

**De äldstas erfarenhet av
att leva i Närsamhället**
- en fokusgruppstudie i
Kristianstad kommun

Lotta Forsén
Ann-Christin Janlöv

Forskningsplattformen för **Hälsa i Samverkan**

Nr 2 2015

De äldstas erfarenhet av att leva i Närsamhället

- En fokusgruppsstudie i Kristianstad kommun

Lotta Forsén

Ann-Christin Janlöv

Kristianstad University Press

Grafisk form omslag: Thomas Ottosson, Högskolan Kristianstad

Tryckort: Kristianstad 2015

ISSN: 1652-9979

© Respektive författare

De äldstas erfarenhet av att leva i Närsamhället - En fokusgruppsstudie i Kristianstad kommun

Lotta Forsén, Ann-Christin Janlöv

Abstrakt

En stor och snabb ökning av en äldre befolkning ses i nästan hela världen vilket utmanar samhällen att anpassa sig och planera i syfte att maximera deras hälsa och funktionsförmåga. Ett åldersvänligt samhälle har stödande miljöer och kultur av delaktighet med möjlighet att fullt ut delta i samhället. Syftet med denna studie är att studera upplevelsen av Kristianstads kommuns äldre invånare över 75 år ur hälso- och aktivitet perspektiv. Studien använder empiriska data som samlats in från två fokusgruppsintervjuer med sammanlagt 14 informanter och kvalitativ induktiv innehållsanalys. Seniorerna beskrev oberoende och självständighet, samt social delaktighet och känslan av att vara till nytta både för sig själv och samhället som helhet som viktiga faktorer i åldrandet och hälsa. Självständigt boende med tillgång till service, samhällsresurser och infrastruktur ger möjlighet att behålla oberoendet. Rikligt med aktiviteter och umgänge samt känslan av trygghet var centralt för social delaktighet. För att behålla känslan av att vara till nytta och en resurs beskrev informanterna vikten av att delta i och påverka sina levnadsvillkor. Sammanfattningsvis ger den växande äldre befolkningen tydliga signaler om att arbeta för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder skapar möjlighet till friskt och aktivt åldrande. Analysresultatet ska ingå i Kristianstad kommun WHO Age-friendly cities projekt vars syfte är att göra en förvaltningsövergripande plan med fokus på framtiden för ett aktivt och hälsosamt åldrande samt även med förhoppning om att denna rapport kan bidra till diskussion i kommuner och landsting om utmaningar och möjligheter till förbättringar av de äldstas livsvillkor och hälsa.

Nyckelord: de äldsta, 75+, hälsosamt och aktivt åldrande, samhällsplanering

Rapporten baserar sig på ett examensarbete på avancerad nivå inom specialist-sjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska som är genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan

Innehåll

FÖRORD.....	4
BAKGRUND	5
SYFTE	9
METOD.....	9
Design.....	9
Kontext	9
Tillvägagångssätt.....	9
Urval.....	10
Datainsamling.....	11
Analysmetod.....	11
Förförståelse	14
Etiska överväganden.....	14
RESULTAT	16
Självständighet och oberoende	16
Bostad att kunna bo kvar	16
Tillgänglighet till service, samhällets resurser och infrastruktur	17
Socialt deltagande.....	19
Rikt aktivitetstliv och umgänge	19
Trygghet/Otrygghet	21
Känsla av vara en resurs för sig själv, andra och för samhället.....	22
Delaktighet.....	22
Inflytande över sitt eget och andra äldres livsvillkor.....	23
DISKUSSION	25
Metoddiskussion.....	25
Tillförlitlighet	25
Pålitlighet.....	26
Överförbarhet.....	27

Resultatdiskussion	27
Självständighet och oberoende	27
Socialt deltagande	30
Känsla av att vara en resurs för sig själv, andra och samhället.....	31
Slutsats.....	32
REFERENSER.....	34
Bilaga 1	
Bilaga 2	

FÖRORD

Bakgrunden till denna studie är att kommunledningskontoret i Kristianstad genom planeringsstrateg Birgitta Brännström-Forss kontaktade undertecknad om möjligheten att intressera studenter i distriktssköterskeprogrammet vid högskolan Kristianstad att genomföra magisteruppsatser i form av delstudier i ett större Age-Friendly Cities projekt vid Kristianstad kommun. Syftet med projektet var att undersöka äldre personer och andras perspektiv på möjligheten att leva ett aktivt och hälsosamt liv i Kristianstad kommun. Ett samarbete påbörjades som resulterade i två studentprojekt utgående från Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan. Age-Friendly Cities projektet är ett WHO grundat projekt som genomförts enligt en förutbestämd design i städer/kommuner runt om i världen. Kristianstad kommun är den första i Sverige som tar sig an utmaningen att genomföra projektet. Genom att använda samma design och undersöka åtta av WHO:s sedan tidigare identifierade områden; Utomhusmiljö och bebyggelse; Transportmöjlighet; Bostäder; Respekt och social integration; Kommunikation och information; Samhällsengagemang och arbete; Social service och hälso- och sjukvård, kan förbättringsområden identifieras. Inför genomförandet i Kristianstad kommun behövde projektets frågeområden anpassas till svenska förhållanden och ännu ett område "Eget ansvar" lades till, vilket innebar att undersökningen kom att fokusera nio områden. Denna rapport fokuserar en utav två kvalitativa delstudier vilka genomfördes med personer/seniorer i två olika åldersgrupper. Arbetsprocessen med studierna innebar ett tämligen intensivt men mycket spännande samarbete mellan involverade på högskolan, och kommunens planeringsstrateg som bland annat hade ansvar för att identifiera potentiella deltagare utifrån ett strategiskt urvalsförfarande. Denna rapport baseras på två fokusgruppsintervjuer med personer från 75 år och uppåt vilka genomfördes i Rådhuset i Kristianstad under hösten år 2014.

Ann-Christin Janlöv

Universitetslektor, Högskolan Kristianstad

BAKGRUND

I nästan alla länder ökar andelen personer över 60 år snabbare än någon annan åldersgrupp som ett resultat av både ökad livslängd och sjunkande födelsetal. Denna ökning av den äldre befolkningen kan ses som en framgång för folkhälsopolitiken och för socioekonomisk utveckling, men det utmanar också samhället att anpassa sig i syftet att maximera hälsa och funktionsförmåga hos äldre människor och deras sociala delaktighet enligt World Health Organisation (WHO 2012). I ett åldersvänligt samhälle finns det en kultur av delaktighet som delas av personer i alla åldrar och kunskapsnivåer. Riktlinjer, service och struktur för den fysiska och sociala miljön är avsedda att stödja och göra det möjligt för äldre människor att åldras aktivt, det vill säga att leva i trygghet, med god hälsa och fortsätta att fullt ut delta i samhället (WHO 2002). Befolkningens hälsoutveckling har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen och påverkar också direkt behoven av hälso- och sjukvård. Personer som upplever sin hälsa som god har också visats leva längre (Statens folkhälsoinstitut (Fhi) 2013). Det är lönsamt att investera i äldres hälsa. Det finns bland annat beräkningar som visar att de ekonomiska besparingar som kan göras i sjukvården är större per person för äldre än för yngre eftersom sjukdomar är vanligare bland äldre (Fhi 2011). Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen så skall hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa (HSL 1982:763). Det åligger primärvården att arbeta med åtgärder som ska främja, bevara och stärka det friska. Distriktssköterskan ska arbeta hälsofrämjande och förebyggande ur ett holistiskt perspektiv och omfatta individ, närmiljö och samhälle inkludera ekonomiska och politiska faktorer (Distriktssköterskeföreningen i Sverige (DSF) 2008), men det behövs även insatser utanför vården och omsorgen. Satsningarna behöver göras i god tid och de bör omfatta alla äldre (Fhi 2011). Det övergripande nationella målet, enligt folkhälsoinstitutet, för det svenska folkhälsoarbetet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Fhi 2013). Både EU och WHO framhåller vikten av aktivt arbete för att möta framtiden med åtgärder som främjar Aktivt och Hälsosamt åldrande.

Att åldras kan ta sig skiftande uttryck och tycks ske med olika hastighet. Den ålder vi uppfattar är snarare den biologiska mer än det är än den kronologiska, som mäts från födelsedatum. Även om det är uppenbart att olika människor både lever olika länge och upplever att den kronologiska åldern inte är likställd den upplevda ålder på ett fysiskt, såväl som mentalt plan, finns ingen absolut markör för vår biologiska ålder. Vi saknar det säkra mått på tidens tand som trädens årsringar, älghornens taggar eller tillväxtzonerna i fiskarnas hörselstenar tillhandahåller. Den bästa skattningen får vi genom att väga samman alla märkbara ålderstecken. Livet börjar med tillväxt och mognad och många av kroppens funktioner stannar därefter på oförändrad nivå under ganska många år (Rasmusson 2000). Inom forskning på äldreområdet diskuteras hur ålder, åldrande, äldre personer och ålderdom kan definieras och förstås. Det finns flera olika benämningar på äldre, så som äldre person, pensionär, 65+, yngre-äldre och benämns också som en person i tredje eller fjärde åldern. Begreppen tredje och fjärde åldern har etablerats i Sveriges under 2000-talet men begreppet den tredje åldern började användas redan på 1940-talet vid University of Michigan. Det var till en början liktydigt med hela livet efter ålderspensioneringen men kompletterades senare med begreppet den fjärde åldern. Ungefär samtidigt kom en annan uppdelning av äldre personer, ”Yngre-äldre” och ”äldre-äldre” (Thelin 2009).

Den tredje åldern är idag generellt förknippad med tiden för ålderspensionering men när den fjärde åldern inträder, om denna uppdelning alls används, är inte allmänt vedertaget. En del demografer har identifierat 85 års-åldern som ett ingångskriterium till den fjärde åldern medan andra menar att fjärde åldern startar redan vid 80 års-åldern. Den tredje åldern beskrivs som en tid av personlig prestation och självförverkligande (Smith 2000) och kännetecknas av oberoende, friska och generellt ekonomiskt stabila äldre personer (Thelin 2009). Den fjärde åldern är en tid då funktionsnivå och kognitiv förmåga visar genomsnittlig nedgång hos de äldre och beskrivs som en tid för beroende, förfall och död (Smith 2000). Man kan inte fastställa när den ena åldersfasen övergår i nästa då det är mycket individuellt och kan i många fall påverkas av livsföringen (Rasmusson 2000). Utifrån den här beskrivna definitionen av den tredje åldern faller normalt äldre personer med funktionsnedsättning och som är beroende av stöd från andra för att klara sin vardag, utanför denna personkrets. De tidiga engelska definitionerna av den tredje respektive den fjärde åldern som ”The active decades of retirement” respektive ”The slower pace of old” kan uppfattas som en mer passande definition av åldersindelningen idag. Forskning har visat att äldre personer med funktionshinder kan leva aktiva pensionärliv som är inriktade på självförverkligande om de erbjuds de rätta förutsättningarna. Detta ställer krav på boende, aktivitetsutbud och vård och omsorg (Thelin 2009).

Äldre människor är en resurs för deras familjer, närsamhället och dess ekonomi där de bor. För fortsatt mänsklig utveckling är det viktigt att utnyttja den tillgång äldre människor utgör i närsamhället. En förutsättning att lyckas med det är att städer/närsamhälle/kommuner ser till att äldre kan ingå och få tillgång till stadsmiljö, system och servicetjänster. FN uppmanar världens städer/samhällen/kommuner att planera för en ökande mängd äldrebefolkning vid t.ex. planering av bebyggelse och socialmiljö. Genom intervjuer, fokusgrupper och enkäter har egenskaper i samhället identifierats som är framträdande för äldre personers välbefinnande. Tillgänglighet, prisvärd hälso- och sjukvård, möjlighet till fortsatt aktivt liv och möjlighet till fortsatt samhällsdeltagande är faktorer som framkommit. Upplevelsen av att värderas och respekteras samt känslan av trygghet är andra faktorer som spelar roll för äldres välbefinnande (Plouffe & Kalache 2010).

WHO inledde 2005 ett globalt samarbetsprojekt för att identifiera vad som kallas ”Age-friendly cities” utifrån den levda erfarenheten från äldre-invånare. Äldre som deltagit i WHO:s projekt har rapporterat vilka resurser och hinder i närsamhället som påverkar ett aktivt åldrande. De åtta områden som har fastslagits för att vägleda städer och samhällen i världen till att skapa möjlighet till hälsosamt och aktivt åldrande är:

- Utomhusmiljö och bebyggelse
- Transportmöjlighet
- Bostäder
- Respekt och social integration
- Kommunikation och information
- Samhällsengagemang och arbete
- Social service och hälso- och sjukvård (WHO 2007).

Forskning inom områdena transport, stadsplanering och folkhälsa visar att människor blir mer aktiva i tillgängligare miljöer. Shoppingmöjlighet och tillgång till tjänster som post och bank, infrastrukturen för fotgängare och trafikanter, kollektiv trafik och arkitektoniskt attraktivt närsamhälle påverkar aktivitet hos äldre (Michael. Green & Farquar 2006). WHO:s definition av arbete med aktivt och hälsosamt åldrande är att optimera möjlighet till hälsa, delaktighet och trygghet i syfte att förbättra livskvaliteten för äldre människor. Definitionen av "aktivt" enligt WHO avser fortsatt delaktighet i sociala, ekonomiska, kulturella, andliga och samhällliga sammanhang, inte bara möjlighet att vara fysiskt aktiv. Aktivt åldrande anknyter till att upprätthålla självständighet och ett oberoende för den äldre befolkningen (WHO 2002).

I Gondomar i Portugal har deltagandet av WHO:s friend cities project lett fram till ett projekt som avser att främja förbättringar av äldre människors livskvalitet. Det viktigaste målet för projektet är att öka social interaktion, minskningen av isolering, öka nivåer av oberoende och självständighet, öka hälsan genom att främja en hälsosam livsstil genom ökad fysisk aktivitet och minska fallrisken hos de äldre. Projektet som startade i februari 2014 har fått 150 äldre deltagare att utöva mer fysisk verksamhet. I Genève i Schweiz har ett projekt i Age-friendly cities deltagande inletts som innebär att frivilliga volontärer tar med sig äldre med nedsatt rörlighet till olika restauranger nära deras hem för gemensamma måltider till självkostnadspris. Syftet är att främja hälsa i vidare bemärkelse. De äldre och volontärerna har fått tillbaka förlorad matlust tack vare förbättrad kvalitet på mat. Genom det sociala sammanhanget att umgås och ha kul tillsammans främjas en förlorad aptit och matlust hos både seniorerna och volontärerna och syftet är att på längre sikt möjliggöra för de äldsta att kunna stanna kvar längre i sina hem. I Oslo 2013 inleddes i de första stadierna av utvecklingen av en ny strategi för den framtida äldrevården flera initiativ. Avdelningen för grundläggande hälsovård och sociala frågor anordnade en vecka av aktiviteter för de äldre som kulminerade med firandet av den internationella dagen för äldre människor. Ett av de mest populära initiativ som anordnades för andra gången var "Rollator rally", där priser delades ut för slutförandet av en viss distans och även för den bäst dekorerade rollatorn. Det var också möjligt att delta med promenadkäppar och rullstol. Rollator rallyt ska främja användningen av hjälpmedel hos äldre för möjlighet till aktivt åldrande och är en rolig social aktivitet för alla inblandade (WHO 2015).

Begreppet hälsosamt åldrande är flerdimensionell, och omfattar en mängd olika fysiska, kognitiva och sociala aspekter. Hälsosamt åldrande är en term som har använts av olika forskare i en mängd olika sätt (Hansen-Kyle 2005). Hälsobegreppet kan definieras på många olika sätt och ses utifrån olika synsätt. Enligt WHO (2012) innebär "Hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. I Ingrid Froms (2007) forskning om hur äldre personer beskriver sin hälsa med egna ord visade resultatet att de beskrev sin hälsa som att vara oberoende, att uppleva gemenskap, trygghet och lugn och ro. Ohälsa beskrevs i termer av att vara beroende, uppleva utanförskap, otrygghet och med störande och otrygg omgivning. Förutom att vara oberoende, uppleva gemenskap, trygghet och lugn och ro så var den egna förmågan att anpassa sig till och förmågan att kunna kompensera för sin oförmåga betydelsefullt för upplevelsen av

hälsa (From 2007). Utgångspunkten i samhället bör vara att äldre personer är en resurs, inte att de ett problem. Den snabba stegringen av antalet äldre är inledd och kommer att beröra oss alla. Vi måste göra det bästa av en ny och utmanande situation. (Franco, Karnik, Osborne, Ordovas, Catt & Ouderaa 2009).

Det är den grundläggande utgångspunkten för allt folkhälsoarbete att livsvillkoren och levnadsvanorna påverkar en individs hälsa (Fhi 2013). Hälsa utgör omvårdnadens centrala målsättning och hälso- och sjukvården har i stort sett två sätt att se på begreppet hälsa. I det ena perspektivet ses hälsa som motsats till sjukdom vilket tydlig görs i medicinens uppgift att diagnostisera, bota och lindra sjukdom och försöka återställa hälsa hos de personer som söker hjälp. Ett annat sätt att se hälsa är utifrån ett holistiskt perspektiv som utgår från att hälsa och ohälsa är varandras motsatser, där inte ohälsa nödvändigtvis betyder sjukdom. I det holistiska begreppet betonas att människan har möjligheter och förmågor att avgöra vad hälsa innebär för den enskilde (Svensk sjuksköterskeförening 2010). Det naturliga åldrandet kan inte undvikas men genom att stärka det friska går det att skjuta upp funktionsnedsättningar. Hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande insatser från såväl samhällets som individens sida förbättrar livskvalitén och minskar samhällets kostnader för vård och omsorg. En investering i hälsosamt åldrande, är när insatserna inriktas på att främja och bevara hälsan (Fhi 2011). Det hälsofrämjande arbetet bedrivs och ligger i stor utsträckning på primärvården där distriktssköterskan har ett stort ansvar. Ett patientcentrerat arbetssätt är nödvändigt för att kunna integrera hälsofrämjande, omvårdnads- och medicinska ställningstaganden samt kunna stödja och stärka individen, familjen och gruppen (HSL 1982:763). Distriktssköterskan behöver vara lyhörd för samhällsförändringar och ha beredskap till livslångt lärande, men även ha förmåga att söka och tillämpa evidensbaserad kunskap. Det holistiska perspektivet omfattar individ, närmiljö och samhälle inklusive ekonomiska och politiska faktorer (DSF 2008). Professionellt hälsofrämjande arbete ska kunna bedrivas på individ, grupp och samhällsnivå för människor i alla åldrar och förutsätter att distriktssköterskan har en geografisk kännedom och förmåga att anpassa sig till olika samhällsförhållanden. I distriktssköterskans kompetens finns även ansvaret att ha kunskap om samhället och dess påverkan på individen för att kunna göra val avseende vård och behandling utefter ett hälsoekonomiskt perspektiv (DSF 2008). På nationell nivå har socialdepartementet konstaterat att om vård och omsorg bedrivs mer effektivt kan bättre resultat uppnås till samma eller lägre kostnader (Socialdepartementet 2010).

En central målsättning i den nationella folkhälsopolitiken är att ge människor förutsättningar att leva ett gott liv med hög livskvalitet på äldre dagar. Men i folkhälsopolitikens målområde för hälsa på lika villkor för hela befolkningen finns inte äldres hälsa och levnadsvillkor som ett eget målområde. För att möta de äldres behov behövs mer kunskap om äldres hälsa och levnadsvillkor. Det är därför av betydelse att göra denna studie utifrån de äldstas egna levda erfarenheter av vilka resurser och hinder i närsamhället som finns för de äldre ska ha ett hälsosamt och aktivt åldrande. Resultatet från *The age friendly cities* – projektet i Kristianstad ska kunna överföras även till Skånes övriga kommuner. Förhoppningsvis ska även denna rapport bidra till diskussion i kommuner och landsting om framtida utmaningar och möjligheter när det gäller äldres livsvillkor och hälsa.

SYFTE

Syftet är att utifrån perspektiv på hälsosamt och aktivt åldrande beskriva vilken upplevelse de äldsta över 75 år har av att leva i Kristianstad kommun.

METOD

Design

Denna studie genomfördes utifrån en kvalitativ ansats. Designen följde WHO:s projekt Age-friendly cities Vancouverprotokoll (WHO 2007). Datainsamlingen inhämtades via fokusgrupp-sintervjuer och analyserades med kvalitativ induktiv innehållsanalys enligt anvisningarna i protokollet. Vancouver protokollets intervjuguide har blivit översatt, omarbetad och godkänd från WHO:s huvudkontor i Köpenhamn för att passa i Sverige (se bilaga 1). Fokusgruppsintervjuerna bandades och transkriberades och en analys på manifest tolkningsnivå lämnades till Age-friendly cities projektledare i vid Kristianstads kommun. En djupare tolkning av intervjutexten – på latent tolkningsnivå genomfördes därefter till författarens egen studie.

Kontext

Studien har genomförts i Kristianstad kommun. Analysresultatet från studien ska ingå i kommunens del i det övergripande WHO-projektet vars syfte är att göra en förvaltningsövergripande plan med fokus på framtiden för ett aktivt och hälsosamt åldrande. Kristianstad kommuns folkmängd var drygt 81800 invånare år 2014 där andelen invånare 75 år och äldre var 7694 till antalet. Invånarna är fördelade på centralorten Kristianstad och ett 40-tal mindre och medelstora tätorter. Knappt hälften av invånarna bor i centralorten. Näringslivet har tyngdpunkt på livsmedel och jordbruk. (Kristianstad kommun 2015); (Statistiska centralbyrån 2014).

Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet för denna studie följde den gemensamma metoden för WHO-projektet (WHO 2007). Kommunens projektansvarige svarade för urval av informanter, lokaler för intervjuer samt översättning av Vancouverprotokollet tillsammans med författaren och dess handledare. Intervjuguide (bilaga 1) samt inbjudningsblankett för demografiska uppgifter (bilaga 2) översattes till svenska och anpassades till svenska förhållanden, med bl.a. ett tillägg av ett område *Eget ansvar* vilket innebar att det blev nio områden i intervjuguiden istället för åtta. Översättningen godkändes av WHO:s huvudkontor i Köpenhamn för användning. Eventuella informanter identifierades och inbjudan och information skickades ut med brev i juni 2014 till sammanlagt 23 personer. Av de 23 personer som bjudits in för deltagande tackade 10 personer nej via brev. Nya eventuella informanter identifierades, vilka författaren tog telefonkontakt med i augusti 2014 för inbjudan om medverkan i studien. Utav dessa personer tackade 6 personer ja till medverkan efter telefonkontakt. Skriftlig inbjudan och blankett för demografiska uppgifter skickades därefter hem till informanterna. Kommunens projektledare bokade lokaler i Kristianstads rådhus för fokusgruppsintervjuerna, vilka sedermera genomfördes under vecka 37, 2014.

Urval

Urvalet av personer i ålder från 75 år och uppåt rekryterades enligt rekommendationerna givna av WHO:s metod, vilken också uttrycker att varje fokusgrupp bör bestå av 8- 10 personer och där ansträngningar bör göras för att rekrytera deltagare från en rad olika källor. Omkring 12-15 personer bör inbjudas till varje fokusgrupp för eventuellt bortfall. Urvalet inkluderade också personer med funktionshinder av olika grad. Informanterna rekryterades i Kristianstad kommun. Rekryteringen genomfördes genom ett strategiskt urval vilket innebär att informanter som har kunskap om det för studien intressanta fenomen rekryteras (Polit & Beck 2010). Ansträngningar gjordes för att även de äldsta personerna det vill säga de över 85 år skulle delta. Rekrytering med jämställd könsfördelning samt en socioekonomisk variation gjordes. Informanter rekryterades genom olika pensionärsföreningar, organisationer och mötesplatser. Två personer som tackat ja till medverkan föll bort vilket innebar att 14 personer kom att delta. En kvinna kom till fel fokusgruppsintervju vilket innebar att det blev en ojämn fördelning av informanter i de båda grupperna. Sammanlagt elva personer hade någon form av funktionsnedsättning som begränsade deras liv. Sex personer använde gång- och förflyttningshjälpmedel t.ex. rollator eller käpp, en person var helt rullstolsburen, några hade svår eller lättare hörselnedsättning samt två personer med grav synnedsättning ingick. De demografiska uppgifterna har sammanställts i tabell 1.

Tabell 1. Information om informanter som deltog i studiens två fokusgruppsintervjuer (n=14)

	Grupp 1 (n=5)	Grupp 2 (n=9)
Kön och Ålder		
Man/kvinna	4/1	3/6
Ålder (m~81.5 år)		
Ålder i grupperna	m~83.2 (76-90 år)	m~80.5 (74-91 år)
Utbildningsnivå		
G/R/H	0/2/3	1/6/2
Egen upplevd hälsa:		
Utmärkt	0	1
Bra	1	1
Hygglig	3	4
Dålig	0	3
Civilstånd		
Sammanboende/ensamboende	2/3	6/3
Bostadsort		
Centralorten	2	5
Tätort utanför	3	2
Landsbygd	0	2

Utbildningsnivå: G= grundskola/folkskola, R=Gymnasium/Realen, H= Högskola/Universitet

Datainsamling

Datainsamling genomfördes via gruppintervjuer av informanterna i de två fokusgrupperna beskrivna i tabell 1. Intervjuerna hade utifrån semistrukturerade frågor syftet att genom gruppdiskussioner få de äldstas erfarenheter av resurser och hinder, också kallade faktorer, i Kristianstad närsamhälle som vilka ansågs ha betydelse för ett hälsosamt och aktivt åldrande. Datainsamling med hjälp av fokusgruppsintervjuer lämpar sig väl när man vill studera människors erfarenheter och ger en möjlighet att gå på djupet i hur människor uppfattar och förhåller sig till specifika fenomen, upplevelser och erfarenheter (Wibeck 2013). Det som gör diskussionen i fokusgrupper mer än summan av separata individuella intervjuer är det faktum att deltagarna både frågar varandra och förklarar sig för varandra vilket erbjuder en interaktion av värdefulla data om omfattningen av enighet och mångfald bland deltagarna. Möjligheten att observera omfattningen och arten av de intervjuades samstämmighet och oenighet är en unik styrka i fokusgrupper (Morgan 1996). Fokusgruppsintervjuerna genomfördes med en moderator med tidigare erfarenhet av fokusgruppsintervjuer och med en observatör. Moderatoren höll gruppen fokuserad på att skapa givande diskussioner där alla deltagarna fick vara aktiva. Så många ämnesområden från frågeformuläret som möjligt diskuterades. Observatören bistod moderatoren och organiserade inför varje session samt skötte bandinspelning. Observatören gjorde även noteringar om gruppens aktiviteter och stämningen i gruppen. Varje intervju tog 2, 5 – 3 timmar med ca 20- 30 minuters paus. I den första fokusgruppen var författarens handledare med vana av tidigare fokusgruppsintervjuer moderator medan författaren var observatör. Vid den andra fokusgruppsessionen var författaren moderator och handledaren var observatör. Moderator är ett av de mest karaktäristiska dragen i fokusgruppsintervjuer (Morgan 1996). Ju mer moderatoren styr fokusgruppen, desto mer strukturerad blir den. Moderatoren styr interaktionen genom att se till att alla informanterna kommer till tals ungefär lika mycket (Wibeck 2013).

Analysmetod

Hela det bandade materialet från intervjuerna transkriberades till text ordagrant vilket är avgörande för en så noggrann analys som möjligt (Wibeck 2013). Intervjuerna analyserades därefter med kvalitativ induktiv innehållsanalys inspirerad av Granheim och Lundman (2004). Vid innehållsanalys ska texten kodas i ämnesområden och vad forskaren strävar efter är en kategorisering av den eller de företeelser som är av intresse. Kodningen är främst en etikett och om det behövs ett mer tolkande perspektiv där forskaren ställer mer djupgående frågor om vad som sker i texten, det som ligger under ytan, behövs även det latenta innehållet och inte enbart det manifesta (Granheim & Lundman 2004). Analysen genomfördes genom att författaren lyssnade på det bandade materialet samtidigt som det transkriberade materialet genomlästes i sin helhet flera gånger. Dessutom lästes observationsanteckningarna om gruppens interaktion för att erhålla mer metadata. Meningar och fraser som var relevanta för syftet identifierades, så kallade meningsbärande enheter. Omgivande text togs med så att sammanhangen kvarstod vilket är av vikt då det annars finns risk för fragmentiserade citat enligt Granheim & Lundman (2004). De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades, det vill säga en kortfattad beskrivning av dess innehåll (Granheim & Lundman 2004). Koderna grupperades i kategorier vilka återspeglar det centrala i intervjuerna och svarar på frågan ”vad?”. Enligt Granheim & Lundman (2004) utgörs en kategori av flera

koder med liknande innehåll. Kategorierna utgjorde det manifesta innehållet i texten som svarade på de nio områden som lyftes i fokusgrupperna, vilka var: Utemiljöer och byggnader, transporter, bostäder, social inkludering och respekt, socialt deltagande. Medborgerlig delaktighet, kommunikation och information, samhällets stöd och hälso- och sjukvård samt eget ansvar. Den manifesta tolkningen som lämnades till Kristianstad projektansvarig uttrycktes i form av resurser, hinder och förbättringsförslag, se exempel i tabell 2. Vid den latent tolkningen söktes underliggande meningar, genom den röda tråden av meningsbärande enheter, koder och kategorier och svarar på frågan ”hur”, och teman formulerades. De teman som framkommit beskriver det som informanterna uttryckte väsentligt för ett hälsosamt och aktivt åldrande medan kategorierna som framkommit är erfarenheten av resurser och hinder, eller nyckelfaktorer, i närsamhället. Exempel på analysprocessen visas i tabell 3.

Tabell 2. BOSTÄDER: Tabell över området Bostäder efter den manifest tolkning

Resurser		Hinder		Förbättringsförslag	
Kategori		Kategori		Kategori	
Bostad med möjlighet kunna bo kvar i		Brist på lämpliga bostäder för äldre		Möjlighet till lämpligt boende att bo kvar i	
Subkategori		Subkategori		Subkategori	
Handikappanpassad marklägenhet -mycket nöjda och önskar och tror att de kan bo kvar	Tillgång till boende att kunna bo kvar i -anpassat lämpligt boende ger känsla av självständighet Bostad med Tillgång till samhällsresurser/ resurser -ger möjlighet till gott liv möjlighet bo kvar - känsla av självständighet Trygghetsboende -framtiden.. - man har sitt eget.. -personal alltid lagar själv mat om.. vill - gå ner och äta om ..vill...få upp maten om ..är dålig tror mkt på det	- Många vill gärna bo kvar i det område de alltid har bott i - Bor i egen villa, fundera flytta- finns för lite marklägenheter för seniorerna om de inte längre orkar ha sin villa	Efterfrågan/ behovet större än tillgången till äldreanpassade bostäder och bostadsområden: Högre bostadskostnader vid flytt till lämpligt boende Brist på lämpligt boende på orten som önskas bo kvar i	-Bostäder längre från centrum – ger billigare boende kostnad- äldreanpassade bostäder/bostadsområden utanför centrum – ökar möjlighet till anpassat boende för alla äldsta	
-Boende på Sommarro och Lustgården, mycket nöjda – vill, tror - bo kvar flyttar till Sommarro – blir bra-där finns allt jag behöver På Sommarro -närhet till allt					
-Lustgården på Näsby - trygghetsboende trevligt -Lustgården trygghetsboende finns tillgång till Dsk, hemhjälp, kan bo kvar när behoven ökar					

Tabell 3. Exempel på analysprocessen fram till tema

Råtext	Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod/ Kategori	Subtema	Tema
Jag har det jag vill ha. Absolut. Jag har inga trappor, jag går rakt in i lägenheten och jag har en liten grön plätt på framsidan och en på andra sidan och lite gräs har jag, så det går så lätt och klippa och det är så jättebra, jag trivs jättebra och jag har bott där sen det var nybyggt och det är sjätte året nu.	Har bostad som vill bo kvar i, ganska ny, handikappanpassad marklägenhet utan trappor, med en grön uteplats både bak och framsida, trivs jätte bra, kan bo kvar även med rullstol å andra hjälpmedel om behövs-	Har bostad som önskar bo kvar i – handikappanp.marklägenhet-Möjligt bo kvar – om hjälpbehov ökar	Manifest Resurs: handikappanp.bostad med möjlighet bo kvar	Latent: Bostad att bo kvar i (för känsla av självständighet)	Självständighet och oberoende

Förförståelse

Enligt Priebe & Landstöm (2013) är det som forskare angeläget att redogöra för sin förförståelse inte minst i kvalitativ forskning där innebörden av den levda erfarenheten av ett fenomen eller företeelse ska tolkas och förstås. Forskaren har en viss medvetenhet som är av betydelse för forskningsprocessen. Medvetenheten är baserad på erfarenheter och kunskaper i undersökningens område. Förförståelsen handlar både om det som är inlärd kunskap genom studier men också om värderingar samt yrkes och livserfarenheter. Författarens förförståelse baseras på trettio års yrkeserfarenhet inom vård och omsorg både som undersköterska inom strokerehabilitering och kommunal äldreomsorg men också som sjuksköterska inom kommunal hemsjukvård. Förförståelsen baseras även på de teoretiska kunskaper inom gerontologi och folkhälsa som har erhållits under sjuksköterskegrundutbildningen och nu inom specialistutbildningen med inriktning Distriktssköterska. Författaren har varit öppen och nyfiken på det som framkommit i studien och försökt lägga sin förförståelse åt sidan för att inte låta den styra och påverka processen och resultatet.

Etiska överväganden

Forskningens övergripande mål är att vinna ny kunskap för att vi bättre skall förstå den värld vi lever i och för att om möjligt förändra den till det bättre. Detta mål skall vara vägledande för varje forskare oberoende av vem som finansierar forskningen, i vilken disciplin man arbetar eller på vilken nivå forskningen bedrivs. Forskningens moral skiljer sig inte från den allmänna moralen när det gäller önskvärdheten av god sed i utövande av ett arbete. På samma sätt som det finns yrkesetiska regler för andra yrken finns det regler inom forskarsamhället som tar hänsyn till de speciella villkor som kan gälla för denna verksamhet (Morgan, 1996). Det finns vanligtvis inga meningsskiljaktigheter om de etiska principerna i sig, eftersom de representerar grundläggande mänskliga värderingar. Det kan dock vara skillnader på hur de tolkas och tillämpas i enskilda fall. Grundläggande för all forskning är att den utförs med respekt för de mänskliga rättigheterna och för människovärdet där informations-

kravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet är principer som ska beaktas (Forskningsetiska principer 2015). Genom att informanterna som deltog i denna studie informerades om projektet och studien både skriftligt via brev och muntligt vid intervju tillfället beaktades informationskravet. Deltagarna fick även information om frivilligheten att delta och möjligheten att avstå eller avbryta när som helst utan att behöva uppge orsak. För att uppnå samtyckeskravet inhämtades skriftligt samtycke. För att uppfylla konfidentialitetskravet har allt insamlat material avidentifierats och endast hanterats av författaren och handledaren. Materialet har även förvarats inlåst så ingen utomstående har insyn. Deltagarna gjordes medvetna om värdet att inte sprida vidare vad som framkommit i gruppen. Då undersökningen utfördes i fokusgrupper fanns naturligtvis en risk att informanter kunde uppleva att de inte fick komma till tals eller att deras synpunkter inte blev hörda lika mycket som andra i gruppen.

RESULTAT

I resultatet framkom tre områden som upplevs centrala för ett aktivt och hälsosamt och gott åldrande för de äldsta. De områden med resurser och hinder som anses särskilt centrala för hälsosamt och aktivt åldrande för den aktuella fokusgruppen benämns här som tema och vad som ges störst vikt inom respektive tema benämns som subtema.

Självständighet och oberoende

- Bostad att kunna bo kvar
- Tillgänglighet till service, samhällets resurser och infrastruktur

Socialt deltagande

- Rikt aktivitetsliv och umgänge
- Trygghet/otrygghet

Känsla av att vara resurs för sig själv, andra och för samhället.

- Delaktighet
- Inflytande över sitt eget och andra äldres livsvillkor

I denna studie avgränsades resultatet till dessa tre teman och dess subteman. Nedan följer en presentation av den analys som gjordes av intervjuvaren.

Självständighet och oberoende

Informanterna uttryckte att självständighet och oberoende är det mest centrala för ett hälsosamt och aktivt åldrande. Sammantaget upplevs att de två områden som är avgörande för ett oberoende och självständig äldre liv är tillgången till en *bostad att kunna bo kvar* i och vad som kan sammanfattas *tillgänglighet till service, samhällets resurser och infrastruktur*.

Bostad att kunna bo kvar

Informanterna uttryckte starkt att möjlighet att bo kvar i det egna hemmet var en förutsättning för gott liv. Möjlighet till en handikappanpassad bostad att kunna bo kvar i var en resurs för hälsosamt och aktivt äldre liv och upplevdes ge känsla av oberoende och självständighet. Flertalet av informanterna hade redan flyttat från villor och hus till mer anpassade bostäder att kunna bo kvar i när hjälpbehoven ökar. Flera av deltagarna bodde i handikappanpassade marklägenheter där de trivdes och var mycket nöjda. En stor andel av informanterna bodde på trygghetsboende. Möjligheten att kunna gå ut på en egen uteplats uttalades som betydelsefullt. Önskan och tilltro till möjlighet att kunna bo kvar där även när hjälpbehoven ökar uttrycktes. De var alla mycket nöjda och hade stor förhoppning om att kunna bo kvar i den egna lägenheten. Eget boende med tillgång till service, mötesplats, gemensam matsal, möjlighet till umgänge, tillgång till personal upplevdes som en resurs. De som bodde på trygghetsboende upplevde att de kunde leva ett gott, aktivt och självständigt liv och även de såg sig kunna bo kvar när hjälpbehovet ökade: Flera av de informanter som fortfarande bodde kvar i villor planerade att sälja och flytta till ett mer anpassat boende för att kunna bo kvar. Enbart några få deltagare önskade och trodde sig kunna bo kvar i sina hus. Ingen av deltagarna utta-

lade en önskan om annan bostad än eget boende. Följande två exempel ger underlag för tolkningarna ovan.

”Eftersom jag bor också i en relativt ny bostad så är där ju handikappanpassat, inga trösklar utan det är bara en liten bula där och bredare dörrhål också och stor, bred dörr till toaletten, så att det är så man skulle kunna bo där med rullstol. Och det är ju rätt skönt, för om man skulle behöva sätta sig i en sådan så behöver man ju inte flytta” (FG1).

IF1 ”Så länge jag kan vill jag ju bo kvar och klara mig så mkt som möjligt själv. Jag har hjälp till tvätt, det är det enda IF2 Många vill gärna hamna i det område de egentligen har varit, kanske är det en feltanke, men så är det nog för väldigt många” (FG 2).

Informanterna upplevde en brist på anpassade bostäder för de äldsta i kommunen. Efterfrågan på handikappanpassade marklägenheter och lägenheter i trygghetsbostäder för äldre var större än tillgången. De som alltid bott på en och samma ort önskade bo kvar där och samtidigt uttrycktes en brist på lämpliga äldreanpassade bostäder och bostadsområden utanför centralorten Kristianstad. Brist på anpassade bostäder på den önskade orten beskrevs som ett hinder för att kunna leva ett självständigt och gott liv. Högre bostadskostnad vid byte från villa/hus till handikappanpassade lägenheter beskrevs vara ett annat hinder för byte av bostad att bo kvar i. Informanterna upplevde att det behövdes fler äldreanpassade bostäder i kommunen som till exempel trygghetsboende samt bostadsområden med marklägenheter anpassade för äldre med närhet till samhällets resurser och service. Äldrevänliga bostadsområden i orter utanför centrala Kristianstad upplevdes bli billigare och öka möjligheten för fler äldre att skaffa en bostad att bo kvar i. Detta exemplifieras av följande två citat:

IF1 ”I F där är ju flera såna lägenheter och jag vet där blev en ledig nu, där var hundrafemtio som sökte den IF2 Så de är jätte eftertraktade” (FG2).

IF1 ”Och då kan man väl säga, då är det väl så att ju längre ut mot W man kommer så ju billigare blir det. Blir det inte det, jämfört med stan IF2 Det är ju som det gamla talesättet, man får rätta mun efter magsäcken. Har man inte råd och bo som man skulle vilja bo så får man ju acceptera att man får bo som man har det” (FG1).

Tillgänglighet till service, samhällets resurser och infrastruktur

Informanterna uttryckte att tillgänglighet till allt man behöver som äldre är en förutsättning för känsla av oberoende och självständigt liv. Informanterna uttryckte att närhet och tillgänglighet till affär, bank, post, apotek, vård och omsorg var betydelsefullt. Kristianstad upplevdes lagom stort, vilket innebar att de äldsta beskrev sig ha närhet till allting som förutsätter ett aktivt och självständigt liv. Informanterna upplevde kommunen som tillgänglig för de flesta och ge förutsättning för att kunna vara aktiva. Avfasade trottoarkanter på en del platser i

centrala Kristianstad gav framkomlighet även för rullstolar och rollatorer. Hissar fanns i de flesta offentliga byggnader vilket beskrevs vara en förutsättning för att de äldsta ska kunna vara aktiva och delta i det rika aktivitetsutbudet som fanns. Första exemplet nedan ger t.ex. uttryck för just närheten och det andra exemplet nedan tar upp hur några upplever närområdets anpassning till de med funktionshinder.

IF1 ”Ja, jag har post, allting inom gångavstånd och det är skönt IF2 Det är det man behöver när man är senior, att ha allt tillgängligt IF1 Jo, det är bekvämt, här finns allt man behöver, tycker jag. Det är nära till allting och lagom stort och korta gångavstånd” (FG 1).

IF1 ”Det är nog rätt så bra handikappanpassat i den här stan IF2 Men det är ju någonting som man har gjort under senare år, det är att man har fasat av trottoarkanter vid övergångsställen IF3 Det var det ju inte förr ju” (FG1).

En förutsättning för att äldre ska kunna leva ett aktivt liv uttrycktes vara tillgänglig infrastruktur med goda transportmöjligheter. De flesta informanterna hade slutat köra bil eller körde endast korta sträckor. Möjligheten att ta sig dit de behövde förutsatte bra och tillgänglig kollektivtrafik eller färdtjänst. Informanterna upplevde att kommunen erbjöd goda möjligheter för de äldsta att ta sig dit de ville med kollektivtrafik. Gratis jojokort för personer över 75 år och tät busstrafik på flera håll i kommunen gjorde att flera informanter använde kollektivtrafik istället för bil, vilket nedanstående exempel visar.

”Ja, det är väl samma sak alltså vi har väldigt bra bussförbindelser, det går ju buss in till stan var tionde minut och ja, jag har ju jojokort, så det är bara och sätta upp det så åker jag gratis in” (FG 1).

Informanter med funktionsnedsättning upplevde det fanns hinder i framkomlighet och tillgängligheten i infrastrukturen som bromsade deras möjlighet till aktivt liv som önskades. Endast vissa trottoarkanter i kommunen var avfasade, menade de, på många håll i kommunen var de inte det vilket försvårade framkomligheten för de med funktionsnedsättning och förflyttningshjälpmedel. Deltagarna med bristande synförmåga upplevde en fara i att ta sig över en del korsningar. Informanter uttryckte att avsaknad av hiss i vissa offentliga byggnader t.ex. till biografmuseet samt att postlådor och bankomater satt för högt upp för de rullstolsburna var ett hinder för ett självständigt liv för alla. Andra erfarenheter de äldsta uttryckte som hinder för ett aktivt och självständigt liv var snöiga vintrar, uppskottade snöhögar utgjorde då svårigheter ta sig fram under vintern. Bristande tillgänglighet av kollektivtrafiken för funktionsnedsatta uttrycktes som ett annat hinder för användande av kollektivtrafiken som ett transportmedel, rullstolar och rollatorer kom inte alltid in eller fick inte plats på bus-sar. Långa avstånd till busshållplatser och svårigheter att ta sig upp på och av bussen var andra erfarenheter av otillgänglighet av kollektivtrafiken. Informanter med synnedsättning

hade erfarenhet av att bussutropningen inte fungerade tillfredsställande, det uttrycktes som ett problem och begränsade deras möjlighet till aktivt och självständigt liv. Följande exempel kan tolkas som att tre informanter med funktionshinder uttrycker frustration över just hur närsamhället inte är helt anpassat för deras behov.

IF1 ”Jag som kör med en sån (elmoped) tillgängligheten i Kristianstad är ju inte alltför bra för oss, vissa affärer kommer man ju aldrig in i och trottoarkanterna ska vi ju inte prata om, där finns vissa ställen där det är utplanat och man kan köra ner, men det är inte överallt IF2 Ja, och även med rullstol är det ju svårt och komma in och det är ju inte alltid att chaufförerna är så där vänliga och går och faller ut lämmen när man ska köra upp och då står man där IF3 Ja, det är svårt, där ska ju vara bussutropning vid hållplatser och så, men det är ju sällan det fungerar, då vet man inte var man är” (FG2).

Färdtjänst uttrycktes som en transportmöjlighet som kunde vara bra när ett handikapp gjorde en beroende av det för att ta sig någon stans. Några informanter upplevde att färdtjänstserVICEN blivit sämre och krångligare de senaste åren vilket medfört att flera av deltagarna som var i behov av denna transportmöjlighet inte använde sig av det, vilket upplevdes vara ett stort hinder för att kunna vara aktiv och självständig. Följande två exempel kan tolkas ge uttryck för detta där det första exemplet tydliggör nyttan och det andra den upplevda försämringen.

”Jo, jag skulle vilja tillägga det att fram till den 1 december 2010 så var det väldigt fint och fungerande med färdtjänsten” (FG2).

”Jag har fått tillstånd för färdtjänst, men det är så komplicerat så att jag har inte en tanke på och använda det, inte ens när jag blir tvungen. Så där är en bit som kommunen egentligen borde ta tillbaka” (FG 1).

Socialt deltagande

Informanterna uttryckte att socialt deltagande är ett annat betydelsefullt område som är avgörande för aktivt och hälsosamt liv. För möjlighet till socialt deltagande behövs tillgång till *rikt aktivitetsliv och umgänge* i närsamhället. Informanterna uttrycker även att känslan av *trygghet och otrygghet* i närsamhället påverkar möjligheten till socialt deltagande som de önskar.

Rikt aktivitetsliv och umgänge

Informanterna uttryckte ett rikt aktivitetsliv och umgänge som fyller livet och vardagen var centralt för ett hälsosamt och aktivt åldrande. Genom att vara aktiv och ha intressen upplevdes att de höll sig pigga och alerta. Erfarenheter som uttalades var att det fanns stora möjligheter till socialt deltagande för de äldsta i Kristianstad som erbjöd möjligheter till ett rikt aktivitetsliv. På centralorten erbjuder Sommarro och Allögården mötesplats och möjlighet till aktiviteter. Det finns även bibliotek, teater, museum, kulturkvarteren, bio. Kristianstad, som har den största teaterföreningen i Sverige, har mycket att erbjuda. Stort utbud av föreningsmöjligheter erbjöds delta i. I centralorten finns Naturum, teatrar, arenor och fritidsanlägg-

ningar som naturliga mötesplatser för alla åldrar. Det rika aktivitetsutbudet i kommunen och mötesplatser uttrycktes som en resurs som gav möjlighet till social delaktighet.

IF1 ”Och här är ju, vad ska vi säga mkt kulturaktiviteter i staden, så vill man så kan man gå på föreläsningar här varenda kväll el så gott som varenda kväll IF2 min personliga åsikt är ju att den här kommunen, om man vill utnyttja det som erbjuds så tycker jag att det är mkt för pensionärer IF3 här är ganska mkt aktiviteter även ute i byarna så, så man behöver inte bara bo inne i stan för och kunna delta i föreläsningar osv. Det är bra.” (FG1)

De två exemplen ovan kan anses visa på hur dessa informanter pekar på tillgången till aktiviteter som erbjuds i den aktuella kommunens centralort och närområden, men också det personliga ansvaret som de verkar tycka åligger individen kan utläsas.

Deltagarna uttryckte att vara aktiv och leva hälsosamt innebar både att vara fysiskt aktiv och att vara aktiv i föreningsliv och umgänge. Att vara ute så mycket som möjligt, att vara fysiskt aktiv efter förmåga, delta i aktiviteter och ha tillfredsställande socialt umgänge påverkade till ett rikt liv och hälsosamt liv. De allra flesta deltagarna uttrycker att de hade det umgänge som de önskade och orkade med. Flera deltagare hade tagit upp kontakten med gamla vänner, andra hade skaffat nya. Genom föreningsliv, mötesplatser fanns möjligt att få nya vänner helt naturligt och upplevdes som en resurs som gav möjlighet till social delaktighet, vilket följande exempel kan anses visa.

IF1 ”Även om man blir gammal och det trodde inte jag att man kunde, skaffa nya vänner, men det kan man faktiskt IF2 på Sommarro så får man det naturligt IF3 ja, och likadant på SPF så får man ju också nya vänner”(KFG2).

Informanterna som bodde på landsbygden upplevde en brist på lokaler och mötesplatser på orten vilket var otillfredsställande och hinder för att alla skulle ha samma möjlighet till ett rikt socialt deltagande. Erfarenheter var att befintliga lokaler i kyrka/församlingshem och bibliotek i förorterna och på landsbygden var för små eller inte tillgängliga för funktionshindrade, spontana mötesplatser upplevdes inte heller finnas på orterna utanför centrala Kristianstad.

Informanterna uttryckte att tillgänglig och tillfredsställande information om var och hur det finns möjlighet till social delaktighet är av betydelse. Uppfattningen fanns att tillgänglig och tillfredsställande information fanns om de själva sökte den. Enligt informanterna kunde de finna den information de behövde i dagstidningar, tv, radio eller internet men också genom direktkontakt med kommun, sjukvård och myndigheter, något följande två citat ger uttryck för.

”Radio tycker jag man får mkt, TV får man väl också, nyheter så, det får man med” (FG 2).

”Ja, det är ju som du säger, titta i tidningen, annonser, notiser inga problem, utan den är lättbegriplig och lättillgänglig” (FG1).

Informanter med synnedsättning uttryckte även de att hade tillgång till den information de behövde för ett aktivt liv. Information från taltidning och inlästa informationsblad från sjukvården och kommunen var tillfredsställande för möjlighet till social delaktighet. Fåtalet informanter upplevde att det fanns en brist på information om hur de äldsta skulle vara delaktiga i kommunen och i aktiviteter.

”Jag har ju Kristianstadsbladet inläst på taltidning, ni får ju den här tidningen Vi i Kristianstad en gång i månaden, hur många som egentligen läser den, men jag får den inläst, så att jag hör ju allt vad ibland så brukar jag ju säga till andra så, ja, men det stod ju där. Det har de inte en aning om den får jag ju inläst och sen ifrån, då från sjukvården, den som heter vad heter den, Vi i hälsa, ja, den heter ngt sånt, den får jag ju inläst och det är nog många som inte läser den heller, så att om man läser hela så får man reda på mkt” (FG 2).

I exemplet ovan framkommer två saker. Dels att den informanten med synnedsättning faktiskt anser sig få tillgång till adekvat information via taltidning, men man kan också läsa mellan raderna att även om informationen finns tillgänglig så är det inte säkert att alla tar del av den. Återigen pekas det individuella ansvaret ut.

Trygghet/Otrygghet

Informanterna uttryckte att otrygghet och rädsla för våldsbrott hade kommit de senaste åren och det upplevdes som ett hinder hos flertalet för möjlighet kunna göra allt de ville och vara så aktiva som önskades. Flera av informanterna gick inte gärna ut på kvällarna längre utan sällskap och vissa gick inte heller ut i skogen som förr. Några uttryckte att de inte gick på teater och aktiviteter på kvällarna längre. Andra erfarenheter informanterna upplevde som hinder för möjlighet leva ett aktivt och hälsosamt liv som de önskade var att grönområden och parker ofta var ”tillhåll” för gäng av olika slag. Deltagare uttryckte att de upplevde Tivoliparken, holmen i kanalen och grönområdet vid Sommarros uteplatser ofta var upptaget av gäng som begränsade dem från att vistas där på grund av obehag och rädsla. Känslan av otrygghet i utemiljön upplevdes som ett hinder för social delaktighet. Några informanter upplevde ingen otrygghet i kommunen, de uttryckte att de kände sig trygga och vågade gå ut, de kände inte otrygghet som ett hinder för att vara så aktiv och socialt delaktig som de önskade. Följande två exempel kan tolkas ger uttryck för den upplevda förändringen mot ett mer otryggt närsamhälle i detta fall rörande rädslan för överfall och rån.

”Ja, på kvällen går man ju inte gärna ut, inte ensam i alla fall. Ja, jag går inte på teatern därför att jag är rädd och gå hem.” (FG1)

IF1 ”Förr jag har gått mkt i Tivoli och Björket och överallt, men det vågar jag inte nu IF2 jag har gått så mkt ute i skog och mark alltid, men det vågar man inte nu idag” (FG 2).

Andra erfarenheter flertalet informanter uttryckte av otrygghet i utemiljön som var hindrande för social delaktighet var att det var farligt att vara fotgängare i centrala Kristianstad som äldre. Cyklister körde mycket fort och de äldre hann inte uppfatta när de kom. Gemensamma gång- och cykelvägar upplevdes dåligt eller inte alls markerade var det ska cyklas eller gå vilket medförde att deltagarna kände stort obehag och rädsla över att gå där vilket hindrade en del för att gå ut. Nedan exempel visar på hur de som fotgängare upplever en otrygghet på trottoarer och rädsla för att bli påcyklade.

”Jag vet ju ngt som underlättar om man ser inte bara till där jag bor, utan i hela stan, det som skulle underlätta för mig ff a mkt, det är att cyklister inte cyklade på trottoaren, för går jag på trottoaren så förväntar inte jag mig och träffa en cyklist som kommer i en hiskelig fart och jag har vid flertalet tillfällen hållit på och bli påkörd” (FG 1).

Känsla av vara en resurs för sig själv, andra och för samhället

Detta tema kan sammanfattas med att informanterna uttryckte att känslan av att vara en resurs för andra, för samhället och för sig själva var en förutsättning för ett gott liv. Möjlighet till *delaktighet* i närsamhället och *inflytande över sitt eget och andras liv* gav en känsla av att vara en samhällsresurs, vilket ansågs vara viktigt.

Delaktighet

Flertalet informanter upplevde sig som en resurs i kommunen många upplevde att det fanns möjlighet att vara delaktig i samhället. Genom att aktivt delta på mötesplatser och i aktivitetsutbudet som gavs i kommunen upplevde deltagarna sig vara en resurs både för sig själv och andra. De allra flesta hade erfarenhet av att vara en hjälpsam pensionärskollega inom väntjänst eller i andra organisationer. Många av informanterna upplevde också att de behövdes som ideella frivilligarbetare och flertalet av deltagarna arbetade oavlönat och ideellt inom föreningar och organisationer. Deras erfarenheter av att hjälpa andra t.ex. genom väntjänst berikade dem själva och gjorde att de höll sig piggare de uppfattade sig på så sätt vara resurs. Enligt informanterna var det stora antalet anhörigvårdare också en resurs i kommunen.

Enligt informanterna fanns ett stort behov av frivilliga stödinsatser till ensamma och till personer med större stödbehov än de själva. Det uttrycktes att det fanns en brist i kommunen att organisera och ta till vara på de äldre som resurser. Många upplevde att kommunen bättre borde planera och organisera de äldre som pensionärskollegor och resurser. Följande utdrag ur diskussion inom en av fokusgrupperna gav underlag för tolkningen ovan. I exemplet kan man följa hur den ena informanten ger uttryck för hur den äldre delen av befolkning-

en sannolikt kommer att öka och att man därför borde utnyttja den bättre. En annan och tredje informant fyller då i att med en uppgift så blir man en resurs vilket i sin tur berikar ens eget liv.

IF1 ”Men jag tror att vi så småningom kanske inte just vi, men så småningom kommer allt eftersom det blir fler och fler åldringar så får vi hjälpa varandra, om vi säger att dom som är pensionärer och är så pass pigga så dom kan hjälpa andra pensionärer får ställa upp och köra ut dom i rullstol och kanske besöka ngn gång och läsa tidningen för dom, dom som kan, och det måste vi vara beredda att ställa upp på, ideellt så att säga, utan att man får någonting för det IF2 Absolut. Och sen så och då har man ju som pensionär då har man ju en uppgift att fylla, då är man en resurs för samhället IF3. Och sen det att om vi om vi lär oss att gå till andra också så berikar det dig själv också” (FG1).

Inflytande över sitt eget och andra äldres livsvillkor

Informanterna uttryckte möjlighet att kunna påverka och ha inflytande över sitt eget liv och äldres livsvillkor ansågs ha betydelse för känslan av att vara en samhällsresurs. Flertalet upplevde att de hade stora möjligheter att kunna påverka sitt och andra äldres livsvillkor i Kristianstad. Genom att ta egna aktiva beslut av sin livsstil för att bevara och förbättra sin hälsa upplevde deltagare de kunde påverka sitt eget liv till ett hälsosamt och aktivt åldrande och på så sätt vara en samhällsresurs. Några informanter uttryckte att de inte fattade några aktiva beslut hur de skulle bevara eller förbättra sin hälsa och livskvalitet. Det rådde enighet om brist av information från kommun och sjukvården hur äldre ska leva ett hälsosamt och aktivt liv. De flesta informanterna hade heller ingen erfarenhet av att ha fått råd om hur de skulle förebygga sjukdomar eller leva ett aktivt liv med sina funktionshinder. I det första av de följande två exempel kan man förstå att informanten återigen pekar på egenansvaret för att uppnå ett aktivt liv. Även i det andra exemplet kommer egenansvaret upp men här tydliggörs också behovet av både fysiskt och mentalt aktivt liv.

”Det beror sig ju på en själv, ingen annan kan göra ngt åt mitt liv, förutom jag själv” (FG 2).

IF1 ”Klart man gör, går mkt, cyklar mkt och motionerar och jag håller hjärnan igång, jag läser två tidningar och försöker lyssna på radio osv, så försöker, jag vill inte säga jag lägger mig i, men följa med i debatten och det är ju lika viktigt som att ha en fysisk trim så att säga IF2 Man måste ta hand om sig själv IF3 Det är upp till en själv.” (FG1).

Informanter upplevde att de gemensamt hade möjlighet till att påverka beslutsfattare i kommunen mer än som enskild individ. De uttryckte att äldre är en stor grupp i kommunen som genom pensionärsföreningar och andra organisationer har möjlighet till inflytande över de äldstas livsvillkor genom att tillsammans uttrycka åsikter för beslutsfattarna i kommunen.

Som enskild äldre individ upplevde även några informanter att det fanns möjlighet påverka genom ”insändare” i tidningar samt genom att vara politiskt aktiv. I exemplet nedan finner man just uttryck relaterade till politiskt engagemang och deltagande i intresseföreningsliv.

IF1 ”Sen kan man ju t o m som pensionär engagera sig politiskt. Och du kan ju vara aktiv genom att skriva vettiga insändare i en tidning IF2 För det första så om du är aktiv i din förening så kan du ju påverka och de har ju i sin tur representanter i kommunsammanhang osv. Så visst kan du påverka så länge som man har huvudet klart så att säga” (FG1).

Det uttrycktes även att genom att hålla sig informerad och förmedla tankar och idéer till det egna umgänget, som i sin tur sprider det vidare var även det en möjlighet att påverka som enskild. Innebörden att vara aktiv innebar även egenansvaret att själv söka den information som behövs för att kunna leva ett hälsosamt, aktivt och självständigt liv som äldre. Fåtal informanter uttryckte att de hade en känsla av att inte kunna påverka de äldstes livsvillkor i idag, t.ex. sjukvården gick inte att påverka, den låg på högre politisk beslutsnivå och den hade de äldre inget inflytande över.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Forskningsresultatet bör vara så trovärdigt som möjligt. Resultatets trovärdighet i en kvalitativ studie baseras på hur väl den påvisar tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet relaterat till datainsamlingsteknik, gruppernas sammansättning, interaktion samt forskarens slutledning/tolkningsförmåga (Granheim & Lundman 2004). Den första frågan för trovärdighet uppstår redan vid beslut om studiens fokus, val av sammanhang, deltagare och förhållningssätt. Författarens empiriska studie ingår i Kristianstads kommuns lokala deltagande i WHO:s projekt Age-friendly cities (WHO 2007). Studien planerades och genomfördes tillsammans med projektledaren i Kristianstad kommun med syfte att utifrån hälsosamt och aktivt åldrande få reda på de äldstas, i denna studie definierade som de över 75 år, erfarenheter av att leva i Kristianstad närsamhälle. Datainsamlingen genomfördes genom fokusgruppsintervjuer. Två fokusgruppsessioner med sammanlagt 14 informanter resulterade i fem timmar långt bandat material som transkriberats och analyserats med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats i enlighet med Granheim och & Lundmans (2004) metod.

Tillförlitlighet

Fokusgrupper är starkt förknippat med kvalitativa metoder för att tillhandahålla en rik förståelse för människors levda erfarenheter och perspektiv (Granheim & Lundman 2004). Enligt Kitzinger (1995) är tanken att grupprocessen ska hjälpa människor att utforska och klargöra sina åsikter och attityder på ett effektivt sätt. Med tanke på studiens syfte uppfattar författaren att fokusgruppsintervjuer är en användbar metod för datainsamling och stärker tillförlitligheten. Bristerna i fokusgrupper, liksom deras styrkor är kopplade till processen för att producera fokuserade interaktioner (Kreuger & Casey 2000). Den halvstrukturerade intervjuguiden gav möjlighet till att styra diskussionerna inom studiens område men tillät även en öppenhet för frågor som informanterna visade starkt intresse för vilket författaren uppfattar som en styrka.

En annan styrka i studien är att författaren har haft tillgång till handledare och hennes kompetens och erfarenheter av fokusgrupper under hela processen. Vid fokusgruppsessionerna alternerade handledare och författare att vara moderator och observatör. Moderatoren har en betydelsefull roll och är det mest slående draget i fokusgrupper (Kreuger & Casey 2000). Moderatoren ska hantera grupp dynamiken, uppmuntra de som annars skulle säga för lite och begränsa informanter som dominerar för att fokusera diskussionerna på studiens tema och se till att informanterna får möjlighet att fullt ut bidra (Kitzinger 1995). Handledarens erfarenheter av fokusgrupper kan uppfattas att styrka tillförlitligheten.

För att åstadkomma stark tillförlitligheten ska fokusgrupper bedrivas med ändamålsenligt urval där informanterna rekryteras från ett begränsat antal källor. Informanterna ska ha något att säga om ämnet och känna sig bekväma med att säga det i gruppen (Kreuger och Casey 2000). Det optimala antalet deltagare i fokusgrupper kan variera enligt Kreuger & Casey (2000) men 6-10 deltagare anses vara hanterbart, tillräcklig stor mängd för att få en mängd olika perspektiv och tillräckligt liten för att inte bli oordnad eller splittrad. I denna studie var urvalet strategiskt och styrt av direktiv från WHO:s projektmetod. Efter planering med Kris-

tianstad projektledare togs beslut om att minimum antal informanter i varje fokusgrupp skulle vara sex individer. Rekryteringen gjordes av kommunens projektledare enligt WHO:s metodprotokoll. I en fokusgrupp blev antalet informanter fem till antalet på grund av bortfall vilket kan vara en svaghet i studien. Författaren uppfattade dock inte att det var några större skillnader mellan fokusgrupperna vad gällde att uttrycka åsikter och föra diskussioner. Enligt Kreuger & Casey (2000) löper små grupper risk att vara mindre produktiva eftersom de är känsliga för dynamiken mellan de enskilda deltagarna, om deltagarna har en låg grad av engagemang i ämnet kan det vara svårt att upprätthålla en aktiv diskussion i en mindre grupp. Små grupper kan fungera bra om deltagarna både är intresserade av ämnet och visar respekt för varandra vilket författaren uppfattade att så var fallet i fokusgruppen (Kreuger & Casey 2000). I övrigt uppfylldes kriterierna för urvalet väl i fokusgrupperna. Flertalet informanter över 80 år deltog i fokusgrupperna samt en jämn fördelning av individer från centralorten, mindre samhällen utanför centralorten och från landsbygden även en variation av individer med och utan funktionshinder.

Vad gäller data handlar tillförlitligheten om att se till att ingen relevant data oavsiktligt eller systematiskt har exkluderats från transkriberingen samt att ingen relevant data har inkluderats och för ökad tillförlitlighet av resultatet kan en analys genomföras av en extern person och sedan jämföras med författarens (Granheim & Lundman 2004). Det fanns ingen möjlighet under studiens gång till extern granskning men under analysfasen genomfördes handledning kontinuerligt både individuellt och i grupp. Diskussionerna runt analys och tolkningsprocessen gav stöd till författaren och stärker tillförlitligheten.

De etiska aspekterna ska beaktas under hela forskningsprocessen (Granheim & Lundman 2004). En unik etisk fråga i fokusgrupper är det faktum att det som informanterna berättar delas med andra i gruppen vilket väcker en ström av integritetsfrågor (Kreuger & Casey 1995). Författaren har under processen övervägt risk med nytta med studien. Informanterna gjordes medvetna om vikten av att inte sprida vidare den information som delades i gruppen. Frågorna och ämnet för studien var inte heller av känslig karaktär.

Pålitlighet

Vid stora datamaterial och när datainsamling sker under en längre tid finns risk att det uppstår osanningar under datainsamlingen (Granheim & Lundman 2004). Så har inte varit fallet i denna studie. De båda fokusgrupperna genomfördes dagarna efter varandra vilket kan ge en styrka av pålitlighet. Däremot ger det totalt sett ringa antalet en risk för att materialet inte ges några generella påståenden. Det är också betydelsefullt oavsett vilken typ av forskning kvantitativ eller kvalitativ att fundera på utsträckningen av subjektivitet (Kreuger & Casey 2000). Snedviden subjektivitet kan uppstå om forskaren endast lägger märke till saker som stödjer den egna uppfattningen/förförståelsen, tolkar selektivt och endast redovisar yttrande som rättfärdigar dennes egen slutsats och bortser från belegg som pekar i annan riktning (Granheim & Lundman 2004). För att minska risk för subjektivitet ska analysen vara systematisk, kontrollerbar och kontinuerlig (Kreuger & Casey 2000). Författaren har följt Granheim & Lundmans (2004) analys metod men det finns en risk att författaren inte har valt de mest lämpade meningsbärande enheterna och att innebörden av texten gått förlorad vid kondense-

ringen. Författaren har försökt stärka pålitligheten genom att beskriva processen steg för steg i text och genom exempel samt presenterat representativa citat från den transkriberade texten. Kvalitativ forskning och i synnerhet fokusgruppsintervjuer genererar stora mängder data som tenderar att överväldiga nybörjare såväl som erfarna forskare (Kreuger & Casey 2000). Författarens oerfarenhet av studier av detta slag kan vara en brist för pålitligheten.

Överförbarhet

Överförbarhet är i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra sammanhang (Polit & Hungler 1999). För att underlätta överförbarheten har författaren försökt beskriva kontext, urval, datainsamling och analysprocessen så tydligt som möjligt för att studien ska kunna upprepas och ge samma resultat av annan forskare. Genom resultatet i denna studie kan inget anspråk göras på att det är överförbart på alla individer i den fjärde åldern, de äldsta över 75 år. En viss överförbarhet kan antas för personer med samma urvalskriterier som i denna studie men författaren överlämnar åt läsaren att avgöra överförbarheten.

Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att utifrån perspektiv på hälsosamt och aktivt åldrande beskriva vilken upplevelse de äldsta, de över 75 år har av att leva i Kristianstad kommun. Resultatet av studien gav en beskrivning av områden som de äldsta uttrycker är centralt för ett hälsosamt och aktivt liv som äldre. De områden som de äldsta i studien beskriver som centralt för ett hälsosamt och aktivt liv identifierades som teman och dessa teman är *Självständighet och oberoende*, *Socialt deltagande* och *Känsla av att vara en resurs för sig själv och samhället*. Det var tydligt för författaren att det finns starka kopplingar mellan dessa teman och att det ibland är svårt att tydligt se när ett intervju svar tillhör det ena istället för ett annat tema. Trots det och medveten om att diskussionen därmed inte är uttömd så utgör dessa tre teman grunden och fokus för den följande diskussionen. I resultatet i författarens studie var det tydligt att informanterna fann ett behov av, och var nöjda med, ett självständigt och oberoende liv som avgörande och centralt för aktivt och hälsosamt liv med god livskvalitet. Där framkom att två områden var särskilt viktiga för att uppnå detta. Den ena området rörde möjligheten till eget boende att bo kvar i och den andra handlade om *tillgången till service*, samt *samhällets resurser och infrastruktur*.

Självständighet och oberoende

Livskvalitet kan betyda olika saker för olika människor och kan vara beroende av en persons ålder. Äldre personer är i större utsträckning än andra benägna att definiera livskvalitet som möjligheten att fortsätta kunna göra saker som de alltid har gjort (Fagerström, Lindwall, Berg, Rennemark 2012). Det är därför naturligt att inkludera möjligheten till självständighet och oberoende i denna diskussion.

När det gäller eget boende så var det flera i den aktuella ålderskategorin i denna studie som hade lämnat tidigare boende t.ex. eget hus eller lägenhet, till fördel för trygghetsboenden och handikappanpassade marklägenheter. Den stora majoriteten kände sig nöjda med detta och endast några få informanter kunde tänka sig bo kvar i sitt gamla boende. Ingen informant kunde tänka sig annat än eget boende och här känner författaren att det är just viljan till självständighet som är det centrala bakom denna faktor. På samma sätt visade resultatet på att en

eventuell brist på eget och självständigt boende måste anses vara en faktor som blir ett hinder för denna åldersgrupps möjlighet till självständighet och oberoende. Detta stöds också av Haaks m.fl. (2008) slutsats i deras studie kring hur boende och logistik från och till detsamma påverkar den studerade gruppen. De fann en koppling mellan möjlighet till självständigt boende och i vilken utsträckning försöksgruppen deltog i egna aktiviteter. I den aktuella kommunen från författarens studie aktualiserades detta av informanternas åsikter kring boenden. Även om de uttryckte tillfredsställelse kring sitt nuvarande boende, vid tidpunkten för intervjun, så ventilerades också missnöjet med Kristianstads kommuns brist på just trygghetsboenden. De upplevde också att kostnaden för marklägenheter har ökat. I Harkness (2013) studie som ingick i WHO:s Age friendly projekt i Storbritannien visade också att deltagarna även där upplevde eget boende med möjlighet att kunna bo kvar i var betydelsefullt för aktivt och hälsosamt äldre liv men att även i den studien identifierades ett behov av fler äldreanpassade bostäder och bostadsområden. I Portland Oregons WHO:s Age friendly projekt identifierade Neal & DeLaTorre (2015) att det även där fanns en brist på tillgängliga bostäder för äldre att bo kvar i och ett mål i deras arbete för en åldervänlig stad är att se över möjligheten att skapa anpassade, billiga bostäder i äldrevänliga områden med tillgång till service och samhällsresurser. Enligt SOU (2007:103) Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder bekräftas att äldre önskar bo kvar i den egna bostaden och det bostadsområde de redan bor i och på grund av den kraftigt ökade äldrebefolkningen ökar behovet av fler bostäder och boendemiljöer som är anpassade för äldre. De menar att seniorbostäder och trygghetsbostäder med god tillgänglighet ger de äldre en möjlighet att utveckla sina sociala nätverk och möjlighet till ett aktivt och självständigt liv vilket kan bidra till att skjuta upp behovet av vård och omsorg.

Ett andra område framkom för temat oberoende och självständighet. Det gällde tillgången och tillgängligheten till service, samhällets resurser och infrastruktur. Det handlar om möjligheten att självständigt utföra ärenden, som att handla, gå på bank ta sig till sjukvårdsinstitutioner osv. och är i linje med vad som tidigare framhållits som viktiga områden för ett aktivt liv. I Statens folkhälsoinstitut (2009) rapport Det är aldrig försent bekräftas att en infrastruktur som gör det möjligt att gå och cykla till och från hemmet är väsentligt då många äldre saknar bil. Tillgången och tillgängligheten till affärer och service i närheten, av bostadsområdet samt tillgången till kollektivtrafik skapar möjlighet till fysisk aktivitet och självständighet för äldre. I Michael m.fl. (2008) studie av liknande åldersgrupp framkom även där att närhet till allt man behöver som äldre är centralt för att vara aktiv. Att ha nära till service, shopping och aktiviteter betydde för informanterna i deras studie att man hade gångavstånd vilket också innebar att när de kunde gå dit de önskade fick de även fysisk aktivitet gratis. Närheten till allt kompenserade bristen på transportmöjlighet enligt resultatet i deras studie. I Neal & DeLaTorres (2015) studie från Portland var erfarenheten den att det behövdes utvecklas nya åldersspecifika bostäder och bostadsområden med tillgång och tillgänglighet av tjänster som t.ex., livsmedelsbutiker, parker, kollektivtrafik och planerade centra med t.ex. livsmedelsbutiker och apotek som var tillgängliga för de äldre. Geografisk närhet, framkomlighet och lokaltrafik lyftes upp av informanterna även i författarens studie och belystes i resultatet. Här upplevde författaren en viss uppdelning hos informanterna mellan de som å ena sidan hade funktionsnedsättning och de som inte hade det i någon större utsträckning. Den senare gruppen ut-

tryckte sig överlag positivt om den aktuella kommunen och menade att framkomligheten var god, att mycket kändes nära och att transportmöjligheterna var relativt goda. Den förra gruppen uttryckte sig, istället, överlag mer negativt om kommunen. De tyckte, bland annat, att framkomligheten ofta försvårades på grund av brist på hissar och avfasade trottoarkanter på många ställen, vilket försvårar mobiliteten för de med rörelsehjälpmedel. De med synned-sättning påtalade, bland annat, problem med att nyttja bussar då, till exempel, uppoppssystemet inte fungerade tillfredsställande och att hållplatser ibland var otillgängliga.

Vissa äldre i studien i Portland upplevde otrygghet av att använda kollektivtrafik på grund av att andra passagerare uppträdde respektlöst och inte lämnade plats för äldre eller personer med funktionshinder. Kollektivtrafiken i den studien upplevdes vara otillgänglig för vissa äldre och personalen vid kollektivtrafiken verkade omedvetna om äldre och funktionsned-sattas behov. I Portland planerades efter WHO projektet att göra kollektivtrafiken mer till-gänglig för funktionshindrade (Neal & DeLaTorre 2015). I en studie några år tidigare visade Kim (2011) att en betydande andel äldre befolkning i USA hade begränsad möjlighet att delta i aktiviteter och social delaktighet pga. brist på transportmöjlighet. Äldre personer som bodde i förorter hade ökad brist på transportmöjlighet än de som bodde i större städer. I deras studie framkom även att utbyggnad och utveckling av äldrevänliga bostadsområden med närhet och tillgänglighet till service och samhällsresurser, som affär, post, bank, aktiviteter, mötesplatser, hälso- och sjukvård kunde kompensera bristen på transporttillgänglighet. Denna tydliga koppling till möjlighet att utnyttja lokaltrafik och aktivt liv stämmer även här med resultatet i Haaks m.fl. (2008) studie. I deras studie fanns en koppling mellan deltagarnas deltagande i sociala aktiviteter och tillgång till lokaltrafik. Man kan diskutera hur och i vilken utsträckning Kristianstad kommun kan leda utvecklingen mot ett mer självständigt och oberoende liv för personer i den aktuella åldersgruppen. Resultaten och diskussionen ovan visar i alla fall på några av de nyckelfaktorer som bör ingå i ett sådant arbete. Man bör fråga sig hur man i framtiden kan hålla nere kostnader och förenkla övergången till anpassat boende och hur man kan förbättra transport och framkomlighet för de med funktionshinder. Här kan tidigare forskning hjälpa då studier har visat att äldre med funktionshinder kan leva ett aktivt och socialt liv om de ges rätta förutsättningar (Thelin 2009). Även de positiva delar som här lyfts fram i författarens studie så som billiga nybyggen i kringområden och goda förbindelser och närheten till det mesta bör belysas i ett sådant arbete.

Enligt Baltes (1993) modell för framgångsrikt åldrande innebär förmågan att anpassa sig till förändrade omständigheter det som skapar nya källor för känslan av självständighet och oberoende vilket är avgörande för framgångsrikt åldrande. Enligt Baltes & Smith (1999) ökar också behovet av att ha kontroll och oberoende ökar med ålder. I deras teori beskrivs att i hög ålder blir det viktigt att få en balans mellan förluster och förtjänster och anpassa sig efter det och en omfördelning av resurser för att kompensera för förlorade funktioner och att med kreativa lösningar kompensera för funktions brist för att behålla självständighet och oberoende. Möjlighet att bo kvar i eget boende och tillgänglighet till service, samhällsresurser och infrastruktur ansågs centralt för känsla av oberoende och självständighet av informanterna i författarens studie och ett anpassat boende och seniorvänliga bostadsområden med närhet

och tillgänglighet till allt de äldre behöver kan vara en möjlighet för de äldsta att kompensera för funktionsnedsättningar och ökar möjlighet till självständigt och oberoende liv

Socialt deltagande

Resultatet visade att livskvalité för de informanter som ingick i studien även innebar att de känner sig delaktiga socialt i samhället, i bekantskapskretsen och familjen. Även här lyftes två områden fram i resultatet. Den ena relaterade möjligheterna till rikt aktivitetsliv och umgänge som viktigt och den andra berörde den upplevda tryggheten och/eller otryggheten hos informanterna.

Att ett rikt aktivitetsliv och socialt umgänge är betydelsefullt är inget nytt. Det har tidigare tagits upp av bland andra Plouffe och Kalache (2010), även i deras studie så upplevde författarna att informanterna hade en uttalad målsättning att kunna hålla sig socialt aktiva. I Katz (2000) studie visar resultatet att det finns en mängd gerontologiska studier som påvisar att fysiska och sociala aktiviteter har positiva effekter på äldres hälsa och välbefinnande och med aktivitet är att vara socialt deltagande inbegripet (Katz 2000). I författarens studie upplevdes att gruppen var homogent positivt inställda till kommunens möjligheter att tillfredsställa deras behov. Även de med funktionsnedsättningar uttryckte sig överlag positivt till kultur- och aktivitetsutbud och möjligheter. En personlig reflektion är att även om informanterna många gånger inte utnyttjar de utbud till aktiviteter som erbjuds så anser de att det är lika viktigt att möjligheterna ändå finns tillgängliga.

Bowling & Staffords (2007) brittiska tvärsnittsstudie visade att i de bostadsområden som det fanns tillgång till sociala resurser, service och faciliteter var den sociala och medborgerliga delaktighet större bland de äldre. I den studien visade också resultatet att landsbygdsområden hade sämre tillgång till nära sociala och gemenskapsresurser vilket försvårade den sociala delaktigheten för de äldre som lever på landsbygden och att samhället bör skapa metoder för att öka tillgängligheten till det sociala nätverk, interaktion, stöd och information som finns då det kan påverka hälsa och funktion positivt. Om kommunens positiva resurs var utbud och tillgång av aktiviteter och socialt umgänge så får man se i resultatet att den begränsande delen verkar gälla brist på upplevd trygghet. Informanterna som ingick i studien påtalade överlag att de upplevde att utemiljön i närområdet kändes mer otrygg nu än förr och att detta i slutändan begränsade deras vilja och förmåga att ta del av en del av det aktivitetsutbud som tidigare nämnts. Med otrygghet avsågs å ena sidan rädsla för överfall och rån, och å andra sidan att som fotgängare känna sig utsatt av cyklister och mopedister. Enligt statens folkhälsoinstitut (2009) *Det är aldrig för sent* är det områdena tillgänglighet, trygghet och säkerhet som påverkar äldres möjlighet till fysisk aktivitet och social delaktighet. De menar att en dåligt anpassad miljö kan förvandla en funktionsnedsättning till ett funktionshinder och att man t.ex. vid planering av mötesplatser måste generell tillgänglighet lyftas fram

Bowlings & Stafford (2007) studie visade att äldre som kände sig trygga i bostadsområdet var mer benägna att vara socialt aktiva oberoende av demografiska och socioekonomiska utmärkande egenskaper. I Michael m.fl. (2006) studie visar även den att säkerhet/trygghet var bland det viktigaste för ett aktivt liv och oro/otrygghet var det som begränsade de äldres

promenader för vardagliga aktiviteter samt motion. Den primära oron i deras studie upptogs av att vistas vid trafikerade gator och osäkerhet att korsa gator. Mer arbete behövdes i samhället för att göra utemiljön tryggare för äldre. Enligt folkhälsomyndighetens rapport (2009) är det centralt att man känner sig trygg i sin närmiljö och att otrygghet kan innebära oro för att drabbas av våld och för att gå ut ensam framförallt under kvällstid vilket är precis det samma som informanterna uttrycker i författarens studie. I samma rapport poängteras vikten av att skapa trygg närmiljö för äldre genom samhällsplanering. WHO (2012) menar att även om vård och omsorg är avgörande för äldre människor, ligger många områden för friskt och aktivt åldrande utanför hälso- och sjukvårdssystemet. Till exempel att bo i en kommun som upplevs vara säker och trygg, där kan äldre människor ses på gatorna vilket också kan uppmuntra äldre att engagera sig mer ofta i gemenskapens verksamhet. Aktivt åldrande är en livslång process, i de kommuner som äldre vistas ute och är aktiva uppmuntras även yngre människor att vara fysiskt aktiv. Detta är positivt för allas hälsa och bidrar till att säkerställa övergången till att bli äldre med en starkare bas. Det är tydligt för författaren att ett eventuellt förbättringsarbete i dessa frågor bör inkludera översyn av den upplevda tryggheten för den äldre befolkningsskategorin. Från resultatet i författarens studie kan det tolkas som att fler ur denna åldersgrupp skulle nyttja det rika utbud av aktiviteter som finns i Kristianstad kommun i större utsträckning om den upplevda tryggheten ökade.

Genom Lawton och Nahemows (1973) ekologiska modell av åldrandet går det att få en utgångspunkt för sambandet mellan den fysiska och sociala närmiljöns betydelse för möjlighet till socialt deltagande. Eftersom åldrandet medför funktionsnedsättningar av olika slag och grad menar de i sin teori att en anpassning av miljön kan skapa förutsättningar för att de äldres nya förhållanden av funktionsnedsättning inte påverkas i så stor utsträckning om miljön anpassas. Enligt Lawton och Nahemow (1973) finns det en relation mellan en människas förmågor (kompetens) och yttre stimulans i den fysiska och psykosociala miljön (stress). Kompetensen är en människas förmågor t.ex. motoriska, sensoriska, kognitiva samt erfarenheter och miljön är den fysiska miljöns utformning som ställer krav på en person i olika situationer. En persons kompetens behöver vara i balans med miljöns utformning för att möjlighet till socialt deltagande ska finnas (Lawton & Nahemow 1973)

Känsla av att vara en resurs för sig själv, andra och samhället

Om de första två teman berörde, så att säga, yttre faktorer där tillgången till någonting externt, t.ex. tillgång till aktiviteter och boende, påverkade informanternas liv på olika sätt så upplevde författaren att informanterna avslutningsvis berörde något mer inåtriktat när de i sina svar pekade på hur viktigt det var att de kände att deras egna roller i samhället fanns, behövdes och livnärdes. Social gemenskap har positiva effekter på hälsa och välbefinnande även i hög ålder. Att vara delaktig, känna sig behövd och uppleva att det man gör är meningsfullt påverkar åldrandet och att man blir engagerad i sin egen hälsa (Socialdepartementet 2010). Aktuell forskning visar entydigt att aktivitet är hälsofrämjande, oavsett om den är fysisk, kognitiv eller social till sin natur. Äldre behöver precis som alla andra känna gemenskap, delaktighet och mening. Detta kan i sig vara hälsofrämjande (Borell & Iwarsson 2013). I resultatet lyftes detta fram i form av detta tredje och sista tema. Precis som i de två tidigare teman kunde man i resultatet även här peka ut två subteman. Det handlade om å ena sidan

känslan av att vara delaktiga och en resurs i andras liv och å andra sidan hur informanterna gavs möjligheten att själva påverka sitt eget och andras liv. Författaren fann det här svårt att göra en tydlig uppdelning av detta slag då det ena ofta följer naturligt av det andra. Det är ändå intressant att informanterna uttryckte så starkt och känslösamt kring deras egna personliga möjligheter och behov att få vara resurs för andra i närområdet. Det gjorde starkt intryck hos författaren att de på så naturligt vis kopplade ihop möjlighet till att kunna hjälpa andra med känslan av eget välmående. Detta tog sig bland annat uttryck när de påtalade vikten av vara delaktiga i andras liv genom att t.ex. fungera som stödperson för andra äldre, något som det stora flertalet hade egna erfarenheter av.

I det andra området som tydliggjordes i resultatet utvecklades informanternas uttryck kring deras egenvärden till att gälla inte bara hur de kan vara en resurs för enskilda individer utan hur de ville att närsamhället borde utnyttja deras personliga kvalitéer till att förbättra och påverka också för sig själva. Här upplevde författaren att de flesta kände möjligheten att påverka via föreningsliv och via grupper, som intresseorganisationer, i större utsträckning än individuellt. Några informanter kände inte att de kunde påverka mycket i den aktuella kommunen. Här kan man läsa mellan raderna i intervju svaren att det ändå finns ett visst gap mellan å ena sidan känslan att man visst kan påverka om man vill men å andra sidan en oförmåga eller ovilja att faktiskt göra slag i saken. Även i Hansen-Kyles (2005) studie visar resultatet att i begreppet hälsosamt åldrandet inkluderas fortsatt medverkan, beslutsfattande och delaktighet av individen i gemenskapen och familjen.

En möjlighet att förstå de äldstas behov av delaktighet och att vara en resurs är genom Antonovskys (2005) teori om känslan av sammanhang. Att ha en känsla av sammanhang betyder att man upplever att tillvaron är meningsfull, begriplig och hanterbar, vilket har visat sig ha betydelse för varför vissa människor klarar påfrestningar bättre än andra. Antonovsky (2005) intresserade sig för de hälsobringande faktorernas ursprung, salutogenes dvs. vad det är som gör att människor blir och förblir friska. Antonovskys svar på den salutogena frågeställningen var KASAM dvs. känslan av sammanhang. De tre delkomponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är avgörande för KASAM. Vilket betyder att upplevelsen av att det som sker i och utanför en person är förutsägbara, begripliga och strukturerade (begriplighet) och att de resurser dessa processer kräver finns tillgängliga (hanterbarhet) samt att livets utmaningar är värda att investera sitt engagemang i (meningsfullhet) (Antonovsky 2005). I Folkhälsomyndighetens kunskaps utredning (2008) *Var med och bestäm* beskrivs att hälsofrämjande arbete som bygger på delaktighet och inflytande har positiv inverkan på hälsan på såväl individ-, grupp- som samhällsnivå. Sambandet mellan inflytande och hälsa på individnivå är mycket starkt och de menar att delaktighet och inflytande i samhället främjar känslan av att vara en del i ett sammanhang.

Slutsats

Denna studie har försökt svara på vilka områden som är betydelsefulla för ett aktivt och hälsosamt liv för de över 75 år boende i Kristianstads kommun 2014. Resultatet av analysen gav vid handen tre teman, vilka i sin tur gick delades in i två subteman.

I ett förbättringsarbete i Kristianstad kommun bör resultat av denna studie ingå i en diskussion om kommunens utveckling mot ett mer självständigt och oberoende liv. Frågor som kan ställas är hur kommunen kan arbeta med att hålla nere kostnader och förenkla övergången till anpassat boende och hur transport och framkomlighet kan förbättras för de med funktionshinder där en inkludering och översyn av den upplevda otryggheten bör finnas med. En plan behöver göras av hur kommunen kan finna och underhålla strukturer för att utnyttja viljan hos äldre att vara nyttiga, både som resurspersoner för andra individer men också för när-samhället i stort.

I det egna arbetet som distriktssköterska inom hemsjukvården kan författaren ta lärdom av studiens resultat över vad som är avgörande för att de äldsta ska kunna leva ett hälsosamt och aktivt liv även med funktionshinder. Ett förbättringsarbete inom den egna verksamheten bör ha fokus på hur informationen bäst når fokusgruppen om vad de äldsta själva kan göra för att hålla sig aktiva, fysiskt och mentalt välmående. Möjligheten till självständighet och oberoende är också något som bör ingå i ett förbättringsarbete inom hemsjukvården. Som författaren ser det finns det redan en hel del forskning och kunskap om de faktorer som är avgörande för ett hälsosamt och äldre liv och vilka faktorer de äldsta upplever är avgörande för ett gott liv med god livskvalitet och välbefinnande. Det författaren uppfattar är av betydelse för fortsatt forskning är att studera hur väl våra samhällen lever upp till de mål som finns och utvärdera och göra hållbara planer för framtiden och utvärdera dessa i kontinuerliga förbättringsarbeten för att möta den ökade äldrebefolkningen

REFERENSER

- Antonovski, A. (2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur.
- Baltes, P.B. (1993). The Aging Mind: Potential and Limits. *The Gerontologist*, 33 (5), ss. 580–659.
- Baltes, P.B & Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age. Theoretical and empirical evidence for a fourth age. I Bengtson, V.L & Schaie, K.W. (red.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer, ss.153–17.
- Borell, L & Iwarsson, S.(2013). Aktivitet och rehabilitering kan ge hälsosamt åldrande. *Läkartidningen*, 45(110), ss.1-3.
- Bowling, A & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing: *Social Science & Medicine*, 64, ss. 2533–2549.
- Delbetänkande av Äldreboendedelegationen (2007). Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder (SOU 2007:103). Stockholm: Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (DSF) (2008). Kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterska Distriktssköterska. Stockholm: Distriktssköterskeföreningen. Tillgänglig : http://www.distriktsskoterska.se/download.php?f_id=135&id=1
- Fagerström, C., Lindwall, M., Berg, A.I & Rennemark, M. (2012). Factorial validity and invariance of the Life Satisfaction Index in older people across groups and time: Addressing the heterogeneity of Age, functional ability and depression. *Gerontology and Geriatrics*. 55, ss. 349-356.
- Forskningsetiska principer (webbsida). (2015). Uppsala: CODEX- regler och riktlinjer för forskning. Tillgänglig: <http://codex.vr.se/>. (150306).
- Franco, O.H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J.M., Catt, M & Oudaraa, F. (2009). Changing course in ageing research: The Healthy Ageing Phenotyp; *Maturitas*, 63, ss. 13-19.
- From, I. (2007). Experiences of health and care when being old and dependent on community care. Lic.-avh. Avdelningen för omvårdnad. Karlstad, Karlstad Universitet:
- Granheim, U. H & Lundman, B. (2004). Qualitive content analyses in nursing research concept procedure and measure to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss. 105-112.
- Haak, L., Fänge, A., Horstmann, J & Iwarsson, S. (2008). Two dimensions of participations in very old age and their relations to home and neighborhood Environments. *American Journal of Occupational Therap*, 62, ss. 77-86.
- Hansen-Kyle, L. (2005). Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum*, 40(2), ss. 45-57.
- Harkness, A. (2013). Age Friendly City-A report of the engagement process and summary of themes important to older People. United Kingdom: Stoke-on-Trent. Tillgänglig: <http://agefriendlyworld.org/en/wp-content/uploads/2015/03/Stoke-on-Trent-A-report-of-the-engagement-process-and-summary-of-themes.pdf>. (150320).
- Hälso- och sjukvårdslag (HSL) 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet SFS1982:763.

- Katz, S. (2000). BUSY BODIES: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life. *Journal of Aging Studies*, 14 (2), ss. 135-152.
- Kim, S. (2011) Assessing mobility in an aging society: Personal and built environment factors associated with older people's subjective transportation deficiency in the US. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*.14:422–429.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, 311, ss. 299-302.
- Kristianstad kommun. (2015). Hälsa/Befolkningens hälsa. Tillgänglig: <http://www.kristianstad.se/sv/Om-kommunen/Statistik/>. (150306).
- Kruger, R & Casey, M. (2000). *Focus Groups: a practical guide for applied research*. 3. uppl. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Lawton, M.P., Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. I Eisdorfer, C., Lawton, M.P. *The psychology of adult development and aging*: American Psychological Association. Washington DC: American Psychological Association. ss. 619- 674.
- Michael, Y.L., Green, M. K., Farquhar, S.A. (2006). Neighborhood design and active aging. *Health & Place*, 12, ss.734-740.
- Morgan, D.L. (1996). Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22, ss.129-152.
- Neal, M & DeLaTorre, A. (2015). *The World Health Organization's Friendly Cities Project In Portland-Oregon- summary and findings*. Portland: SAGE. Tillgänglig: - <http://agefriendlyworld.org/en/wp-content/uploads/2015/03/Age-Friendly-Cities-Project-in-Portland-Oregon>. (150320).
- Plouffe, L & 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, ss.733-739.
- Polit, D.F & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*, 6. Uppl., New York: Lippincott Company. s 717.
- Priebe, G & Landstöm, C. (2013). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: grundläggande vetenskapsteori. I Henricsson, M (red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur, ss. 31- 50.
- Rasmusson, M.(2000). *Från vaggan till graven: Om det naturliga åldrandet*. Stockholm: Atlantis AB.
- Smith, J. (2000). *A period of Psychological Mortality: Biomolecular Aspects of aging: Social and Ethical Implications*. Diss. Free University, Berlin. Max Planck Institute for Human Development
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård. (Del resultat från LEV-projektet)*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statens folkhälsoinstitut (2008). *Var med och bestäm: Delaktighet och inflytande – en förutsättning för hälsosamt åldrande: erfarenheter av hälsofrämjande arbete. (Folkhälsomyndighetens kunskaps utredning)*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

- Statens folkhälsoinstitut (2009). Det är aldrig för sent: Ett utbildningsmaterial om hälsosamt åldrande med fokus på möten, mat och aktivitet. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2011). Äldres hälsa (Kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2013). Folkhälsan i Sverige (Årsrapport 2013:5). Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Statistiska centralbyrån (2014). Kommunfakta. Tillgänglig:
http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/?rxid=05b92cab-a493-4d3 (150306).
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). Värdegrund för omvårdnad. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Theelin, A. (2009). Den tredje åldern: en kunskapsöversikt (Rapportserie o Socialt arbete: 1). Växjö: Växjö universitet. Tillgänglig: <http://lnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A221709&dswid=new>. (150320).
- Wibeck, V. (2013). Fokusgrupper. I Henricsson, M. (red.) Vetenskaplig teori och metod. Lund: Studentlitteratur, ss. 193-214.
- World Health Organization (WHO) (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO. Tillgänglig: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/: (140315).
- World health organization (WHO) (2007). WHO Age-Friendly Cities Project Methodology: Vancouver Protocol. Geneva: WHO. Tillgänglig:
http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/. (140315).
- World Health Organization (WHO) (2008). Closing the gap in a generation: Healthy equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2012). God Health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. Geneva: WHO. Tillgänglig:
http://www.who.int/world_health_day/2012.document number: Wo/dCo/Whd/ 2012.2. (140315).
- World Health Organisation (WHO) (2015). Age Friendly Practice. Geneva: WHO. Tillgänglig:
<http://agefriendlyworld.org/en/category/age-friendly-practices-2/> (150320).

Bilaga 1

Intervjuguide fokusgrupper	Åldersvänliga städer 20140827
Ämnen och öppna frågor	Mer specifikt
Uppvärmningsfråga: Hur är det att bo i Kristianstads kommun som senior?	Vad är bra? Vilka problem finns?
<u>Fysiska miljöer</u> Ämne 1. UTEMILJÖER OCH BYGGNADER <i>Om du tänker på utemiljön där du bor eller där du brukar röra dig</i> *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) *Vilka hinder finns i utemiljön som gör att du inte vill/kan gå ut? * Om du tänker på dina omgivningar; Vad är det som gör att du känner att det är möjligt att leva ett gott liv? <u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u>	Fråga om <i>Är utemiljön och byggnaderna utformade så det går att leva ett aktivt liv och behålla sitt oberoende?</i> <i>Vad saknas om det inte fungerar?</i> <i>Utformning och underbåll 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> <i>Trafikvolym, buller? Problem på särskilda tider på dagen/natttid?</i> <i>Gröna områden, parker. Finns grönområden i närheten? Bänkar, andra möjligheter att vila?</i> <i>Mötesplatser – vilka mötesplatser finns och hur använder du dem?</i> <i>I byggnader: har ni upplevt problem med tillgängligheten? (trappor, dörrar, lyftanordningar, korridorer, golv, belysning, skyltning, dörrar, toaletter, viloplatser)</i> <i>Trygghet och säkerhet: Känslan av fysisk säkerhet? Känslan av trygghet mot brott?</i>
Ämne 2. TRANSPORTER Nästa ämne handlar om hur du kan transportera dig. *Använder du kollektivtrafiken för dina resor? (buss eller tåg) *Hur fungerar det för dig? *Vad skulle behöva göras att du skulle åka	Fråga om <u>Att använda kollektivtrafik:</u> Är du beroende av kollektivtrafik där du bor? Har bristande kollektivtrafik medfört flytt till annat boende? Är det något som saknas eller finns det hinder som gör att du inte väljer att åka med kollektivtrafiken? (teknik för biljettköp, obemannade automater, information som måste sökas på webben?)

<p><u>mer</u> med kollektivtrafiken?</p> <p><i>*Hur är det att cykla?</i> <i>*Vad skulle behöva göras att du skulle <u>cykla mer</u>?</i></p> <p><i>*Hur är det att gå?</i> <i>*Vad skulle behöva göras för att du skulle <u>gå mer</u>?</i></p> <p><i>*Hur är det att köra bil?</i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Kan du <i>åka dit du vill åka</i>? Är bussar eller tåg prisvärda? Lätta att komma ombord på? Är <i>turtätheten</i> tillräcklig när du vill åka? Kommer bussen/tåget i tid? Finns <i>hållplatser</i> med bänkar, ljus, skydd för väder och vind? <i>Trygghet och säkerhet</i>: Känslan av fysisk säkerhet? Känslan av trygghet mot brott?</p> <p><u>Som cyklist:</u> Är det <i>något som saknas</i> för att du skulle cykla mer? <i>Har du slutat cykla</i>? Vad berodde det på i så fall? (Balansproblem?) Finns det tillräckligt med <i>cykelbanor</i> som du kan använda? Känner du dig <i>trygg och säker</i> att cykla till dina mål? <i>Hur fungerar kontakten</i> med andra cyklister/fotgängare/trafikkorsningar med bilar?</p> <p><u>Som fotgängare:</u> Är det <i>något som saknas</i> för att du skulle gå mer? Finns det <i>tillräckligt med gångvägar</i> för dig när du ska gå till dina mål? Känner du dig <i>trygg och säker</i> när du är ute och går?</p> <p><u>För bilförare:</u> Läsliga trafikskyltar? Läsliga gatunummer? Ljus vid gatukorsningar? Lätt att förstå trafiksignaler? Tillräckliga och nära parkeringar? Handikapparkeringsplatser? Möjligheter att kunna lämna av och hämta upp? Känner du att du skulle behöva fräscha upp kunskapen som bilförare?</p>
<p>Ämne 3. BOSTÄDER</p> <p><i>*Har du det boende du önskar dig?</i></p>	<p>Fråga om</p> <p><i>Kan du bo där du vill bo?</i></p>

<p><i>*Hur skulle du vilja bo när du tänker på framtiden?</i></p> <p><i>*Påverkar bostadskostnaden dina möjligheter att vilja 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><i>Vill du bo där du bor?</i></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>Sociala miljöer</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? (demens/fysisk/psykisk funktionsnedsättning)</i></p> <p><i>*Finns tillräckligt med träffpunkter/ aktiviteter i kommunen?</i></p> <p><i>* Hur skulle du vilja ha det?</i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Fråga om</p> <p>Ges seniorer ett <i>offentligt erkännande</i> av insatser som man gör?</p> <p><i>Är Kristianstadsborna: Artiga</i> mot seniorer? <i>Ljussnar</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>Finns <i>det mötesplatser över generationsgränserna</i>?</p>
<p>Ämne 5. SOCIALT DELTAGANDE, ARBETE OCH SYSSLSÄTTNING (Möjligheter att känna sig fullt integrerad och kunna bidra i samhället)</p> <p><i>*Känner du att du behövs som samhällsmedborgare? Känner du dig som en del av samhällsgemenskapen?</i></p>	<p>Fråga om</p> <p><i>Är barnbarn en viktig insats?</i></p> <p><i>Deltar du i olika samhälleliga aktiviteter</i> (som utbildning, kultur, föreningsaktiviteter eller andliga</p>

<p><i>*Kan du vara med och bidra i sambället 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>*Hur skulle du vilja ha det?</i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>aktiviteter)?</p> <p>Har du <i>intressen som du inte har tagit tag i?</i> Om du inte är aktiv; vad gör att <i>du inte vill vara socialt aktiv?</i></p> <p><i>Hinder:</i> Transporter, sällskap, ekonomi, tidpunkten på dagen, förekomsten av mötesplatser</p> <p>Deltar du i <i>frivilligt arbete?</i> Får du <i>erkännande</i> för dina insatser?</p> <p><i>Arbetar du?</i> Är det viktigt för dig att få <i>ekonomisk ersättning</i> för dina insatser?</p>
<p>Ämne 6. MEDBORGELIG DELAKTIGHET (delaktighet i beslutsfattande som rör äldre och deras liv)</p> <p><i>*Tycker du att du kan påverka i sambället 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><i>*Hur skulle du vilja ha det?</i></p> <p><u>Positivt – negativt- förbättringsförslag</u></p>	<p>Fråga om</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</i> för att <i>behålla och förbättra din hälsa och livskvalitet</i>?
<p>Samhällets stöd</p> <p>Ämne 7. KOMMUNIKATION OCH INFORMATION</p> <p><i>*Får du veta vad du behöver från kommunen, från hälso- och sjukvården föreningar?</i> (t ex om service från kommunen/regionen eller om olika föreningsaktiviteter eller annat?)</p>	<p>Fråga om</p> <p>Är informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tillräcklig? • Tillgänglig?

Tänk på all slags information som ges:
Hemsidor på internet, broschyrer, på
föreningsmöten, genom kommunen, via
lokaltidningen, på telefon, via radio/TV,
skriftlig information eller av person

*Hur skulle du vilja ha det?

Positivt – negativt- förbättringsförslag

- Användbar?
- Lämplig?
- Lätt att förstå?
- Kan du använda tekniken för att du ska få den information du behöver?

Ämne 8. SAMHÄLLET'S STÖD OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

**Får du tillräcklig information som möjliggör ett aktivt, hälsosamt och självständigt liv?*

**Får du råd och stöd från hälso- och sjukvården och från kommunen om hur du ska leva ett hälsosamt liv?*

**Får du råd och stöd hur du kan förebygga sjukdomar?*

**Upplever du att råd/ kunskap/ information är lätt tillgänglig?*

**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?*

*Hur skulle du vilja ha det?

Positivt – negativt- förbättringsförslag

Fråga om

- 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?

Ämne 9. EGET ANSVAR

Vad är det allra viktigaste för ett gott liv?

Finns det tillgång till det du vill göra?

Hur skulle du vilja ha det?

Bilaga 2: Information och inbjudan samt demografiska uppgifter



Kristianstads
kommun

2014-06-26

Kommunledningskontor

Planering och Strategi

Birgitta Brännström-Förss

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. Medborgerlig 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

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sex kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagarbaserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordningsgrupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Den nya verksamhetsperioden 2011-2015 har en delvis ny inriktning med ett ökat fokus på flervetenskaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Personcentrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som bedrivs kommer fortfarande att genomföras i nära samarbete med ingående parterna, men kommer inte att vara avgränsad när det gäller projektens design.

