

Undersköterskors perspektiv på att främja fysisk aktivitet hos personer på demensboende

Anna Kubicka¹ och Ingemar Kåreholt^{1,2}

ABSTRACT. Studien undersöker undersköterskors uppfattningar om att främja fysisk aktivitet hos personer på demensboende. Vi gjorde individuella semistrukturerade intervjuer med nio undersköterskor och bearbetade det insamlade materialet med kvalitativ innehållsanalys.

Analysen ledde fram till fyra kategorier av uppfattningar:

- attityder påverkar möjligheter till fysisk aktivitet
- kunskap och samverkan ger förutsättningar att lyckas
- omgivningen påverkar möjligheter till fysisk aktivitet
- demens är en sjukdom och det finns en person bakom

Undersköterskorna anser att det är viktigt att vara engagerad och kompetent, samt att vissa personliga egenskaper är särskilt gynnsamma för att lyckas i arbetet.

Genom ett individanpassat arbetssätt kan fysisk aktivitet främjas trots hinder skapade av demenssjukdom. Samverkan kring personen med demens underlättar och god fysisk miljö ökar tillgängligheten till aktivitet.

Tillräcklig bemanning är en förutsättning för att kunna främja fysisk aktivitet.

¹Institutet för gerontologi, Aging research network – Jönköping, Hälsohögskolan, Jönköping university

²Aging research center, Karolinska institutet och Stockholms universitet

Korrespondens: Anna Kubicka, anna.kubicka@hotmail.com

Inledning

I Sverige finns i dag omkring 130 000 personer med olika sorters demenssjukdom [1]. Symptomen påverkar både fysisk funktion och kognition och kan märkas i nedsatt initiativförmåga och språkförståelse, gångsvårigheter, förlångsaming, stelhet och problem med att tolka sinnesintryck (agnosi). Även beteendemässiga och psykiska symptom vid demens, BPSD, är vanligt förekommande och kan orsaka stort lidande och besvär [2].

Hjälpt behovet ökar i takt med sjukdomsprogressionen [3, 4]. Den totala kostnaden för vården av personer med demens i Sverige uppskattas till 60 miljarder kronor årligen [5].

Äldreboenden och särskilda demensboenden finns runt om i Sverige för att ge omsorg till personer med måttliga eller svåra sjukdomssymptom. Omsorgen regleras av socialtjänstlagen, SOL, som anger gällande värderingar och mål [6]. Där framgår att personer med demens ska erbjudas jämlika levnadsvillkor, leva ett värdigt liv och ges möjlighet att känna välbefinnande.

De nationella riktlinjerna för personer med demens tydliggör att omsorgen ska vara personcentrerad och att individens behov, önskemål, värdighet och kvarvarande resurser ska sättas i fokus [7]. Vidare ska rehabilitering i syfte att förbättra eller bibehålla funktion erbjudas [8]. Ansvaret ligger hos undersköterskor och annan personal under SOL samt hos fysioterapeuter under hälso- och sjukvårdslagen [9].

Vid demenssjukdom rekommenderas fysisk aktivitet för att förbättra eller bibehålla förmågan att utföra aktiviteter i dagliga livet samt förebygga andra sjukdomar eller ohälsa, fallskador och BPSD [10–15]. För personer med demens rekommenderas pulshöjande fysisk aktivitet med måttlig intensitet i 150 minuter per vecka, eller i 75 minuter med hög intensitet. Stor vikt ska läggas vid att minska stillasittandet i vardagen [10, 15, 16]. Vidare rekommenderas balans-

Huvudbudskap

- Demenssjukdomen i sig försvårar möjligheterna till fysisk aktivitet. Undersköterskornas attityd är en viktig faktor som påverkar om de försöker främja fysisk aktivitet trots de hinder demenssymptomen i sig innebär.
- Tillräcklig bemanning är nödvändig för att ge varje person på demensboendet tid för fysisk aktivitet, såväl i vardags-situationer som vid individuell träning och promenader.
- Ytterligare en viktig faktor som möjliggör att främja fysisk aktivitet är stöd från kollegor och att arbetsgruppen arbetar mot ett gemensamt mål.

träning och muskelstärkande träning två till tre gånger per vecka.

I särskilda riktlinjer för fysisk aktivitet på äldreboende förtydligas att balanst träning ska stegras succesivt och muskelstärkande träning utföras tre gånger per vecka om 8–10 övningar och 13–20 repetitioner vardera, gärna i två omgångar [11]. Trots rekommendationerna visar studier att personer med demens är mer fysiskt inaktiva än friska äldre [13, 17, 18].

Världshälsoorganisationen WHO definierar fysisk aktivitet som ”all kropps rörelse skapad av skelettmuskulatur som ökar energiförbrukningen”, vilket innefattar träning, rehabilitering, förflyttningar och aktiviteter i vardagen, såsom att kamma sig och klä sig [16]. Denna definition verkar dock inte vara allmänt känd.

En svensk studie som jämfört uppfattningen hos vårdpersonal och omsorgstagare på äldreboende visar att omsorgstagarna inte ser vardags-

aktiviteter som fysisk aktivitet [19]. De uttrycker att fysisk aktivitet är ett tidsfördriv som gör deras liv meningsfullt. Det senare perspektivet saknas däremot hos undersköterskorna.

På äldreboende ger vardagsaktiviteter flest tillfällen till fysisk aktivitet, men vid intervjuer med personal och omsorgstagare framkommer att de äldre, av olika skäl, inte alltid ges möjlighet att vara aktiva [20]. Personalen anser att organiserade aktiviteter är viktigt och det finns en generell positiv attityd till fysisk aktivitet, men det framgår även att omsorgstagarens önskemål och behov inte sätts i första rummet.

Någon studie som ur ett fysiskt aktivitetsperspektiv fokuserat på personal på demensboende är inte känd för författarna. Det saknas alltså kunskap om ett viktigt perspektiv i arbetet för god äldreomsorg och vård för personer med demens.

Det är av stor vikt att personer med demens är fysiskt aktiva, men i dagsläget är nivåerna långt ifrån de rekommenderade. Då personer på demensboende är mer eller mindre beroende av vårdpersonal för att vara fysiskt aktiva är syftet med studien att undersöka och belysa uppfattningar hos undersköterskor i Sverige om vad som påverkar möjligheten att främja fysisk aktivitet hos personer på demensavdelning.

Metod

Vi informerade chefer för demensboenden i en svensk stad med drygt 100 000 invånare om studien via e-post, samtidigt som vi bad om tillåtelse att fråga undersköterskor om deltagande. Sex av de tio tillfrågade boendena lämnade samtycke, varefter vi besökte dem för att ge både muntlig och skriftlig information om studien till undersköterskorna. Eftersom alla inte arbetade samtidigt gjorde vi flera besök och bad dem att vid intresse ta kontakt per telefon för att boka tid för intervju.

Våra urvalskriterier var: utbildad undersköterska, med minst en månads erfarenhet av arbete på demensboende. Nio personer, två män och sju kvinnor, med 1–25 års erfarenhet, anmälde sitt intresse. De representerade sex boenden i eller strax utanför staden.

Datainsamlingen skedde genom individuella, semistrukturerade intervjuer, på tid och plats som respektive intervjuperson hade föreslagit. Försteförfattarens förförståelse från arbete både på demensboende och som fysioterapeut i kommunal hälso- och sjukvård bidrog när vi skapade intervjuguiden. Vi genomförde och spelade in samtliga intervjuer i samtalsrum i anslutning till demensboendena.

Intervjuerna inleddes med en öppen fråga: *Hur är det att främja fysisk aktivitet hos personer på demensboende?* Vidare försökte vi fånga upp följande områden, om de inte naturligt kom upp i berättelsen: *Främja fysisk aktivitet i vardagen, i organiserade aktiviteter och på grupp- och individnivå, samt påverkan av omgivande miljö.* Vi ställde också följdfrågor om det behövdes för att förtydliga något.

Intervjuerna varade 19–49 minuter och avslutades när respektive informant uppgav att hen inte hade mer att tillägga. Vi transkriberade materialet direkt efter intervjutillfället. Efter avslutad datainsamling bearbetade vi det genom kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, baserat på beskrivning av Graneheim och Lundman [21, 22].

Innehållet tolkades manifest så att den meningsbärande enheten kondenserades och kodades, men fortsatt beskrev det som var synligt och uppenbart i texten. (De meningsbärande enheterna var redan kortfattade och koncisa och då ska ytterligare kondensering undvikas för att inte förlora innehåll.) Vi försökte hålla koderna så nära texten som möjligt för att de inte skulle bli för övergripande och därigenom försvåra kategoriseringsprocessen. Processen exemplifieras i tabell 1.

TABELL 1. Analysprocess för kvalitativ innehållsanalys med manifest tolkning. Bearbetningen av våra intervjuer med nio undersköterskor vid demensboende är här exemplifierad med en fråga och korresponderande svar ur en av intervjuerna.

Processteg	Meningsbärande enhet
Intervjuarens fråga	Hur upplever du att det är att främja fysisk aktivitet för personer på demensboendet?
Svar	Ja alltså... Man är ju medveten... Aktiviteter är ju mycket för vår egen skull för det underlättar ju för oss om de kan gå. Det blir lättare om de bara kan gå några steg och ju fler som kan gå desto lättare.
Kondenserad meningsbärande enhet	Aktivitet är för vår egen skull för det underlättar arbetet. Det blir lättare om de bara kan gå några steg och ju fler som kan gå desto lättare.
Kod	Underlättar arbetet, gång, bibehålla funktioner
Underkategori	Attityd till fysisk aktivitet
Beskrivande kategori	Attityder som påverkar möjligheten till fysisk aktivitet

Etik

I enlighet med Jönköping universitets anvisningar för magisteruppsatser har vi genomfört en etisk egengranskning där vi beaktade forskningsetiska principer [23]. Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta sitt deltagande utan förklaring, att intervjun spelades in, att insamlad material skulle anonymiseras och sparas, samt att studiens resultat skulle komma att publiceras.

Resultat

Den kvalitativa innehållsanalysen ledde fram till fyra kategorier, samt nio underkategorier, av uppfattningar om att främja fysisk aktivitet hos personer på demensboende (tabell 2).

Attityder påverkar möjligheter till fysisk aktivitet

Undersköterskorna uttryckte att personliga

egenskaper spelar en avgörande roll och att vissa personer besitter egenskaper som gör dem mer lämpade för arbete på demensboende. Det krävs stort personligt engagemang, tålmod, lyhördhet, flexibilitet och vilja. Individerna ska bemötas på olika sätt, ingen dag är den andra lik och kreativitet krävs för att lösa de situationer som dagligen uppstår. En lugn person med stor empatisk förmåga har förutsättning att nå fram till personen med demens. Arbetet innebär många utmaningar men ger också motivation och stimulans.

Intensiteten i försöken att främja fysisk aktivitet och ta till vara de tillfällen som bjöds kunde variera mellan olika personal och det fanns en uppfattning om att mängden fysisk aktivitet på demensboende till stor del beror på hur mycket personalen engagerar sig. En av intervjupersonerna uttryckte det så här:

"Det handlar väldigt mycket om oss personal. Om det är aktiviteter mellan måltiderna blir de inte bara sittande. Händer det inget lägger de sig hellre i sängen."

Det förelåg delade åsikter om fysisk aktivitet alltid är lämpligt för personer med demenssjukdom då det kan innebära negativa konsekvenser för dem. Organiserad gruppaktivitet utanför boendet, såsom sittgympa, upplevdes exempelvis positivt för en individ under tiden det pågick, men kunde direkt efteråt medföra ökad förvirring och oro. En avvägning gjordes huruvida det var värt det eller inte, där arbetsbelastning, liksom individens mående efteråt, vägdes mot rättigheterna hos personen med demens samt välbefinnandet under tiden för aktiviteten. Fysisk aktivitet upplevdes ge ökat välbefinnande och ökad självkänsla hos personer med demens. Ett personcentrerat förhållningssätt med individens behov i fokus genomsyrade intervjusvaren.

"Påklädnings tar tid och ibland blir det fel men det gör inget. Får låta dem försöka så länge det går för de är glada över att ha klarat det själva."

Kunskap om vinsterna med fysisk aktivitet och möjligheten att bibehålla funktioner och rörelseförmåga hos personen med demens motiverade och gav en positiv attityd till fysisk aktivitet. Det gjorde i sin tur att man såg och tillvaratog möjligheterna i vardagen och omsorgsarbetet. Det fanns en medvetenhet om att förmågor som inte används skulle försvinna och att det kan ske snabbt. Tanken på konsekvenserna motiverade till att fortsätta arbetet med fysisk aktivitet även om det var besvärligt och kunde ta lång tid.

"Att göra gående förflyttningar hör till. Att man ska gå en bit på vägen mot matsalen, även om man bara går lite."

"Det är viktigt att se personen och vad den kan göra. I alla fall sträcka upp armen. För vissa är det kanske den enda aktiviteten."

Kunskap och samverkan ger förutsättningar att lyckas

Undersköterskornas upplevelse var att det är viktigt att känna att alla strävar mot samma mål. Stöd och handledning från kollegor med tips om

framgångsrikt bemötande och strategier för att underlätta i arbetet skapar gynnsamma förutsättningar för att främja fysisk aktivitet. En strategi för att få fler boende på avdelningen att delta på sittgympan kunde vara att under den gemensamma kaffestunden först fråga en person med positiv attityd till fysisk aktivitet, i stället för att börja med en mer negativt inställd individ.

Ett annat exempel på en lyckosam strategi som inspirerade kollegor handlade om att en personal tog ut en orolig individ på promenad utanför avdelningen. De andra boendena slapp därmed bli påverkade av störningen som den oroliga individen skapade. Även om den andra kollegan blev ensam personal kvar på avdelningen blev det lugnare och upplevdes positivt.

Goda exempel spred sig och uppmuntrades kollegor emellan.

"Det blir lugnare inne på avdelningen om man aktiverar dem och de behöver inte ta lugnande mediciner. Det blir att fler personal tar efter."

De intervjuade upplevde det som viktigt att personalen kring en person med demens är enad och att det finns en känsla av tillit och stöd. Chefen behöver vara insatt och närvarande för att förstå och stödja undersköterskorna när de ber om stöd eller resurser, exempelvis i form av mer personal. Man upplevde att fysioterapeuten saknade förståelse för svårigheten för personer med demens att genomföra en förflyttning eller ett standardiserat träningsprogram, exempelvis efter en höftfraktur, vilket gjorde det svårt för undersköterskan att genomföra aktiviteten.

Det fanns en uppfattning om att chef och fysioterapeut saknade tillit till undersköterskans förmåga att göra en korrekt bedömning av behovet hos en person med demens när det kom till förflyttningshjälpmedel eller individanpassade träningsinsatser.

"De kommer in på avdelningen och bestämmer vad vi ska göra utan att fråga oss så att vi också är delaktiga. Det kanske inte alla fungerar för den personen."

TABELL 2. Kategorier av uppfattningar om att främja fysisk aktivitet för personer på demensboende. Dessa kategorier är härledda ur vår kvalitativa innehållsanalys av intervjuer med nio undersköterskor.

Kategori	Underkategori
Attityder påverkar möjligheter till fysisk aktivitet	Det är viktigt att ha rätt personliga egenskaper för att lyckas Det är inte bara ett jobb utan något man gör med hänsyn till personen med demens Det är viktigt med fysisk aktivitet
Kunskap och samverkan ger förutsättningar att lyckas	Varje undersköterska är beroende av stöd från och samverkan med andra undersköterskor och övrig personal Bemötande och arbetssätt är nyckeln till framgång Allting tar tid
Omgivningen påverkar möjligheter till fysisk aktivitet	Den byggda fysiska miljöns utformning påverkar möjligheten till fysisk aktivitet Hög ljudvolym och stökig omgivning kan påverka de boende så att fysisk aktivitet inte är möjlig
Demens är en sjukdom och det finns en person bakom sjukdomen	Det krävs att man känner personen Demenssymptomen är alltid närvarande

Sättet att uttrycka och röra sig kunde både främja och försvåra arbetet. Ett individanpassat bemötande och arbetssätt hos personalen uppfattades spela en central roll. Vissa ord eller metoder fungerade som nycklar och hittade man dem underlättade det för personen med demens att förstå och medverka. Att samtidigt visa avsedd rörelse, så kallad spegling, gjorde att personen med demens härmade och det upplevdes fungera både för omvårdnadsinsatser och i förflyttningssituationer. Att sjunga eller ha lämplig musik i bakgrunden kunde underlätta då det gjorde personen med demens mer avslappnad och gav ökad följsamhet. Att

spela musik var även ett sätt att skapa spontanaktivitet.

"De som kan gå dansar gärna om vi sätter på musik."

Undersköterskorna uppfattade att individanpassat bemötande och ett arbetssätt anpassat för personer med demens är av stor vikt för att få patienten att förstå, eller medverka till aktivitet. Stress hos personalen uppfattades av personen med demens, som blev orolig och motsträvig, vilket försvårade eller omöjliggjorde medverkan till fysisk aktivitet. Det fanns en medvetenhet om att det är av största vikt att i mötet med den boende vara lugn och inte visa tecken på stress,

även i situationer när det är mycket stressigt på avdelningen.

"Det är viktigt att de får lugn. Vid tandborstning och påklädning och sånt. Det är ingen stress och de får ta det i sin takt."

Att främja fysisk aktivitet ansågs vara mycket tidskrävande, vilket var ett ständigt hinder att överkomma. Trots det gav man ofta tid för fysisk aktivitet i vardagen, men det fanns en underliggande stress över att andra personer väntade på hjälp.

Fysisk aktivitet kunde just på grund av tidsbrist bli bortprioriterad. Omvårdnadsinsatser för andra gavs förtur och personen med demens blev därmed utan aktivitet. Oftast drabbades promenader, gruppaktiviteter eller förflyttningar, men ibland även aktiviteter i vardagen.

Gående förflyttningar upplevdes vara ett mycket tidskrävande moment, men vetskapen om effekterna vid utebliven fysisk aktivitet gjorde, tiden till trots, att det prioriterades.

"Det finns personer som tycker det är smidigare och går snabbare att köra med rullstolen. Det tar ju länge tid när de ska gå och man kan känna sig stressad men man får passa sig för det är lätt att det bara blir rullstolen sen."

Omgivningen påverkar möjligheter till fysisk aktivitet

En stökig och högljud inomhusmiljö skapad av oroliga boende kunde göra att de andra sökte sig till sina rum för att få lugn och ro. Därmed påverkades tillgängligheten till fysisk aktivitet negativt då den upplevdes svårare att främja inne på rummet jämfört med ute i de allmänna ytorna – delvis av tidsmässiga skäl men även för att personerna med demens avböjde aktivitet då de sökte lugn och inte ville bli störda.

Flera exempel gavs på hur den fysiska miljön kunde främja aktivitet. Tillgång till inhägnad uteplats eller innergård inbjöd till spontan aktivitet då de boende gärna ville gå ut. Runtgående avdelningar och långa ljusa inomhuskorridorer

möjliggjorde promenader även vid dåligt väder. Ledstänger och stolar gav trygghet att kunna vila längs vägen.

"Är det dåligt väder vill de inte gå ut men då kan man gå inne. Vi kan gå flera mil inomhus om vi vill. När man går till matsalen behöver man inte ta den kortaste vägen [...] Alla vill inte ha personal med sig och får de gå ut själva är de jättenöjda."

Demens är en sjukdom och det finns en person bakom sjukdomen

En god relation där personen med demens kände trygghet och tillit till undersköterskan underlättade och det fanns en känsla av att personen med demens var som en familjemedlem som man värnade om. Personkänedom uppfattades som nödvändigt för att kunna ge personcentrerad vård. Välkomstsamtalet ansågs vara av stor betydelse för att inhämta information om personens bakgrund och tidigare intressen.

"En man hade tränat mycket förut så då kunde man säga att det var dags att träna nu. Då gick han lite snabbare och gjorde gymnastik. De som aldrig har tränat anser det jobbigt så då vill de inte men om de tränat tidigare fungerar det bra."

Demenssymptomen i allmänhet, och BPSD i synnerhet, var ett stort hinder för fysisk aktivitet. Nedsatt minne och initiativförmåga (apraxi) och svårigheter att förstå instruktioner komplicerade. Agitation och aggressivitet var svårt att bemästra och ibland fick försök till aktivitet avbrytas på grund av risk för skada. Oro och rastlöshet ansågs dock inte vara ett hinder då personerna med dessa symptom sökte kontakt och var mottagliga för fysisk aktivitet, exempelvis i form av promenader. Personer med demens tog ibland aktiva beslut att inte vara fysiskt aktiva på grund av en skamkänsla över sina symptom och svaga sidor, och det upplevdes svårt att bemöta.

"De vill inte visa att de inte fixar det och då vill de inte vara med i gruppaktiviteterna."

Diskussion

Syftet med vår studie var att undersöka undersköterskors uppfattningar om att främja fysisk aktivitet hos personer på demensavdelning. Vi genomförde semistrukturerade intervjuer och använde kvalitativ innehållsanalys för att bearbeta det insamlade materialet. Analysen ledde fram till fyra kategorier baserade på undersköterskornas uppfattning:

- attityder påverkar möjligheter till fysisk aktivitet
- kunskap och samverkan ger förutsättningar att lyckas
- omgivningen påverkar möjligheter till fysisk aktivitet
- demens är en sjukdom och det finns en person bakom sjukdomen.

Attityder och egenskaper hos undersköterskan påverkar sättet att arbeta, liksom engagemanget och därmed i vilken utsträckning fysisk aktivitet främjas. Detta beskrivs även i annan forskning och tydliggör hur viktiga undersköterskor och annan vårdpersonal är för personer med demens [24–28]. Vissa egenskaper hos undersköterskor anses vara särskilt gynnsamma. Dit hör kreativitet, lyhördhet, tålmod och empatisk förmåga [25–27]. Det är således av stor vikt att ta hänsyn till personliga egenskaper vid rekrytering av personal till demensboenden.

Personer med demens har i en studie uttryckt rädsla för att skämma ut sig när de inte klarar av att utföra en aktivitet. Rädslan påverkar viljan att vara fysiskt aktiv [29]. Att skam hos personer med demens kan vara en försvårande faktor framkommer även i vår studie och visar vikten av att arbeta individanpassat och skapa en tillitsfull relation. Våra resultat visar en medvetenhet hos undersköterskorna om vikten av personcentrerad vård och individanpassning. Detta stämmer överens med annan forskning och riktlinjer för omsorgen om personer med demens [7, 8, 24, 28, 30–32].

Undersköterskorna i vår studie ger uttryck för att personer med demens är människor och inte enbart vårdobjekt. Det kan knytas till ett aktivitetsteoretiskt synsätt, där aktivitet och sociala sammanhang är en rättighet för människan, som bör prioriteras i syfte att bibehålla funktioner och främja gott åldrande [33].

När personer med demens själva fått komma till tals gällande sina uppfattningar om vad som påverkar viljan till fysisk aktivitet framkommer det att ett individanpassat och personcentrerat bemötande hos vårdpersonalen motiverar dem [29]. Samma studie visar att personer med demens såg fysisk aktivitet som en möjlighet till individuell kvalitetstid med vårdpersonalen såväl som en möjlighet att känna sig sedd och hörd, vilket understryker vikten av att prioritera dessa tillfällen. Det framkommer inte om undersköterskorna i vår studie är medvetna om denna aspekt eller om deras attityd till personen med demens främst handlar om rätten att tillgodose de fysiska behoven av fysisk aktivitet.

Beroendeställningen mellan personer med demens och undersköterskor skapar en utsatthet hos den sjuke, men innebär också att undersköterskor har potential att arbeta med hälsofrämjande insatser.

Behovet av samverkan mellan vårdpersonal för att delge varandra kunskap, känna stöd och i teamet lösa problem genom att bidra med olika perspektiv, lyfts fram både i vår egen och i andra studier [26–28]. Undersköterskorna uttrycker dock att det finns en bristande samverkan med fysioterapeuterna, vilket går stick i stäv med såväl nationella riktlinjer som beskrivningar av samverkan för välfungerande vård [7, 34]. Resultatet indikerar att fysioterapeuter kan behöva ökad kunskap om demens för att kunna bidra i teamet och ge personen med demens förutsättning för lyckosam rehabilitering eller annan fysisk aktivitet.

God fysisk miljö, i synnerhet tillgång till utep plats, uppfattas både stimulera till spontan fysisk

aktivitet och öka motivationen till rörelse. Det är noterbart att undersköterskorna inte enbart ser på uteplatsen som att den ökar tillgängligheten till fysisk aktivitet – de är även medvetna om att personer med demens uppnår välbefinnande av att få röra sig utomhus. Upplevelsen bekräftas vid intervjuer med personer med demens som uttrycker att möjlighet att vistas utomhus motiverar dem [29].

Tidsbrist upplevs som en begränsande faktor och det verkar inte vara isolerat till äldreboendena i vår studie, eftersom upplevelsen bekräftas i en annan svensk studie [26]. Bemanningsgrad och tillräckligt med tid för fysisk aktivitet är något som bör utredas vidare eftersom uteblivna insatser för välbefinnande och välmående strider mot socialtjänstlagen och är något som huvudmannen bör se mycket allvarligt på.

Begränsningar och styrkor

Vi diskuterar här studiens tillförlitlighet utifrån kvalitetskriterier vid kvalitativ innehållsanalys [21, 22]. Vi bedömer att metod och urval har svarat mot studiens syfte, även om det ringa antalet informanter kan ha påverkat resultaten. Variationen i ålder, kön och yrkeserfarenhet bland undersköterskorna stärker dock resultatens trovärdighet, även om det vore önskvärt med fler informanter och att därmed få möjlighet att tillämpa strategiskt urval i strävan efter en så stor spridning som möjligt. Vi kan inte heller utesluta att enbart de mest engagerade undersköterskorna anmälde intresse för att delta.

Studiens svagheter till trots visar resultatet en bredd av uppfattningar, som dessutom bekräftas av annan forskning. Överförbarheten får anses hög eftersom det går att finna motsvarande demensboenden, med en liknande urvalsgrupp, runt om i Sverige.

Vi samlade in materialet under kort tid och bedömer att det är opåverkat av tid och omgivning. Detta stärker resultatets stabilitet. Vidare har vi

beaktat neutraliteten – ingen tidigare relation eller beroendeställning förelåg mellan författarna och informanterna. Vi bedömer även att de har kunnat tala fritt. Vi har genomgående beaktat forskningsetiska aspekter och värnat integriteten hos personerna i studien samt hos de boende.

Vi bedömer att försteförfattarens förståelse har varit till gagn både vid skapandet av intervju-guiden och vid datainsamlingen. Vi har genomgående strävat efter ett objektivt förhållningssätt för att göra en så korrekt tolkning av materialet som möjligt, samt använt oss av SBU:s checklista för granskning av studiers kvalitet [35].

Slutsats

Det är ett komplext uppdrag att främja fysisk aktivitet för personer på demensavdelning. Studien visar att demenssymptom utgör ett stort hinder men går att hantera om rätt bemötande och ett personcentrerat arbetssätt används. Vidare krävs ett stort personligt engagemang, en positiv attityd till fysisk aktivitet och en betydelsefull relation till personen med demens.

Undersköterskorna verkar medvetna om den viktiga roll de har i det hälsofrämjande arbetet för personer med demens. Insatser för att stärka dem i deras profession är av stor vikt.

Insatser för ökad fysisk aktivitet för personer på demensboende bör fokusera på att minimera hindren, exempelvis genom att öka bemanningen, då tidsbrist är en försvarande omständighet.

Intressekonflikter

Författarna uppger inga intressekonflikter.

Författarnas bidrag

Anna Kubicka genomförde studien som en del i magisterutbildningen under åren 2017–2018 med stöd av handledaren Ingemar Kåreholt. Anna Kubicka har planerat och genomfört studien. Båda författarna har bidragit i skrivarbetet och godkänt artikeln.

Nursing assistants' perception of promoting physical activity in care-homes specialised in dementia

Abstract. The study investigates nursing assistants' perception of promoting physical activity in people living in care-homes specialized in dementia. We conducted nine individual semi-structured interviews. The collected material was analysed using qualitative content analysis.

The analysis lead up to four categories of perceptions:

- staffs' attitudes affect opportunities for physical activity
- knowledge and cooperation give presumptions to succeed
- the environment affects the opportunities for physical activity
- dementia is a disease and there is a person behind the disease

The nursing assistants perceive that commitment and perseverance are required and that certain personal qualities are particularly favourable for success.

A person-centered approach is needed to overcome obstacles created by the disease. Cooperation as well as having the opportunity to receive support facilitates and a suitable physical environment increases accessibility to activity.

Sufficient staffing is essential to be able to promote physical activity.

Referenser

1. Fratiglioni L, Ding M, Santoni G, Berglund J, Elmståhl S, Fagerström C m fl. *Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001-2013. Resultat från den svenska nationella studien om åldrande, vård och omsorg - SNAC*. SNAC; 2017.
2. Dehlin O, Rundgren Å. *Geriatrisk*. Studentlitteratur. 2014.
3. Victor CR. *Ageing, health and care*. Policy press. 2010. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t89bvg>
4. Morais A, Santos S, Lebre P. *Psychomotor, functional, and cognitive profiles in older people with and without dementia: what connections?* *Dementia*. 2019;18(4):1538-1553. <https://doi.org/10.1177/1471301217719624>
5. Wimo A, Fratiglioni L, Sandman PO, Gustavsson A, Skötdunger A. *Demenssjukdomarnas samhälls-kostnader i Sverige 2012*. Socialstyrelsen; 2014.
6. Socialtjänstlag (SFS 2001:453). Socialdepartementet.
7. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens. Stöd för styrning och ledning*. 2017.
8. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2007:10).
9. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet.
10. Tareldsen K, Helbostad JL, Saltvedt I. *Fysisk aktivitet vid demens*. I: FYSS 2021. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. Läkartidningen förlag; 2021.
11. de Souto Barreto P, Morley JE, Chodzko-Zajko W, Pitkala K, Weening-Dijksterhuis E, Rodriguez-Mañas L m fl. *Recommendations on physical activity and exercise for older adults living in long-term care facilities: A taskforce report*. *Journal of the American medical directors association*. 2016;17(5):381-392. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.01.021>
12. van Doorn C, Gruber-Baldini AL, Zimmerman S, Hebel R, Port C, Baumgarten M m fl. *Dementia as a risk factor for falls and fall injuries among nursing home residents*. *Journal of the American geriatrics society*. 2003;51(9):1213-1218. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51404.x>
13. Hortobágyi T. *The positives of physical activity and the negatives of sedentariness in successful aging. The future of health and fitness. A plan for getting Europe active by 2025*. Blackbox publishers; 2014.
14. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D m fl. *Dementia prevention, intervention, and care*. *Lancet*. 2017;390(10113):2673-2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
15. Toots A, Littbrand H, Lindelöf N, Wiklund R, Holberg H, Nordström P m fl. *Effects of a high-intensity functional exercise program on dependence in activities of daily living and balance in older adults with dementia*. *Journal of the American geriatrics society*. 2016;64(1):55-64. <https://doi.org/10.1111/jgs.13880>
16. Världshälsoorganisationen WHO. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior*. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>
17. van Alphen HJ, Volkers KM, Blankevoort, CG, Scherder, EI, Hortobágyi T, van Heuvelen MJ. *Older adults with dementia are sedentary for most of the day*. *Plos one*. 2016;11(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152457>
18. Moyle W, Jones C, Murfield J, Draper J, Beattie E, Shum D m fl. *Levels of physical activity and sleep*

- patterns among older people with dementia living in long-term care facilities: A 24-h snapshot. *Maturitas*. 2017; 102:62-68. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.05.015>
19. Mahrs Träff A, Cedersund E, Nord C. *Perceptions of physical activity among elderly residents and professionals in assisted living facilities*. *European review of aging and physical activity*. 2017;14(2). <https://doi.org/10.1186/s11556-017-0171-9>
 20. Mahrs Träff A, Cedersund E. *Fysisk aktivitet för äldre på särskilda boenden. Om inställningar och handlande i svensk äldreomsorg*. *Tidskrift för omsorgsforskning*. 2018;4(2):165-176. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-12>
 21. Graneheim UH, Lundman B. *Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse education today*. 2005;24(2):105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
 22. Lindgren B-M, Lundman B, Graneheim UH. *Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process*. *International journal of nursing studies*. 2020;108. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
 23. Blankett för etisk egengranskning av examensarbete vid Hälsohögskolan. Hämtad: 2021-12-23. <https://ju.se/download/18.102c34417dd1b9808050508/1641302820221/Etisk%20egengranskning%202021-05-25.docx>
 24. Brett L, Traynor V, Stapley P, Meedya S. *Exercise and dementia in nursing homes: Views of staff and family carers*. *Journal of aging and physical activity*. 2018;26(1): 89-96. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0368>
 25. Abrahamsson B-L. *Demens - omvårdnad och omsorg*. Bonnier utbildning; 2003.
 26. Ericson-Lidman E, Larsson L, Norberg A. *Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD*. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2014;28(2):337-346. <https://doi.org/10.1111/scs.12063>
 27. Law K, Patterson TG, Muers J. *Experiences of health-care assistants working with clients with dementia in residential care homes*. *Dementia*. 2019;18(2). <https://doi.org/10.1177%2F1471301216688396>
 28. Cations M, May N, Crotty M, Low L-F, Clemson L, Whitehead C m fl. *Health professional perspectives on rehabilitation for people with dementia*. *Gerontologist*. 2020;60(3):503-512. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz007>
 29. Gebhard D, Mir E. *What moves people living with dementia? Exploring barriers and motivators for physical activity perceived by people living with dementia in care homes*. *Qualitative health research*. 2021;31(7):1319-1334. <https://doi.org/10.1177%2F10497323211002822>
 30. Cars J, Terzis B. *Stöd vid demenssjukdom och kognitiv svikt. En handbok i bemötande*. Gothia fortbildning; 2015.
 31. Ring K. *Specifik omvårdnad vid svår demenssjukdom*. Gleerups; 2013.
 32. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO. *Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward*. *Lancet Neurology*. 2008;7(4):362-367. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70063-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70063-2)
 33. Havighurst RJ, Albrecht R. *Older people*. Longmans, Green; 1953. <https://doi.org/10.1177%2F000271625429400183>
 34. Axelsson R, Bihari Axelsson S. *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Studentlitteratur; 2007.
 35. SBU. *Bedömning av studier med kvalitativ metodik*. 2020. Hämtad: 2022-01-16. https://www.sbu.se/globalassets/ebm/bedomning_studier_kvalitativ_metodik.pdf