



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Working Paper

Fler hälsosamma år till livet genom lärande och engagemang i ett hälsofrämjande program

En utvärdering av programmet
ur ett deltagarperspektiv

Ann Johansson

Martina Boström

Irène Ericsson

Anita Björklund

Sofi Fristedt

Jönköping University
School of Health and Welfare
Working Paper No. 03 - 2015

Jönköping University, School of Health and Welfare
Working Paper No. 03• 2015

© Hälsohögskolan och Ann Johansson, Martina Boström, Irene Ericsson, Anita
Björklund,
Sofi Fristedt, 2015

Publisher: School of Health and Welfare

Förord

Våren 2014 erhöll en forskargrupp vid Hälsohögskolan medel från Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) för att genomföra ett projekt i form av den pilotstudie som beskrivs i denna rapport. Projektet initierades av en styrelsemedlem i Sveriges Pensionärsförbund (SPF) Hestra, Karl-Gustav Lorentsson, och därför förlades projektet till Gislaveds kommun. Projektet och dess pilotstudie utformades i samverkan med representanter för SPF, Folkhälsoavdelningen Region Jönköpings län och forskargruppen.

Ambitionen med denna rapport är att beskriva pilotstudien på ett lättillgängligt sätt. Utöver rapporten avser forskargruppen att publicera en eller flera vetenskapliga artiklar som ytterligare beskriver pilotstudien. Vi hoppas att rapporten ska ge ett bidrag till hur hälsofrämjande program för äldre kan organiseras och hur ett deltagarbaserat förhållningssätt kan designas med denna målgrupp.

Vi vill tacka de medverkande för att de på ett aktivt sätt har delat med sig av sina erfarenheter och sin kunskap, utan dem hade den här rapporten inte blivit skriven. Vi vill också tacka Forskningsrådet i sydöstra Sverige (FORSS) för de medel som möjliggjorde vår studie. Vi vill även tacka Beatrix Algurén och Erik Nordström för värdefulla kommentarer till den preliminära rapporten, vilka bidragit till att förbättra såväl form som innehåll.

September 2015

Ann Johansson, Martina Boström, Irene Ericsson, Anita Björklund, Sofi Fristedt
Jönköping University, Hälsohögskolan

Sammanfattning

Betydelsen av insatser som främjar ett aktivt åldrande för att möjliggöra ett gott liv på äldre dagar, genom att ta tillvara äldres resurser i samhället, uppmärksammas alltmer såväl nationellt som internationellt (Socialdepartementet, 2011). Hälsofrämjande program inom aktivitetsvetenskap och arbetsterapi har därför utformats på flera håll i världen liksom i Sverige, men de flesta studierna kommer från USA och Storbritannien. Det finns därför behov av svenska studier som kan tydliggöra deltagarnas syn på hur programmen ska genomföras, vem som har mest nytta av dem samt vilket innehåll som är mest verksamt och upplevs som mest värdefullt av deltagarna. Syftet med pilotstudien var därför att pröva, utvärdera och vidareutveckla ett hälsofrämjande program för äldre personer tillsammans med dess deltagare. Rekrytering skedde via lokala kontakter och gruppen kom att bestå av 10 personer (4 kvinnor och 6 män) mellan 66 och 89 år (medelålder 75,7 år), som fortsättningsvis benämns som de medverkande. Projektet startade hösten 2014 med en introduktionsträff och tre gruppträffar. Gruppen träffades var fjortonde dag, 2 timmar/tillfälle då de medverkande deltog i föreläsningar, diskussioner samt hade erfarenhetsutbyte. Diskussion om hur eget engagemang i aktiviteter påverkar hälsan präglade varje träff, för att de medverkande skulle upptäcka aktivitetens potential och kraft, analysera de egna behoven avseende aktivitet och vid behov förändra det egna aktivitetsmönstret. Efter varje gruppträff genomfördes kvalitativa intervjuer i grupp, så kallade fokusgruppintervjuer. Dessa intervjuer var en förutsättning för projektets deltagarbaserade förhållningssätt och innebar att de medverkande till viss del var ”medforskare” i projektet. Resultatet genererade värdefulla synpunkter om hur ett program kan genomföras. De medverkande var övervägande nöjda, därför framkom få förslag på förändringar av innehållet i programmet. Men det som betonades var att äldre behöver motiveras för att delta i hälsofrämjande program och att ledarens förhållningssätt och kunskaper inom äldreområdet är av avgörande betydelse. Dessutom ansåg man att det är betydelsefullt att programmet är individanpassat och bygger på personens egna förutsättningar. Ytterligare studier behövs för att klargöra vilka personer som har mest nytta av ett liknande program och vad som är mest verksamt.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
Inledning	6
Projektgrupp	6
Bakgrund	6
Syfte- och frågeställningar	8
Metod	9
Förberedelser	9
Urval av medverkande	9
Genomförande	9
Analys	11
Etiska ställningstaganden	12
Resultat	12
Målgrupp och rekrytering	13
Motivera målgrupp	14
Innehåll och uppbyggnad av program	15
Programmets genomförande	16
Grupphandledarnas och föreläsarnas betydelse	17
Gruppstruktur och -dynamik	18
Individanpassning	18
Diskussion	19
Metodologiska överväganden	19
Resultatdiskussion	21
Slutsats	22
Referenser	23

Bilaga 1 Projektgrupp

Bilaga 2 Frågeguide

Bilaga 3 Sammanställning

Inledning

I denna rapport presenteras och diskuteras resultatet av en pilotstudie som genomförts i syfte att pröva, utvärdera och vidareutveckla ett hälsofrämjande program för äldre personer. Deltagarna i studien har prövat dvs. följt ett program som utformats för projektet. Deltagarna har därefter utvärderat programmet och även gett konkreta förslag till en vidareutveckling av programmet.

Resultaten kommer att användas i utformandet av en mer omfattande studie.

Projektgrupp

Projektet har bedrivits av en forskargrupp med olika kompetenser inom äldreområdet (bilaga 1), i samarbete med deltagarna i programmet.

Bakgrund

Under senare delen av livet finns en ökad risk att hälsan begränsas av åldersförändringar och olika ohälsotillstånd. Sociala, attitydmässiga och fysiska miljöfaktorer samt personfaktorer såsom kön och etnicitet har också visat sig ha betydelse. Insatser för att främja äldres delaktighet i aktiviteter, men också insatser för att främja hälsa är därmed av stor betydelse, inte minst i ljuset av en alltmer åldrande befolkning (Ernst Bravell, 2013; Norberg, Lundman & Fischer, 2012).

Aktiviteter har en generell betydelse för hälsa genom hela livet och det finns ett samband mellan engagemang i aktivitet och livstillfredsställelse (Nilsson, 2006).

Forsman (2012) belyser vidare vikten av äldres sociala aktiviteter och deras samband med psykisk hälsa och välbefinnande, samt konstaterar att ett socialt nätverk är viktigt för att ge vardagslivet mening och skapa nya sociala roller.

Under EUs Äldreår 2012 (Socialdepartementet, 2011) uppmärksammades behovet av ökad kunskap om aktiviteter och insatser som främjar ett aktivt åldrande. Fokus flyttades också från problem i samband med åldrandet, till de förmågor som äldre individer har, samt de möjligheter som åldrandet kan innebära. Genom att främja ett

aktivt åldrande kan äldres resurser tas tillvara i samhället och ett gott liv på äldre dagar möjliggöras (Socialdepartementet, 2011).

Samtidigt kräver detta förändrade synsätt, från problem- till resursfokus, en utveckling av kommunernas och landstingens förebyggande arbete för äldre personer så att insatserna blir inriktade på att främja hälsa, trygghet och säkerhet. Målet är att äldre människor ska kunna ta ett personligt ansvar för att leva ett aktivt liv, utöva inflytande i samhället och över sin vardag (Socialdepartementet, 2014). Forskning visar också att äldre har en varierande förmåga att ta ansvar för sin hälsa, därför behövs också samhälleliga stödstrukturer för att individuellt anpassa och främja hälsoarbetet (Kjellström & Ross, 2011). Förberedelse för att kunna hantera åldrandet och äldres lärande utifrån åldrandets utmaningar har visat sig ha betydelse för upplevelse av hälsa i senare delen av livet (Boulton-Lewis, 2010).

WHO (1986) betonar att utsatta grupper i samhället, som t ex äldre, behöver få större inflytande och kontroll över sina liv för att kunna uppnå optimal hälsa. Inom det hälsofrämjande arbetet är därför begreppet *empowerment* (egenmakt) centralt. *Empowerment* kan stimuleras genom att äldre får makt över sin vardag och genom hälsofrämjande interventioner och strategier (Clough, Green, Hawkes, Raymond & Bright, 2006; Social Care Institute for Excellence, 2007; Statens folkhälsoinstitut, 2008; Toofany, 2007; Warren & Cook, 2005).

Mot denna bakgrund har hälsofrämjande program utformats på flera håll i världen såsom i USA, Japan och Sverige (Clark et al., 1997; 2012; Yamaha, Kawamata, Kobayashi, Kielhofner, & Taylor, 2010; Zingmark, Fisher, Rocklöv & Nilsson, 2014). Flera program, också det program som presenteras i denna rapport, har sin bakgrund i det tvärvetenskapliga forskningsområdet aktivitetsvetenskap (Pierce, 2014) och arbetsterapi. Det hälsofrämjande aktivitetsbaserade programmet som genomförs i grupp och som beskrivs i denna rapport, är inspirerat av den amerikanska metoden Lifestyle Redesign® (LR) (Clark et al, 2015; Mandel, Jackson, Zemke, Nelson och Clark, 1999) som har dokumenterat positiva hälsoeffekter för äldre personer (Clark et al., 1997; 2012). Ett liknande program har utvecklats i Storbritannien (Mountain, Mozley, Craig & Ball, 2006) och rekommenderas numera som arbetssätt för samma målgrupp av *National Institute for Health and Care Excellence* (2013). I Sverige har programmet, i modifierad form, tillämpats vid en vårdcentral i Jönköping och utvärderats med goda resultat (Johansson & Björklund, 2015).

Originalprogram inom LR ®- metodiken, utgår från individuell, subjektiv behovsinventering när det gäller engagemang i vardagliga och andra meningsfulla aktiviteter. Gruppträffar med aktivitetstema planeras utifrån gruppmedlemmarnas behov. Metodiken bygger på deltagarnas lärande (Boulton-Lewis, 2010) och på att i grupp pröva aktiviteter, som ibland befinner sig utanför den egna ”trygghetszonen”, samt tillämpning mellan träffarna i den egna livssituationen (Mandel, Jackson, Zemke, Nelson & Clark, 1999). Varje träff omfattar:

- 1) Föreläsning av inspiratör/”expert”
- 2) Erfarenhetsutbyte i grupp
- 3) Tillämpning i grupp
- 4) Individuell målsättning
- 5) Individuell tillämpning, och ev. anpassning, av aktivitetsutförandet

Resultat från tidigare nämnda aktivitetsprogram för äldre baseras nästan uteslutande på studier från USA och Storbritannien. Dessutom har ingen av dessa studier genomförts med ett deltagarbaserat angreppssätt, där deltagarna agerat ”medforskare” och getts möjlighet att påverka programmets innehåll. Därför finns det behov av svenska studier som kan tydliggöra deltagarnas syn på hur programmen ska genomföras, vem som har mest nytta av dem samt vilket innehåll som är mest verksamt och upplevs som mest värdefullt.

Syfte- och frågeställningar

Syftet är att pröva, utvärdera och vidareutveckla ett hälsofrämjande program för äldre personer tillsammans med deltagarna.

Pilotstudien förväntades ge svar på följande frågor:

- Vilka deltagare bör rekryteras?
- Hur bör rekryteringen ske?
- Vem/vilka bör leda grupperna?
- Hur bör föreläsningar organiseras?
- Vilka konkreta aktiviteter bör ingå?

Metod

Förberedelser

Projektet initierades av en styrelsemedlem i Sveriges Pensionärsråd (SPF) Hestra och därför valdes Gislaveds kommun för pilotstudien. Innan pilotstudien startade informerades ansvariga politiker, tjänstemän och företrädare för pensionärsorganisationer via Kommunala Pensionärsrådet¹ Gislaved och Folkhälsorådet² Gislaved.

Urval av medverkande

Projektets målgrupp var hemmaboende personer över 65 år som var villiga att på ett aktivt sätt bidra med sin erfarenhet och kunskap för att pröva, utvärdera och vidareutveckla ett hälsofrämjande aktivitetsprogram. De medverkande skulle utgöra en blandning av kvinnor, män och gärna representera olika etniciteter och åldrar. Rekrytering skedde genom ett bekvämlighetsurval, via lokala kontakter inom Sveriges Pensionärsförbund (SPF) Hestra. Gruppen kom att bestå av 10 personer (4 kvinnor och 6 män) mellan 66 och 89 år (medelålder av 75,7 år). Fortsättningsvis benämns dessa personer som medverkande.

Genomförande

Projektet startade hösten 2014 och bestod av en introduktionsträff och tre gruppträffar med alla 10 deltagare i samma grupp. Gruppen träffades var fjortonde dag 2 timmar/tillfälle. På grund av akut skada hos en av gruppledarna blev det istället fyra veckor mellan gruppträff ett och två. Gruppen träffades i en föreningslokal i centrala Hestra.

¹ Kommunala pensionärsrådet består av representanter från olika pensionärsorganisationer samt företrädare ur kommunens styrelser och nämnder. I rådet behandlas frågor som berör äldre och rådet ska verka för att pensionärens synpunkter uppmärksammas i nämndernas verksamhetsplanering.

² Det lokala folkhälsorådet (FHR) i kommunen är ett råd som ligger under kommunstyrelsen. Ordförande är kommunstyrelsens ordförande. FHR består av ordförande från kommunens nämnder samt verksamhetschefer från vårdcentralerna Bra liv. Kommunens folkhälsostateg samt landstingets folkhälsoplanerare är ständigt adjungerade. Till FHR är en samordningsgrupp bestående av företrädare för föreningar, organisationer, tjänstemän från kommunens förvaltningar och myndigheter kopplad.

Efter varje gruppträff genomfördes kvalitativa intervjuer i grupp, så kallade fokusgruppintervjuer, då gruppen på 10 personer delades i två grupper med 5 personer i vardera gruppen. Dessa intervjuer var en förutsättning för projektets deltagarbaserade förhållningssätt och innebar att de medverkande till viss del var ”medforskare” i projektet (Hummelvoll, 2010). Detta förhållningssätt kan leda till att förändringar omsätts i praktisk handling och kommer de medverkande till del (Jakobsson, 2013).

De medverkande prövade och gav förslag på utveckling av programmet för att det, i sin förlängning, ska kunna tillämpas och spridas genom ett mer omfattande och utvidgat projekt.

Programmets gruppträffar

De medverkande deltog i föreläsningar, diskussioner samt erfarenhetsutbyte i grupp. I det aktuella projektet prövades en avkortad variant av det ursprungliga programmet (Lifestyle Redesign ®), där individuell behovsbedömning, individuella åtgärder och praktiska aktiviteter i grupp som ingår i originalprogrammet uteslöts. Orsaken till detta var att ekonomiska resurser saknades i projektet för att genomföra dessa delar. Det ansågs relevant att pröva programmet i avkortad variant då begränsade resurser kan vara ett vanligt förekommande problem, samtidigt som hälsofrämjande åtgärder är betydelsefulla (Socialdepartementet, 2014). Zingmark och medförfattare (2014) har även framgångsrikt prövat modifierade former av hälsofrämjande program.

Träffarna hade följande temainnehåll:

Träff 1: Introduktion och information om projektet. Folkhälso- och aktivitetsperspektiv vid åldrande.

Träff 2: Det naturliga åldrandet och förändrade aktivitetsmönster.

Träff 3: Fysisk aktivitet och kost samt deras koppling till hälsa.

Träff 4: Mental aktivitet och hälsa (webbföreläsning).

Diskussion om hur eget engagemang i aktiviteter påverkar hälsan präglade varje träff. Detta ansågs viktigt för att de medverkande skulle upptäcka aktivitetens potential och kraft, analysera de egna behoven avseende aktivitet och vid behov förändra det egna aktivitetsmönstret. Föreläsningsunderlag och annat skriftligt material, baserat på det aktuella temat, sammanställdes och delades ut till de medverkande. Tanken var att göra det möjligt för dem att gå tillbaka till informationen och fundera över vad som

var viktigt för just henne/honom. Gruppträffarna leddes av två personer, varav en hade bakgrund som universitetsadjunkt/arbetsterapeut och den andra som folkhälsoplanerare/arbetsterapeut. Båda personerna hade tidigare erfarenheter av att leda hälsofrämjande gruppaktiviteter.

Fokusgrupper för att utveckla programmet

Efter varje gruppträff delades gruppen på 10 personer i två grupper med 5 personer i vardera gruppen. I dessa två grupper utfördes fokusgruppintervjuer under ledning av två forskare inom äldreområdet. Dessa hade inte medverkat i gruppträffarna. Varje intervjutillfälle, som tog ca 1 timme, bandades och intervjuerna utgick från en gemensam frågeguide (bilaga 2) som var baserad på syftet. Fokusgrupper genomfördes efter samtliga fyra gruppstillfällen. Det möjliggjorde i sin tur en fördjupad förståelse av de medverkandes syn på programmet, genom att samma frågor (bilaga 2) diskuterades av varje grupp vid samtliga fyra tillfällen.

En månad efter avslutat aktivitetsprogram möttes de medverkande, gruppledarna och de två fokusgruppledarna för att presentera ett preliminärt resultat och diskutera detta. Syftet med mötet var att kontrollera om resultatet stämde med de medverkandes upplevelser (Jakobsson, 2013). De medverkande bekräftade det presenterade resultatet och hade inga tillägg.

Analys

Varje inspelad fokusgruppintervju skrevs ut ordagrant i nära anslutning till intervjutillfället. En kvalitativ innehållsanalys gjordes av den utskrivna texten där Danielssons (2012) beskrivning av analysmetoden var vägledande.

Som ett första steg i analysen gjordes en genomläsning av de utskrivna intervjuerna, där varje medverkandes utsagor markerades med ett unikt nummer i marginalen och intervjufrågorna i den löpande texten markerades med fetstil för att synliggöras och underlätta bearbetningen vid analysen. Efter upprepad genomläsning av textmaterialet plockades de delar av text och fraser ut som kunde relateras till syftet och frågeställningarna, de s.k. meningsbärande enheterna. De meningsbärande enheterna kortades sedan ned till mindre enheter (kondenserades), för att göra textmassan mer hanterbar. De kondenserade meningsbärande enheterna gavs sedan

innehållsbeskrivande kodnamn som låg så nära den ursprungliga texten som möjligt. Koder med liknande innehåll, som kunde sägas höra ihop, grupperades sedan i teman som gavs ett innehållsbeskrivande namn. Teman och koder jämfördes ständigt i förhållande till varandra och ursprungstexten för att kontrollera att valda teman beskrev den information som fanns uttryckt i materialet och utan att läsa mellan raderna. Fram till bildandet av koder analyserades intervjumaterialet av de två forskare som utfört fokusgruppsintervjuerna. Vid gruppering av koderna samt bildandet av teman deltog ytterligare tre forskare samt projektledaren eftersom det är viktigt för studiens trovärdighet (Patton, 2002). Samtliga forskare vid detta tillfälle tillhörde forskningsgruppen.

Etiska ställningstaganden

Studien godkändes av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping, (Dnr: 2014/266-31).

De grundläggande forskningsetiska kraven gällande information, samtycke, nyttjande och konfidentialitet beaktades (Vetenskapsrådet, 2002) i projektet. De medverkande informerades om att det var helt frivilligt att delta och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. De fick också information om att insamlad data enbart skulle användas i projektet och beskrivas på gruppnivå. Skriftligt samtycke till att delta i studien inhämtades innan datainsamlingen påbörjades.

Resultat

Resultaten presenteras utifrån analysens sju teman; ”Målgrupp och rekrytering”, ”Motivera målgrupp”, ”Innehåll och uppbyggnad av program”, ”Programmets genomförande”, ”Ledarens betydelse” och ”Gruppträffar och dynamik”. ”Individanpassning”. Citat från de medverkande återfinns i resultatredovisningen med kursiv stil.

En sammanställning av de medverkandes förslag till modell för ett hälsobefrämjande program finns presenterat som en bilaga (Bilaga 3) i rapporten.

Målgrupp och rekrytering

Kunskapen om hälsa och åldrande upplevdes av deltagarna som viktig, eftersom åldrandet angår alla. Det rådde dock delade meningar i fokusgrupperna om när, d.v.s. i vilken livsfas som kunskapen behövs. En åsikt som framkom var att kunskapen behövs tidigt i livet och inte skall komma då man redan är ”drabbad” av åldrandet. Andra menade att det är först i pensionsåldern som kunskapen behövs, eftersom det är en tid för stor omställning i livet. För att vara mottaglig för kunskapen måste man nog befinna sig i pensionsåldern, eftersom man innan dess inte är mottaglig för kunskapen, menade en del av de medverkande: -”*Man lever liksom i sin ålder på nå't vis, Man kommer inte in i riktigt hur det fungerar förrän man själv är där.*”

Deltagarna menade att kunskapen behövs i alla åldrar för att olika generationer ska förstå varandra bättre. I medelåldern kan det upplevas som långt till åldrandet och behovet av kunskapen är inte uppenbar. Tidigare i livet är också livstempot mer intensivt, vilket bidrar till att yngre och medelålders inte hinner tänka på åldrandet. De medverkande ansåg dock att man bör börja tänka på åldrandet redan då, annars kan det vara för sent att kunna påverka det.

Dagens tema, hjärnan tycker jag definitivt behöver pensionärer... .. men när vi tittar på det här föregående gång då med mat osv. och gången innan hur muskulaturen och så'n't. Det ska man vända sig till tidigt. Jaa, jag tycker ju det ... för jag menar det är ju mitt sätt att vara informerad om hur jag själv kommer att åldras.

Några nämnde personer på särskilda boenden för äldre som en tänkbar målgrupp för ett hälsofrämjande program, medan andra menade att det då redan är försent eftersom man kommit långt i livet. SPF-medlemmar föreslogs som målgrupp. Å andra sidan var en del tveksamma till dessa personers intresse för att delta i ett hälsofrämjande program. De som själva deltagit i hälsofrämjande program föreslogs vara ambassadörer och informera utifrån sina erfarenheter i SPF, vilket skulle kunna väcka intresse hos andra för att delta. Det ansågs dock att det skulle krävas mycket av dem som ska göra det, och ingen av de medverkande kände sig kapabel till detta. Affischering på affärer var ett annat förslag för att nå målgruppen, men det ansågs mer tveksamt. En personlig kontakt sågs som en mer framkomlig väg att värva personer till ett hälsofrämjande program.

Man kanske borde berätta, vi som har gått den här kursen för SPF medlemmarna, på ett möte....., sätta upp en affisch också.....sätter du upp en lapp i affären...tror inte det är så många som nappar på den.....Neej, det måste vara nåt personligt mer

De medverkande lyfte särskilt vikten av att inbjudan, till ett hälsofrämjande program, är öppen för alla oavsett politisk åsikt och vem man är som person.

...tror verkligen att man ska försöka få in alla för jag menar det här med hälsan det gäller ju alla, det spelar liksom ingen roll vilken politisk inställning man har. Man ska nog sträva efter att göra det öppet för alla.

Närstående eller partner ansågs tillhöra en målgrupp som nåddes indirekt genom att deltagarna i det hälsofrämjande programmet tog med kunskapen hem och genomförde förändringar för en hälsosammare livsstil. De medverkande påtalade också att närstående skulle kunna delta samtidigt i ett hälsofrämjande program, dock inte i samma grupp. Marknadsföring via personal som arbetar med äldre personer ansågs viktig för att sprida kunskapen om hälsa och åldrande och för att väcka intresse för att delta i ett hälsofrämjande program och som en deltagare uttryckte: – ”måste det nog vara lite mer professionellt folk som tänker till som kan göra såna här saker... Det gäller att sälja in det på rätt sätt”.

Med tanke på att målgruppen är äldre personer > 65 år, så menade några att hälsofrämjande program bör ges i närområdet, för att undvika svårigheter med att transportera sig till annan ort.

Motivera målgrupp

Vid första intervjutillfället berättade de medverkande att de var helt ovetande om vad de gav sig in på då de tackade ja till att delta. Många valde att delta av ren nyfikenhet. Enbart spänningen att få veta vad det hälsofrämjande programmet skulle innehålla, och vilka personer man skulle träffa, var motivation nog för att vilja delta. Andra menade att de inte själva valt att delta utan att någon annan ”bestämde” att de skulle delta, och att de var tveksamma inledningsvis. En person beskrev detta med följande citat vid första tillfället: -

”Känner inte så stor entusiasm måste jag erkänna, men man ska inte ge sig med detsamma ... väldigt trött när man suttit så länge.”

Upplevelsen av att någon annan bestämt att de skulle delta förändrades dock något under projektets gång. Vid sista fokusgruppsintervjun ansågs den personliga kontakt som tagits med dem positiv och avgörande för att motivera äldre personer till att delta i ett hälsofrämjande program. Vidare nämndes att ett hälsofrämjande program måste ”säljas in” på ett bra sätt. Information och lockande rubriker ansågs krävas för

att motivera till deltagande. Samtidigt tyckte några att det var bra att de inte fått mer information inför programmet. Om de fått mer information hade det funnits risk att de avstått, eftersom ämnena var välkända: - ”*Hade vi vetat för mycket vad det skulle handla om, då tror jag att vi hade sagt, det kan vi redan, och inte gått hit... Det behöver vi inte gå hit för.*”

Några i grupperna menade att det inte alltid är så bra att bli övertalad till att delta. Motivation ansågs vara ett måste för att man ska ta till sig kunskapen. De såg det som intressant att kunskapen, om vad man ska göra för att leva ett hälsosamt liv, redan finns hos många äldre, inklusive dem själva. De konstaterade dock att man inte lever så om motivation saknas. De medverkande gav under projektets gång uttryck för ökad motivation att delta i ett hälsofrämjande program. Vid de senare träffarna talade de också om gruppens betydelse för motivationen.

Det går ju inte att tvinga på kunskap på nån utan på nåt vis måste du vara motiverad, ...men det som kommer fram i en sån här grupp...det tror jag är rätt bra. För då är det flera stycken som skulle prata om dom här grejerna... och då blir det lite granna gruppträff, ...men lite så

Känslan av att vara behövd eller att vara med, motsvarade den känsla som de själva upplevde genom att delta i projektet, och sågs som ett annat viktigt motiv för att delta. Det upplevdes som positivt att vara efterfrågad och att man fick vara en del av en grupp, vilket gav en social gemenskap. Medverkan i projektet var något meningsfullt som hände i deras vardag och som en deltagare uttryckte: - ” *... inte kanske just behövd men man är med någonstans och det är roligt.*”

Känslan av att få bidra, motiverade till att delta och gav en känsla av att vara värdefull. De medverkande ansåg att de själva, och inte bara kursledare och föreläsare, bidrog till gruppen och det hälsofrämjande programmet. Rollen som medforskare i projektet lyftes vidare som något positivt av deltagarna: ”*det beror nog på att de [föreläsarna] inte talar hela tiden utan att vi också får prata, det är nog det om gör att det är så bra. Att vi också får ha synpunkter.*”

Innehåll och uppbyggnad av program

De medverkande ansåg att introduktionen vid första träffen bör vara grundläggande och allmän, för att skapa ett för målgruppen attraktivt hälsofrämjande program. De ansåg vidare att introduktionen bör ge en övergripande förståelse av kursens uppbyggnad och struktur, för att ge möjlighet att påverka densamma. De

medverkande påtalade att nästkommande träffar skall bestå av mer detaljerad kunskap om respektive ämnesområde, för att bibehålla åhörarnas koncentration och motivation. Alltför små detaljer (som t.ex. namn på delar av hjärnan) önskades uteslutas helt från programmet. Ökad kunskap om det primära, friska åldrandet föredrogs snarare än innehåll om det sekundära åldrandet (dvs. sjukdomar i samband med åldrandet) och geriatrik.

Det framkom också att programmet kunde genomföras för en större och bredare publik, då hälsa ansågs vara högt prioriterad och angå alla, oavsett ålder. En holistisk syn på hälsa efterfrågades och borde prägla programmet, då den mentala hälsan sågs som minst lika viktig som den fysiska. Det hälsofrämjande programmet borde också inkludera existentiell hälsa och samtal kring döden ansåg man, trots att det kan vara svårt att diskutera dessa frågor i grupp:

” Ja, för det är ju faktiskt så att man vill ju egentligen inte prata om döden... men alla undrar ju så jag tror också att det vore bra om man kan komma in på detta det tror jag... ”

Allmänna hälsoråd ansågs vara viktiga, gärna med konkreta råd och tips med fokus på det vardagliga livet. Budskapet borde, enligt de medverkande, genomgående vara att det aldrig är för sent att förändra sin livsstil och att man kan förbättra sin hälsa, trots hög ålder. Olika födoämners effekter i kroppen ansågs exempelvis vara en viktig del i programmet. Ökad förståelse om hjärnans förändring, gärna med fokus på att vissa delar av den kan stimuleras och därmed har förbättringspotential i hög ålder, sågs som ett viktigt område att belysa. Det hälsofrämjande programmet bör således sporra till förändring, och genom ökad kunskap inom varje detaljerat område bidra till att deltagarna finner en balans utifrån sina egna liv och behov.

Matlagning, datakunskap och bokcirkel framfördes som ytterligare aktivitetsförslag i programmet, under förutsättning att dessa aktiviteter var genomförbara på plats.

Programmets genomförande

De medverkande ansåg att informationen bör utformas så att den ”känns igen” i äldre personers vardagliga liv. Den får inte heller vara för komprimerad eller komplicerad. Betydelsen av att själva få vara aktiva under programmet underströks, vilket ansågs minska risken för att bli okoncentrerad. Åhörarkopior från varje

föreläsning med plats att anteckna på, ansågs främja aktivitet och inläring. Bilder och praktiska exempel ansågs underlätta förståelsen. Vidare framhölls frekventa pauser som viktiga vid varje träff. Svåra ord skulle kunna användas under förutsättning att det fanns möjligheter att få dem förklarade. De medverkande beskrev betydelsen av pedagogiska hjälpmedel (t.ex. konkreta exempel i föreläsningarna genom att *visa* olika hjälpmedel, *visa* grönsaker osv), vilket sades göra varje föreläsning roligare att lyssna på. De skulle uppskatta om äldre personer (t ex någon som dansar eller springer maraton i hög ålder), presenterades som förebilder eller goda exempel i programmet. Men de medverkande ville då gärna ha en relation till denna person för trovärdighetens skull.

Men tillbaka till det där att det ska komma in någon och prata om hur det är att åldras och så... nå'n med erfarenhet. Jag är inte så säker på att det skulle gå så bra om Hans åkte till en annan grupp och berättade för dom hur det är. Men vi som känner honom, vi vet ju hans resa och kan förstå den bättre. Det är viktigt att det är nå'n man känner.

Aktivitetsdagbok och läxor till nästkommande gång nämndes som viktiga verktyg för att synliggöra möjliga livsstilsförändringar. Däremot påtalades att aktivitetsdagboken lätt glömdes om man inte var tillräckligt motiverad att följa den.

Gruppen föredrog liveföreläsningar. Webböreläsningar ansågs kunna vara en pedagogisk tillgång i kursen så länge information om vad dessa innebär ges. Inspelningen bör också vara anpassad efter målgruppen, i form av ljud, bild och färger. Sista dagen önskade de äldre personerna erhålla ett sammanfattande dokument av hela kursens innehåll, för såväl live- som webböreläsningar.

Grupphandledarnas och föreläsarnas betydelse

De medverkande ansåg att ledaren hade en betydande och viktig roll i ett hälsofrämjande program. Det framfördes att ledaren bör vara en kunnig föreläsare som har lätt för att prata inför grupp. Ledare bör också vara engagerad i åhörarna, sitt ämnesområde och ha förmåga att göra varje lektion lättsam, genom att göra det komplicerade enkelt. När det gäller delar av det hälsofrämjande programmet, såsom mental hälsa och beskrivning av hjärnan, ansåg man att en specialist skulle vara ett bra komplement till ledaren. Det nämndes också som viktigt att ledaren är kunnig

inom området gerontologi, så att varje ämnesområde som berörs utgår ifrån den åldrande individen och inte individer i allmänhet.

Gruppstruktur och gruppdynamik

Gruppstrukturen ansågs ha stor betydelse. De medverkande sa sig vara mer motiverade och mer kunniga än andra grupper i samma ålder. Den lilla gruppen ansågs bidra till att kunna tala fritt och öppet. Tio personer nämndes vara en lagom grupp, tjugo personer angavs som det absolut maxantalet. De medverkande menade att gruppstrukturen på ca tio personer bidrog till ett gott gruppklimat, där alla frågor hade kunnat ställas och där eventuella misstolkningar diskuterats och rättats till. Gruppen ansågs i grunden dela gemensamma intressen, men det lyftes som ”ack så viktigt” att våga bjuda på sig själv. En bra grupp som inkluderar både humor och kamratskap vid varje träff, upplevdes som god grund för kunskapsinhämtning. Användning av namnlappar nämndes som ett skäl till att personerna lärt sig varandras namn fortare, vilket i sin tur bidragit till god stämning i gruppen.

Gruppstrukturen upplevdes också bidra till ”kickar” av att lära känna och spurras av varandra.

Och det är väl så att när man träffas och pratar som vi gör så får man en kick för man ser att någon har det bättre eller sämre än en själv och det stärker ju en på nå't vis. Det smittar, för om han kan, så kan jag.

De medverkande föredrog ett hälsofrämjande program i studiecirkelform, där diskussion både under- men framförallt efter varje föredrag ansågs ha varit det bästa för inläring och förståelse.

Individanpassning

De medverkande ansåg att det viktigaste var att kunna känna igen sig och att kunskapen uppmuntrade till livsstilsförändring utifrån personens egna förutsättningar. Möjlighet att ta tillvara kunskapen som förmedlades i programmet, menade man vara positiv och ett steg i att reflektera över den egna situationen och hälsan. Men, ny och/eller bekräftande kunskap som innebär ett ökat reflekterande över hur man själv kan påverka åldrandet upplevdes också innebära att risken för

dåligt samvete ökade. De medverkande, ansåg att det dåliga samvetet lätt byggs på, eftersom det inte alltid anses vara möjligt att ”leva som man blir lärd”. Exempelvis kan allergier och/eller funktionshinder begränsa förutsättningarna att förändra även genom små steg i vardagen. Gruppen var en tillgång som möjliggjorde diskussion av ” kunskap på gott och ont”, snarare än att de medverkande bar tankarna inom sig själva i ensamhet eller som en deltagare uttryckte det: ” *Då hade man bara tagit med sig sina tankar hem, nu har man lite mer att tänka på liksom.*”

Ökad kunskap nämndes dock kunna bidra till något positivt som t.ex. minskad oro. För att programmet skulle vara övervägande positivt, ansåg man att det var viktigt att vid varje ämnesområde sträva efter balans. Balans kan gälla både kursinnehåll och individanpassad information utifrån den enskildas förutsättningar. Även vetenskapliga rön behöver tas med en nypa salt, menade man, eftersom det ständigt kommer nya rön om t.ex. konsumtion av ägg och mjölk.

De medverkande påtalade att man kan uppleva bättre hälsa genom att reflektera över den och acceptera att även små förändringssteg åt gången kan ge positiva resultat.

Diskussion

Metodologiska överväganden

Som i alla projekt finns en del metodologiska överväganden, såväl styrkor som svagheter, att beakta under projektets gång och i efterhand. Kvalitativ innehållsanalys (Danielsson, 2012) användes i detta projekt, då det är en metod för att analysera intervjutexter om individers attityder och erfarenheter på ett systematiskt sätt. För att bedöma trovärdigheten i resultaten vid kvalitativ analys används ofta begreppen: tillförlitlighet, överförbarhet och giltighet (Kristensson, 2014). Dessa begrepp används nedan för att diskutera studiens genomförande.

Detta projekt har ett s.k. deltagarbaserat förhållningssätt (brukarmedverkan) vilket uppskattades hos de medverkande. Brukarmedverkan lyfts allt mer som något positivt, genom att de som ska ha nytta av ett program också får vara med och påverka det. Genom denna process kan man anta att aspekter av värde för målgruppen, som annars lätt skulle förbises, faktiskt fångas och kan förädla programmet. En alldeles färsk rapport från Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och

välfärd (Kylberg et al., 2015) lyfter fram att brukarmedverkan är ett område som är under utveckling, men också ett område som innebär viss utmaning. En av dessa utmaningar är att rekrytera ”rätt” brukare till forskningen. Ett vanligt sätt att rekrytera brukare, är att vända sig till intresseorganisationer. Kylberg et al. (2015) menar att vid detta förfaringssätt finns en risk att brukaren är alltför fokuserad på sin egen situation och har svårt att generalisera till andra gruppers behov. Intervjuarna i projektet har försökt att minimera denna risk genom att ställa frågor som ”Vilka förväntningar tror ni att människor i stort, men också i er egen ålder, har på hälsofrämjande program för äldre”? (bilaga 2). Det bör också påtalas att i en kvalitativ intervjustudie, som denna, är syftet just att fånga en bredd och mångfald av olika individers perspektiv. Varje medverkande representerar i mångt och mycket sig själv, och resultatet är framförallt överförbart till aktuellt sammanhang. Det kan ändå antas att de åsikter och synpunkter som framkommit kan återfinnas hos motsvarande grupper av äldre på andra platser.

Rekryteringen av medverkande skedde genom ett bekvämlighetsurval, men där hänsyn togs till att de medverkande skulle utgöra en blandning avseende ålder, kön och etnicitet. Val av deltagare med olika bakgrund och erfarenheter ökar möjligheten till att forskningsfrågan belyses från olika synvinklar och ökar studiens tillförlitlighet (Kristensson, 2014). De medverkande i projektet bestod av en blandning av män och kvinnor i olika åldrar. Vår ambition var att få till en grupp med representation från olika invandrargrupper, vilket misslyckades till största delen, beroende på att vi inte hade tillräckligt med personliga kontakter i området där deltagarna bodde. Det begränsar resultatets tillförlitlighet i förhållande till en bredare grupp av äldre i samhället.

Fokusgruppintervjuerna (Hummelvoll, 2010) var en användbar metod för att ge svar på de frågor som ställdes, och de gav värdefulla bidrag till utveckling av programmet. För de medverkande framstod dock själva programmet och de efterföljande intervjuerna som en helhet och som de hade svårt att skilja på. Att få diskutera dagens tema i fokusgrupperna gav i sig ett mervärde i programmet. Detta var ett oväntat resultat och något som påverkar överförbarheten till andra sammanhang, men är å andra sidan något som kan användas i utveckling av nya program.

För att stärka resultatets tillförlitlighet har flera forskare förutom intervjuarna, varit inblandade i analysprocessen. Vidare har ett omfattande material samlats in och belysande citat presenteras för läsaren vilket också stärker tillförlitligheten.

Intervjuarna använde en gemensam frågeguide, vilket stärker resultatets giltighet. För att ytterligare stärka resultatets tillförlitlighet presenterades det för de medverkande och det gavs möjlighet att diskutera och reflektera över resultatet (Kristensson, 2014).

Resultatdiskussion

De medverkande hade svårt att komma fram till någon specifik målgrupp eller åldersgrupp som skulle ha bäst nytta av ett hälsofrämjande program. Detta resultat är samstämmigt med en litteraturöversikt angående aktivitetsbaserade hälsofrämjande insatser för äldre där Nilsson (2013) menar att forskning inte visar tydligt var, när, hur hälsofrämjande insatser gör mest nytta. Det kan konstateras att hälsofrämjande insatser för äldre är ett område där det fortfarande finns ett stort behov av vidare forskning, för att pröva olika typer av modeller för intervention.

När det gäller rekrytering av medverkande och motivation för att delta så bör det nämnas att de medverkande till en början inte var så intresserade av att delta, men blev efterhand mer och mer engagerade. Detta bekräftas av Johansson och Björklund (2015), som beskriver hur gruppdeltagare i en hälsofrämjande aktivitetsgrupp skapar positiva relationer, accepterar sig själva och uppnår personlig tillväxt. Vidare beskriver Johansson och Björklund (2015) vikten av att dela erfarenheter med personer i sin egen ålder, vilket också bekräftas av Mountain, Mozley, Craig och Ball (2008) och Mountain (2010). Resultatet av projektet visade också på vikten av att rekrytering sker via personliga kontakter och att programmet måste marknadsföras på ett lockade sätt.

De medverkandes motivation att delta växte fram efter hand, resultaten visade också att gruppen har en stor inverkan på varje individs motivation. Vidare framkom att ledaren har en betydande och viktig roll, samt att programmet behöver vara individanpassat och att livsstilsförändringarna måste bygga på personens egna förutsättningar.

Få förslag på tillägg till programmet framkom i studien. Detta kan tolkas som att de medverkande var nöjda med programmets aktuella utformning. Det bör betonas att deras erfarenhet gäller ett avkortat program, såväl tidsmässigt som innehållsmässigt, jämfört med originalprogrammet. Det kan också vara svårt att identifiera flera

förbättringsförslag när man är uppfylld av något som upplevs som positivt. Det är dock värdefull information, för vidare utveckling av programmet, att de medverkande stödjer aktuellt program. Få, om ens några, studier har nämligen tidigare undersökt motsvarande programs utformning ur ett deltagarperspektiv.

Resultaten visade dessutom att ledaren har en viktig roll och bör vara kunnig i att föreläsa, men också ha specifika kunskaper om den åldrande människan. Förutom gruppleddare bör programmet kompletteras med specialister inom vissa områden. Ledarens betydelse beskrivs också i Johansson och Björklund (2015), där deltagarna betonade vikten av ledarens attityd och bemötande för ett positivt resultat.

De medverkande betonade att ett hälsofrämjande program behöver vara individanpassat och att livsstilsförändring måste bygga på personens egna förutsättningar. Clark et al. (2012) visade med sin forskning att de hälsofrämjande aktivitetsbaserade programmen behöver kompletteras med minst 5 timmar individuell intervention för att nå det bästa resultatet (Clark et al., 2015). Detta kan då möjliggöra för individen att reflektera över sina egna aktiviteter och dess relation till hälsa. Projektet, som var ett pilotprojekt, var en avkortad variant av det ursprungliga programmet (Clark et al., 1997; 2012) och därför fanns ingen tid att genomföra individuell behovsinventering och att pröva olika aktiviteter. Resultatet är av den anledningen inte helt jämförbart med tidigare studier av motsvarande aktivitetsbaserade, hälsofrämjande program.

Slutsats

Projektets deltagarbaserade design har genererat värdefulla synpunkter på programmet ur de medverkandes perspektiv. Få förslag på förändringar av nuvarande program framkom, då de medverkande var övervägande nöjda. De medverkande betonade dock att äldre behöver motiveras för att delta i ett hälsofrämjande program och att ledarens förhållningssätt, engagemang och kunskaper inom äldreområdet är av stor betydelse. Dessutom ansågs det betydelsefullt att programmet är individanpassat och bygger på personens egna förutsättningar. Ytterligare studier behövs för att klargöra vilka personer som har mest nytta av ett liknande program och vad som är mest verksamt.

Referenser

- Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M., & Wånell, S.E. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Boulton-Lewis, G. M. (2010.) Education and Learning for the Elderly: Why, How, What, *Educational Gerontology*, 36, 213-228.
- Clark, F., Azen, S.P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., & Mandel, D. (1997). Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults, A Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 16, 1321-1326.
- Clark, F., Jackson, J., Carlsson, M., Chou, C.P., Cherry, B.J., Jordan -Marsh M... Azen, S.P.(2012). Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology Community Health*, 66, 782-790.
- Clark, F.A., Blanchard, J., Sleight, A., Cogan, A., Eallonardo, L., Floríndez, L...Zemke, R. (2015). *Lifestyle Redesign®: The Intervention Tested in the USC Well Elderly Studies, 2nd Edition*. USA: AOTA
- Clough, R., Green, B., Hawkes, B., Raymond, G., & Bright, L. (2006). *Older people as researchers: Evaluating a participative project*. Report for the Joseph Rowntree Foundation.
- Danielsson, E.(2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*, s.163-174. Polen: Studentlitteratur.
- Ernst Bravell, M. (red.).(2013). *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Polen: Gleerups.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju- en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forskningssamarbeid. *Klinisk sygepleje*, 24, 4-13.
- Jakobsson, L. (red.). (2013). *Aktionsforskning i vård och omsorg*. Malmö: Gleerups.
- Johansson, A., & Björklund, A. The impact of occupational therapy and lifestyle interventions on elderly persons' health, well-being and occupational adaptation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. Submit April 2015.
- Kjellström, S. & Ross, S.N. (2011). Older persons reasoning about responsibility for health: variations and predictions. *The International Journal of Aging & Human Development*, 73, 99-124.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kylberg, M., Haak, M., Ståhl, A., Skogh, E., & Iwarsson, S. (2015). *Forskning i kortbet: Brukarmedverkan. Forskning med och om brukarmedverkan*. (Nr. 5). Hämtad från Forte: <http://www.forte.se/sv/Publicerat/Publikationer/Folkhalsa-och-levnadsvillkor/Forskning-i-korthet-Brukarmedverkan/>

Mandel, D.R., Jackson, J.M., Zemke, R., Nelson, L., & Clark, F.A. (1999). *Lifestyle Redesign, Implementing the Well Elderly Program*. The American Occupational Association, Inc. Bethesda.

Mountain, G., Mozley, C., Craig, C., & Ball, L. (2008). Occupational therapy led health promotion for older people: Feasibility of the lifestyle matters program. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 406-413.

Mountain, G. (2010). The lived experience of redesigning lifestyle post-retirement in the UK. *Occupational Therapy International*, 18, 48-58.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). NICE Public Health Guidance 16. London: NICE.

Nilsson, I. (2006). *Occupational engagement among older people: evaluation, repertoire and relation to life satisfaction*. Medical dissertations. Umeå: Umeå universitet.

Nilsson I. (2013). Aktivitetsbaserade hälsofrämjande insatser för äldre. *Tidskriften Arbetsterapeuten*; nr 8, 1-5.

Norberg, A., Lundman, B., & Santamäki Fischer, R. (red.). (2012). *Det goda åldrandet*. Lund: Studentlitteratur.

Patton, M.G. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. London: SAGE

Pierce, D. (2014). *Occupational Science for Occupational Therapy*. Thorofare: Slack Inc.

Social Care Institute for Excellence. (SCIE). (2007). Practice guide: the participation of adult service users, including older people, in developing social care. *Stakeholder participation SCIE Guide 17*. Hämtad 2015-03-16 från <http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide17/>

Socialdepartementet. (2011). *Sveriges arbetsplan för Åldreåret 210 i EU*. Hämtad 2015-09-02 från <http://www.regeringen.se/rappporter/2011/12/sveriges-arbetsplan-for-aldrearet-2012-i-eu/>

Socialdepartementet.(2014). Åtgärder för att främja äldres hälsa, trygghet och självbestämmande. Dr: 2014:2. Stockholm: Socialdepartement.

Socialstyrelsen. (2014). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2014. Hämtad 2015-03-16 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-3>

Statens Folkhälsoinstitut. (2008). Var med och bestäm. Delaktighet och inflytande- en förutsättning för hälsosamt åldrande. Hämtad 2015-03-16 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Var-med-och-bestam/>

Toofany, S. (2007). Empowering older people. *Nursing older people*, 19,12-4.

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Warren, L., & Cook, J. (2005). Working with older women in research: benefits and challenges of involvement. In L. Lowes & I. Hulatt (Eds.), *Involving service users in health and social care research*. London: Routledge.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hämtad: 2015-03-16 från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Yamada, T., Kawamata, H., Kobayashi, N., Kielhofner, G. & Taylor, T. (2010). A Randomised Clinical Trial of a Wellness Programme for Healthy Older People. *British Journal of Occupational Therapy*, 73, 540-548.

Zingmark, M., Fisher, AG. Rocklöv, J., & Nilsson I. (2014). Occupation-focused interventions for well older people: An exploratory randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 447–45.

Projektgrupp

Namn	Funktion i projektet
Ann Johansson	Projektledare/gruppledare
Eva Timén	Gruppledare
Martina Boström	Forskare/intervjuare
Iréne Ericsson	Forskare/intervjuare
Emelie Andersen	Föreläsare
Anita Björklund	Forskare/Vetenskaplig handledare
Mari Ernst Bravell	Föreläsare
Sofi Fristedt	Forskare
Svante Hultman	Representant för ActivAge/senior
Karl-Gustav Lorentsson	Initiativtagare/lokal kontaktperson
Åka Wahlin	Forskare/Vetenskaplig handledare

Frågeguide

Struktur tillfälle I (I timme)

a) Vad tror ni att människor i vårt samhälle idag anser vara viktigt för att man ska ha ett gott åldrande, vad man anser vara av betydelse för att man ska uppleva sig ha ett gott åldrande?

b) Syftet med den här studien är som ni vet att vi tillsammans med er ska skapa en modell för hur man ska kunna genomföra ”Hälsofrämjande” program för äldre > 65 år. Vilka **förväntningar** kan finnas på ett ”Hälsofrämjande” program, berätta hur ni tänker runt detta! Vilka **förväntningar** tror ni människor i stort men också i er egen ålder har på ”Hälsofrämjande” program för äldre?

* **Resumé vad som sagts efter varje frågeställning** (*Jag har uppfattat att...*)

Struktur tillfälle II-IV (I timme/tillfälle)

Återkoppling/ Sammandrag från Tillfälle 1

- a) I dag har temat varit **Det naturliga åldrandet- förändrat aktivitetsmönster**. Har dagens tema betydelse för ett ”gott åldrande”, vilken betydelse i så fall?
- b) Det ni hört om i dag, anser ni att det kan påverka livet för äldre personer om de skulle få ta del av sådan kunskap ni tagit del av i dag? Hur skulle det kunna påverka livet i så fall?
- c) Berätta hur ni tänker om upplägget vid dagens träff. **Fungerade upplägget**, tankar om vad som kunde gjorts **annorlunda** (svåra ord, nivå, ämnesrelevans), något som man bör tänka på om detta skulle göras igen.
- d) Har ni några tankar om vilka som skulle behöva höra om det ni fått ta del av idag? Hur når vi dessa personer i samhället?
- e) Vad tror ni är viktigt att tänka på då man ska rekrytera ledare till en sådan här träff? Finns det egenskaper som föreläsare och ledare för träffen måste besitta, vilka egenskaper i så fall?
- f) Något annat ni vill tillägga?

* **Resumé vad som sagts efter varje frågeställning**

Sammanställning av de medverkandes förslag till modell för ett hälsofrämjande program.

Målgrupp och rekrytering

Ingen specifik målgrupp kunde identifieras. Hälsofrämjande program bör ges i närområdet.

Motivera målgrupp

Övertalning att delta kan fungera. Motivation växer efterhand. Gruppen hade en stor påverkan på motivationen.

Innehåll och uppbyggnad av program

Introduktionen bör vara grundläggande och allmän. Ge en övergripande förståelse av kursens uppbyggnad och struktur, för att ge möjlighet att påverka densamma.

Nästkommande träffar bör bestå av mer detaljerad kunskap om respektive ämnesområde.

Allt för små detaljer (som t.ex. namn på delar av hjärnan) önskades uteslutas.

Ökad kunskap om det primära, friska åldrandet.

Holistisk syn på hälsa borde prägla programmet.

Inkludera existentiell hälsa och samtal kring döden.

Allmänna hälsoråd gärna med konkreta råd och tips med fokus på det vardagliga livet.

Viktigt Budskap: det aldrig är för sent att förändra sin livsstil och att man kan förbättra sin hälsa, trots hög ålder.

Olika födoämners effekter i kroppen.

Matlagning, datakunskap och bokcirkel ytterligare aktivitetsförslag.

Ökad förståelse om hjärnans förändring, fokus på att vissa delar av den kn stimuleras och därmed har förbättringspotential i hög ålder.

En balans utifrån sitt eget liv och sina egna behov.

Programmets genomförande

Informationen ska utformas så att den ”känns igen” i äldre personers vardagliga liv.

Får inte vara för komprimerad eller komplicerad.

Betydelsen av att själva få vara aktiva under programmet.

Åhörarkopior från varje föreläsning med plats att anteckna på.

Bilder och praktiska exempel underlättar förståelsen.

Frekventa pauser. Svåra ord kan användas men måste förklaras.

Konkreta exempel i föreläsningarna.

En äldre person kunde statuera ett exempel.

Aktivitetsdagbok och läxor positivt.

Liveföreläsningar föredras.

Webbföreläsningar bör vara anpassade efter målgruppen, i form av ljud, bild och färger. Sammanfattande dokument av hela kursens innehåll.

Individanpassning

Viktigaste var att kunna känna igen sig och att kunskapen uppmuntrade till livsstilsförändring utifrån personens egna förutsättningar.

Gruppen fungerar som en tillgång för att ha möjlighet att diskutera.

Uppleva bättre hälsa genom att reflektera över den och acceptera att även små förändringssteg åt gången kan ge positiva resultat.

Ledarens avgörande betydelse

Bör vara en kunnig föreläsare som har lätt för att prata inför grupp

Kunnig inom området gerontologi.

Ledare bör också vara engagerad i åhörarna, sitt ämnesområde och ha förmåga att göra varje lektion lättsam, genom att göra det komplicerade enkelt.

Specialist är ett bra komplement till ledaren.

Gruppstruktur och dynamik

Kunde genomföras för en större och bredare publik, men liten grupp är bäst.

Tio personer är en lagom grupp, 20 personer maxantalet.

Användning av namnlappar positivt.

Gruppmedlemmarnas respektive kan gärna bjudas in.

Studiecirkelform positivt.