant beskrivits (Lincoln & Guba, 1985). Författaren överlåter dock avgörandet av överförbarheten till läsaren.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vad personer i åldern 60- 74 år upplever som betydelsefullt för ett hälsosamt och aktivt åldrande. Resultatet av studien ledde fram till ett tema som var tillgänglighet till närmiljön. Närmiljön, det vill säga miljön i den närmaste omgivningen, påverkar seniorers upplevelse av självständighet, delaktighet och trygghet för ett hälsosamt och aktivt liv. Dessa begrepp blev grunden i analysen och skapade studiens kategorier. Resultatdiskussionen kommer att utgå från delar av de tre kategoriernas innehåll

men först ska begreppet tillgänglighet närmare beskrivas. Tillgänglighet kan enligt Handy och Clifton (2001) definieras utifrån tre olika aspekter, den rumsliga fördelningen av service eller resurser, hur nåbara faciliteter är samt hur de uppfyller seniorers krav och behov.

Tillgänglighet kan beskrivas utifrån ett kvantitativt perspektiv och mäts då i till exempel resekostnad eller den tid det tar att nå en facilitet. Ett kvalitativt mått kan vara hur bekvämt och obehindrat man kan nå en facilitet, för en fotgängares miljö kan exempelvis trafikförhållanden och gångvägens säkerhet vara ett mått. Kvalitativa faktorer påverkas till stor del av individuella faktorer och krav som exempelvis förmåga att förflytta sig eller personliga intressen (a.a).

Självständighet för bevarad autonomi

Seniorers känsla av självständighet visade sig vara beroende av närhet och tillgång till samhällsservice och en fysisk miljö som var anpassad för personer med funktionshinder. Centralt boende eller boende i tätort ansågs underlätta möjligheten till att leva ett självständigt liv. Möjlighet till fysisk aktivitet som promenader i närmiljön, att förflytta sig med bil och lokaltrafik lyftes också som en viktig aspekt för självständighet och var för många en förutsättning för tillgång till den samhällsservice som efterfrågades. Mahmood, Chaudhury, Michael, Campo, Sarte & Fraser (2012) genomförde en studie i Canada, de visade i sitt resultat att tillgänglig närmiljö hade stor betydelse för seniorers upplevelse av självständighet. Även i denna studie lyftes betydelsen av centralt boende som en viktig faktor för seniorer. I Thailand genomförde Thanakwang, Isaramalai & Hatthakit (2014) en studie för att undersöka vad som påverkar ett aktivt åldrande utifrån ett kulturellt perspektiv. Även deras resultat visade betydelsen av tillgänglig närmiljö för ett självständigt liv. I denna studie framkom även möjlighet till självförsörjning som en viktig aspekt för självständighet, för att inte bli en börda för familjen. Trots skillnader i samhällsstruktur och kultur är fynden mycket lika för gruppen yngre äldre i olika delar av världen. Den fysiska och sociala närmiljöns betydelse för äldre personers möjlighet att röra sig i samhället, ta egna beslut utifrån sin egen förmåga, upplevs viktigt för ett aktivt och självständigt liv för bevarad hälsa. Detta stämmer väl överens med WHO (2008 b) som i sin sammanställning visar att människors närmiljö inverkar på deras hälsa och deras möjligheter att leva ett hälsosamt liv med god livskvalitet. En faktor i närmiljön som har betydelse är tillgänglighet till olika typer av service och resurser.

Varför är känslan av självständighet så viktig för seniorer och hur kan detta förklaras? Björk (2008) menar i sin avhandling att strävan efter att känna sig fri och oberoende är viktigt för

alla människor och ofta en önskan om att bestämma över sitt liv. Själständighet, självbestämmande samt att vara oberoende kan också likställas med autonomi. Thomasma (1984) beskriver att autonomi kan sättas i relation till frihet. Han menar att det finns fem olika former av frihet; frihet från hinder att utföra sina önsksningar, frihet att veta, frihet att välja mål, frihet att handla och frihet att skapa nya valmöjligheter. Den högsta formen av frihet kan enligt Thomasma (2008) vara viljans frihet, viljan att leva och bara få vara till, oavsett omständigheterna. En människa kan ha förlorat andra former av frihet men kan fortfarande behålla denna frihet.

För att förstå ett samband mellan den fysiska och sociala närmiljöns betydelse i relation till självständighet kan en utgångspunkt vara Lawton och Nahemows ekologiska modell av åldrandet. Deras teori utgår från att relationen mellan personen och miljön är central. Modellen ger stöd för vikten av att miljön är integrerad för de behov och förutsättningar personen har (Lawton & Nahemow, 1973). Åldrandet medför mer eller mindre uttalade funktionsnedsättningar och därför är utgångspunkten i modellen att den omgivande miljön är anpassad efter dessa nya förhållanden. Enligt Lawtons och Nahemows modell är vårt sätt att fungera och vårt beteende ett resultat av relationen mellan våra personliga förmågor (kompetens) och kraven från yttre stimulans, den omgivande fysiska och psykosociala miljön (stress). Kompetens beskrivs som alla förmågor t.ex. motoriska, sensoriska, kognitiva och våra erfarenheter. Med miljö menas alla krav som ställs på personen i en situation utifrån hur den fysiska miljön är utformad men även utifrån de psykosociala aspekter som förväntningar och stress. Optimalt är en balans mellan dessa. Högre krav från den omgivande miljön kräver högre kompetens hos personen för att möjliggöra självständigt agerande (a.a).

Vilken betydelse har kunskap om seniorers upplevelse av självständighet? Satariano, Guralnik, Jackson, Marottoli, Phelan & Prohaska (2012) beskriver sitt resultat ur ett folkhälsoperspektiv där kunskap och förståelse om seniorers behov av fortsatt självständighet, i relation till den fysiska och sociala miljön, är en viktig fråga för samhällets framtida planering. Med en ökande andel äldre i samhället har deras möjlighet till fortsatt självständighet stor betydelse både för deras upplevda livskvalitet men även för samhällsekonomin i ett bredare perspektiv. Även inom professionen kan kunskapen var användbar och i kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (2008) kan vi läsa att hon/ han förväntas ha fördjupade kunskaper om vad som påverkar människors hälsa utifrån bland

annat ålder och närmiljö. Distriktssköterskan ska även ha förståelse för den sociala kontextens betydelse för hälsan och kunna stödja patienten med nedsatt hälsa, med respekt för individens val och livsvärld, i dennes dagliga liv (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, 2008).

Delaktighet för ett rikt och hälsosamt liv

I denna studies resultat framkom att ett aktivt liv ger social samvaro, känsla av att vara behövd och en delaktighet i samhället även efter pensionering. Seniorerna upplevde ett större behov av sociala kontakter och de flesta upplevde att medlemskap i en förening eller pensionärsorganisation gav nya kontakter och en känsla av att vara behövd genom de aktiviteter som genomfördes. Att gå i pension och ha mer egen tid upplevdes positivt av de flesta och gav möjlighet att ägna sig åt fritidsaktiviteter. Kubach (2014) visade i sin studie som ingick i WHO:s Age friendly projekt i Ontario, Kanada, att seniorer önskade vara aktiva och såg ett behov av social samvaro för att klara en övergång från arbete till att vara pensionär. De upplevde sig mer självreflekterande, kände att de kunde ta ett steg tillbaka, slappna av och göra det de önskade att göra. De något äldre deltagarna i denna studie uttryckte ett stort behov av sociala kontakter, att vara delaktig för att inte ”vissna bort” och tappa sin fysiska och mentala förmåga (a.a)

Vad är det då som ger ett framgångsrikt åldrande? Ryff (1989) var tidigt intresserad av detta begrepp, hon beskriver det som en ständig utvecklingsprocess och hon har myntat ett antal kriterier för framgångsrikt åldrande. Hon ser åldrandet utifrån olika dimensioner som positiv funktion, att acceptera sig själv, ha positiva relationer med andra, ha kontroll över sin närmaste omgivning och att uppleva mening med livet. Baltes och Baltes (1990) menar i sin modell att framgångsrikt åldrande, trots förluster av olika slag, är att behålla en lyckad balans mellan förluster och styrkor samt en känsla av välbefinnande och tillfredsställelse i livet. En nyare beskrivning av framgångsrikt åldrande är Reichtstadt, Sengupta, Depp och Palinkas (2010) som menar att det är en balans mellan att ha en realistisk bild av sig själv med fokus på nuet och engagemang i andra och samhället.

Ett alternativt sätt att se på seniorers behov av delaktighet är Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM . Denna teori kan hjälpa oss att förstå varför ett aktivt liv med sociala relationer är så betydelsefullt för den åldrande generationen. KASAM består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Den sista komponenten,

meningsfullhet, är den komponent som anses ha störst betydelse för en persons känsla av sammanhang. Utan meningsfullhet saknas den energi och engagemang som driver oss framåt, även om vi skulle förstå varför vi behöver göra vissa saker och att vi skulle ha resurser till det (Antonovsky, 2005). Teorin om KASAM bygger på ett salutogent (hälsofrämjande) synsätt som utgår från det friska och människans möjligheter och resurser medan det patogena synsättet har sjukdom och brister i fokus. I Eriksson och Lindströms forskningsöversikt från 2007 konstateras att det finns samband mellan känsla av sammanhang och livskvalitet. Ju starkare känsla av sammanhang desto bättre livskvalitet (Eriksson & Lindström, 2007).

Som distriktssköterska ska helhetsperspektivet vara en självklarhet och hon/ han förväntas ha kunskap om dess betydelse och även kunna omsätta kunskapen i handling i det patientnära arbetet. Hon/ han ska även ha en bred kunskap för att kunna möta både förutsägbara som oförberedda enkla eller komplexa situationer i omvårdnadsarbetet. (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Social och emotionell isolering och ensamhet påverkar seniorers upplevelse av livskvalitet. Dahlberg och McKee (2014) påtalar i sin studie, gjord i Storbritannien, att det är betydelsefullt att samhällets insatser utgår från ett helhetsperspektiv. De menar att ensamhet och isolering också leder till nedsatt hälsa, minskad fysisk aktivitet och dålig självkänsla hos individen. Det förebyggande arbetet är därför viktigt och sociala insatser bör även fokusera på att bryta ensamhet och öka möjlighet till social samvaro, inte bara lösa praktiska behov (a.a).

Hur detta ska omsättas till det svenska samhället är en fråga för sig, kan uppsökande verksamhet vara en lösning, kanske inte i gruppen yngre äldre? Hur ska vi finna de ensamma och isolerade seniorerna och vad kan de erbjudas i förebyggande insatser? I distriktssköterskans omvårdnadsarbete kan helhetsperspektivet omfatta individ, närmiljö och samhälle inklusive ekonomiska och politiska faktorer i den hälsofrämjande omvårdnadens – och medicinska ställningstaganden (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008). Med detta perspektiv kan kanske ensamhet och isolering identifieras hos seniorer vid hälsosamtal på vårdcentralen? Kan samverkan mellan olika vårdgivare som primärvård och kommun vara en lösning? Om vi utgår från Antonovskys teori om KASAM förstår vi hur viktigt det är att skapa förutsättningar för sociala aktiviteter som engagerar seniorer och väcker deras intresse, det är även viktigt att de blir medskapare i planering för att få känslan av meningsfullhet. Det framkom i denna studies resultat att de kommunala mötesplatserna i

vissa fall styrdes i för hög grad av personalen och seniorerna upplevde inte delaktighet i planeringen. Enligt rapporten Äldres hälsa (2010) tillhör dagens seniorer en ny generation och har andra vanor och värderingar, därför är det viktigt att samhällsplanering, som exempelvis kommunala mötesplatser sker utifrån deras intresse och erfarenhet för att denna verksamhet ska tilltala gruppen yngre äldre (Statens folkhälsoinstitut, 2010). I denna studies resultat framkom också en oro, speciellt hos ensamstående kvinnor med låg pension, för att ekonomiska förutsättningar begränsade möjligheten till att delta i sociala aktiviteter med en kostnad för att delta. I rapporten Äldres hälsa (2010) påtalas att den socioekonomiska grupptillhörigheten ibland kvinnor och män i åldrarna 65 -84 år, påverkar upplevelsen av hälsa och deltagandet i sociala sammanhang. Av dem som haft ett arbetaryrke är det färre som uppger sig ha en god hälsa och är samtidigt mindre benägna att delta i sociala sammanhang i jämförelse med de som arbetat som tjänstemän (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Detta tillsammans med de ekonomiska förutsättningarna påverkar hur seniorer väljer och har möjlighet att delta i sociala sammanhang. Därför kan ekonomiskt stöd till föreningar och kulturella arrangemang var gynnsamt för hälsoutvecklingen i samhället, för ett ökat deltagande, både för seniorer men även andra grupper i samhället där ekonomiska förutsättningar begränsar deltagandet i dessa aktiviteter.

Trygghet för att våga leva ett aktivt liv

En förutsättning för att seniorer ska uppleva trygghet, våga vara aktiv, uppleva självständighet och delaktighet i samhället är tillgänglig samhällsinformation. Det framkom att information kunde vara svårtillgänglig då den ofta hänvisade till nätbaserade alternativ som hemsidor genom olika länkar i TV, radio men även i foldrar och dagstidningar. Det framkom en oro för de seniorer som inte har kunskap och tillgång till datorer och modern teknik, då detta begränsar delaktigheten i samhället och skapar beroende. I en tysk studie fann forskarna att det fanns en motvilja mot ny teknik bland seniorer. De hade svårt att se nyttan med datorer och denna studie lyfte fram vikten av att anpassa ny teknik för seniorers behov för att öka deras intresse och användning av den samma (Nägle & Schmidt, 2012). I Berners (2014) svenska avhandling framkom att informations och kommunikationsteknik kan ge seniorer goda möjligheter att delta aktivt i samhällslivet. Denna teknik kan på sikt leda till en utveckling som bidrar till att äldre kan delta i arbetslivet längre genom att nya arbetstillfällen skapas, som genererar mindre fysiskt krävande uppgifter. I denna avhandling lyftes även värdet av att kunna ha en bättre kontroll och övervakning av sin egen hälsa genom information på nätet. Hon beskrev också att internetsamhället kan ge seniorer

tillgång till sociala nätverk då fysiska funktionsnedsättningar begränsar delaktighet. Hon fann dock att äldre personer vänjer sig långsamt och det finns mindre internetanvändare, speciellt i åldrarna 75 år och uppåt.

Att väcka intresset för ny teknik hos seniorer är en utmaning, speciellt i den äldre gruppen. I denna studies resultat framkom att medlemskap i en pensionärsorganisation kan vara en sätt att lära sig mer om ny teknik då de erbjuder utbildning för seniorer i föreningarna. Det finns en stor hälsovinst i att satsa på utbildning för seniorer, exempelvis datorkunskap. Merriam och Kee (2014) menar att ett livslångt lärande har en tydlig koppling till ett framgångsrikt åldrande. De fanns stöd i forskningen för att det kan främja seniorers kognitiva förmåga samt kan det livslånga lärandet gör det lättare att upprätthålla en aktiv livsstil. Det ger vidgade vyer samt är positivt för socialt deltagande och fortsatt delaktighet i samhället.

Slutsats

Sammanfattningsvis kan det konstateras att ett hälsofrämjande och aktivt liv som senior påverkas av många olika aspekter. Det är ett komplext område med flera faktorer som samverkar, både fysiskt och psykosocialt. För att möta den åldrande befolkningens behov behöver samhället arbeta preventivt för att ge seniorer en bra miljö att leva i. Det finns idag mycket forskning om hur vi ska leva och vad som främjar hälsa. Den stora utmaningen är att forma ett samhälle som är hållbart för framtiden, där vi alla kan leva ett långt och hälsosamt liv, även som senior. Genom att inkludera seniorer i ett socialt sammanhang där de upplever sig självständiga, delaktiga, trygga och deras kompetens kommer till användning, kan vara en bra början för ett hållbart och ”äldre -vänligt” samhälle.

Eftersom ingen mellan 60- 65 år var representerad i fokusgrupperna skulle det vara intressant att gå vidare med studien för att fånga deras upplevelse av vad som ger ett aktivt och hälsosamt åldrande. Denna kunskap skulle kunna tillföra mer information till Kristianstad kommuns utveckling för gruppen yngre äldre. Vad den insamlade kunskapen kan leda till i projektet Age- friendly cities i Kristianstad kommun beror på många faktorer, vilka ambitioner, fantasi och idériakedom som finns i kommunens förvaltning. Eftersom detta WHO- projekt pågår i ett stort antal städer i världen kan säkert andras goda exempel finnas att tillgå. För professionen kan studien ge en bild av seniorers upplevelse av vad som ger ett aktivt och hälsosamt liv. Denna kunskap kan sedan omsättas i det personcentrerade mötet med seniorer i olika vårdformer i samhället.

REFERENSER

Antonovski, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. I Baltes, P.B. Baltes, M.M. (red.). *Successful aging. Perspectives from the behavioral science*. s.1-34. New York: Cambridge University Press.

Bates, P.B., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of ageing: from successful ageing of young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*. 49: 123-135.

Berner, J. (2014). *Psychosocial, Socio-Demographic and Health Determinants in Information Communication Technology Use by Older-Adults*. Doctoral Dissertation in Applied Health Technology. Blekinge Institute of Technology, Faculty of Health Science.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Björk, N. (2008). *Fria själar. Ideologi och verklighet hos Locke, Mill och Benedictsson*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

Dahlberg L., McKee, K.J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging & Mental Health*. 18: 504- 514.

Distriktssköterskeförbundet i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. (Elektronisk)

Tillgänglig:

file:///C:/Users/jot/Downloads/kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor.pdf. (141206).

Elo, S., Kyngäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62: 107-115.

Eriksson, M., Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61: 938-44.

Folkhälsomyndigheten. (2014). Folkhälsodatabasen. Tillgänglig:
<http://app.fhi.se/PXwebFHI/database/folkhalsodata/databasetree.asp>. (140315).

Forskningsetiska principer (webbsida). (2014). Uppsala: CODEX- regler och riktlinjer för forskning. Tillgänglig: <http://www.codex.vr.se/>. (140315).

Fristedt, S. (2013). Funktionellt åldrande. I Ernsth Bravell, M. (red.). *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi*. 2. s.119 -139. Malmö: Gleerups.

Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: tekniker och genomförande*. Lund: Studentlitteratur.

Given, B., Given, C.W. (1989). Cancer nursing for the elderly. A target for research. *Cancer Nursing*. 12: 71- 77.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analyses in nursing research concept procedure and measure to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 24: 105-112.

Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., Dahlin Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 14: 16- 24.

Handy, S. L., Clifton, K. J. (2001). Evaluating neighborhood accessibility: Possibilities and practicalities. *Journal of transportation and statistics*. 4: 67-78.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Stockholm: Liber.

- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*. 311: 299 -302.
- Kjellström, S., Fridlund, B. (2010). Status and Trends of Research Ethics in Swedish Nurses Dissertations. *Journal of Nursing Ethics*. 17: 383-392.
- Kubach, O. (2014). Examining Social Participation of Older Adults to Help Create an Age Friendly Community. *University of Western Ontario - Electronic Thesis and Dissertation Repository*. Paper 2476.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristianstad kommun. (2014). Hälsa/Befolkningens hälsa. Tillgänglig: www.kristianstad.se. (150120).
- Lawton, M.P., Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In: Eisdorfer, C., Lawton, M.P. *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association. s. 619- 674. Washington DC: American Psychological Association.
- Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills. Calif: Sage
- Long, T., Jonson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*. 4:30 -37.
- Lundman, B., Hällgren- Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., Höglund- Nielsen, B. (red.) (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. s. 159 – 172. Lund: Studentlitteratur.
- Mahmood, A., Chaudhury, H., Michael, Y. L., Campo, M., Hay, K., Sartre, A. (2012). A photo voice documentation of the role of neighborhood physical and social environments in older adults' physical activity in two metropolitan areas in North America. *Social Science & Medicine*. 74: 1180-1192.
- Merriam, S.B., Kee, Y. (2014). Promoting Community Wellbeing: The case for lifelong learning for older adults. *Adult Education Quarterly*. 64: 128–144.

- Morgan, L.D. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 22:129-152.
- Morgan, L.D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. (2.uppl.) Newbury Park: Sage Publications. Tillgänglig:
http://www.uk.sagepub.com/gray3e/study/chapter18/Book%20chapters/Planning_and_designing_focus_groups.pdf. (150126).
- Nilsson, M. (2004). Att vara äldre. I Blomqvist, K. Edberg, A. K. (red.). *Att vara äldre: "man har ju sina krämpor "*. (s. 29 -42). Lund: Studentlitteratur.
- Nägle, S., Schmidt, L. (2012). Computer acceptance of older adults. *Work*. 41: 3541-3548.
- Olsson, H., Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. Uppl.) Stockholm: Liber.
- Plouffe, P., Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 87: 733-739.
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reichtstadt, J., Sengupta, G., Depp, C.A., Palinkas, L.A., Jeste, D.V. (2010). Older adult's perspectives on successful aging: Qualitative interviews. *The American journal of Geriatric Psychiatry*. 18: 567- 575.
- Rowe, J.W., Kahn, R .L. (1998). Successful Aging. *The Gerontologist*. 37: 433 – 440.
- Ryff, C.D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Satisfaction. *International Journal of Behavioral Development*. 12: 35-55.
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative analysis: What is and how to begin. *Research in Nursing and Health*. 18: 371-375.

- Satariano, W.A., Guralnik J.M., Jackson R.J., Marottoli, R.A. Phelan, E.A., Prohaska, T.R. (2012). Mobility and aging: New directions for public health action. *Am J Public Health*. 102:1508– 1515.
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*. 51: 702-714.
- Sjögren, P. A., Györki, I., Malmström, S. (2011). *Bonniers svenska ordbok: 4000 nya ord, praktiska skrivråd*. Stockholm: Bonnier fakta.
- Smith, J., Planck, M., Borchelt, M., Maier, H., Jopp, D. (2002). Well Being in the Young Old and Oldest Old. *Journal of Social Issues*. 58: 715-732.
- Statens folkhälsoinstitut. (2006). *Healthy ageing – a challenge for Europe*. Statens Folkhälsoinstitut: rapport 2006:29.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008). *Samhällsplanering för ett aktivt liv, fysisk aktivitet, byggd miljö och folkhälsa*. Tillgänglig:
http://www.friskinaturen.org/media/samh_llsplanering_f_r_ett_aktivt_liv_fhi.pdf. (140311).
- Statens folkhälsoinstitut. (2007). *Äldres hälsa: en utmaning för Europa: kortversion av Health Ageing-projektets huvudrapport*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut. (2010). *Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån. (2013). *Sveriges framtida befolkning 2013-2060*. Tillgänglig:
http://www.scb.se/Statistik/BE/BE0401/2013I60/BE0401_2013I60_SM_BE18SM1301.pdf. (140315).
- Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2013). *Hälsosamt åldrande; Kunskapsöversikt över forskning 2005-2012 om hur ett hälsosamt åldrande kan främjas på individnivå*. Tillgänglig:
http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2013/2013_5_Halsosamt_aldrande_webben.pdf. (140313).

Thanakwang, K., Isaramalai, S.A., Hatthakit, U. (2014). Thai Cultural Understandings of Active Ageing from the Perspectives of Older Adults: A Qualitative Study. *Int J Nurs.* 18: 152-165.

Thomasma, D. (1984). Freedom, Dependency and the care of very old. *Journal of American Geriatrics Society.* 32: 906-914.

United Nations Population Division. (2013). *World Population Ageing 2013*. Tillgänglig:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2013.pdf> .(140313).

United Nations Population Division. (2009). *World population prospects: the 2008 revision. Vol 2, Sex and age distribution of the world population*. New York: United Nations.

Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. I Henricsson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod*. s. 193 -214. Lund: Studentlitteratur.

Wibeck, V. (2010). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. (2. Uppl). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (WHO). (2007 a). *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2007 b). *WHO Age-Friendly cities project methodology. Vancouver protocol*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2008 a). *World Health Statistics 2008*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2008 b). *Closing the gap in a generation. Healthy equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.

Bilaga 1.

Intervjuguide fokusgrupper	Åldersvänliga städer 20140827
Ämnen och öppna frågor	Mer specifikt
<p><u>Uppvärmningsfråga:</u></p> <p>Hur är det att bo i Kristianstads kommun som senior?</p>	<p>Vad är bra?</p> <p>Vilka problem finns?</p>
<p><u>Fysiska miljöer</u></p> <p>Ämne 1. UTEMILJÖER OCH BYGGNADER</p> <p><i>Om du tänker på utemiljön där du bor eller där du brukar röra dig</i></p> <p>*Är det något specifikt i utemiljön, som underlättar för dig när du går ut? (För att promenera, gå till affären, till offentliga myndigheter eller annat)</p> <p>*Vilka hinder finns i utemiljön som gör att du inte vill/kan gå ut?</p> <p>* Om du tänker på dina omgivningar; Vad är det som gör att du känner att det är möjligt att leva ett gott liv?</p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Fråga om</p> <p><i>Är utemiljön och byggnaderna utformade så det går att leva ett aktivt liv och behålla sitt oberoende? Vad saknas om det inte fungerar?</i></p> <p><i>Utformning och underhåll i gatumiljön av Trottoarer och trottoarkanter; Gatukorsningar och övergångsställen, Bänkar/möjligheter att vila, Snöröjning, Problem med andra trafikslag som cyklister/bilister? Gatubelysning? Skydd mot sol, regn eller vind?</i></p> <p><i>Trafikvolym, buller? Problem på särskilda tider på dagen/nattetid?</i></p> <p><i>Gröna områden, parker. Finns grönområden i närheten? Bänkar, andra möjligheter att vila?</i></p> <p><i>Mötesplatser – vilka mötesplatser finns och hur använder du dem?</i></p> <p><i>I byggnader: har ni upplevt problem med tillgängligheten? (trappor, dörrar, lyftanordningar, korridorer, golv, belysning, skyltning, dörrar, toaletter, viloplatser)</i></p> <p><i>Trygghet och säkerhet: Känslan av fysisk</i></p>

<p><i>*Har du det boende du önskar dig?</i></p> <p><i>*Hur skulle du vilja bo när du tänker på framtiden?</i></p> <p><i>*Påverkar bostadskostnaden dina möjligheter att välja en bostad du önskar dig?</i></p> <p><i>*Finns den bostad som du kan tänka dig att flytta till i Kristianstads kommun?</i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Vill du bo där du bor?</p> <p>Kan du <i>byta bostad</i> om du skulle behöva det?</p> <p>Är bostaden <i>tillgänglig</i>? Finns <i>det hiss</i> i huset där du bor?</p> <p><i>Trygghet och säkerhet</i>: Känner du dig trygg och säker i bostadsområdet?</p> <p><i>Social gemenskap</i>: Kontakter med grannar/vänner i närområdet?</p> <p><i>Närhet till service</i>, som apotek, mataffärer mm?</p> <p>Är du hänvisad till <i>köpcenter</i> utanför staden?</p> <p>Handlar du på <i>Internet</i>?</p>
<p><u>Sociala miljöer</u></p> <p>Ämne 4. SOCIAL INKLUDERING I SAMHÄLLET OCH RESPEKT (Hinder för att vara full medlem i samhället)</p> <p><i>*Ses seniorer som resurser/tillgång eller problem i samhället?</i></p> <p><i>*Känner du dig delaktig i samhället i Kristianstad idag? Finns det hinder?</i></p> <p><i>*På vilket sätt visar din närmaste omgivning respekt för dig som senior?</i></p> <p><i>*Om du har en funktionsnedsättning; Upplever du att du är delaktig i samhället på lika villkor som personer utan funktionsnedsättning?</i></p>	<p>Fråga om</p> <p>Ges seniorer ett <i>offentligt erkännande</i> av insatser som man gör?</p> <p>Är <i>Kristianstadsborna</i>: <i>Artiga</i> mot seniorer? <i>Lyssnar</i> man på seniorers erfarenheter? <i>Rådfrågas</i> seniorer? Får seniorer <i>Hjälp</i> vid behov? Finns <i>Respekt</i> för seniorer? Tas <i>Hänsyn</i> till seniorer?</p>

<p>(demens/fysisk/psykisk funktionsnedsättning)</p> <p><i>*Finns tillräckligt med träffpunkter/aktiviteter i kommunen?</i></p> <p><i>* <u>Hur skulle du vilja ha det?</u></i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p><i>Finns det mötesplatser över generationsgränserna?</i></p>
<p>Ämne 5. SOCIALT DELTAGANDE, ARBETE OCH SYSSELSÄTTNING (Möjligheter att känna sig fullt integrerad och kunna bidra i samhället)</p> <p><i>*Känner du att <i>du</i> behövs som samhällsmedborgare? Känner du dig som en del av samhällsgemenskapen?</i></p> <p><i>*Kan du vara med och bidra i samhället som du skulle vilja?</i></p> <p><i>*Vilka hinder finns?</i></p> <p><i>*Görs det skillnader mellan grupper av människor hur de betraktas som fullvärdiga medborgare?</i></p> <p><i>*Har du kontakter med andra i den omfattning som du vill ha?</i></p> <p><i>*Gör du insatser som frivillig?</i></p> <p><i>*Har du ett betalt arbete eller söker betalt arbete?</i></p> <p><i>*<u>Hur skulle du vilja ha det?</u></i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Fråga om</p> <p><i>Är barnbarn en viktig insats?</i></p> <p><i>Deltar du i olika samhällsliga aktiviteter (som utbildning, kultur, föreningsaktiviteter eller andliga aktiviteter)?</i></p> <p><i>Har du intressen som du inte har tagit tag i? Om du inte är aktiv; vad gör att du inte vill vara socialt aktiv?</i></p> <p><i>Hinder: Transporter, sällskap, ekonomi, tidpunkten på dagen, förekomsten av mötesplatser</i></p> <p><i>Deltar du i frivilligt arbete? Får du erkännande för dina insatser?</i></p> <p><i>Arbetar du? Är det viktigt för dig att få ekonomisk ersättning för dina insatser?</i></p>
<p>Ämne 6. MEDBORGELIG</p>	<p>Fråga om</p>

<p>DELAKTIGHET (delaktighet i beslutsfattande som rör äldre och deras liv)</p> <p><i>*Tycker du att du kan påverka i samhället för att förbättra seniorernas livsvillkor?</i></p> <p><i>* Tycker du att du kan påverka ditt liv?</i></p> <p><i>*Vad kan kommunen göra för att förbättra medborgarnas delaktighet i frågor som rör äldres livsvillkor?</i></p> <p><i>*Hur kan kommunen stödja medborgarna att vilja påverka i frågor som rör äldres livsvillkor?</i></p> <p><i>*Deltar du i kommunala råd/ arbetsgrupper eller i partipolitik?</i></p> <p><i>*Deltar du i diskussioner i föreningslivet om seniorers delaktighet i beslutsfattande?</i></p> <p><u><i>*Hur skulle du vilja ha det?</i></u></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tycker du det är <i>viktigt</i> att vara delaktig och ha inflytande? • Tar du <i>initiativ</i> till att vara delaktig? • Har du <i>tillräcklig</i> information om möjligheterna att kunna vara delaktig? Är informationen <i>tillgänglig</i>? • <i>Motiveras seniorer</i> att vara delaktiga i samhället? • <i>Fattar du egna beslut för att behålla och förbättra din hälsa och livskvalitet?</i>
<p><u>Samhällets stöd</u></p> <p>Ämne 7. KOMMUNIKATION OCH INFORMATION</p> <p><i>*Får du veta vad du behöver från kommunen, från hälso- och sjukvården föreningar?</i></p> <p>(t ex om service från kommunen/regionen eller om olika föreningsaktiviteter eller</p>	<p>Fråga om</p> <p>Är informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillräcklig? • Tillgänglig?

<p>annat?)</p> <p><u>Tänk på all slags information som ges:</u></p> <p>Hemsidor på internet, broschyrer, på föreningsmöten, genom kommunen, via lokaltidningen, på telefon, via radio/TV, skriftlig information eller av person</p> <p><u>*Hur skulle du vilja ha det?</u></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Användbar? • Lämplig? • Lätt att förstå? • Kan du använda tekniken för att du ska få den information du behöver?
<p>Ämne 8. SAMHÄLLET'S STÖD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD</p> <p><i>*Får du tillräcklig information som möjliggör ett aktivt, hälsosamt och självständigt liv?</i></p> <p><i>*Får du råd och stöd från hälso- och sjukvården och från kommunen om hur du ska leva ett hälsosamt liv?</i></p> <p><i>*Får du råd och stöd hur du kan</i></p>	<p>Fråga om</p> <ul style="list-style-type: none"> • Känner du att du blir respekterad vid besök av myndigheter/läkare? • Besöker du kommunala mötesplatser för att äta tillsammans med andra om du känner att du vill göra det?

<p><i>förebygga sjukdomar?</i></p> <p><i>*Upplever du att råd/ kunskap/ information är lätt tillgänglig?</i></p> <p><i>* Om du har en funktionsnedsättning – får du stöd för att kunna leva ett gott liv? Vad hindrar dig eller vad gör det möjligt för dig att leva ett gott liv?</i></p> <p><i><u>*Hur skulle du vilja ha det?</u></i></p> <p> </p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	
<p>Ämne 9. EGET ANSVAR</p> <p><i>Vad är det allra viktigaste för ett gott liv?</i></p> <p><i>Finns det tillgång till det du vill göra?</i></p> <p><i>Hur skulle du vilja ha det?</i></p>	

Bilaga. 2



Kristianstads
kommun

2014-06-26

Kommunledningskontor

Planering och Strategi

Birgitta Brännström-Forss

044-136828

Birgitta.Brannstrom.Forss@kristianstad.se

Ett aktivt och hälsosamt åldrande - ett forskningsprojekt i Kristianstads kommun

En studie kommer att genomföras i Kristianstads kommun om hur seniorer ska kunna leva ett gott och hälsosamt åldrande hela sitt liv. Högskolan i Kristianstad är ansvarig för datainsamlingen i samarbete med Kristianstads kommun.

Bakgrunden till studien är den ökande andelen seniorer i befolkningen, eftersom vi lever allt längre. Vi önskar oss alla att kunna leva våra liv med en god hälsa som ger oss möjlighet att göra de saker som är viktiga för oss.

För att seniorer ska kunna vara aktiva, behålla och utveckla sin hälsa behövs kunskap om hur seniorer ser på sin situation och om förslag till förändringar.

För att ta reda på det kommer forskare vid Högskolan Kristianstad att genomföra gruppintervjuer med seniorer i grupper om 60-74 år och över 75 år.

Vi ber dig delta i studien, genom att delta i en av gruppintervjuerna.

Gruppen kommer att uppskattningsvis omfatta 6-8 deltagare, samtliga boende i Kristianstads kommun.

Tid: Gruppintervjun kommer att genomföras **den 3 september med början klockan 09.00** och pågår i ca 2,5 timmar.

Plats: Rådhus Skåne, ingång från Stora Torg. Anmäl dig i receptionen i Rådhuset.

Kaffe/te och smörgås serveras.

De ämnen som kommer att diskuteras är:

1. Utemiljöer och byggnader
2. Transporter
3. Bostäder
4. Respekt och social inkludering
5. Socialt deltagande, arbete och sysselsättning
6. Medborgelig delaktighet
7. Kommunikation och information
8. Samhällets stöd; social service och hälso- och sjukvård
9. Det egna ansvaret för att behålla och förbättra hälsan

Inför intervjun behöver ett sk ”Informerat samtycke” undertecknas, vilket bifogas detta brev. Ta med dig samtycket till intervjun.

Du kommer att ersättas för din insats med en liten gåva.

Vänligen besvara denna förfrågan antingen genom

- ett mail till Birgitta.brannstrom.forss@kristianstad.se eller
- att skicka bifogade svarstalong i svarskuvertet

Vi hoppas att du vill bidra med dina kunskaper och erfarenheter i studien och behöver ditt svar om deltagandet i studien senast den 6 augusti.

Har du frågor går det bra att ringa oss. Vi är nu mitt i sommarsemesterperioden, varför det kan dröja något innan telefonsamtal besvaras!

Varmt välkommen!

Birgitta Brännström Forss

Planeringsstrateg/MPH

Tel. 044-136828

Ann-Christin Janlöv

Universitetslektor/Dr. med. vet

Tel. 0708-830555

DEMOGRAFISKA UPPGIFTER - SENIORER

År/datum:

Vill du vara vänlig att fylla i en del uppgifter som vi behöver för att kunna göra en övergripande sammanställning/beskrivning av gruppen som intervjuas. Fyll i genom att skriva en bock bredvid det svar som beskriver dig, eller genom att fylla i svaret. Om du har frågor, be ledarna för gruppintervjun förtydliga.

1. Ålder vid senaste födelsedag

2. Kön: Man Kvinna

3. Nuvarande Anställning: Pensionär: ___ Heltidsarbete ___ Deltidsarbete ___

4. Nuvarande yrke eller, om pensionär yrke före pensionen _____

5. Din bedömning av din nuvarande hälsa.:

Utmärkt Bra Hygglig Dålig

6. Har du något hälsoproblem som begränsar din förmåga att göra din normala dagliga

aktiviteter? Nej___Ja ___ i så fall

vilket?_____

7. Vilken är den högsta utbildningsnivå du genomfört och avslutat?

Folkskola_____ Realskola_____

Grundskola_____ Gymnasium_____

Högskola eller universitet _____

8. Hyr du eller äger bostaden där du bor?

Hyr_____ Äger_____

Vilka bor i ditt hem med dig? (ange alla som gäller)

Ingen annan än jag

make eller partner

Barn (Antal)

Andra släktingar (Antal) Förhållande (t.ex., mor, syster)

icke släkting (Nummer:) Förhållande (t.ex. inackordering, hushållerska)

Totalt antal personer i hushållet: _____

9. grannskaps- och stad där du bor: _____