

# Självständigt arbete på avancerad nivå

*Independent degree project – second cycle*

Folkhälsovetenskap

Public Health Science

**Psykisk ohälsa hos äldre, hur påverkar fysisk aktivitet?**

Personalens upplevelser

**Petra Öhrberg**



**Mittuniversitetet**

MID SWEDEN UNIVERSITY

Campus Härnösand Universitetsbacken 1, SE-871 88. Campus Sundsvall Holmgatan 10, SE-851 70 Sundsvall.  
Campus Östersund Kunskapens väg 8, SE-831 25 Östersund.  
Phone: +46 (0)771 97 50 00. Fax: +46 (0)771 97 50 01.

MITTUNIVERSITETET

Avdelning för Hälsovetenskap

Examinator: Katja Gillander Gådin, [katja.gillander-gadin@miun.se](mailto:katja.gillander-gadin@miun.se)

Handledare: Bahareh Eslami, [bahareh.eslami@miun.se](mailto:bahareh.eslami@miun.se)

Författare: Petra Öhrberg, [peja0602@student.miun.se](mailto:peja0602@student.miun.se)

Utbildningsprogram: Masterutbildning i Hälsovetenskap, 120 hp

Huvudområde: Folkhälsovetenskap

Termin, år: VT, 2016

## Abstrakt

**Bakgrund:** Psykisk ohälsa kan drabba alla, men kan uppträda annorlunda hos äldre på grund av ålderdomens fysiska och kognitiva förluster. Preventiva åtgärder som fysisk aktivitet och social gemenskap kan reducera psykisk ohälsa. **Syfte:** Syftet var att undersöka om personalen inom äldreomsorgen märkte någon positiv hälsoförändring hos den äldre med psykisk ohälsa efter regelbunden fysisk aktivitet. **Metoden:** 180 respondenter som arbetade inom äldreomsorgen deltog i studien och som genomfördes i form av en kvantitativ tvärsnittsstudie med en webbenkät. **Resultat:** Studien visade att personalen kunde observera positiva hälsoförändringar hos den äldre efter fysisk aktivitet beroende på arbetsplats. Personalen såg en ökad självkänsla i samband med delaktighet och det kan leda till glada och pigga åldringar. Promenader och gymnastik var de mest förekommande fysiska aktiviteterna i denna studie. Den sociala gemenskapen var en viktig faktor för att behålla hälsan och påverka inflytandet i sitt liv. **Slutsats:** Regelbunden fysisk aktivitet och social gemenskap har en positiv påverkan på psykisk ohälsa. Kunskap om fysisk aktivitet hos äldre är ett ämne som bör studeras ytterligare.

Nyckelord: Delaktighet, Depression, Fysisk aktivitet, Kunskap, Social gemenskap, Äldre människor.

## **Abstract**

**Background:** Mental ill-health may present itself in different ways among elderly due to physical and cognitive dysfunctions at old age. Preventive procedures such as physical activity and social companionship can reduce mental ill-health. **Aim:** To determine if the staff in elderly care could notice any positive changes in mental health of older people after regular physical activity. **Method:** 180 individuals working in elderly care participated in this quantitative cross-sectional web based study. **Result:** The study showed that the staff could observe positive health changes in the elderly after regular physical activity depending on the workplace. The staff saw an increased self-esteem associated with participation leading to happy and lively elderly. Walking and gymnastics were the most common observed physical activities. The social community was an important factor for maintaining health. **Conclusion:** Regular physical activity and social interaction have a positive effect on mental health. Knowledge of personal working in elderly care about physical activity is a topic that should be studied further.

**Key word:** Knowledge, Depression, Participation, Physical Activity, Social Community, Older people

# Innehåll

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
KUNSKAP OCH KOMPETENS .....	2
DEFINITIONER .....	3
ÅLDRANDET .....	3
PSYKISK OHÄLSA .....	4
RISKFAKTORER .....	4
FÖREBYGGANDE FAKTORER .....	5
ALTERNATIVA METODER .....	5
TAKTIL MASSAGE .....	5
REMINISCENSE .....	6
FYSISK AKTIVITET .....	6
AEROBTRÄNING .....	7
STYRKETRÄNING .....	7
QI GONG OCH TAI CHI MEDITATIVA RÖRELSER .....	8
<b>SYFTE</b> .....	<b>8</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	8
<b>METOD</b> .....	<b>9</b>
DESIGN .....	9
URVAL OCH PROCEDUR .....	9
MÅTT .....	10
PILOTSTUDIE .....	10
DATABEARBETNING OCH ANALYS .....	11
SVARFREKVENNS OCH BORTFALL .....	11
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	12
<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
RESPONDENTER .....	12
FYSISK AKTIVITET .....	13
ALTERNATIVA METODER .....	15
OBSERVATIONER .....	16
SJÄLVBESTÄMMANDE .....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
RESULTAT DISKUSSION .....	17
METOD DISKUSSION .....	22
<b>SLUTSATS</b> .....	<b>23</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>24</b>
<b>BILAGA 1</b> .....	
<b>BILAGA 2</b> .....	

## **INLEDNING**

Den äldres ohälsa har hamnat i fokus de senaste åren och det har visat sig att forskning om psykisk ohälsa är ett eftersatt område. De äldre är ofta underbehandlade vilket kan vara en konsekvens av kombinationen av psykisk ohälsa och åldrandet, men även viss okunskap hos sjukvårdspersonalen om psykisk ohälsa och behandling. Psykisk ohälsa är förknippat med en högre sjuklighet och är ett hälsoproblem över hela världen enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2003). Den kan leda till en försämrad livskvalitet med bland annat ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad vårdkonsumtion och ökad dödlighet bland äldre (Marcusson, Blennow, Skoog & Wallin, 2011).

Fysisk aktivitet är känt för att reducera ohälsa (Strawbridge, Delger, Roberts & Kaplan, 2002) och kan användas som en förebyggande åtgärd (Lindwall, Larsman & Hagger, 2011). Genom att satsa på fysisk aktivitet, kan man skapa hälsofrämjande insatser för oberoende och hög livskvalitet för den äldre (Statens folkhälsoinstitut, 2005).

## **BAKGRUND**

Andelen äldre i Sveriges befolkning ökar, 2013 fanns det närmare 1,9 miljoner personer som är 65 år eller äldre. Denna grupp äldre utgör ungefär 20 procent av befolkningen enligt Hjälpmedelsinstitutet (HI, 2014). En rapport från Statistiska centralbyrån (SCB, 2006) visar att personer i åldersgruppen 75-84 år bedömer sitt hälsotillstånd som dåligt eller mycket dåligt.

Tjugo procent av de äldre som bor i Sverige lider av någon typ av psykisk ohälsa, vilket innebär att det är en av vår tids största folksjukdomar enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL, 2015). De äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område eftersom flera landsting saknar psykiatriska verksamheter för äldre. Psykiska sjukdomar som depression och olika ångesttillstånd är vanligt hos äldre men har fått mindre uppmärksamhet än demenssjukdomarna, vilket kan bero på att det finns en fördom att det ingår i ålderdomen och är ett normalt tillstånd (Socialstyrelsen, 2013).

Marcusson et al. (2011) visar att äldre bosatta i Sverige har den högsta förbrukningen av psykofarmaka än yngre men bara 20 procent av de med exempelvis depression har en passande behandling. Forskning från Geriatrikfonden (2016) beskriver att mer än

hälften av de äldre som behandlas med läkemedel exempelvis mot depression var fortfarande deprimerade. Den äldre söker oftast vård på grund av somatiska besvär och vanligen kontrollerar läkaren endast de symtomen, vilket kan resultera i en långvarig och mer svårbehandlad depression (Wasserman, 2003).

## **KUNSKAP OCH KOMPETENS**

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, skall en sjuksköterska kunna identifiera och förebygga hälsorisker och motivera till förändrad livsstil där det behövs. Sjuksköterskan skall tillika bedöma patientens egna resurser och förmåga till egenvård (Socialstyrelsen, 2005). En undersköterska har inte samma krav som en sjuksköterska men likväl är det undersköterskan som har mest kontakt med den äldre. Det skulle skapa gynnsammare förutsättningar huruvida omvårdnadspersonalen (undersköterska och vårdbiträde) hade kännedom om psykisk ohälsa, för att lättare upptäcka om den äldre är förslagsvis nedstämd och på väg in i en depression.

Omvårdnadspersonalens arbete innebär att arbeta nära den äldre och måste ha ett visst kunnande för att förstå och tolka den äldres behov och signaler för nedstämdhet och psykisk ohälsa (Svensk vård och kompetensutveckling, [SVOK] 2016). En betydelsefull uppgift för omsorgspersonalen är att stödja det friska hos den äldre vilket medför att de skall arbeta salutogent, som innebär att ta tillvara på de resurser och förmågor den äldre har.

Psykisk ohälsa är ett hot mot en god ålderdom och svår att upptäcka. Andersson & Josephson (2014) beskriver att äldres psykiska ohälsa är ett område som ”befinner sig i gränslandet mellan psykiatri, geriatrik, äldreomsorg och primärvård. Vilket betyder att ingen tar ett samlat ansvar för vård och omsorg”.

Omvårdnadspersonalen kan förebygga psykisk ohälsa genom olika fysiska aktiviteter och social gemenskap, vilket kan bryta den sociala isoleringen. Det kan innebära fysisk aktivitet men även alternativa metoder såsom taktil massage, reminiscens, musik och uppträdanden på boenden såväl som goda kostvanor med familjeliknande måltider (Forsman, Schierenbeck & Wahlbeck, 2011). Denna aktuella studie skall belysa omsorgspersonalens förhållningsätt med preventiva åtgärder i form av fysisk aktivitet.

## DEFINITIONER

Äldre: Begreppet ”äldre” i denna studie är personer från pensionsåldern (dvs., omkring 65 år) och uppåt.

Omvårdnadspersonal: är undersköterskor med treårig gymnasieutbildning eller vuxenutbildning på tre terminer. Omvårdnadspersonal kan även vara personal utan utbildning, så kallade vårdbiträden. Skillnaden i arbetsuppgifterna mellan en undersköterska och vårdbiträde är den kvalificerade sårvården, kateterspolning och att undersköterskan är insulin delegerad.

Särskilt äldreboende (SÄBO): betyder att personal finns på plats dygnet runt.

Hemtjänst: innebär att omsorgspersonalen arbetar i den äldres egna hem.

Sjukhus personal: innebär personal som arbetar på geriatriska avdelningar.

## ÅLDRANDET

Människans åldrande är en komplex process som med tiden leder till gradvis försämring av kroppsfunktioner (Nehlin, Skovgaard & Bohr, 2006). Ett normalt åldrande är ett friskt åldrande som handlar om förändringar till följd av ökad ålder. Åldrandet betyder risk för åldersrelaterad sjukdom, minskad rörelseförmåga, reducerad muskelstyrka och försämrad kondition. Med ålder sjunker den fysiska aktiviteten parallellt med ett ökat stillasittande (Kontos, 1999). Forskning från Geriatriskafonden (2016) beskriver att kroppen tacklar av och många funktioner försämras, men de förändringarna är inte sjukliga.

Psykologiska och sociala faktorer som till exempel brist på daglig motion, social gemenskap, stress och personliga trauman kan påskynda försämringen, vilket kallas sekundärt åldrande och kan ge upphov till ohälsa (Reynolds & Charney, 2002).

Fysik aktivitet inverkar på de negativa konsekvenserna i åldrandet och samtidigt har den en terapeutisk effekt på den psykiska ohälsan (Zschucke, Gaudlitz & Ströhle, 2013; Barnes, 2015). Det naturliga åldrande går inte att undvika, men det friska kan förstärkas. Med en god livsstil och miljö kan det naturliga åldrandet påverkas till det positiva och fördröja en funktionsnedsättning.



## **PSYKISK OHÄLSA**

Psykisk ohälsa är förknippad med samhällskostnader (Nilunger & Wasserman, 2008), i form av minskad produktivitet, ökad fysisk ohälsa, ökad dödlighet och ökad konsumtion av hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2011). Bloom et al. (2011) konstaterar att samhällsekonomiska kostnader för psykisk ohälsa i Sverige år 2010 var 142 miljarder kronor.

Psykisk ohälsa kan anses vara en naturlig del av livet och något som alla kan drabbas av men psykisk sjukdom och ohälsa innebär tillstånd som kan diagnostiseras i medicinska termer och som kräver insatser av vårdprofession (Andersson & Josephson, 2014).

Det är vanligt med psykisk ohälsa bland äldre och det är viktigt att de får en god hjälp och omsorg för att kunna leva ett gott liv. Den äldre med psykisk ohälsa kan uppleva förtvivlan, ångest och oro mer frekvent än yngre personer och söker oftast inte hjälp för den psykiska ohälsan, vilket kan bero på stigmatisering. Orsak bakom psykisk ohälsa kan vara biologisk, kopplad till ålder eller psykosociala faktorer som förlust av partner och ha en förbindelse till bruk av läkemedel mot kroppsliga sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013; Barnes, 2015).

Begränsningar i form av sviktande funktioner och svårigheter att delta i sociala sammanhang är vanligt och självmordsfrekvensen är högre senare i livet än i någon annan åldersgrupp och tyder på att psykisk ohälsa är en kraftig oberoende riskfaktor för självmord hos äldre (Reynolds & Charney, 2002).

## **RISKFAKTORER**

Det finns olika förklaringar till att äldre personer har en ökad risk för psykisk ohälsa och vissa riskfaktorer kan fungera ihop. En kroppslig sjukdom i sig kan öka risken för att bli nedstämd och personer med hjärnsjukdomar såsom demens, stroke eller Parkinsons sjukdom är känsliga. Vissa genetiska faktorer och medicinska sjukdomar, i synnerhet vaskulära sjukdomar kan ge en ökad risk för psykisk ohälsa (Reynolds & Charney, 2002).

Dessutom kan förändringar som förlust av social gemenskap leda till social isolering, vilket kan öka risken för psykisk ohälsa. Social isolering och upplevelse av förlust är

påtagliga psykosociala riskfaktorer. Denna upplevelse kan utlösas både av konkreta händelser, såsom förlorad hälsa, samt av mer komplexa upplevelser som rör personens jagkänsla, exempelvis förlust av autonomi eller social status. Många äldre är ensamma, vilket är en riskfaktor för att drabbas av psykisk ohälsa (Bekhet & Zauszniewski, 2012).

## **FÖREBYGGANDE FAKTORER**

Social gemenskap och delaktighet är viktigt för att människan skall må bra och uppleva meningsfullhet. Att känna sig behövd är en förutsättning för att uppleva meningsfullhet och kunna påverka exempelvis sin egen livssituation, som är grundläggande för god hälsa (Pellmer & Wranner, 2010).

För att kunna förebygga psykisk ohälsa hos äldre kan fysisk aktivitet vara betydelsefullt för att identifiera besvären, till exempel depression. Fysisk aktivitet minskar psykisk ohälsa och ökar motivationen, kognitionen och hjärnans kapacitet (Johansson, 2006). Den fysiska aktiviteten kan förbättra sömnen, matvanor och den sociala hälsan, vilka är viktiga för den äldres självständighet och funktion (Socialstyrelsen, 2016). Förutom social gemenskap och delaktighet finns det olika metoder som kan påverka psykisk ohälsa.

## **ALTERNATIVA METODER**

Inom äldreomsorgen används inte enbart fysisk aktivitet som förebyggande åtgärd mot psykisk ohälsa utan andra alternativa metoder tillämpas, såsom taktil massage och reminiscens (Andersson, Törnkvist & Wändell, 2009). Taktil massage är ett bra alternativ för de äldre som är rörelsehindrade och/ eller helt sängliggandes. Reminiscens är ytterligare ett komplement till fysisk aktivitet för den rörelsehindrade och för den demenssjuke.

### **TAKTIL MASSAGE**

Taktil massage (TM) är en vanlig uppgift bland omsorgspersonalen inom äldreomsorgen och har använts frekvent sedan år 2000 som ett komplement till läkemedel (Andersson, Törnkvist & Wändell, 2009). Taktil massage handlar om att följa en uppsättning rörelser som innefattar beröring med lätt tryck och fokuserar på

sensorisk integration exklusive djup vävnad massage (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2003).

Tidigare studier har visat att TM kan påverka flera delar av en persons hälsa, de uppvisade en ökad energi, lycka, piggare, förbättrad sömn, minskad smärta, och förbättrad allmän och fysisk hälsa än innan behandlingen påbörjades (Andersson et al., 2009).

### **REMINISCENSE**

Reminiscensterapi kan betraktas som en behandlingsform som ryms under Kognitiv beteendeterapi (KBT)-paraplyet (SBU, 2015). Reminiscens är en metod som arbetar med minnen, exempelvis den personliga levnadshistorien och/eller andra minnen i det förflutna. Det finns inget entydigt sätt att arbeta med metoden, men oftast används utlösare (exempelvis en boll) på ett medvetet sätt för att aktivera sinnen och på det sättet framkalla minnesglimtar (Demenscentrum, 2015). Tidigare studier har visat att reminiscens resulterade i statistiskt signifikant minskning av psykisk ohälsa (Hsiu-Fang & Wang, 2003). Reminiscens har även visat sig öka välbefinnandet hos personen, stärka identiteten, och förbättrad språkförmågan (Gynnerstedt & Shartau, 2000).

### **FYSISK AKTIVITET**

Fysisk aktivitet är definierat som kroppslig rörelse som produceras av skelettmuskulaturen och resulterar i energiförbrukning (Philips, 2015). Det kan begränsa effekten av åldersrelaterade biologiska förändringar, genom att påverka kronisk sjukdomsutveckling och vidmakthållande av funktionsförmågan.

Att vara fysisk aktiv är förenat med god hälsa i synnerhet eftersom fysiska och kognitiva förmågor ger en positiv livssyn för den äldre (Lindwall et al., 2011). Philips (2015) har visat att äldre personer som är fysiskt aktiva är mindre nedstämda och det bidrar till att upprätthålla den fysiska funktionen och undvika funktionshinder senare i livet.

Studier har visat att högre nivåer av fysisk aktivitet är i allmänhet relaterade till lägre nivåer av psykisk ohälsa (Lindwall et al., 2011; Barnes, 2015). Ett antal longitudinella studier har funnit att regelbunden fysisk aktivitet är relaterad till lägre risk för

efterföljande depression. Genom den fysiska aktiviteten kan man finna fler fördelar som gagnar exempelvis gånghastighet, balans och aktiviteter i det dagliga livet (Philips, 2015).

Lindwall et al. (2011) har visat att det är viktigt att den fysiska aktiviteten är regelbunden, annars finns en risk att de långsiktiga positiva effekterna på hälsan försvinner. Philips (2015) beskriver att den bästa effekten av träning uppnås först efter 12 veckor men beklagar att en del äldre personer inte är tillräckligt fysiskt aktiva.

### **AEROBTRÄNING**

Aerobträning syftar till att öka eller bibehålla den syretransporterande kapaciteten, med andra ord uthållighetsträning. Aero- och motståndsträning har visat sig förbättra det allmänna psykiska välbefinnandet (Netz, Wu, Becker & Tenenbaum, 2005).

Uthållighetsträning, kondition, ökas genom att kontinuerligt aktivera de stora muskelgrupperna under längre perioder för att bli andfådd och få en ökad puls. En halvtimme om dagen, tre gånger i veckan och med moderat eller hög intensitet räcker. Det innebär en ansträngningsnivå då den äldre fortfarande klarar av att prata. Hög intensitet innebär ansträngning då personen inte klarar av att säga mer än ett par ord åt gången (Philips, 2015).

### **STYRKETRÄNING**

Minskad muskelstyrka är en fysiologisk effekt av ökande ålder. Styrketräning där musklerna arbetar mot tyngdkraft, kan begränsa effekten av naturligt biologiskt åldrande (Cvecka, Tirpakova, Sedliak, Kern, Mayr & Hamar, 2015). Styrketräning är mer effektiv än konditionsträning när det gäller att förhindra nedbrytning av ben och muskelmassa, likaså för andra fysiska funktioner som balans, rörlighet och koordination. Äldre som inte styrketränar ökar risken för falloolyckor och fallrelaterade skador menar Benka-Wallén, Ståhle, Hagströmer, Franzén och Skavberg-Roaldsen (2015). Styrketräning kan genomföras med samma principer hos äldre som yngre personer och läggs upp utifrån antal repetitioner av en övning där motståndet är beräknat som antal procent av en maximal repetition av samma övning, t ex 3–8

repetitioner av en rörelse med motstånd som är 80 procent av personens maximala ansträngning i samma rörelse (Cvecka et al., 2015).

### **QI GONG OCH TAI CHI MEDITATIVA RÖRELSER**

Qi gong och Tai Chi är inte vanligt inom äldreomsorgen men förekommer på några få ställen i exempelvis Göteborg (Monika Karlsson, personlig kommunikation januari 2016).

Qi gong innebär övningar med långsamma rörelser som integreras med andningsövningar och koncentration (Payne & Crane-Godreau, 2013). Tai Chi innebär meditation i rörelse och kan anses vara en undergrupp av Qi Gong. Studier har visat att långsamma rörelser med andningsövningar och koncentration kan vara minst lika effektiv som konventionell träning eller andra övningar för att lindra ångest och nedstämdhet (Payne et al., 2013). Qi gong kan användas för att uppnå en generaliserad stressreducering, inte mycket annorlunda än att gå en promenad. Meditativ rörelse har en positiv effekt på ett brett spektrum av psykisk och fysisk hälsa, även om resultaten är långt ifrån entydig (Tsang, Tsang, Jones, Fung & Chang, 2013). Denna form av fysisk aktivitet är säker och enkel att lära sig och studier visar att den är kliniskt effektiv. Meditativa rörelser kan aktivt främja hälsa och rehabilitering såväl som komplement för att förbättra det fysiska och psykosociala välbefinnande hos äldre (Tsang et al., 2013).

### **SYFTE**

Syftet är att undersöka om personalen märker någon positiv utveckling hos den äldre av regelbunden fysisk aktivitet som används inom äldreomsorg i syfte att förebygga psykisk ohälsa.

### **FRÅGESTÄLLNINGAR**

- Vilka aktiviteter används inom äldreomsorgen?
- På vilket sätt påverkar fysisk aktivitet den äldre?
- Kunde omsorgspersonalen upptäcka tidiga tecken på psykisk ohälsa?

## **METOD**

### **DESIGN**

Utifrån frågeställningar och syftet utfördes en tvärsnittstudie. En tvärsnittsstudie gjordes på en del av populationen och kan ge en ögonblicksbild under ett kort tidsintervall (Ejlertsson, 2003). Den kvantitativa metoden betonar vikten av kvantitet vid insamlandet och analysen av data (Bryman, 2008). En kvantitativ design innebär att data som samlas in är empiriskt bevis som baseras på verkligheten (Bryman, 2008). Enligt Ejlertsson (2003), kan kvantitativ ansats väljas när studien avser att undersöka hur många, hur ofta och hur vanligt ett fenomen är. Genomförandet av enkätundersökning gjordes med olika stadier, från frågor och tema som skulle undersökas till konsekvensen av resultatet av frågorna (Bryman, 2008).

### **URVAL OCH PROCEDUR**

Data samlades in genom en webbenkät. Ett obundet slumpmässigt urval av respondenter gjordes med utgångspunkten från urvalsramen (Olsson & Sörensen, 2011), vilket gick ut på att personer från den bakomvalda populationen har en chans att bli vald, vilket gällde omsorgspersonal från äldreomsorgen i ett specifikt forum. I ett forum ("Undersköterskor") på Facebook för omsorgspersonal lades webbenkäten ut i samråd med administratören i den aktuella gruppen. I gruppen "Undersköterskor" finns ungefär 5000 individer. Webbenkät valdes enbart för att rendera fler och olika svar. En inbjudan och information (bilaga 1) med syftet till enkäten lades ut tillsammans med webblänken. I gruppen fanns vårdbiträden och undersköterskor från hela Sverige som arbetar inom olika delar av äldreomsorgen.

Inkluderingskriterier var enbart omsorgspersonal som arbetar inom äldreomsorgen. Syftet att göra undersökningen online på ett forum var att få en variationsbredd av respondenter i ålder, antal år inom yrket, arbetsplats, erfarenhet och kunskap.

Programmet som valdes för att göra enkäten var Google form som är en gratistjänst från Google. Enkäten gjordes med färdiga mallar som finns i programmet och den testkördes innan länken till enkäten lades ut på forumet "Undersköterska" på Facebook.

Enligt Bryman (2008) är enkäter billigare och är effektivare att administrera och ger omgående respons. Attraktivt format på enkäten, olika former av administration, ingen begränsning av geografisk täckning, färre obundna frågor och bättre respons på öppna frågor är andra fördelar. Nackdelen med enkätundersökningar är få, exempelvis kan ingen hjälpa respondenterna att svara på deras funderingar under tiden de svarar på enkäten. Det blir inga uppföljningsfrågor och det finns en risk att all information inte kommer med, men även att urvalet begränsas till de personer som har tillgång till e-post och Internet.

## **MÅTT**

Enkäten hade 17 obligatoriska frågor och några följdfrågor. De första frågorna var av personlig karaktär så som ålder, antalet år inom yrket, vilken del av äldreomsorgen samt utbildning. Både öppna och slutna frågor användes i enkäten. Det fanns en fråga med Intervallskala. Respondentens inställning i den frågan anges i termer av hur mycket eller hur lite poängsumman avviker från medelvärdet.

Syftet att den specifika frågan fick besvaras med intervallskalan var att hitta de personer som antingen svarar ogenomtänkt eller att lyfta fram de som är mer önskvärda ger sig till känna (Bryman, 2008). Fördelen med öppna frågor är att respondenten kan svara fritt och de slutna frågorna besvaras med fasta alternativ. Att besvara enkäten tog 5-6 minuter.

## **PILOTSTUDIE**

Innan utskicket säkerställdes att de personer som ingick i pilotstudien inte var medlemmar i den aktuella gruppen. Utskicket av enkäten gjordes till 15 slumpmässigt utvalda undersköterskor av 50 möjliga på en äldreboende i Göteborg.

Undersköterskorna besvarade enkäten för att se över strukturen, hur den fungerade och gav respons på frågeställningarna. En pilotstudie är viktig att göra innan undersökningen för att alla oklarheter måste vara borta (Bryman, 2008). Syftet med en pilotstudie är att förstå om deltagarna tolkar frågorna i enkäten på samma sätt som konstruktören.

## **DATABEARBETNING OCH ANALYS**

Vid databearbetningen användes dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22. Databearbetningen innehåller två olika delar, den deskriptiva statistiken med tabeller och diagram och statistisk analys med hypotesprövning och olika tester (Ejlertsson, 2003). Vid svarsalternativ användes dikotoma variabler. Kontinuerliga variabler presenteras med medelvärde, kategoriska variabler presenteras med frekvens och procenttal. Chi Square test valdes för att testa eventuella samband mellan kategoriska variabler. Testet undersöker om två variabler är beroende av varandra, d.v.s. om det finns ett specifikt samband mellan de två variabler som analyseras. Om resultatet är signifikant beror inte relationen mellan variabler på en slump (Wahlgren, 2012). Fishers exakta test används företrädesvis vid små material och vid jämförelse av procentuella fördelningar. Om inget bortfall redovisas så svarade alla respondenter på frågan. En fritextanalys gjordes och respondenternas svar räknades samman, antalet som svarade på frågan och som gav ett specifikt svar, exempel ”promenad” gavs värdet 1. En ny kolumn skapades som kallades ”Promenad”. Omkodningen av de öppna frågorna gjordes så att de svaren med det specifika ordet kodades med 1 och övriga med 0, där 1 betyder att de använde promenad och 0 var ett negativt svar. Eftersom variabeln nu var numerisk kan statistisk beräkning göras. En upprepning på var och en av svarsalternativen gjordes (Wahlgren, 2012). Signifikansen redovisas i resultatet genom p-värde  $< 0.05$ .

## **SVARSFREKVENNS OCH BORTFALL**

Etthundraåttio personer besvarade enkäten som var utformad på ett sådant sätt att de inte kunde lämna någon fråga obesvarad utan att avsluta eller avbryta enkäten och därmed uteblev det interna bortfallet.

Respondenterna bestod av 101 undersköterskor som arbetade inom särskilda äldreboenden, 8 respondenter var verksamma inom hemtjänst och 58 arbetade på sjukhus. 13 vårdbiträden besvarade enkäten varav 8 arbetade på SÄBO, ingen inom hemtjänsten och 5 på sjukhus.

I och med att enkäten sändes ut på sociala medier och i ett specifikt forum nåddes de som är aktiva i den gruppen, ett så kallat bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval är



de personer som för tillfället finns tillgängliga för undersökaren och tillhör gruppen icke-sannolikhetsurval (Bryman, 2008). Automatiskt bortfall var de som valde att avbryta enkäten i förtid eller lämnade enkäten obesvarad. Liksom de som inte var aktiva på forumet under den begränsade tidsperioden som enkäten var online.

### **ETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Studien följde de etiska principerna med informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2008). Informationskravet handlar om att delge berörda personer om syftet med enkäten och i informationsbrevet (Bilaga 1) upplystes respondent om den aktuella undersökningen. Deltagandet var anonymt och frivillighet och samtycke gavs i samband med besvarandet av enkäten. All information behandlades konfidentiellt då inga personuppgifter hämtades in. Endast författaren hade tillgång till enkätsvaren. Resultatet presenterades på ett sådant sätt att inga personer kunde identifieras. Resultatet användes enbart för denna studie, vilket förklarades i informationsbrevet. Ingen ansökan för etikprövning behövde göras.

## **RESULTAT**

### **RESPONDENTER**

Studiepopulationen utgörs av undersköterskor med en medelålder av 31 år som arbetat 15-30 år inom äldreomsorgen. Över 92 % av respondenterna hade undersköterskeutbildning och 8 % var vårdbiträden.

Mer än 60 % av respondenterna arbetade på särskilda boenden, 35 % på sjukhus respektive 4 % inom hemtjänsten.

80 av deltagarna hade utbildning om äldres psykiska ohälsa, närmare 56 % av dem hade fått utbildning via arbetet, 21 % via skolan och 23 % på sin fritid.

En signifikant skillnad fanns i ålder kopplad till utbildning, liksom arbetsplats och antal år respondenterna hade arbetat och visas i Tabell 1.

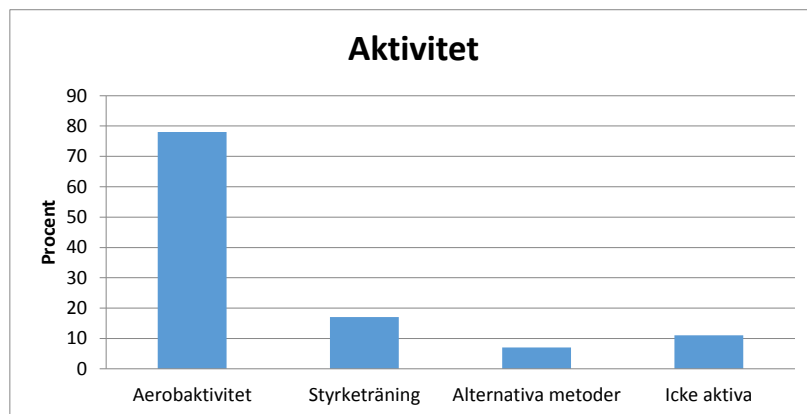
Tabell 1. Utbildningsnivå kopplat till ålder, arbetsplats och erfarenhet av arbetet

Variabler	Totalt antal	Undersköterska		Vårdbiträde	P
		Gymnasieutbildning Antal (%)	Vuxenutbildning Antal (%)	Antal (%)	
<b>Ålder</b>					
18-25	31	13 (41,9)	14 (45,2)	4 (5,7)	,038
26-35	38	26 (68,4)	9 (23,7)	3 (7,9)	
36-45	48	26 (54,2)	21 (43,8)	1 (10,4)	
46-55	41	31 (75,6)	7 (17,1)	3 (7,3)	
>55	22	14 (63,6)	6 (27,3)	2 (9,1)	
<b>Arbetsplats</b>					
SÄBO	109	61 (55,5)	40 (70,2)	8 (7,3)	,015
Hemtjänst	8	4 (3,6)	4 (7,0)	0	
Sjukhus	63	45 (40,9)	13 (28,8)	5 (7,9)	
<b>Antal år i yrket</b>					
≤15 år	110	75 (68,2)	27 (24,5)	8 (7,3)	,01
16-30 år	57	27 (47,4)	27 (47,4)	3 (5,2)	
≥31 år	13	8 (61,5)	3 (23,1)	2 (15,4)	
<b>Kompetens psykisk ohälsa</b>					
Arbete	45	22 (55,5)	18 (40)	2(0,4)	,74
Skola	17	12 (70,5)	4 (2,3)	1 (0,5)	
Fritid	18	9 (50)	7 (39)	2 (11)	

SÄBO betyder Särskilt äldreboende

## FYSISK AKTIVITET

Som visas i Figur 1, 78 % (n=141) av respondenterna besvarade att de äldre nyttjar någon form av aerob aktivitet. Ungefär 17 % styrketränade, omkring 7 % använde sig av alternativa metoder som yoga/thai chi och ungefär 11 % var fysiskt inaktiva.



Figur 1. Tillämpad aktivitet inom äldreomsorgen.

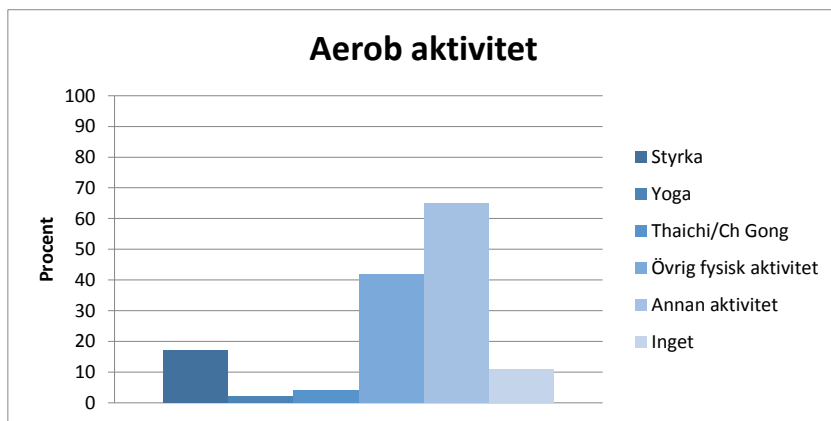
Figur 2 visar övriga aeroba aktiviteter som den äldre nyttjar. I den aeroba aktiviteten inkluderas promenader 53 % (n=58), gymnastik 51,3 % (n=56), dans 13,7 % (n=15), bollaktivitet 7,3 % (n=8), cykeltur 4,5 % (n=5) och simning (n=1).

Figur 2 visar också att den äldre utövar någon helt annan fysisk aktivitet regelbundet, såsom balansträning eller koordination. Övrig fysisk aktivitet räknades i studien till lätt hushållsarbete etc.

En viss skillnad fanns mellan arbetsplatserna och personalens påverkan för fysisk aktivitet, 90 % (n=163) besvarade att de hade möjlighet att inverka den äldre till att vara fysisk aktiv. Inom SÄBO kunde 93 % (n=102) motivera till aktivitet, jämfört med hemtjänstens 75 % (n=8) respektive sjukhus 87 % (n=55).

Planering av aktivitet visade en signifikant skillnad mellan arbetsplatserna, inom SÄBO kunde ungefär 47 % (n=109) planera aktivitet jämfört med hemtjänsten 25% (n=2) respektive sjukhus 23% (n=15).

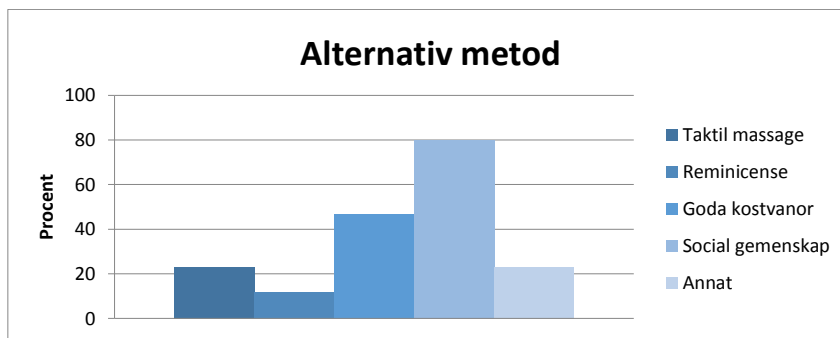
Över 9,4 % av respondenterna hade ingen kunskap om hur de skulle motivera den äldre att delta i någon fysisk aktivitet medan nästan 42 % svarade att de kunde motivera ibland. Resterande 48,5 % av respondenterna svarade att det inte var några problem att motivera till fysisk aktivitet.



Figur 2. Tillämpad aerob aktivitet inom äldreomsorgen

### ALTERNATIVA METODER

Figur 3 visar att ca 23 % (n=42) av respondenterna anger att den äldre får taktil massage regelbundet en gång i veckan och omkring 12 % (n=21) reminiscens. 47 % (n=85) ser möjligheten med goda kostvanor för den äldre och 80 % (n=144) svarar att den äldre är aktiv i den sociala gemenskapen medan 23 % (n=61) av respondenterna anger att den äldre gör annat, exempelvis musik, matlagning med mera.



Figur 3. Tillämpad alternativ metod inom äldreomsorgen.

## OBSERVATIONER

Som visas i Tabell 2, iakttog ca 61 % av respondenterna på SÄBO att minnet förändrats hos den äldre efter regelbunden fysisk aktivitet, motsvarande resultat var 6 % av respondenterna inom hemtjänsten respektive 33 % av respondenterna på sjukhuset.

Omkring 79 % (n=143) av respondenter som uppmärksammade förändringar i humöret hos äldre, bland annat uppgav 45 % (n=65) att den äldre blev gladare, 53 % (n=76) av respondenterna tyckte de äldre blev piggare och cirka 16 % (n=22) angav att den äldre fick en minskad oro.

Nästan 70 % (n=125) av respondenterna beskrev en kroppslig ändring efter regelbunden fysisk aktivitet. 28,8 % (n=36) av respondenterna ansåg att balansen hade ökat medan 18 % (n=21) angav att den äldre blivit smidigare och 17 % (n=31) av respondenterna uppfattade att den äldre blev mjukare i sina leder. Mer än 30 % (n=43) bedömde att rörelseförmågan förbättrades, exempelvis vid förflyttning medan 6 % av respondenterna svarade annat som t.ex. tåligare, exempelvis kunde den äldre gå längre promenader. 86 % (n=124) noterade att den äldres matvanor hade ändrats till det positiva, de fick en förhöjd aptit och som följd av fysisk aktivitet beskrev 76 % (n=137) av respondenterna att sömnen hade påverkats.

Slutligen ansåg ca 23 % (n=31) att den äldres självkänsla hade ökat i samband med en aktivitet, blott 8 % (n=137) av respondenterna hade hand om fysiskt inaktiva äldre, vilket kunde bero på förlamning efter massiv stroke.

Tabell 2. Observationer i förhållande till arbetsplats

	Totalt Antal *	SÄBO Antal (%)	HEMTJÄNST Antal (%)	SJUKHUS Antal (%)	P
Minnet	71	43 (60,5)	4 (5,6)	24 (33,8)	,833
Förändrat humör	143	83 (76)	6 (75)	54 (86)	,282
Kroppsliga ändringar	125	67 (53,6)	7 (5,6)	51 (41)	,013
Förändrat beteende	137	81 (59,1)	6 (4,3)	50 (36)	,753
Sömnbeteende	137	81 (59,1)	7 (5,1)	49 (35,7)	,650
Kostvanor	124	72 (58)	4 (3,2)	48 (38,7)	,191
Ökad självkänsla	31	12 (38,7)	4 (12,9)	15 (48,3)	,004

\*Totalt antal är enbart de som noterade förändringar inom de olika arbetsplatserna.

## **SJÄLVBESTÄMMANDE**

Närmare 66 % (n=109) av respondenterna på SÄBO bedömer att de äldre får välja när de vill vara aktiva, jämförbart med 50 % (n=8) inom hemtjänsten och 58 % (n=63) % på sjukhuset.

Över 60 % (n=109) svarade att de äldre fick välja vilken aktivitet de ville utföra på SÄBO, 50 % (n=4) inom hemtjänsten och ca 68 % (n=63) av respondenterna på sjukhuset berättade att de äldre hade egna val.

## **DISKUSSION**

### **RESULTAT DISKUSSION**

Vissa signifikanta beteendeändringar kunde iaktas efter aktivitet. Omsorgspersonalen kunde märka av den äldres fysiska ändringar (exempelvis mjuka leder) och att självkänslan hade ökat (den äldre vågade mer). Ett visst samband mellan ålder, utbildning och antalet sammanlagda yrkesverksamma år inom äldreomsorgen fanns hos respondenter som iakttog förändringar.

Fysisk aktivitet används mer inom äldreomsorgen än alternativa metoder, den vanligaste aktiviteten var promenader till följd av gymnastik, vilket även Bergnest och Löfberg (2008) påtalar.

Social aktivitet är uppskattad inom särskilda äldreboenden, speciellt i form av måltid och musik. Alternativa metoder såsom taktill massage uppskattas av äldre, självkänslan anses öka i samband med social interaktion med andra (Andersson et al, 2009).

Promenader är ett enkelt sätt att vara fysiskt aktiv och det finns betydande hälsovinster i att promenera (Tanasescu et al, 2003). De som tar en rask promenad en halvtimme om dagen löper 18 % lägre risk att drabbas av exempelvis hjärt-kärlsjukdom än de som inte är fysiskt aktiva. Personer som styrketränar löper 23 % lägre risk att drabbas, vilket visar att styrketräning är hälsosamt för kroppen och ökar den funktionella förmågan (Benka-Wallén et al, 2014; Cvecka et al., 2015). Likaså, visade studie av Bertheussen, Romundstad, Landmark, Kaasa, Dale & Helbostad (2011) att de som promenader har en stabilare psykisk hälsa

Mer än hälften av omsorgspersonalen på SÄBO svarade att de äldre promenerar, inom hemtjänsten var drygt en fjärdedel. En av förklaringarna kan vara att det är enkelt och naturligt såsom en promenad i parken eller en tur till närbutiken. Men det kan även bero på att omsorgspersonalen har mer individuell tid över till den äldre än hemtjänstpersonalen som oftast måste skynda vidare. Tidsbristen inom hemtjänsten är välkänt (Kommunalarbetaren, 2013) och med den, samt ett eventuellt nekat beslut från biståndshandläggaren inom kommunen blir bristen på fysisk aktivitet märkbar. Inom SÄBO och sjukhus befinner sig omsorgspersonalen och den äldre på samma inrättning och kan utöva spontana aktiviteter. Spontana aktiviteter inom hemtjänsten utöver den tid som biståndet innehåller förekommer sällan, vilket är en av anledningarna till Philips (2015) påstående om att omsorgspersonalen bör vara närvarande för att kunna ge stöd till den äldre för att vara fortsatt aktiv. Ett annat skäl till att aktiviteter används mer inom SÄBO kan vara att omsorgspersonalen har ”fysisk aktivitet” inlagt i sitt arbetsschema. På vissa äldreboenden finns det en aktivitetspedagog som arbetar enbart med aktiviteter bland annat social gemenskap, reminiscens eller styrketräning.

Få respondenter säger att den äldre använder sig av styrketräning och det är inte tillräckligt många, eftersom styrketräning har en positiv effekt på muskelmassa och fler borde nyttja det. Den fysiska rörelsen som alstras av skelettmuskulaturen resulterar i energiförbrukning, vilket kan begränsa effekten av åldersrelaterade förändringar. Men även om muskelmassan minskar under åren hos alla har en förbättrad muskelsammansättning och styrka iakttagits långt upp i ålder som svar på styrketräning (Philips, 2015). En anledning att den äldre inte styrketränar kan vara att det inte finns personal som har utbildning och kan hjälpa till alternativt finns det inte utrustning på boendet.

Med en social gemenskap kan den äldre känna samhörighet med andra och därmed öka självkänslan som kan ge motivation till att delta i olika fysiska och sociala aktiviteter (Brawley, Rejeski & Lutes, 2000).

Personalen på SÄBO verkar mer engagerade i de aktiviteter som granskats och sambandet mellan fysisk aktivitet och autonomi är högre där, jämfört med hemtjänsten och sjukvården. De personer som bor på SÄBO är mer aktiva och hade en högre självkänsla, vilket är fördelaktigt för den äldres psykiska hälsa.

En del av omsorgspersonalens vardag handlar om att motivera de äldre till fysisk aktivitet, men mindre än 10 % av respondenterna hade ingen kunskap om hur de skulle motivera den äldre. Andersson et al. (2009) beskriver att det behövs flera nivåer på insatser i samhället för att kunna öka motivationen för fysisk aktivitet, bland annat att informera om vilka möjligheter som finns i kommunen. Det gäller i högre grad de äldre som har hemtjänst och inte får aktivitet i hemmet. Trygga och trivsamma miljöer behöver skapas. Mer information om fysisk aktivitet som kan nå fler och att den kan ge den enskilde ett friskare åldrande på sikt behövs (ibid).

Resultat visade att mer än hälften av respondenterna inte har utbildning om den äldres psykiska ohälsa. För att kunna möta den äldres behov av vård och omsorg måste personalen ha en passande kompetens vilket är en grundförutsättning. Gustavsson (2013) sammanställde ett antal punkter för god och kostnadseffektiv äldreomsorg och den första och mest betydelsefulla punkten handlar om goda kunskaper om åldrandet och dess sjukdomar.

Ensamhet är associerat med psykisk ohälsa (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Att känna sig ensam kan ge ett sämre välbefinnande. Men ensamhet och hälsa är subjektivt och upplevs olika av alla individer. För att bryta mönstret med ensamhet kan den äldre utföra olika sociala aktiviteter gemensamt med andra. I denna studie besvarade nästan alla respondenter att den äldre är delaktig i den sociala gemenskapen, vilket är viktigt för att må bra både psykiskt och fysiskt. Om äldre har ett rörelsehinder kan det innebära en viss ökad risk för ensamhet (Benka-Wallén et al, 2015).

Med åldern följer försämrad syn och hörsel, dessa förluster kan bidra till en upplevelse av ensamhet eftersom autonomin minskar och den äldre blir mer beroende av omsorgspersonalen för att klara av sociala aktiviteter. Att tillhöra något är viktigt för alla (Constanca, Salma & Shah, 2006) och för den äldre kan det vara än mer angeläget eftersom de oftast är ensamma.

Som visas i Figur 3, uppskattade de flesta respondenterna den äldres möjlighet att själv bestämma vilken fysisk aktivitet de vill utföra och när de vill utföra den.

Självbestämmande är en viktig faktor att ta hänsyn till eftersom det är starkt sammankopplat med livskvalitet (Hellström & Sarvimäki, 2007). Deras studie visar



också att om den äldre själv fick bestämma men inte tilläts, genererade det negativa känslor hos den äldre och vissa resignerade.

Autonomin är en viktig aspekt, då det innefattar frihet till självbestämmande av sin egen handling och eget uppträdande. De äldre behöver känna att de bestämmer över sina egna liv och om de inte gör det hamnar den äldre lätt i en beroende situation och det kan leda till psykisk ohälsa (Strohbecker, Eisenmann, Galushko, Montag & Voltz, 2011).

Autonomi innebär att själv fatta beslut utan tvång av yttre aktörer (Nordenfelt, 2010) men även att göra aktivitetsval, vilket kan ge en personlig tillfredsställelse och mening med livet. Lacruz et al. (2016) anser att en reducerad autonomi ger minskad livstillfredsställelse och kan leda till förtvivlan och depression hos individen.

Emellertid besvarade flertalet av deltagarna att den äldre personen uppvisade viss skillnad efter aktiviteten, såsom glädje. När de äldre själv får välja vad och när de vill utföra en aktivitet ökar sannolikheten att omsorgspersonalen kan upptäcka förändringar. I den här studien fanns det dock ingen signifikant skillnad mellan respondenternas svar.

Respondenterna noterade att den äldre som var fysisk aktiva hade bättre minne, bland annat kom de ihåg nyligen utförda aktiviteter. Fysisk aktivitet kan förbättra minnet hos den äldre visar studien av Sánchez-Horcajo, Llamas-Alonso och Cimadevall (2015). Med ålder påverkas minnet och intellektet negativt men regelbunden fysisk aktivitet (måttlig intensitet) och minskad stillasittande kan de ogynnsamma verkningarna hindras (Benka-Wallén et al., 2015).

Humöret förändrades, vilket ledde till att den äldre blev påtagligt positivare och såg fram emot dagens aktivitet. Andra studier påvisar en viss förändring i det psykiska välbefinnandet efter fysisk aktivitet, framför allt i utomhusmiljö (Thompson Coon, Boddy, Stein, Whear, Barton & Depledge, 2011).

Studien visade att respondenter inom SÄBO observerade färre kroppsliga förändringar än respondenter inom hemtjänsten. Som en följd av regelbunden fysisk aktivitet kunde respondenterna notera kroppsliga ändringar såsom att stela leder blev mjuka, bland annat kunde de kliva ur sängen utan problem. Philips (2015) och Lindelöf et al. (2013) visade att gymnastik kunde ge en betydande fördel i gånghastighet, balans och andra aktiviteter i det dagliga livet. Medan Lindelöf et al. (2013) skildrar de positiva

förändringar som att röra sig tryggt och säkert, jämfört med de som inte utövade någon regelbunden fysisk aktivitet. De äldre som inte har gångförmågan rekommenderas utöva balansövningar minst tre dagar i veckan för att minska risken för falloolyckor beskriver Benke-Wallén et al. (2014).

Nästan alla respondenter beskrev att de äldre har sömnproblem, men noterade samtidigt att när de äldre var fysiskt aktiva förändras sömnproblematiken. Närmare bestämt sov vissa bättre, andra somnade utan läkemedel och några sov utan att vakna på natten. Även nattvandringen minskade, de äldre sov mindre på dagen och var mer alerta. Lindelöf et al. (2013) redogör för att den fysiska aktiviteten ger positiva effekter på tröttheten hos de äldre. Resultat av minskad trötthet är värdefull eftersom det är ett vanligt problem bland äldre personer. Lacruz et al., (2016) konstaterade att det fanns ett samband mellan sömnkvalitet och tillfredställelse med livet och depressiva symptom. Ju mer individerna var otillfredställda med sitt liv och ju sämre sömnkvalitet de upplevde, desto mer rapporterade de depressiva symptom. Lindelöf et al. (2013) beskriver att även trötthet bland äldre kan vara ett hinder för att orka och vilja delta i någon aktivitet. Med en stigande ålder blir det vanligt med antingen mycket kort eller mycket lång nattsömn. Taktill massage har visat sig fungera bra mot sömnproblematiken (Andersson, Törnkvist & Wändell, 2009) som uppstår med åldern.

Med fysisk aktivitet följde matvanor som var förändrade till det bättre. Studien visade att den äldre hade ökad aptit. Akner (2009) konstaterar att fysisk inaktivitet innebär risker för födointaget, vilket kan bero på den enskildes allmänna hälsotillstånd. Antingen bibehålls aptiten av den äldres intag eller så ökas aptiten, vilket kan ge en viktökning. Lika viktigt är att märka av ett försämrat födointag som kan leda till undervikt och eventuell svält. Risken är att intaget av föda inte bli optimalt och närmar sig den äldres lägsta behov för normal funktion. Att äta är ett grundläggande behov (Maslow, 1970) och nästan lika centralt kan den gemensamma måltiden vara för den äldre.

Självkänslan hos den äldre hade blivit bättre med fysisk aktivitet och resulterade i flertalet positiva förändringar, såsom att våga göra saker som tidigare varit obehagliga. Självkänslan var signifikant högre inom SÄBO än hos de äldre som har hemtjänst eller ligger på sjukhus, en förklaring till detta kan vara att de äldre som bor på SÄBO är mer

fysiskt aktiva och att omsorgspersonalen var mer sysselsatta med dem. Exempelvis var personalen mer engagerad i den fysiska aktiviteten eftersom de har en möjlighet att vara med och planera aktivitet. Sambandet mellan arbetsplatsen och planeringen var signifikant.

## **METOD DISKUSSION**

En deskriptiv tvärsnittsstudie valdes eftersom den kunde mäta flera faktorer samtidigt vid en och samma tidpunkt och gav möjlighet att studera tänkbara samband mellan olika variabler (Bryman, 2011). Målet var att få in ett stort svarsunderlag för att kunna undersöka vilka fysiska aktiviteter som används inom äldreomsorgen och om omsorgspersonalen kan observera olika framsteg hos den äldre i samband med fysisk aktivitet. Enkät som metod har uppfattats som rätt val, med motivering att ett brett underlag har kunnat samlas in från omsorgspersonalen och inom olika delar av äldreomsorgen.

Emellertid skulle en kombination av enkät och intervju kunnat vara kompletterande för studien, om undersökningen skulle behöva en djupare kännedom av kunskaper om den fysiska aktivitetens påverkan beträffande livskvalité. Enkäten ger enbart en antydning om att respondenterna uppfattat förändringar hos den äldre. För att kunna testa enkätens utformning fick ett antal arbetskamrater till författaren besvara enkäten. Femtio kollegor fick erbjudandet att delta i pilotundersökningen, 15 slumpvist utvalda deltagare svarade. En del av syftet med pilotstudien var att kontrollera om deltagarna uppfattade enkätens frågor och svar på samma sätt som konstruktören. Pilotstudien skall kontrollera att forskningsprocessens olika delar fungerade enligt den uppgjorda forskningsplanen (Olsson et al., 2011).

Enkäten hade inget bortfall, då den var utformad på ett sådant sätt som att deltagarna inte kunde gå vidare utan att svara på alla frågor. Svarade inte respondenten på alla frågor eller försökte avsluta enkäten i förtid, blev svaren inte registrerade.

Författaren har använt sig av statistikprogrammet, SPSS, för att kunna räkna ut resultaten på enkäterna på ett korrekt sätt. Ett riskmoment med enkätundersökning är att det kan bli inmatningsfel och för att kontrollera inmatningsfel i grunddata användes deskriptiv analys för att kontrollera om något glömts i arbetet (Wahlgren, 2012).

Webbenkätundersökning fanns online på Facebook 5 dagar under vecka 11, 2016. Tre påminnelser gjordes inom perioden. Att lägga ut en enkät på Internet kan innebära att personer som inte skall lämna svar på enkäten har gjort det. Bryman (2008) beskriver att det finns "tjuvlyssnare", dvs. personer som finns med utan att ge sig till känna men även de som antar en annan identitet. Det kan få konsekvenser för validiteten i informationen och de kan även förleda undersökaren. Således kan författaren inte garantera att det enbart är omsorgspersonal som besvarat enkäten.

Urvalet av respondenter bestod av omvårdnadspersonal med olika utbildningar inom olika delar av äldreomsorgen. Metoden är verifierbar, vilket innebär att de vetenskapliga resultaten skulle kunna reproduceras av andra (Birkler, 2008).

Kön finns inte som variabel i studien på grund av att en undersköterska oavsett kön får samma kunskap i utbildningen. Enbart 7 % (Statistiska Centralbyrån, 2014) av de yrkesverksamma inom äldreomsorgen är män då omsorgsarbetet är ett kvinnodominerande yrke.

Detta urval är inte representativt av alla undersköterskor eftersom bland annat kön inte tagits med som variabel. Urvalsgruppen är för liten, vilket innebär att resultatet gäller enbart för den här urvalsgruppen. Naturligtvis kan liknande resultat fås i andra urvalsgrupper, men det är ingenting som är självklart.

Inga etiska problem har uppstått i samband med insamlandet av uppgifter eller senare.

## **SLUTSATS**

Studien visade att promenader var den populäraste fysiska aktiviteten. Socialgemenskap gav den äldre välbefinnande och trivsel och en känsla av tillhörighet. På så sätt kunde fysisk aktivitet och socialgemenskap bidra till att utveckla den äldres självkänsla. Fysisk aktivitet och socialgemenskap gav den äldre livskvalitet, bättre sömn och goda kostvanor. Att påverka de äldre genom planerad fysisk aktivitet berodde mycket på personalens möjlighet att planera. Den psykiska ohälsan förbättrades med fysisk aktivitet och i viss mån var det beroende på personalens kunskaper, erfarenhet och dennes arbetsplats.

## Referenser

Akner, G. (2009). *Nutrition och fysisk funktion/fysisk aktivitet hos äldre personer- En sammanställning av kunskapsläget och aktuella kunskapsbehov*. Hämtad 2 maj, 2016, från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:452472/fulltext01.pdf>

Andersson, J., & Josephson, I. (2014) *Vård och stöd till äldre personer med psykisk ohälsa/sjukdom – behovsinventering och plan för kompetensutveckling*. Regionförbundet Jönköpings län.

Andersson, K., Törnkvist, L., & Wändell, P. (2009). Tactile massage within the primary health care setting. *Complement Therapies Clinical practice*, 15(3), 158-160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2008.10.007>

Ändrad fältkod

Barnes, J. N. (2015). Exercise, cognitive function, and aging. *Advances in Physiology Education*, 39 (2), 55–62. doi: 10.1152/advan.00101.2014

Bekhet, A. K., & Zauszniewski, J. A. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor? *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(3), 214–224. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.007

Benka-Wallén, M., Ståhle, A., Hagströmer, M., Franzén, E., & Skavberg Roaldsen, K. (2015). *Motionsvanor och erfarenheter av motion hos äldre vuxna. Myndighet för och samhällsskydd och beredskap*. Hämtad 1 maj, 2016, från <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/27333.pdf>

Bergnest, B & Löfberg, S (2008) *Hur gynnas äldre av fysisk aktivitet? - en studie om förekomst, styrning och tillämpning av fysisk aktivitet för äldre på äldreboenden*. (Master's thesis) Stockholm: Institutionen för idrotts och hälsovetenskap, Gymnastik och idrottshögskolan, Stockholm Hämtad 2016-11-04 från, <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:139439/FULLTEXT01.pdf>

Bertheussen, G. F., Romundstad, P. R., Landmark, T., Kaasa, S., Dale, O., & Helbostad, J. L. (2011). Associations between physical activity and physical and mental health – A HUNT 3 study. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 43(7), 1220-1228. doi: 10.1249/MSS.0b013e318206c66e

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori, en grundbok*. Stockholm: Liber.

Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum. Hämtad på [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

Brawley, L., Rejeski, W., & Lutes, L. (2000). A Group-Mediated Cognitive-Behavioral intervention for Increasing Adherence to Physical Activity in Older Adults. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(1), 47–65. doi:10.1111/j.1751-9861.2000.tb00063.x

- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Constanca, P., Salma, A., & Shah, E. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine, 11*(2), 221-232. doi:10.1080/13548500500262945
- Cvecka, J., Tirpakova, V., Sedliak, M., Kern, H., Mayr, W., & Hamar, D. (2015). Physical Activity in Elderly. *European Journal of Translational Myology, 25*(4), 249–252. doi: 10.4081/ejtm.2015.5280
- Demenscentrum. (2015). *Reminiscens*. Hämtad 25 januari, 2016, från <http://www.demenscentrum.se/Arbeta-med-demens/Metoder-och-arbetsatt/Reminscens>
- Edvardsson, J., Sandman, P., & Rasmussen, R. (2003). Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *Journal of Clinical Nursing, 12*(4), 601-609. doi:10.1046/j.1365-2702.2003.00754.x
- Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Forsman, A., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health, 23*(3), 387-416. doi:10.1177/0898264310378041
- Geriatriskafonden. (2016). *Om åldrande*. Hämtad 22 januari, 2016, från <http://www.geriatriskafonden.se/omaldrande.html>
- Gustavsson, Y. (2013). *Kunskap och kompetens, en förutsättning för en god äldreomsorg*. Hämtad 4 april, 2016, från [http://www.skola.umea.se/download/18.6f3b390214107b691a113b39/1381390587414/kunskap2013\\_YngveG\\_131007.pdf](http://www.skola.umea.se/download/18.6f3b390214107b691a113b39/1381390587414/kunskap2013_YngveG_131007.pdf)
- Gynnerstedt, K., & Schartau, M. (2000). *Reminiscensmetoden - tillämpad i äldreården*. Lund: Studentlitteratur. Hämtad 14 juni, 2016, från [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
- Hellström, U., & Sarvimaäki, A. (2007). Experiences of self-determination by older persons living in sheltered housing. *Nurse Ethics, 14*(3), 413-424. doi:10.1177/0969733007075888
- Hjälpmedelinstitutet [HI]. (2014). *Äldre statistik*. Hämtad 5 april, 2016, från <http://www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2014/14309-pdf-aldrestatistik-2013-2014.pdf>
- Hsiu-Fang, H., & Jing-Jy, W. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 40*(4), 335-345. doi:10.1016/S0020-7489(02)00101-3
- Johansson, A. (2006) *Motivation och hinder för fysisk aktivitet - sett ur ett stressperspektiv*. Göteborgs Universitet Institutionen för pedagogik och didaktik, Idrottshögskolan.

Kommunalarbetaren. (2013). Tidsbrist vanligt inom hemtjänsten. Hämtad 1 juli, 2016, från <http://www.ka.se/tidsbrist-vanligt-inom-hemtjansten>

Kontos, Pia C. (1999). Local biology: bodies of difference in ageing studies. *Ageing & Society*, 19(6), 677–689. Hämtad 25 juni, 2016, från <http://journals.cambridge.org.proxybib.miun.se/action/displayFulltext?type=1&pdftype=1&fid=33250&jid=ASO&volumeId=19&issueId=06&aid=33249>

Lacruz, M., Schmidt-Pokrzywniak, A., Dragano, N., Moebus, S., Deutrich, S., Mölenkamp, S., . . . Stang, A. (2016). Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. *BMJ Open*, 6(1), e007919. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007919>

Lindelöf, N., Rosendahl, E., Gustafsson, S., Nygaard, J., Gustafson, Y., & Nyberg, L. (2013). Perceptions of participating in high-intensity functional exercise among older people dependent in activities of daily living (ADL). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(3), 369–376. doi:10.1016/j.archger.2013.05.003

Lindwall, M., Larsman, P., & Hagger, M. (2011). The reciprocal relationship between physical activity and depression in older European adults: A prospective cross-lagged panel design using SHARE data. *American Psychological Association*, 30(4), 453-462. doi:10.1037/a0023268

Marcusson, J., Blennow, K., Skooh, I., & Wallin, A. (2011). *Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Maslow, H. A. (1970): *Motivation and personality*. New York: Harper & Row Publishers, Inc. Hämtad 1 juli, 2016, från <http://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/01/Maslow-1954.pdf>

Nehlin, J.O., Skovgaard, G. L. & Bohr, V. A. (2000), The Werner Syndrome: A Model for the Study of Human Aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 908: 167–179. doi: 10.1111/j.1749-6632.2000.tb06645.x

Netz, Y., Wu, M-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age: a meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, 20, 272-284. doi: 10.1037/0882-7974.20.2.272

Nilunger, L. M., & Wasserman, D. (2008). Prevention av psykisk ohälsa. In K. Orth-Gomér & A. Perski (Eds.), *Preventiv medicin: teori och praktik* (pp. 273-295). Lund: Studentlitteratur AB

Nordenfelt, L. (red.) (2010). *Värdighet i vården av äldre personer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Den kvalitativa och kvantitativa forskningsprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Payne, P., & Crane-Godreau, M. (2013). Meditative Movement for Depression and Anxiety. *Frontiers in Psychiatry*, 4(71). doi: 10.3389/fpsy.2013.00071

- Pellmer, K. & Wramner, B. (2010). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.
- Philips, L. (2015). Retirement community residents' physical activity, depressive symptoms, and functional limitations. *Clinical Nursing Research*, 24(1), 7-23. doi: doi.org/10.1177/1054773813508133
- Reynolds, C., & Charney, D. (2002). Unmet needs in the diagnosis and treatment of mood disorders in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 145-147. doi:10.1016/S0006-3223(02)01464-6
- Sánchez-Horcajo, R., Llamas-Alonso, J., & Cimadevilla, J. (2015). Practice of Aerobic Sports is Associated with Better Spatial Memory in Adults and Older Men. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*, 14(2), 193-203. doi:10.1080/0361073X.2015.1001656
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 16 januari, 2016, från [http://www.barnmorskeförbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1\\_20051052-Leg-Ssk.pdf](http://www.barnmorskeförbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf)
- Socialstyrelsen. (2011). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Hämtad 16 januari, 2016, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa*. Hämtad 26 januari, 2016, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19080/2013-6-3.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2016). *Forskning*. Hämtad 1 mars, 2016, från <http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Forskning/Sidor/default.aspx>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2015). *Behandling av depression hos äldre En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 30 januari, 2016, från [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Depression\\_aldre\\_2015.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Depression_aldre_2015.pdf)
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapssammanställning*. Hämtad 25 januari, 2016, från [http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21448/Aldredar\\_broschyr0505.pdf](http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/21448/Aldredar_broschyr0505.pdf)
- Sveriges kommuner och landsting [SKL]. (2015). *Hearing om äldres psykiska o-/hälsa*. Hämtad 5 april, 2016, från <http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/>
- Statistiska centralbyrån [SCB]. (2014). *Inom vården finns Sveriges vanligaste yrken*. Hämtad 14 maj, 2016, från <http://www.sverigeisiffror.scb.se/yrken>
- Strawbridge, W., Deleger, S., Roberts, R., & Kaplan, A. (2002). Physical Activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American journal of epidemiology*, 156(4), 328-334. doi:10.1093/aje/kwf047
- Strohbecker, B., Eisenmann, Y., Galushko, M., Montag, T., & Voltz, R. (2011). Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on



living, not dying. *International Journal of Palliative Nursing*, 17(1), 27-34. doi: 10.12968/ijpn.2011.17.1.27

Svensk vård och kompetensutveckling (SVOK). (2016). *Undersköterska*. Hämtad 15 januari, 2016, från <http://www.svok.se/yrkesbeskrivningar/underskoterska/>

Tanasescu, M., Leitzmann, M., Rimm, E., Willett, W., Stampfer, M., & Hu, F. (2003). Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *ACC Current Journal Review*, 12(1), 29-30. doi:10.1016/S1062-1458(02)01011-5

Thompson Coon, J., Boddy, K., Stein, K., Whear, R., Barton, J., & Depledge M.H. (2011) Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. *Environmental Science & Technology* 45(5), 1761-1772. doi: 10.1021/es102947t

Tsang, H., Jones, A., Fung, K., Chan, A., & Chan, E. (2012). Psycho-physical and neurophysiological effects of qigong on depressed elders with chronic illness. *Aging & Mental Health*, 7(3), 336-481. doi:10.1080/13607863.2012.732035

Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wasserman, D. (2003). *Depression en vanlig sjukdom*. Stockholm: Natur och kultur.

World Health Organization [WHO]. (2003). *Investing in mental health*. Hämtad 14 juli, 2016, från [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)

Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013). Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(Suppl 1), S12–S21. doi: • <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>

Ändrad fältkod

## **Bilaga 1**

Till medlemmar i gruppen "Undersköterskor".

Hej!

Jag heter Petra Öhrberg och jag studerar Folkhälsovetenskap på masterprogrammet på Mittuniversitetet.

Denna termin skall jag skriva min magisteruppsats och jag skulle vilja att du deltar i min webbenkät jag sammanställt. Enkäten behandlar "Psykisk ohälsa hos äldre, hur påverkar fysisk aktivitet? - Personalens upplevelser".

Deltagandet i studien är helt frivilligt och inga uppgifter kommer att sparas. De uppgifter du lämnar är enbart till syfte att göra min uppsats. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Enkäten tar 5-6 minuter att besvara och alla svar behandlas konfidentiellt.

Vid frågor eller synpunkter är ni välkomna att höra av er till mig via mail.

Petra Öhrberg

Peja0602@student.miun.se

## Bilaga 2

Psykisk ohälsa hos äldre, hur påverkar fysisk aktivitet och andra strategier? Ur omsorgspersonalens perspektiv

### Först lite om dig\*Obligatorisk

1) *Din ålder*

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 55+

2) *Vilken är din yrkestitel?\**Obligatorisk

- Undersköterska med gymnasieutbildning
- Undersköterska med vuxenutbildning
- Vårdbiträde med utbildning
- Vårdbiträde utan utbildning

3) *Hur många år har du arbetat sammanlagt inom äldreomsorgen?\**Obligatorisk

- 0-5 år
- 6-15 år
- 16-20 år
- 21-30 år
- 31- 40 år
- 40 år eller mer

4) *Vilken är din arbetsplats?\**Obligatorisk

- Särskilt äldreboende
- Hemtjänst
- Sjukhus

5) *Har du genomgått någon kompetenshöjande utbildning om äldres psykiska ohälsa?\**Obligatorisk

- Ja
- Nej

#### **Extra utbildning**

*Om ja: Hur fick du din kompetenshöjning om psykisk ohälsa hos äldre?\**Obligatorisk

- Via arbetet
- Via skolan
- Extra kurs på fritiden

#### **Fysisk aktivitet**

6) *Har de äldre själva möjlighet att påverka när de vill utöva fysisk aktivitet?*

- Ja
- Nej

7) *Har de äldre själv möjlighet att påverka vad de vill utöva för fysisk aktivitet?\**Obligatorisk

- Ja
- Nej

8) *Har DU möjlighet att påverka att den äldre utövar någon form av fysisk aktivitet?\**Obligatorisk

- 1 Nej
- 2 Lite
- 3 Ibland
- 4 Ofta
- 5 Ja

9) *Upplever du någon förändring i beteendet hos en äldre som utövat fysisk aktivitet regelbundet?\**Obligatorisk

- Ja
- Nej

*Om Ja, vilka förändringar har du lagt märke till?*

Svar:

10) *Upplever du förändring i humöret hos patient som utövat fysisk aktivitet regelbundet?\**Obligatorisk

- Ja
- Nej

*Om Ja: vilka förändringar har du lagt märke till?*

Svar:

11) *Upplever du några fysiologiska förändringar hos den äldre som utför fysisk aktivitet regelbundet?\**Obligatorisk

Ex mjukare i kroppen

- Ja
- Nej

*Om ja, vilka förändringar har du lagt märke till?*

Svar:

12) *Upplever du att minnet hos de äldre förbättras/ upprätthållas om de utövat fysisk aktivitet regelbunden?*\*Obligatorisk

- Ja
- Nej

13) *Upplever du att den äldres sömnsvårigheter minskar om de utöver regelbunden fysisk aktivitet?*\*Obligatorisk

- Ja
- Nej

14) *Upplever du att den äldres matvanor förbättras vid regelbunden fysisk aktivitet?*\*Obligatorisk

- Ja
- Nej

15) *Är du delaktig i planeringen av fysisk aktivitet?*\*Obligatorisk

- Ja
- Nej

*Om du varit delaktig i att planera den äldres fysiska aktivitet, vilka aktiviteter?*

Svar:

#### **Fysisk aktivitet för den äldre**

16) *Vilken sorts fysisk aktivitet utövar den äldre?*\*Obligatorisk

- Aerob träning (promenad, dans, sittgympa etc.)
- Styrketräning
- Yoga

- Chi gong/thai chi
- Övrigt
- Inget

*17) Vilka andra strategier använder sig den äldre av?\**Obligatorisk

- Reminiscens
- Taktil massage
- Goda kostvanor
- Social gemenskap
- Övrigt

**Ditt svar är registrerat. Tack så mycket! Mvh Petra Öhrberg**