



**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR NEUROVETENSKAP**  
**OCH FYSIOLOGI**  
**ARBETSTERAPI**

# VEM TRIVS BÄST?

En kvantitativ studie om självskattad trivsel hos äldre på särskilt boende.

**Författare, Fredrik Carlsson, Alice Hagman**

---

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet
Kurs	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2019
Handledare:	Qarin Lood, Medicine doktor och legitimerad arbetsterapeut
Examinator:	Lisbeth Claesson, Docent och legitimerad arbetsterapeut

# Sammanfattning

Examensarbete:	15 hp
Program:	Arbetsterapeutprogrammet 180 hp
Kurs:	ARB341 Självständigt arbete i arbetsterapi
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt 2019
Handledare:	Qarin Lood, Medicine doktor och legitimerad arbetsterapeut
Examinator:	Lisbeth Claesson, Docent och legitimerad arbetsterapeut

---

Bakgrund	Genom livet genomgår människan en mängd transitioner, vilket kan resultera i ett förändrat aktivitetsmönster. Det kan leda till att människan måste omvärdera eller förändra hur de förhåller sig till de vanor, rutiner och roller som funnits innan transitionen. En vanligt förekommande transition vid hög ålder är flytt från ordinärt-till särskilt boende. Flytten innebär en drastisk förändring av aktivitetsmönster, vanor, rutiner och roller, vilket kan påverka personen välmående. Trivsel är ett relevant begrepp att diskutera i relation till särskilda boenden. Begreppet definieras inom äldreomsorgen som goda upplevelser i livet trots sjukdomar och inskränkningar av individens autonomi. Det finns lite kunskap om och är därav av intresse att undersöka hur trivsel utvecklas med tid och om det finns skillnader i hur kvinnor och män skattar sin trivsel.
Syfte	Studiens syfte var att undersöka samband mellan självskattad trivsel hos äldre på särskilt boende och tid på boendet ur ett genusperspektiv.
Metod	Studien var en retrospektiv tvärsnittsstudie med en kvantitativ ansats och utgick från tidigare insamlad data i form av enkäter baserade på självskattningsinstrumentet <i>The Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS)</i> . TOPAS består av 32 frågor om trivsel på särskilt boende för äldre. Materialet utgjordes av enkätsvar från 78 personer som bearbetades i SPSS genom korrelationsanalyser och Mann-Whitney U-test. Analyser genomfördes på hela studiepopulationen samt uppdelat på kvinnor och män.
Resultat	Resultatet visade ett samband mellan ökad trivsel och längre tid på boendet, vid boendetid 1-24 månader. Sambandet fanns för hela studiepopulationen samt för kvinnor, men inte för män. Ingen statistisk signifikant skillnad av självskattad trivsel kunde påvisas mellan kvinnor och män. Både kvinnor och män skattade sin trivsel lägre i kategorierna <i>positiva relationer med andra boende, deltagande i meningsfulla aktiviteter</i> och <i>möjligheter att vistas utanför boendet</i> .
Konklusion	Studien indikerar att trivsel kan påverkas av boendetid, främst under de två första åren på boendet. Ett samband mellan självskattad trivsel och boendetid påvisades för kvinnor men inte för män. De tre kategorierna där trivsel skattas som lägst indikerar att arbetsterapeutens kompetens kan nyttjas för att öka trivseln på särskilda boenden för äldre.



# Abstract

Thesis:	15 hp
Program:	Occupational Therapy program 180 hp
Course:	ARB341 Bachelor thesis in Occupational therapy
Level:	First Cycle
Semester/year:	St 2019
Supervisor:	Qarin Lood, PhD, Registered occupational therapist
Examiner:	Lisbeth Claesson, Docent, Registered occupational therapist
Keyword:	Thriving, Nursing Homes, Aged

---

Background	Through life, a person undergo a multitude of transitions which can result in changed activity patterns. This can lead to a person having to re-evaluate or change how they relate to habits, routines and roles that existed before the transition. A commonly occurring transition in older age is moving in to a nursing home. This usually involves a drastic change in activity patterns, habits, routines and roles and may affect a persons well-being. It is relevant to discuss the concept of thriving in relation to life in nursing homes. The concept is defined in aged care as ‘good experiences in life despite disease and limitations of the individual’s autonomy’. There is little knowledge about thriving in nursing homes, and it is therefore of interest to investigate how it develops over time and whether there are differences in how women and men rate their thriving.
Aim	The aim and purpose of the study was to investigate if there is a correlation between self-rated thriving among older people in nursing homes and time spent living in a nursing home from a gender perspective.
Method	This was a retrospective cross-sectional study with a quantitative approach based on previously collected data of questionnaires, in turn based on the self-assessment instrument <i>The Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS)</i> . TOPAS consists of 32 questions about thriving. The material included questionnaire responses from 78 persons and data was processed in SPSS by correlation analyses and Mann-Whitney U-tests. The analyses were carried out on the entire study population and divided between men and women.
Result	The result showed a correlation between increased thriving and a longer time spent in the nursing home at dwelling time 1-24 months for the entire study population and for women, but not for men. No statistically significant difference in thriving could be detected between women and men. Both women and men rated their thriving lower in the categories <i>positive relationships with other residents, participation in meaningful activities and opportunities to spend time outside the ward and nursing home</i> .
Conclusion	The study indicates that thriving can be affected by longer time spent in the nursing home, mainly during the first two years of the stay. A correlation between self-rated thriving and time spent living in a nursing home was found for women but not for men. The three categories where thriving is rated lowest indicate that the occupational therapist's competence can be used to increase thriving in nursing homes.

# Innehållsförteckning

Bakgrund .....	1
Syfte .....	4
Frågeställningar .....	4
Hypoteser .....	4
Metod .....	5
Design.....	5
Urval och procedur.....	5
Material .....	6
Analys.....	6
Resultat.....	8
Studiepopulation.....	8
Självskattad trivsel enligt TOPAS.....	8
Samband mellan trivsel och boendetid samt skillnader mellan kvinnor och män.....	9
Diskussion .....	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion.....	13
Konklusion .....	16
Referenser.....	17

## Bakgrund

Aktivitet har stor betydelse för människors vardag och välmående (1). Inom arbetsterapi är begreppet väl beskrivet då det utgör en central del av området. Det beskrivs ingående i Model of human occupation (MOHO) (1), en evidensbaserad arbetsterapeutisk modell. Aktivitet syftar på allt mänskligt görande i vardagen, såsom arbete, avkoppling och egenvård (1). MOHO (1) lyfter att människan är en varelse som har ett starkt behov av att vara aktiv och att människans aktivitetsbeteende påverkas och formas av tre komponenter: viljekraft – hur människor tänker, känner och upplever aktivitet, vanebildning – människors vanor, roller och rutiner och utförandekapacitet – människors motoriska-, perceptuella-, neurologiska- och kognitiva förmågor (1). Dessa komponenter, tillsammans med den miljö och kontext människor befinner sig i styr aktivitetsutförande. De påverkar motivation, hur vardagen organiseras, vad människor väljer att och kan göra, vilket i förlängningen påverkar människors hälsa och välmående (1).

Genom livet genomgår människor en mängd transitioner. Transitioner definieras av Hutchingsons i en integrerad litteraturoversikt av Calder et al. (2) som ett tydligt skifte från tidigare till nya roller och kontexter i livet. En transition kan komma plötsligt, till exempel till följd av en olycka, eller gradvis, till exempel i form av en förändring av utförandekapacitet på grund av åldrande. Oavsett orsak påverkar transitioner människor i hög grad och resulterar ofta i ett förändrat aktivitetsmönster. Det kan även leda till att människor omvärderar vad de upplever som meningsfullt (2). I MOHO (1) definieras utförandekapacitet som människans fysiska och mentala förmågor och de ligger till grund för hur aktiviteter kan utföras. Fokus ligger dock inte på den fysiska aspekten av utförandekapacitet, utan på den subjektiva upplevelsen av utförandet och hur den påverkas när utförandekapaciteten förändras (1). Att nå en hög ålder är av många önskvärt, men med stigande ålder ökar också riskerna för ohälsa och funktionsnedsättning (3). Det kan leda till ett flertal transitioner som kan begränsa människans aktivitetsliv (4) och påverka den subjektiva upplevelsen av aktivitetsutförande (1). En sådan transition kan till exempel vara en flytt från ordinärt- till särskilt boende. Särskilda boende för äldre är institutionella permanentboende för äldre, ibland även kallat äldreboende eller gruppboende för äldre (5).

Populationen, främst i västvärlden, blir allt äldre och i och med detta kommer behovet av vård och omsorg öka (3). När omsorgsbehovet ökar klarar vissa äldre inte längre av att bo kvar i hemmet, ett alternativ är då särskilda boenden för äldre (6). Flytten innebär en förändring, både av den fysiska och sociala miljön, en transition. Personen måste anpassa eller byta ut sina existerande vanor och rutiner efter boendets ramar (6, 7), vilket skapar utmaningar gällande att upprätthålla sitt privatliv och sitt tidigare aktivitetsmönster (6). Fysiska-, sociala- och kulturella miljöer som tidigare varit lättillgängliga för personen är efter flytten inte alltid längre möjliga att uppleva på samma sätt. Vanor och rutiner beskrivs i MOHO (1) vara ett sätt för människor att bekräfta den egna identiteten. Genom att upprepa beteenden om och om igen i samma kontext skapas en trygghet och välbekant mönster i vardagen (1). De handlingsmönster som uppstår är starkt kopplade till vilka roller människor axlar genom livet. Roller påverkar hur människor betar sig i olika situationer och är ofta starkt formade av omgivningens förväntningar (1). Att gå från att vara en person boende i sitt eget hem, till att flytta till ett särskilt boende för äldre, skulle kunna innebära att roller och identitet skiftar från att se sig själv som självständig till beroende. Det kan påverka en persons beteende och självbild. Att flytta från ordinärt boende till särskilt boende för äldre innebär således en stor

förändring. Förändringen är påtaglig och kan yttra sig genom en krisreaktion. Reaktionen beskrivs av Wilson (5) som en process i tre faser; Överväldigande, den första fasen, syftar till den uppgivenhet och sorg personen känner över att ha lämnat sitt välbekanta liv. Anpassning, den andra fasen, syftar till den acklimatisering personen står inför i form av ny miljö och nya sociala kontakter. Accepterande, den tredje fasen, syftar till ett accepterande över den nya livssituationen (5).

Bergland et al. (8) har undersökt och utvecklat en teori om vilka faktorer som bidrar till trivsel för äldre på särskilda boenden. Begreppet trivsel definieras som en process av utveckling och en känslomässig tillfredsställelse eller psykologiskt välbehag (8) och kan inom äldreomsorgen definieras som goda upplevelser i livet trots sjukdomar och inskränkningar av individens autonomi (9). Bergland et al. (8) identifierade två kärnkategorier som påverkar trivsel: *de boendes attityd gentemot att bo på ett särskilt boende för äldre samt kvaliteten av vård och vårdgivare*. Utöver de två kärnkategorierna identifierades fem sekundära kategorier som bidrar till trivsel: *positiva relationer med andra boende, deltagande i meningsfulla aktiviteter, möjligheter att vistas utanför boendet, relationer med närstående och kvaliteter i den fysiska miljön*. Om de två kärnkategorierna inte är uppfyllda spelar de sekundära kategorierna ingen större roll för de boendes upplevda trivsel (8).

Bergland et al. (8) lyfter i sin studie att vissa äldre inte längre har lika höga förväntningar på sitt liv efter flytten till boendet. Huruvida detta är något som uppstår som direkt följd av transitionen och kan komma att förbättras när personen anpassar sig efter situationen och skapar nya vanor, rutiner och roller, finns det lite kunskap om.

Aléx(10) har i sin studie påvisat att det finns skillnader i hur kvinnor och män upplever och förhåller sig till åldrande och diskuterar hur detta kan vara kopplat till traditionella könsroller och genus. Begreppet genus fokuserar på det sociala könet, vilket syftar till hur människor formas utifrån den miljö de lever i och de förväntningar som ställs baserat på uppfattningen av kön, oftast uppdelat i kvinnligt och manligt (11). Det råder ingen konsensus om hur begreppet definieras, och det finns många olika inriktningar inom fältet. Gemensamt är att fokus ligger på den sociala konstruktionen av kön och hur det påverkar människans beteende (11). Det sociala könet har en stark inverkan på människors aktivitetsmönster och roller livet igenom (12). Det finns generella föreställningar om vad som är en kvinnlig respektive manlig aktivitet. Dessa antaganden har minskat över tid men finns fortfarande kvar i samhället, kanske främst hos äldre (7). Om det finns skillnader gällande hur kvinnor och män påverkas av en flytt till särskilt boende, eller om de tar olika lång tid att anpassa sig och acceptera situationen finns det lite forskning kring.

Särskilda boenden för äldre är ett stort arbetsfält för arbetsterapeuter (13), och kan komma att bli större i takt med att den äldre populationen växer. Det finns lite information och saknas tydliga uppdragsbeskrivningar för arbetsterapeuter verksamma på särskilda boenden för äldre. I Socialstyrelsens lägesbeskrivning Att arbeta med äldres rehabilitering: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre(14) publicerad 2003, framkom ett missnöje hos arbetsterapeuter anställda inom den kommunala äldreomsorgen gällande hur tid disponeras och vilka insatser som prioriteras. Många uttryckte en önskan om att lägga mer tid på individuell träning/behandling och mindre tid på utredning/bedömning av hjälpmedel, vilket vid tidpunkten för datainsamling skattades uppta 43% av deras arbetstid (14). Relaterat till de sju kategorier Bergland et al. (8) har identifierat som grundläggande för trivsel tycks

arbetsterapeutens kunskap inte komma till sin rätt när så stor fokus ligger på förskrivning av hjälpmedel. Målet med arbetsterapi är att möjliggöra delaktighet och vardagligt aktivitetsutförande på ett, för personen, meningsfullt sätt och arbetsterapeuters kompetens innefattar mer än hjälpmedelsförskrivning (15). Flertalet arbetsterapeuter uttrycker i lägesrapporten (14) att de ofta ser behov och möjligheter, men upplever sig inte ha möjlighet att realisera dem.

I Socialstyrelsens rikstäckande undersökning Så tycker de äldre om äldreomsorgen från 2017 (16), har majoriteten av personer inom äldreomsorg som besvarat enkäten varit positivt inställda. Undersökningen påvisar inte någon signifikant skillnad mellan kvinnor och män (16). I Socialstyrelsens undersökning är det dock bara 12% av äldre på särskilt boende som självständigt besvarat enkäten (16). Utöver Bergland et al. (8) studie har få studier genomförts för att utforska vilka faktorer som bidrar till trivsel på särskilda boenden för äldre, speciellt studier där de äldre själva får föra sin talan. Det saknas även kunskap om hur upplevd trivsel förändras över tid efter flytten och om det finns skillnader i upplevd trivsel mellan kvinnor och män. Det var därför av intresse att undersöka samband mellan självskattad trivsel och dessa variabler hos äldre på särskilda boenden.



## Syfte

Studiens syfte var att undersöka samband mellan självskattad trivsel hos äldre på särskilda boenden och tid på boendet ur ett genusperspektiv.

## Frågeställningar

- Hur ser sambandet mellan självskattad trivsel hos äldre på särskilda boenden och tid på boendet ut?
- Hur skiljer sig självskattad trivsel mellan kvinnor och män på särskilda boenden för äldre?

## Hypoteser

- Längre tid på särskilt boende för äldre ger ökad trivsel.
- Män skattar sin trivsel högre än kvinnor på särskilda boenden för äldre.

# Metod

## Design

För att svara mot syftet valdes en kvantitativ ansats, vilket innebär att en statistisk bearbetnings- och analysmetod har använts för att undersöka eventuella samband mellan olika variabler och göra jämförelser inom studiepopulationen (17). Föreliggande studie är en retrospektiv tvärsnittsstudie, vilket innebär att den utgår från redan insamlad data som inhämtats vid en enda tidpunkt (18). Föreliggande studie bygger på data i form av svar på självskattningsinstrumentet The Thriving of Older People Assessment Scale (TOPAS)(19), som använts i studien Personcentrerad och Trivselbefrämjande vårdmodell: interventionsstudie i särskilda boenden för äldre (9), vilken i föreliggande studie kallas originalstudien.

## Urval och procedur

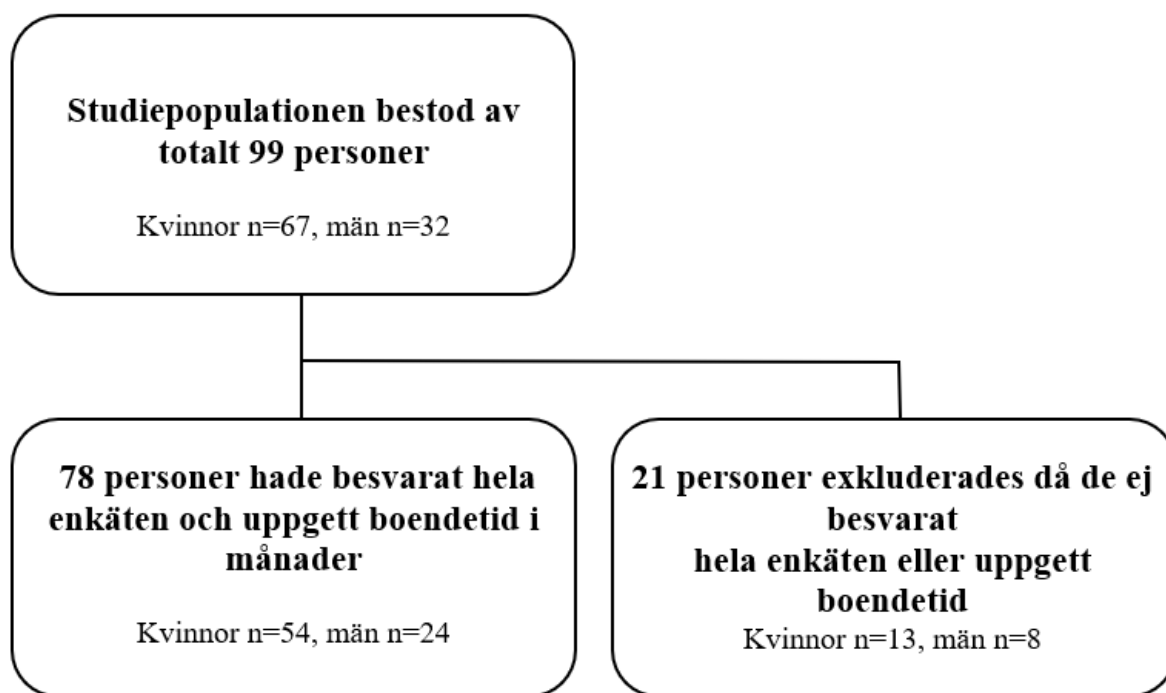
Originalstudien var en multi-center, icke-randomiserad, fall-kontrollstudie. Originalstudiens primära syfte var att utvärdera effekten och betydelsen av interventioner fokuserade på främjande av trivsel och personcentrerad vård på särskilda boenden för äldre i Australien (Victoria), Norge (Oslo) och Sverige (Västerbotten). Totalt inkluderades sex stycken boenden i studien, ett interventionsboende och ett kontrollboende i respektive land (9).

Boendena inkluderas baserat på följande kriterier: 1) enhetscheferna uttryckte ett behov och en vilja att delta och stöttade interventionen, 2) hade runt 50 platser för boende, 3) hade minst 50 anställda. Deltagare inkluderades baserat på följande kriterier: boende behövde ha bott på boendet >1 månad vid tidpunkten för datainsamlingen (9).

Interventionen genomfördes över en 12-månadersperiod och finns beskriven i studieprotokollet (9). Enkäter lämnades till samtliga deltagare vid tre tillfällen, i anslutning till start av intervention, efter interventionen och 6 månader efter avslutad intervention (9). Enkäten bestod av självskattningsinstrumentet TOPAS (19).

I originalstudien (9) samlades data in från boende, anhöriga och anställda på boendena. I föreliggande studie analyseras data insamlad vid första tillfället, i anslutning till interventionens start. Data samlades in mellan april och juni 2016. Föreliggande studie inkluderar enbart enkätsvar från boende som självständigt skattat sin trivsel. Data inkluderar svar från både interventions- och kontrollboenden.

Materialet i föreliggande studie bestod från start totalt av enkätsvar från 99 personer. Deltagare inkluderades baserat på följande kriterier: De behövde ha svarat på samtliga 32 frågor från TOPAS i enkäten, ha uppgett hur många månader de bott på boendet, samt uppgett könstillhörighet. Efter urvalsprocessen bestod studiepopulationen av totalt 78 personer, se figur 1.



**Figur 1.** Flödesschema över inkluderade och exkluderade deltagare.

## Material

Materialiet som används i föreliggande studie består av 78 personers svar på instrumentet TOPAS (19) insamlat till originalstudien (9). Instrumentet TOPAS användes i originalstudien för att mäta trivsel hos personer på särskilda boenden för äldre.

TOPAS består av 32 frågor i form av påståenden. Frågorna är baserad på de sju kategorierna i Bergland et al. (8) trivselteori: *boendes attityd gentemot att bo på särskilt boende* (fråga 1–4), *kvalitet på vård och vårdgivare* (fråga 5–15), *positiva relationer med andra boende* (fråga 16–18), *deltagande i meningsfulla aktiviteter* (fråga 19–23), *möjligheter att vistas utanför boendet* (fråga 24–25), *relationer med närstående* (fråga 26–27) och *kvaliteter i den fysiska miljön* (fråga 28–32). Frågorna graderas på en sexgradig skala: 1=*nej tar helt avstånd*, 2=*nej tar nästan helt avstånd*, 3=*nej tar delvis avstånd*, 4=*ja delvis enig*, 5=*ja i stort sett enig*, 6=*ja helt enig*. Poängen summeras och ger ett resultat på en skala från 32 till 192 poäng, den totala poängen kallas i föreliggande studie för *trivsel totalt*.

Insamlad data fanns om de boendes kön, ålder, vilket land de bor i och tid på boendet, samt enkätsvar gällande självskattad trivsel på boendet.

## Analys

Datamaterialet har analyserats med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 25 (20). Insamlad data om självskattad trivsel var på ordinalnivå och uppfyllde således ej kriterierna för parametriska tester (18), därav analyserades all data med icke-parametriska metoder. Signifikansnivån är satt till 0,05 för samtliga test, vilket innebär att ett p-värde  $\leq 0,05$  påvisar ett statistiskt signifikant resultat.

Deskriptiv statistik över självskattad trivsel för hela studiepopulationen, samt uppdelat på kvinnor och män togs fram. Median användes som centralmått och skattningarna redovisas i procent av totalpoängen för varje kategori i TOPAS samt för trivsel totalt.

För att undersöka förekomsten av linjärt samband mellan utfallsvariabeln självskattad trivsel totalt och den förklarande variabeln tid på boendet har korrelationsanalyser med Spearmans korrelationskoefficient ( $\rho$ ) (18) genomförts. Korrelationsanalyser gjordes för hela studiepopulationen, uppdelat på kvinnor och män, samt uppdelat efter boendetid med sexmånadersintervaller. En korrelationskoefficient mellan 0,10 och 0,29 indikerar en låg korrelation, 0,30-0,49 indikerar en medelstark korrelation och 0,50-1,0 indikerar en stark korrelation (21).

Baserat på resultatet av korrelationsanalysen genomfördes ett Mann-Whitney U-test (18) för att undersöka om det finns någon statistiskt signifikant skillnad i självskattad trivsel mellan kvinnor och män.

## Resultat

### Studiepopulation

Studiepopulationen utgjordes av 54 kvinnor (69%) och 24 män (31%) som bodde på särskilt boende för äldre, för mer detaljerad information om studiepopulationen se tabell 1.

**Tabell 1.** Deskriptiv statistik över studiepopulationen n=78. Kvinnor n=54, män n=24.

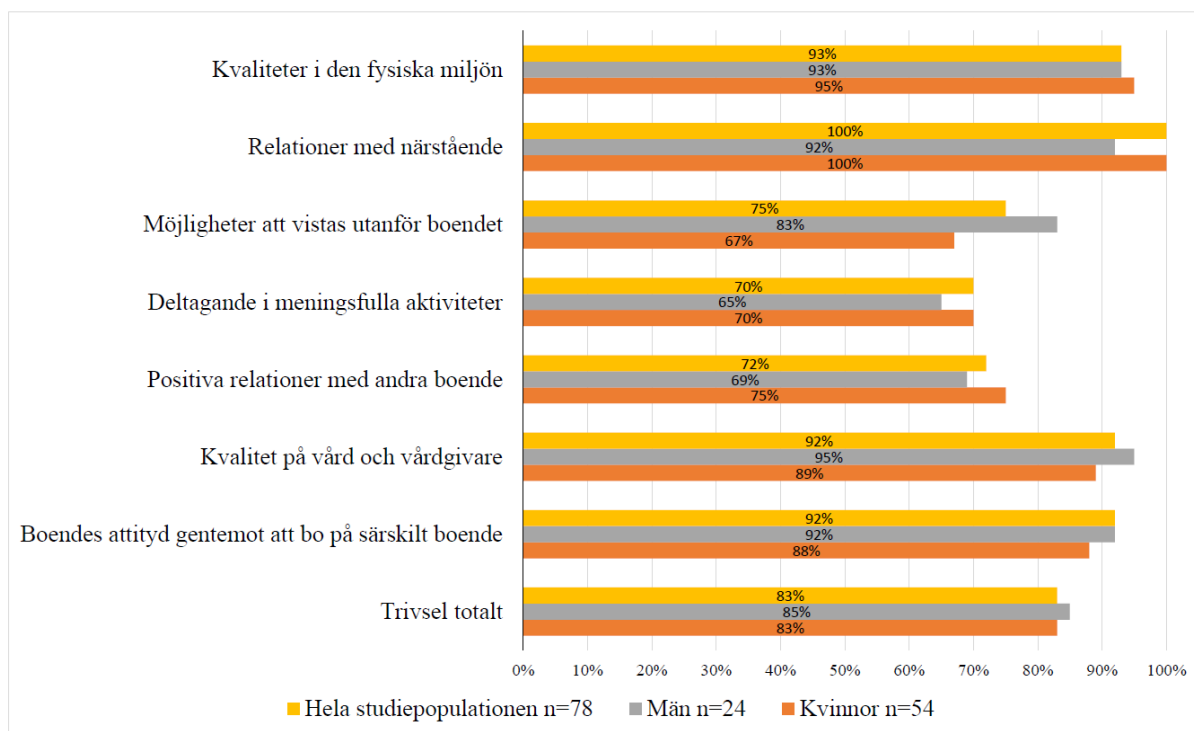
	Medelvärde (SD)	Median (range)
<b>Ålder</b>		
Kvinnor	87,13 (7,51)	
Män	82,5 (8,61)	
Totalt	85,71 (8,1)	
<b>Boendetid i månader</b>		
Kvinnor		20,5 (1-150)
Män		16,5 (2-69)
Totalt		18 (1-150)
<b>Trivsel totalt</b>		
Kvinnor		158,5 (110-192)
Män		163,5 (133-192)
Totalt		160 (110-192)

### Självskattad trivsel enligt TOPAS

Samtliga studiedeltagare skattade högt på trivselskalan. Kategorierna där hela studiepopulationen skattade högst var: *relationer med närstående* och *kvaliteter i den fysiska miljön*. Kategorierna där studiepopulationen skattade lägst var: *deltagande i meningsfulla aktiviteter* och *positiva relationer med andra boende* (figur 2).

Kategorierna där kvinnor skattade högst var: *relationer med närstående* och *kvaliteter i den fysiska miljön*. Kategorierna där kvinnor skattade lägst var: *möjligheter att vistas utanför boendet* och *deltagande i meningsfulla aktiviteter* (figur 2).

Kategorierna där män skattade högst var: *kvalitet på vård och vårdgivare* och *kvaliteter i den fysiska miljön*. Kategorierna där män skattade lägst var: *deltagande i meningsfulla aktiviteter* och *positiva relationer med andra boende* (figur 2).



**Figur 2.** Skattningar i procent av totalpoäng, redovisat för trivsel totalt och kategori för kategori.

### Samband mellan trivsel och boendetid samt skillnader mellan kvinnor och män

Korrelationsanalyser genomfördes med sexmånadersintervaller och en statistiskt signifikant korrelation upptäcktes vid boendetid 1–24 månader (tabell 2).

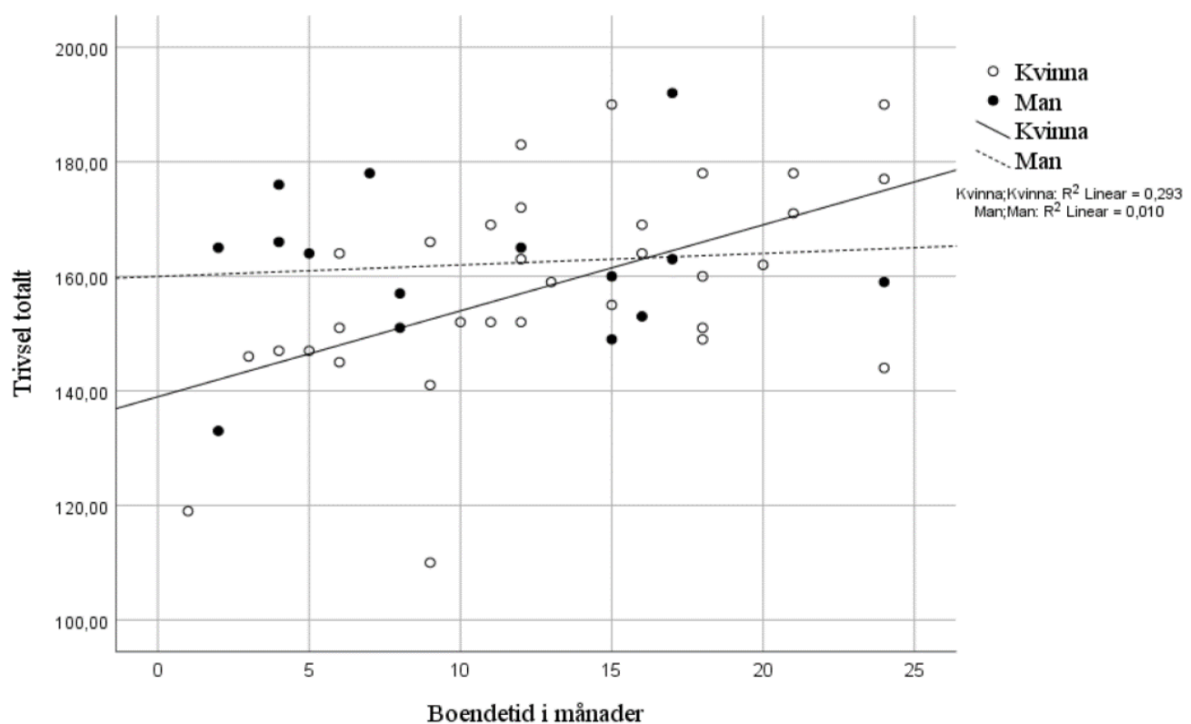
Korrelationen mellan trivsel totalt och boendetid 1–24 månader visade en medelstark positiv korrelation,  $\rho=0,334$ ,  $n=47$ ,  $p=0,02$ . Vilket innebär att trivsel totalt ökade i takt med boendetid under de 24 första månaderna (tabell 2).

Korrelationsanalyser genomfördes även uppdelat på kvinnor och män, det för att undersöka om det fanns någon skillnad mellan könen. Samband mellan trivsel och boendetid påvisades för kvinnor vid flera tidsintervaller. Vid 1-24 månader på boendet påvisades en stark positiv korrelation  $\rho=0,534$ ,  $n=32$ ,  $p=0,002$ . Inga statistiskt signifikanta samband påvisades för män (tabell 2). Hypotesen att det finns ett samband mellan ökad trivsel och tid på boendet kunde därmed antas för boendetid 1–24 månader.

**Tabell 2.** Korrelationsanalyser mellan trivsel totalt och boendetid, analyserat i sexmånadersintervaller för boendetid. Redovisat uppdelat på studiepopulationen totalt samt uppdelat på kvinnor och män. Statistiskt signifikanta värden är fetmarkerade.

Boendetid i månader	Hela studiepopulationen			Kvinnor			Män		
	rho	p	n	rho	p	n	rho	p	n
1-6	0,239	0,454	12	0,617	0,14	7	0,264	0,668	5
1-12	0,338	0,091	26	<b>0,665</b>	0,004	17	-0,03	0,94	9
1-18	0,293	0,067	40	<b>0,544</b>	0,004	26	-0,054	0,854	14
1-24	<b>0,334</b>	0,022	47	<b>0,534</b>	0,002	32	-0,103	0,714	15
1-30	0,243	0,079	53	<b>0,455</b>	0,006	35	-0,125	0,622	18
1-36	0,216	0,104	58	<b>0,338</b>	0,035	39	0,035	0,888	19
1-42	0,181	0,158	62	0,28	0,069	43	0,035	0,888	19
1-48	0,072	0,562	67	0,123	0,41	47	-0,017	0,943	20

Det linjära sambandet mellan trivsel totalt och boendetid 1–24 månader, uppdelat på kvinnor och män illustreras i figur 3.



**Figur 3.** Graf över korrelationen mellan trivsel totalt och boendetid 1–24 månader, för kvinnor n=32 och män n=15.

Då en korrelation mellan trivsel och boendetid 1–24 månader kunde påvisas för hela studiepopulationen och kvinnor men inte för män, genomfördes ett Mann-Whitney U-test för att undersöka om det fanns en statistisk signifikant skillnad i trivsel mellan könen vid tidpunkten. Ingen statistiskt signifikant skillnad kunde påvisas och hypotesen att män trivs bättre än kvinnor kunde därmed ej antas för tidsintervallet 1–24 månader (tabell 3).

**Tabell 3.** Resultat av Mann-Whitney U-test av skillnad av skattad trivsel mellan kvinnor och män, boendetid 1–24 månader.

	<b>Trivsel totalt</b>
<b>Median (range)</b>	
Kvinnor	159,5 (110-192)
Män	163 (133-192)
<b>Mann-Whitney U</b>	210,5
<b>Z</b>	-0,674
<b>p-värde</b>	0,508



# Diskussion

## Metoddiskussion

En kvantitativ ansats valdes för att undersöka eventuella samband mellan trivsel och boendetid, samt undersöka skillnader i skattad trivsel mellan kvinnor och män. Föreliggande studie har tagit del av data insamlad till studien Personcentrerad och Trivselbefrämjande vårdmodell: interventionsstudie i särskilda boenden för äldre (9) och har därmed inte kunnat påverka antal studiedeltagare eller vilken information som inhämtats och har därför varit begränsad i vilka analyser som varit möjliga att utföra. Det hade till exempel varit av intresse att samla in information om deltagarnas hälsotillstånd, om de varit ensamboende innan flytten till särskilt boende, vilka aktiviteter de ansåg vara meningsfulla och önskade att utföra på boendet. Det hade även varit av intresse att veta mer om arbetsterapeuters arbetsuppgifter och omfattning på respektive boende. Informationen hade kunnat användas för att ytterligare undersöka vilka faktorer som påverkar trivsel och hur arbetsterapeuter kan arbeta för att förbättra den.

Grupperna som jämförts i föreliggande studie var inte lika stora, kvinnor utgjorde 69% av studiepopulationen och män 31%. Det faktum att gruppen kvinnor var så pass mycket större än gruppen män kan ha påverkat utfallet av de analyser som gjorts. Det är troligt att det samband som påvisades mellan trivsel och boendetid för hela studiepopulationen vid 1–24 månader beror på att det fanns en stark korrelation för kvinnor vid det tidsintervallet. Det faktum att ingen korrelation kunde påvisa mellan trivsel och boendetid för män kan vara påverkat av att de är så få. Att studien inkluderar data insamlad från tre olika länder kan ses en svaghet. Om kriterierna för att beviljas särskilt boende ser olika ut i länderna skulle det till exempel kunna innebära att de boendes hälsotillstånd skiljer åt vid inflyttning, vilket kan påverka trivseln. De tre länderna valdes dock ut till originalstudien (9) då sjukvårdssystem och äldreomsorg ansågs vara utformade på likvärdigt sätt. Studiepopulationen var även relativt liten (n=78), vilket kan påverka generaliserbarheten av resultatet.

Instrumentet TOPAS (19) som används vid datainsamling är validitets- och reliabilitetstestat i Sverige och Norge men inte i Australien, vilket kan ha påverkat resultatet. Instrumentet är utvecklat i en skandinavisk kontext och har sedan översatts till engelska. Att det inte är validitets- och reliabilitetstestat efter översättningen kan innebära att frågorna inte uppfattas på samma sätt av de boende i Australien som i övriga länder och kan ge ett annorlunda resultat. Instrumentet har dock ansetts vara relevant att använda i de tre olika länderna av forskarna bakom originalstudien (9) och författarna har därför valt att inte exkludera enkätsvar från deltagare boende i Australien.

TOPAS (19) är fokuserat på positiva aspekter av trivsel och har utvecklats för att inte lägga fokus på sjukdom och ohälsa, något som ofta annars dominerar studier om äldre personers välmående (19). Det var något som av författarna sågs som en styrka med instrumentet, då trivsel är något som kan förekomma bortkopplat från personens fysiska hälsotillstånd (8). Det faktum att instrumentet ger ett högt resultat kan tyda på att det inte får med alla aspekter av vad som är viktigt för personer på särskilt boende för äldre och deras trivsel. Tidigare studier har till exempel visat att aspekter identifierade av Bergland et al. (8) som viktiga för trivsel är bristande på särskilda boenden för äldre (24).

En korrelationsanalys visar om det finns ett statistiskt signifikant samband mellan två variabler, men det säger inget om dess orsak (18). Det går alltså inte att veta om det faktiskt är

boendetiden som påverkar trivseln eller om det finns andra orsaker som påverkar sambandet. Det är troligt att flera bakgrundsvariabler, till exempel hälsotillstånd och ålder, kan påverka den upplevda trivseln. En regressionsanalys (18) hade kunnat påvisa effekten av tillgänglig demografisk data på trivsel, men utfördes inte på grund av tidsbegränsning. En regressionsanalys hade även tagit hänsyn och justerat för att kvinnorna i studien är fler än männen, vilket kan ha påverkat resultatet och tillförlitligheten i de analyser som genomförts i föreliggande studie.

Originalstudien (9) är etisk godkänd av La Trobe University Human Ethics Committee, i Australien och Regionala etikprövningsnämnden i Umeå, i Sverige samt Social Science Data Service, i Norge (9). Deltagarna har delgivits information, muntligt och skriftligt, studiens syfte, att den bygger på frivillighet och att det är tillåtet att avbryta sin medverkan när som helst. Inga personuppgifter har samlats in och all insamlad data har hanterats konfidentiellt (9). Originalstudien (9) uppfyller således de fyra huvudkraven för forskningsetiska principer, samtyckeskravet, informationskravet, nyttjandekravet, och konfidentialitetskravet(23).

Äldre på särskilda boenden klassas ofta som en skör population, vilket definieras som en sårbar och svag grupp (22). Att involvera sköra populationer i självskattade enkätundersökningar kan en risk då de kan upplevas som uttröttande. Dock är enkäterna som använts i originalstudien utformade med detta i åtanke och är relativt korta. Att utesluta sårbara eller underrepresenterade grupper från forskning, eller inte låta dem föra sin egen talan i den mån det är möjligt, kan leda till felaktiga forskningsresultat. Nyttan med att inkludera sköra grupper i forskning anses därför överväga de risker som finns. En styrka med föreliggande studie jämfört med exempelvis Socialstyrelsen undersökning Så tycker de äldre om äldreomsorgen från 2017 (16), är att den utgår från data där alla deltagare självständigt har svarat på den enkät som använts.

## Resultatdiskussion

Föreliggande studie visar att både kvinnor och män på särskilt boende för äldre skattar sin trivsel högt, vilket var förvånande då tidigare studier har visat att flera av de kategorier som bidrar till trivsel enligt Bergland et al. (8) är bristande på särskilda boenden för äldre (24, 25). Resultatet stämmer dock överens med Socialstyrelsens undersökning Så tycker de äldre om äldreomsorgen från 2017 (16). Både kvinnor och män skattade lägre i tre av de sju kategorierna från trivselteorin (8): *positiva relationer med andra boende, deltagande i meningsfulla aktiviteter* och *möjligheter att vistas utanför boendet*. Resultatet går i linje med tidigare studier som har påvisat att utbudet av aktiviteter, möjligheter att vistas utanför boendet samt sociala relationer minskar vid flytt till särskilt boende för äldre (24).

Sambandet mellan trivsel och boendetid som påvisades vid boendetid 1–24 månader kan tänkas bero på transitionen personerna genomgår i samband med flytten till särskilt boende och reaktionen som följer. Det positiva sambandet kan förklaras av Wilsons teori (5), att det finns en period av efterföljande kris bestående av tre faser efter flytten till särskilt boende: överväldigande, anpassning och accepterande (5). Krisens tre faser kan vara starkt influerade av hur personens viljekraft, vanebildning och utförandekapacitet påverkas innan, under och efter flytten. En flytt till särskilt boende föregås ofta av en försämring av hälsotillstånd, utförandekapacitet och/eller en annan drastisk förändring i livet (6, 26). Det kan innebära att personen genomgår flera transitioner samtidigt och upplever förändringen som mer påtaglig (27). Det finns många faktorer som påverkar krisens omfattning, den varierar över tid och från

person till person. De som hunnit överväga sina alternativ och planerat sin flytt tar sig igenom transitionen snabbare än personer som behöver flytta oplanerat (5). Personens livshistoria, hälsotillstånd, aktuella situation och tillgång till socialt stöd påverkar hur transitionen upplevs (2, 5). Enligt MOHO (1) är förväntningarna som ställs på personen från omgivningen starkt kopplade till den upplevda identiteten, liksom roller, vanor och rutiner. En förlust eller drastisk förändring av dessa kan leda till att personen upplever vardagen som otrygg och kan ha en negativ påverkan på personens välmående (1). Den första fasen i Wilsons teori (5) är överväldigande och kan tänkas bero på att personen hamnar i en helt ny situation. Både den fysiska och sociala miljön byts ut och tidigare vanor, rutiner och roller påverkas eller förloras helt, för att ersättas av boendets rutiner. När den initiala fasen av överväldigande går över och personen anpassar sig efter boendets rutiner, kan det tänkas att personen skapar nya vanor vilket leder till att trivseln ökar, oavsett om personen anser att omständigheterna är en förbättring eller inte från vardagen innan flytten. När personen anpassat sig och accepterat sin nya vardag kan det tänkas att den positiva utvecklingen av upplevd trivsel avstannar och upplevelsen blir mer statisk. Att sambandet avtar efter de två första åren kan tänkas bero på att de boende har passerat den kritiska perioden av krisen som uppstod som följd av flytten. Detta är dock bara en möjlig förklaring till sambandet mellan trivsel och boendetid. Att ett samband inte kunde påvisas för män var oväntat då krisreaktionen antogs uppstå oberoende av kön, men eventuellt i olika omfattning.

Vid flytt till särskilt boende kan, som tidigare nämnt, roller, vanor och rutiner gå förlorade (28). Vilka dessa är och i vilken omfattning de kan bibehållas eller återskapas efter flytten kan tänkas variera för kvinnor och män. Att ingen signifikant skillnad i trivsel kunde påvisas mellan män och kvinnor var oväntat då korrelationsanalysen indikerade något annat. Historiskt sett har traditionella könsroller i hög grad styrt vilka roller som män och kvinnor axlat genom livet. Kvinnors roller och aktiviteter har i större utsträckning varit kopplade till skötsel av hemmet och familjen, medan mäns roller och aktiviteter har varit kopplade till aktiviteter och arbete utanför hemmet (29). Traditionellt könsbundna aktiviteter är något som luckrats upp mer och mer i dagens samhälle men föreställningarna lever fortfarande kvar, speciellt hos den äldre generationen (7). Kvinnors roller och rutiner kan tänkas vara starkt kopplade till skötselaktiviteter i hemmet, aktiviteter som ofta övertas av andra vid flytt till särskilt boende (28). Hög ålder innebär för många tilltagande funktionsnedsättningar som påverkar individens utförandekapacitet. I takt med detta blir hemmet i större grad basen för aktivitetsutförande (7). Det är möjligt att detta innebär att kvinnor och män redan innan flytten till särskilt boende har anpassat sig och accepterat förlusten av roller som varit kopplade till aktiviteter utanför hemmet. Rollerna kopplat till skötsel av hemmet kan dock tänkas finnas kvar, vilket innebär att kvinnor i större utsträckning blir av med roller och aktiviteter som har format deras identitet och vardag innan flytten till särskilt boende. I Björk et al. (24) studie om vilka aktiviteter som förekommer på särskilt boende för äldre lyfts skötselaktiviteter som en av de minst frekvent förekommande aktiviteterna. Det kan tänkas vara en bidragande faktor till att kvinnors trivsel tycks vara kopplad till boendetid under de första åren på boendet, men inte mäns.

De tre kategorier där kvinnor och män skattade sin trivsel som lägst: *positiva relationer med andra boende, deltagande i meningsfulla aktiviteter och möjligheter att vistas utanför boendet* är alla relevanta arbetsområden för arbetsterapeuter, då de till stor del kretsar kring delaktighet och aktivitetsutförande. Det faktum att de boende skattar märkbart lägre i dessa kategorier understryker vikten av arbetsterapi på särskilda boenden för äldre och indikerar att sättet arbetsterapeuter arbetar på idag bör utvidgas. Baserat på hur arbetsterapeuter beskriver

sina arbetsuppgifter i Socialstyrelsens rapport Att arbeta med äldres rehabilitering: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre (14) tycks en majoritet av deras tid gå till att prova ut och förskriva hjälpmedel. Om arbetsterapeutens roll skulle utvidgas skulle mer fokus kunna läggas på att möjliggöra och uppmuntra till aktivitetsengagemang.

I MOHO (1) beskrivs att känslan av att vara beroende av till exempel vårdpersonal kan bidra till en känsla av otillräcklighet. När någon annan tar över ansvaret för dagliga aktiviteter, som ofta är fallet vid en flytt till särskilt boende (28), kan personen börja tvivla på sin egen kapacitet vilket kan leda till inaktivitet och passivitet (1). Det är därför viktigt att skilja på att utföra en aktivitet åt personen och att stötta personen i aktivitetsutförandet (28). För att underlätta transitionen bör vårdpersonal på särskilda boenden ta tillvara på personens erfarenheter och styrkor (28). De bör använda dessa för att möjliggöra att personen i så hög grad som möjligt kan bibehålla, återskapa eller skapa nya vanor, rutiner och roller som känns trygga och meningsfulla för personen. En passiv och inaktiv vardag kan lätt bli en ond cirkel där bristande aktivitetsengagemang leder till minskad motivation att delta i alla typer av aktiviteter (1). För att uppmuntra aktivitetsengagemang kan det dock krävas mer än att bara erbjuda möjlighet till aktiviteter. Få aktiviteter på särskilda boenden är utformade för att personerna själva ska delta, de är istället ofta utformade på ett sådant sätt att personen blir en passiv mottagare. Att erbjuda aktiviteter som efterfrågar personens kunskap och kräver ett aktivt deltagande skapar ett större engagemang och aktiviteten ger en känsla av lust och glädje (6). Det är dock viktigt att poängtera att aktiviteter inte behöver vara organiserade eller fysiska för att innefatta ett aktivt deltagande och upplevas som meningsfulla. Att delta i samtal eller utföra aktiviteter som till stor del sker inom människan, till exempel att reflektera eller observera sin omgivning kan vara meningsfullt för personen som utför det (28).

Att delta i samtal eller andra sociala aktiviteter ger en känsla av gemenskap och att tillhöra ett sammanhang. Det har en positiv effekt på hälsa och välmående (28) och kan tänkas leda till att positiva relationer med andra boende utvecklas. Hauge (6) poängterar dock att det ofta krävs en insats från vårdpersonal för att främja gemenskap och trivsel på särskilt boende. Det räcker inte att de boende befinner sig runt samma bord för att ett samtal ska fortgå. Vilket stöds av Drageset et al. (30) studie som visade att 54% av personer på särskilt boende för äldre lider av ensamhet trots att de har andra boende runt omkring sig. Hauge (6) beskriver att det är vanligt att samtalet dör ut när vårdpersonalen lämnar rummet. Det belyser vikten av att vårdpersonal medvetet arbetar för att uppmuntra sociala interaktioner, vilket kan göras genom att organisera aktiviteter som väcker intresse och diskussion eller öppna upp för samtal om ämnen personerna har gemensamt (28).

För att förbättra möjligheterna att vistas utanför boendet kan förändringar på högre verksamhetsnivå tänkas behövas. Få särskilda boenden är utformade med tanken att de boende lätt ska kunna ta sig ut (6). På grund av nedsatt rörlighet och svårigheter att självständigt förflytta sig längre sträckor blir personen beroende av vårdpersonal för att ta sig utanför boendet. Om personen kan ta sig utanför boendet avgörs då av vårdpersonalens prioriteringar (6). Att detta inte prioriteras av verksamheten kan vara en möjlig förklaring till att personerna skattar lägre i kategorin *möjligheter att vistas utanför boendet*. Ett sätt att möjliggöra vistelse utanför boendet är att anordna utflykter eller aktiviteter på annan plats baserat på de boendes önskemål. Det kan vara svårt för vårdpersonalen att prioritera och tillgodose de individuella önskemålen, men genom att återkommande erbjuda aktiviteter på annan plats ges de boende möjligheten och får själva ta ställning till om de är intresserade av

att delta. Att vistas utanför boendet kan även bidra till en ökad känsla av delaktighet i samhället, vilket har en positiv effekt på självskattad hälsa (31).

## Konklusion

Föreliggande studie indikerar att trivsel kan påverkas av boendetid, främst under de två första åren på boendet. Ett sambandet mellan självskattad trivsel och boendetid påvisades för kvinnor men inte för män. Trivsel skattades som lägst i kategorierna *positiva relationer med andra boende, deltagande i meningsfulla aktiviteter och möjligheter att vistas utanför boendet* vilket indikerar att arbetsterapeutens kompetens kan och bör nyttjas för att öka trivseln på särskilda boenden för äldre. Vidare studier krävs dock för att säkerställa resultatet och undersöka vilka andra faktorer som påverkar trivsel, inom vilka kategorier trivseln ökar i takt med boendetid och om det finns skillnader mellan kvinnor och män.

## Referenser

1. Kielhofner G. Model of human occupation: teori och tillämpning. Lund: Studentlitteratur; 2012.
2. Calder CR, Bunting KL, Forwell S. An integrative review of occupational science and theoretical literature exploring transition. *J Occup Sci.* 2015;22(3):304-19.
3. Ernst Bravell M. Gerontologi - Vad är det? I: Ernst Bravell M, redaktör. Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi. Malmö: Gleerup; 2013. s. 19-42.
4. Lennartsson C, Fors S. Sociala skillnader i hälsa bland äldre. I: Rostila M, Toivanen S, redaktörer. Den orättvisa hälsan: om socioekonomiska skillnader i hälsa och livslängd. Stockholm: Liber; 2012. s. 342-60.
5. Wilson SA. The transition to nursing home life: a comparison of planned and unplanned admissions. *J Adv Nurs.* 1997;26(5):864-71.
6. Hauge S. Omvårdnad i särskilt boende. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Hylén Ranhoff A, Bolinder-Palmér I, Olsson K, redaktörer. Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten Stockholm: Liber; 2018. s. 218-33.
7. Fristedt S. Funktionellt åldrande. I: Ernst Bravell M, redaktör. Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi. Malmö: Gleerup; 2013. s. 119-40.
8. Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud.* 2006;43(6):681-91.
9. Edvardsson D, Sjögren K, Lood Q, Bergland Å, Kirkevold M, Sandman P-O. A person-centred and thriving-promoting intervention in nursing homes - studyprotocol for the U-Age nursing home multi-centre, non-equivalent controlled group before-after trial. *Bmc geriatr.* 2017;17(1):22.
10. Aléx L. Äldre människors berättelser om att bli och vara gammal tolkade utifrån genus- och etnicitetsperspektiv [doktorsavhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2007 [citerad 2019-01-31]. Hämtad från: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-974>
11. Dahlborg-Lyckhage E, Eriksson H. Introduktion. I: Strömberg H, Eriksson H, redaktörer. Genusperspektiv på vård och omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 2017. s. 15-30.
12. Liedberg GM, Björk M, Hensing G. Occupational therapists' perceptions of gender – A focus groupstudy. *Aust Occup Ther J.* 2010;57(5):331-8.
13. Rafeedie S, Metzler C, Lamb AJ. Opportunities for occupational therapy to serve as a catalyst for culture change in nursing facilities. *Am J Occup Ther.* 2018;72(4):1-6.
14. Socialstyrelsen. Att arbeta med äldres rehabilitering: Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre [internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003. Artikelnummer 2003-131-10. [citerad 2019-01-31]. Hämtad från: [https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10790/2003-131-10\\_200313110.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10790/2003-131-10_200313110.pdf)
15. Sveriges Arbetsterapeuter. Kompetensbeskrivningar för Arbetsterapeuter [Internet]. Nacka; 2018 [uppdaterad 2019-02-26; citerad 2019-03-28]. Hämtad från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1666/kompetensbeskrivningar-foer-arbetsterapeuter-2018.pdf>
16. Socialstyrelsen. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnummer 2018-2-5. [citerad 2019-01-31]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20817/2018-2-5.pdf>
17. Billhult A, Gunnarsson R. Kvantitativ studiedesign och stickprov. I: Henricson M, redaktör. Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad. Lund:

Studentlitteratur; 2012. s. 115-26.

**18.** Björk J. Praktisk statistik för medicin och hälsa. Stockholm: Liber; 2011.

**19.** Bergland Å, Kirkevold M, Sandman PO, Hofoss D, Edvardsson D. The Thriving of Older People Assessment Scale: validity and reliability assessments. *J Adv Nurs.* 2015;71(4):942-51.

**20.** Wahlgren L. SPSS steg för steg. 3. uppl. Lund: Studentlitteratur; 2012.

**21.** Pallant J. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS. 4 uppl. Maidenhead: Open University Press/McGrawHill; 2010.

**22.** Hysten Ranhoff A. Den äldre patienten. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Hysten Ranhoff A, Bolinder-Palmér I, Olsson K, redaktörer. Geriatrisk omvårdnad: god omsorg till den äldre patienten. Stockholm: Liber; 2010. s. 73-84.

**23.** Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Internet]. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2002 [citerad 2019-01-30]. Hämtad från: [http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494\\_forskningsetiska\\_principer\\_2002.pdf](http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf)

**24.** Björk S, Lindkvist M, Wimo A, Juthberg C, Bergland Å, Edvardsson D. Residents' engagement in everyday activities and its association with thriving in nursing homes. *J Adv Nurs.* 2017;73(8):1884-95.

**25.** James I, Blomberg K, Sjöman L, Kihlgren A. En meningsfull vardag för äldre personer i äldreomsorgen? Kumla: Repro Örebro Universitet; 2013.

**26.** Ron P. Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *J Gerontol Soc Work.* 2004;43(2-3):97-116.

**27.** Norberg A, Lundman B, Nygren B, Santamäki Fischer R. Transitioner under åldrandet. I: Norberg A, Lundman B, Santamäki Fischer R, redaktörer. Det goda åldrandet. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 79-119.

**28.** Nilsson I, Bernspång B. Aktivitetsengagemang under åldrandet. I: Norberg A, Lundman B, Santamäki Fischer R, redaktörer. Det goda åldrandet. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 217-36.

**29.** Kamp Dush CM, Yavorsky JE, Schoppe-Sullivan SJ. What are men doing while women perform extra unpaid labor? leisure and specialization at the transitions to parenthood. *Sex Roles.* 2018;78(11):715-30.

**30.** Drageset J, Kirkevold M, Espehaug B. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(5):611-9.

**31.** Lee HY, Jang S-N, Lee S, Cho S-I, Park E-O. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(7):1042-54.

