



RAPPORT FRÅN PREVENTIONSdagen 2026

Mer än vård

– att skapa livskvalitet genom preventiva och hälsofrämjande insatser för de allra äldsta

Den 13 februari 2026
Svenska Läkaresällskapet



Svenska
Läkaresällskapet



Preventionsdagen 2026

Den 13 februari samlades runt 70 personer, för årets Preventionsdag med tema: "Mer än vård – att skapa livskvalitet genom preventiva och hälsofrämjande insatser för de allra äldsta."

Dagen arrangerades av SLS kommitté för Prevention och Folkhälsa och i år riktades fokus mot hur vi kan skapa förutsättningar för ett gott åldrande med bevarad livskvalitet och värdighet.

Under dagen diskuterades hur preventiva och hälsofrämjande insatser kan göra verklig skillnad för de allra äldsta, både för individen och för samhället.

Preventionsdagen arrangerades av Svenska Läkaresällskapet (SLS) kommitté för Prevention och Folkhälsa.

MODERATORER Anna Kiessling, ordförande SLS kommitté för prevention och folkhälsa

ORGANISATÖRER Lilian Lindberg, utredare, och Ellinor Schmidt, programansvarig, SLS

PRODUKTION Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, 101 35 Stockholm

VÄXEL 08- 440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se

TEXT Lena Edberg, kommunikatör, SLS

GRAFISK FORM Jaana Logren Bergqvist, kommunikationschef SLS

FOTON Istockphoto

Inledning

Catharina Ihre Lundgren, SLS ordförande och Anna Kiessling, ordförande SLS kommitté för prevention och folkhälsa

Catharina Ihre Lundgren inledde med att lyfta Svenska Läkaresällskapet (SLS) kommunikativa fokusfråga äldre med multisjuklighet. Hon betonade att ett längre liv inte automatiskt innebär fler friska år, och att vårdbehoven i högre åldrar ofta är komplexa, samtidigt behöver vi se hela åldrandets bredd. Äldre är ingen homogen grupp, och vården måste möta både den friska och den sköra med samma respekt för individens behov och livssituation. Ojämligheten i hälsa ökar, och risken är att den fördjupas ytterligare när systemet blir pressat. För äldre med multisjuklighet – som ofta har störst behov men svagast röst – blir detta särskilt tydligt. SLS hälso- och sjukvårdspolitiska program presenterades, där prevention och jämlik hälsa ingår som en av fem bärande punkter. SLS anser att prevention och jämlik hälsa är avgörande för en hållbar vård och ett friskare samhälle.

Anna Kiessling som var moderator för dagen presenterade därefter programmet och satte ramen för dagen: hur kan vi skapa livskvalitet genom preventiva och hälsofrämjande insatser för de allra äldsta?

Äldre personers hälsoläge – igår och idag

Dorota Religa, professor i klinisk geriatrik, Karolinska Institutet, och överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset

Demografi och den svenska kontexten

Dorota Religa gav en övergripande bild av hur den äldre befolkningens hälsoläge i Sverige har utvecklats och hur det förväntas förändras framöver. Medellivslängden för både män och kvinnor fortsätter att öka, men ett längre liv innebär inte automatiskt fler år med god hälsa. I dag är cirka 20 procent av Sveriges befolkning 65 år eller äldre, och Sverige tillhör de länder i världen med högst andel personer över 80 år. År 2024 uppgår gruppen 80+ till omkring 500 000 personer, och 2030 beräknas den vara cirka 750 000. År 2060 beräknas var tionde invånare i Sverige vara 80 år eller äldre. Samtidigt föds färre barn, vilket leder till en tydlig förändring av befolkningsstrukturen. Inom de kommande tio åren väntas befolkningen öka med knappt två procent, medan andelen barn och unga minskar med drygt åtta procent. Denna demografiska utveckling påverkar såväl individers livsvillkor som planeringen och finansieringen av välfärden.

Prevention och en åldrande befolkning

När det gäller livslängden kan den till ungefär hälften förklaras av genetiska faktorer och till hälften av påverkbara faktorer. Det finns i dag god evidens för att äldres fysiska hälsa kan påverkas genom förebyggande insatser, såsom blodtrycksbehandling, vaccinationer och synhjälpmedel, liksom insatser som stärker muskel- och benmassa. Forskning och långsiktiga studier, såsom H70-studien och den riksrepresentativa SWEOLD-undersökningen, bidrar med kunskap om äldres hälsa, levnadsvillkor och funktionsförmåga över tid.

Vidare lyfte Dorota Religa begreppet skörhet och olika skattningar av skörhet. Den så kallade Fenotypmodellen beskriver skörhet utifrån kriterier som viktminskning, utmattning, fysisk aktivitet, långsamhet och svaghet. Hon talade även om Clinical frailty scale som bygger på klinisk bedömning av den enskilda patienten och skattar graden av skörhet och kognitiv förmåga. Många länder utvecklar särskilda vårdformer för sköra äldre, ofta med målet att ge vård där patienten befinner sig. Hon nämnde också en nypublicerad artikel (där hon är medförfattare) om WHO:s uppdaterade ICOPE-ramverk och hur det kan stödja ett mer åldersanpassat arbetssätt i vården.

Ett lyckligt åldrande

Avslutningsvis presenterades ett annat perspektiv på åldrande. En ny omfattande studie om lycka i Sverige visar att äldre svenskar hör till en av världens lyckligaste grupper, med starka nära relationer och mindre grad av ensamhet än yngre. Medan unga vuxna svenskar idag mår sämre än äldre. Åldrande förknippas ofta med skörhet och ensamhet, men resultaten bidrar till en mer nyanserad bild. Hög ålder behöver inte innebära lägre livskvalitet, men ställer ökade krav på ett hållbart och förebyggande hälsoarbete.

PREVENTION I PRAKTIKEN – VAD FUNGERAR FÖR ÄLDRE?

Fysisk aktivitet, matvanor och social samvaro för ett hälsosamt åldrande

Fysisk aktivitet för äldre

Ing-Mari Dohrn, fysioterapeut, docent, Karolinska Institutet, ordförande Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA)

Ing-Mari Dohrn presenterade kunskapsläget kring fysisk aktivitet som prevention för äldre, med fokus på de allra äldsta. Rekommendationerna kring fysisk aktivitet för 65 + är 150–300 minuters pulshöjande aktivitet per vecka och styrketräning två gånger i veckan, samtidigt som man bör minska stillasittande och att lägga in balansutmanande övningar 2–3 gånger i veckan.

Gärna 7 000 steg - effekt redan vid 4 000

Ing-Mari Dohrn berättade vidare om en metaanalys av 31 studier med totalt 160 000 deltagare som visar att 7 000 steg per dag, jämfört med 2 000, är kopplat till 47 procent lägre mortalitet, 25 procent lägre risk för hjärt-kärlsjukdom, 38 procent lägre risk för demens och 22 procent lägre risk för depression. Redan vid omkring 4 000 steg per dag ses hälsofördelar hos äldre.

Studier visar att hemmaboende personer över 80 år är relativt aktiva, men att få uppnår rekommendationerna för fysisk aktivitet. Bara 7% av personer över 75 år uppfyller både rekommendationerna om pulshöjande fysisk aktivitet och styrketräning. Stillasittande innebär betydande hälsorisker hos äldre: försämrad muskelstyrka, sämre fysisk funktion, ökad risk för skörhet och ökad fallrisk. Även kognitiv funktion påverkas, och risken för demens ökar vid långvarigt stillasittande. Att bryta långvarigt stillasittande är en viktig preventiv åtgärd.

Fallrisk och fallprevention

Varannan person över 80 år faller årligen och oro för fall är vanligt. Både fall och fallrädsla kan leda till minskad aktivitet, vilket i sin tur ökar risken ytterligare. Balans- och funktionell träning kan minska fallrisken med omkring en fjärdedel, och i kombination med styrketräning med en tredjedel, särskilt god effekt uppnås när träningen leds av fysioterapeut. Vid fallförebyggande träning är det viktigt att utmana balansen i en trygg träningsmiljö och att träna styrka. Studier visar att enbart drygt en tiondel av de äldre med nedsatt fysisk funktion får balansträning som fallprevention. Ing-Mari Dohrn betonade att det finns mycket stark evidens för att balansträning är en viktig fallpreventiv insats.

Styrketräning – effektiv och viktig för äldre

Styrketräning är effektiv även för de allra äldsta och för sköra multisjuka personer. Det är fullt möjligt att öka sin styrka med upp till 100% och träningen leder till både ökad muskelmassa och minskad fettmassa. Åldersrelaterad muskelförlust motverkas samtidigt som uppresningsförmåga och balans förbättras. Detta bidrar till självständighet och minskad risk för fall. Endast 30 minuters styrketräning en gång per vecka krävs för bibehållen styrka. Hon gav också konkreta råd för träning i hög ålder: värm upp ordentligt, öka gradvis och gör riskbedömning vid hög intensitet. Vid osteoporos bör man undvika kraftiga stötar och stor ryggflexion. För fallprevention är det viktigt att träna balans i en trygg miljö och kombinera med styrka.



Råd vid fysisk aktivitet för äldre:

- Uppvärmning är extra viktigt, eftersom kroppens vävnader är mindre elastiska
- Öka aktivitetsnivån gradvis, duration och frekvens ökas före intensitet
- Vid hög eller mycket hög intensitet: gör alltid en riskbedömning
- Regelbunden fysisk aktivitet mycket viktig då den utgör en reservkapacitet
- Vid osteoporos: undvik kraftiga vertikala stötar (som hopp) och stor ryggflexion (som sit-ups/yoga)

Avslutningsvis betonades att all rörelse och varje steg räknas. Äldre som inte kan nå upp till rekommendationerna bör vara så aktiva som deras tillstånd medger. Aktiviteter såsom vardagssysslor och långsam promenad kan vara tillräckligt ansträngande för att ge betydelsefulla hälsovinster för äldre.

Social samvaro för ett hälsosamt äldre

Margareta Kristenson, överläkare, professor emerita socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet

Margareta Kristenson tog avstamp i skillnaden mellan självvald ensamhet och ofrivillig ensamhet. Hon beskrev hur ensamhet är vanlig bland både ungdomar och äldre över 85 år, och hur ofrivillig ensamhet kopplas till ökad risk för psykisk ohälsa, sämre livskvalitet, lägre fysisk funktion samt sämre sömn och kognitiv förmåga. Ensamhet blir därmed inte bara en social fråga, utan en tydlig folkhälsofråga.

Nationella strategi mot ensamhet

Satsningen Tillsammans för god gemenskap i hela befolkningen – en nationell strategi mot ensamhet (2025) har tagits fram av Folkhälsomyndigheten på uppdrag av regeringen. Strategin beskriver vad som behöver göras och på vilken samhällsnivå. Målet är ett samhälle med jämlika förutsättningar för sociala relationer. Tre olika delmål lyfter tre nivåer: samhällsnivå (tillgängliga sociala arenor), gruppnivå (minska hinder för deltagande) och individnivå (fånga upp och stödja personer i långvarig ensamhet, bland annat genom att våga ställa frågan i vården och ha stöd att erbjuda).

Ensamhet förenat med högre vårdkonsumtion

Vidare beskrev Margareta Kristenson hur ensamhet kan påverka vårdkonsumtion. Ensamhet är vanligt bland patienter i primärvården och allmänläkaren kan vara den enda person en ensam person träffar. Cirka en femtedel av läkarbesöken i primärvården kan ha sin grund i ensamhet eller andra sociala problem, men presenterade som somatiska problem. En särskild utmaning är att ensamhet ofta är förenad med skam, vilket gör att den sällan uttrycks spontant. Hon beskrev riskerna med att vården idag saknar verktyg för att ta hand om ofrivillig ensamhet. Det kan medföra att vårdpersonal undviker att ställa frågor om ensamhet och andra psykosociala förhållanden och istället medikaliserar de symptom patienten presenterar. Vi behöver skapa system som både gör det möjligt att våga ställa frågan – och som säkerställer att det finns stöd att erbjuda när svaret blir ja.

Social förskrivning

Som ett praktiskt verktyg presenterades social förskrivning och England lyftes som exempel. I England har man 30 års erfarenhet av social samvaro ”på recept”, vilket innebär att vården samverkar med kommun och civilsamhälle och en hälsolots kan ge stöd att hitta aktiviteter som passar individen.

Det finns evidens om kostnadseffektivitet, effekter och arbetssätt. Social förskrivning kan avsevärt minska belastningen på sjukvårdssystemet, bland annat genom färre primärvårdsbesök och minskad belastning på akutmottagningar.

97 % av allmänläkarna i England är positivt inställda till social förskrivning och den sociala avkastningen på investeringen uppskattas till 2,42 pund för varje investerat pund.

Kostråd för äldre

Aravinda Berggreen-Clausen, handläggare inom folkhälsonutrition, Livsmedelsverket

Aravinda Berggreen-Clausen redogjorde för Livsmedelsverkets arbete med uppdaterade kostråd för äldre inom ramen för ett regeringsuppdrag om mat och måltider för äldre personer. Uppdraget omfattar både kunskapsstöd till personal och beslutsfattare inom äldreomsorgen och informationsmaterial riktat till äldre. Uppdraget ska slutredovisas den 15 juni 2026. En viktig utgångspunkt är att råden ska vila på aktuell vetenskap och samstämma med de Nordiska näringsrekommendationerna ([NNR 2023](#)), som är grunden för de svenska kostråden som kom ut 2025. [LMV:s generella kostråd för vuxna](#) gäller även för äldre men vissa råd behöver anpassas för målgruppen.

Riskfaktorer i svenskarnas matvanor

Ohälsosamma matvanor är, efter tobak, den livsstilsfaktor som bedöms vara den största orsaken till ohälsa och förtida död i Sverige. Flera tusen dödsfall på grund av hjärtinfarkt och stroke skulle kunna undvikas varje år i Sverige med hälsosammare matvanor.

Vad som är de största riskfaktorerna i matvanorna beror på hur befolkningen äter. I Sverige är den största riskfaktorn ett högt intag av charkprodukter (korv, skinka och bacon), vilket ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom och cancer. Det motsatta gäller för fullkorn som har en stor positiv effekt på hälsan, men där bara en av tio äter den mängd som rekommenderas.



De 5 största riskfaktorerna i svenskarnas matvanor 2023

1. Högt intag av charkprodukter
2. Lågt intag av fullkorn
3. Högt intag av rött kött
4. Lågt intag av frukt
5. Lågt intag av grönsaker

Äldre och näringsrekommendationerna

En hälsosam kost, enligt de nordiska näringsrekommendationerna, är en kost med mycket grönsaker, frukt, bär, baljväxter och fullkorn, rikligt intag av fisk och nötter, måttligt intag av magra mejeriprodukter, samt ett begränsat intag av rött kött. Intaget av chark, alkohol och processade livsmedel som innehåller mycket fett, salt och socker bör vara minimalt. Dessa rekommendationer gäller även för äldre personer då studier om kopplingen mellan mat och hälsa har inkluderat äldre. Samtidigt minskar ofta energibehovet med stigande ålder, men behovet av näringsämnen är minst lika stort – vilket gör näringstäthet extra viktigt för äldre personer.

Det är aldrig för sent att lägga om kosten

Livsmedelsverket har sammanställt en [rapport](#) om samband mellan äldres kost och

demens, som publicerades i december 2025. Litteraturöversikterna visade tydliga samband med övergripande kostmönster. De som åt mest likt Medelhavskosten* hade nära 30 procent lägre risk för Alzheimer jämfört med de som åt minst likt Medelhavskosten. Den kost som visade sig kunna minska risken för demens överensstämmer med Livsmedelsverkets kostråd, och i rapporten har man inte kunnat identifiera någon ålder då det skulle vara för sent att ställa om till en mer hälsosam kost.

(Mycket frukt, grönsaker, baljväxter, nötter och oljor samt fisk)*

Mer protein och extra D-vitamin för ett hälsosamt åldrande

Muskelmassa och styrka minskar naturligt med åldern, vilket ökar behovet av protein. Vid otillräckligt energiintag nyttjas proteinet som bränsle istället för byggstenar som de egentligen är. Sjukdomar och minskad muskelmassa ökar behovet av protein ytterligare. NNR 2023 rekommenderar ett generellt dagligt proteinintag på 0,83 gram per kilo kroppsvikt. Men för att förebygga åldersrelaterad muskelförlust och försämrad fysisk funktion rekommenderas ett högre intag på 1,2–1,5 gram per kilo kroppsvikt per dag för personer över 65 år. Ett tillräckligt energiintag, med mer protein i kombination med lätt styrketräning kan motverka muskelförlust och bevara muskelstyrka även i hög ålder.

Vitamin D är viktigt för att upprätthålla ett friskt skelett och brist kan orsaka urkalkning av skelett hos äldre. Vitamin D kan tillföras både via maten och genom solexponering. I Sverige är solstrålningen under delar av året otillräcklig, dessutom fungerar processen för att bilda D-vitamin sämre när man blir äldre. Det rekommenderade dagliga intaget av D-vitamin är 10 mikrogram upp till 74 års ålder, därefter är det rekommenderade intaget 20 mikrogram. Eftersom det är svårt att få i sig den mängden via maten så rekommenderas D-vitamin-tillskott för alla över 75.

Undernäring – en stor utmaning

Undernäring är en stor utmaning för äldre. Enligt kvalitetsregistret Senior Alert är sex av tio patienter inom äldreomsorgen undernärda eller i riskzonen. Undernäring ökar risken för skörhet vilket innebär en försämrad livskvalitet och ökade vårdbehov och därmed stora samhällskostnader. Undernäring har olika orsaker, där en minskad aptit har en stor roll. Att tappa aptiten är en naturlig del i åldrandet, men kan påverkas av till exempel sjukdom, läkemedel men även av ensamhet.

Sammanfattning av Livsmedelsverkets förslag till uppdaterade kostråd för äldre

Råden riktar sig till två grupper – de som är pigga och över 65 år och de som börjat tappa aptiten och är sköra.

För friska personer över 65 år gäller i princip samma råd som för alla vuxna, inklusive mycket fullkorn, frukt, grönt och fisk. Ett viktigt tillägg för denna grupp är mer protein och extra D-vitamintillskott från 75 års ålder.

För sköra äldre med nedsatt aptit är det viktigt att motverka undernäring. Att äta hälsosamt är fortfarande grunden, men när man inte orkar äta stora portioner är det viktigast att maten ger tillräckligt med näring och energi. Många små måltider med högt energi- och proteininnehåll är centrala för att bevara både muskler och kogni-

tiv förmåga. Extra fett i maten och feta mejeriprodukter bidrar med energi. En viktig skillnad jämfört med de generella kostråden är att de mängdrekommandationer som finns för olika livsmedelsgrupper har anpassats för denna grupp. Till exempel kan mängden frukt och grönsaker behöva minskas för att ge plats åt det som är mer energirikt och proteinrikt. Nya råd om ägg och kött från fågel har också lagts till.

Digitala verktyg – stöd eller stress?

Helen Sjöland, professor, universitetssjukhusöverläkare, Kardiologsektionen, Medicin Geriatrik Akutmottagning, Centrum för digital hälsa, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Helen Sjöland beskrev hur digitala verktyg kan öka tryggheten och möjliggöra självständighet för patienten, samt bidra till bättre prioriteringar och effektivare resursanvändning för vårdpersonalen. För hälso- och sjukvårdssystemet kan verktygen skapa kontinuitet och underlätta samverkan, på samhällsnivå kan de bidra till ökad jämlikhet genom att erbjuda likvärdig vård oavsett bostadsort och stödja preventiva åtgärder. Som exempel nämndes verktyg som telemonitorering, trygghetslarm, digitalt läkemedelsstöd och videokontakter, men också kognitionsstöd och digitala aktiviteter som kan bidra till social stimulans.

Att införa egenmonitorering för hjärtsvikt i Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen har infört egenmonitorering vid hjärtsvikt. Vid nyupptäckt hjärtsvikt krävs ofta tät uppföljning och systematisk upptrappning av läkemedel. Genom digital rapportering av värden kan vården arbeta mer proaktivt, följa trender och ibland justera behandling utan att alltid kräva fysiska besök.

Det finns tydlig evidens inom hjärtsvikt som visar att telemonitorering kan minska återinläggningar och dödlighet vid hjärtsvikt och förbättra kontroll av kardiovaskulära riskfaktorer. Även sannolikt reducerade kostnader men evidens för detta är svagare.

Egenmonitorering och stress

Helen Sjöland lyfte att även äldre patienter över 75 år relativt lätt kunde lära sig att hantera mätinstrumenten och metoden, men betonade att detta var relativt resursstarka patienter, då de behövde ha bank-ID, internetuppkoppling och smartphone. Vissa kunde däremot inte fullfölja mätningar, efterleva rutinen och behärska tekniken. Hos anhöriga märktes obetydlig ökad stress. I utvärderingar sågs över lag mycket hög patientnöjdhet med snittbetyg på 4,3 - 4,6 av 5.

Personalens erfarenheter och lärdomar

Samtidigt beskrev professionerna flera utmaningar i införandet. Bland annat medförde det en betydande kognitiv belastning att bevaka inflödet av mätdata, att enstaka bortfall av mätningar (tex patienten glömde, var bortrest etc.) orsakade mycket merarbete, och att chatfunktionaliteten krävde begränsningar gentemot patienten, dvs endast hjärtsviktrelaterade besvär kunde tas upp där. Dessutom kvarstod de fysiska

besöken ofta på grund av känslan av kontrollförlust hos personalen, man kände även osäkerhet kring ansvarsfrågan och vilka tecken man skulle reagera på. Regionens processägare framhåller liknande synpunkter samt att ett skifte från punktvisa vård-kontakter till kontinuerligt informationsflöde är en stor kulturförändring som kräver tydliga ramar, tröskelvärden och ansvarsfördelning.

Rekommenderade arbetssätt, nyorientering och framtidsspaning

Avslutningsvis betonade Helen Sjöland att fokus bör ligga på nytta i stället för imperativ teknikanvändning. Relevanta frågor att ställa: Vilka patienter har verklig nytta? När leder data till bättre beslut? Hur undviker vi att både patient och vårdpersonal känner ständig vaksamhet?

Egenmonitorering ska ersätta arbetsmoment och inte bara adderas ovanpå övriga arbetsmoment. Det är viktigt att schemalägga tid för egenmonitorering, regelbundenhet hos patienten likaså, annars skapas merarbete. Man kan även fundera över uppgiftsväxling, vem kan sköta det praktiska arbetet, exempelvis beställa sensorer och hjälpa patienten att komma i gång med egenmonitoreringen? Kanske administratör, sekreterare eller undersköterska? I praktiskt arbete rekommenderas att fokusera på trender av inrapporterade värden snarare än enstaka avvikande.

Framöver spår Helen Sjöland att vi kommer att använda oss mer av bärbar teknik (wearables) med automatiskt registrerade data med AI-stödd tolkning och mindre egenregistrerade data. Vi kommer även se mer forskning och utvärdering kring nyttan vilket är nödvändigt för breddinförande, spridning och ersättningssystem. Hon underströk slutligen att breddinförande och skalning innebär en systemförändring, vilket måste genomsyra hela verksamheten.

Hälsofrämjande miljö för den som är äldre

Anna Nivestam, leg. sjuksköterska, doktor i gerontologi, universitetslektor i hälsovetenskap, Högskolan Kristianstad

Med utgångspunkt i WHO:s rapport om hälsosamt åldrande betonade Anna Nivestam att ett gott åldrande inte enbart handlar om frånvaro av sjukdom, utan om att bevara funktionell förmåga; att leva ett liv med självständighet, delaktighet och välbefinnande. Det innebär att hälsofrämjande arbete behöver omfatta både individnära insatser och hur samhället är utformat, eftersom miljön kan underlätta – eller försvåra – att äldre kan vara aktiva och socialt delaktiga.

WHO:s ramverk för åldersvänliga miljöer

Anna Nivestam presenterade WHO:s ramverk för åldersvänliga miljöer och visade hur områden som transporter, boende, social delaktighet, kommunikation och samhällservice hänger samman. Brister i ett område kan slå mot flera andra, och påverka både hälsa och delaktighet.

WHO:s åtta områden för åldersvänliga miljöer

1. **Utomhusmiljöer:** Möjliggöra rörelse, vila och rekreation, säkerhet, tillgänglighet, närhet till service.
2. **Transporter och mobilitet:** Trottoarer, säkerhet, kollektivtrafik, färdtjänst.
3. **Boende:** Rimliga boendekostnader, tillgängliga, anpassningsbara, stödjande miljöer runt boendet, serviceutbud, säkerhet och trygghet.
4. **Social delaktighet:** Uppmuntra och möjliggöra delaktighet, generationsöverskridande aktiviteter.
5. **Social inkludering och ickediskriminering:** Motverka ålderism, våld mot äldre, minska ensamhet, minska social isolering, generationsöverskridande aktiviteter.
6. **Medborgerligt engagemang och sysselsättning:** Delaktighet politik/beslutsfattande, åldersvänligt arbetsliv, volontärarbete. Viktigt att vara en del av ett sammanhang och att känna sig behövd.
7. **Kommunikation och information:** Tillgänglig och begriplig, åldersvänlig, minska det digitala gapet.
8. **Samhälls- och hälsoervice:** Sömlös vård- och omsorg, hälsofrämjande- och förebyggande, hemsjukvård, vård- och omsorgsboenden.

Åldersvänliga miljöer ur äldres perspektiv

En ny studie som Nivestam är medförfattare till presenterades. Studien undersöker vilka faktorer äldre personer själva anser vara avgörande för att skapa åldersvänliga miljöer i en svensk landsbygdscontext. Studien bygger på fem fokusgrupper som diskuterat utifrån de åtta definierade områdena i WHO:s modell.

I fokusgrupperna framkom att **transporter och digitalisering** var särskilt centrala frågor. Bristande kollektivtrafik begränsade möjligheten att delta i aktiviteter, ta del av service och besöka vård. Digitaliseringen upplevdes samtidigt som både en möjlighet och ett hinder. När betalningar, bokningar och information flyttar in i appar kan det skapa exkludering för den som saknar vana, utrustning eller stöd.

Även **boendefrågan** lyftes tydligt. Flera deltagare beskrev hur ekonomiska förutsättningar gör att man bor kvar i bostäder som inte längre är anpassade till nuvarande behov. Samtidigt upplevdes det svårt att få tillgång till mer anpassade boendeformer, trots hög ålder.

Under temat **kommunikation och information** kom flera exempel på hur brist på mänskliga möten kan öka känslan av ensamhet och minska tilliten till samhällsstöd. Samtidigt framkom också positiva aspekter. Att kunna bidra, hjälpa andra och vara en del av ett sammanhang upplevdes som starkt hälsofrämjande.

Miljön som prevention

Avslutningsvis betonade Anna Nivestam att arbetet med åldersvänliga miljöer i sig är en form av prevention. När samhället möjliggör rörelse, social delaktighet och tillgång till service skapas förutsättningar för att bevara funktionell förmåga längre. Hälsofrämjande arbete handlar därför inte enbart om individuella insatser, utan lika mycket om samhällsplanering och strukturella beslut.

Att främja autonomi och värdighet i livets senare faser

Joakim Alfredsson, överläkare kardiologi, biträdande professor Universitetssjukhuset Linköping

Joakim Alfredsson tog upp autonomi och värdighet som centrala begrepp i vården och omsorgen av äldre. Autonomi beskrevs som rätten att själv få bestämma över sitt liv och medbestämmande i vårdenbesluten. Beroende av andras hjälp kommer med ålder och sjukdomar och är föränderligt över tid, det är viktigt att aldrig bedöma någon annans autonomi. Värdighet beskrevs som en känsla av självrespekt och integritet, vilket främjas av att känna sig sedd och hörd. Denna upplevelse är personlig och kan förändras över tid.

Det som kan hota autonomi och värdighet handlar om fysiska och kognitiva begränsningar, ålderism, organisatoriska ramar och tidspress, samt situationer där säkerhet prioriteras på bekostnad av självbestämmande. Med personliga exempel illustrerade Joakim Alfredsson hur lätt hjälp kan glida över i att "ta över", även med goda intentioner.

Att främja autonomi

Som arbetssätt för att främja autonomi betonade han personcentrerad vård utifrån individens behov, med kommunikation och delaktighet i beslut. Att respektera ett ja eller ett nej och att behandla den äldre som en person, oavsett fysiskt eller kognitivt tillstånd, är avgörande. Frågan "Vad är viktigt för dig?" kan öppna för individualisering delaktighet. Han underströk också att delaktighet kräver kunskap: vården behöver kunna förklara nytta och risk så att patienten kan fatta informerade beslut. Att stödja oberoende i vardagen är också nycklar till främjad autonomi. Det kan handla om att anpassa miljön samt att uppmuntra och stärka egna förmågor. Även anhöriga kan behöva stöd i att främja autonomi, snarare än att ta över beslutanderätten, så långt det är möjligt.

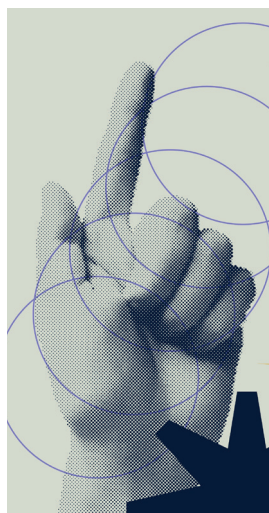
Att främja värdighet

Vidare framhölls att det är grundläggande att vi tillåter individen att definiera vad som är värdighet och att vi inte utgår ifrån oss själva. Förhållningssätt, kommunikation och gemensamma beslut är centralt även här.

När det gäller forskning betonade han att äldre patienter ofta är underrepresenterade i kliniska studier, trots att många sjukdomar i hög grad drabbar personer i högre åldrar. När evidensen främst bygger på studier av yngre patienter riskerar behandlingsbeslut att vila på otillräcklig kunskap om vad som faktiskt är bäst för de äldsta. Att i större utsträckning inkludera äldre i forskning och att utveckla evidens för behandling och rehabilitering i hög ålder är därför ett sätt att stärka framtida autonomi och värdighet – och att möjliggöra mer individualiserade och välgrundade beslut.

Som exempel nämndes hjärtrehabilitering. I kvalitetsregistret SEPHIA registreras idag patienter upp till 79 års ålder, medan kunskapen om hur patienter över 80 år följs upp och rehabiliteras är mer begränsad. En enkätstudie pågår för att belysa detta. Samtidigt finns studier som visar att även sköra äldre har mycket att vinna på rehabilitering.

Att stärka funktion och förmåga i hög ålder kan ge betydande förbättringar i livskvalitet och självständighet – vilket ytterligare understryker behovet av mer forskning och anpassade insatser för de allra äldsta.



Take home messages

- Våga fråga – och lyssna på svaret
- Gör patienten delaktig i beslut som rör den egna vården
- Individualisera behandling och insatser utifrån den äldres situation och önskemål
- Stimulera och stärk den äldres egna förmågor i stället för att ta över
- Bidra till kunskapsutveckling genom att inkludera äldre i studier och utvärderingar

Att bygga forskningsbaserad vård och omsorg för äldre

Ramona Schenell, forskningsledare Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO) Göteborgs Stad, adjungerad lektor Göteborgs universitet, styrelseledamot Svensk sjuksköterskeförening

Ramona Schenell beskrev hur Äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO) i Göteborgs Stad arbetar för att göra forskning till en naturlig och integrerad del av den kommunala vården och omsorgen. ÄVO är en omfattande organisation med omkring 10 000 medarbetare från många olika professioner. Inom förvaltningen finns en särskild enhet för forskning och kunskapsspridning som samordnar och driver forskningsarbetet. Där arbetar Ramona Schenell som sjuksköterska, tillsammans med en kollega som är socionom. En avgörande framgångsfaktor handlar om att ha en beslutad forskningsinfrastruktur som gör att arbetet blir hållbart över tid.

Från behov till nytta

Ramona Schenell presenterade arbetssättet SPIRA – från behov till nytta, där verksamhetens behov är utgångspunkten. Modellen skapar struktur för hur forskningssidéer tas emot, hur etiska frågor hanteras och hur studier genomförs – men också hur resultaten omsätts i praktiken. SPIRA sammanfattas i stegen samverka, prioritera och planera, initiera, realisera samt använda och sprida

Samverka – med den verksamheten är till för, akademien och andra aktörer

Prioritera och planera – verksamhetens behov leder vägen

Initiera – struktur för forskningsförfrågningar och forskningsetik

Realisera – driver studier i och utanför verksamheten

Använda och sprida – gör så att kunskapen används i vardagen

Hon berättade vidare om vilka olika delar deras forskningskultur består av. Samt att de har sju doktorander med olika profession och forskningsområden och olika finansiering.

Forskning och samverkan

Ramona Schenell framhöll att få av de problem som vård och omsorg står inför i dag kan lösas av en aktör ensam. Samverkan behövs för att lösa problem inom vård och omsorg. Hon menade att vi behöver gå från en fragmenterad vård- och omsorg till en sammanhållen där alla aktörer som finns runt personen som behöver vård och omsorg samverkar för att det ska bli så bra som möjligt.

Att få stora organisationer att arbeta tillsammans är inte enkelt, trots regelverk och avtal på nationell och regional nivå. Här kan forskning och utveckling fungera som en gemensam plattform. Genom att formulera gemensamma frågeställningar och skapa mötesplatser kan samarbete växa fram – ofta utan omfattande formalisering.

Exempel på pågående forskning om prevention och de allra äldsta presenterades: fallprevention efter fallolyckor och hur vårdkedjan fungerar, våld mot äldre och hur det kan förebyggas, vad som händer när sjukhusvård flyttar hem och flera aktörer ska samverka i personens bostad, samt hur kostnader ser ut för samma insats på olika vårdnivåer. Gemensamt för projekten är att de utgår från konkreta behov i verksamheten och syftar till att förbättra vård och omsorg i praktiken.



Take home message – hur bygger vi forskningsbaserad vård och omsorg för äldre?

- Hitta samverkanspartners som delar engagemanget
- Våga gå över organisationsgränser
- Bjud in er själva där ni kan behövas – och bjud in andra till era sammanhang
- Tänk strategiskt och långsiktigt, men var inte rädda att låta idéer växa organiskt
- Skapa en tydlig struktur att luta er mot

Roller, ansvar och politisk vilja att prioritera - ett panelsamtal

Anna Kiessling, SLS, Catharina Ihre Lundgren, SLS, Björn Eriksson, generaldirektör Socialstyrelsen, Olivia Wigzell, generaldirektör Folkhälsomyndigheten, Talla Alkurdi Hälso- och sjukvårdsregionråd, Region Stockholm, Socialdemokraterna, Aase Wisten, sakkunnig i vård och omsorg för SPF Seniorerna

Dagen avslutades med ett panelsamtal lett av Anna Kiessling. Diskussionen kretsade kring två återkommande frågor: hur prevention blir verklighet i praktiken – och hur digitalisering påverkar jämlik tillgång till vård och stöd, särskilt för äldre med stora behov.

Panelen inledde i ansvarsdimensionen: vem gör vad, och hur undviker vi att prevention hamnar mellan stolarna? Björn Eriksson beskrev hur resursbrist kan driva fram en slags ”någon-annan-ism”, där ansvar tenderar att flyttas mellan aktörer. Han betonade behovet av en gemensam målbild och bättre samordning, och lyfte regiondialoger som ett sätt att minska glapp i systemet.

Aase Wisten hänvisade till SPF Seniorernas vård- och omsorgspolitiska program och betonade vikten av att ansvar blir tydligt formulerat – inte minst för att kunna följas upp. Hon lyfte fallprevention som ett område där det finns stor förbättringspotential och nämnde idén om en nollvision för fall som ett konkret exempel på hur prevention kan prioriteras och mätas.

Catharina Ihre Lundgren återkom till primärvårdens roll och betonade att kontinuitet är en förutsättning för både prevention och en sammanhållen vård för äldre. Olivia Wigzell instämde i primärvårdens betydelse och lyfte samtidigt att prevention inte kan bäras av hälso- och sjukvården ensam – utan kräver insatser från flera samhällssektorer. Talla Alkurdi pekade på att många medborgare ändå uppfattar att vården har huvudansvaret, och menade att ett bredare förebyggande arbete kräver både resurser och ett starkare stöd till det kommunala civilsamhället.

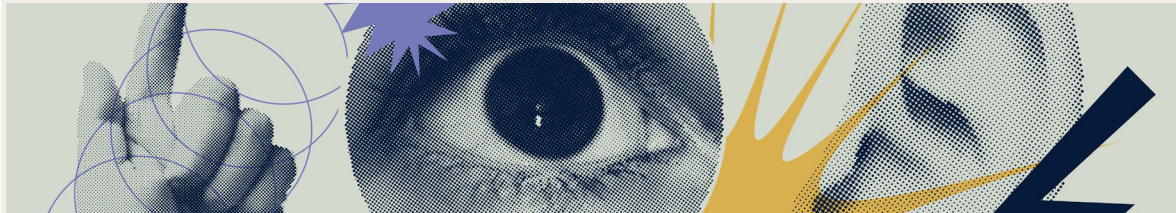
När samtalet övergick till digitalisering blev riskerna med digitalt utanförskap ett tydligt tema. Catharina Ihre Lundgren betonade att digitala verktyg kan vara en tillgång för många, men att de också kan skapa hinder kopplade till språk, socioekonomi och, digital vana. Talla Alkurdi lyfte erfarenheter från pandemin, där digitala krav i vissa fall gjorde det svårare för dem som hade störst behov, och underströk att digitala lösningar aldrig får begränsa tillgången till vård.

Olivia Wigzell pekade på att digitalt utanförskap kan förstärka ensamhet och ojämlikhet, och betonade att alternativa vägar behöver finnas parallellt eftersom många äldre saknar både internetvana och BankID. Aase Wisten lyfte integritetsfrågor och behovet av lösningar som fungerar även vid vanliga hinder i hög ålder, exempelvis synnedsättning.

Panelen landade i en gemensam slutsats: digitalisering kan vara ett stöd – men bara om den byggs med tillgänglighet och jämlikhet som utgångspunkt. Fast läkarkontakt och ett personcentrerat arbetssätt lyftes samtidigt som viktiga förutsättningar för att äldre ska kunna känna trygghet och delaktighet i ett allt mer digitaliserat samhälle.

Slutord

Mats Börjesson, SLS kommitté för prevention och folkhälsa, sammanfattade dagen och konstaterade att svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar med en växande andel äldre, varav många med multisjuklighet. Därför är prevention inte bara ett viktigt perspektiv, utan en förutsättning för en långsiktigt hållbar vård och ett friskare samhälle.



Lärdomar från Preventionsdagen

- Den demografiska utvecklingen där fler blir allt äldre påverkar såväl individers livsvillkor som planeringen och finansieringen av välfärden. Samtidigt är äldre svenskar bland de lyckligaste befolkningsgrupperna i världen!
- Styrke- och balansträning fungerar även i hög ålder – att bryta stillasittande är en viktig preventiv åtgärd och balansträning är även en viktig fallprevention.
- Ensamhet är förenat med högre vårdkonsumtion och Social förskrivning är ett praktiskt verktyg för att motverka negativa effekter av ensamhet både för samhälle och individ.
- Det är aldrig för sent att lägga om kosten och Medelhavskost kan minska risken för Alzheimers. Alla över 65 år rekommenderas ett ökat intag av protein och alla över 75 år rekommenderas D-vitamintillskott. Näringstäthet extra viktigt för äldre personer!
- Telemonitorering kan minska återinläggningar och dödlighet vid hjärtsvikt. Patienterna var positiva medan personalen upplevde ökad belastning. Framöver väntas användandet av wearables med AI-stödd tolkning att öka. Vi kommer även se mer forskning och utvärdering kring nyttan av olika digitala lösningar.
- Funktionell förmåga avgörs inte enbart av individens hälsa, utan också av miljön. Delaktighet och meningsfulla sammanhang kan stärka hälsa varför hälsofrämjande arbete handlar både om vårdinsatser och om samhällsplanering som möjliggör ett aktivt och socialt liv även för äldre.
- Vi kan främja autonomi och värdighet i livets senare fas genom att göra patienten delaktig i beslut, individualisera behandling och insatser, samt att stimulera den äldres egna förmågor i stället för att ta över.
- Forskning och utveckling kan vara en gemensam plattform mellan aktörer – och samverkan är en nyckel för att bygga forskningsbaserad vård och omsorg för äldre



Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm, Sweden

VÄXEL 08-440 88 60 **WEBB** www.sls.se