Uppsala kommun

Datum:
2019-04-10

Diarienummer:
ALN-2019-0159

Äldreförvaltningen
Förslag till beslut

Handläggare:
Jonas Nord

Äldrenämnden

Kartläggning av öppna förebyggande insatser – 2018

Förslag till beslut

Äldrenämnden föreslås besluta

att med beaktande av resultatet lägga rapporten till handlingarna,

att utreda hinder och möjligheter för grupper som idag inte deltar i öppna förebyggande insatser samt att utveckla och utforma information om äldrenämndens öppna förebyggande insatser så att de når hela målgruppen,

att utreda och återkomma med förslag på hur utbudet av träffpunkternas hälsofrämjande verksamhet kan göras mer likvärdig mellan olika träffpunkter samt utreda om de fasta träffpunkterna kan kompletteras med mobil verksamhet,

att utreda hur samverkan mellan träffpunkterna kan förstärkas,

att utreda hur samverkan mellan träffpunkter och relevanta interna och externa aktörer kan förstärkas,

att i samverkan med kommungemensam service utreda investeringsbehov och lokalisering av befintliga seniorrestauranger,

att utreda hur seniorrestauranger kan kompletteras med subventionerade luncher för seniorer på kommunens skolor,

att utreda möjligheterna för äldrenämnden att marknadsföra privata restauranger som vill rabattera sina luncher riktat mot seniorer, och

att genomlysa riktlinjer för avgiftsfri avlösning inom anhörig- , närstående- och demensvård.

Ärendet

Mot bakgrund av att den samlade kunskapen om öppna förebyggande insatser varit bristfällig, samt att uppföljning av öppna förebyggande insatser inte har genomförts på senare tid, har förvaltningen identifierat ett behov av en genomgripande kartläggning av öppna förebyggande insatser. Genom kartläggningen vill förvaltningen ge en kunskapsbas och grund för framtida strategier inom området.

Kartläggningen innefattar träffpunkter, seniorrestauranger och Anhörigcentrum. Den

Postadress: Uppsala kommun, äldreförvaltningen, 753 75 Uppsala
Telefon: 018-727 00 00 (växel)
E-post: aldreforvaltningen@uppsala.se
www.uppsala.se

bygger på intervjuer med personal ute i verksamheterna, sammanlagt femton stycken, och på 854 enkätsvar från deltagare.

Kartläggningen ger en bild av bland annat hur öppna förebyggande insatser är organiserat, vilka deltagarna är samt olika problem som finns inom verksamhetsområdet. Vidare ges i kartläggningen även förslag på områden som behöver undersökas noggrannare men också potentiella lösningar som även de behöver utredas vidare.

Inom ramen för kartläggningen har ett arbete påbörjats med att se över anhörigcentrums uppdrag i dialog med verksamheten.

Äldreförvaltningen

Carina Juhlin

Direktör

Bilagor

Bilaga 1: Kartläggning av öppna förebyggande insatser - 2018

Bilaga

Uppsala kommun

Äldrenämnden
Rapport

Datum:
2019-04-10

Diarienummer:
ALN-2019-0159

Handläggare:
Jonas Nord

Kartläggning öppna förebyggande insatser i Uppsala kommun - 2018

Uppsala kommun

Sammanfattning

Syftet med rapporten är att undersöka, utvärdera samt skapa ett underlag för diskussioner och rekommendationer kring framtidsstrategier gällande öppna förebyggande insatser riktade till äldre invånare i Uppsala kommun.

Kartläggningen bygger på material från intervjuer med personal i de olika verksamheterna, träffpunkter, seniorrestauranger och Anhörigcentrum samt enkätsvar från 854 deltagare.

Resultatet visar att merparten av deltagarna på öppna förebyggande insatser är etniskt svenska och främst är kvinnor, bortsett från seniorrestaurangerna där fördelningen mellan kvinnor och män är ungefär lika. Vidare är ålderspannet hos deltagarna stort, i vissa fall 32 år och med skillnader i kognitiv och fysisk status. Vad gäller socioekonomisk status är det varierat.

Deltagarantalet kommer mest troligt att öka i framtiden. Med ökat deltagande kommer lokalresurserna för öppna förebyggande insatser inte att vara tillräckliga vilket är mest framträdande gällande träffpunkterna. Där kommer lokalerna att vara för små och en del utrustning kommer att behöva bytas ut. Utrustning kommer efterhand även behöva bytas ut på seniorrestaurangerna. Vidare kan vi se en diskrepans mellan stad och landsbygd, där utbudet av öppna förebyggande insatser är mindre på landsbygden. Förslag på lösningar är bättre kommunövergripande samverkan kring lokaler, exempelvis idrottshallar, samt att skapa färre men större träffpunkter där även seniorrestauranger samt annan verksamhet inryms. Den sistnämnda lösningen kan kompletteras med mobil verksamhet för att öka den geografiska spridningen av öppna förebyggande insatser.

Det framkommer också av resultatet att samverkan med både interna och externa verksamheter kan förbättras. Samverkan som den ser ut i nuläget är främst personbunden och beroende av geografisk närhet mellan verksamheter. Anhörigcentrum å andra sidan har en väl fungerande samverkan och kan därför fungera som ett gott exempel för att utveckla samverkan.

Informationen från Uppsala kommun beträffande öppna förebyggande är bristfällig. Svaren från deltagarna visar att de främst får sin information via annan person, ett fåtal angav kommunen som informationskälla. Informationen och hur den kommuniceras bör ses över och anpassas till äldrenämndens målgrupp.

Slutligen kan konstateras att öppna förebyggande insatser är omtyckta av deltagarna och att öppna förebyggande insatser bidrar till att uppfylla flertalet politiska mål som är antagna av eller utformade av Uppsala kommun.

Uppsala kommun

Innehållsförteckning

1 Introduktion: Öppna förebyggande insatser inom Uppsala kommun 1

1.1 Träffpunkter 1

1.2 Seniorrestauranger 1

1.3 Anhörigcentrum 1

2 Målgruppen och dess hälsa 1

3 Syfte & avgränsningar 2

3.1 Syfte 2

3.2 Avgränsningar 2

4 Disposition 3

5 Bakgrund - internationella, nationella och lokala utvecklingar 3

5.1 Aktuella uppdrag i Mål och budget 2019-2021 3

5.2 Agenda 2030 4

5.2 Äldrevänlig stad 5

6 Metod 7

6.1 Material 7

6.2 Analys och bearbetning av material 8

6.3 Kartläggningens kvalitet 9

7 Resultat & analys 9

7.1 Resultat träffpunkter 9

7.2 Resultat seniorrestauranger 18

7.3 Resultat Anhörigcentrum 24

8 Analys och rekommendationer 31

Uppsala kommun

1 Introduktion: Öppna förebyggande insatser inom Uppsala kommun

Öppna förebyggande insatser i Uppsala kommun syftar till att bibehålla och att förbättra hälsan hos äldre kommuninvånare över 65 år. Öppna förebyggande insatser inom Uppsala kommun är indelade i tre verksamhetsområden; träffpunkter, seniorrestauranger och Anhörigcentrum. Gemensamt för öppna förebyggande insatser är att de är kostnadsfria eller subventionerade för personer 65 år och uppåt och att möjligheten att delta inte kräver ett biståndsbeslut.

1.1 Träffpunkter

På träffpunkterna fokuseras det på fysisk aktivitet, social samvaro samt kunskapsgivande aktiviteter. Träffpunkterna är till för de medborgare som är 65 år och äldre. Aktiviteter på träffpunkterna är träning, genom exempelvis gym, gympapass, yoga, dans och social samvaro genom exempelvis kortspel, filmvisning, kulturella aktiviteter och fika samt kunskapsgivande aktiviteter såsom föreläsningar. Träffpunkterna har olika utbud av aktiviteter beroende på lokalernas utformning, personalens kunskap och besökarnas antal, förmåga samt önskemål. I Uppsala finns det 15 träffpunkter i egen regi som är fördelade både i staden och på landsbygden.

1.2 Seniorrestauranger

Seniorrestaurangerna ger Uppsala kommuns medborgare över 65 år möjlighet att äta subventionerade luncher. I Uppsala finns det sju seniorrestauranger i egen regi. Alla har möjlighet att äta på seniorrestaurangerna men det är endast de som är 65 år och äldre som får subventionerade luncher, för 50 kr per portion. Seniorrestaurangerna i egen regi håller öppet minst två timmar årets alla dagar. Under 2018 serverade seniorrestaurangerna i Uppsala kommun 150 072 luncher.

1.3 Anhörigcentrum

Uppsala kommun erbjuder anhörigstöd för anhöriga till personer med långvarig eller kronisk sjukdom. Inom Anhörigcentrum finns anhörigstöd, demensvårdsstöd, avgiftsfritt egentidsstöd i hemmet samt stödteam demens.

2 Målgruppen och dess hälsa

Målgruppen för denna kartläggning är äldre personer över 65 år. Ålder i sig innebär en ökad risk för en mängd fysiska och psykiska hälsoproblem. Orsaken till fysiska sjukdomar och hälsoproblem är muskulära och cellulära skador som följer med åldern vilket bidrar till bland annat minskad muskelmassa och minskad styrka, benskörhet, problem med leder och försämrat immunförsvar. Det kan ge sig i uttryck i bland annat att individens styrka avtar eller att personens rörelseförmåga försämras. Fysiska hälsoproblem beror till viss del av både brist på fysisk aktivitet och otillräckligt näringsintag och kan således förebyggas. Vidare så ökar risken för hjärnsjukdomar, såsom demenssjukdom, med åldern samtidigt som det är vanligare med multisjukdom (flera sjukdomar samtidigt) bland äldre personer.

Åldrandet innebär även en ökad risk för psykisk ohälsa. Två av de vanligaste psykiska sjukdomarna hos äldre personer är depression och ångest. Förekomsten av depression

ökar med stigande ålder och är vanligt hos äldre personer med kroniska sjukdomar. Även risken för självmord ökar med stigande ålder. Riskfaktorer för självmord bland äldre personer är depression, alkoholmissbruk, ångest och psykossjukdomar samt tidigare självmordsförsök. I Sverige, liksom de flesta industrialiserade länder, är suicidtalen högst bland män och äldre.

Det är dock viktigt att påpeka att trots olika problem med hälsan så upplever äldre ett ökat subjektivt välbefinnande med åldern. Studier visar att vi är som lyckligast runt 70-årsåldern (Schwandt, 2016).

Att arbeta för en bättre folkhälsa handlar om att arbeta strukturellt med livsvillkor och levnadsförhållanden och samtidigt kompensera för dessa förhållanden genom hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Agenda 2030 poängterar vikten av att säkerställa fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Främjande och förebyggande insatser för en god folkhälsa kan ses som en integrerad del i agendans alla delar, och som en förutsättning för en hållbar samhällsutveckling, ekonomiskt, socialt och ekologiskt. Delaktighet och inflytande är betydelsefullt för en god hälsa. Ett aktivt och hälsosamt åldrande består av fyra hörnpelare: social gemenskap och stöd, meningsfullhet, fysisk aktivitet och goda matvanor (SFHI, 2007).

3 Syfte & avgränsningar

3.1 Syfte

Denna rapport är en att kartläggning och utvärdering av Uppsala kommuns öppna förebyggande insatser riktade till äldre medborgare i Uppsala kommun. Syftet med rapporten är att skapa underlag för jämförelser och utvärderingar och vidare skapa ett underlag för debatt och rekommendationer för förbättringsområden. Arbetet med rapporten utgår från följande frågor:

- Vilka öppna förebyggande insatser riktade till äldre erbjuds i Uppsala kommun?
- Vilka kommuninvånare deltar i öppna förebyggande insatser riktade till äldre i Uppsala kommun?
- Hur struktureras, styrs och bedrivs öppna förebyggande insatser riktade till äldre i Uppsala kommun?

3.2 Avgränsningar

Denna rapport avser endast öppna förebyggande insatser. Öppna förebyggande insatser är en öppen verksamhet och deltagande behöver därför inte föregås av biståndsbeslut. Andra insatser som syftar till god vård och omsorg för äldre i Uppsala kommun, exempelvis hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende samt extern öppen verksamhet, exempelvis Storgatan 11, innefattas således inte i denna rapport/utredning. Även insatser som är uppdrag för Region Uppsala utesluts från denna utredning. Målgruppen som är i fokus för öppna förebyggande insatser är personer som är 65 år och äldre och som till stor del klarar av deltagande i aktiviteter på egen hand, utan stöd av personalen. Resultatet av vår analys kommer att kopplas till projekt såsom WHO:s nätverk kring

äldrevänliga städer och Agenda 2030. Dock har vi valt att utelämna vissa mål i Agenda 2030 då de ligger utanför ramen för öppna förebyggande insatser.

4 Disposition

Inledningen har innehållit *Sammanfattning*, *Introduktion, Målgruppen och dess hälsa* samt *Syfte & Avgränsningar*. Efter *Dispositionen* följer kapitlet *Bakgrund – internationella, nationella och lokala utvecklingar* som beskriver det ramverk vi har använt oss av för att göra analyser, det är kopplat till Uppsala kommuns mål och visioner. I efterföljande kapitel, *Metod*, redovisas datamaterial, tillvägagångssätt och analysarbete. Detta kapitel innehåller också en utvärdering av kartläggningens kvalitet. I kapitlet *Resultat* redovisas utredningens resultat. Kartläggningen avslutas med *Analys och rekommendationer.*

5 Bakgrund - internationella, nationella och lokala utvecklingar

I denna del förklaras till vilken bakgrund vi har valt att koppla vårt resultat. Detta bygger främst på *Agenda 2030* samt *Äldrevänlig stad*. Vidare har vi även tagit i beaktande rekommendationer och riktlinjer från andra myndigheter och aktörer, exempelvis Statens folkhälsoinstitut (SFHI), Livsmedelsverket och Socialstyrelsen. Agenda 2030 innefattar mål uppsatta av Förenta Nationerna (FN) och syftar till att främja ekonomisk, social och miljömässig hållbarhet. Uppsala kommun har valt att implementera de målen i sin verksamhet. Äldrevänlig stad är ytterligare ett globalt utvecklingsprojekt. Äldrevänlig stad (Age-friendly cities) är ett projekt initierat av Världshälsoorganisationen (WHO) där syftet är att förbättra äldres möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor. Både Agenda 2030 och Äldrevänlig stad ligger i linje med statens folkhälsoinstituts fyra hörnstenar för ett hälsosamt åldrande. Ett hälsosamt åldrande innefattar att alla ska känna sig behövda oavsett ålder, social aktivitet utefter var och ens egna behov och vilja, god mat i sällskap med andra personer samt fysisk aktivitet (SFHI, 2009). Vidare har vi valt att utvidga vår bakgrund till att även innefatta Uppsala kommuns egna mål som återfinns i bland annat *Mål och budget 2019-21* (Uppsala, 2018). Det är utifrån dessa projekt, mål och visioner vi har valt att skapa en referensram för vår analys av resultatet.

5.1 Aktuella uppdrag i Mål och budget 2019-2021

Kommunfullmäktige har tilldelat äldrenämnden följande uppdrag i Mål och budget 2019-2021 som direkt berör folkhälsa och öppna förebyggande insatser riktade mot äldre:

- Utveckla en äldrevänlig kommun inom ramen för WHO:s nätverk,
- Utveckla det förebyggande arbetet för att främja psykisk hälsa,
- I syfte att skapa fler träffpunkter och möjlighet till anpassad friskvård utreda villkor samt finansiering för möjliga partnerskap med det civila samhället och näringslivet,
- Utred seniorluncher på skolor och privata restauranger,
- Fortsatta medborgardialoger för att tillsammans med invånare göra Uppsala till en äldrevänlig kommun.

5.2 Agenda 2030

Agenda 2030 innefattar, av FN uppsatta, mål för ett ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbart samhälle. De mål som finns i Agenda 2030 har antagits av Sveriges Riksdag samt av olika kommuner i Sverige däribland Uppsala. Vi har valt att fokusera på sex av de 17 mål som FN har utformat. Nedan beskrivs vilka av de mål som är relevanta för Uppsala beträffande förebyggande insatser för äldre medborgare:

- Mål 1: Avskaffa fattigdom i alla dess former överallt,
- Mål 2: Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk,
- Mål 3: Säkerställa hälsosammare liv och främja välbefinnandet för alla i alla åldrar,
- Mål 4: Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av god kvalitet och främja livslång lärande för alla,
- Mål 5: Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickor egenmakt,
- Mål 10: Minska ojämlikheten inom och mellan länder.

5.1.1 Mål 1: Avskaffa fattigdom i alla dess former överallt

Målet är bland annat att minska inkomstklyftorna men också att öka den disponibla inkomsten för utsatta grupper av medborgare. Vidare ingår i målet att genom socialförsäkringsskyddet skapa trygghet och minska ekonomisk utsatthet (Regeringen, 2017). I Uppsala kommuns strategiska arbete i relation till detta mål ingår att budgetera för en jämställd resursfördelning.

5.1.2 Mål 2: Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk

Förekomsten av undernäring i Sverige är överlag marginell. I de fall där undernäring uppträder är det främst bland äldre, även om det även i denna kategori av medborgare förekommer i förhållandevis låg utsträckning. Skillnader i matvanor och hälsa förklaras främst genom socio-ekonomisk situation, utbildning och inkomst (Regeringen 2017). SFHI betonar vikten av hälsosamma matvanor och nutrition. Vidare poängteras det att mat bör ätas i sällskap med andra personer i de fall personerna vill (SFHI, 2009). Även livsmedelsverket anger rekommendationer för måltider och måltidssituationen för äldre där sociala och självbestämmande aspekter också tas i beaktning. (se Livsmedelsverket, 2017, Socialstyrelsen, 2011).

5.1.3 Mål 3: Säkerställa hälsosammare liv och främja välbefinnandet för alla i alla åldrar

Det finns flera utmaningar i Sverige gällande jämställdhet, jämlikhet och välbefinnande i förhållande till vård och omsorg, bland annat beträffande äldre medborgare. Bland män är självmord vanligast bland äldre (över 65 år) bland annat beroende på ensamhet och avsaknad av social samvaro. Det är också utmärkande att ohälsosamma levnadsvanor och matvanor samt mindre fysisk aktivitet ökar överlag i det svenska samhället, vilket är en utmaning för vården och omsorgen. Dessutom finns det en

skapad bild av att äldre medborgare upplever ensamhet i högre grad (Cedersund & Ågren, 2017).

5.1.4 Mål 4: Säkerställa en inkluderande och likvärdig utbildning av god kvalitet och främja livslångt lärande för alla

Ett mål i Agenda 2030 betonar livslångt lärande. Detta innefattar lärande på flera nivåer för alla åldrar. Centralt är också att påpeka att lärande förekommer i fler kontexter än inom utbildningsväsendet. Livslångt lärande handlar per definition om att lära genom hela livet. Lärande kan, och bör, vara både formellt och informellt och således uppgifter som bör bedrivas av såväl statliga institutioner som civilsamhälle. (Se Nordin, 2008; Jönsson, 2011).

5.1.5 Mål 5: Uppnå jämställdhet och alla kvinnors och flickors egenmakt

Jämställdhet är ett prioriterat mål i svensk politik. Arbetet för ökad jämställdhet har under en tid bedrivits av såväl nationella som lokala aktörer, från både statliga- och civilsamhällesaktörer. Att kvinnor och män ska ha lika makt att forma både samhälle och sina egna liv är mål som fastställdes i riksdagen år 2006. Målet är i sin tur uppdelat i sex delmål där de mest relevanta för denna rapport är ekonomisk jämställdhet, jämn fördelning av det obetalda hem- och omsorgsarbetet samt jämställd hälsa. Ett antal utmaningar kvarstår för att uppnå de olika delmålen bland annat att öka omsorgsfördelningen i hemmet och att minska ekonomiska skillnader mellan män och kvinnor genom arbetslivsinsatser (Regeringen 2017).

5.1.6 Mål 10: Minska ojämlikheten inom och mellan länder

Det skiljer mycket i hushållens disponibla inkomster. Även om hushållens disponibla inkomster har ökat så har även skillnaderna och klyftorna beträffande inkomster mellan medborgare ökat. De 40 procent som har lägst inkomst har inte haft lika hög tillväxttakt som de 40 procent som har högst inkomst. Utsatta grupper är yngre personer, äldre personer samt personer med funktionsnedsättning (Regeringen, 2017).

5.2 Äldrevänlig stad

Uppsala kommun är medlem i Världshälsoorganisationens (WHO) samarbete för att främja äldres möjligheter att leva ett hälsosamt och oberoende liv med ökad delaktighet i samhällsfrågor. Medlemskapet innebär att kommunen ska arbeta för att förbättra förutsättningar för äldre medborgare inom åtta olika områden av vilka vi har valt att fokusera på fem mål, vilka är:

- samhällsstöd med bra hälso- och sjukvårdstjänster,
- social delaktighet,
- respekt och social tillhörighet,
- medborgardeltagande och sysselsättning,
- kommunikation och information.

5.2.1 Samhällsstöd med bra hälso- och sjukvårdsinsatser

WHO (2017) skriver i sin guide till äldrevänliga städer att hälso- och supportinsatser är centrala för att bibehålla hälsa och oberoende för medborgare i den gemenskap de

befinner sig i. Det innefattar bland annat tillgång till sjukvård, tillgång till äldreboende och andra former av stöd för äldre där WHO (2007) poängterar att det är viktigt med ett nätverk av samhälleliga insatser för äldre. Exempel på insatser är bland annat billigare måltider för äldre, kurser och hjälp med datoranvändning för att klara vardagssysslor och möjligheter till fysisk träning. Vidare så poängteras vikten av att kostnaden för insatserna är låga för den enskilde medborgaren, dels för att främja deras möjlighet att delta men också för att minska ekonomiska skillnader mellan medborgare. En del av problematiken beträffande insatserna är ofta att informationen gällande dem är svåråtkomlig, att de är för dyra för finansiären och att de håller en låg kvalitet.

5.2.2 Social delaktighet

I WHO:s (2007) rapport beskrivs att social delaktighet och socialt stöd är starkt relaterade till hälsa och välbefinnande (se även SFHI, 2010). Detta innefattar äldre personers deltagande i sociala, fritids och kulturella aktiviteter med både familj och den samhälleliga gemenskap de befinner sig i. Det bibehåller och stärker de äldres kompetens, ökar respekten för dem, att bibehålla eller skapa nya relationer och minskar isolering för de äldre. Dock så beror möjligheten till deltagande och delaktighet på de aktiviteter som erbjuds samt på tillgängligheten för de äldre att ta del av aktiviteterna, detta innefattar inte enbart transport utan hur exempelvis lokaler är konstruerade för att passa deras behov. Vidare så spelar den ekonomiska aspekten och möjligheten att delta en viktig roll, enligt WHO (2007). Det är därför centralt att de aktiviteter som erbjuds är varierade, sker i anpassade lokaler, är kostnadsfria eller till låg kostnad samt finns förhållandevis nära hemmet. Integration mellan åldersgrupper är viktigt och syftar till att minska ålderismen (se Lars Andersson, 2008; Bytheway, 1995) i samhället. Närmiljön är också central för att möjliggöra delaktighet.

5.2.3 Respekt och social tillhörighet

WHO (2007) beskriver att det finns en utbredd ålderism (se Lars Andersson, 2008; Bytheway, 1995) i samhället. I ett samhälle där ungdom idealiseras skapas negativa och stereotypa bilder av äldre medborgare. De beskrivs ofta som en börda, onyttiga för samhället, en kostnad, mer ointelligenta och lättretade. Denna bild förstärks då äldre oftare drabbas av sjukdomar som ökar beroendet av stöd, exempelvis demenssjukdomar (se Nedlund & Nordh, 2017; Nordh 2016). En möjlighet till att bryta den negativa stereotypa bilden av äldre är att möjliggöra för intergenerationella mötesplatser och forum där generationsöverskridande möten faciliteras.

5.2.4 Medborgardeltagande och sysselsättning

WHO (2007) poängterar, i sin guide, även vikten av ett medborgarengagemang och så även för äldre medborgare. Detta kan främjas genom medborgardialog eller genom medlemskap i de organisationer och forum som finns i den direkta lokala gemenskapen. Detta kan främjas genom bland annat mötesplatser där medborgare kan samlas, interagera med varandra och på sätt skapa ett forum för politiska och samhälleliga diskussioner. Medborgardeltagande främjar bilden av och statusen hos äldre personer som medborgare förtjänade av respekt och inkludering. Det ökar välbefinnandet

självförtroendet hos de äldre då de får dela med sig av sina erfarenheter och kompetenser och det främjar statusen för äldre som en grupp i samhället.

5.2.5 Kommunikation och information

Information och kommunikation är centralt i ett samhälle. WHO (2007) poängterar vikten av att hitta sätt att nå ut till alla medborgare och så även äldre medborgare och även att kommunen är en central aktör för spridning av information. Beroende på att städer och dess demografi, geografi etc. ser olika ut är det viktigt att hitta sätt att nå ut till just sina medborgare, vilket kan variera från stad till stad. Det är vidare centralt att det finns en variation av kanaler för information då alla kanaler inte är tillgängliga för alla medborgare. Det kan bero bland annat på fysiska och psykiska nedsättningar men också på exempelvis socioekonomiska faktorer där vissa medborgare inte har möjlighet att tillgodose sig information från vissa kanaler. Detta innefattar också den audiovisuella designen av de kanaler där informationen presenteras.

6 Metod

6.1 Material

I kartläggingen har vi analyserat flera olika material, intervjuer, enkäter och observationer. Material från flera källor ger både en bredd och ett djup och ger också möjlighet till olika analyser. Det ger även möjlighet att jämföra resultat från analyser av de olika materialen.

6.1.1 Enkäter

Enkäter för att belysa brukarnas åsikter om träffpunkterna, seniorrestaurangerna och Anhörigcentrum utformades och lämnades ut till samtliga verksamheter under 2018. Deltagande i enkätundersökningen var frivilligt. Enkätens frågor byggde på tidigare insamlat material (ALN 2013-0043) och anpassades efter respektive verksamhet, frågorna i enkäten berörde exempelvis vilka verksamheter de besöker, vilka aktiviteter de anser viktigast samt nöjdhet. Frågorna utformades för att säkerställa dels att kvantitativa analyser kan genomföras, för att kunna ta del av kommuninvånarnas erfarenheter samt för att kunna göra generaliseringar till populationen. Enkäten utformades även så att insamlad data kan jämföras med tidigare insamlat material bland annat genom kategoriseringar av aktiviteter, det har emellertid inte gjorts i denna kartläggning. Totalt har 854 svar inkommit, varav 596 från kvinnor och 242 från män, 16 svarande har inte uppgivit kön.

6.1.2 Intervjuer

6.1.2.1 Urval av intervjupersoner

Intervjupersonerna är strategiskt utvalda utifrån deras roll i Uppsala kommuns organisation. Fokus har varit på personal inom de verksamheter som är av intresse för kartläggningen, vilket är personal på träffpunkter, Anhörigcentrum samt seniorrestauranger. Urvalet av specifika intervjupersoner har gjorts på olika sätt. På träffpunkterna och Anhörigcentrum har förslag på intervjupersoner getts från cheferna medan personal på seniorrestaurangerna har kontaktats slumpvis utefter en lista.

6.1.2.2 Genomförande av intervjuer

Intervjuerna som genomförts följer en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor (Bryman, 2012; Alvesson, 2011). Intervjuguiden följer ämnen som har bedömts vara intressanta i relation till utredningen, men intervjuguidens struktur har tillåtit intervjupersonen att också prata om vad de själva finner intressant inom intervjuguidens ram. Vidare har metoden expertintervjuer använts (Littig & Pöchhacker, 2014; Bogner et al., 2009). Expertintervjuer syftar till att dels välja intervjupersoner utefter deras roll och kunskap men också att låta dem vara experter under intervjun och således låta dem "styra" intervjun. Följdfrågor utformades till de öppna frågorna för att ge möjlighet att styra intervjupersonerna men också för att kunna förtydliga frågor och få igång samtalet vid behov. Det finns tillåtelse till flexibilitet i datainsamlingsprocessen vilken kan beskrivas som iterativ (Spencer et al, 2003). Detta förklaras som att intervjuerna är en fram och tillbakaprocess där vissa aspekter kan förändras under arbetsgången, exempelvis omformulering, tillägg eller borttagande av frågor och urval av intervjupersoner.

6.1.3 Observationer

Under våren 2018 har det genomförts observationer på samtliga träffpunkter samt på seniorrestaurangerna Björngården, Leopold, Porfyren och Ramund. Observationerna har syftat till att dels se lokalerna men också i de fall det har pågått aktiviteter observera även dem. Under besöken har vi även pratat med personalen på plats samt i vissa fall besökare.

6.2 Analys och bearbetning av material

I och med den mängd olika data som använts som underlag för denna utredning har det också krävts olika sätt att analysera materialet. Nedan beskrivs analys av intervjuerna och enkäterna.

6.2.1 Bearbetning och analys av intervjumaterial

Intervjuerna har transkriberats ordagrant och således gjorts om till text. Därefter har texterna lästs igenom för att få en överblick av materialet. I nästa steg har det identifierats mönster i texterna där intervjupersonerna har samtalat om specifika ämnen. Mönstren har sedan kategoriserats in i teman, exempel på teman är *deltagare*, *aktiviteter* och *samverkan*. Efter att specifika teman har identifierats så har bitar av texterna som berör det temat kategoriserats för att sedan göra en mer noggrann analys av vad intervjupersonerna berättar om dem. Här har ibland ytterligare kategoriseringar gjorts beroende på vad som diskuteras i intervjuerna, exempelvis har samverkan delats upp i *intern* och *extern samverkan*. I resultatdelen beskrivs resultatet av analysen, citat från intervjuerna finns med som exempel på intervjupersonernas berättelser och därmed kommer inte citat från alla intervjupersoner finnas med i alla delar.

6.2.2 Bearbetning och analys av enkäter

Samtliga enkäter utformades med ett underliggande syfte att kunna kvantifiera svaren och därmed möjliggöra parametriska statistiska analyser. Enkäterna var helt avidentifierade. Endast kön samt ålder registrerades (om det uppgavs) och användes

som grupperingsvariabler; exempelvis för att kunna göra analyser baserade på åldersspann. Majoriteten av frågorna i enkäten kodades som JA = 1, NEJ = 0 där det var möjligt och frekvenser kunde beräknas (exempelvis hur många av de svarande som besökte en viss träffpunkt och hur stor denna andel var jämfört med andra). Andra frågor där exempelvis en upplevelse eller uppskattning skulle göras kodades alternativ, där 1 = liten utsträckning till 4 = i stor utsträckning. Trots att majoriteten av den statistik som presenteras här är av en deskriptiv typ (central- och spridningsmått) ger storleken och formen på det kvantitativa underlaget en möjlighet för vidare statistisk signifikanstestning baserat på hypotesprövningar, exempelvis prediktioner.

6.3 Kartläggningens kvalitet

Datamaterialet för kartläggningen har varit stort. Sammanlagt har 15 intervjuer genomförts och 854 enkätsvar lämnats in. Det har även kompletterats med besök på samtliga verksamheter. Materialet har gett möjlighet att göra generella analyser, genom enkätmaterialet och djupare, mer verksamhetsnära analyser, genom intervjumaterialet. Vidare har analysen av materialet genomförts av fyra personer vilket minimerar risken för exempelvis feltolkningar. Att använda olika datamaterial samt att vara flera personer som analyserar kallas triangulering och bidrar till att öka kartläggningens trovärdighet.

Vad som kan anses vara en svaghet i kartläggningen är att svarsfrekvensen på enkäten för Anhörigcentrum är låg, med endast 33 svar. Det är problematiskt att generalisera det materialet till hela populationen av kontakter vid Anhörigcentrum. Istället har det använts som komplement till intervjumaterialet och för att stärka eller ifrågasätta tolkningar av det.

Ytterligare en svaghet är att intervjuer endast har genomförts med personal och inte med deltagare i öppna förebyggande insatser och att enkäter endast har delats ut till deltagare och inte till personal. Genom intervjuer med kommuninvånare hade ytterligare djup i kartläggningen kunnat skapas och kunnat ge en mer nyanserad bild av hur deltagarna upplever verksamheterna. Enkät till personalen inom öppna förebyggande verksamheter hade kunnat bidra till att skapa en mer generell bild av deras situation även om det är tveksamt om material hade varit stort nog.

7 Resultat & analys

Redovisningen av resultatet har delats in utefter de verksamheter vi avser att belysa i rapporten i ordningen: träffpunkter, seniorrestauranger och anhörigcentrum.

7.1 Resultat träffpunkter

I följande stycke kommer resultatet för träffpunkterna att presenteras. Resultatet presenteras utifrån de teman som har framkommit under analysen av datamaterialet. Vi har valt att lyfta fram fem teman som identifierats under analysen, de är *Lokaler*, *Deltagare*, *Mål, uppdrag och aktiviteter*, *Samverkan* och *Information*.

7.1.1 Lokaler

Träffpunkternas lokaler har beskrivits av samtliga intervjupersoner. Lokalerna är centrala för träffpunkternas verksamhet, både i relation till deras *geografiska placering*

vilket påverkar exempelvis tillgänglighet och i relation till *lokalernas utformning* vilket innebär exempelvis dess storlek.

7.1.1.1 Geografisk placering

Träffpunkterna i Uppsala kommun är främst placerade i staden och endast fyra stycken är belägna på "landsbygden", Bälinge, Björklinge, Järlåsa och Storvreta. Vidare finns det i staden två områden med lite större koncentration av träffpunkter, dels Gottsunda med tre träffpunkter (Treklangen, Bozorgan och Café Mona) samt Svartbäcken/Luthagen med tre träffpunkter (86:an, Karl-Johan och Ramund).

Tabell 1

Geografisk spridning av träffpunkterna	
Träffpunkt	Stadsdel/landsbygdsområde
Björklinge	Björklinge
Bälinge	Bälinge
Bozorgan	Gottsunda
Café Mona	Gottsunda
Hassellunden	Salabacke
Järlåsa	Järlåsa
Karl-Johan	Svartbäcken
Eriksberg	Eriksberg
Medelpunkten	Storvreta
Nyby	Nyby
Ramund	Luthagen
Sävja	Sävja
Treklangen	Gottsunda
Årsta	Årsta
86:an	Svartbäcken

Hur ser då träffpunkternas geografiska placering ut i förhållande till demografin? Nedan visas de stadsdelar/landsbygdsområden i kommunen med högst antal invånare 65 år och äldre:

Tabell 2

Stadsdelar/landsbygdsområden högst antal äldre (65+ i kommunen) 2017	
Stadsdel/landsbygdsområdet	Antal invånare 65-w
Luthagen	2 653
Salabacke	2 197
Centrum	1 935
Årsta	1 614
Främre Luthagen-Fjärding	1 570
Eriksberg	1 434
Svartbäcken	1 193
Gottsunda	1 156
Östra Bälingebygden	1 142
Storvretabygden	1 136
Fålhagen	1 054

Löten	1 018
Sunnersta	1 007
Nyby	991

Relationen mellan den geografiska placeringen av träffpunkterna och antalet äldre i kommunens olika områden uppvisar en stor samstämmighet men med ett undantag. De centrala delarna (centrum, främre Luthagen-Fjärdingen) saknar en kommunal träffpunkt, trots det höga antalet äldre i dessa områden. I de centrala delarna finns dock de båda träffpunkterna (Storgatan 11 och Äldrecenter) som drivs av ideella aktörer i samverkan med äldrenämnden.

7.1.1.1 Lokalernas utformning

Vad som också framkommit i kartläggningen är att personalen inte anser att lokalerna är ändamålsenliga. Det ska dock poängteras att träffpunkternas lokaler är mycket varierande där vissa endast är ett rum i en föreningslokal, se Järlåsa, en mindre lägenhet, exempelvis Hassellunden och Björklinge eller stora lokaler med exempelvis stora rum för fysisk aktivitet såväl som snickeri och ateljé, exempelvis Nyby och Årsta. Det är därför svårt att ge en samlad bild över personalens upplevelser av lokalerna. Något som är gemensamt är att lokalerna inte alltid är ändamålsenliga och skapar begränsningar i vilka aktiviteter som kan bedrivas och hur de bedrivs. Det kan bero dels på lokalernas storlek men också på den utrustning som finns i lokalerna såsom gymutrustning eller snickerimaterial.

> ...sen blir det fredag halv, tio har jag ett seniorgympapass som är väldigt uppskattat och där har lokalen blivit alldeles för liten, eller vi har blivit för många... (TP1)

> ...och de är ju, på många gym är det ju proppfullt på i lokalerna å vi delar ju lokaler med andra så vi kan ju inte nyttja lokalerna hela tiden... (TP5)

> ...där är det också, jättestora utrymmen men själva gymmet är lite från 1800-talet men ändå, det funkar...(TP2)

På de mindre träffpunkterna, som oftast består av en lägenhet, är det svårt att bedriva fysiska aktiviteter såsom dans, yoga eller gympa, i den utsträckning det hålls fysiska aktiviteter är det främst sittgympa runt ett bord eller i den mån det går att flytta om möbler. Fysisk aktivitet är således vanligare på de träffpunkter som inryms i större lokaler, exempelvis Karl-Johan och Årsta medan de mindre träffpunkterna, exempelvis Björklinge, fokuserar mer på social samvaro.

7.1.2 Deltagare

Sammanlagt har Uppsala kommuns träffpunkter i egen regi haft 12 048 deltagare under 2018, besöken registreras utefter unik person och aktivitet[1]. Den träffpunkt som har haft flest antal deltagare är Årsta med 2 650 stycken och den som har haft minsta antal besök är Järlåsa med 101 stycken.

[1] Besöken registreras per aktivitet, en person kan således registreras för exempelvis tre besök under en och samma dag.

7.1.2.1 Träffpunkternas besökare

Vilka är det då som besöker träffpunkterna? Personalen beskriver att en övervägande del av deltagarna, ungefär fyra femtedelar, är kvinnor. Undantaget är gymmen där det är en något större andel män:

> ...vi för ju statistik, när det gäller gymträningen som är en del, där är det två tredjedelar som är kvinnor en tredjedel män ungefär, tittar vi på dom andra grupperna är det väldigt, med fysisk aktiviteter, då så är det väldigt få män, där är det mest kvinnor (TP4)

Enkätsvaren visar att av de svarande så är 77 procent kvinnor, 22 procent är män och en (1) procent uppger alternativet "annat" vilket förstärker bilden av deltagarna som personalen ger. Personalen beskriver att de flesta som besöker träffpunkterna är "svenskfödda", även om det även finns deltagare med annan etnicitet, undantaget är de två träffpunkter som har en specifik inriktning, Café Mona (serbokroatisk inriktning) och Bozorgan (persisk inriktning):

> Mm eeh det är ju inte många invandrare som tränar det är det inte, där skulle man kunna få med många fler. (TP5)

> ...dom allra flesta är svenskfödda, ehm, och jag tycker det är ganska intressant såhär att, att man har ingen aning egentligen, ingen aningen vilken ålder dom har för det finns ju åttiofemåringar som är piggare än sextiofemåringar, ehm, jaå, alltså det är väl så det ser ut...(TP1)

Enligt enkätsvaren så är den yngsta deltagaren som svarat på enkäten 65 år och den äldsta är 97 år, medelåldern för de svarande är 76,29 år. Majoriteten av besökarna är i åldern 70-79 år och 80-89 år är den näst största gruppen, se Tabell 1[2].

Tabell 3

Deltagare	
Ålder	Andel
65-69 år	11 %
70-79 år	51 %
80-89 år	21 %
90+ år	4,5 %

Personalen beskriver vidare att besökarna oftast kommer från respektive träffpunkts närområde:

> ...i Luthagen kommer flest folk från Luthagen om man tänker såhär procent...några väldigt få annars det är så här nära, närområdet som styr väldigt mycket om det är så. (TP2)

> ...många äldre som tycker "nämen det är för långt att ta sig" känner dom, så dom skulle vilja ha någonting närmare...(TP4)

[2] Tolv procent av de svarande har inte angett ålder.

Enkätsvaren styrker personalens beskrivning. Av de som svarat uppger 77,1 procent att de endast besöker en träffpunkt och 15,2 procent uppger att de besöker två träffpunkter. Endast ett fåtal besöker fler än två träffpunkter.

Tabell 4

Antal olika träffpunkter som besöks	
Antal träffpunkter	Andel av de som svarat
1	77,1 %
2	15,2 %
3	5,7 %
4	1,1 %

Även om de flesta besökarna kommer från närområdet så beskriver personalen att det finns besökare som rör sig mellan träffpunkterna eller som besöker träffpunkter som inte ligger i deras närhet. Huruvida deltagarna rör sig mellan de olika träffpunkterna beskrivs av personalen som beroende på deras fysiska förmåga men också beroende på socioekonomiska aspekter där ekonomi och socialt nätverk, som exempelvis familjemedlemmar:

> ...det är några som är lite så här om möjlighet [att röra sig mellan träffpunkter] men det är också, också faktiskt en kostnadsfråga, en klassfråga, dom har bil, dom har frisk make som kör dom eller dom är ett par...(TP2)

Personalen och enkäten ger en förhållandevis enhetlig bild av personerna som besöker träffpunkterna. Det som utmärker deltagarna är att de flesta är kvinnor, "svenskfödda"[3] och från träffpunktens närområden. Dock bör påpekas att det finns skillnader gällande deltagarnas fysiska och psykiska funktion. En personal beskriver:

> ...det kan ju va allt ifrån den pigga sextiofemåringen som inte har nåt problem med kroppen, de kanske inte har nåt problem med att dom mår dåligt heller i och för sej, till nittiosjuåringen som känner att han är lite svag, eh, sen kan det vara såna som kommer med, alltså som har ont i nacke, rygg, eh, Parkinson, stroke, MS, så det är ju väldigt stor variation. Huvudsaken är ju att dom klarar sig, att förflytta sig själva, sen får ju alltså, det är ju inte så många som är som man säger friska...om man ser att dom kommer så ser man att dom där ser ju pigga ut men dom kanske känner sig jätteensamma och dom kanske är deprimerade, eh, dom kanske har psykiska sjukdomar men hela spannet finns ju, men dom allra, det finns några som är väldigt piggelina, det gör det men dom är inte så många...(TP5)

Personalens beskrivningar visar att det är de personer som verksamheten vill nå som faktiskt besöker verksamheten. Personer som förhoppningsvis stärker sin fysiska och psykiska status genom att besöka och delta i aktiviteterna på träffpunkterna.

[3] Personalens uttryck, i analysen används begreppen inrikes födda och utrikes födda i enlighet med Statistiska centralbyrån.

7.1.3 Mål, uppdrag och aktiviteter

Det finns många olika aktiviteter på träffpunkterna men de brukar delas in i fysiska aktiviteter, social samvaro och kunskapsgivande aktiviteter. I samtalen med personalen lyfter de främst upp de fysiska aktiviteterna och den sociala samvaron. Att aktiviteterna ser ut som de gör är inte så konstigt då uppdraget och således även personalen fokuserar mycket på Folkhälsoinstitutets (SFHI, 2009) fyra hörnstenar. Aktiviteterna är, till mångt och mycket, och ska så även vara, fysisk aktivitet, social samvaro, kunskapsgivande aktiviteter och god och näringsriktig mat under sociala former. Personalen lutar sig ofta mot de fyra hörnstenarna i sin beskrivning av aktiviteter:

> ...dom här fyra hörnpelarna med fysisk aktivitet, social samvaro och de här med nyttig mat eller, eh, och meningsfullheten och det här med hälsan är ju väldigt viktigt. (TP5)

> ...i och med att jag är sjukgymnast då brinner jag för fysisk aktivitet fast våran arbetsuppgifter ingår kunskapsgivande [aktiviteter] också och det innebär att vi föreläser om allt som är relevant för hälsa...(TP2)

Personalen poängterar också att aktiviteterna kan se lite olika ut på de olika träffpunkterna, dels beroende på lokalerna vilket är beskrivet ovan men också beroende på personalen som arbetar på träffpunkterna och deras intressen och kunskap. De poängterar dock att de diskuterar aktiviteterna med sin chef, på arbetsplatsträffar och på personalmöten:

> ...den sociala biten, fysisk aktivitet, meningsfullhet och ja delaktighete i det också då, och ja hälsosamt leverne med mat och alltihopa det är ju dom bitarna som vi jobbar utifrån och det är ju ganska vitt om man ser det så att där har det blommat ut på lite olika sätt på dom olika träffpunkterna också att, ja dels förutsättningarna men sen att vi är olika individer och tänker lite olika också...(TP4)

När en ser på de aktiviteter som förekommer på träffpunkterna är det en stor och varierad palett av aktiviteter även om det går att kategorisera dem i fysisk träning, social samvaro och kunskapsgivande aktiviteter. Enkätsvaren ger bilden av att det är främst träning som aktivitet som är viktigast för deltagarna, tätt följt av social samvaro. Det ser dock olika ut beroende på ålder. Träning anses som den viktigaste aktiviteten i åldern 70-79 år där 84,4 procent svarade att träning var det viktigaste. Andelen sjunker med åldern till 46,4 procent hos deltagare 90 år och uppåt, där blir istället den sociala samvaron viktigare.

Tabell 5

Deltagande i aktiviteter		
Ålder	Träning	Sociala aktiviteter
65-69 år	75,4 %	41,4 %
70-79 år	84,4 %	30,3 %
80-89 år	75 %	33,8 %
90+ år	46,4 %	50 %

På frågan vad besökarna vill uppnå med besöken på träffpunkterna är det främst social samvaro tätt följt av personligt välmående som anges som orsak. Den sociala samvaron som orsak till att besöka träffpunkterna ökar med åldern, 96 procent av de som är 90 år och äldre anger det som orsak medan det är 71 procent av de som är mellan 65–69 år. Personligt välmående som orsak är högst i åldern 70-79 år med 78 procent och sjunker sedan stadigt med åldern. Däremot ligger svarsalternativet personlig utveckling lågt i förhållande till de andra alternativen och varierar mellan 15 och 20 procent i de olika åldersgrupperna.

Tabell 6

Anledning till besök		
Ålder	Personligt välmående	Social samvaro
65-69 år	76,7 %	71 %
70-79 år	78 %	77,4 %
80-89 år	70,3 %	78 %
90+ år	46,4 %	96 %

Det är svårt att avgöra exakt vad som är viktigast i form av specifika aktiviteter, exempelvis kan träning upplevas som social samvaro då många av de fysiska aktiviteterna genomförs i grupp. Kategorin personligt välmående kan tolkas både som fysisk och psykiskt välmående. Vidare går det att utläsa att just de sociala aktiviteterna är mindre välbesökta av män som har mest fokus på träning.

Avslutningsvis kan vi nämna att en majoritet av besökarna antingen är nöjda eller mycket nöjda (92,7 %) med utbudet på träffpunkterna.

7.1.4 Samverkan

Den här delen fokuserar på träffpunkternas samverkan med andra aktörer. Den delas in i interna samverkan och extern samverkan. Intern samverkan innefattar aktörer inom Uppsala kommuns äldreförvaltning, såsom hemtjänst och hemsjukvård eller andra verksamheter inom öppna förebyggande. Extern samverkan innefattar privata utförare men också verksamheter som drivs av andra förvaltningar i Uppsala kommun som exempelvis skola, föreningar och liknande.

7.1.4.1 Intern samverkan

Med intern samverkan menar vi samverkan med aktörer inom äldreförvaltningens organisation. Samverkan med vård- och omsorgsboende är i princip obefintlig men till viss del finns samverkan med hemtjänst och hemsjukvården. En personal beskriver:

> Eh, vi har ju inte så mycket alltså vi brukar leverera lite broschyrer till dom, eh, och sen kan det vara, eh, ibland kommer hemvården liksom dom kommer som följare till dom som har sittgympa till exempel. (TP1)

Personalens upplevelse av samverkan med hemtjänst och hemsjukvården är också att den är personbunden, det beror således på vilken person som jobbar på träffpunkten och exempelvis dennes bakgrund. Personalen beskriver:

> sen är lite också så här jag har som sagt mina rötter inom hemvården, jag tror för oss sjukgymnaster det är lättare i och med att vi har jobbat här i stan och Katarina och Sara [fiktiva namn] har också jobbat i tjugo trettio år som sjukgymnaster att, att man har sam, bra samarbete med hemvården…(TP2)

Det finns en viss samverkan mellan träffpunkterna. Personalen beskriver att det främst är vissa träffpunkter som samverkar och samarbetar med varandra. Även här är samverkan personbunden, det vill säga att någon personal på en träffpunkt har en relation till en annan träffpunkt, att de känner någon som jobbar där och/eller att de jobbat där tidigare. Ytterligare anledning till samverkan och samarbete är geografisk närhet. Personalen beskriver:

> …när Monica [fiktivt namn] jobbade, att vi skulle ha träffar så att vi skulle träffa varann, eh, och några fortsatte med det där och ofta är det dom som har geografisk närhet, som jag vet tre träffpunkter runt Svartbäcken där och dom träffas och dom gör en massa aktiviteter tillsammans medan andra träffpunkter kanske inte gör det i samma utsträckning. (TP5)

Geografisk närhet ökar samverkan även med andra verksamheter såsom seniorrestauranger. På de ställen där träffpunkter ligger i samma byggnad eller i närheten av en seniorrestaurang så kan deltagarna gå på både seniorrestaurangen och på någon aktivitet på träffpunkten vid samma besök. De får också information om aktiviteterna på träffpunkterna och seniorrestaurangerna när de ligger i samma byggnad eller nära (se mer under stycket *Information*).

Vidare beskriver flera av personalen som intervjuats att samverkan med Anhörigcentrum fungerar bra, de har varit ute på deras verksamheter och är lätta att ha en kommunikation med. Det kan också bero på att flera av träffpunkternas besökare också har anhörigstöd. Det finns dessutom stödgrupper som startat på Anhörigcentrum där deltagarna på egen hand, efter att stödgruppen på Anhörigcentrum avslutats, fortsatt med den på en av träffpunkterna. En personal beskriver samverkan med Anhörigcentrum:

> …och vi jobbade ju väldigt nära förut med anhörigstöd för vi var organiserade så och de var jättebra, eh, för då lärde man känna varandras verksamheter ännu mer så det är jättebra att ha varit ute i kommunen och jobbat med andra saker i kommunen för då vet man liksom hur det funkar där och kan lotsa vidare och på ett lättare sätt. (TP2)

Även om personalen beskriver samverkan med Anhörigcentrum som god så beskriver de som att det var den tidigare organiseringen som skapade möjligheten till samverkan. Det vittnar om att det krävs insatser, antingen av personalen på egen hand eller genom geografisk eller organisatorisk närhet, för att skapa bra kanaler mellan verksamheterna.

7.1.4.2 Extern samverkan

Personalen beskriver att de samarbetar med andra aktörer utanför äldreförvaltningens verksamheter.

> …stadsbiblioteket kan det vara också, nåt samarbetspartner, att dom kommer till oss till exempel med minneslådor, böcker, vi har datakurser med vuxenskolan, navet till exempel, navet jag tror det är dom som är arbetslösa eller arbetsförmedlingen, jag har haft till och

> med ensamkommande flykting, inte ensamkommande flyktingbarn, de som ska komma in i arbetslivet har också varit på våran träffpunkt. (TP2)

Samverkan med aktörer utanför äldreförvaltningen är inte, enligt personalen, så prioriterat utan skapas ofta mer ad hoc. Personalen beskriver att de har väldigt mycket aktiviteter och att det är svårt att få till tid och möjlighet till samverkan med andra. Den externa samverkan på träffpunkterna är inte direkt samordnad utan den sker, i likhet med den interna samverkan, beroende på träffpunktens lokalisering, dess omgivning och dess personal:

> ...vi har ju viss, ja vi har i alla fall samverkan med andra i huset om lokaler och såna saker där skulle vi kunna göra mer det kom också som liksom önskemål att för där har vi ju, vi har ju SFI och två stycken öppna förskolor så det är ju många med utländsk bakgrund som finns i huset så att det finns liksom utveckling, eh, sen vi skulle kunna göra mer...(TP1)

Där personalen beskrivit samarbeten med civilsamhället är det främst i form av samverkan med föreningar. Ute på landsbygden kan det exempelvis röra sig om att hyra eller låna lokaler av en idrottsförening eller pensionärsförening.

Slutligen kan nämnas att träffpunkten fungerar som en kanal till andra verksamheter då personalen kan hänvisa besökarna till andra verksamheter inom kommunen. Flera av personalen beskriver att de hänvisar till andra verksamheter om de upplever att deltagarna har ett behov eller om de frågar något:

> ...så ser man, ja nån som inte vet var dom ska ställa kryckan och men vet du att du kan få en sån här hållare på rollatorn då kan du höra av dej till arbetsterapeuten så kan du få en sån, eller ja det här med hjälpmedel att det finns det hjälp av biståndshandläggaren om man behöver larm till exempel och anhörigstöd och absolut likadant på vårdcentralen...(TP5)

7.1.5 Information

Personalen beskriver att det inte är så många som fyller 65 år som har vetskap om träffpunktsverksamheten:

> Det är ju många när dom blir 65 år som är lite så här, det här [träffpunkterna] har jag aldrig hört talas om... (TP4)

När personalen beskriver information till kommuninvånarna om träffpunkterna så är det främst informella kommunikationskanaler som nämns. Personalen beskriver att det ofta är mun till mun metoden som gäller, d.v.s. att besökare informerar andra potentiella besökare:

> ...det var mun till munmetoden mellan pensionärer och då blev det tryck från pensionärer att då blev det fler pass, att jag fick ledda fler pass men att vi har försökt med, jag tror att det heter seniormässa om jag inte säger fel, det brukar vara, et har varit till och med i Älvsjö eller här förra året eller för två år sen jag kommer inte ihåg... (TP2)

Att det är mun till munmetoden som är den främsta kanalen stärks av enkätsvaren där exempelvis 12,5 procent har svarat att de fått information från kommunens hemsida medan 62,5 procent har svarat att de fått information på annat sätt. Ytterligare exempel som nämns i citatet ovan är att personalen på träffpunkten är aktiv och sprider

information på mässor och på specifika evenemang. Det kan vara både nationella, kommunala och lokala forum:

> ...det kan jag säga information på...till exempel det har varit, eller om det har varit någon hälsodag...då har vi varit inbjudna vår verksamhetsledare han är väldigt engagerad i området...så att vi brukar bli ombedda att delta där det har ju varit en sån där liten marknadsföringsgrej kan man säga... (TP1)

Personalen beskriver dock att det var några år sedan de deltog på någon mässa vilket innebär att de inte når några nya deltagare den vägen.

> och så är det ju det här med marknadsföring det är ju en färskvara så det måste man ju hålla på med hela tiden om man ska informera om det så och att det ska vara känt så utan många gånger är det slumpen att dom får veta det också... (TP4)

Som beskrivet under stycket *Deltagare* så finns det en stor heterogenitet bland träffpunktens besökare, både vad gäller fysiskt och psykiskt status, men också beträffande ålder där det skiljer ungefär 30 år mellan den yngsta och den äldsta deltagaren. Vidare så finns det också skillnader i socioekonomisk status. Således kan det finnas en skillnad i hur träffpunkternas besökare söker och tar till sig information.

> alltså vi är nuförtiden, tidigare vi var ganska så aktiva på webben du vet, nu finns allt på web och dom unga pensionärer når oss genom webben dom, dom klickar där och ser att, att idag vi har det här och det här...(TP3)

Enligt enkätsvaren så uppger 17,8 procent av åldergruppen 65-69 att de tagit del av information från kommunens hemsida. Andelen personer som tagit del av information från kommunens hemsida minskar med åldern medan andelen som fått information via informationsbrev ökar, dock är alternativet "från annan person" tydligt högst i alla grupper.

7.2 Resultat seniorrestauranger

De teman som har identifierats ur materialet från seniorrestaurangerna är *Mål, uppdrag och aktiviteter*, *Deltagare*, *Information/marknadsföring*, *Lokaler och utrustning* samt *Samverkan*.

Tabell 7

Restauranger, geografisk placering och antal luncher		
Restaurang	Geografisk placering	Serverade luncher i genomsnitt per dag
Senioren	Innerstaden	196
Leopold	Nyby	60
Ramund	Luthagen	55
Porfyren	Eriksberg	46
Björngården	Gottsunda	32
Årstagården	Årsta	27
Bildnings och kulturcentrum	Stenhagen	10

7.2.1 Mål, uppdrag och aktivitet

Seniorrestaurangernas uppdrag är att servera subventionerade och näringsriktiga luncher till personer över 65 år. Seniorrestaurangerna serverar även mat till personer under 65 år, men då inte till ett subventionerat pris. En seniorlunch kostar 50 kr och en lunch till ordinarie pris kostar 85 kr. Att priset är subventionerat uppges vara en av de främsta anledningarna till att besöka seniorrestaurangerna, 67,5 procent av de som fyllt i enkäten har svarat att priset är viktigt, några fler män än kvinnor. Samtidigt beskriver personalen som intervjuats att seniorrestaurangerna även fungerar som en mötesplats där besökarna träffar andra personer:

> ...det är liksom, det tror jag är största glädjen för dom att dom kommer och äter lite gott och träffar dom andra, dom vill liksom, jag har hört från många att det är, det är en höjdpunkt för dom att den här mat, eh tiden är liksom träffa dom andra och äta nånting gott som dom tycker om. (SR2)

Personalen beskriver också att det är just den sociala samvaron som de flesta som äter på restaurangerna uppskattar. Det påverkar även personalens roll, de får ofta stanna och prata med besökarna och de vet vilka som är mer ensamma än andra. Samtidigt fungerar restaurangen som en fast punkt som besökarna kan komma till om de känner sig ensamma även om inte restaurangen är öppen. En personal beskriver:

> ...hur ska vi säga, ja lite service att man pratar med dem och ja, när speciellt då när på lördag och söndagar när träffpunkten är stängd då är det många som blir oroliga och då i köket finns den personen som man i alla fall kan se och då kan dom bara sitta utanför och dom ser en människa, då är det, då kan klockan vara nio och jag öppnar inte förrän halv tolv så att det är liksom det här sällskapet. (SR3)

Enkätsvaren från seniorrestaurangerna förstärker den sociala samvaron som central för de som besöker restaurangerna. Även om besökarna anser att maten är viktigast, 87 procent har svarat det, så är inte social samvaro långt efter med 71,7 procent, svaren är ungefär samma mellan kvinnor och män.

Tabell 8

Viktigast med seniorrestaurangen		
	Män	Kvinnor
Maten	87,2 %	86 %
Social samvaro	73,4 %	70,7 %
Priset	70 %	66 %

Emellertid kan det ibland vara svårt med den sociala samvaron. När de första gången kommer till restaurangen kan deltagarna känna sig ensamma och att de inte riktigt vågar ta kontakt med andra. Personalen beskriver:

> ...ja och så går dom och sätter sig vid bordet han eller hon och så kan dom komma två dagar senare, då är dom liksom lite tuffare, då vet dom hur man gör och sitter fortfarande ensam, men sen tredje, fjärde gången så kanske dom siktar in sig på nån som finns där då kan man sätta sig mittemot och så blir det lite samtal och sen så kan det här fortsätta några

> gånger till, och sen så vågar dom bägge två knata iväg till träffpunkten för att det är nånting att lyssna på eller titta på nånting, då tycker jag att jag har gjort någonting viktigt. (SR 3)

Personalen beskriver att besökarna växer in i sammanhanget och efter ett tag vågar ta kontakt. Personalens beskrivning visar också på att det ökade självförtroendet att ta kontakt och att hitta någon annan person skapar möjligheter att ta del av andra aktiviteter, så som träffpunktverksamheten.

Överlag är besökarna nöjda med seniorrestaurangerna. Gällande maten har 80 procent svarat att maten är bra eller mycket bra, 76 procent kvinnor och 86,2 procent män. Vad gäller matupplevelsen är det 88,5 procent som tycker den är bra eller mycket bra, 84,8 procent kvinnor och 93 procent män. Det visar ytterligare att det inte enbart är för maten som personerna besöker seniorrestaurangerna utan att det också är centralt att hela upplevelsen, exempelvis bemötande och social samvaro, är god.

7.2.2 Deltagare

Seniorrestaurangerna är välbesökta och serverar ungefär 150 000 luncher per år. Den största restaurangen är Senioren och där serveras ungefär 68 000 luncher per år.

7.2.2.1 Seniorrestaurangernas besökare

Vilka är det då som äter lunch på seniorrestaurangerna? Till skillnad från träffpunkterna och anhörigcentrum så skiljer sig demografin på seniorrestaurangerna beträffande könsfördelning. Enligt personalens upplevelse är det fler män än kvinnor som besöker restaurangerna:

> Kvinnor män, det är nog lite mera män tror jag, det är det, mmm. (SR3)

> Vi har gjort lite statistik faktiskt, i slutet av förra året, det är män som är lite mera, flera män [än kvinnor]. (SR2)

Enkätsvaren visar att bland deltagarna på seniorrestaurangerna är 48,2 procent män och 49,2 procent kvinnor, resterande vill inte uppge kön. Seniorrestaurangerna har således en mer jämn fördelning mellan kvinnor och män bland deltagarna än träffpunkterna och anhörigcentrum, där bara ungefär en femtedel av besökarna är män.

Deltagarna på seniorrestaurangerna har också en något högre ålder än exempelvis deltagarna på träffpunkterna Personalen upplever att de flesta som besöker träffpunkterna är över 80 år, även om de också beskriver att det finns en spridning i ålder mellan deltagarna.

> Ehh, det är mera 80 år och uppåt, ja det är det, det är det. (SR3)

> Som kommer till oss och äter, dom är äldre, vi har kanske, jag kan tänka mig över åttio procent över åttio [år]. (SR2)

För de som har svarat på enkäten är medelåldern 78,76 år vilket stämmer förhållandevis väl överens med personalens beskrivning. På seniorrestaurangerna är de största

åldergrupperna 70-79 år och 80-89 år och de är ungefär lika stora. Åldersgruppen 65-69 år är den minsta, se Tabell 4[4].

Tabell 9

Deltagare	
Ålder	Andel
65-69 år	8 %
70-79 år	33 %
80-89 år	29 %
90+ år	11 %

Personerna som besöker restaurangerna gör det oftast mer än en gång i veckan. Det är 33,5 procent som besöker restaurangerna en till tre gånger i veckan, 24,5 procent som besöker dem fyra till fem gånger i veckan och 29,8 procent som besöker restaurangerna fler än fem gånger i veckan. Endast elva procent besöker restaurangerna färre än en gång i veckan. Ungefär 50 procent har varit besökare i mer än fem år medan 12,6 procent har besökt restaurangerna i mindre än ett år, resterande finns i spannet däremellan.

Precis som på träffpunkterna beskriver personalen att det främst är personer som bor i närområdet som besöker restaurangen. Några personer besöker olika restauranger men personalens upplevelse är att dessa är få.

> Eriksberg har jag hört att det också är några ifrån men dom flesta är ju runt om då det är samma. (SR3)

Enkätsvaren ger samma bild som personalens upplevelse av restaurangbesöken. 65,4 procent besöker endast en restaurang, 22 procent besöker två restauranger medan ett fåtal besöker tre eller fler restauranger.

Tabell 10

Antal olika restauranger som besöks	
Antal restauranger	Andel
1	65,4 %
2	22 %
3	9,4 %
4	1 %

Enligt personalen är det främst inrikes födda som äter på seniorrestaurangerna:

> i vår restaurang det är inte så många faktiskt de är, jag tror de flesta är svenskar, kanske nån som kommer då och då men. (SR2)

> Mmm, ehh, kön, skulle väl kunna säga 60 [procent] kvinnor 40 [procent] män ungefär, ehh, jaa, 95 [procent] svenska, fem procent invandrarbakgrund… (SR1)

[4] 19 procent av de svarande har ej uppgett ålder.

Sammantaget kan sägas att den genomsnittliga restaurangbesökaren är strax under 80 år, inrikes född och bor i närområdet. Intervjupersonerna beskriver att det är besökare med olika socioekonomisk status samt varierande psykisk och fysiska förmåga, där vissa rör sig förhållandevis fritt medan andra går med rollator eller är rullstolsburna.

7.2.3 Information/marknadsföring

Informationskanalerna och marknadsföringen på seniorrestaurangerna är förhållandevis lik träffpunkternas. Personalen beskriver att restaurangerna har en viss "marknadsföring" då de bland annat har varit med på några mässor:

> ...vi har ju även varit med och representerat äldremässan som var här i våras och sedan nu bara för någon vecka sen så var vi med i Gränbyeventet i Gränby och visa upp oss och kunde tala om vi hade nog sju olika sorter som var vegetariskt som vi kunde bjuda...alla kände ju igen det där då och tyckte att det var så gott och det var spännande och vi visade var vi fanns på olika ställen i Uppsala och de blev intresserade...(SR3)

I övrigt så publiceras matsedeln i UNT. Annars sker spridning främst genom papperskopior eller genom att matsedeln sätts upp på anslagstavlor, skrivs på griffeltavlor, eller ställs utanför restaurangen eller liknande. Det finns också information på träffpunkterna.

I de fall där det finns annan verksamhet i samma lokaler så kan närheten locka nya besökare:

> ...då är det liksom att de kan få fram, få med sig nån nyare då som har kommit med att dom sitter hos dom, att det kan vara nån som har träffats antingen vid träffpunkten eller i korridoren då, ja kom med mig så kan vi sitta och äta tillsammans och så...(SR 3)

Det krävs dock att andra verksamheter verkligen ligger nära och då helst i samma lokal. På exempelvis Björngården i Gottsunda finns inget större samarbete trots att det ligger tre träffpunkter i området och de olika verksamheterna drar inte nytta av varandras närhet.

Utöver det så är det, i likhet med information kring träffpunkterna, mun till mun metoden som beskrivs som den främsta metoden för informationsöverföring. Det styrks av enkätsvaren där 63 procent av de svarande svarat att de fått information från någon annan person, 15 procent har svarat att de fått information på annat sätt och endast nio procent har svarat att de fått information från kommunens hemsida.

7.2.4 Lokaler och utrustning

Överlag beskriver personalen seniorrestaurangerna som ändamålsenliga när det gäller lokalens utformning och delen där besökarna sitter och äter. Dock finns det en del problem med köken, framförallt gällande utrustningen:

> Ja, eh, restaurangen är OK men som sagt köket, det begränsar jättemycket, om vi hade kanske en bra gryta för att vi har bara så här en kokeri som vi gör maten och det är för, det blir besvärligt egentligen men cheferna nu kämpar för att få en gryta... (SR2)

Det är en bild av köken som ges av alla vi har intervjuat. Maskiner och utrustning som inte fungerar eller att utrustning saknas för att de ska kunna optimera matlagningen i köken och samtidigt behålla en tillfredställande arbetsmiljö.

Under 2018 har det även gjorts en inventering av seniorrestaurangernas kök där flera av köken uppvisar brister i utrustningen. I de flesta fallen ser personalen till att arbeta runt de bristerna genom att lösa det med den utrustning som finns och som fungerar, men i vissa fall har det gått så långt att en restaurang har varit tvungen att stänga ner sin verksamhet till dess att bristen är åtgärdad. Det är en utveckling som kommer vara varaktig då livslängden på mycket av den utrustning som idag finns i köken börjar lida mot sitt slut. Det ska också poängteras att maten till vissa vård- och omsorgsboenden tillagas i de köken, så i nuläget är även vård- och omsorgboendena beroende av dessa kök.

7.2.5 Samverkan

Beträffande samverkan uppvisar seniorrestaurangerna ungefär samma mönster som exempelvis träffpunkterna, att det i mångt och mycket krävs en geografisk närhet för att samverkan ska fungera:

> Alltså där haltar det lite tycker jag, för att, jag menar visst, ska man, vi sitter ju helt ensamma här, jag kan ta från Eriksberg där har du ju då träffpunkten och restaurangen i samma våningsplan, ehh, där är det mycket lättare att samarbeta, här är det liksom, vi är ju helt ensamma här så hade vi haft träffpunkten här så hade vi kunnat ha ett helt annat samarbete så på det sättet… (SR1)

Det ska dock poängteras att det finns tre träffpunkter förhållandevis nära den restaurang som beskrivs ovan. Det är således inte tillräckligt att det finns en geografisk närhet utan det ska i princip vara en samlokalisering, det vill säga att de olika verksamheterna finns under samma tak, alternativt att det finns en uppbyggd personlig kontakt. En personal som jobbar på en seniorrestaurang beskriver:

> Träffpunkten som vi har är jätteduktiga och dom har massa med olika aktiviteter nästan varje dag och vi samarbetar ibland när vi ska kalla hit nån musiker eller sånt att vi gemensamt göra det på stora salen i adventstiden och vi samarbetar jättebra faktiskt. (SR2)

Däremot så finns det ett gott samarbete mellan seniorrestaurangerna och även med andra aktörer inom kommunen såsom hemtjänst och hemsjukvård och även skolköken:

> Gottsundaskolan har vi ett nära samarbete med, det köket, vi lånar saker av varann, vi hjälper till, behövs det nån personal akut, ja ringer vi över och frågar har ni personal över eller, ja sådär, på det sättet jobbar vi ju över gränsen senior och skola också men just seniorrestaurangerna så tycker jag att vi har bra samarbete emellan varandra, det tycker jag. (SR1)

> Ja hemtjänsten kommer ju hit och där tycker jag att vi har en bra kommunikation mellan dom, ehh, och det känns som att i den här kommundelen, eller det heter ju inte det längre, hemvårdsområdet så får dom komma och hämta mat här… (SR1)

Samverkan inom kommunens verksamheter fungerar förhållandevis bra och särskilt när olika verksamheter är samlokaliserade. När det gäller samverkan med externa aktörer så

är den i princip obefintlig när det gäller seniorrestaurangerna, dock har intervjupersonerna nämnt en del samverkan gällande lokaler och fika i relation till någon pensionärsorganisation som exempelvis PRO.

7.3 Resultat Anhörigcentrum

De teman som har identifierats ur materialet från Anhörigcentrum är *Mål, uppdrag och aktiviteter*, *Deltagare*, *Samverkan* samt *Information*.

7.3.1 Mål, uppdrag och aktiviteter

Anhörigcentrum har flera olika verksamheter. Förenklat kan Anhörigcentrum delas in i anhörigstöd och demensvårdsstöd. Utöver det finns fler insatser varav de som framkommer tydligast i intervjuerna är Stödteam demens och avgiftsfritt egentidsstöd i hemmet. Oavsett insats eller kombination av insatser är det övergripande syftet, enligt personalen, att de anhöriga ska orka med och att klara av sin situation:

> Ja, alltså, om man tänker rent på anhöriga bara, inte de sjuka nu utan dom anhöriga, så är det ju, syftet är ju att man ska orka och klara av sin situation längre, eller bättre ska jag säga (AC5)

När det gäller demensvårdsstödet innefattar stödet, förutom anhöriga, även den som har eller misstänks ha en demenssjukdom (Se mer under stycket om Demensvårdsstöd).

7.3.1.1 Anhörigstöd

Anhörigstöd är till för anhöriga som stödjer någon som är 21 år eller äldre. Anhörigkonsulenter erbjuder kostnadsfri information, rådgivning och stödsamtal.

> Det jag framförallt jobbar med det är ju, ett, det är ju att möta personer i en samtalssituation, att ge anhöriga en plats, att berätta hur är det, eh, hur mår du som anhörig, hur är det här för dig, hur orkar du, för den platsen finns ingen annanstans…läkarens, sjuksköterskans fokus är, även om de ska ha fokus på den anhörige också, naturligt på den som behöver hjälpen. (AC3)

Anhörigstöd erbjuder även anhöriggrupper, samtalsgrupper där anhöriga kan prata med andra i samma situation.

> Gruppverksamhet som är det andra stora, att gå ett steg vidare, det jag inte kan ge som professionell för jag står inte i samma situation som dig, som behöver stödet men det kan du få av andra som känner lika, dom fattar hur det är för dig…(AC3)

7.3.1.2 Demensvårdsstöd

Demensvårdsstödet riktar sig till skillnad från anhörigstödet till både den anhörige och den som har en demenssjukdom. Att ge stöd åt en person med demenssjukdom, eller misstänks ha demenssjukdom, och deras anhöriga innefattar olika delar, bland annat innebär det att ge stöd och att guida personerna med råd och information. Det innefattar också hjälp med kontakter som behöver tas för att kunna hantera situationen på bästa möjliga sätt, exempelvis för att kunna få en demensutredning:

> …vi stöttar personer med demenssjukdom vilket kan innebära väldigt mycket praktisk hjälp, det kan ju vara personer som faktiskt saknar anhöriga där vi går in, vi går in med både alltså råd, stöd och information är det så att säga om man sammanfattar det, eeh, men

> det kan innebära praktisk hjälp för att följa med att man ska bli demensutredd, att få kontakt med doktor så att jag kan få en demensdiagnos, få rätt hjälp…(AC2)

En del av arbetet innefattar att lotsa personerna till någon av de verksamheter som kommunen erbjuder och som syftar till att underlätta för den enskilde men också deras anhöriga, exempelvis dagverksamhet:

> …ofta försöker man ju få igång det här med dagverksamhet, eh, för att, eh, personen som är sjuk ofta blir lite isolerad hemma eller man, man drar sig undan omgivningen för man tycker det är jobbigt att utsättas för frågor och sånt som man inte kan besvara, eh, och då brukar vi prata om dagverksamhet…(AC1)

Att lotsa personer vidare till insatser kan dock vara svårt ibland och då kan demensvårdskonsulenterna behöva arbeta med motiverande samtal för att få personerna att vilja ta del av de insatser som finns:

> …skulle du vilja gå på dagverksamhet för dom tycker att det känns som dagis dom så jag brukar säja de e en mötesplats sådär som man kan träffas å då brukar jag informera om att alla som går dit har samma bekymmer så att man inte ska känna sej ensam i sin oförmåga att minnas saker å ting…(AC1)

Demensvårdskonsulenterna erbjuder också individuella samtal och gruppmöten med anhöriga. Exakt hur stödet ser ut och vilka sorts stöd som är relevanta varierar beroende på behovet hos de som söker stöd, det kan bero på exempelvis deras livssituation, graden av närståendes demenssjukdom, insatser från hemtjänst och hemsjukvård och så vidare.

Stödet anpassas efter vad personerna behöver, även om personen med demenssjukdom saknar anhörig:

> …de e behovet som styr ja kan ju säga om man e ensamstående så som sjuk då blir det per automatik att man har mer kontakt särskilt om du inte har hemtjänst så att man liksom finns som ett stöd så eh de är inte alltid så lätt för alla vill ju långtifrån alltid ha sin eh stödet som vi ger så att…(AC1)

Även om personalen beskriver att det inte finns ett specifikt koncept så går det ändå att urskilja någon sorts verktygslåda för stödet. De stöd som finns är inledande samtal med exempelvis information, hembesök, individuella samtal och anhöriggrupper. Dock ska poängteras, som beskrivet ovan, att det är behovet som styr och att alla kontakter inte följer samma mönster.

> …att, att ge långvarigt stöd och flexibelt stöd alltså, så länge behovet finns…(AC1)

7.3.1.3 Stödteam demens

Stödteam demens uppdrag är att handleda och utbilda personal i äldreomsorgen kring demenssjukdom och den problematik som finns i relation till den:

> …nu får jag jobba med personalbiten, och handleda och utbilda personal, så att det, eftersom jag sett dom bristerna i många år och vi vet att personal vill, behöver få utbildning så känns det jätteinspirerande…(AC2)

Uppsala kommun

Stödteam demens riktar sig framför allt till omvårdnadspersonal, men också till andra professioner som möter den enskilde personen, såsom biståndshandläggare eller de som hanterar situationen för personer med demenssjukdom som exempelvis boendesamordnare.

7.3.1.4 Avgiftsfritt egentidsstöd i hemmet

Anhörigcentrum erbjuder egentidsstöd upp till 24 timmar i månaden till anhöriga som stöttar den närstående i hemmet. Egentidsstödet innebär att en anhörigstödjare är sällskap till den närstående i hemmet samtidigt som den anhörige får möjlighet till egna aktiviteter eller vila. Egentidsstödet är avgiftsfritt. Personalen anser att det är en viktig insats för att den som vårdar en närstående ska orka med och också få en paus:

> ...å de e ju de de är man erbjuder tjufyra timmar i månaden eh att man kan få avlösning i hemmet för att de e ju många anhöriga anhöriga säjer man står för sjutti eller sjuttifem procent kanske av allt stöd som sker i hemmen och anhöriga orkar inte hur mycket som helst...man kan ju behöva praktisk avlösning också, nån är hemma och tar hand om min man, det är ju för sammanboende, om jag behöver åka ut och handla eller gå till frissan eller gå till doktorn eller bara gå ut och ta en promenad alldeles själv om jag har en man som har demens som kanske följer mig i hälarna runtom vart jag går...(AC2)

Personalen poängterar egentidsstödets betydelse för den anhörige. Vid intervjuerna betonade främst anhörigkonsulenterna att vid en förändring av uppdraget så bör inte egentidsstödet begränsas. Framförallt beskriver de att det är en viktig insats för att den som vårdar en närstående inte själv ska behöva stöd i framtiden, samtidigt som den anhörige fortsatt orkar vårda den närstående i hemmet under en längre tid. Reglerna kring egentidsstöd och andra insatser kan också upplevas som otydliga.

> ...de här avgiftsfria timmarna som eh där finns det ett aber tänker ja för att att de e sagt så att om du har egentidsstöd å så påbörjar du dagverksamhet då ska man avsluta egentidsstödet helt de gör att många väljer bort dagverksamhet som egentligen e det bästa stödet för både den som e sjuk och eeh anhörig å ja förstår inte riktigt varför de e så för att om du påbörjar växelvård alltså inte har demenssjukdom eh då får du behålla egentidsstödet till hälften alltså tolv timmar istället för tjufyra men inte när de e demensdiagnos de kanske finns nån förklaring till de men den vet inte jag i varje fall. (AC1)

7.3.1.5 Personalens upplevelse av uppdraget

Vidare upplever personalen på Anhörigcentrum en otydlighet beträffande vem som kan söka stöd hos Anhörigcentrum. Då det är den närstående som måste vara bosatt i Uppsala för att ha möjlighet till stöd så blir detta problematiskt för konsulenterna:

> ...vad jag förstår i uppdraget så är det ju så att det är den närstående som ska bo i kommunen, och det, alltså det funkar ju inte alla gånger, ja, även anhöriga som bor i andra kommuner, dom som jag har kontakt med, eh, men alltså där...man får ju ta det som kommer känner jag, sen blir det mycket jobb så får man väl fundera då men, bor man i Uppsala kommun som anhörig så tycker jag givetvis att man ska få hjälp ifrån Anhörigcentrum. (AC5)

Här finns det en uppdelning hos personalen. Anhörigkonsulenterna menar att det är mer rimligt att det är den anhörige som bör bo i Uppsala då det är den som de stödjer. Det är

mer svårnavigerat då det gäller demensvårdskonsulenterna då de har i uppdrag att stödja både den anhörige och den närstående:

> ...eftersom vi har dubbelt uppdrag så kan de va så att jag har en person som är, som är anhörig men som har sin mamma, gamla mamma i Örebro...eller att den demenssjuke är här och dottern bor i Göteborg och är jätteorolig för mamman, så vi har liksom ett dubbelt uppdrag att stötta både den sjuke och den anhörige och det där är ju väldigt intressant för det kan ju bli ett oerhört, det ser ju ut så i samhället idag att man flyttar runt, man bor ofta inte så nära till exempel sina gamla föräldrar (AC2)

Det stöd som anhörigkonsulenter och demensvårdskonsulenter ger skiljer sig åt en del. Det gäller även målgruppen och vem ska ha möjlighet till stöd.

> Jag tänker de ska jag vara ärlig, jag skulle vilja skiljas ifrån anhörigkonsulenterna...jag tycker att det skulle vara naturligare för, oss att kanske tillhöra dagverksamheterna och kunna utveckla den verksamheten för det behövs det verkligen, och dom behöver mycket stöd, och anhörigkonsulenterna, eh tycker jag skulle kunna tillhöra träffpunkten det är min personliga uppfattning. (AC1)

Även om det inte krävs en uppdelning av verksamheterna så menar personalen att det åtminstone krävs ett förtydligande i uppdraget om vad anhörigstöd respektive demensvårdsstöd innebär:

> ja ser inte att de e en delning som behövs men ja ser att de kanske e bra och tydliggöra att anhörigstödet är det här å demensvårdsstödet innebär det här...(AC2)

> Men det är ju det här jag har pratat om, tydlighet i organisationen, ett annat uppdrag...(AC3)

7.3.2 Deltagare

De som ansöker om anhörig- eller demensvårdsstöd kallas, av personalen, för "kontakter". Vidare så benämns den som är sjuk "närstående" och den som vårdar den närstående benämns "anhörig". Målgruppen för Anhörigcentrum är anhöriga till personer som är 21 år och äldre och är således äldreförvaltningens, omsorgsförvaltningens och till viss del socialförvaltningens ansvar. Andelen kontakter mellan 21-64 år är större hos anhörigstödet än hos demensvårdsstödet. Under 2018 så hade anhörigcentrum 1316 kontakter fördelade enligt nedanstående tabell[5]:

Tabell 11

Kontakter			
Stöd	21 – 64 år	Över 65 år	Totalt
Demensvårdsstöd	41 st	744 st	785 st
Anhörigstöd	230 st	301 st	531 st
Totalt	271 st	1045 st	1316 st

[5] Antalet ärenden registreras på den närstående, antalet anhöriga som har stöd kan således vara större då en närstående exempelvis kan ha tre anhöriga.

Uppsala kommun

Vidare kan vi se att antalet kontakter på Anhörigcentrum ökar för varje år, se tabell tolv nedan. De stora ökningarna mellan 2014 till 2015 och mellan 2015 och 2016 där antalet ärenden i princip fördubblades kan förklaras genom att Anhörigcentrum flyttade från vård- och omsorgsboendet Örnen på Vretgränd till mer "neutrala" lokaler i gallerian S:t Per. Personalen förklarar det genom att exempelvis yngre kommuninvånare eller friska äldre kommuninvånare drar sig för att gå till ett äldreboende.

Tabell 12

Ärenden fördelade på år					
Stöd	2014	2015	2016	2017	2018
Demensvårdsstöd	207 st	403 st	655 st	690 st	744 st
Anhörigstöd	126 st	268 st	517 st	519 st	505 st
Totalt	333 st	671 st	1172 st	1209 st	1306 st

När det gäller kontakter hos demensvårdskonsulenter så föregås den av en demensdiagnos eller en misstänkt demensdiagnos. Således finns det en mer homogen population hos demensvårdskonsulenterna beträffande sjukdomsbilden. Dock kan en demenssjukdom yttra sig på en mängd olika sätt och symtomen och situationen för kontakterna kan därför se olika ut. Därtill måste även livssituation, exempelvis om den sjuke har make eller maka, och deras socioekonomiska status beaktas. Det är således en heterogen grupp, men samtidigt finns det vissa kännetecken som utmärker kontakterna, bland annat att det är flest kvinnor som söker:

> Det är nog mest kvinnor som vänder sig till oss tror jag, döttrar, mest svenskar... (AC5)

> ...det är kvinnor i ja 70 nånstans där, ja, 65, 70 och uppåt, ja vi har ju flera som är äldre än det, men ja, det har ökat på på yngresidan och det tycker jag är positivt...(AC1)

Av de som har svarat på enkäten gällande Anhörigcentrum är 70 procent kvinnor och av Anhörigcentrums egna statistik från januari 2018 går det utläsa att 86,7 procent av kontakterna är kvinnor. Personalens upplevelse är att ungefär tio procent av kontakterna har invandrarbakgrund:

> det kommer en del invandrarfamiljer men inte så många än, men inte som jag upplever det i alla fall. (AC5)

> Ja det är mest svensk, svenskar, vi har också andra absolut, vi har egentidsstöd i en spansktalande familj bland annat...absolut, vi har andra som har annan bakgrund men de är inte så många än...men jag tror att det kommer öka med nästa generation... (AC6)

Längden som kontakterna har ett stöd från Anhörigstöd kan variera. Det beror dels på personens sjukdom och behov. När det gäller kontakter med demensvårdsstöd finns det en mer enhetlig bild av hur kontakten avslutas. Det är antingen när den enskilde avlider eller när den enskilde flyttar in på ett vård- och omsorgsboende då boendet tar över ansvaret för anhörigstödet. En personal beskriver:

> Ja, eh, hur länge, allt mellan, va ska ja säga, jag tror att jag har nån kvar sen 2012 faktiskt, eh, det är många år för att handla om demenssjukdom, eh, vad det kan vara, låt oss säga i

> snitt tre fyra år kanske, ibland är de ju kortare också de beror ju alldeles på hur situationen ser ut…(AC1)

Anhörigkonsulenterna beskriver att det inte finns ett tydligt avslut av ärendena såvida inte deras närstående blir frisk från sin sjukdom, beviljas vård- och omsorgsboende eller avlider. Kontakterna avslutas när de själva anser att de inte längre behöver stöd, personalen beskriver att exempelvis kontakten ebbar ut, kontakterna ringer mer sällan och till slut så hör de inte av sig mer och ett tag efter det så avslutas kontakten.

Personalen inom anhörigstöd beskriver det som problematiskt att de kontakter de har endast är från 21 år och uppåt. I och med det så anser personalen att de missar de som är mellan 18 och 21 år.

> …målgruppen ska liksom tydliggöras, plus att det göras, och får vi det uppdraget, anhöriga från 18 år då fyller ju kommunen sin lagrum, det blir lättare för oss att jobba, det blir tydligare utåt, barn som anhöriga dom ska också få stöd men det är ju i, dom ska inte ta det anhörigansvaret enligt lagen då…(AC3)

Vidare beskriver personalen att just personer mellan 18-21 år faller mellan stolarna på grund av kommunens organisation, där kommuninvånare på grund av ålder faller inom olika målgrupper och således under ansvaret för olika förvaltningar.

> Och det är ju det som är kruxet, det hade ju varit mycket enklare om, och det är ju det vi skulle önska att den anhörige ska vara 18 år eller äldre...(AC6)

7.3.3 Samverkan

Till skillnad från intervjupersonerna från de två ovanstående verksamhetsområdena så beskriver personalen på Anhörigcentrum att de har mycket samverkan med andra aktörer, både med kommunens verksamheter men också med externa aktörer såsom Region Uppsala. En personal beskriver:

> …vi har samarbete med väldigt många i kommunen, biståndshandläggare, hemtjänstpersonal om det är aktuellt eller när det blir aktuellt, eh, alla möjliga även sjukvårdsinrättningar Akademiska minnesmottagningen primärvårdsläkare sköterskor arbetsterapeuter sjukgymnaster så att vi har väldigt de e många samarbetspartners kan vi säga mycket råd och stöd till personal har de ju faktiskt varit genom åren just så till biståndshandläggare, vi går ofta ut på hembesök tillsammans med dom…(AC2)

Personalen beskriver vidare att de kan vara en hjälp för biståndshandläggare då det kan vara problematiskt att få personer med demenssjukdom att ta emot hjälp från biståndshandläggare:

> …biståndshandläggarna har vi mycket med och åker på hembesök, också introducerar dom i familjer vi har jobbat oss in i och såhär…(AC5)

Dock finns det inte så mycket samarbete med vård- och omsorgboendena, då boendet tar över anhörigstödet när en enskild flyttar in på ett boende. Däremot finns det samverkan med vård- och omsorgsboenden i och med Stödteam demens som har som uppgift att stötta all personal.

Samverkan med hemtjänst och hemsjukvård fungerar också bra enligt personalen inom demensvårdsstödet. Samverkan fungerar åt båda håll, dels att de kan hjälpa hemtjänsten med deras brukare och de anhöriga men också att samverkan fungerar bra åt andra hållet, att de får kontakter via hemtjänst och hemsjukvården. Dock beskriver personalen inom anhörigstöd att det inte fungerar lika bra:

> Den kunde vara mycket bättre, vi bjuder in och vi blir inbjudna till olika hemtjänstkretsar, så åker man dit och så pratar vi om Anhörigcentrum och hela fadderullan och vad vi kan göra för dom, alltså vinningen med att dom kanske talar om att vi finns…så säger dom att nu ska jag tänka på det men sen händer det inte så mycket, det är inte så ofta vi får, det är mycker mer markant när det är på demenssidan… (AC6)

Personalen på Anhörigcentrum beskriver även att de har en bra samverkan med träffpunkterna:

> …samverkan med träffpunkten alltså det är ju, eh, dom vet ju att jag finns, jag äter ju alltid mina måltider tillsammans med dom, jag blir som en naturlig del nästan i träffpunkten…jag har fått ärenden från, på sistone ganska många, eh, och från träffpunkten också för dom har ju en grupp äldre som, som dom också ser skulle behöva lite stöd ibland så kan dom liksom etablera en kontakt oss sinsemellan då. (AC1)

Samarbetet med träffpunkterna kan till viss del förklaras med att Anhörigcentrum har kontor utplacerade i samma lokaler som träffpunkterna och där känns samverkan mer naturlig. Samverkan med träffpunkterna beskrivs som att den fungerar åt båda håll. Anhörigcentrum får kontakter refererade till sig via träffpunkterna samtidigt som de föreslår träffpunktsverksamheten för sina kontakter.

Även träffpunktspersonalen som har intervjuats beskriver att just samverkan med Anhörigcentrum fungerar väldigt bra, även på de träffpunkter där det inte finns något kontor för Anhörigcentrum. En förklaring till det är att Anhörigcentrum arbetar mycket med information ute i olika verksamheter.

7.3.4 Information

Personalen på Anhörigcentrum beskriver att en stor del av deras arbete går ut på att informera olika aktörer om deras verksamhet. Både personalen på träffpunkterna och Anhörigcentrum beskriver att Anhörigcentrum är ute på träffpunkterna och informerar om att de finns och vilket stöd de erbjuder. Vidare beskriver personelen på Anhörigcentrum att de informerar andra verksamheter inom egen regi, dock inte så mycket på vård- och omsorgboende då boendet tar över anhörigstödet då en enskild blir beviljad vård- och omsorgsboende. Däremot finns det information även till vård- och omsorgsboende genom Stödteam demens.

Personalen på Anhörigcentrum är bra på att nå ut med information till andra verksamheter, både inom och utanför Uppsala kommuns egen organisation. Däremot är situationen densamma som på träffpunkterna och seniorrestaurangerna kring information till kommuninvånarna. Av de som svarat på enkäten uppger en majoritet att de har fått information från ”annan person”, dock något lägre än för träffpunkterna och Seniorrestaurangerna.

Uppsala kommun

8 Analys och rekommendationer

I relation till de politiska mål och program som är antagna av Uppsala kommun så fyller Öppna förebyggande insatser en viktig funktion. Det har visat sig att äldres inkomster är förhållandevis låga och det är ännu tydligare hos kvinnor (se Eurostat 1, 2; SCB 2016; SCB, 2017). I Regeringsformen (1974:152) samt mål ett[6] och tio[7] i Agenda 2030 likväl som i Mål och Budget (Uppsala, 2018) betonas vikten av jämlikhet i ekonomisk status hos individen där äldre identifieras som en utsatt grupp. Fattigdom och jämlik ekonomisk status handlar inte enbart om inkomster utan bör också ses i relation till utgifter. Vad gäller inkomster är det snarare ett strukturellt och nationellt problem som kräver övergripande lösningar men vad gäller minskningar i utgifter går det att göra insatser på lokal nivå. Att erbjuda social delaktighet i form av exempelvis fika till självkostnadspris, kostnadsfri träning, subventionerade luncher och kostnadsfritt egentidsstöd i hemmet för de som vårdar en närstående ligger därför väl i linje med både nationella och lokala mål, mål som öppna förebyggande insatser bidrar till att uppfylla.

Att öppna förebyggande insatser fyller en funktion både vad gäller nationella och lokala mål är tydligt men den fyller också en viktig funktion för kommuninvånarna. I resultatet visas att majoriteten på träffpunkterna och på seniorrestaurangerna beskriver social samvaro som en viktig anledning till att besöka verksamheterna. Vidare poängteras träning som en viktig anledning till besök på träffpunkterna och matupplevelsen på seniorrestaurangerna. I både Agenda 2030 och i nätverket för äldrevänlig stad finns mål kopplat till träning[8], mat och måltidssituation[9] samt övergripande hälsofrämjande insatser[10], insatser som alla finns inom öppna förebyggande insatser och bidrar till att uppfylla politiska mål antagna av Uppsala kommun. Emellertid bör det problematiseras vilka som tar del av öppna förebyggande insatser. Med seniorrestaurangerna som undantag är det främst kvinnor, inrikes födda och vad gäller socioekonomisk klass väldigt blandat enligt personalen[11]. Studier och utredningar visar att ensamhet finns i den äldre befolkningen, däremot kan bilden av äldre som mer ensamma än andra grupper ifrågasättas (Cedersund & Ågren, 2017). Vidare anses män mer ensamma än kvinnor, män upplever också psykisk ohälsa i större utsträckning och är överrepresenterade i självmordsstatistiken. Män är underrepresenterade på träffpunkterna och på Anhörigcentrum. Orsaken till det är svår att sätta fingret på. Det kan handla om att de har mindre sociala nätverk (SCB, 2006) då informationen om öppna förebyggande insatser främst sker mun till mun? Det kan vara relaterat till maskulinitetsnormer (Nordenmark & Hyllander, 2018; Connell, 1995)? Beror det på

[6] Mål 1: Avskaffa fattigdom i alla dess former överallt (Agenda 2030)
[7] Mål 10: Minska ojämlikheten inom och mellan länder (Agenda 2030)
[8] Mål 3: Säkerställa hälsosammare liv och främja välbefinnandet för alla i alla åldrar (Agenda 2030); Samhällsstöd med bra hälso- och sjukvårdsinsatser (Äldrevänlig stad)
[9] Mål 2: Avskaffa hunger, uppnå tryggad livsmedelsförsörjning och förbättrad nutrition samt främja ett hållbart jordbruk (Agenda 2030)
[10] Samhällsstöd med bra hälso- och sjukvårdsinsatser (Äldrevänlig stad)
[11] Det ska poängteras att det i denna kartläggning endast finns faktaunderlag för ålder och kön medan bakgrund i form av etnicitet och socioekonomisk status är personalens subjektiva upplevelse.

utbudet av insatser? Oavsett orsak så kvarstår problematiken att färre män än kvinnor tar del av öppna förebyggande insatser, denna fråga bör därför utredas vidare.

Tydligt hos träffpunkterna är att storleken och utformningen av lokalerna idag inte är fullt ut anpassade till verksamheten. Lokalerna har varit desamma sen träffpunktverksamheten startade samtidigt som antalet besökare har ökat. Vi kan också förvänta oss en ökning av antalet besökare då personer över 65 år förväntas öka i framtiden. Således skapas ett ännu högre tryck på aktiviteterna som hålls på träffpunkterna. Vidare är några av träffpunkterna inte anpassade för vissa aktiviteter. Några träffpunkter, särskilt på landsbygden, är förhållandevis små och inryms i lägenheter eller klubblokaler. Det är därför svårt att bedriva aktiviteter i form av träning, resultatet blir således mer fokus på social samvaro. För att kunna möta befolkningsutvecklingen och samtidigt bedriva öppna förebyggande insatser kommer det krävas nya lösningar. Ett hinder för utökning av befintliga lokaler är att det i vissa lokaler inte finns fysiska möjligheter att utöka dem. Personalen på träffpunkterna ger förslag på ett mindre antal men större träffpunkter. En sådan lösning skulle också kunna innefatta att geografiskt samlokalisera flera olika verksamheter, exempelvis träffpunkter, seniorrestauranger, anhörigstöd, trygghetsboende, vårdcentral och hemtjänst och hemsjukvård. Det skulle också underlätta för kommuninvånare med flera preferenser och behov då flera verksamheter samlas. Det ligger i linje med utredningar kring biståndsbedömt trygghetsboende[12] och *Effektiv och nära vård* (Regionkontoret, 2018). Det finns också möjlighet till synergieffekter kring exempelvis samverkan mellan olika verksamheter, vilket resultatet av denna kartläggning visar är svårt att få till. Förslaget skulle även kunna kompletteras med mobila träffpunkter för att motverka den centralisering av träffpunkterna en sådan lösning innebär. Mobil träffpunktsverksamhet skulle ge möjlighet att erbjuda träffpunktverksamhet på fler platser än idag och på så sätt minska skillnader mellan stad och landsbygd vilket också är ett politiskt mål[13] i Uppsala kommun. Lokalfrågan är aktuell redan nu och kommer mest troligt bli än mer aktuell i framtiden. Potentiella lösningar bör således utredas mer noggrant.

Ett tydligt mönster som har identifierats är att information kring öppna förebyggande insatser främst sprids via mun till mun, vilket är särskilt tydligt gällande träffpunkter och seniorrestauranger. Inom målen för äldrevänlig stad är information och hur den kommuniceras[14] centralt. Vidare poängteras det att kommunen är en viktig aktör för spridning av information. Emellertid visas det i denna kartläggning att kommunen inte är den kanal som främst används för information kring öppna förebyggande insatser. Orsaken till varför information från kommunen inte når ut till kommuninvånarna via de kanaler som kommunen förfogar över framkommer inte av denna kartläggning. Beror det på att äldre använder internet i mindre utsträckning? Att informationen främst sker via mun till mun kan vara problematiskt då det finns en problematik kring ensamma

[12] Se exempelvis Regeringens proposition 2017/18:273; SOU 2017:21
[13] Mål och budget 2019-2021, s 54
[14] Kommunikation och information (Äldrevanlig stad)

äldre (SCB, 2006). Det går att anta att personer som är ensamma har ett mindre socialt nätverk och således också färre informationskällor. Risken är att de personerna inte får information om öppna förebyggande insatser, personer som kanske främst är i behov av de insatserna. Hur kommunen kommunicerar med specifika målgrupper och deras behov av hur information paketeras och överförs bör därför ses över.

Resultatet visar att det finns en otydlighet i uppdraget hos anhörigcentrum. Uppdraget kommer således behöva revideras och förtydligas, vilket personalen på Anhörigcentrum också efterfrågat. Anhörigkonsulenter och demensvårdskonsulenter har olika uppdrag och målgrupper, då anhörigkonsulenter endast stödjer anhöriga medan demensvårdskonsulenterna stödjer både anhöriga och närstående. Det skapar tveksamheter kring närstående och anhöriga, särskilt för anhörigkonsulenterna, där stödet baseras på den närståendes hemvist. Vem är då central i Anhörigcentrums uppdrag? Rimligtvis borde det i det här fallet vara de anhöriga. Vidare är målgruppen 21 år och äldre och således ett ansvar mellan flera olika förvaltningar, äldreförvaltningen, omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen. Det går att anta att personer beroende på ålder har olika livssituation, exempelvis är det troligt att de som är under 65 år har ett arbete. Således finns olika behov beroende på den enskilde men också olika generella behov beroende på livssituation. Vid en revidering av uppdraget är det därför centralt att det görs förvaltningsöverskridande mellan äldreförvaltningen, omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen.

Avslutningsvis kan nämnas att öppna förebyggande insatser ger individen ett sammanhang och en gemenskap. Den sociala samvaron anses av de som svarat på enkäten som viktig samtidigt som personalens upplevelser förstärker den bilden. I ett av målen i WHO:s (2017) nätverk för Äldrevänlig stad betonas social delaktighet[15] samt medborgardeltagande[16]. Enligt WHO (2017) bidrar deltagande i sociala gemenskaper till att minska social isolering, bibehålla eller stärka individens kompetens samt öka respekten[17] för den enskilde. Mötesforum i den lokala närmiljön ökar också medborgarengagemang och medborgarinflytande. Öppna förebyggande insatser, framförallt träffpunkter och seniorrestauranger, är mötesforum där medborgare kan träffas, samtala med varandra och skapa relationer.

[15] Social delaktighet (Äldrevänlig stad)
[16] Medborgardeltagande och sysselsättning Äldrevänlig stad)
[17] Respekt och social tillhörighet Äldrevänlig stad)

Uppsala kommun

Referenser

Alvesson, M. (2011) *Interpreting Interviews*. London: Sage.

Andersson, L. (2008). *Ålderism*. Lund: Studentlitteratur.

Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.

Bytheway, B. (1995). *Ageism*. Buckingham: Open University Press.

Cedersund, E & Ågren, A. (2017). Äldre människor i ensamhet och gemenskap. I: *Vem är den äldre?* (red) L-C, Hydén & M, Abramsson. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13(2): 153–60.

Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Singh, M. A. F., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., & Skinner, J. S. (2009). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise*, *41*(7), 1510-1530.

Connell, R.W. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

Eurostat 1: At-risk-of-poverty rate of older people by detailed age group - EU-SILC survey

Eurostat 2: At-risk-of-poverty rate of older people by sex - EU-SILC survey

Förenta Nationerna. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. XXX: XXX.

Littig, B., & Pöchhacker, F. (2014). Socio-Translational Collaboration in Qualitative Inquiry: The Case of Expert Interviews. *Qualitative Inquiry*. 20 (9), 1085-1195

Livsmedelsverket. (2017). *Näringsriktiga måltider inom vård och omsorg*. Livsmedelsverket.

Livsmedelsverket. (2014). *Nordiska näringsrekommendationer 2012 – rekommendationer om näring och fysisk aktivitet. Bakgrund, principer och användning*. Livsmedelsverket.

Nedlund, A. C., & Nordh, J. (2017). Constructing citizens: a matter of labeling, imaging and underlying rationales in the case of people with dementia. *Critical Policy Studies*, 1-20.

Nordh, J. (2016). *Social citizenship and people with dementia: Designing social care policies in Sweden*. Doctoral dissertation: Linköping University Electronic Press).

Nordin, A. (2008). Lära för (arbets)livet? Om löften och begränsningar i diskurser om livslångt lärande. *Nordisk pedagogik,* 28, 146-156.

Jönsson, B. (2011). *När horisonten flyttar sig: att bli gammal i en ny tid*. Stockholm: Brombergs Bokförlag.

Prop. 2017/18:273. *Biståndsbedömt trygghetsboende för äldre*. Stockholm: Socialdepartementet.

Regeringen. (2017). *Sverige och Agenda 2030 – rapport till FN.s politiska högnivåforum 2017 om hållbar utveckling*. Stockholm: Regeringen.

Regionkontoret. (2018). *Effektiv och nära vård 2030 – Målbild och strategi*. Uppsala: Region Uppsala.

SCB. (2017). *Högre andel äldre med låg inkomst i Sverige jämfört med Norden*. SCB statisknyhet, Hämtad 2018-02-28: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efteramne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulf-silc/pong/statistiknyhet/undersokningarna-av-levnadsforhallanden-ulfsilc2/

SCB. (2016). *På tal om kvinnor och män*. Örebro: Statistiska centralbyrån.

SCB. (2006). *Äldres levnadsförhållanden - Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.

Schwandt, H. (2016). Unmet Aspirations as an Explanation for the Age U-shape in Wellbeing. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 122, 75-87.

Nordenmark, L., & Hyllander, K. (2018). *Maskulinitet och psykisk hälsa: strategier för förbättringsarbete i vård och omsorg*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

Socialstyrelsen. (2011). *Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut (SFHI). (2009). *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (SFHI). (2007). *Hälsans betydelse för individens och samhällets ekonomiska utveckling*. Rapport 2007:8. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

SOU 2017:21. *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Stockholm: Socialdepartementet.

Uppsala kommun. (2018). *Mål och budget 2019-2021*. Uppsala: Uppsala kommun. Diarienr KSN-2017-3559.

WHO. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Geneve: Världshälsoorganisationen.

WHO. (2015). *World Report on Aging and Health*. Geneve: Världshälsoorganisationen