

Ett projekt för hjärnhälsan

- en longitudinell studie

Examensarbete

Johanna Silfver-Forsbacka

Examensarbete för högre yrkeshögskoleexamen inom social och hälsovård

Utbildning: Avancerad klinisk vård (HYH)

Vasa 2024

EXAMENSARBETE

Författare: Johanna Silfver-Forsbacka

Utbildning och ort: Social och hälsovård, högre YH, Vasa

Inriktning: Avancerad klinisk vård

Handledare: Ann-Louise Glasberg

Titel: Ett projekt för hjärnhälsan – en longitudinell studie

Datum: 12.3.2024 Sidantal: 61

Bilagor: 6

Abstrakt

Det finns vetenskapliga belägg för att man kan förebygga minnesproblem och andra kroniska sjukdomar. Med detta som bakgrund startade år 2019 det 2-åriga livsstilsförändringsprojektet "För hjärnhälsan" i Korsholm. Syftet med denna studie var att utvärdera deltagarnas livsstilsförändringar, som pågick 2 år i projektet och 2 år därefter. Frågeställningarna för studien var: Hur har förändringar gjorda enligt Finger-modellen påverkat informanternas hälsa? Vad motiverar och vad hindrar personer att utföra livsstilsförändringar?

Metoden för studien var både kvantitativ och kvalitativ. Som datainsamlingsmetod användes enkät med kvantitativa och kvalitativa frågor samt olika objektiva variabler så som blodtrycksvärden, laboratorievärden och viktindex. Som dataanalysmetoder användes deskriptiv och analytisk statistik samt innehållsanalys. Alla deltagare i "För hjärnhälsan" projektet gavs möjlighet att delta i studien.

Resultatet påvisade att orsakerna till deltagande i "För hjärnhälsan" projektet i högsta grad var att man ville förebygga minnesproblem samt motivationsbrist att påbörja livsstilsförändringarna på egen hand. Största livsstilsförändringen som skedde under projektet var ökad mängd motion och efter projektet fortsatte förändringen i positiv riktning för mera än hälften av informanterna. Många förbättrade också sina kostvanor under projektet men största positiva förändringen skedde efter projektets slut. Motiverande faktorer som identifierades hos de flesta var hälsa och välbefinnande, social samvaro och information. Resultatet från de objektiva variablerna påvisade signifikanta skillnader på blodsocker, kolesterol och diastoliskt blodtryck som uppmättes kvällstid, vilket kan tolkas som att livsstilsförändringen haft positiv effekt. Resultatet påvisade att 89 % av informanterna upplever sin hälsa god, mycket god eller utmärkt.

Språk: svenska

Nyckelord: hjärnhälsa, förebyggande, livsstilsförändring, Alzheimers sjukdom, intervention

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Johanna Silfver-Forsbacka

Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala, ylempi AMK, Vaasa

Suuntautumisvaihtoehto: Kliinisesti edistynyt hoitotyö

Ohjaaja: Ann-Louise Glasberg

Nimike: Aivoterveydelle hanke – pitkäaikaistutkimus

Päivämäärä: 12.3.2024 Sivumäärä: 61

Liitteet: 6

Tiivistelmä

On olemassa tieteellistä näyttöä siitä, että muistisairauksia ja muita kroonisia sairauksia voidaan ehkäistä. Tätä taustaa vasten 2-vuotinen elintapamuutoshanke "Aivoterveydelle" alkoi vuonna 2019 Mustasaarella. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida osallistujien elintapamuutosmatkaa, joka kesti 2 vuotta hankkeen aikana ja 2 vuotta sen jälkeen. Tutkimuksen kysymykset olivat: Miten Finger-mallin mukaiset muutokset ovat vaikuttaneet osallistujien terveyteen? Mikä motivoi ja mikä estää henkilöitä tekemästä elintapamuutoksia?

Tutkimusmenetelmänä käytettiin sekä määrällistä että laadullista menetelmää. Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, jossa oli määrällisiä ja laadullisia kysymyksiä ja erilaisia objektiivisia muuttujia, kuten verenpainearvoja, laboratorioarvoja ja painoindeksejä. Aineiston analyysimenetelmiin kuuluivat kuvailevat ja analyttiset tilastot sekä sisällönanalyysi. Kaikille "Aivoterveydelle" hankkeessa osallistuneille annettiin mahdollisuus osallistua tutkimukseen.

Tulokset osoittivat, että "Aivoterveydelle" -hankkeeseen osallistumisen syitä olivat suurelta osin muistiongelmien ennaltaehkäisy ja motivaation puute aloittaa elintapamuutokset omatoimisesti. Suurin elintapamuutos, joka tapahtui hankkeen aikana, oli liikunnan lisääminen, ja hankkeen jälkeen muutos jatkui positiiviseen suuntaan yli puolet osallistujista. Monet paransivat myös ruokailutottumuksiaan hankkeen aikana, mutta suurin myönteinen muutos tapahtui hankkeen päättymisen jälkeen. Motivoivana tekijöinä useimmat pitivät terveyttä ja hyvinvointia, sosiaalista kanssakäymistä ja tiedottamista. Objektiivisten muuttujien tulokset osoittivat merkittäviä eroja verensokerin, kolesterolin ja diastolisen verenpaineen iltaisin mitatuissa arvoissa, mikä voidaan tulkita elintapamuutoksen myönteiseksi vaikutukseksi. Tulokset osoittivat, että 89 % osallistujista kokevat terveytensä hyväksi, erittäin hyväksi tai erinomaiseksi.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: aivoterveys, ennaltaehkäisy, elintapamuutos, Alzheimerin tauti, interventio

BACHELOR'S THESIS

Author: Johanna Silfver-Forsbacka

Degree Programme: Social and healthcare, higher YH, Vaasa

Specialisation: Advanced Clinical Nursing

Supervisor: Ann-Louise Glasberg

Title: A project for brain health – a longitudinal study

Date: 12.3.2024 Number of pages: 61

Appendices: 6

Abstract

There is scientific evidence that memory problems and other chronic diseases can be prevented. Against this background, the 2-year lifestyle change project "For brain health" started in Korsholm in 2019. The purpose of this study was to evaluate the participants' lifestyle change journey, 2 years as participants in the project and 2 years afterwards. The questions for the study were: How have changes made according to the Finger model affected the informants' health? What motivates and what prevents people from making lifestyle changes?

The method for the study was both quantitative and qualitative. The data collection method was a questionnaire with quantitative and qualitative questions and various objective variables such as blood pressure values, laboratory values and weight index. Data analysis methods included descriptive and analytical statistics and content analysis. All participants in the "For Brain Health" project were given the opportunity to participate in the study.

The results showed that the main reasons for participating in the "For Brain Health" project were largely to prevent memory problems and a lack of motivation to initiate lifestyle changes on their own. The biggest lifestyle change that took place during the project was increased exercise and after the project the change continued in a positive direction for more than half of the informants. Many also improved their dietary habits during the project but the biggest positive change occurred after the end of the project. Motivating factors identified by most were health and well-being, social interaction and information. The results of the objective variables showed significant differences in blood sugar, cholesterol and diastolic blood pressure measured in the evening, which can be interpreted as a positive effect of the lifestyle change. The results showed that 89% of the informants considered their health as good, very good or excellent.

Language: swedish

Key words: brain health, prevention, lifestyle change, Alzheimer's disease, intervention

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Vad är hjärnhälsa?.....	3
2.2	Minnessjukdomar.....	5
2.3	För hjärnhälsan-projektet.....	6
2.4	Forskningar i ämnet.....	8
3	Teoretisk utgångspunkt.....	18
3.1	Finger-modellen.....	18
3.2	Känsla av sammanhang.....	19
4	Syfte och problemprecisering.....	21
5	Metod.....	21
5.1	Urval och datainsamling.....	22
5.1.1	Enkät.....	23
5.1.2	Objektiva variabler.....	24
5.1.3	Caide-risktesten.....	25
5.2	Dataanalysmetoder.....	26
5.2.1	Deskriptiv statistik.....	26
5.2.2	Analytisk statistik.....	27
5.2.3	Innehållsanalys.....	28
6	Etiska riktlinjer.....	29
7	Resultatredovisning.....	30
7.1	Redovisning av enkät.....	30
7.1.1	Orsaker till deltagande i "För-hjärnhälsan-projektet".....	30
7.1.2	Riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan.....	31
7.1.3	Livsstilsförändring utgående från Finger-modellens delområden.....	34
7.1.4	Motivation.....	40
7.1.5	Avsaknad av motivation.....	42
7.1.6	Upplevelse av hälsa.....	43
7.2	Redovisning av objektiva variabler.....	45
7.2.1	Blodsocker.....	45
7.2.2	Viktindex.....	45
7.2.3	Kolesterol.....	46
7.2.4	Blodtryck.....	46
7.3	Redovisning av Caide-risktesten.....	47
8	Diskussion.....	47
8.1	Metoddiskussion.....	47

8.2	Resultatdiskussion	50
8.3	Slutsats	54
	Källförteckning	57

Bilagor

Bilaga 1 Information och samtyckesblankett

Bilaga 2 Informaatio ja suostumuslomake

Bilaga 3 Frågeformulär

Bilaga 4 Kysely

Bilaga 5 Bifogat brev med enkäten och blodtryckslistan

Bilaga 6 Liitteenä kirje kyselylomakkeen ja verenpainelistan kanssa

1 Inledning

Livslängden ökar och i takt med det växer den äldre befolkningen. Det förs livliga diskussioner kring om hur vården av de äldre sköts. Attraktionskraften till vårddyrket i vårt land har också kommit att bli utmanande. Den grupp som drabbas hårt är ofrånkomligen äldre personer med en minnessjukdom. Med en minnessjukdom kan man ha svårt att klara sig självständigt och driva sina egna intressen. Förr eller senare blir man beroende av en annan persons hjälp för att klara vardagen. I dagsläget finns det inget botemedel mot minnessjukdomar och intresset för hjärnhälsan har ökat.

Som en följd av social- och hälsovårdsreformen är Finland sedan 1.1.2023 delad i 21 välfärdsområden, varav Österbottens välfärdsområde är ett av dem. I Österbottens välfärdsområde finns ca 180 000 invånare och består av 14 kommuner och/eller städer och området sträcker sig från Kronoby i norr till Kristinestad i söder. Varje välfärdsområde har som uppgift att ordna social- och hälsovården samt räddningsväsendet i sitt område. I Österbottens välfärdsområde sätts tyngdpunkten i större utsträckning än tidigare på förebyggande arbete med målsättningen att få en friskare befolkning som tar mera ansvar för den egna hälsan. I vårt välfärdsområde startar seniorrådgivningar sina verksamheter runt om i Österbotten från början av år 2024. Den verksamheten finns för 65+ seniorer som inte har regelbunden service och som inte längre befinner sig i arbetslivet. Inom seniorrådgivningen ligger fokus på förebyggande arbetssätt och man försöker identifiera seniorers eventuella riskfaktorer för kroniska sjukdomar i tidigt skede, medan det ännu finns möjlighet att reagera och agera med förebyggande insatser. Seniorrådgivaren kan vid behov finnas som stöd för senioren. Information om hälsofrämjande insatser ges också brett åt seniorerna bl.a. via olika gruppträffar. Målsättningen är att senioren ska kunna leva ett så långt, friskt och hälsosamt liv som möjligt.

Sedan hösten år 2022 har respondentens arbetsplats varit på projektet för framtidens social och hälsocentral i Österbotten och arbetsbilden har bestått av utvecklingsarbete gällande förebyggande tjänster för äldre i Österbottens välfärdsområde. Innan projektarbetet var arbetsinsatsen sedan år 2016 på geriatriska polikliniken på Korsholms hälsovårdscentral som äldrevårdscoordinator. Det dagliga arbetet bestod till stor del anhöriga och klienter med minnesproblem. Upplevelsen är att insatserna kommer sent och att satsningen på förebyggande arbete hittills har varit sparsam inom primärvården.

Forskning visar att man kan förebygga minnesproblem och insjuknandet av andra kroniska folksjukdomar. Projektet "För hjärnhälsan-Aivoterveydelle" utfördes under åren 2019-2021 på initiativ av geriatriska polikliniken i Korsholm och att göra en fortsatt studie över deltagarnas hälsotillstånd känns både meningsfullt och viktigt. Med erfarenheten av "vårt eget" projekt och den egna professionella erfarenheten och bakgrunden blev motivet för val av ämne självklart. Framledes är arbetsbilden för respondenten att vara avancerad klinisk sjukskötare på seniorrådgivningen i Korsholm och Vörå-området.

2 Bakgrund

Enligt World Health Organization (2023) är antalet människor i världen som beräknas lida av minnessjukdomar ca 55 miljoner och av dem bor ca 60% i låg- eller medelinkomstländer. Man beräknar att det uppkommer ca 10 miljoner nya fall årligen. World Health Organization (2023) poängterar vidare att studier påvisar att det går att förebygga uppkomsten av minnessjukdom. Antalet förutspås tredubblas fram till år 2050. I Finland insjuknar årligen över 14 000 personer och det totala antalet i vårt land är idag ca 193 000 personer. Av dessa är 66% över 80 år. Av alla äldre som bor på någon typ av långtidsboende är tre av fyra en person med minnessjukdom. Man räknar med att antalet kommer att fördubblas inför år 2030. I dagens läge finns inte ännu något botemedel. (Finne-Soveri, 2015, s. 4-7)

Den vanligaste minnessjukdomen är Alzheimers sjukdom och innefattar ca 70% av alla med kognitiv diagnos. Den näst vanligaste är vaskulär minnessjukdom, även kallad blodkärlsrelaterad minnessjukdom, och innefattar 15-20 % av fallen. En kombination av dessa två står för ungefär 10% av fallen. Lewykroppssjukdomarnas andel anses vara ca 10-15 % och Parkinsons sjukdomarnas andel beräknas vara 3-4 %. Bland äldre personer är det vanligt att det uppträder flera olika patologier samtidigt. Pann- och tinninglobsdemens innefattar ungefär hälften av fallen som har degeneration i just pann- och tinningloberna. (Duodecim Käypä hoito, 2023)

I litteraturen noteras att det används begrepp som minnessjukdom, kognitiv sjukdom och demenssjukdom som alla har samma betydelse. I detta arbete används begreppet minnessjukdom.

2.1 Vad är hjärnhälsa?

Hjärnan styr allt vi gör och är ett väldigt invecklat system med uppskattningsvis 100 miljarder hjärnceller, som även kallas neuroner, och 100 000 miljarder kopplingar mellan olika nervceller. Vår livsstil och våra aktiviteter har också stor inverkan på hjärnans struktur och funktion och det har konstaterats att hjärnan är mera föränderlig än man tidigare förstått, även när man åldras. En s.k. kognitiv reserv innebär ett rikare nätverk i hjärnan och kan byggas upp genom utförande av olika aktiviteter. Ett exempel på detta är ifall skador i hjärnan orsakats av Alzheimers sjukdom kan hjärnan i större utsträckning kompensera dessa skador om man har en större kognitiv reserv. Detta betyder i praktiken att människan utvecklar symtom på Alzheimers sjukdom senare eller helt enkelt får lindrigare symtom av sjukdomen. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 33-34)

Hjärnan består av olika delar. Dessa är tinninglob, nacklob, hjässlob och pannlob. Dessa olika delar av hjärnan styr olika delar av vår kropp. I pannloben sker i första hand problemlösning, i hjässloben sker rörelse- och känsselförmågor och i tinningloben finns främst minnesfunktioner. De olika delarna av hjärnan samarbetar kontinuerligt med varandra vilket innebär att man inte kan påstå att minnet endast skulle sitta i tinningloben. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 34)

Hippocampus har väsentliga funktioner för det s.k. långtidsminnet och sitter i tinningloben. Namnet härstammar från grekiska ordet hippos som betyder häst och campos som betyder sjömonster. Ordet sjöhäst syftar på utseendet och formen av hippocampus. Alla minnen finns inte lagrade i hippocampus utan hela hjärnan används för att få fram kunskap och minnen, men hippocampus hjälper oss att både ta fram och lagra minnen. Långtidsminnet delas vanligtvis in i episodiskt och semantiskt minne. Det episodiska minnet innefattar händelser vi varit med om medan semantiska minnet innebär den kunskap vi innehar. Arbetsminnet däremot används i samband med att vi arbetar med någon sorts information samtidigt som vi ska hålla informationen i minnet. Detta kan t.ex. handla om olika matematiska uppgifter. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 34-36)

Det samlingsnamn som beskriver psykologiska processer som innefattar minne, uppmärksamhet, problemlösning och språk är kognitiva funktioner. Ordet kognition härstammar från det latinska ordet cognitio och betyder kunskap, lärande och undersökning. Kognitiv funktion kan delas in i tre kategorier: minne, exekutiva funktioner

(verkställande) och snabbhet. Detta betyder att den kognitiva funktionsförmågan innefattar betydligt mera än bara minnet. En del kognitiva funktioner försämras också vid normalt åldrande. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 35)

Det finns alltså stora variationer mellan människor med tanke på hjärnhälsan, men det är absolut möjligt att åldras med en bra hjärnhälsa. En kombination mellan livsstil, arv och miljörelaterade faktorer påverkar hjärnhälsan och kognitionen när vi blir äldre. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 33)

Kivipelto och Salomon och Ngandu och Håkansson och Winblad (2013) rapporterar att olika epidemiologiska studier har påvisat att det finns många påverkbara livsstilsrelaterade, vaskulära och psykosociala riskfaktorer för Alzheimers sjukdom. Riskfaktorer är alltså inte endast hög ålder och genetiska faktorer, som man tidigare trott. I artikeln nämns också FINGER-studien som gjorts i Finland. Det framkommer också att det gjorts två liknade studier i både Nederländerna och Frankrike och tillsammans bildar dessa tre FINGER European Dementia Prevention Initiative. Resultatet av detta internationella samarbete blir rekommendationer gällande hälsosam livsstil för förebyggande av både minnessjukdom och kognitiv svikt hos äldre. Dessa rekommendationer kommer man förhoppningsvis att ha nytta av inom både folkhälsan och sjukvården. Tidigare trodde man att endast hög ålder, släktbelastning och riskgenen *APOE ε4* ökade risken för Alzheimers sjukdom. Detta ledde till en mycket negativ uppfattning vad gällde möjligheterna till behandling. Under det senaste 10 åren har longitudinella befolkningsbaserade studier visat att ett flertal modifierbara livsstilsrelaterade, vaskulära och psykosociala riskfaktorer kan förebygga framtida minnesproblem.

Vidare beskrivs latenstiden, dvs tiden det tar innan den kognitiva svikten försämras i så stor grad att den påverkar det dagliga livet och de dagliga aktiviteterna. Under denna latenstid finns det troligtvis en stor möjlighet att agera förebyggande. I artikeln nämns också de olika riskfaktorerna. Det har visat sig att blodkärlsrelaterade riskfaktorer inte endast ökar risken för vaskulär minnessjukdom utan ökar också risken att drabbas av Alzheimers sjukdom. Riskfaktorer som nämns och som är påverkbara är hypertoni, hyperkolesterolemi, fetma, diabetes, kost, fysisk aktivitet, intellektuella och sociala aktiviteter, ensamhet, depression och sömnbrist. Dessa studier har ingivit hopp genom att man konstaterar att livsstilen har betydelse när det gäller Alzheimers sjukdom. Individen torde alltså ha

möjlighet att påverka den egna risken att insjukna i en minnessjukdom. Det finns studier som visar att livsstilsfaktorer har speciellt stor betydelse om man bär på riskgenen *APOE ε4*. (Kivipelto et al., 2013)

2.2 Minnessjukdomar

Till normalt åldrande kan inkluderas svårigheter att minnas detaljer i en specifik händelse medan en person som har en minnessjukdom eventuellt inte alls kommer ihåg den specifika händelsen. Vidare behöver det förtydligas att minnessjukdom inte hör till normalt åldrande. Man bör dock komma ihåg att det finns specifika tillstånd som kan leda till minnesproblem trots att det inte handlar om en minnessjukdom, t.ex. konfusion, depression, hjärntumör och olika övriga kroppsliga sjukdomar. (Skog, 2021, s. 292)

Det finns olika typer av minnessjukdomar varav Alzheimers sjukdom (AD) är den vanligaste och den mest kända. AD beskrevs redan år 1906 av Alois Alzheimer och sjukdomen har i ett flertal internationella studier beskrivits som den fjärde vanligaste dödsorsaken. Vid AD bildas senila plack kring synapserna vilket leder till att hjärnans nervceller krymper, förtvinar och dör. Detta leder till att hjärnans storlek blir mindre. Detta kallas också för atrofi. Vid AD sker detta i huvudsak i hjärnans hjäss- och tinninglober. En normal hjärnas genomsnittsvikt är 1 300 gram för män och 1 200 gram för kvinnor och vid AD ligger vikten vanligtvis kring 1 100 gram. Man kan också nämna att hippocampus till och med kan vara halverad storleksmässigt för en person med AD. AD debuterar ofta smygande och initialt handlar de ofta om sviktande episodiskt minne, dvs. att närminnet sviktar. Ofta uppkommer också initiativlöshet i begynnelsen av sjukdomen. Under sjukdomsförloppet gång blir minnesstörningarna mera uttalade och ytterligare symptom tillkommer såsom störningar i språket, påverkad planeringsförmåga, okoordinerade muskelrörelser och svårigheter med den visuospatiala förmågan, dvs. svårigheter att bedöma storleksskillnader och avstånd. Sjukdomsförloppet från diagnos till död har stor variation med allt från 1 år till 23 år. (Skog, 2021, s. 296; Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2023, s. 15-16, 20)

Vaskulär minnessjukdom, även kallad blodkärlsrelaterad minnessjukdom, innebär att det skett förändringar i hjärnans kärl vilket påverkar blodtillförseln som i sin tur leder till att den kognitiva förmågan försämras. Ateroskleros eller långvarig hypertoni kan leda till

kärlförändringar i hjärnan. Vidare kan också akuta infarkter eller blödningar i hjärnan orsaka syrebrist, vilket sedermera kan ge upphov till kognitiv svikt. Symtomen vid vaskulär minnessjukdom varierar betydligt mera än vid Alzheimers sjukdom och minnet kan vara relativt opåverkat. De symtom som uppkommer hos den drabbade är helt beroende på var i hjärnan de uppkomna skadorna finns. Symtomen har också en tendens att variera över tid. Vid vaskulär minnessjukdom har personen ofta andra sjukdomar eller tillstånd i grunden t.ex. hypertoni, diabetes eller förmaksflimmer. (Skog, 2021, s. 297; Basun et al., 2023, s. 57)

De mindre vanliga minnessjukdomarna är frontallobsdemens, Parkinsons sjukdom med demens och Lewykroppsdemens. Frontallobs- eller pannlobsdemens drabbar oftare yngre personer och sjukdomen debuterar vanligen vid 50-60 års ålder. Sjukdomen orsakas av att nervceller förtvinar i huvudsak i den främre delen av tinningloberna eller i pannloben. De tidiga symtomen kan vara förändringar i personlighet med nedsatt social kompetens, rastlöshet, vredesutbrott, omdömeslöshet och hallucinationer. Diagnosen Parkinsons sjukdom innebär en 4-6 gånger högre risk för minnessjukdom och vid Lewykroppsdemens uppkommer symtomen samtidigt eller före parkinsonismen. Detta innebär att ifall de kognitiva symtomen uppkommer innan parkinsonismen eller högst ett år efter handlar det om Lewykroppsdemens och tvärtom ifall det är frågan om Parkinsons sjukdom med demens. (Skog, 2021, s. 297-298)

2.3 För hjärnhälsan-projektet

På Korsholms hälsovårdscentral startades i december år 2015 ett utvecklingsarbete som döptes till Geri-Lean. Man ville höja kvaliteten på vård och omsorg för den äldre befolkningen och samtidigt förhoppningsvis göra den mer kostnadseffektiv. Den grupp äldre som oftast behöver vård och omsorg tidigt, är personer med en minnessjukdom. Även om boendeplatser just då ökade i vår kommun, hann man inte riktigt i kapp med behovet av platser.

I arbetet på geriatriska polikliniken i Korsholm och när klienterna kommer på mottagningsbesöket första gången har många redan uttalade kognitiva svårigheter och efter genomgången minnesutredning får de flesta en minnesdiagnos. Arbetet på polikliniken går mycket ut på att diagnostisera klienterna och följa upp de som fått sin minnessjukdom. Insatserna kommer sent. Ifall man kunde identifiera riskfaktorerna mera

effektivt i ett tidigare skede och ta tag i dessa riskfaktorer skulle det i bästa fall kunna leda till att man förebygger insjuknandet hos en del av dessa människor. Med detta som bakgrund startade projektet "För hjärnhälsan - Aivoterveydelle" år 2019 på initiativ från geriatriska polikliniken på Korsholms hälsovårdscentral. Målsättningen var att främja hjärnhälsan, förebygga minnessjukdom, senarelägga utbrytandet av minnessjukdom samt att sprida information om hjärnhälsan. Följaktligen kunde det åtminstone till en del minska på trycket av boendeplatser, ge ökad livskvalitet, bättre metoder i förebyggande hälsoarbete och nya samarbetsformer i kommunen. Alla små steg i rätt riktning är framsteg. Förhoppningen och visionen låg i att få i gång ett "medryckande flow" bland de äldre.

Målgruppen var pensionärer över 65 år och det planerades att projektet skulle pågå lika länge som FINGER-studien, dvs. 2 år. Så hösten 2021 skulle det ske en utvärdering.

Projektet inleddes med att sammankalla intressenter. Dessa var personal som jobbade på hälsovårdscentralen (fysioterapeuter, avancerade kliniska sjukskötare), kommunens fritidssektor, vuxeninstitutet, kommunens äldreråd och naturligtvis personalen på geriatriska polikliniken som bestod av minnesskötare och äldrevårdskoordinatör. Det skedde gemensamma möten och diskussioner av hur genomförandet av projektet skulle ske. Personalen på geriatriska polikliniken skulle inte ensamma klara av det.

Följande steg var marknadsföring av projektet för de äldre och detta gjordes genom att informera i lokala tidningar samt genom att skicka ut en personlig inbjudan till ett föreläsningstillfälle. Inbjudan skickades till 65-70-åringar (drygt 1400 st) med erbjudande om föreläsning om hälsofrämjande livsstil med tanke på hjärnhälsan.

Föreläsningdeltagarna fick information om hur de själva kan bedöma sin risk att insjukna i en minnessjukdom med den validerade risktesten Caide, som även användes i Fingerstudien. Information gavs om möjligheten att anmäla sig till ett intensivt livsstilsomändringsprojekt utgående från FINGER-modellen.

Intresset bland seniorerna var stort. På förhand hade överenskommit att kapacitet var att ta emot 50 personer. Cirka 2/3 var svenskspråkiga och 1/3 var finskspråkiga. Både kvinnor och män visade intresse.

Det fanns en medvetenhet om att det självklart kommer att uppstå behov av läkarbesök med tanke på medicinering av ev. hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetes. Men eventuellt

är dessa "bekanta" klienter som går på regelbundna årskontroller ändå. Identifieras nya riskpatienter så är det ju bara bra att de identifieras i god tid. De behöver ju skötas i vilket fall som helst. Projektet är ett arbete som utförs i förebyggande syfte och "betalar sig självt" senare, med tanke på senareläggning av minnesproblem, eller åtminstone en förhoppning om det. Livsstilsförändringen är ju dessutom gynnsam på många andra kroniska folksjukdomar samtidigt.

Projektet planerades så att det skulle efterlikna Finger-studien så mycket som möjligt, dock modifierades programmet enligt de resurser som fanns i Korsholm. Tyvärr kom den förödande coronapandemin under våren år 2020, vilket innebar att man ofrånkomligen var tvungen att modifiera programmet så att det blev coronavänligt med tanke på de restriktioner som rådde vid tillfället. I praktiken betydde det att alla gruppträffar blev virtuella träffar under en period och majoriteten av deltagarna lärde sig att använda plattformen Teams. Detta poängterades dock som värdefull hjärngymnastik för deltagarna. Dock framkom det i utvärderingen att den sociala distanseringen och frånvaron av fysiska gruppträffarna påverkade de flesta av våra deltagares motivation i negativ riktning. Men trots detta slutförde 47 av 50 deltagare projektet.

2.4 Forskningar i ämnet

Ngandu et al. (2015) beskriver Finger-studien (The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability) som var en dubbelblind, randomiserad kontrollerad studie där deltagarantalet var 1260 personer i åldern 60-77 år. Studien leddes av professor Mia Kivipelto och gjordes i samarbete mellan institutet för hälsa och välfärd (THL), Östra Finlands universitet, Karolinska institutet och Umeå universitet. Studien var den första i världen som påvisar att multimodala livsstilsinterventioner kan förebygga kognitiv svikt och förbättra hjärnhälsan. (Ngandu et al., 2015)

Vidare beskrivs att målsättningen var att utvärdera en strategi med flera delområden för att förebygga kognitiv försämring hos äldre personer från den allmänna befolkningen som hade riskfaktorer för minnessjukdom. Studien inleddes i september år 2009 och pågick i två år. Deltagarna delades in i två grupper varav kontrollgruppen fick allmän hälsorådgivning och interventionsgruppen fick genomgå ett två år långt program med interventioner inom ett flertal olika områden samtidigt. Detta intensiva livsstilsomändringsprogram innefattade hälsosam kost, fysisk aktivitet, kognitiv träning, sociala aktiviteter och kontroll av hjärt- och

kärlrelaterade värden så som högt blodtryck, kolesterol- och blodsockervärden samt övervikt. (Ngandu et al., 2015)

Deltagarna i interventionsgruppen fick information, utbildning och stöd i att äta en hälsosam och balanserad kost med de nordiska näringsrekommendationerna som grund. De fysiska aktiviteterna utfördes både i gruppssammanhang och individuellt. Träningen inkluderade konditions-, styrke- och balansträning. Den kognitiva träningen, även kallad hjärngymnastik, utfördes genom olika digitala minnesträningsprogram som tränade minnet, processhastigheten samt ett flertal andra kognitiva områden. När det gäller kontroll av hjärt- och kärlrelaterade riskfaktorer kontrollerades regelbundet deltagarnas blodtryck, blodsocker, kolesterol och vikt. Interventionen som rörde den sociala aspekten kom att bli en naturlig del i sammanhanget och processen eftersom det skedde gruppträningar och andra gruppträffar där man träffades fysiskt. (Ngandu et al., 2015)

De resultat och insikter man gjorde var att de kognitiva förmågorna ökade i både kontrollgruppen och interventionsgruppen, men den totala ökningen var i genomsnitt 25% större för deltagarna i interventionsgruppen. Förbättringen av den exekutiva funktionen var 83% större i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Exekutiv funktion kan förklaras som problemlösning och planeringsförmåga. Interventionsgruppen förbättrade den psykomotoriska (processhastighet) förmågan med 150% i jämförelse med kontrollgruppen. Detta kan förklaras som smidighet och snabbhet i utförande av olika uppgifter. I genomförandet av komplexa minnesuppgifter skedde en förbättring på 40% för interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen. Resultatet påvisade att kontrollgruppen visade sig ha 30% större risk att utveckla kognitiv svikt inom två år i jämförelse med interventionsgruppen. (Ngandu et al., 2015)

Ngandu et al. (2014) rapporterar om själva rekryteringen och baslinjeegenskaperna för deltagarna i Finger-studien. Man rekryterade deltagarna från personer som tidigare deltagit i befolkningsbaserade riskfaktorundersökningar för icke-smittosamma sjukdomar, dvs den nationella FINRISK-studien eller från typ 2 diabetesförebyggande programmets befolkningsundersökning. 5496 personer bjöds in till screeningbesöket, de var i åldern 60-77 år och ett kriterium var att Caide-risktesten skulle vara 6 poäng eller mera. De skulle också ha kardiovaskulära riskfaktorer. Av de som var inbjudna deltog 48% och slutligen randomiserades 1260 personer. Medelåldern hos Finger-deltagarna var 69,4 år, deltagarnas medelvärde på MMSE (mini mental state examination): 26,7 poäng, på

systoliskt blodtryck: 140,1 mmHg, på totalt serumkolesterol: 5,2 mmol/l och på fasteglucos: 6,1 mmol/l. En del av screeningen innebar också att deltagarnas kognitiva prestationer uppmättes och resultatet skulle vara medelnivå eller någon lägre än förväntat med tanke på åldern för att vara berättigad att delta. Man använde sig av det kognitiva testet Cerad (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) som är en serie av tester som görs i samband med minnesundersökningar. Uteslutningskriterierna var bl.a. nuvarande maligna sjukdomar, allvarlig depression, avsevärd kognitiv försämring och avsevärd förlust av syn och hörsel. Man gjorde ingen skillnad på kontrollgruppen och interventionsgruppen.

Salomon et al. (2018) beskriver i sin studie att Apolipoprotein E, även kallad *APOE* ϵ 4-allelen, är den mest kända och den starkaste genetiska riskfaktorn för Alzheimers sjukdom. 362 av Finger-deltagarna var bärare av *APOE* ϵ 4-genen, 173 av deltagarna i interventionsgruppen och 189 av deltagarna i kontrollgruppen. *APOE* ϵ 4-bärarna och icke-bärarna var inte signifikant olika vid baslinjen, förutom när det gällde serumkolesterolnivån. Man har konstaterat att minnessjukdom är komplexa tillstånd som troligen beror både på ärftlighet och miljöfaktorer. I resultatet av denna studie framkommer det att personer som bär på *APOE* ϵ 4-genen hade tydlig nytta av hälsosamma livsstilsförändringar och man betonar vikten av tidiga förebyggande insatser som riktar in sig på flera modifierbara riskfaktorer på samma gång.

Finger-studien påvisar alltså att interventionsgruppen hade tydlig, direkt positiv inverkan på den kognitiva hälsan. Vidare studier har gjorts och görs fortfarande på originalmaterialet och Kulmala et.al. (2019) rapporterar i en studie att deltagarna i interventionsgruppen också fick positiva effekter på den fysiska funktionsförmågan i större utsträckning än kontrollgruppen, både vad gäller rörlighet och förmågan att klara av de dagliga aktiviteterna. De mätningar man använde sig av var förmågan att utföra dagliga aktiviteter, dvs ADL, samt instrumentella ADL. Dessutom gjordes SPPB, som är förkortningen av Short Physical Performance Battery, som är ett fysiskt test och mäter äldre personers funktion i de nedre extremiteterna. Under 2 år fick kontrollgruppen någon sämre resultat i poängen från ADL-mätningen, medan interventionsgruppens poäng förblev relativt stabil. Vad gäller den fysiska prestationen fick interventionsgruppen en något högre sannolik förbättring och lägre sannolik försämring i poängen i jämförelse med kontrollgruppen. Detta innebär att den dagliga funktionen hos den äldre befolkningen hos interventionsgruppen upprätthölls i högre nivå än hos kontrollgruppen och effekterna av livsstilsinterventionen anses vara

gynnsamma för den fysiska funktionsförmågan hos funktionellt oberoende äldre människor.

Marengoni et al. (2018) gjorde uppföljningsstudier om interventionens effekt på andra kroniska sjukdomar. Insamling av data om de vanligaste kroniska sjukdomarna samlades in vid baslinjen och nytt data samlades in 2 år senare. Deltagarna i interventionsgruppen fick minskad risk att utveckla ny kroniska sjukdomar med upp till 60% jämfört med kontrollgruppen.

Strandberg et al. (2017) rapporterar ytterligare en fördelaktig dimension av interventionen. Detta är dess potentiella effekt på hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL). HRQoL utvärderades med det validerade instrumentet RAND-36, hälsa och livskvalitet. Denna utvärdering skedde i studiens begynnelse, efter ett år och efter två år. Under den 2-åriga interventionsperioden försämrade kontrollgruppen poängen i alla delar av RAND-36. Interventionsgruppen förbättrade poängen vid 12 månader inom området VT (Vitality) och SF (social function). Dock framkom att den största förbättringen var inom GH (general health) och PF (physical function), både vid 12 och 24 månader. Slutsatserna av studien är att deltagarna i interventionsgruppen uppnådde en högre nivå av hälsorelaterad livskvalitet än kontrollgruppen.

Lehtisalo et al. (2019) undersökte sambandet mellan hälsosam kost och bättre kognition. Vid baslinjen var både kontrollgruppen och interventionsgruppen likartade. Kvaliteten på kosten förblev oförändrad under 2 år i kontrollgruppen medan kosten förbättrades för interventionsgruppen. De kognitiva prestationerna förbättrades för både kontroll- och interventionsgruppen, men i interventionsgruppen var förbättringen signifikant större. Resultatet indikerar att sambandet mellan kosten och den exekutiva funktionen hos deltagarna i interventionsgruppen kräver intensiva kostförändringar för att få kognitiva fördelar. Man konstaterar också att två år är en ganska kort tidsperiod.

Lehtisalo et al. (2017) belyser ytterligare en analys av kostförändringar och näringsintag för Finger-deltagarna. Syftet med studien var att beskriva framgången för interventionen, alltså hur en intervention baserat på kostrekommendationerna påverkade kostvanorna som en del av helheten. Man sammansatte interventionspoängen för kosten så att den omfattade nio mål. Man graderade intervallen från 0-9 från inga uppnådda mål (0) till att uppnå alla mål (9). Skillnaden mellan kontrollgruppen och interventionsgruppen var

signifikant både efter första och andra året till interventionsgruppens fördel. Intaget av ett flertal mineraler och vitaminer minskade i kontrollgruppen medan intaget ökade i interventionsgruppen under de två åren. Efter det första året skedde största förbättringen av näringsintaget och mängden mat i interventionsgruppen, medan en del förändringar dämpades under det andra året. Positiva förändringar som blev kvar var användningen av vegetabiliskt fett och fullkornsflingor, vilket följaktligen ledde till rikligt intag av riboflavin, pyroxin, magnesium, folat, vitamin E och kostfiber. En bra välriktad, individuell kostrådgivning kan förhindra åldersrelaterad försämring av kvaliteten i kosten och inverkar därmed positivt till att förebygga kognitiv försämring.

Salomon et al. (2021) beskriver i ytterligare en studie risken för kognitiv sjukdom med den validerade risktesten Caide, som användes i FINGER-studien. Riskfaktorer som ingår i Caide-poängen är baserade på data från befolkningsregister (ålder, kön), självrapporterade frågeformulär (utbildning, fysisk aktivitet), mätningar av systoliskt blodtryck, bodymassindex (BMI) och laboratorieanalyser (total kolesterol i serum). Kriterierna för deltagande i den randomiserade interventionsstudien FINGER var att Caide riskpoängen ≥ 6 poäng. Dessutom behövdes minst ett kognitivt testkriterium: Consortium to Establish a Registry for Alzheimers Disease (CERAD) med resultaten i ordlista (10 ord $\times 3$) ≤ 19 ord, eller fördröjda återkallandet i ordlistan ≤ 75 % eller Mini Mental State Examination (MMSE) $\leq 26/30$ poäng. Man fick inte delta i studien ifall MMSE < 20 poäng. I forskningen beskrivs att interventions- och kontrollgruppen inte var signifikant olika i sociodemografiska egenskaper, vaskulära och livsstilsfaktorer, medicinsk historia, kognitiv prestation eller CAIDE-poäng i begynnelsen av studien. I interventionsgruppen tenderade CAIDE-poängens förbättring vara mera uttalad bland kvinnor än män. I studien fanns en signifikant gynnsam interventionseffekt för att minska den uppskattade risken för minnessjukdom mätt med Caide-riskpoängen. Eftersom interventionen var mer intensiv under det första året var minskningen av Caide-poäng också mer uttalad under det första året följt av bibehållande av riskpoängminskningen under det andra året.

Lehtisalo et al. (2021) rapporterar hur den första fasen av Covid-19 pandemin drabbade äldre personer från den allmänna finska befolkningen som löper risk att utveckla eller har kognitiv funktionsnedsättning. Man tog speciellt fasta på om deltagarna upplevde en förändring i riskfaktorer som konstaterats relevanta för att förebygga kognitiv försämring så som kost, fysisk aktivitet, tillgång till medicinsk vård, socialt och kognitivt stimulerande

aktiviteter samt emotionellt välbefinnande och hälsa. På sommaren 2020 skickades en enkät per post till 853 personer av FINGER-deltagarna. 71% av svarade på enkäten och 75% av de som svarade beskrev att de vidtog sociala distanseringsåtgärder under de första månaderna av pandemin. Äldre deltagare utövade total distansering i högre grad än de yngre deltagarna. Icke-akuta vårdbesök ställdes in för 5% av deltagarna, avbokningar inom tandvården var 43%, avbokningar för besök från hemservice var 30% och för rehabiliteringstjänster var 53%. Förändringar som ansågs vara pandemirelaterade rapporterades i socialt engagemang. 55% beskrev att de haft mindre kontakt med vänner och 30% att de haft mindre kontakt med familjen. 38% deltog i mindre grad i kulturevenemang och 25% i föreningsverksamhet. Däremot ökade distanskontakten till andra med 40%. Känslor av ensamhet ökade för 21% av deltagarna, speciellt för de som var äldre eller för de som bodde ensamma. Den fysiska aktiviteten minskade med 34% medan kostvanorna förblev stabila eller till och med förbättrades. Slutsatser som kunde rapporteras var att pandemirelaterade förändringar i livsstil och aktivitet var större bland de som bodde ensamma.

Lehtisalo et al. (2022) rapporterar i följande uppföljningsstudiestudie eventuella effekter på kardiovaskulära händelser, dvs CVD som inkluderar stroke, TIA eller övriga kranskärlshändelser hos deltagarna i Finger-studien. Resultaten påvisar att interventionen minskade risker för cerebrovaskulära händelser. Totala CVD-händelser bland dem som redan hade en anamnes av CVD fick minskad risk men också bland äldre deltagare utan diagnos. Detta kan tolkas som att de som har risk för framtida CVD händelser också har nytta av interventionen. Nämnas kan också att studien påvisar att deltagare utan blodtryckssänkande läkemedel verkar gynnas mera av interventionen.

Ngandu et al. (2022) beskriver i en av de nyare studierna själva effektiviteten av Finger-interventionen. Man kontrollerade procent av genomförda interventionssessioner och förändringen i livsstilspoäng, som bestod av självrapportering gällande kost, fysisk, kognitiv och social aktivitet samt vaskulära riskfaktorer. Dessa undersöktes i relation till förändringar i det neuropsykologiska testet NTB. Resultatet påvisar att ju mera aktiva personerna i interventionsgruppen var och ju större livsstilsförändringar de gjorde desto flera positiva effekter fick deltagarna.

Wimo et al. (2022) rapporterar den potentiella kostnadseffektiviteten för programmet Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability, dvs

FINGER. Resultatet påvisar att modellen ger stöd för att program som Finger har potential till att vara kostnadseffektiva i förebyggande av minnessjukdomar. Resultaten beträffande kostnadseffektiviteten på individnivå anses vara relativt blygsamma men däremot kan programmet ge stora samhällliga vinster pga. av den stora målpopulationen.

Kivipelto et al. (2018) beskriver att erfarenheten av interventionsstudien Finger som gjordes i Finland har lett till World Wide Fingers, som är ett globalt nätverk som spridit sig till forskargrupper i 30 länder. Livsstilsmodellen kommer att testas i form av olika studier runt om i världen, i olika populationer och miljöer i olika länder. Rekryteringen till en del studier startade år 2018. Studier som nämns är bl.a. MIND-CHINA som inkluderar 2500 äldre personer på landsbygden i Kina, SINGER i Singapore, UK-FINGER och övriga länder så som t.ex. Kanada, Japan, Spanien och Tyskland. Gemensamt för alla är kombinationen av gruppbaseade aktiviteter och individuell rådgivning. Man vill säkerställa möjligheten att kunna jämföra fynden med varandra. Dock görs lokala anpassningar för att ta hänsyn till kulturella, etniska och geografiska skillnader. Detta för att underlätta möjligheten till en bestående förändring hos individerna.

Livingstone et al. (2020) gjorde systematiska litteraturöversikter och metaanalyser för att generera nya bevis gällande potentiellt modifierbara riskfaktorer för minnessjukdom. I studien beskrivs de tolv riskfaktorerna som är påverkningsbara och som står för cirka 40 % av de kognitiva sjukdomarna i världen. Dessa tolv riskfaktorer är rökning, låg utbildningsnivå, högt blodtryck, fetma, fysisk inaktivitet, depression, diabetes, låg social aktivitet, hög alkoholkonsumtion, hörselnedsättning, traumatisk hjärnskada och luftföroreningar. Genom att ta itu med dessa påstås det teoretiskt att åtgärderna skulle kunna fördröja och förebygga minnessjukdomar. Man menar att de individer som i högsta grad behöver dessa förändringar också kommer att få de största fördelarna. Man nämner åtgärder på politisk nivå ss prioritering av utbildning för barn och unga, folkhälsoinitiativ för minimering av huvudskador, minskning av alkoholdrickande och rökning samt påskynda förbättring av luftkvaliteten, speciellt i områden där luftföroreningarna är stora. Vidare nämner man kontroll av systoliskt blodtryck i medelåldern samt att man uppmuntrar till fysisk, kognitiv och social aktivering både i medelåldern och senare i livet. Evidensbaserade insatser för närståendevårdare kan minska depressions- och ångestsymtom vilket i sin tur leder till en samhälllig kostnadseffektivitet.

Kulmala et al. (2021) rapporterar i en studie underlättande faktorer och hinder med tanke på implementering av Finger-modellen i praktiken inom hälso- och sjukvården. Det gjordes 4 fokusgruppintervjuer med vårdpersonal från den offentliga vården och tredje sektorn. Två fokusgrupper arbetade med hälsofrämjande arbete för äldre inom primärvården, en fokusgrupp riktade sig till ledare och chefer i hälsofrämjande arbete inom primärvården och en fokusgrupp inkluderade vårdpersonal som arbetade inom icke-statliga organisationer eller projekt. I resultatet framkom en flertal huvudkategorier och underkategorier. Dessa tangerar behov av att kartlägga nuvarande resurser och integrera den förbyggande vården av minnessjukdomar med den nuvarande förebyggande vården och stärka den multiprofessionella samverkan och samarbetet mellan vårdpersonalen och övriga aktörer. Det är också viktigt att flytta fokus från behandling av sjukdomar till mera förebyggande. Utmaningen är brist på personal, tid och ekonomiska resurser. Det poängterades också vikten av att namnge en person som agerar koordinator och fungerar som ansvarsperson för främjande av hjärnhälsan. Man bör också hitta lämpliga platser som är tillgängliga för alla när det gäller interventionsaktiviteter. I övrigt nämns kunskap som en viktig motivationsfaktor och även yrkesverksamma och beslutsfattare bör inneha kunskap inom förebyggande arbete. Den äldres egna personliga motivation för hälsosamma livsstilsvanor poängteras samt att den hälsosamma livsstilen måste vara prisvärd, t.ex. maten. En viktig faktor är att förändringarna inte behöver vara för stora utan det viktiga är att förändringarna skräddarsys så de passar in i personens dagliga liv. Personrelaterade hinder som framkommer i resultatet är smärta, sjukdomar och funktionsnedsättningar. Övriga som nämns är rädsla för minnessjukdom, negativ attityd samt stigma och förutfattade meningar. Viktigt vore tillräcklig uppföljning, kontinuitet, positiv feedback, personlig vägledning och uppmuntran. Sociala aktiviteter (gruppaktiviteter) samt kamratstöd nämns också. Man poängterar också att personer som skulle gynnas mest av livsstilsrådgivningen är inte lätta att nå tillräckligt tidigt. Man bör sätta tyngdpunkten på att betona välbefinnande, inte förebyggande av sjukdomar. Detta innebär att helhetssynen är viktig. Man kan också använda flera kanaler inklusive e-hälsoverktyg och internet för att tillhandahålla evidensbaserad information och kunskap.

Nycklar till att bevara hjärnans resurser beskrivs också i litteratur. Projektet Betula startade i Umeå redan på 1980-talet i syfte att undersöka den åldrande hjärnan och hjärnans minnesfunktioner. När boken publicerades år 2016 fanns det ca 5000 personer som studerats upprepade gånger och forskningen har haft betydelse också internationellt och

resulterat i många publikationer och avhandlingar. Det som lyfts fram är att många händelser och aktiviteter under livet påverkar åldrandet, bla. ärftlighet och utbildning. Man nämner också det faktum att det aldrig är för sent att påverka. Både att hjärnan och minnet förändras hela livet. Påverkningsbara och stärkande faktorer med tanke på hjärnhälsa beskrivs som t.ex. goda mat- och motionsvanor, sociala aktiviteter och kognitiv stimulering. (Nyberg, Nilsson & Letmark, 2016, s. 13-14, 74, 136-137)

Kjelvik et al. (2023) rapporterar i en kvalitativ studie där syftet är att utforska kunskap och motivation att ta sig an rekommenderade hälsobeteenden för att minska risken för demens bland äldre i Norge. Man utförde intervjuer med 15 personer varav 5 var män och 10 kvinnor och ett flertal kategorier identifieras. I första hand framkommer vikten av kunskap om riskminskning för minnessjukdom som innefattar tillräcklig kunskap om riskfaktorer och media som huvudsaklig informationskälla. Vidare framkommer vikten av aktuell förebyggande verksamhet och motivation för riskminskning som innefattar fysiska aktiviteter, sociala aktiviteter, kognitiva aktiviteter, hälsosam kost. Slutligen framkommer även vikten av motivation för förebyggande av minnessjukdom ur ett livslöppsperspektiv som innefattar erfarenhet av hälsoproblem, vilja att leva självständigt och begränsad medvetenhet om riskfaktorer i mitten av livet. Slutsatser är att personer vars hälsa är hotad om man fortsätter med nuvarande beteendemönster visar större sannolikhet att förändra sina livsstilsvanor till mera hälsofrämjande så länge förändringarna resulterar i värdefulla resultat till en skälig kostnad. Detta innebär att informationen om de riskfaktorer som finns inte bör minimeras i diskussionen med klienten. En motivationsfaktor är också att det finns en tilltro till att kunna utföra förändringen samt att längre kunna leva självständigt och fortsätta bo i det egna hemmet. Medvetenheten om att kunna förebygga hälsoproblem och sjukdomar var begränsad eller helt frånvarande. Förutom detta uppkommer positiv motivation i socialt umgänge och välbefinnande i de fysiska och sociala aktiviteterna. Detta innebär att gruppinterventioner vore bra att erbjuda samtidigt som vårdpersonal bör ge relevant och viktig information om fördelarna med en hälsofrämjande livsstil.

Bosco et al. (2020) utforskar i sin studie vad som motiverar människor att göra förändringar i sitt beteende för att minska risken för minnessjukdom. 3948 personer fyllde i en enkät och 653 gav svar i form av fritextkommentarer som ingick i analysen. 70,3% var kvinnor. Medelåldern på deltagarna var 64,1 år. Tre huvudteman identifieras och dessa är motivation att förändra livsstilen, hinder för livsstilsförändring och kvaliteten på den

mottagna informationen. Motivationsfaktorer kunde vara att erfarenheten av en förälder med minnessjukdom och viljan att förebygga om möjligt (genetik), känslan av att man kan förebygga minnessjukdomar genom att göra livsstilsförändringar, positiv uppfattning om/eller upplevda fördelar med en hälsosam livsstil. När det gäller hinder för livsstilsförändring framkom att man prioriterade sin hälsa mera vad gäller andra tillstånd ss diabetes, neuropati och kronisk smärta. Ett annat hinder var tidsbrist pga. omhändertagande av annan person t.ex. att man var närståendevårdare och därmed inte prioriterade den egna hälsan. Många upplevde också en skepsis till möjligheten att förebygga minnessjukdom pga. att det saknas bevis. Vissa upplevde sig redan leva hälsosamt så det var osannolikt att de skulle göra ytterligare förbättringar av livsstilen. Gällande den sista kategorin framkom en skepsis till informationen om riskfaktorer för minnessjukdom. Evidensbaserad information är nyckeln till att ändra livsstilen för att minska risken för minnessjukdom.

Rosenberg et al. (2020) utförde en kvalitativ studie vars syfte var att utforska friska äldre vuxnas förståelse för och attityd till kognitiv nedsättning och förebyggande av detta. Erfarenheterna och resultaten kunde hjälpa till att utforma, genomföra och implementera effektiva förebyggande insatser. Man gjorde semistrukturerade intervjuer på 15 personer bland deltagare i en multinationell randomiserad kontrollerad studie som testade hur effekten av en livsstilsbaserad e-hälsa-intervention vars tanke var att förebygga kognitiv försämring eller hjärt- och kärlsjukdomar hos invånare i åldern 65+. I resultatet framkom att deltagarna hade ytlig och begränsad kunskap om kognitiva störningar och prevention och de uttryckte behov av tillförlitlig och praktisk information och rådgivning. Kognitiv svikt framkallade rädsla och oro och känsla av hopplöshet uttryckte ofta, vilket tyder på stigma. En vanlig uppfattning var stark ärftlighet och åsikten om möjlighet till preventiva åtgärder var tveksamma, speciellt primärprevention. Rädsla och oro över den egna kognitionen och de egna riskerna fanns och hög motivation till förebyggande insatser kunde därmed identifieras.

Motiverande samtal, d.v.s. MI, är en evidensbaserad metod som visat sig vara lämplig i alla möjliga olika sammanhang där det gäller att främja god kontakt, samarbete och förståelse i samtalet med en person som behöver motiveras till förändring i sitt beteende (Ivarsson & Ortiz, 2013, s. 9-11). MI är en teknik som kan användas i samarbetet med klienter och engagera dem i hanteringen av den egna vården. Motiverande samtalsteknik respekterar

klientens självbestämmanderätt och kan integreras i det normala samtalet. Tekniken bidrar till att stärka klienterna och hjälpa dem att nå sina personliga mål. Det finns exempel på utmaningar som kan bidra till att klienterna upplever att de tappat kontrollen över sina liv. I tillstånd som dessa säger forskningen att man kan ha nytta av motiverande samtalsteknik. Exempel på tillstånd kan vara att hantera rädsla, ilska, frustration och sorg, att konfrontera den egna dödligheten, säkerställande av adekvat dialysvård och anpassning till olika livsstilsförändringar. (McCarley, 2009)

3 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten i detta arbete är Finger-modellen och Aron Antonowskys salutogenetiska modell KASAM, som innefattar känsla av sammanhang med komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

3.1 Finger-modellen

Tidigare var ärftlighet och hög ålder de självklara kända riskfaktorerna för svikande minne och minnessjukdomar, vilket innebar ett väldigt pessimistiskt synsätt samt en misstro till förebyggande insatser. Hög ålder är fortfarande den största enskilda riskfaktorn för minnessvikt och minnessjukdomar. De senaste årtiondena har det forskats kring olika livsstilsfaktorer och hur viktiga de är för hjärnhälsan, för minnesproblem och för risken att insjukna i en minnessjukdom. Det finns numera vetenskapliga bevis för att man själv kan påverka sin hjärnhälsa med förebyggande åtgärder. Både risk- och friskfaktorerna är många när man talar om hjärnhälsa och minnessjukdomar. De riskfaktorer som är kända idag är högt blodtryck, högt kolesterolvärde, fetma, diabetes, fysisk inaktivitet, depression, högt alkoholintag, rökning, låg utbildning, social isolering, hörselproblem, luftföroreningar och hjärnskador. Genom forskning har man identifierat ytterligare riskfaktorer så som ensamhet, stress, sömnproblem, känsla av hopplöshet, bristande munhälsa och olika infektioner så som Covid-19. De skyddande faktorer, eller friskfaktorer som identifierats är fysisk aktivitet, hälsosam och mångsidig kost, sociala kontakter, mental aktivitet och utbildning. Finger-studien är den första i världen där man vetenskapligt har kunnat påvisa att man genom att påbörja flera livsstilsförändringar samtidigt kan förebygga sviktande hjärnhälsa. Man kallar det för ett åtgärdspaket som inkluderar fem livsstilsförändringar som alla är lika viktiga. Dessa fem livsstilsförändringar är hälsosam kost, fysisk aktivitet,

kognitiv träning (hjärngymnastik), sociala aktiviteter och att man tar hand om eventuella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar (blodtryck, kolesterol, diabetes och övervikt). Genom att utföra alla dessa livsstilsförändringar samtidigt kan man få en tydlig effekt på hjärnan, på den generella hälsan och för minnesproblem. Man påstår att det aldrig är för tidigt att börja men heller aldrig för sent. Finger-modellen anses vara viktig och revolutionerande och kan även anpassas för människor som redan har sviktande minne och Alzheimers sjukdom. (Kivipelto & Hellénus, 2021, s. 21-22, 24)

Institutet för hälsa och välfärd (u.å) har nu tagit vara på detta och föreslår ett "åtgärdsprogram för livsstilsförändring hos äldre personer i riskzonen att utveckla minnesproblem" enligt FINGER-modellen. Modellen är ett bra verktyg med tanke på implementering av förebyggande åtgärder inom primärvården framöver. I åtgärdsprogrammet får man också fram huruvida man hör till riskgruppen att insjukna i en minnessjukdom inom några år genom den s.k. Caide-risktesten. (Institutet för hälsa och välfärd, u.å.)

3.2 Känsla av sammanhang

Känsla av sammanhang är väsentligt för personer som ska göra en livsstilsförändringsresa. Som vårdpersonal är det viktigt man tar fasta på personens hälsofrämjande resurser och att man tar i beaktande hela personens situation, förutsättningar och sammanhang för att kunna motivera personen mot dimensionen hälsa i stället för ohälsa. Får man personen att närma sig polen hälsa har det positiv inverkan på både livskvaliteten och välbefinnandet. De tre komponenterna som beskrivs inom modellen, dvs. begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, är alla viktiga komponenter i detta sammanhang.

Aaron Antonowsky var professor i medicinsk sociologi och beskriver den salutogenetiska modellen, känsla av sammanhang. Det salutogenetiska synsättet fokuserar på hälsans ursprung medan det patologiska synsättet fokuserar på varför människor blir sjuka. I litteraturen beskrivs olika former av stressorer och att livet som människa är fullt av faktorer som framkallar olika former av stresstillstånd. Dock handlar det om vår förmåga att hantera stressbelastningen och vilka konsekvenser det får för vår hälsa. Om resultatet är hälsa, sjukdom eller något däremellan beror helt och hållet på hur man hanterar situationen. Dimensionen hälsa och ohälsa och det salutogenetiska synsättet fokuserar på

rörelsens riktning. Rör man sig mot den polen hälsa eller mot ohälsa? Det beskrivs också hur olika motståndsresurser ss pengar, stabilitet inom den egna kulturen, styrkan i det egna jaget, det sociala stödnätverket o.s.v. påverkar och som en produkt utvecklades begreppet KASAM, som inte är en personlig egenskap utan ett förhållningssätt. Begreppet KASAM innebär känsla av sammanhang, och i litteraturen beskrivs vidare vilken betydelse KASAM har för hälsan. (Antonowsky, 2011, s. 15-19)

De tre centrala begreppen eller komponenterna i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Om en individ innehar hög KASAM har hen höga värden på dessa komponenter versus hen med svag KASAM och låga värden. Begriplighet innebär att upplevelsen av både yttre och inre stimulin är gripbara på ett förnuftsmässigt plan men också att de är sammanhängande, tydliga och strukturerade. En individ som har en hög känsla av begriplighet upplever stimulin förutsägbara eller att det finns en rimlig förklaring till det som händer, även om händelserna skulle komma utan förvarning. Även ödesdigra händelser som död och krig kan individen göra begripbara. Den andra komponenten är hanterbarhet och kan definieras som graden av hur man innehar resurser att hantera och möta de krav som ställs av de stimuli man ställs inför. Har man resurser i form av vänner, familj eller kolleger som man litar på och som man räknar med? Ifall man innehar en hög känsla av hanterbarhet har man bättre förutsättningar att klara av de motgångar som livet för med sig. Den tredje komponenten meningsfullhet beskrivs i litteraturen som begreppets motivationskomponent. Den handlar om vikten av delaktighet och känslan av sammanhang. Detta innefattar områden som är viktiga i livet, som individen är delaktig och engagerad i och som har betydelse, både i känslomässig och kognitiv mening. Dessa tre komponenter betraktas som en helhet och är länkade till varandra. Motståndsresurserna ger livserfarenhet och dessa livserfarenheter bygger upp KASAM. Det konstateras att komponenten meningsfullhet, alltså motivationskomponenten är den viktigaste och bästa drivkraften. Vid frånvaro av meningsfullhet blir troligtvis varken komponenten hanterbarhet eller begriplighet särskilt bestående. (Antonowsky, 2011, s. 42-50)

4 Syfte och problemprecisering

Inom Österbottens välfärdsområde sätts mera fokus på förebyggande arbete och man har startat seniorrådgivningar runt om i Österbotten. Det utvecklas nya arbetsmodeller och erfarenheterna och resultatet av denna studie kunde komma till nytta i denna process. När det gäller hälsosamma levnadsvanor är den största utmaningen bibehållandet och upprätthållandet av den nya livsstilen på sikt och den egna motivationen är helt avgörande. Den egna motivationen och bibehållandet av den är hörnstenen i hela förändringsarbetet.

Syftet med examensarbetet är att utvärdera "För hjärnhälsan" projektdeltagarnas livsstilsförändringsresa och hälsotillstånd under åren 2019 – 2023, dvs 2 år som medverkande i projekt och 2 år som "självgående", utan projektets struktur och program och samtidigt ta reda på vilka faktorer som motiverade deltagarna versus vilka faktorer som hindrade dem i livsstilsförändringsarbetet.

Frågeställningar:

- Hur har livsstilsförändringar gjorda enligt Finger-modellen påverkat informanternas hälsa?
- Vad motiverar och vad hindrar personer att utföra livsstilsförändringar?

5 Metod

Metod är ett omfattande begrepp och en förutsättning för att överhuvudtaget kunna genomföra forskning på ett seriöst sätt. Man kan se metod som ett redskap som används i syfte att finna ny kunskap eller lösa problem. Metod är det redskap eller den arbetsmodell som används för att uppnå uppsatta målsättningar man som forskare har med sin forskning eller sin undersökning. I litteraturen beskrivs en del krav som bör vara uppfyllda och grunden är att metoden har överensstämmelse med verkligheten. Dessutom behövs utförande av systematiskt urval av information, att kunna använda den erhållna informationen på ett adekvat sätt och resultaten behöver presenteras på ett sätt som ger möjligheten till kontroll och granskning av hållbarheten. Resultatet behöver också öka förståelsen, ge ny medvetenhet och kunskap och även möjliggöra fortsatt forskning och utveckling inom området. (Holme & Solvang, 2008, s. 11-13)

Detta examensarbete är en longitudinell studie där det kommer att göras jämförelser i data mellan åren 2019, 2021 och 2023. I arbetet används både kvantitativ och kvalitativ metod och som datainsamlingsmetod används enkät och olika objektiva variabler så som kön, ålder, lever ensam/med någon, blodtrycksvärden, BMI och blodprovssvar och dataanalysen görs med hjälp av både deskriptiv och analytisk statistik samt innehållsanalys.

5.1 Urval och datainsamling

Valet av metod för insamlande av olika data bör utgå från problempreciseringen och forskningsfrågorna som gjorts för den aktuella undersökningen eller forskningen. Ofta kommer man fram till att det är vettigt att kombinera flera metoder med varandra, vilket kan stärka tilliten till resultaten. Det kan leda till att fenomenet som studeras analyseras ur flera olika synvinklar och leder följaktligen till mera helhetsinriktad och nyanserad uppfattning. Dock kan det också innebära motsatt effekt t.ex. då man vill pröva vilken av ett flertal teorier som är mest hållbar. (Holme & Solvang, 2008, s. 85-86)

Urvalet av informanter var självklart för respondenten. Detta innebär att alla 47 deltagare i "För hjärnhälsan"-projektet som var med under hela projektet gavs möjlighet att delta i studien. 43 deltagare meddelade intresse att medverka och 40 informanter svarade på enkäten, d.v.s. 93% av de som anmält intresse att delta. Pga. bristfälligt ifyllda enkäter uteslöts 2 personer. Detta innebär att 38 personer medverkar i denna studie. Av dessa är 25 kvinnor (66%) och 13 män (34%) och 28/38 (74%) bor med någon och 10/38 (26%) bor ensamma. Informanternas medelålder är 72,8 år.

I början av den här studien utformades en enkät. Enkäten är konstruerad med frågor som tangerar både projekttiden och tiden efter att projektet tog slut eftersom syftet är att kunna jämföra resultaten under hela denna 4-årsperiod mellan åren 2019 – 2023. Tidigare uppmätta objektiva variabler så som blodtrycksvärden, laboratoriesvar och BMI medtas i studien.

Information om Caide-riskpoängen finns tillgänglig från projekttiden och räknas igen, i syfte att se om poängen har förändrats eller bibehållits efter projektets avslut. För att kunna räkna Caide-riskpoängen behövs blodtrycksresultat, laboratorieresultat, BMI-resultat samt information om den aktuella fysiska aktiviteten hos informanterna.

5.1.1 Enkät

Termen enkät härstammar från det franska ordet "enquête" och betyder rundfråga. Egentligen innebär det att även intervjuer skulle vara enkäter men med tiden har ordet enkät kommit att få innebörden att just frågor ska besvaras av någons "egen hand". (Trost, 2007, s. 9)

Hur en studie är designad avgör vilken eller vilka datainsamlingsmetoder som anses vara mest lämpliga för att svara på de forskningsfrågor man ställt och den problemprecisering man beskrivit. En bra enkät bör planeras noggrant eftersom när den väl är skickad till informanterna är det för sent att göra ändringar och en dåligt formulerad enkät kan leda till att den i senare skede blir svår att analysera. (Bell, 2006, s. 137)

Enkäten består av ett frågeformulär som sänds till ett antal deltagare. Det väsentliga när man konstruerar en enkät är att man har klart för sig studiens syfte. Det man också bör ha klart för sig är ifall man ska göra en kvantitativ eller kvalitativ undersökning. I litteraturen beskrivs en del frågor som sakfrågor som innebär frågor som är faktabaserade t.ex. kön eller ålder. Motsatsen beskrivs som frågor med mera nyanser d.v.s. attityd eller åsiktsfrågor. I det senare fallet kan man ge svarsalternativ av typen "mycket bra", "bra" osv. Man har öppna eller icke-öppna frågor där de öppna frågorna är ostrukturerade och de icke-öppna frågorna har fasta svarsalternativ. Det är alltid skäl att utföra en bortfallsanalys, om man inte har en mycket hög svarsfrekvens. (Trost, 2007, s. 15, 18, 67-68, 71, 74, 137)

I denna studie konstruerades en enkät bestående av 10 frågor som samtliga frågor berör informanternas livsstilsförändringsresa samt hälsotillstånd (se bilaga 3). Frågorna i enkäten är både kvalitativa och kvantitativa för att få både djup och bredd i studien. Utarbetandet av enkäten var ingen lätt uppgift, förändringar gjordes många gånger efter diskussion och värdefulla synpunkter av både handledaren och en vän/kollega som också medverkade i "För hjärnhälsan"-projektet. Enkäten översattes också till finska, eftersom en del av informanterna är finskspråkiga. Enkäten blev godkänd i samband med forskningslovets som erhöles från Österbottens välfärdsområde. Enkäten kodades med numrering så att respondenten kunde identifiera personerna bakom varje enkät ifall det skulle behövas i processen. Enkäten skickades åt informanterna per post under försommaren 2023 tillsammans med färdigt betalt svarskuvert och informanterna hade cirka 3 veckor på sig

att returnera den ifyllda enkäten tillsammans med blodtryckslistan som fanns med i brevet. Enkäten skickades till alla som skrivit under samtyckesblanketten, dvs. 43 personer och 40 informanter svarade på enkäten, d.v.s. 93%. Men som tidigare nämndes exkluderades 2 personer från studien pga. bristfälligt ifylld enkät, vilket innebär att 38 informanter deltar i studien.

5.1.2 Objektiva variabler

I denna studie är de objektiva variablerna ålder, kön, bor ensam/bor med någon, vikt, längd, BMI (viktindex), 5 dagars medelvärde av systoliskt blodtryck på morgonen och på kvällen, 5 dagars medelvärde av diastoliskt blodtryck på morgonen och kvällen, fasteblodsocker (fP-gluc) och kostesterolpaket (fP-Kol, fP-Kol-HDL, fP-Kol-LDL, fP-Trigl). I studien medtas också samma objektiva variabler från åren 2019 och 2021, dvs från att "För hjärnhälsan"-projektet startade och slutade. Detta i syfte att kunna jämföra värdena med varandra.

Ett normalt BMI eller viktindex för personer över 65 år är 23-29 kg/m². För en person över 65 år kan det eventuellt bli fråga om rekommendation till viktminskning om viktindexet är ≥ 35 kg/m² eller i vissa fall om BMI är ≥ 30 kg/m². Oftast samverkar rekommendation om viktminskning med att minska på negativa effekter av övriga sjukdomar ss diabetes, nedsatt funktionsförmåga, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen o.s.v. (Duodecim God Medicinsk praxis, 2023) I Caide-risktesten får man riskpoäng ifall BMI är ≥ 30 kg/m² (Institutet för hälsa och välfärd, u.å.).

Vid hemmamätning av blodtrycket är målvärdet för det systoliska blodtrycket ≥ 135 mmHg och för det diastoliska blodtrycket ≥ 85 mmHg för friska personer (Duodecim käypä hoito, 2020). I Caide-risktesten får man riskpoäng ifall det systoliska blodtrycket är 140 mmHg eller högre (Institutet för hälsa och välfärd, u.å.).

De viktigaste hälsofrämjande lipidvärdena på befolkningsnivå är totalkolesterol och LDL i plasma. Målvärdena är totalkolesterol (fP-Kol) är under 5,0 mmol/l och LDL (fP-LDL-Kol) under 3,0 mmol/l. När det gäller behandlingen av dyslipidemier ingår alltid även livsstilsrådgivning. (Duodecim God Medicinsk praxis, 2022) I Caide-risktesten får man riskpoäng ifall totalkosteroleet (fP-Kol) är 6,5 eller högre (Institutet för hälsa och välfärd, u.å.)

För att få en diabetesdiagnos krävs att personen har ett Fasteglucosvärde (fP-gluc) på minst 7,0 mmol/l eller HbA1c är ≥ 48 mmol/l. Värdena bör tas två gånger vid två olika tillfällen. Förstadium till diabetes, även kallad prediabetes, är ifall fP-gluc är 6,1-6,9 mmol/l. (Duodecim käypä hoito, 2020) I Caide-risktesten får man inte riskpoäng för fP-gluc.

Tillsammans med enkäten skickades ett informationsbrev med instruktioner om att informanterna skulle utföra en fem dagars blodtrycksmätning i hemmet där de uppskrivna resultaten returnerades tillsammans med enkäten. Samtidigt gavs också skriftlig information om de laboratorieprover som skulle tas efter att enkäten och blodtryckslistan returnerats. En del av informanterna behövde en läkarbedömning pga. avvikande resultat och sådant fall tog respondenten kontakt med informanten. Därefter startade dataanalysprocessen.

5.1.3 Caide-risktesten

Som Salomon et al. (2021) beskriver i studien användes den validerade risktesten Caide i Finger-studien och kriterierna för deltagande var poäng på ≥ 6 .

I "För-hjärnhälsan"-projektet användes också Caide-risktesten som instrument med tanke på uppföljning av resultaten, dock var resultatet i risktesten inte ett kriterium för deltagande. Detta innebär att man fick delta trots att risktesten var lägre än 6 poäng. Resultatet i risktesten kan även fungera som motiverande faktor. Alla som var motiverade till livsstilsförändringar fick möjlighet till deltagande, trots att man inte hörde till riskgruppen enligt Caide-risktesten. Detta innebär i praktiken att ifall deltagaren hade 4 poäng i Caide-risktesten fanns ingen möjlighet till förbättring eftersom alla deltagarna var över 53 år, vilket i sig ger 4 riskpoäng. I denna studie jämförs Caide-riskpoängen mellan åren 2019, 2021 och 2023.

Hur identifierar jag personer som behöver hjälp med en livsstilsförändring?

FINNS DET EN FÖRHÖJD RISK ATT INSJUKNA I EN MINNESSJUKDOM?

Med hjälp av detta enkla test kan man bedöma risken att drabbas av minnessjukdom.

RISKFaktor	GRÄNSVÄRDEN	RISKPOÄNG
Ålder	< 47 år	0
	47–53 år	3
	> 53 år	4
Utbildning (år)	≥ 10 år	0
	7–9 år	2
	0–6 år	3
Kön	Kvinna	0
	Man	1
Systoliskt blodtryck	≤ 140 mmHg	0
	> 140 mmHg	2
Viktindex	≤ 30 kg/m ²	0
	> 30 kg/m ²	2
Totalt kolesterol	≤ 6,5 mmol/l	0
	> 6,5 mmol/l	2
Motion	Aktiv	0
	Inte aktiv	1

RESULTAT AV TESTET	Risk att insjukna i en minnessjukdom inom de närmaste 20 åren (%)
0–5	1
6–7	1,9
8–9	4,2
10–11	7,4
12–15	16,4

Om resultatet av testet är över 6 poäng kan livsstilsåtgärderna göra stor nytta och det lönar det sig att inleda livsstilsprogrammet.

Bild 1. Beskrivning av Caide-risktesten (Institutet för hälsa och välfärd, u.å.)

5.2 Dataanalysmetoder

Efter att man utfört datainsamlingen kommer skedet när bearbetningen av materialet sker. Detta kallas för dataanalys eller bearbetning av data vilket innebär att delar upp en större helhet i mindre beståndsdelar i syfte att öka förståelsen, kunna förstå, förklara, förutsäga och presentera allt insamlat data på ett förståeligt sätt. Denna databearbetning är viktig del av vetenskapligt arbete. (Backman, Gardelli, Gardelli & Persson, 2012, s. 314-316)

I den här studien används dataanalysmetoderna deskriptiv statistik, analytisk statistik och innehållsanalys.

5.2.1 Deskriptiv statistik

Ifall studien innehar numeriskt data som går att sortera är det skäl att utföra en statistisk analys. Hurudan analys det är frågan om beror på vilken typ av data som samlats in. (Backman et al., 2012, s. 316) När man som läsare av en artikel eller studie behöver få en övergripande inblick i materialet som studerats är det bra om forskaren använt sig av deskriptiv, dvs beskrivande statistik. Det ger en bra samlad överblick av det insamlade materialet eftersom data då har komprimerats och sammanfattats. (Henricson, 2023, s. 277)

Variabel kallas det fenomen som studeras och en variabel är belägen på olika skalnivåer. Den lägsta nivån kallas för nominaldata och data på högre nivåer kallas i stigande ordning

för ordinaldata, intervalldata samt kvotdata. Nominaldata innebär data som inte har en inbördes ordning och kan innefatta exempelvis kön eller favoritfärg. Ordinaldata påvisar en rangordning t.ex. placeringar vid målgång som bra, bättre, bäst. Ordinaldata går att klassificera men storleken mellan skalstegen är okända. Intervalldata ger både rangordning och informationen om avståndet mellan skalstegen och mätvärden och skillnaderna mellan dessa kan påvisas t.ex. hur långt senare 2:an kom i mål i en tävling än vinnaren osv. Detta ger en större nyans och rikare bild av resultatet. Kvotdata är den högsta nivån och innebär att datamängden innehåller ännu mera information. En variabel på kvotskalan ger både rangordning och klassificering och har dessutom en absolut nollpunkt. (Backman et al., 2012, s. 316-319; Henricson, 2023, s. 277-278)

Man brukar göra en indelning av de kvantitativa forskningsprojekteten. Den ena är deskriptiv, vilket innebär beskrivande, och den andra är explanativ, vilket innebär experimentell eller förklarande. När man t.ex vill göra en analys över individuella förändringar som skett över tid kan longitudinella studier utföras på en särskild grupp av människor i syfte att eventuellt upptäcka en förändring. (Ohlsson & Sörenson, 2021, s. 111)

I denna studie analyseras största delen av enkätens svar med hjälp av deskriptiv statistik.

5.2.2 Analytisk statistik

Skillnaden mellan deskriptiv statistik och analytisk statistik är att den förstnämnda beskriver befintligt rådata medan den sistnämnda drar slutsatser om likheter respektive skillnader eller beskriver olika sakers samband. I kvantitativa forskningssammanhang är det vanligt att man använder sig av både deskriptiv och analytisk statistik. (Henricson, 2023, s. 285)

Det finns två huvudgrenar inom analytisk statistik. Dessa är sambandsanalys och hypotesprövning. Sambandsanalys används när man vill veta hur saker och ting hänger ihop och grundtanken är att man via ett statistiskt datorprogram analyserar insamlat material för att finna ett matematiskt sätt att beskriva fenomenet på. Hypotesprövning innebär att man i form av stickprov från ett större sampel eller en större population vill finna en möjlighet att uttala sig om samplet som helhet. Detta sker oftast genom att man prövar olika hypoteser mot varandra. Oftast används två hypoteser varav den ena benämns nollhypotes och den andra alternativ hypotes. (Henricson, 2023, s. 286-290)

I denna studie analyseras de objektiva variablerna med hjälp av analytisk statistik. Programmet som användes var Jamovi 2.4.11 som finns som gratisversion online och är en öppen mjukvara för statistiska analyser. Respondenten använde variansanalysen Anova som testar hypotesen att alla medelvärden är lika och används för att jämföra medelvärden mellan två eller flera grupper. Variansanalysen Anova fungerade bra i denna studie eftersom syftet var att jämföra olika värden mellan åren 2019, 2021 och 2023.

5.2.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys består av två inriktningar, en kvantitativ och en kvalitativ variant. Den kvalitativa inriktningen används i större utsträckning än den kvantitativa. När man använder den kvantitativa analysmetoden är det ofta nödvändigt att kombinera den med den kvalitativa. Detta för att resultatet av forskningen belyses ordentligt. Innehållsanalysen har också två ansatser. Den ena kallas manifest och den andra latent. Manifest innehållsanalys beskriver de uppenbara och synliga komponenterna i det bearbetade materialet medan den latent belyser textens innehåll med hjälp av forskarens tolkning. (Ohlsson & Sörenson, 2021, s. 213-214)

Syftet med innehållsanalys är att berika och samtidigt förenkla råmaterialet. Inledningsvis består tekniken av att forskaren skapar en överskådlighet av materialet genom att förenkla det och senare berika det och skapa ett större sammanhang. (Jacobsen, 2010, s. 146)

Först tematiseras innehållet vilket innebär att texten reduceras för att bilda tematiska enheter. Texten förenklas och struktureras. Forskaren upptäcker att ord, avsnitt eller meningar bildar en meningsbärande helhet. Därefter kategoriseras texten vilket innebär att man grupperar olika teman och namnger dem. Sedan fortsätter man att fylla de namngivna kategorierna med innehåll och citat vilket innebär att temat belyses med vad en person säger om respektive kategori. Detta åskådliggörs ofta i form av tabeller där kategorin är i ena stapeln och citaten i andra stapeln. Det är också vanligt att man räknar hur många uttalanden som gjorts under respektive kategori. Detta kan också beskrivas i form av tabeller där man beskriver kategorin och den eventuella underkategorin i den ena stapeln och antal gånger uttalandet har nämnts i den andra stapeln. När materialet är tematiserat och kategoriserat inleds arbetet med att jämföra och leta efter likheter och skillnader. (Jacobsen, 2010, s. 146-151)

I enkäten fanns två öppna frågor som tangerade motivationen. Informanterna hade också möjlighet att formulera sig fritt i text gällande vilka livsstilsförändringar som gjorts under projektet och sedan projektet tagit slut. Dessa analyserades med hjälp av innehållsanalys. Svaren lästes igenom flera gånger i syfte att hitta begrepp och helheter. Svaren som bildade en meningsbärande helhet färgades med samma färg vilket innebar att det småningom uppkom olika teman och kategorier och antalet likadana svar under respektive kategori räknades.

6 Etiska riktlinjer

Forskningslov anhölls från Österbottens välfärdsområde och godkändes under våren 2023. Innan ansökan om forskningslov lämnades in fick respondenten ett skriftligt projekttillstånd av biträdande överläkare på Korsholms hälsovårdscentral där det nämns att behövliga, viktiga hälsoparametrar som tex blodprov får utföras. Deltagarna fick därefter en inbjudan till deltagande i studien där de delgavs information om syfte och målsättning med studien. Informerat samtycke till deltagarna har också gjorts. Enkäten skickades per post samt en blodtryckslista med instruktioner och remiss för blodprov med instruktioner.

Forskningsetik kan beskrivas som etiska överväganden som utförs kontinuerligt under hela processen när man talar om vetenskaplig forskning. Med andra ord görs det både inför och under arbetes gång och det behövs en förmåga att tillämpa god etisk praxis även oförberett. Etiska överväganden finns med i varje steg som tas under projektets eller studiens gång, vilket innebär att man behöver följa de vägledande riktlinjer som forskarsamhälle, internationella organisationer, regeringen och riksdagen har kommit fram till. (Henricson, 2023, s. 62-63)

De etiska riktlinjerna kommer att beaktas i denna studie. Målet är god etisk praxis som är en del av forskningsorganisationernas kvalitetssystem. Förfaringssätt som omsorgsfullhet, noggrannhet och hederlighet både i fråga om dokumentering och presentation av resultat kommer att iakttas. I studien tillämpas också metoder som är etiskt hållbara för vetenskaplig forskning. Hänvisningar till andra forskares arbete sker respektfullt och korrekt. Insamlad data lagras så som kraven förutsätter. (Forskningsetiska delegationen, 2012, s. 18)

Enkätsvaren kommer att hanteras strikt konfidentiellt och inga andra än den ansvariga för studien har tillgång till materialet. Allt insamlat material kommer att lagras digitalt och anonymiserat. Deltagarnas svar kommer inte att vara personligt identifierbara i någon rapport eller publikation. Deltagande i studien är helt frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas under studien utan att ange orsak. Forskningspersonernas personuppgifter är sekretesskyddade.

7 Resultatredovisning

I detta avsnitt redovisas resultatet från enkäten som består av både kvalitativa och kvantitativa frågor. Redovisningen består också av resultatet från de objektiva variablerna som innefattar både blodtrycksvärden, viktindex och laboratorievärden. Caide risktestpoängen räknas från projektstarten, vid projektets slut samt två år efter projektets slut.

7.1 Redovisning av enkät

Informantgruppen består i sin helhet av deltagare i "För-hjärnhälsan"-projektet. Nedan följer resultatet av enkäten.

7.1.1 Orsaker till deltagande i "För-hjärnhälsan-projektet"

Motivationsfaktorn är en viktig aspekt när det gäller livsstilsförändringar och därför är det väsentligt att ta del av informanternas orsak till deltagande. Informanterna kunde välja en eller flera orsaker. Som man kan se i diagram 1 är "Jag ville förebygga minnesproblem" var den största orsaken till deltagande och 87% av informanterna (33/38) svarade jakande på den. Den näst största orsaken var "Jag upplevde motivationsbrist att ta tag i min hälsa på egen hand" med 66% jakande svar (25/38). Sedan följer "Jag upplevde rädsla för kommande hälsoproblem" med 63% jakande svar (24/38), "Jag hade redan uppkomna hälsoproblem" med 32% jakande svar (12/38), "Jag upplevde att jag redan fått problem med minnet" med 24% jakande svar (9/38) och "Jag upplevde känsla av ensamhet" med 7% jakande svar (3/38).

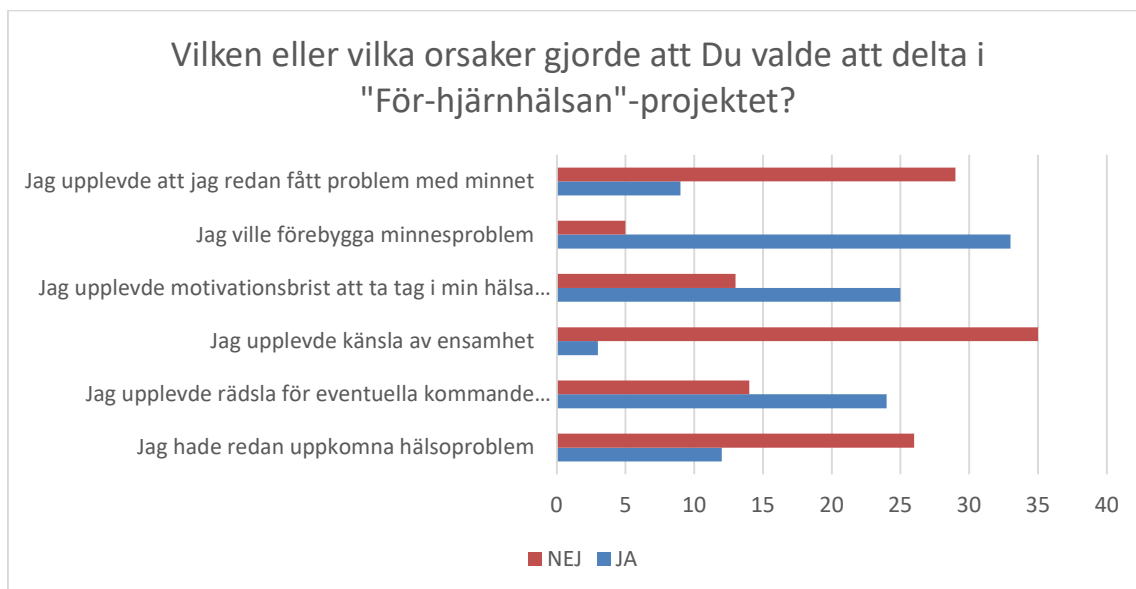


Diagram 1. Orsaker till deltagande i "För-hjärnhälsan-projektet"

Övriga orsaker förutom ovannämnda var att en vilja att träffa nya människor, att främja hälsan i förebyggande syfte, ett intresse att prova något nytt, att få genomgå olika tester och få uppföljning på dessa, att få mera information och kunskap, rädsla för kroniska sjukdomar pga. hereditet samt mera tillgång till egen tid pga. pensionering.

7.1.2 Riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan

Nedan följer resultatet av informanternas subjektiva upplevelser kring vilka riskfaktorer som finns med tanke på hjärnhälsan **innan projektet startade**. Högt kolesterolvärde uppges som riskfaktor för 61% (23/38), högt blodtryck för 53% (20/38), sömnproblem för 42% (16/38), stress och övervikt för 37% (14/38), fysisk inaktivitet för 34% (13/38), högt blodsocker för 11% (4/38), ensamhet och känsla av hopplöshet för 8% (3/38), depression, social isolering, för högt alkoholintag, rökning samt inga riskfaktorer för 3% (1/38). Resultatet visas även i diagram 2.

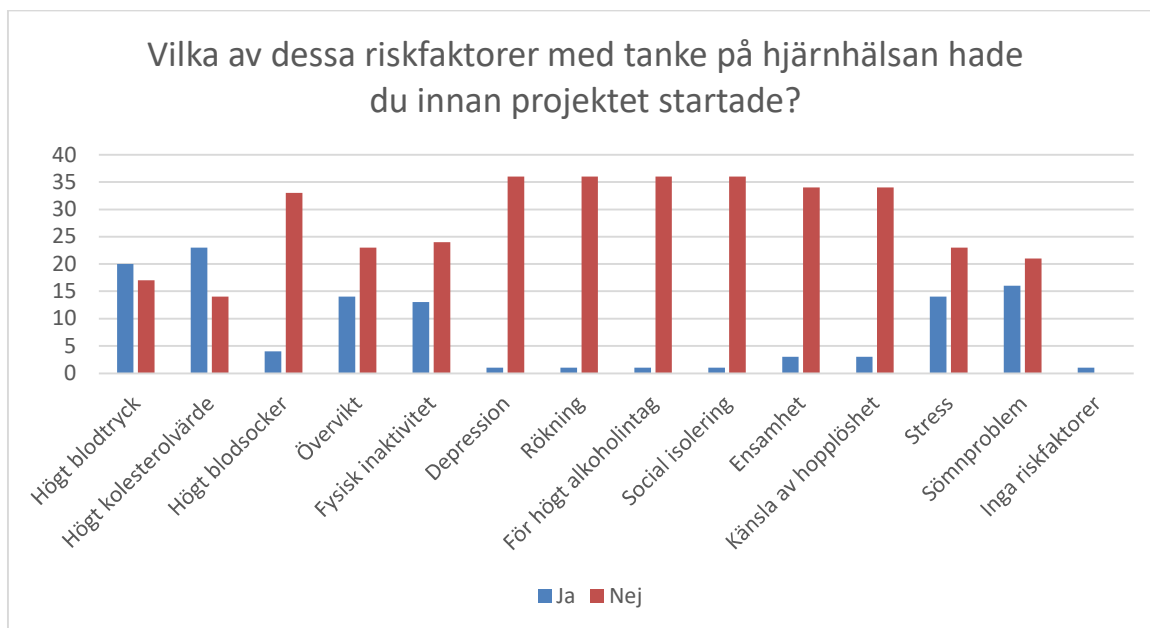


Diagram 2. Subjektiva upplevelser av riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan innan projektet startade

Övriga riskfaktorer som beskrivs förutom ovannämnda var hereditet för minnessjukdomar och hjärt- och kärlsjukdomar, nedsatt initiativförmåga, tidigare genomgången utmattningsdepression samt brister i kostvanorna.

Här följer resultatet över informanternas subjektiva upplevelse av hur riskfaktorerna med tanke på hjärnhälsan förändrades **under projektets gång**. Resultatet visas även i diagram 3. Den största förändringen som sker i positiv riktning är fysisk aktivitet och 69% redogör att den fysiska aktiviteten blev bättre eller mycket bättre. Övrigt som kan lyftas fram är att 45% av informanterna upplever bättre kolesterolvärde, 29% upplever att övervikten blir bättre eller mycket bättre, 23% upplever bättre eller mycket bättre blodtryck och 21% upplever att blodsockret blir bättre. Stressnivån upplevs bli bättre eller mycket bättre för 21%, 19% upplever att känslan av hopplöshet blir bättre eller mycket bättre och 18% upplever att sömnproblemen blir bättre eller mycket bättre. Någon förbättring sker inom alla områden. 5% upplever att fysisk aktivitet och social isolering blir sämre och 3 % upplever att riskfaktorerna sömnproblem, ensamhet, övervikt och högt blodtryck blir sämre under projektets gång.

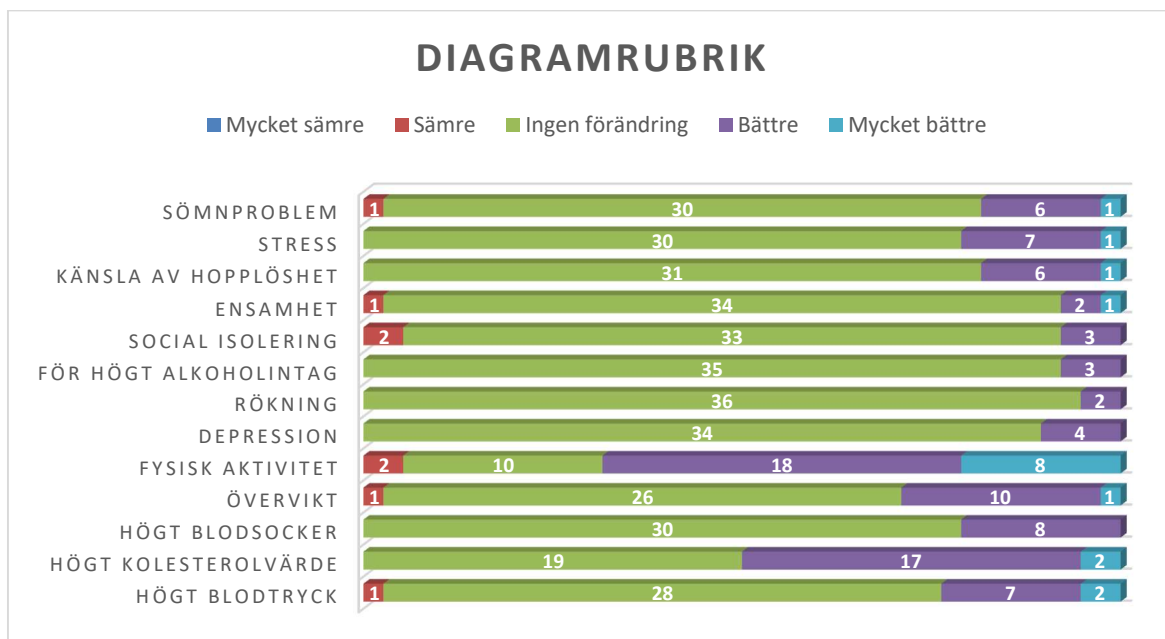


Diagram 3. Subjektiva upplevelser hur riskfaktorerna med tanke på hjärnhälsan förändrades under projektets gång

Övriga förändringar som beskrivs med tanke på riskfaktorerna är större medvetenhet om möjligheten att påverka, förbättrade värden gällande hjärt- och kärlsjukdom, nya idéer gällande kosten och motionen samt förbättrad motivation att bry sig om hälsan.

Här redovisas informanternas subjektiva upplevelse av hur riskfaktorerna med tanke på hjärnhälsan ser ut **idag i jämförelse med hur de såg ut vid projektets slut**. I diagram 4 beskrivs förändringen och det framkommer att en del av riskfaktorerna ytterligare har förbättrats men också försämrats sedan projektet tog slut. De största subjektiva förbättringarna gäller kolesterolvärdet och fysisk aktivitet medan de största försämringarna gäller övervikt och stress.

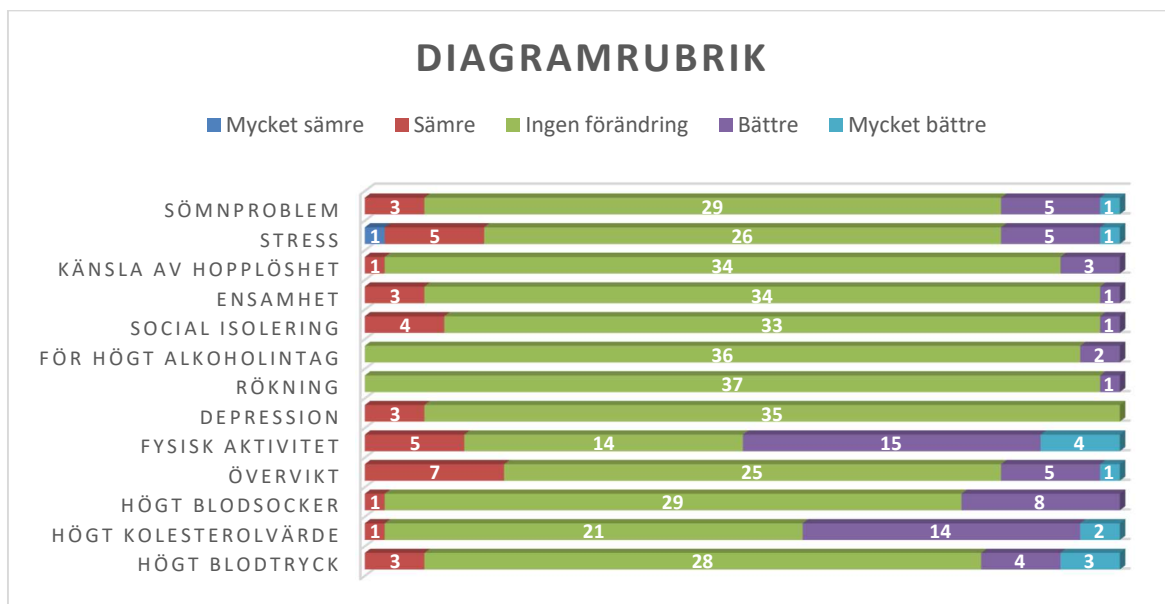


Diagram 4. Subjektiva upplevelser hur riskfaktorerna med tanke på hjärnhälsan har förändrades från projektets slut tills idag

Övriga förändringar som beskrivs förutom ovannämnda är inledande av läkemedel, coronapandemins effekter, mera hälsosam kost, mera kunskap om hur motion och näring påverkar riskfaktorer och sjukdomsrelaterade påverkningsfaktorer.

7.1.3 Livsstilsförändring utgående från Finger-modellens delområden

Finger-modellen består av fem delområden. Informanterna utvärderade sin livsstilsförändring **under projektets gång** utgående från dessa fem delområden. Det framkommer att 84% (32/38) ökar mängden motion, 13% (5/38) upplever ingen förändring och 3% (1/38) minskar mängden motion. Mängden hjärngymnastik ökar hos 79% (30/38) och 21% (8/38) upplever ingen förändring. Kostvanorna förbättras hos 76% (29/38) och 24% (9/38) upplever ingen förändring. Kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar förbättras hos 68% (26/38) och 32% (12/38) upplever ingen förändring. Den sociala aktiviteten ökas av 37% (14/38) och 63% (24/38) upplever ingen förändring. Den förändring som sker redovisas även i diagram 5.

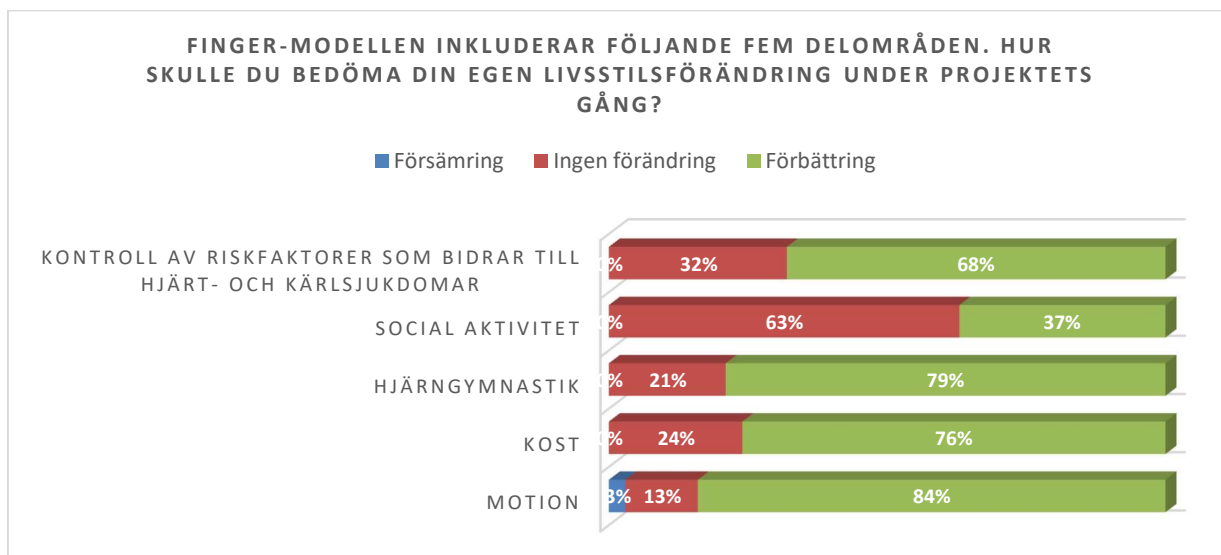


Diagram 5. Subjektiv bedömning över gjorda livsstilsförändringar enligt Finger-modellens delområden under projektets gång, dvs. åren 2019-2021

Innehållsanalys görs över informanternas svar om vilka livsstilsförändringar de gjorde **under projektes gång** och tangerar samma kategorier som Finger-modellen består av. Nästan en tredjedel av informanterna, dvs. 32% valde att inte svara på vilka livsstilsförändringar de gjort under projektet. Analysen utmynnar i dessa fem kategorier (1) Förändrade motionvanor, (2) Förändrade kostvanor, (3) Utförande av hjärngymnastik, (4) Förändrad social aktivitet, (5) Förändrad kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar.

Förändrade motionvanor

Positiva förändringar med tanke på den fysiska aktiviteten och ökad mängd motion beskrivs av 15/38 informanter, dvs 39%. Medvetenheten om motionens betydelse ökade vilket ledde till ökad mängd motion. Det beskrivs också både ökad motivation att röra på sig mera mångsidigt än tidigare.

"...mera medveten om motion, rör mig mera"

"...mera motiverad att motionera"

"...liikunta liisääntyi paljon ja kunto koheni"

"Käyn joka viikko kävelylenkillä, sauvakävely noin 5 kertaa viikossa noin 4 km/kerta sekä jumppaa noin 4 kertaa viikossa. Talviaikana meitä on sauvakävelyryhmä kerran viikossa"

Förändrade kostvanor

Positiva kostförändringar beskrivs av 15/38 informanter, dvs 39%. Det beskrivs bland annat ökad mängd grönsaker i kosten, mera fisk och förbättring av fetternas kvalitet så som t.ex. oljebaserade fetter i samband med matlagning. Det beskrivs också minskat intag av onyttiga produkter som t.ex. sötsaker. Användningen av hjärtmärkta produkter ökade och det nämns också ett mera regelbundet ätande.

"Käytän enemmän vihanneksia ja öljyä ruuanlaitoissa"

"...fäster uppmärksamhet på kosten"

"...tänker mera på kosten och köper mera hjärtmärkta produkter"

"Kosten är mera grönt. Mera fisk, mindre rött kött"

Utförande av hjärngymnastik

Ökad mängd hjärngymnastik beskrivs av 6/38 informanter (16%). Det nämns bland annat aktiviteter som korsord, sudoku, pussel och olika andra spel som aktiverar hjärnan.

"Löser korsord för att aktivera hjärnan. Bygger pussel"

"Aivojumppaa lisännyt sudokujen parissa"

"Ainakin pelaan word-peliä lukemisen lisäksi"

Förändrad social aktivitet

Förändringar i den sociala aktiviteten beskrivs av 2/38 informanter, dvs. 5%. Det nämns bland annat att mängden social aktivitet skulle ha varit större ifall coronarestriktionerna inte skulle ha hindrat möjligheten att träffas fysiskt.

”Mietiskelen entistä enemmän ja laajemmin suhdetta läheisiini ja arvovalintoja yleensäkin”

”Tulos olisi varmasti ollut paljon parempi pitkällä tähtäyksellä ellei sulkutoimet olisi sotkeneet projektia”

Förändrad kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar

Olika förändringar med tanke på kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar beskrivs av 9/38 informanter, dvs. 24%. Det beskrivs att blodtrycket och kolesterolvärdet i större grad kontrolleras och regelbundna kontroller utförs oftare hos vården.

”Minskat rökningen med 70%”

”Kollar hemma blodtrycket regelbundet”

”...tarkkailen verenpainetta ja kolesterolia”

Informanterna utvärderar även sin livsstilsförändring **från projektets slut tills idag** utgående från Finger-modellens fem delområden. Det framkommer att 53% (20/38) har ökat mängden motion, 29% (11/38) upplever ingen förändring och 18% (7/38) har minskat mängden motion. Ökad mängd hjärngymnastik rapporteras av 58% (22/38), 39% (15/38) upplever ingen förändring och 3% (1/38) har minskat mängden hjärngymnastik. Förbättrade kostvanor beskrivs av 71% (27/38), 24% (9/38) upplever ingen förändring och 5% (2/38) har försämrat kostvanorna. Kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar förbättrades för 58% (22/38), 39% (15/38) upplever ingen förändring och 3% (1/38) upplever försämring. Socialt aktivitet förbättrades för 29% (11/38), 63% (24/38) upplever ingen förändring och 8% (3/38) är mindre socialt aktiva. Den förändring som skedde redovisas även i diagram 6.

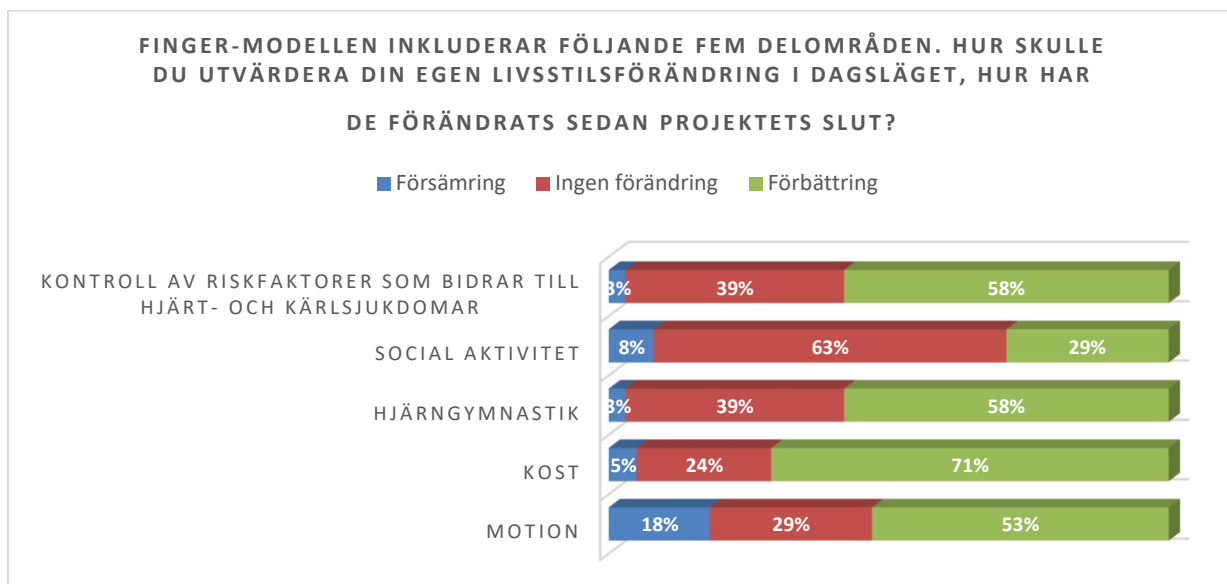


Diagram 6. Subjektiv bedömning över gjorda livsstilsförändringar enligt Finger-modellens delområden sedan projektets slut, dvs. under åren 2021-2023

Innehållsanalys görs över informanternas svar om vilka livsstilsförändringar de gjort **sedan projektet tog slut** tangerar också samma kategorier som Finger-modellen består av. Utöver dessa tillkommer ytterligare en kategori. Informanter som valde att inte svara på vilka livsstilsförändringar de gjort sedan projektet tog slut är 11/38, dvs. 29%. Analysen utmynnar i fem kategorier (1) Förändrade motionvanor, (2) Förändrade kostvanor, (3) Utförande av hjärngymnastik och social aktivitet, (4) Förändrad kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar, (5) Större medvetenhet och kunskap.

Förändrade motionvanor

Positiva förändringar i den fysiska aktiviteten beskrivs av 10/38 informanter, dvs. 26%. Det poängteras att mängden motion har fortsatt öka och det nämns motionsformer som gymträning, vattengymnastik, skidning, cykling, promenader och trädgårdsarbete. Det beskrivs också mera regelbunden motion än tidigare.

"Fortsätter som förut. Tror inte jag kan förbättra min kondition och hälsa men försöker upprätthålla den"

"Kuntosali + uinti + vesijuoksu x 2 viikossa. Talvella hiihto, sauvakävely. Kesä ja kevät pyöräily lisäksi"

"Liikunta säännöllisempää..."

Förändrade kostvanor

Positiva kostförändringar beskrivs av 9/38 informanter, dvs. 24%. Det beskrivs större uppmärksamhet på kostens innehåll, ett mera hälsosamt kostintag och större intag av hjärtmärkta produkter. Konkreta exempel som nämns är ökad mängd fisk, bröd som innehåller mera fibrer än tidigare, mera grönsaker, mindre mängd glass. Någon har också börjat odla sina grönsaker själv.

"Slutat äta glass varje dag, bytte smör till lägre fetthalt"

"Ostetaan enemmän sydänmerkkituotteita, enemmän kalaa. Käytetään leipää jossa on kuitua"

"Nyttig kost och sunda vanor"

Utförande av hjärngymnastik och social aktivitet

Ökad mängd hjärngymnastik och social aktivitet beskrivs av 5/38 informanter, dvs. 13%. Exempel på utövande av hjärngymnastik som nämns är bland annat läsning, att lösa korsord och sudoku, stickning och vävning. Att återgå till sociala aktiviteter efter coronapandemin har också tagit tid.

"Blev isolerad under coronapandemin så det har tagit en stund innan jag blev lika aktiv som före pandemin"

"...sudokut tulleet jäädäkseen"

"...mönsterstickar och väver, korsord ibland"

Förändrad kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar

Olika förändringar med tanke på kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar beskrivs av 10/38 informanter, dvs. 26%. Att kontrollera sina blodtryck i hemmet regelbundet beskrivs av informanterna samt ett regelbundet intag av mediciner.

"...går regelbundet på kontroll"

"En käytä lääkkeitä ja seuraan verenpainetta monta kertaa viikossa sekä olen ottanut joka vuosi verenkokeet"

"Seuraan tarkasti verenpainetta ja kolesterolia. Syön lääkkeet joka päivä"

Större medvetenhet och kunskap

Ett flertal uttryckte övriga förändringar som blivit en följd av projektet, närmare bestämt 7/38 informanter (18%). Förändringar som beskrivs är ökad medvetenhet och större kunskap om saker som berör kroppen och hälsan.

"Försöker göra livsstilsförändringar hela tiden för jag vet hur jag ska göra"

"Större medvetenhet angående min kropp och hälsa"

"Pyrin elämään terveellisesti tiedostaen paremmin eri osien vaikutukset"

7.1.4 Motivation

I innehållsanalysen av den första av två öppna frågor stiger flera kategorier fram. Frågan vad som motiverade informanterna att göra livsstilsförändringar utmynnar i fem kategorier (1) Hälsa och välbefinnande, (2) Social samvaro och information, (3) Uppföljning, (4) Bättre livskvalitet, (5) Rädsla för minnesproblem. 18% (7/38) av informanterna valde att inte besvara frågan.

Hälsa och välbefinnande

Som motiverande faktor med tanke på livsstilsförändringen beskriver 16/38 (42%) av informanterna påståenden som kategorises som bättre hälsa och välbefinnande. Faktorer som framkommer är att projektet "För-hjärnhälsan" är ett uppvaknande som sporrar till att leva ett sundare liv. Det ökar viljan att hålla sig i form längre eftersom såväl måendet

som orken förbättras. Det upplevs också positivt att känna att motion leder till bättre kondition vilket innebär en ytterligare ökad motivation att röra på sig.

"...märkte att rörligheten ökade och artrosen kändes inte av lika mycket. Mera aktiv"

"...koska sen huomaa itse että jaksaa paremmin"

"Jag tror inte jag kan förbättra min kondition och hälsa med försöker upprätthålla den"

"Jag vill försöka hålla mig i form längre upp i åren"

Social samvaro och information

Social samvaro och ökad kunskap visar sig också vara en motiverande faktor till livsstilsförändringar och 16/38 (42%) informanter beskriver bla. att kunskap och medvetenhet fungerar som motiverande faktorer och föreläsningarna visar sig vara lärorika. Det upplevs roligt att träffa nya människor och pröva nya aktiviteter och gruppens deltagare samt den sociala samvaron är viktig. Gruppträffarna upplevs trevliga och sporrande samt poängteras vikten av sporrande och positiv personal.

"En knuff i rätt riktning av duktig personal och gruppsamvaro"

"Projektin tapaamiset olivat mukavia ja kannustavia tilaisuuksia"

"...märker att social samvaro är viktig"

"...upprepningar och där med medvetenhet om sånt som borde finnas inbyggt"

Uppföljning

Uppföljningar och det faktum att man blir testad poängteras som en motiverande faktor hos 9/38 (24%) informanter. Inom denna kategori nämns att det är sporrande att veta att man genomgår tester som upprepas efter en tid för att kontrollera eventuella förbättringar. Laboratorieproverna är också viktiga för att få vetskap om sina värden och därmed få ökad motivation till att förbättra dem. Att försöka få vikten under kontroll upplevs motiverande.

"Visste att jag skulle på test och kontroll om en viss tid. Piska fungerar bättre än morot för mig"

"Seuranta tsemppasi myös"

"Painon nouseminen pysähtyi"

"Lab.värden är viktiga"

Bättre livskvalitet

Upplevelsen av ökad livskvalitet beskrivs som motiverande faktor av 9/38 informanter, dvs. 24%. Det uttrycks förhoppning om ett långt och friskt liv och en bättre ålderdom. Livsstilsförändringarna inger hopp och det beskrivs en vilja av att må så bra som möjligt. Det poängteras också bättre välbefinnande i och med projektet, vilket i sig är en motiverande faktor.

"Livsstilsförändringar gav mig hopp"

"Önskar mig en så frisk ålderdom som möjligt"

"Elämä tuntuu elämisen arvoiselta"

"Toive pitkästä hyvästä elämästä"

Rädsla för minnesproblem

Rädsla att insjukna i en minnessjukdom eller att få minnesproblem beskrivs som en motiverande faktor för 4/38 (11%) informanter. Här framkommer rädsla för att drabbas av en minnessjukdom och det finns erfarenhet hos informanterna av att sköta närstående som insjuknat. Det uttrycks en förhoppning om att inte förlora tankeverksamheten.

"...muistan kuinka ahdistavaa oli hoitaa muistisairasta äitiä"

"Blev motiverad att inte få minnessjukdom"

"...pelko muistisairaudesta"

7.1.5 Avsaknad av motivation

I innehållsanalysen av den andra av två öppna frågor stiger några kategorier fram. På frågan vad som hindrade informanterna att göra livsstilsförändringar kom det färre svar än på frågan om vad som motiverade till livsstilsförändringar. Svaren utmynnar i tre kategorier (1) Fysiska hälsohinder, (2) Psykiska och sociala hälsohinder, (3) Ekonomiska hinder och 47% (18/38) av informanterna valde att inte besvara frågan.

Fysiska hälsohinder

Olika fysiska hälsohinder beskrivs som hinder i livsstilsförändringsresan av 8/38 informanter, dvs. 21%. Exempel på fysiska hälsohinder som nämns är artrosproblem, annan sjukdom som hindrar utförande av fysisk aktivitet eller olika former av smärttillstånd.

" Mina artrosproblem hindrar mig att gå längre sträckor"

"...mindre motion pga svullet knä"

" Pitkittynyt sairaus hankaloittaa liikuntaa"

Psykiska och sociala hälsohinder

Psykiska och sociala hinder till livsstilsförändringar uttryckts av 8/38 (21%) informanter. Inom ramen av denna kategori nämns ensamhet och nedstämdhet. Det rapporteras också upplevelse av stress som hindrar utförandet av livsstilsförändringar. Coronapandemins restriktioner som var aktuella under senare delen av projektet beskrivs också som negativa faktorer som påverkar motivationen till förändring.

" Ingenting hindrar mig förutom humöret"

" ...nu har jag bott ensam i ett år och det är inte bra"

" Koronarajoitukset hankaloittavat suuresti liikuntaharrastuksia ja kaveripiiri harveni kun ihmiset eivät uskaltaneet olla tekemisissä toistensa kanssa."

Ekonomiska hinder

Ekonomi påpekas som ett hinder av 2/38 (5%) informanter. Det beskrivs att både maten och uppvärmningskostnader av bostaden har blivit dyrare.

" Ekonomiska orsaker t.ex. maten är dyrare, uppvärmning av huset är dyrare. Började inte på gym igen då ett medlemskap är krångligt att säga upp"

7.1.6 Upplevelse av hälsa

Den allmänna upplevelsen av hälsa just nu tillfrågas också i enkäten och redovisas i diagram 7. Det framkommer att 8% (3/37) upplever att hälsan är utmärkt, 5% (2/37) svarade att hälsan är mycket god, 76% (28/37) uppger att hälsan är god, 11% (4/37)

rapporterade att hälsan är någorlunda och ingen av informanterna uppger att hälsan är dålig. En person valde att inte svara på frågan.

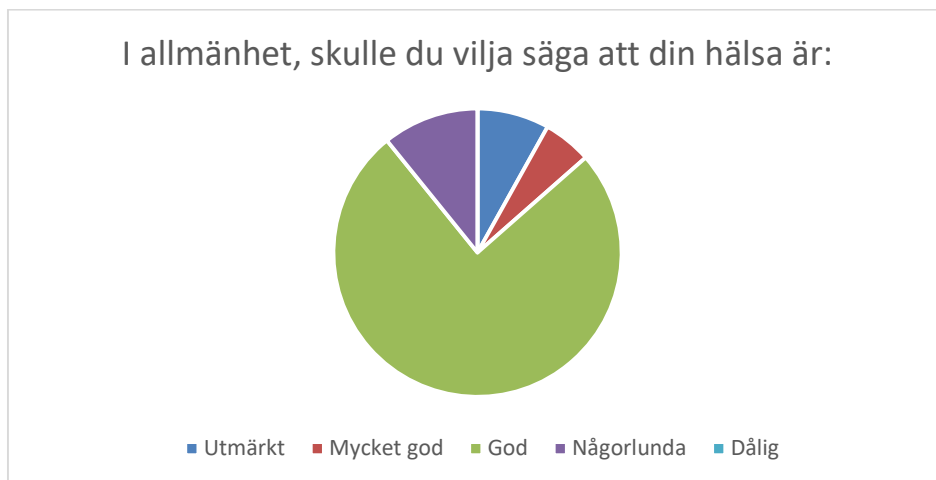


Diagram 7. Informanterna upplevelse av hälsa i nuläget

Informanternas subjektiva **upplevelse av hälsotillståndet idag i jämförelse med hälsotillståndet vid projektets slut** redovisas i diagram 8 och är väsentlig fråga i sammanhanget och 11% uppger att hälsotillståndet är mycket bättre än vid projektets slut, 24% upplever att hälsotillståndet är något bättre än vid projektets slut, 46% rapporterar att hälsotillståndet är ungefär detsamma, 19% uppger att hälsotillståndet är något sämre än vid projektets slut och ingen rapporterar att hälsotillståndet är mycket sämre än vid projektes slut. En person valde att inte svara på frågan.

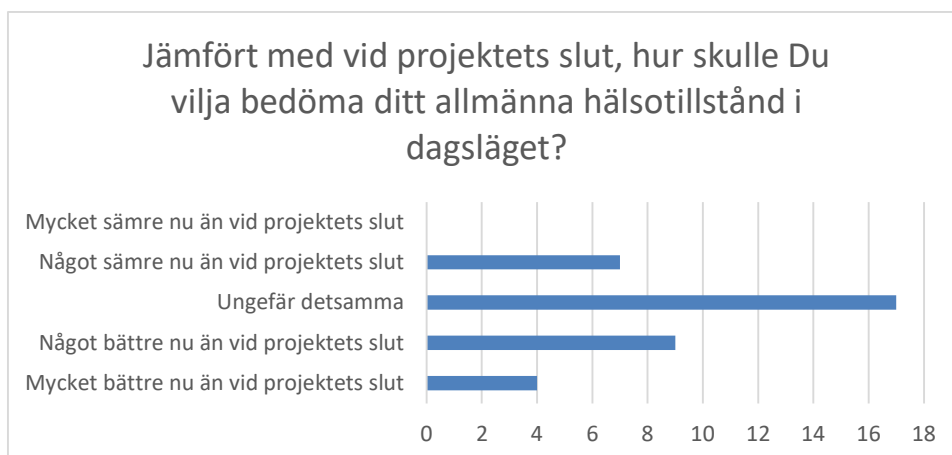


Diagram 8. Informanternas upplevelse av hälsotillståndet idag i jämförelse med hälsotillståndet vid projektets slut.

7.2 Redovisning av objektiva variabler

I analysen av de objektiva variablerna är syftet att utröna eventuella skillnader mellan åren 2019, 2021 och 2023. Variablerna analyseras med univariat analys Anova.

7.2.1 Blodsocker

Medelvärdet för alla informanters fP-gluc-värde år 2019 är 6,01 med intervall (5,81-6,21). Under år 2021 är medelvärdet 6,19 med intervall (6,01-6,36) och år 2023 är medelvärdet 5,74 med intervall (5,5-5,99).

Univariata analyserna påvisar att inga signifikanta skillnader kunde påvisas beträffande fP-gluc-värdets förändring från åren 2019 till 2021. Däremot påvisar univariata analyserna en signifikant skillnad mellan åren 2021 till 2023 [$t(37) = 3,10, p < 0,010$] och mellan åren 2019 och 2023 [$t(37) = 4,38, p < .001$].

Under hela den longitudinella studien som innefattar 4 år, dvs år 2019 till 2023 påvisar de univariata analyserna att det finns en signifikant skillnad beträffande fP-gluc-värdet ($p < .001$).

7.2.2 Viktindex

Medelvärdet för alla informanters BMI-värde år 2019 är 26,7 med intervall (25,7-27,8). Under år 2021 är medelvärdet 26,6 med intervall (25,4-27,7) och år 2023 är medelvärdet 26,6 med intervall (25,5-27,6).

Univariata analyserna påvisar att inga signifikanta skillnader kunde påvisas beträffande BMI-värdets förändring mellan åren 2019 till 2021 och inte heller mellan åren 2021 och 2023. Liknande mönster kunde även konstateras mellan åren 2019 och 2023, där heller inget signifikant samband förekom. Hela studiens omfattning (2019-2023) innefattar samma resultat i analysen det vill säga inga signifikanta skillnader kunde påvisas.

7.2.3 Kolesterol

Medelvärdet för alla informanternas fP-Kol-värde år 2019 är 5,74 med intervall (5,31-6,18). Under år 2021 är medelvärdet 5,36 med intervall (4,91-5,81) och år 2023 är medelvärdet 4,83 med intervall (4,45-5,21).

Univariata analyserna visar att inga signifikanta skillnader kunde påvisas beträffande fP-Kol-värdets förändring från åren 2019 till 2021. Däremot påvisar analyserna en signifikant skillnad mellan åren 2021 till 2023 [$t(37) = 3,46, p < 0,004$] och mellan åren 2019 och 2023 [$t(37) = 5,47, p < .001$]. Beträffande hela tidsperioden på 4 år (2019-2023) påvisar univariata analyserna att det finns en signifikant skillnad i kolesterolvärdet ($p < .001$).

7.2.4 Blodtryck

Gällande blodtrycksvärdet år 2019 var medelvärdet av alla informanternas systoliska blodtryck på morgonen 130 med intervall (126-135) och på kvällen 133 med intervall (129-138). År 2021 var medelvärdet på morgonen 128 med intervall (123-135) och på kvällen 131 med intervall (127-135). År 2023 var medelvärdet på morgonen 129 med intervall (125-134) och på kvällen 130 med intervall (126-134).

Informanternas medelvärde av det diastoliska blodtrycket på morgonen år 2019 är 76,5 med intervall (72,7-79,9) och på kvällen 76,9 med intervall (73,5-80,2). År 2021 är medelvärdet på morgonen 75,3 med intervall (72,7-79,9) och på kvällen 74,6 med intervall (72,1-77,2). År 2023 är medelvärdet på morgonen 74,3 med intervall (71,8-76,8) och på kvällen 73,9 med intervall (71,8-76,6).

Univariata analyserna visar att inga signifikanta skillnader kunde påvisas beträffande förändring i blodtrycksvärden mellan åren 2019 till 2021 och inte heller mellan åren 2021 och 2023. Liknande mönster kunde även konstateras mellan åren 2019 och 2023, där heller inget signifikant samband förekommer. Däremot påvisar de univariata analyserna under hela studiens tidsomfattning (år 2019-2023) att det finns en signifikant skillnad gällande det diastoliska blodtrycket som mätts kvällstid ($p < 0,039$).

7.3 Redovisning av Caide-risktesten

Med hjälp av Caide-risktesten kan man bedöma ifall personen befinner sig riskzonen att utveckla minnessjukdom. Ifall personen har 6 poäng eller mera i risktesten har hen nytta av att inleda livsstilsförändringar enligt Finger-modellen. Poängen räknas i början av projektet, i slutet samt två år efter att projektet tagit slut. Resultatet påvisar att 17 informanter (45%) förbättrar sina caide riskpoäng mellan åren 2019–2021, 2 informanter (5%) försämrar sina poäng under samma tid och 19 informanter (50%) behåller riskpoängen på samma nivå. Mellan åren 2021–2023 behåller 26 informanter (68%) sina riskpoäng, 4 informanter (11%) förbättrar poängen medan 8 informanter (21%) försämrar riskpoängen.

8 Diskussion

Att utvärdera "För hjärnhälsan" projektdeltagarnas förändringsresa och att få ta del av hur livsstilsförändringarna har påverkat hälsan och vad som motiverar eller hindrar till utförande av dessa förändringar var syftet med studien. Det kan vara lätt att finna motivation till förändring när man medverkar i ett projekt som innehar både struktur och förutbestämt program än det är att bibehålla motivationen och upprätthålla den nya livsstilen efteråt, när man står på egna ben. Motivationsfaktorn är hörnstenen i hela förändringsarbetet.

8.1 Metoddiskussion

I planeringsskedet av en forskning bör målsättningen vara att ha hög reliabilitet och validitet. Dessa begrepp är inflätade i varandra. Validitet innebär i vilken grad mätinstrumentet man använder sig av mäter det som är tänkt att mäta. Man brukar dela in begreppet validitet i intern och extern validitet. Med intern validitet syftar man till om svaret på forskningsfrågan innehas i resultatet eller om det kan finns någon annan förklaring till det resultat man kommit fram till. Den externa validiteten innebär ett ställningstagande till om resultatet kan generaliseras, dvs. kan resultatet gälla för en större population? (Henricson, 2023, s. 141-143)

Reliabilitet innebär ett ställningstagande till om mätresultatet förblir detsamma om man upprepar mätningen. Ifall så är faktum innehar instrumentet en hög grad av reliabilitet. De vanligaste orsakerna till sämre reliabilitet i en studie är att mätinstrumentet gör

slumpmässiga mätfel, att användaren av mätinstrumentet gör slumpmässiga fel eller att det inträffar slumpmässiga fel vid mätningar som görs över tid. (Henricson, 2023, s. 144-145)

Urvalet av informanter anser respondenten var det ända självklara, dvs att alla deltagarna i projektet gavs möjlighet till deltagande eftersom tanken var att följa upp just dessa personer som deltagit i livsstilsinterventionen. 81% av alla som medverkade i "Förhjärnhälsan"-projektet deltog i studien. Tumregeln vad gäller svarsprocenten anses vara tillfredställande om den överstiger 50%, bra om den överstiger 60% och mycket bra om den överstiger 70% (Jakobsen, 2010, s. 233). Detta innebär att denna studie har en mycket bra svarsprocent.

För att synliggöra studiens starka och svaga sidor är det skäl att lyfta fram dess validitet och reliabilitet. I studien användes både kvalitativ och kvantitativ metod och som datainsamlingsmetod användes enkät och olika objektiva variabler som erhöles på basen av bl.a. enkätsvar, laboratoriesvar och andra mätningvärden. Analysen gjordes med hjälp av både deskriptiv och analytisk statistik samt innehållsanalys. Eftersom informanterna var 38 till antalet ansågs det realistiskt att använda metoden intervju, trots att den metoden skulle ha gett ett ännu djupare innehåll i studien. Och att välja ut endast några informanter var inte ett alternativ eftersom alla informanters åsikter, upplevelser och förändringar upplevs som viktiga.

Konstruerandet av enkäten utfördes så att den innehöll både slutna och öppna frågor för få både djup och bredd i studien. Dessutom användes kvantitativa objektiva variabler som gjorde att studien fick en bredare infallsvinkel eftersom dessa variabler baserar sig på fakta. En enkät bör konstrueras så att den svarar på frågeställningarna och syftet man har med sin studie (Trost, 2007, s.15). Informanternas svar på enkäten är en subjektiv bedömning och de frågor som berörde år 2019 och 2021, alltså projektstarten och projektets slut, är ju det faktum händelser och upplevelser som skedde för flera år sedan. Detta skulle i teorin kunna innebära att informanterna inte nödvändigtvis kommer ihåg hur situationen och hälsotillståndet verkligen var vid den tiden. Fakta och upplevelser kan förvrängas med tiden. Att informanterna själva reflekterar och tar ställning till den egna livsstilsförändringsresan är viktig och varje informants beskrivning är ju hans sanning. Det kan också tilläggas att alla informanter är insatta i Finger-modellen och torde ha stor

förståelse kring innebörden i frågorna, eftersom de medverkat i "För hjärnhälsan"-projektet och fått information om modellen. Respondenten ser heller ingen orsak till att informanterna medvetet skulle vara oärliga i sina svar.

Användandet av skalor är ett bra sätt att ta fasta på om förändringen skett i positiv eller negativ riktning inom respektive område. En färdigt formulerad lista i enkäten på vilka delområden Finger-modellen innehar är ett sätt att friska upp minnet för informanterna och ge studien en bredare nyans inom respektive område. Det som framkommer i analysen är att de listade riskfaktorerna kunde ha utformats på ett annorlunda sätt med tanke på riskfaktorerna högt blodtryck, högt kolesterolvärde, högt blodsocker och övervikt eftersom de även fanns med som objektiva variabler och därmed fanns tillgängliga i studien. Vid närmare eftertanke kunde de därmed ha uteslutits från den subjektiva bedömningen.

I innehållsanalysen som beskriver vilka livsstilsförändringar som utfördes av informanterna var svaren korta och textbeskrivningen innan kategorierna blev också korta av den orsaken.

Det används ofta en kombination av både deskriptiv och analytisk statistik när man forskar (Henricson, M. 2023, s. 285) och detta gjordes även i denna studie. De objektiva variablerna är ju reliabla och baserar sig på fakta. Kombinationen av den deskriptiva och den analytiska statistiken torde ge en större tillförlitlighet till resultatet. Dessutom utfördes innehållsanalys av de öppna frågorna i enkäten. Deskriptiv statistik är den metod som användes i störst grad i analysen av enkäten. Detta gjordes för att få en övergripande inblick i materialet och i den förändring som skedde över denna 4-åriga tidsperiod. Beskrivningen av hur upplevelsen av hälsa ser ut idag utfördes också med hjälp av deskriptiv statistik. Denna dataanalysmetod var ett bra sätt att få grepp om helheten i studien och att redovisa resultatet på ett överskådligt sätt. Den analytiska statistiken redovisades med hjälp av Jamovi 2.4.11, vilket var ett helt okänt och nytt program för respondenten. Detta faktum var en utmaning, men övning ger färdighet och analyserna och följaktligen resultaten av analyserna pratar sitt tydliga språk om vilka faktabaserade förändringar som skedde hos informanterna.

När det gäller de öppna frågorna var svarsprocenten hög på frågan om vad som motiverade till livsstilsförändring och betydligt lägre på frågan vad som hindrade informanterna till utförande av livsstilsförändringar. Detta kan tolkas som att det inte fanns saker som upplevdes hindrande eller att man helt enkelt valde att inte dela med sig av dessa

erfarenheter och upplevelser. Detta kan naturligtvis påverka helhetsresultatet och leda till att värdefulla synpunkter uteblir, vilket i sin tur kan minska på tillförlitligheten till resultatet. Man kan naturligtvis spekulera i om en annan datainsamlingsmetod ha kunnat ge ett annat resultat på just den delen.

De etiska principerna har tagits i beaktande under hela processen och förfarandet som gäller noggrannhet, omsorgsfullhet och hederlighet har iakttagits, både när det gäller dokumenteringen och presentationen av resultatet. Inga andra än respondenten har haft tillgång till materialet och ingen informant kan identifieras i studien.

Respondenten var personligen en av dragarna i projektet "För hjärnhälsan" och hade därmed kunskap om projektets struktur och det förutbestämda programmet som deltagarna medverkade i, vilket upplevdes som en fördel i utformningen av enkäten.

8.2 Resultatdiskussion

Största orsaken till medverkande i "För-hjärnhälsan"-projektet var att man ville förebygga minnesproblem och motivationsbrist att ta tag i livsstilsförändringarna på egen hand. Vad som mest motiverade deltagarna till förändring var känslan av hälsa- och välbefinnande, social samvaro och information och gällande faktorer som hindrade till förändring framkom fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska hinder.

De riskfaktorer majoriteten av informanterna bäst fick bukt med över hela 4-årsperioden var fysisk inaktivitet, högt kolesterolvärde och högt blodsocker och förändringar i negativ riktning skedde främst mellan åren 2021 och 2023 gällande riskfaktorerna övervikt, stress och till en viss del även fysisk aktivitet. Livingstone et al. (2020) belyser de potentiellt modifierbara riskfaktorernas betydelse och att de står för en stor procent av minnessjukdomarna. Vidare påstås det att om tar man itu med dem kan man både fördröja och förebygga minnessjukdomar.

En väsentlig aspekt av resultat i studien är de objektiva variablerna blodsocker, kolesterol och diastoliskt blodtryck (kvällsvärdet) förbättrades under hela den longitudinella studien, dvs under åren 2019-2023.

Upplevelse av hälsa är helt och hållet en subjektiv upplevelse. Av denna informantgrupp upplever 89% att de har en god, mycket god eller utmärkt hälsa idag. På frågeställningen

hur hälsotillståndet förändrats från "För-hjärnhälsan"-projektets slut tills idag upplever över 80% att hälsotillståndet är detsamma, något bättre eller mycket bättre än vid projektets slut. Detta är fina siffror med tanke på att informanterna nu är något år äldre och fortfarande upplever nästan 9/10 att de har en god, mycket god eller utmärkt hälsa idag. Dessutom upplever över 8/10 att hälsotillståndet är detsamma eller bättre än efter projektets slut, vilket kan tolkas som att graden av motivation till upprätthållande av den "nya" livsstilen fortsättningsvis är hög.

Största förändringen i positiv riktning angående Caide-risktesten skedde under åren 2019-2021, vilket är ganska självskrivet eftersom informanterna då deltog i projektet "För-hjärnhälsan", som gav möjligheten till strukturerat program med regelbundna träffar och uppföljningar. Salomon et al. (2021) poängterar också att interventionsgruppen i Finger-studien fick mera uttalad förbättring i Caide riskpoängen under första året, eftersom interventionen då var mera intensiv, och det andra året bibehölls riskpoängen när frekvensen på det förutbestämda programmet inte skedde lika ofta. Nästan hälften av informanterna förbättrade sina riskpoäng under "För-hjärnhälsan"-projektets två år medan ett fåtal försämrade poängen. De följande två åren behöll majoriteten sina poäng, men det fanns också både förbättringar och försämringar. Tilläggas kan att i "vårt" projekt fick alla delta, oberoende om poängen kunde förbättras eller inte. Ngandu et al. (2014) beskriver att ett kriterium för deltagande i Finger-studien var att Caide-risktesten skulle vara 6 poäng eller mera. I "För-hjärnhälsan"-projektet hade alla inte förbättringsbara poäng. Informantgruppen är också vid dagsdatum fyra år äldre, vilket i sig medför en ökad risk för minnesproblem.

Som tidigare nämnts är motivationen är en viktig aspekt i sammanhanget. Att som vårdpersonal få mera kunskap och insikt i vilka som är de motiverande faktorerna för människor att inleda och upprätthålla livsstilsförändringar är väsentligt. Majoriteten av informanterna upplevde redan uppkomna hälsoproblem, motivationsbrist till förändring och rädsla för eventuella kommande hälsoproblem som orsaker till att de medverkande. Vidare konstateras att det som motiverade var bl.a. en önskan om hälsa- och välbefinnande, social samvaro och information. Kjelvik et al. (2023) poängterar i studien att bl.a. tillräcklig kunskap och motivationsfaktorer påverkar människor att ta sig an hälsofrämjande beteenden. Det finns alltså en bristfällig medvetenhet hos människor, dock

poängterar forskningen att erfarenheter av hälsoproblem och en vilja att leva ett självständigt liv fungerar som motiverande faktorer.

Bosco et. al (2020) beskriver motivationsfaktorer som t.ex. erfarenheten av förälder med minnessjukdom och viljan att förebygga om det går samt upplevda fördelar med en hälsosam livsstil. Detta framkom även i resultatet av denna studie. Man vill uppleva hälsa och välbefinnande och leva ett så långt och friskt liv som möjligt. Det beskrivs också erfarenhet av förälder med minnesproblem och en rädsla att själv drabbas. Bosco et al. (2020) poängterar också den evidensbaserade informationens betydelse för att få människor att ändra livsstilen för att minska risken för minnessjukdom. Rosenberg et al. (2020) rapporterar likande resultat dvs att människor innehar en begränsad kunskap inom detta område och behovet av praktisk och tillförlitlig information lyfts fram. Vidare poängteras bl.a. att rädsla och oro över de egna riskerna kan fungera som motiverande faktorer. I den här studien identifieras liknande faktorer som påverkar motivationen och det lyfts fram bl.a. uppföljningens betydelse och upplevelsen av bättre livskvalitet. Strandbergs et al. (2017) beskriver Finger-deltagarnas förändring gällande hälsorelaterad livskvalitet under Finger-studiens gång och interventionsgruppen uppnådde en högre grad av hälsorelaterade livskvalitet än kontrollgruppen.

Hindren i förändringsarbetet beskrivs i denna studie som fysiska hinder och faktorer som framkom är t.ex. sjukdom och smärta men också psykiska och sociala hinder så som t.ex. ensamhet, nedstämdhet och de coronarestriktioner som pågick under andra halvan av projektet. Någon nämnde även ekonomin som ett hinder. Lehtisalo et al. (2021) rapporterar också om den första fasen av Coronapandemins effekter där det bl.a. framkom att man deltog i mindre utsträckning i evenemang och verksamheter och känslor av ensamhet ökade i någon mån.

Informanterna beskriver även sina utförda livsstilsförändringar enligt Finger-modellens fem delområden och under åren som deltagare i "För-hjärnhälsan"-projektet utövade de allra flesta motion i högre grad än tidigare. Denna förändring fortsatte också i positiv riktning för mera än hälften av deltagarna efter projektet. Liknande förändringar över tid gäller även kosten, hjärngymnastiken och kontroll av riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Den största förändringen i positiv riktning som skedde efter projektets slut gäller förbättring av kosten. Lehtisalo et al. (2017) belyser också kostförändringens betydelse och dess positiva

påverkan på kognitiv försämring och resultatet påvisar att kostvanorna förblev stabila eller till och med förbättrades.

De objektiva variablerna blodsocker och kolesterol påvisar att det finns en signifikant skillnad över tid, dvs under alla fyra åren och informanterna förbättrade både sina blodsockervärden och kolesterolvärden. Det diastoliska blodtrycksvärdet som mättes på kvällen påvisade också en signifikant skillnad under hela den longitudinella studien. Detta kan tolkas som att livsstilsinterventionen har haft betydelse och att motivationen bibehölls även efter "För hjärnhälsan"-projektet eftersom värdena förbättras. Dock har respondenten inte tagit del av ifall läkemedel har påbörjats eller om det endast är livsstilsförändringen som gett positiv effekt. Ifall läkemedel har påbörjats kan det tolkas som att informanterna tagit kontroll över sina hjärt- och kärlrelaterade riskfaktorer, vilket är det väsentliga i sammanhanget. Marengoni et al. (2018) rapporterar interventionens effekt på kroniska sjukdomar och det framkom att interventionsgruppen fick 60% minskad risk att utveckla nya kroniska sjukdomar. Lehtisalo et al. (2022) beskriver också att interventionsgruppen fick minskad risk för kardiovaskulära händelser.

Medelvärdet av informanternas BMI var normala redan vid projektstarten, så någon märkbar förbättring kan man följaktligen inte förvänta sig.

De teoretiska utgångspunkterna i studien är självklart Finger-modellen, som har tangerats genom hela arbetet, men också Aron Antonowskys salutogenetiska modell, känsla av sammanhang, KASAM. Antonowsky (2011) beskriver modellen som består av komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet, dvs att förstå orsakerna till behovet av förändring är väsentligt i livsstilsförändringarbetet. Antonowsky (2011) beskriver att känslan av begriplighet kan ökas genom adekvat och evidensbaserad information, som också har framkommit i denna studie. Varför behöver jag göra en förändring? Det ger en förutsägbarhet, som beskrivs i modellen, och ökar förståelsen för vad man behöver göra. Informanterna beskriver uppföljning som en motiverande faktor, vilket också gör hela processen mera begriplig i och med att man får feedback på sina eventuella förbättringar. Man ser svart på vitt effekterna av den förändring man gjort och får därmed positiv respons av vårdgivaren, vilket ger en tillfredsställelse och ökar begripligheten.

Vidare beskriver Antonowsky (2011) hanterbarhet, som är den andra komponenten i modellen. Känsla av hanterbarhet kan också relateras till detta sammanhang. Varje människa äger sin egen livsstil och bestämmer själv hur mycket man är beredd att satsa utgående från egna resurser och målsättningar. Detta är något som vårdgivaren också behöver respektera. Respondentens upplevelse är att vårdgivarens uppgift är att informera och inspirera. Det kan vara av vikt att även integrera en eventuell partner i livsstilsförändringen, eftersom förändringarna behöver modifieras så att de passar in i personens livssituation för att göra den mera hanterbar. Små förändringar är också viktiga förändringar. En ökad upplevelse av hanterbarhet kan leda till att förändringarna blir mera bestående på sikt.

Meningsfullhet beskrivs av Antonowsky (2011) som den sista och eventuellt den viktigaste komponenten. Den beskrivs också som motivationskomponenten. Känsla av delaktighet och meningsfullhet är helt avgörande när man talar om livsstilsförändringar. Vid frånvaro av den känslan är livsstilsförändringarna svåra, eventuellt t.o.m. omöjliga att genomföra, eftersom den anses vara den största drivkraften. Ifall personen själv upplever att hen närmar sig polen hälsa och finner en känsla av sammanhang med att göra olika livsstilsförändringar blir hela processen mera meningsfull och chansen är stor att livsstilsförändringarna blir bestående.

8.3 Slutsats

Det finns nu vetenskapliga bevis som talar för att det lönar sig att förebygga minnesproblem och andra kroniska sjukdomar. Inom Österbottens välfärdsområde sätts mera fokus på förebyggande arbete och man har startat seniorrådgivningar runt om i Österbotten som en del i satsningen på förebyggande arbetsmetoder. Det utvecklas nya arbetsmodeller och -metoder och erfarenheterna och resultatet av denna studie kommer förhoppningsvis till nytta i denna process, eftersom Finger-modellen också implementeras på de nya seniorrådgivningarna. Wimo et al. (2022) rapporterar att kostnadseffektiviteten av implementeringen av Finger-modellen på individnivå inte nödvändigtvis är så stora men att programmet däremot anses ge stora samhälleliga vinster eftersom målpopulationen är så stor. Detta innebär ofrånkomligen att satsningen är rätt, förebyggande arbete lönar sig på sikt trots att resultatet av arbetet syns långt senare i form av en friskare befolkning.

Livingstone et al. (2020) beskriver de påverkansbara riskfaktorerna som också tangerats i den här studien. Därför är det viktigt att identifiera dessa riskfaktorer i tidigt skede för att medvetandegöra klienterna om dem. Detta är en del av seniorrådgivarnas arbetsbild. I studien beskrivs också politiska satsningar som t.ex. att utbilda barn och unga, få till stånd folkhälsoinitiativ för minimering av huvudskador, minskning av alkoholdrickande och rökning, få människor att ha kontroll över sina blodtryck redan i medelåldern samt generell uppmuntran till fysisk, kognitiv och social aktivering. Dessa satsningar vore oerhört relevanta för att förebygga kroniska sjukdomar, vilket också innefattar minnessjukdomar.

Motivationens del har poängterats genom hela arbetet och motiverande samtalsteknik kunde vara ett arbetsredskap som vårdpersonal på seniorrådgivningen kunde ha nytta av. McCarley (2009) beskriver att motiverande samtalsteknik kan användas vid anpassning till livsstilsförändringar. Att utbilda personalen i denna teknik kunde underlätta arbetet för seniorrådgivare och ge dem ett bra verktyg i arbetet med klienterna.

Kulmala et al. (2021) beskriver underlättande faktorer och hinder gällande implementeringen av Finger-modellen. Det lyfts fram bl.a. behov av multiprofessionell samverkan och vårdpersonalens samarbete med övriga aktörer. Detta betonas även i Österbottens välfärdsområde. Det finns många aktörer som arbetar förebyggande med seniorer, både inom kommunerna och tredje sektorn och ett samarbete kring det arbete som Finger-modellen kräver är en nödvändighet för att få det att fungera. Utmaningen är att en gemensam serviceplattform inte ännu existerar, vilket innebär att varken vårdpersonal eller klienter har en helhetsuppfattning om de olika verksamheterna och vad som erbjuds. Modellen är ju ännu relativt ny, så både befolkningen och olika personalgrupper behöver få information om vad modellen innebär. Detta för att kunna utveckla de egna arbetssätten för att modellen ska kunna förankras i verksamheterna. Förhoppningen är att arbetsbilden småningom klarnar för alla arbetsgrupper och att alla aktörer utvecklar fungerande metoder. Talesättet "ingen kan göra allt men alla kan göra något" är beskrivande i detta sammanhang och att samarbete finns olika aktörer är en förutsättning.

Förebyggande av hjärnhälsa är ett väldigt aktuellt ämne och mycket forskning pågår, både nationellt och internationellt. I Sverige har man också tagit till sig Finger-modellen och implementering av modellen på befolkningsnivå pågår även där t.ex. i Stockholmsregionen. Det blir även intressant att följa med World Wide Finger och resultaten som småningom

publiceras av de pågående interventionerna som görs på olika håll i världen. Eftersom Finger-modellen implementeras inom primärvården nationellt och också inom Österbottens Vårdsområde vore det intressant med fortsatt forskning kring hur de nya förebyggande arbetsmetoderna påverkar seniorerna och deras hälsa på sikt. Blir befolkningen friskare? Det är också av intresse att följa upp de olika förebyggande arbetsmetodernas effektivitet, eftersom man kan anta att arbetsmetoderna kommer att variera i olika delar av landet. Hur skiljer sig arbetsmetoderna? Är någon metod effektivare än någon annan?

Källförteckning

Antonowsky, A. (2011). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Backman, Y., Gardelli, T., Gardelli, V. & Persson, A. (2012). *Vetenskapliga tankeverktyg – till grund för akademiska studier*. Lund: Studentlitteratur AB.

Basun, H., Skog, M., Wahllund, L-O. & Wijk, H. (2023). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bosco, A., Jones, KA., Di Lorito, C., Stephan, BCM., Orrell, M., Oliveira, D. (2020). *Changing lifestyle for dementia risk reduction: Inductive content analysis of a national UK survey*. Public Library of Science, 15 (5), e0233039.

Duodecim god medicinsk praxis. (2023). Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00055#s11>

Duodecim god medicinsk praxis. (2022). Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00092>

Duodecim käypä hoito. (2023). Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>

Duodecim käypä hoito. (2020). Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010>

Duodecim käypä hoito. (2020). Hämtat från <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

Finne-Soveri, H. toim., (2015). *Kansallisten muistiohjelman toimeenpanosuunnitelma vuosille 2015-2020*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 37/2015. Helsinki. Hämtat från https://www.iulkari.fi/bitstream/handle/10024/129596/TY%c3%962015_37_Kansallinen%20muistiohjelman_web.pdf?sequence=3

Forskningsetiska delegationen, (2012). *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Hämtat från [HTK ohje 2012.pdf \(tenk.fi\)](#)

Henricson, M. (2023). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (2008). *Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Pozkal: Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd. (u.å). Hämtat från [FINGER-MODELLEN \(thl.fi\)](https://thl.fi)

Ivarsson, B. & Ortiz, L. (2013). *MI – motiverande samtal, praktisk handbok i äldre omsorgen*. Mölnlycke: Erlanders i Sverige Ab.

Jakobsen, D. I. (2010). *Förståelse, beskrivning och förklaring – Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och social arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kivipelto, M. & Hellénus, M-L. (2021). *Hjärnhälsa på dina fem fingrar. Förebygg och minska risken för alzheimer och minnesproblem*. Västra Frölunda: Tukan Förlag.

Kivipelto, M., Mangialasche, F., Ngandu, t., World Wide Fingers Network. (2018). *World Wide Fingers will advance dementia prevention*. The Lancet Neurology, Vol 17 (1), 27.

Kivipelto, M., Salomon, A., Ngandu, T., Håkansson, K., Winblad, B. (2013). *Fokus på tidig diagnos och förebyggande i Alzheimerforskning*. Finska läkarsällskapets handlingar. Årgång 173(2), 11-19.

Kjelvik, G., Selbaek, G., Rokstad, A. (2023). *Knowledge and motivation to adopt recommended health behaviours to reduce dementia risk among the elderly in Norway: a qualitative study*. Public health, 221, 60-65.

Kulmala, J., Ngandu, T., Havulinna, S., Levälahti, E., Lehtisalo, J., Salomon, A., ... Kivipelto, M. (2019). *The effect of Multidomain Lifestyle Intervention on Daily Functioning In Older People*. Journey of American Geriatrics Society, 67 (6), 1138-1144.

Kulmala, J., Rosenberg, A., Ngandu, T., Hemiö, K., Tenkula, T., Hyytiö, A., ... Kivipelto, M. (2021). *Facilitators and barriers to implementing lifestyle intervention programme to prevent cognitive decline*. European journal of public health, 31 (4), 816-822.

Lehtisalo, J, Levälahti, E., Lindström, J., Hänninen, t., Paajanen, T., Peltonen, M. Ngandu, T. (2019). *Dietary changes and cognition over 2 years within a multidomain intervention trial – The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (Finger)*. Alzheimers dementia, 15 (3), 410-417.

Lehtisalo, J., Ngandu, T., Valve, P., Antikainen, R., Laatikainen, T., Strandberg, T., ... Lindström, J. (2017). *Nutrient intake and dietary changes during a 2-year multidomain lifestyle intervention among older adults: secondary analysis of The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (Finger) randomized controlled trial*. *Br J Nutr*, 118, 291-302.

Lehtisalo, J., Palmer, K., Mangialasche, F., Salomon, A., Kivipelto, M., Ngandu, T. (2021). *Changes in Lifestyles, Behaviors, and Risk Factors for Cognitive Impairment in Older Persons During the First Wave of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic in Finland: Results from the FINGER Study*. *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Lehtisalo, J., Rusanen, M., Salomon, A., Antikainen, R., Laatikainen, T., Peltonen, M., ... Ngandu, T. (2022). *Effect of the multi-domain lifestyle intervention on cardiovascular risk in older people: The FINGER trial*. *European Heart Journal*, 43 (21), 2054-2061.

Livingstone, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banarjee, S., ... Mukadam, N. (2020). *Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission*. *Lancet* 2020, 396, 413-46.

Marengoni, F., Rizzuto, D., Fratiglioni, L., Antikainen, R., Laatikainen, T., Lehtisalo, J., ... Ngandu, T. (2018). *The Effect of a 2-Year Intervention Consisting of Diet, Physical Exercise, Cognitive Training, and Monitoring of Vascular Risk on Chronic Morbidity – The FINGER Randomized Controlled Trial*. *Journal of the American Medical Association*, 19 (4), 355-360.

McCarley, P. (2009). *Patient improvement and motivational interviewing: Engaging patients to self-manage their own care*. *Nephrology nursing journal*, 36 (4), 409-413.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Levälähti, E., Laatikainen, T., Lindström, J., Peltonen, M., ... Kivipelto, M. (2014). *Recruitment and baseline characteristics of participants in The Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability (Finger) – a randomized controlled lifestyle trial*. *Int J Environ Res Public Health*, 11 (9), 9345-60.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Salomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... Kivipelto, M. (2015). *A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial*. *Lancet*, 385, 2255-2263.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Korkki, S., Salomon, A., Coley, N., Antikainen, R., ... Kivipelto, M. (2022). *The effect of adherence on cognition in a multidomain lifestyle intervention (FINGER)*. *Alzheimer's & Dementia, The journal of the Alzheimer's Association*, 18 (7), 1325-1334.

Nyberg, L, Nilsson, L-G. & Lemark, P. (2016). *Det åldrande minnet – nycklar till att bevara hjärnans resurser*. Stockholm: Förlaget Natur & Kultur.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2021). *Kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Forskningsprocessen* (4 uppl.). Stockholm: Liber AB.

Rosenberg, A., Coley, N., Soulier, A., Kulmala, J., Soininen, H., Andrieu, S., ... Mariagnese, B. (2020). *Experiences of dementia and attitude towards prevention: a qualitative study among older adults participating in a prevention trial*. *BMC Geriatric*, 20 (1), 99.

Salomon, A., Handels, R., Wimo, A., Antikainen, R., Laatikainen, T., Levälahti, E., ... Ngandu, T. (2021). *Effekt of multidomain Lifestyle Intervention on Estimated Dementia Risk*. *Journal of Alzheimer's Disease* 82, 1461-1466.

Salomon, A., Turunen, H., Ngandu, T., Peltonen, M., Levälahti, E., Helisalmi, S., ... Kivipelto, M. (2018). *Effect of the Apolipoprotein E Genotype on Cognitive Change During a Multidomain Lifestyle Intervention, a subgroup Analysis of a Randomized Clinical Trial*. *Jama Neurology*, 75 (4), 462-470.

Skog, M. (2021). *Gerontologi och geriatrik*. Stockholm: Sanoma Utbildning AB.

Strandberg, T., Levälahti, E., Ngandu, T., Solomon, A., Kivipelto, M. (2017). *Health-related quality of life in a multidomain intervention trial to prevent cognitive decline (FINGER)*. *European Geriatric Medicine* 8, 164-167.

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

World Health Organization. (2023). Hämtat från <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>

Wimo, A., Handels, R., Antikainen, R., Eriksdotter, M., Jönsson, L., Knapp, M., ... Kivipelto, M. (2022). *Dementia prevention – The potential long-term costs- effectiveness of the FINGER prevention program*. *Alzheimer's & Dementia, The journal of the Alzheimer's Association*. 19, (3), 999-1008.

Ett projekt för hjärnhälsan

- en longitudinell studie av sjukskötare Johanna Silfver-Forsbacka

Informationsbrev

Du har deltagit i projektet "För hjärnhälsan" och härmed tillfrågas Du om deltagande i en enkätstudie som görs inom forskningsprojektet. Examensarbetet är en del av högre YH-studie på Yrkehögskolan Novia.

Syftet med studien är att utvärdera projektdeltagarnas hälsotillstånd efter "För hjärnhälsan"-projektet som ägde rum under åren 2019 – 2021. Jag kommer att använda materialet som samlades in under projektets gång samt göra en uppföljning av projektdeltagarnas hälsotillstånd en tid efter projektets slut. Av intresse i studien är att få ta del av om hälsotillståndet förbättrades eller försämrades under projektets gång samt hur hälsotillståndet bibehållits efter att projektet avslutades.

Deltagandet i studien betyder att du kommer att besvara en enkät, vilka samtliga frågor berör ditt hälsotillstånd. Du kommer också mäta ditt blodtryck samt gå till laboratoriet för blodprover.

Enkätsvaren kommer att hanteras strikt konfidentiellt och inga andra än ansvariga för studien har tillgång till materialet. Allt insamlat material kommer att lagras digitalt och anonymiserat i ett statistiskt analysprogram. Dina svar kommer inte att vara personligt identifierbara i någon rapport eller publikation. Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta deltagandet under studien utan att ange orsak. Forskningspersonernas personuppgifter är sekretesskyddade och regleras av Dataskyddslagen (1050/2018) och Europaparlamentets och Rådets Dataskyddsförordning, GDPR (679/2016). Om något är oklart eller om du vill ha mer information, kontakta gärna ansvarig forskare via e-post, se nedan.

Frågor om studien besvaras av: Johanna Silfver-Forsbacka | Sjukskötare/äldrevårdscoordinator i Korsholm | Österbottens välfärdsområde | Gamla Karperövägen 17, 65610 Korsholm, Finland | +358 40 5875631 (+358 44 7277390 från 1.11.2023) | E-mail: johanna.silfver-forsbacka@opvh.fi

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått skriftlig informationen om studien och har haft möjlighet att ställa frågor.

1. Jag samtycker till att delta i studien: För hjärnhälsan
2. Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs i informationen
3. Jag samtycker till att den information som behövs får hämtas från mina journaluppgifter så som laboratoriesvar och tidigare dokumentering som berör projektet.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Aivoterveydelle-projekti -Sairaanhoitaja Johanna Silfver-Forsbackan pitkittäistutkimus aivoterveystiedosta

Infokirje

Olette osallistuneet aivoterveydelle-projektiin ja tämän vuoksi pyydän teitä osallistumaan kyselyyn, joka tehdään tutkimusprojektin yhteydessä. Opinnäytetyö on osa Ammattikorkeakoulu Novian ylempää ammattikorkeakoulututkintoa.

Kyselyn/tutkimuksen tavoitteena on arvioida projektiin osallistuneiden henkilöiden terveydentilaa aivoterveydelle-projektin jälkeen, joka toteutettiin vuosina 2019-2021. Tulen käyttämään projektissa kerättyä materiaalia sekä tekemään seurannan osallistujien terveydentilasta projektin päättymisen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, paraniko vai heikentykö terveydentila tutkimuksen aikana sekä kuinka terveydentila säilyi tutkimuksen jälkeen.

Osallistuminen tähän tutkimukseen tarkoittaa vastaamista terveydentilaa koskevaan kyselyyn, verenpaineen mittaamista sekä verikokeiden ottamista laboratorioissa.

Kyselyn vastaukset tullaan käsittelemään täysin luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimuksesta vastaavat henkilöt käsittelevät datamateriaalia. Kaikki kerätty materiaali tullaan säilyttämään digitaalisesti ja tehdään tunnistamattomaksi tilastollisella käsittelyohjelmalla. Vastauksianne ei voida yksilöllisesti tunnistaa mistään raportista tai julkaisusta. Osallistumisenne on täysin vapaaehtoista. Voitte milloin tahansa keskeyttää osallistumisenne eikä teidän tarvitse kertoa syytä keskeyttämiselle. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden henkilötiedot ovat salassa pidettäviä ja suojattuja tietosuojalain mukaan (1050/2018) sekä EU:n yleinen tietosuojasetuksen mukaan, GDPR (678/2016).

Jos jokin on epäselvää tai haluatte lisää tietoa, ottakaa mielellään yhteyttä vastuussa olevaan tutkijaan sähköpostilla, katso alla yhteystiedot.

Kysymyksiin koskien tutkimusta vastaa Johanna Silfver-Forsbacka | Sairaanhoitaja/vanhushoidon koordinaattori, Mustasaari | Pohjanmaan Hyvinvointialue | Vanha Karperöntie 17, 65610 Mustasaari, Suomi | +358 40 5875631 (+358 44 7277390 1.11.2023 alkaen) | sähköposti: johanna.silfver-forsbacka@opvh.fi

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen saanut kirjallisesti tietoa tutkimuksesta ja olen saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä

1. Suostun osallistua aivoterveydelle tutkimukseen
2. Suostun siihen, että tietojani käsitellään edellä mainitulla tavalla, joka on esitetty tässä infossa
3. Suostun siihen, että tarvittavat tiedot voidaan hakea potilastiedoistani kuten laboratoriovastaukset sekä aikaisemmat tiedot, jotka koskevat projektia.

Paikka ja päivämäärä

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Frågeformulär

Ålder: ____ år

Kön (ringa in rätt alternativ): man kvinna

Bor du (ringa in rätt alternativ): ensam med någon

Längd: _____ cm

Nuvarande vikt: _____ kg

1. Vilken eller vilka orsaker gjorde att Du valde delta i "För-hjärnhälsan"-projektet? (Du kan välja flera alternativ)

	JA	NEJ
Jag hade redan uppkomna hälsoproblem		
Jag upplevde rädsla för eventuella kommande hälsoproblem		
Jag upplevde känsla av ensamhet		
Jag upplevde motivationsbrist att ta tag i min hälsa på egen hand		
Jag ville förebygga minnesproblem		
Jag upplevde att jag redan fått problem med minnet		

Annan orsak, vilken eller vilka?

2. Vilka av dessa riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan hade Du **innan projektet startade**?

	Ja	Nej
Högt blodtryck		
Högt kolesterolvärde		
Högt blodsocker		
Övervikt		
Fysisk inaktivitet		
Depression		
Rökning		
För högt alkoholintag		
Social isolering		
Ensamhet		
Känsla av hopplöshet		
Stress		
Sömnpromblem		
Inga riskfaktorer		

Andra riskfaktorer än de som nämns ovan: _____

3. Hur skulle Du bedöma att följande riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan förändrades **genast efter projektets slut**? (ringa in rätt alternativ)

	Mycket sämre	-1	Ingen förändring	0	Mycket bättre	1	2
Högt blodtryck	-2	-1	0	1	2		
Högt kolesterolvärde	-2	-1	0	1	2		
Högt blodsocker	-2	-1	0	1	2		
Övervikt	-2	-1	0	1	2		
Fysisk inaktivitet	-2	-1	0	1	2		
Depression	-2	-1	0	1	2		
Rökning	-2	-1	0	1	2		
För högt alkoholintag	-2	-1	0	1	2		
Social isolering	-2	-1	0	1	2		
Ensamhet	-2	-1	0	1	2		
Känsla av hopplöshet	-2	-1	0	1	2		
Stress	-2	-1	0	1	2		
Sömnpromblem	-2	-1	0	1	2		

Annat som förändrats: _____

4. När Du utvärderar följande riskfaktorer med tanke på hjärnhälsan **i dagsläget**, hur har de förändrats sedan projektets slut? (ringa in rätt alternativ)

	Mycket sämre	Sämre	Ingen förändring	Bättre	Mycket bättre
Högt blodtryck	-2	-1	0	1	2
Högt kolesterolvärde	-2	-1	0	1	2
Högt blodsocker	-2	-1	0	1	2
Övervikt	-2	-1	0	1	2
Fysisk inaktivitet	-2	-1	0	1	2
Depression	-2	-1	0	1	2
Rökning	-2	-1	0	1	2
För högt alkoholintag	-2	-1	0	1	2
Social isolering	-2	-1	0	1	2
Ensamhet	-2	-1	0	1	2
Känsla av hopplöshet	-2	-1	0	1	2
Stress	-2	-1	0	1	2
Sömnpromblem	-2	-1	0	1	2

Annat som förändrats: _____

5. FINGER-modellen inkluderar följande fem delområden. Hur skulle Du bedöma din egen livsstilsförändring **under projektets gång**? (ringa in rätt alternativ)

	Ingen Försämring	förändring	Förbättring
Motion	-1	0	1
Kost	-1	0	1
Hjärngymnastik	-1	0	1
Social aktivitet	-1	0	1
Kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar*	-1	0	1

*Detta innebär att du har koll på blodtrycket, kolesterolvärdet, blodsockret och tar eventuella mediciner som läkare har ordinerat

Förklara dina livsstilsförändringar: _____

6. FINGER-modellen inkluderar följande fem delområden. Hur skulle Du utvärdera din egen livsstilsförändring **i dagsläget**, hur har de förändrats **sedan projektets slut**? (ringa in rätt alternativ)

	Försämring	Ingen förändring	Förbättring
Motion	-1	0	1
Kost	-1	0	1
Hjärn-gymnastik	-1	0	1
Social aktivitet	-1	0	1
Kontroll av riskfaktorer som bidrar till hjärt- och kärlsjukdomar*	-1	0	1

*Detta innebär att du har koll på blodtrycket, kolesterolvärdet, blodssockret och tar eventuella mediciner som läkare har ordinerat

Förklara dina livsstilsförändringar: _____

7. Ifall Du gjorde livsstilsförändringar, vad motiverade dig?

8. Ifall Du **inte** gjorde livsstilsförändringar, vad hindrade dig?

9. I allmänhet, skulle Du vilja Utmärkt Mycket god God Någorlunda Dålig
säga att din hälsa är (kryssa
i ett alternativ):

10. Jämfört med **vid projektets slut**, hur skulle Du vilja bedöma ditt allmänna
hälsotillstånd i dagsläget? (kryssa i ett alternativ)

- Mycket bättre nu än vid projektets slut
- Något bättre nu än vid projektets slut
- Ungefär detsamma
- Något sämre nu än vid projektets slut
- Mycket sämre nu än vid projektets slut

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

Kysely

Ikä: ____ vuotta

Sukupuoli (ympyröi oikea vaihtoehto): mies nainen

Asutko (ympyröi oikea vaihtoehto): yksin jonkun kanssa

Pituus: _____ cm

Nykyinen paino: _____ kg

11. Mikä tai mitkä seuraavista asioista vaikuttivat siihen että päätitte osallistua "Aivoterveydelle"-projektiin? (Voitte valita useamman vaihtoehdon)

	KYLLÄ	EI
Minulla oli jo ongelmia terveyden kanssa		
Pelkäsin mahdollisia tulevia terveysongelmia		
Koin itseeni yksinäiseksi		
Minulla ei ollut motivaatiota huolehtia terveydestäni itsenäisesti		
Minä halusin ehkäistä muistiongelmia		
Koin että minulla oli jo ongelmia muistin kanssa		

Muita asioita?

12. Mitkä seuraavista riskitekijöistä sinulla oli aivoterveysteen liittyen **ennen projektin alkua**?

	Kyllä	Ei
Korkea verenpaine		
Korkea kolesteroliarvo		
Korkea verensokeri		
Ylipaino		
Fyysinen liikkumattomuus		
Masennus		
Tupakointi		
Liian runsas alkoholinkäyttö		
Sosiaalinen eristäytyneisyys		
Yksinäisyys		
Toivottomuuden tunne		
Stressi		
Uniongelmia		
Ei ollut riskitekijöitä		

Muita kuin edellä mainittuja riskitekijöitä: _____

13. Miten arvoit seuraavien aivoterveysteen liittyvien riskitekijöiden muuttuneen **välittömästi projektin päättymisen jälkeen**? (ympyröi oikea vaihtoehto)

	Paljon huonompi	Huonompi	Ei muutosta	Parempi	Paljon parempi
Korkea verenpaine	-2	-1	0	1	2
Korkea kolesteroliarvo	-2	-1	0	1	2
Korkea verensokeri	-2	-1	0	1	2
Ylipaino	-2	-1	0	1	2
Fyysinen liikkumattomuus	-2	-1	0	1	2
Masennus	-2	-1	0	1	2
Tupakointi	-2	-1	0	1	2
Liian runsas alkoholinkäyttö	-2	-1	0	1	2
Sosiaalinen eristäytyminen	-2	-1	0	1	2
Yksinäisyys	-2	-1	0	1	2
Toivottomuuden tunne	-2	-1	0	1	2
Stressi	-2	-1	0	1	2
Uniongema	-2	-1	0	1	2

Muita muutoksia: _____

14. Kun arvioit seuraavia aivoterveystekijöitä **tällä hetkellä**, miten ne ovat muuttuneet projektin jälkeen? (ympyröi oikea vaihtoehto)

	Paljon huonompi		Ei muutosta		Paljon parempi
Korkea verenpaine	-2	-1	0	1	2
Korkea kolesteroliarvo	-2	-1	0	1	2
Korkea verensokeri	-2	-1	0	1	2
Ylipaino	-2	-1	0	1	2
Fyysinen liikkumattomuus	-2	-1	0	1	2
Masennus	-2	-1	0	1	2
Tupakointi	-2	-1	0	1	2
Runsas alkoholinkäyttö	-2	-1	0	1	2
Sosiaalinen eristäytyminen	-2	-1	0	1	2
Yksinäisyys	-2	-1	0	1	2
Toivottomuuden tunne	-2	-1	0	1	2
Stressi	-2	-1	0	1	2
Uniongema	-2	-1	0	1	2

Muita muutoksia: _____

15. FINGER toimintamalli sisältää seuraavat viisi osa-aluetta. Miten arvioisit omaa muutosta elintavoissa **projektin aikana**? (ympyröi oikea vaihtoehto)

		Ei	
	Paheneminen	muutosta	Paraneminen
Liikunta	-1	0	1
Ruokavalio	-1	0	1
Aivojumppa	-1	0	1
Sosiaalinen aktiivisuus	-1	0	1
Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallinta*	-1	0	1

*Tämä tarkoittaa että seuraat verenpainettasi, kolesterolitasoasi, verensokeriasi ja käytät mahdollisia lääkärin määräämiä lääkkeitä

Selitä elintapamuutoksesi: _____

16. FINGER toimintamalli sisältää seuraavat viisi osa-aluetta. Miten arvioisit omaa muutosta elintavoissa **tällä hetkellä**, miten ne ovat muuttuneet **projektin jälkeen**? (ympyröi oikea vaihtoehto)

	Ei Paheneminen muutosta Paraneminen		
	-1	0	1
Liikunta	-1	0	1
Ruokavalio	-1	0	1
Aivojumppa	-1	0	1
Sosiaalinen aktiivisuus	-1	0	1
Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallinta*	-1	0	1

*Tämä tarkoittaa että seuraat verenpainettasi, kolesterolitastoasi, verensokeriasi ja käytät mahdollisia lääkärisi määräämiä lääkkeitä

Selitä elintapamuutoksesi: _____

17. Jos teit elintapamuutoksia, mikä motivoi sinua?

18. Jos **et** tehnyt elintapamuutoksia, mikä esti sinua?

19. Miten koet terveydentilasi tällä hetkellä? (rastita vaihtoehto)

Erinomainen Erittäin hyvä Hyvä Melko huono Huono

20. Miten arvioisit terveydentilasi **tällä hetkellä verrattuna projektin loppuvaiheessa?** (rastita vaihtoehto)

- Paljon parempi nyt kuin projektin lopussa
- Hieman parempi nyt kuin projektin lopussa
- Suunnilleen sama
- Hieman huonompi nyt kuin projektin lopussa
- Paljon huonompi nyt kuin projektin lopussa

KIITOS OSALLISTUMISESTASI!

Ett projekt för hjärnhälsan

- en longitudinell studie av sjukskötare Johanna Silfver-Forsbacka

Du har deltagit i projektet "För hjärnhälsan" och meddelat att du vill delta i min enkätstudie, som är en del av mitt examensarbete för mina högre yrkeshögskolestudier på Yrkeshögskolan Novia. Du får nu besvara enkäten, som finns bifogat i detta kuvert. Syftet med enkäten är att jag får ta del av hur du upplevde ditt hälsotillstånd innan och efter att projektet tog slut och hur ditt hälsotillstånd är idag, snart två år efter att projektet avslutades. Jag vill också att du mäter ditt blodtryck i 5 dagar både morgon och kväll och skriver upp dina värden på den bifogade blodtryckslistan och lämnar in listan åt mig.

När du har returnerat den ifyllda enkäten och blodtryckslistan sätter jag en laborieremiss åt dig. Du får inget meddelande skilt om remissen, utan du besöker laboriet när det passar dig. Då kontrolleras bl.a. kolesterolvärdet, vilket betyder att du behöver vara oäten när du går till laboriet på morgonen. Svaren syns i Min Kanta. Ifall dina svar behöver läkarkonsultation, så konsulterar jag läkare och meddelar dig separat om detta.

Posta enkäten och blodtryckslistan senast 16.6.2023 i bifogat kuvert.

Tack för din medverkan och ha en skön sommar!

Vänliga hälsningar,

Johanna Silfver-Forsbacka

Tel.nr 040-5875631

Aivoterveydelle-projekti -Sairaanhoitaja Johanna Silfver-Forsbackan pitkittäistutkimus aivoterveystä

Olet osallistunut "Aivoterveydelle-projektiin" ja ilmoittanut haluavasi osallistua kyselyyni, joka on osa opinnäytetyöstäni ylempi ammattikorkeakouluopinnoissani Ammattikorkeakoulu Noviassa. Voit nyt vastata kyselylomakkeeseen, joka on tämän kirjekuoren liitteenä. Kyselyn tarkoituksena on kertoa minulle, miten koit terveydentilasi ennen ja jälkeen projektin päättymisen ja mikä on terveydentilasi tänään, lähes kaksi vuotta projektin päättymisen jälkeen. Haluan myös, että mittaat verenpaineesi 5 päivän ajan sekä aamulla että illalla ja kirjoitat arvosi liitteenä olevaan verenpainelistaan ja lähetät listan minulle.

Kun olet palauttanut täytetyn kyselylomakkeen ja verenpainelistan, laitan sinulle laboratoriolähetteen. Et saa erillistä läheteviestiä tästä, mutta tulet laboratorioon silloin kun sinulle sopii. Otetaan muun muassa kolesteroliarvo, mikä tarkoittaa että sinun täytyy olla syömättä kun menet laboratorioon aamulla. Vastaukset tulevat näkyviin OmaKannassa. Jos vastauksesi vaativat lääkärin konsultaatioita, otan yhteyttä lääkäriin ja ilmoitan sinulle erikseen.

Postita kyselylomake ja verenpainelista viimeistään 16.6.2023 oheisessa kirjekuoressa.

Kiitos osallistumisesta ja mukavaa kesää!

Ystävällisin terveisin,

Johanna Silfver-Forsbacka

Puh.nr 040-5875631