



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Fysisk aktivitet blant eldre

Physical activity among elder

Karoline Ø. Bergsli og Karoline Haande

Totalt antall sider inkludert forsiden: 57

Molde, 26.11.09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Fysisk aktivitet blant eldre

Tittel på engelsk: Physical activity among elder

Forfatter(e): Karoline Ø. Bergsli og Karoline Haande

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Marit Sandøy

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 26.11.09

Antall ord: 11999

Sammendrag

Hensikten med dette litteraturstudiet var å beskrive hvordan sykepleier kan ivareta pasienter i sykehjem sine grunnleggende behov for bevegelse og fysisk aktivitet. Forfatterne ønsket å kartlegge årsakene til høy inaktivitet hos eldre, hva som motiverer dem til økt fysisk aktivitet og hvilken effekt trening har på Eldres funksjonsevne. Sykehjemspasienter i Norge er blant de skrøpeligste eldre i samfunnet, og de har i dag et større pleiebehov og er mindre selvstendige i daglige gjøremål enn tidligere. Pasientene greier ikke å dekke sitt eget behov for bevegelse selv, noe som er en særlig utfordring for sykepleierne. Metoden som er anvendt er en systematisk litteraturstudie, som bygges på en analyse av tidligere forskning. Totalt 11 vitenskapelige artikler er benyttet i denne litteraturstudien. Analysen av artiklene ledet til et resultat som viste at eldre i sykehjem raskt mister sine funksjoner, men at jevn og ulike typer trening er spesielt nyttig for eldre med risiko for fysisk forfall. Fysisk aktivitet vedlikeholder og forsinker nedsettelse av funksjonsevnen hos pasienter i langtidsavdelinger. Øvelser som blir gjort jevnlig, varierer mellom stående, sittende og liggende, og blir tilpasset den enkeltes funksjonsevne, gir best resultat.

Nøkkelord: Pasient, sykepleier, behov, bevegelse, sykehjem.

Abstract

The aim of this literature study was to describe how a nurse can ensure the patients fundamental needs for exercise and physical activity. The author's wanted to chart the reason of high inactivity with the elder, what motivates to increased physical activity and what effect exercise has on their functional performance. The resident in Norwegian nursing homes is among the frailest older people in the society, and they have a larger need to be taken care of, and are less independent in daily function, than earlier. The patient cannot longer demand his own needs to exercise, which is a specially challenge to the nurses. The method used was a systematic literary study, based on an analysis of earlier research. 11 scientific articles were included. The results of the analyses shows that elder in nursing home looses quickly there function; there different type of exercise is especially. Physical activity maintains and delays the functional ability whit patients in long-term care facilities. Frequently exercise, which varied between standing, sitting and lying exercise, adjust to each other's functional performance, is what gives best results.

Key words: Patient, nurse, fundamental need, exercise, nursing home

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	2
1.2 Problemstillinger	2
1.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Aktivitet som grunnleggende behov	3
2.2 Aldringsfysiologi	4
2.2.1 Bevegelsesfunksjon hos eldre	5
2.3 Sykehjemspasienter.....	6
2.4 Skrøpelige gamle.....	7
2.5 Tverrfaglig samarbeid	8
2.6 Motivasjon og mestring	9
3.0 Metode	10
3.1 Inklusjonskriterier	10
3.2 Eksklusjonskriterier.....	11
3.3 Datainnsamling	11
3.4 Kvalitetsgranskning.....	12
3.5 Analyse.....	12
3.6 Etikk	15
4.0 Resultat	16
4.1 Sykehjemspasienter har lavt aktivitetsnivå	16
4.2 Motivasjonsfaktorer for at eldre skal være mer aktiv	16
4.3 Ulike årsaker til Eldres inaktivitet	17
4.4 Begrenset aktivitet i sykehjem påvirker funksjonsevnen.....	18
4.5 Effekt av trening og fysisk aktivitet på Eldres funksjonsdyktighet	19
5.0 Diskusjon	22
5.1 Metodediskusjon	22
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Svært få eldre er aktiv	24
5.2.2 Manglende kompetanse øker sjansen for inaktivitet.....	25
5.2.3 Rutiner som kvalitetssikring	27
5.2.4 Sykepleiere overtar pasientenes funksjoner	27
5.2.5 Sykepleier kan motivere til økt aktivitetsnivå.....	28
5.2.6 Kartlegging et viktig hjelpemiddel for god sykepleie.....	29
5.2.7 Aktivitet i det daglige	29
5.2.8 Aktiv for å bevare helsen	30
5.2.9 Hode, skulder..men ikke kne og tå.....	31
5.2.10 Evne til å reagere på stimuli.....	32
5.2.11 Individuelt tilpasset trening har god effekt på de Eldres funksjonsevne	33
6.0 Konklusjon	35
Litteraturliste	37

Vedlegg

1 Artikkeltabell

2 Kontrollspørsmål for vurdering av kvantitativ forskning

3 Skjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

4 Barthel-indeks

1.0 Innledning

Alle mennesker har, uavhengig av alder og helsetilstand, grunnleggende behov for bevegelse. Å kunne bevege seg, eller få hjelp til det, er av stor betydning for et menneskes fysiske og psykiske velbefinnende. Når en person blir hjelpetrengende, er det en stor utfordring for omgivelsene å se muligheter og ivareta vedkommendes behov for bevegelse. I følge Statistisk sentralbyrå var det ca 42 000 pasienter i norske sykehjem i 2008. Et økende antall eldre og skrøpelige vil medføre store utfordringer for helsevesenet de neste tiårene. Pasientene i sykehjem er blant de eldste og skrøpeligste i samfunnet og er særlig utsatt for akutt sykdom på grunn av høy alder, kroniske tilstander og lavt funksjonsnivå (Ranhoff & Linnsund 2005). Mange klarer ikke å dekke sitt behov for bevegelse og er derfor en særlig utfordring for sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet. Mange ansatte i sykehjem mener at mer fokus på bevegelse hos pasientene ville være bra, men opplever en travel hverdag med knappe ressurser som barrierer (Granbo og Helbostad 2006). Sykepleiere har derfor en viktig rolle i å tilrettelegge for at alle, uansett alder og funksjonsnivå, får ivaretatt sine behov for å bevege seg, også de som er gamle og skrøpelig.

Sykehjem skal i dag tilby døgnkontinuerlig kontakt med helsepersonell og yte trygghet. Rask tilgjengelighet til kvalifisert hjelp har stor betydning for de som er gammel, syk og hjelpetrengende. Å følge opp medisinsk behandling, observasjon og vurdering av helsetilstand og sykdomsutvikling er en viktig sykepleieoppgave og en del av tilbudet sykehjemmet gir. I tillegg skal det være et godt sted å bo hvor man får kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg. Sykehjemmenes oppgaver fremgår av "Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie" (Sosial- og helsedepartementet 1990, Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008), og kan deles i to. Langtidsavdeling som innebærer langtids pleie og omsorg for de gamle med kroniske sykdommer og omfattende funksjonstap. Korttidsavdeling som innebærer rehabilitering av de gamle som er akutt og/eller kronisk syk. I tillegg kan pleietrengende gamle få omsorg i sykehjem i en begrenset periode for å avlaste pårørende. Langtidsavdelinger er i utgangspunktet ment som et heldøgnsstilbud for eldre som er fysisk syke og skrøpelige. 70- 80 % av dem som bor her er fysisk skrøpelig (Statens helsetilsyn 2003, Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Som studenter i sykehjemspraksis har forfatterne flere ganger erfart at det grunnleggende behovet for bevegelse og fysisk aktivitet ikke blir prioritert av blant annet sykepleiere på samme måte som andre grunnleggende behov. Dette har vekket både interesse og engasjement hos oss begge. Vi finner temaet relevant og aktuelt, både for sykepleiestudenter og ferdig utdannede sykepleiere.

1.1 Hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet var å beskrive hvordan sykepleier kan ivareta pasientene sine grunnleggende behov for bevegelse og fysisk aktivitet i sykehjem.

1.2 Problemstillinger

- Hva er årsakene til høy inaktivitet blant pasienter i sykehjem?
- Hva motiverer pasienter i sykehjem til å være mer fysisk aktiv?
- Hvilken effekt har trening på Eldres funksjonsevne?

Vi velger å bruke ”pasient” om de som bor i sykehjem fordi helselovene klart definerer alle som ”gis eller tilbys helsehjelp” som pasienter (NSF 2001). Vi har fokus på skrøpelige gamle med funksjonssvikt. De fleste som bor i norske sykehjem tilhører denne gruppen.

1.0 Teoribakgrunn

Teoribakgrunnen er delt inn i seks hovedoverskrifter og ett undertema. Vi ønsker her å redegjøre for sentrale begreper, teorier og relevant bakgrunn knyttet til hensikt og problemstillinger.

2.1 Aktivitet som grunnleggende behov

En av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive sykepleiernes særegne funksjon var Virginia Henderson.

Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det (Henderson 1998,10).

Omsorgen for det gamle og syke mennesket har vært varierende i den norske historien. Teorier som legger hovedvekt på menneskets grunnleggende behov, ble utviklet fra midten av 1950-tallet. Sykepleieteorier av denne typen retter oppmerksomheten mot sykepleiefagets innhold. Med grunnleggende behov menes de behovene som er av betydning for at normal menneskelig funksjon, helse og velvære kan opprettholdes (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Og en person som ved sykdom og helsesvikt mangler de nødvendige ressurser til selv å kunne utføre nødvendige gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov, har behov for sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). For å kunne gi pasientene individuell sykepleie har Virginia Henderson (Henderson 1998), i sin teori, satt opp 14 ulike behov som hun mener er menneskets grunnleggende behov og derav en sykepleiers mest sentrale gjøremål. I et av disse punktene beskriver hun at det å kunne bevege seg og endre kroppsstilling som å gå, sitte eller ligge i ulike stillinger, og som en kan forandre etter eget ønske er grunnleggende for hvert enkelt menneske (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). I sosialtjenestelovens formålsparagraf (Helse- og omsorgsdepartementet 2007) og forskrift om kvalitet i omsorgstjenesten er det presisert at tjenester etter loven skal dekke grunnleggende behov. Grunnleggende behov skal etter forskriften dekkes gjennom tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. I lys av formålsparagrafen og kvalitetsforskriften betyr det at kommunen med ulike tjenester plikter å dekke den enkeltes behov for aktivitet.

2.2 Aldringsfysiologi

De enkelte organsystemene eldes til ulik tid hos hver person. Muskelstyrke er en viktig komponent i alle dagliglivets aktiviteter og holder seg godt opp til 50-årsalderen. Fra 70 til 80 år er det registrert en nedgang i muskelstyrke på 30 %. Aldringens reduksjon i muskelstyrke kommer av tap av muskelceller, lavere aktivitet i det neuromuskulære apparatet og mindre kappilærtetthet per muskelenhet (Thompson 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Reduksjon av muskelmasse og beinmasse har betydning for pasientens funksjonsevne (Whitney et al. 1993, Mills 1994, Thompson 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Problemer med gange, fall og frakturer settes i sammenheng med redusert styrke i underekstremitetene. Og etter hvert som muskelstyrke i øvre del av kroppen reduseres øker risikoen for uhell ved løfting og kan gi rygg- og nakkeproblemer. Om man øker muskelstyrken vil dette kunne gi bedre balanse, øke oksygeneringen til vev og minske risikoen for fall. Kalsiumopptaket blir lavere med alderen og beinmassen reduseres gradvis. Dette kan videre føre til større risiko for brudd ved fall (Whitney et al. 1993, Mills 1994, Thompson 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Bevegeligheten i ledd blir endret med alderen. Fleksibiliteten i knær og ankler avtar og vinkelen mellom strekking og bøying blir mindre. Dette kan delvis skyldes inaktivitet. Reduserte leddbevegelighet påvirker all bevegelse og kan hemme eget stell og andre av dagliglivets aktiviteter. Aldringen påvirker en persons skrittlengde og den tiden av gangsyklusen der begge beina støtter gangen. Lengden på skrittene blir mindre og tiden på begge bein økes fra under 20 % til over 30 % av gangsyklusen (Hageman 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Balansen blir dårligere ved fysiske og kognitivt betingede alderforandringer. Den kontrolleres av blant annet komplekse nevrologiske funksjoner og av muskelstyrken. Nedsatt balanse kan ofte forårsake fall og skader hos eldre, da spesielt syke eldre.

Som sykepleiere skal man ha kunnskap om anatomi, aldringsfysiologi og bevegelsesmønster for å kunne se faresignalene og velge de riktige tiltakene for hver enkelt pasient. Til vanlig forbindes fysisk aktivitet med mosjon eller trening, men i realiteten innebærer det alle bevegelser med bruk av energi, hvor skjelettmuskulaturen skiftevis kontraheres og slappes av og beveger leddene (Karoliussen og Smebye 2006). Hos de skrøpeligste pasientene er det viktig å ha informasjon om deres grad av selvhjelpenhet eller behov for assistanse for å kunne ivareta deres grunnleggende behov for bevegelse. Dette gjøres ved blant annet å kartlegge deres funksjon i dagligdagse

aktiviteter. *Barthels ADL-indeks* (vedlegg 4) er den mest brukte testen ved kartlegging av eldre personers funksjon (Wade og Collin 1988, Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). I denne testen er det fokus på spising, bading/dusjing, påkledning, tarmkontroll og blærekontroll, toalettbesøk, forflytning mellom stol og seng, forflytning i form av gange eller rullestolkjøring og trappegang. Det er først og fremst beregnet på å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasienter. Man skal med Barthel-indeks registrere hva en pasient faktisk gjør, og ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Ut fra en registrering av funksjonsnivå med Barthels ADL-indeks Helsetilsynet gjorde i 2003, viste det seg at beboerne i sykehjem stadig får dårligere helsetilstand. Man erfarte med denne registreringen at en gjennomsnittsbeboer ikke er i stand til å gå selv, de trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle av og på seg, og ofte også til å spise (Statens helsetilsyn 2003, 42 og 51).

2.2.1 Bevegelsesfunksjon hos eldre

Bevegelsesfunksjon har stor betydning for å kunne utføre daglige gjøremål selvstendig og for å oppleve velvære, også for de gamle skrøpelige. Aldringsprosessen påvirkes av ulike og sammenvirkende faktorer som arv, sykdommer, livsstil og aktivitetsmønster. Disse faktorene er også med på å endre den Eldres bevegelsesfunksjon og mulighet for egenomsorg. Fysisk aktivitet er viktig for å kunne opprettholde bevegelsesfunksjonen, og for å forebygge komplikasjoner som skyldes inaktivitet under sykdom og etter skade. Det er derfor en viktig og stor utfordring å sørge for at multisyke eldre og gamle med stort hjelpebehov får ivaretatt sitt grunnleggende behov for bevegelse. Opp mot ni av ti personer over 65 år har minst én kronisk lidelse som kan påvirke deres fysiske funksjoner negativt. Det kan derfor være vanskelig å skille mellom endringer som skyldes sykdom, og endringer i funksjonsevne som skyldes normale aldersforandringer. Men det viser seg at mange kroniske sykdommer og lidelser gir funksjonsproblemer. Selve sykdomsprosessen kan føre til endringer i livsstil slik at man blir mindre aktiv, noe som igjen vil kunne redusere funksjonsevne, bevegelighet og øke behovet for hjelp i daglige gjøremål (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008).

Forskning har flere ganger vist at individualiserte treningsprogram bedrer muskelstyrken og utsetter problemene hos både friske og syke eldre (Buchner et al. 1992, Province et al. 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Forskning viser også at fysisk aktivitet og bevegelse

gir verdifull helsemessig gevinst, både fysisk og psykisk. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (2001, Granbo og Helbostad 2006) anbefaler at man skal være fysisk aktiv i minimum 30 minutter hver dag for å kunne oppnå helsegevinst. Men det har vist seg at mange brukere av omsorgstjenester lever passive liv og kun seks prosent av de eldre mellom 65 og 97 år oppfyller faglige anbefalinger om å være aktiv hver dag (St.meld. nr 25, 2005-2006). Det er dokumentert at inaktivitet har mange negative konsekvenser. Mangel på bevegelse fører svært ofte til smerter og andre symptomer. Eldre kan ha både kronisk og akutte smerter, hvor de kroniske varer over tid og for eksempel fallskader gir akutte smerter (Karoliussen og Smebye 2006). Nedsatt tarmperistaltikk og obstipasjon, osteoporose, kontrakturer, trykksår og hevelser er også konsekvenser av inaktivitet, og de blir sammen med smerteproblematikk ofte behandlet medikamentelt i dagens sykehjem. Forskning viser at fysisk aktivitet har positiv og forebyggende effekt på de nevnte konsekvensene av inaktivitet, samtidig som det kan redusere behovet for medikamentell behandling (Granbo og Helbostad 2006).

2.3 Sykehjemspasienter

”Tidligere kom de til sykehjemmet i drosje og med kofferten i hånda. Nå kommer de i ambulanse” (sitat fra en ansatt i sykehjem) (Granbo og Helbostad 2006, 1934). De siste årene har funksjonen til de som bor i sykehjem endret seg. Det er blitt satset mer på hjemmebasert omsorg noe som har ført til at de som får sykehjemsplass er mye skrøpeligere enn tidligere (Granbo og Helbostad 2006). I følge Laake (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008) er aldersdemens (42,4 %), hjerneslag (14,9 %), psykiske lidelser (8,9 %) og hjerte- og lungelidelser (7,7 %) er de fire hovedårsakene til innleggelse i sykehjem i Norge (Statens helsetilsyn 2003). De fleste av dem som bor i langtidsavdeling har en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer. Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2008, 225) har det listet opp hva som kjennetegner sykehjemsbeboere i Norge:

- de aller fleste er over 67 år, vel 75 % er over 80 år (Statistisk sentralbyrå 2007)
- de har sterkt redusert funksjonsevne
- de er multisyke
- 73 % er kvinner (Statens helsetilsyn 2003)

Gamle personer kan etter helse- og funksjonstilstand deles inn i:

- spreke, robuste gamle
- skrøpelige gamle med fysisk funksjonssvikt og kroniske sykdommer, men som er mentalt velfungerende
- gamle med kognitiv svikt (som regel demens), men som er fysisk spreke
- skrøpelige gamle med kognitiv svikt (demens)

(Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008, 84)

En tverrsnittsregistrering av sykehjemspasienter i Moss kommune 2005 viste at det var to faktorer som bidro til varig institusjonsopphold: reduserte mentale ferdigheter og svikt i evnen til å ivareta ADL-funksjoner for hygiene (Otterstad, Frantzen og Sorteberg 2006, Mekki 2007). ADL er forkortelsen for *Activity of Daily Living* og kan oversettes med ”dagliglivets aktiviteter” (fra nå kalt dagligdagse aktiviteter). Det handler om grunnleggende aktiviteter for den daglige livsførselen og omfatter både enklere og mer kompliserte daglige gjøremål. Med pasienter som er svært skrøpelige både fysisk og mentalt sett, er det krevende å arbeide i langtidsavdelinger.

”Pasientene har rundt to års oppholdstid, men mange ligger langt lenger. Denne typen avdeling er preget av en enveisstrøm som ender med døden” (Otterstad og Tønseth 2007, 65, Mekki 2007).

2.4 Skrøpelige gamle

Forfatterne opplever at betegnelsen ”skrøpelig” de siste årene er blitt mer anerkjent i sykehjem. Det blir i dagligtale brukt om personer som er svake og sårbare. Pasientene som går inn under beskrivelsen ”skrøpelige gamle”, har den dårligste prognosen, både når det gjelder økende funksjonstap og overlevelse. Det er stor sykkelighet og høy risiko for akutte hendelser som krever legehjelp eller innlegges i sykehus hos disse pasientene. I medisinsk litteratur er begrepet bedre definert: for å bli kalt skrøpelig (frail) må en eldre person ha tre eller flere av disse karakteristika:

- lav fysisk aktivitet
- muskelsvakhet (svekket gripestyrke)
- langsom ganghastighet
- tretthet eller lav utholdenhet
- vekttap uten at det er villet

(Fried et al. 2001, Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008, 76)

Å identifisere en pasient som skrøpelig gammel knytter seg både til medisinske diagnoser og kliniske/sosiale vurderinger av pasientens samlede tilstand og livssituasjon (Helse Nord 2008). Aldersforandringer er hovedårsaken til skrøpelighet. De to fremtredende trekkene ved aldersforandringer, redusert organkapasitet og svekket homøostase, bidrar til at gamle blir skrøpelig og sårbare.

Aldersforandringer fører til at:

- sykdom lettere oppstår
- sykdomsutviklingen skjer raskere
- sykdom oftere utvikler seg til å bli alvorlige tilstander (det gjelder også banale problemer)
- det oftere oppstår komplikasjoner ved sykdom og behandling
- symptomer på sykdom blir mer utydelige og vanskelige å skille fra funksjonsnedsettelse
- pasienter med redusert kognitiv funksjon har nedsatt mulighet til å formidle subjektive symptomer

(Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008, 77)

Dette er faktorer som vanskeliggjør observasjonen av pasientens tilstand og å vurdere hvor alvorlig den er. Sykepleieren må være oppmerksom og systematisk kartlegge forandringer i pasientens tilstand og funksjonsnivå, og formidle endringene til lege og kolleger.

2.5 Tverrfaglig samarbeid

Sykepleierne i dagens sykehjem samarbeider med flere faggrupper for å kunne sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Helsefagarbeidere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter er noen av de ulike faggruppene. Studier indikerer blant annet at tilstedeværelse av fysioterapeuter og ergoterapeuter i sykehjem er med på å opprettholde pasientenes fysiske funksjon (Helbostad 2005). Sykepleiere har en nøkkelrolle i tverrfaglig samarbeid i sykehjemmene. De har mulighet til å ta initiativ til og legge til rett for et viktig samarbeid med sin døgnkontinuerlige tilstedeværelse og oversikt over pasientenes situasjon (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Men det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig mange sykepleiere og helsefagarbeidere, derfor er det i tillegg til de nevnte faggruppene også mange ufaglært ansatte i sykehjem som sykepleiere samarbeider med. Sykepleiere opplever et stort ansvar når det gjelder å ivareta pasientenes totale situasjon (Granbo og

Helbostad 2006). I rapporter fra helsemyndighetene blir det påpekt at kvaliteten på pleietilbudet synes bra nok. Men pasientene får liten mulighet til fysisk aktivitet og meningsfulle sosiale aktiviteter er dårligere (Helsetilsynet 2003). Det er uheldig når det samtidig viser seg at fysisk og sosial aktivitet kan forebygge funksjonssvikt og bedre livskvaliteten hos gamle mennesker. For å kunne yte god hjelp og forebygge/utsette funksjonstap, er det nødvendig med bred kunnskap både faglig og om den enkelte pasient (Helse Nord 2008).

2.6 Motivasjon og mestring

Mange eldre trenger lengre tid enn yngre for å komme seg etter for eksempel akutt sykdom. Selvbildet blir ofte svekket, og motivasjonen for å mobilisere egne ressurser er dårligere (Helse Nord 2008). Selvbildet styrkes blant annet gjennom opplevd mestring (Karoliussen og Smebye 2006). Og opplevelsen av å mestre er en faktor som kan motivere de eldre til å være mer aktiv. Motivasjon er blant annet med på å bestemme innsats og utholdenhet (Teigen 2009). Mange ansatte i sykehjem mener at fokus på bevegelse og deltagelse i aktiviteter ville ha vært positivt for beboerne, men at travle hverdager og knappe ressurser gjøre dette vanskelig. Uhensiktsmessig hjelp kan føre til det som i sosiallæringsteori kalles lært hjelpsløshet. Dette oppstår når en person oppfatter at utfallet av en situasjon er uavhengig av vedkommendes viljestyrte respons eller reaksjon. Initiativet blir dempet fordi personen har tilegnet seg en forventning om at det ikke nytter å reagere (Karoliussen og Smebye 2006).

3.0 Metode

Metoden som benyttet i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, og er basert på kunnskap fra bøker, fagartikler og forskningsartikler.

Metodevalget innebærer å velge en fremgangsmåte. Valg av metode må begrunnes i lys av problemstillingen: Hva er det vi ønsker mer kunnskap om. Vilhelm Aubert formulerer det slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med til arsenalet av metoder.

(Dalland 2007, 81)

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling. Dette innebærer kritisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder og en sammenfatning av dem med diskusjon. Fordelene ved en litteraturstudie er å kunne fordype seg i relevant teori om et emne en har valgt på bakgrunn av eget engasjement og interesser.

Bakgrunnen for metodevalget er rammene for oppgaven, skolens retningslinjer, og tiden til disposisjon. Det blir brukt både kvalitative og kvantitative artikler til studien.

Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse. Kvantitative metoder er strukturert og systematisert. Den går i bredden og tar sikte på å formidle forklaringer. Ved bruk av kvantitativ metode kan informasjon formes til målbare enheter (Dalland 2007).

3.1 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene for artiklene var at de skulle være vitenskaplige forskningsartikler. Artiklene skulle være utgitt på norsk, svensk, dansk eller engelsk og ikke være eldre enn 10 år. Videre skulle de deltagende pasientene være eldre enn 65 år, være innlagt på sykehjem, midlertidig eller permanent. Studiene skulle handle om sykehjemspasienter og grunnleggende behov for fysisk aktivitet. Hvis en artikkel omhandlet skrøpelige

hjemmeboende eldre eller eldre i omsorgsbolig som hadde overføringsverdi til sykehjemspraksis, så kunne artikkelen også inkluderes.

3.2 Eksklusjonskriterier

Studiene som ble ekskludert var de vi som forfattere ikke kunne se at hadde sammenheng med litteraturstudiets hensikt. Videre ble artikler som ikke var vitenskaplige eller som var eldre enn 10 år ekskludert. Studier som hadde forsket på fysisk aktivitet hos pasienter med kognitiv svikt eller demensdiagnose ble ekskludert.

3.3 Datainnsamling

I denne studien har forfatterne samlet inn data ved at vitenskaplige artikler har blitt gransket og analysert for å finne svar på vår formulerte problemstilling.

Det er viktig å samle inn tilstrekkelig holdepunkter i data for å kunne belyse problemstillingene godt nok. De opplysningene som har blitt samlet inn, må sorteres og settes sammen på en slik måte at det hjelper til å gi svar på den formulerte problemstillingen (Dalland 2001).

De vitenskaplige artiklene ble søkt i de ulike databaser og tidsskrifter som finnes på Høgskolen i Molde. Databasene som ble brukt til å søke etter artikler var OvidSp, SveMed+ og ProQuest, da disse er relevante i forhold til vårt interessefelt. Det ble satt av tid til litteratursøk fra januar til februar 2009. Men det ble foretatt søk under hele bachelor perioden, fra januar - oktober for å finne et godkjent antall artikler. Siste litteratursøk ble gjennomført 12. oktober.

De viktigste søkeordene var: elder, adl, older, physical, exercise, activity, nursing home, institution, long-term, bedfast, people, fundamental og needs. Artikkelsøket ble foretatt ved at søkeordene ble skrevet på engelsk, samtidig som at de ble forsøkt enkeltvis, i ulike kombinasjoner og hadde ulike avgrensninger (Tabell 1).

I de ulike databasene kunne man bruke trunkeringstegn bak søkeordene for å inkludere forskjellige ord basert på ordstammen. Trunkeringstegn ble benyttet bak hvert søkeord i de

forskjellige databasene for å få flest mulig treff. I databasene vi benyttet kunne man kombinere søkeordene ved at AND, OR eller NOT benyttes. I denne studien ble AND brukt for å kombinere søkeordene.

Da søkene ble foretatt valgte vi først ut artikler som hadde overskrifter som virket overens med studiet vårt og leste abstraktene på disse. Videre ble de artiklene som hadde samsvar med, tittel, abstrakt og vår problemformuleringen søkt opp som fulltekster for videre granskning. Referansene på de valgte vitenskapelige artiklene, de artiklene som ble eliminert og de vanlige artiklene som ble funnet, ble gransket for å finne flere relevante artikler. I alt 4 artikler ble funnet via referanser.

3.4 Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning gjennomføres for å kontrollere at valgte studier er av god kvalitet. (Forsberg og Wengström 2006). Under søkene ble abstraktene til de med relevant overskrift først gransket. De artiklene som hadde både relevante titler og abstrakt ble søkt opp i full tekst. I alt 33 artikler ble valgt ut til videre granskning. Forfatterne delte artiklene mellom hverandre, der de ble lest i sin helhet og gransket ut i fra Norsk kunnskapssenters mal (2006) for kvalitetsbedømming av forskningsartikler (vedlegg 3), og Febe Friberg's mal (2006) for forslag på spørsmål til å vurdere kvantitativ forskning (vedlegg 2). Uti fra disse malene kunne vi kritisk vurdere de kvalitative og kvantitative forskningsartiklene. 22 artikler ble valgt bort, der 14 artikler ikke samsvarte med studiets hensikt og 8 ble ansett som å være av lav kvalitet. En av de valgte artiklene har forfatterne ansett som å være av lav kvalitet, men innholdet i artikkelen er relevant for å komme fram til svar på hensikten. I tillegg bekrefter den tidligere funn i de andre artiklene. Etter denne granskingen i gjensto totalt 11 artikler som skulle benyttes i denne litteraturstudien.

3.5 Analyse

De 11 artiklene som ble utvalgt til litteraturstudiet ble videre lest igjennom flere ganger, for å få god en oversikt over hva de handlet om. Artiklene ble så delt mellom forfatterne, der de først ble oversatt til norsk. Artiklenes likheter ble fargekodet, der samme funn fikk

samme farge, og ble kategoriserte. På denne måten ble det mer oversiktlig og systematisk når vi skulle begynne på resultatet. Det ble videre skrevet en sammenfatning der det viktigste innholdet og relevant informasjon for å gi svar på vår studie ble plukket ut. Artikkene og sammenfatningen ble så byttet på, og resultatene på hver artikkel ble diskutert sammen og opp i mot hverandre. Til slutt ble de valgte artiklens likheter, ulikheter og resultater sammenlignet, dette for å gi et helhetlig samsvar på studiens hensikt og problemstilling. Resultatet av denne analysen ble delt inn i 6 hovedtema, og 5 undertema. Hovedfunnene av denne litteraturstudien var at de som bor i sykehjem over lengre tid taper raskt sine funksjoner og blir derfor raskere innaktiv. Effekten av funksjonsevnetrening viser tydelige fordeler sammenlignet med sittende trening. Den har en mer vedlikeholdende og reverserende effekt på pasientenes funksjonsevne. Sykepleier som er til stede hele døgnet kan med sin funksjon legge til rette for økt bevegelse og fysisk aktivitet i hverdagen.

Tabell 1. Søkeskjema for artikler.

Databaser	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Leste Abstrakter	Gransket	Brukte	Tittel
SveMed+	Elder and activity and ADL	Norske Svensk Dansk Engelsk 10 år	13	3	2	1	-Fysisk aktivitet blant eldre
	ADL and nursing and home	Norske Svensk Dansk Engelsk 10 år	86	12	4	0	
	Nursing and home and long and term	Norske Svensk Dansk Engelsk 10 år	52	6	5	2	-The quality of care in Norwegian nursing homes. -Lært hjelpsløshet hos langtidspasienter.
	Elder and physical and exercise	Norske Svensk Dansk Engelsk 10 år	34	1	1	0	
OvidSp	Bedfast and ADL and nursing and home	Engelsk 10 år	3	2	1	0	
	Fundamental and needs and nursing and home and exercise	Engelsk 10 år	356	31	7	2	-Improving activities of daily living for nursing home elder person in Taiwan. -A randomized outcome evaluation of group exercise long-term care institution.
ProQuest	Long and term and care and physical and activity	Engelsk 10 år	43	3	1	1	-Factors influencing exercise participation by clients in long-term care.
	Older and people and long and term and activity	Engelsk 10 år	152	1	1	0	
	Physical and activity and very and old and people	Engelsk 10 år	49	4	2	1	-Activity patterns in very old: A survey of cognitively intact subjects aged 90 years or older

Tabell 2. Skjema for artikler funnet via referanser.

Tittel	Forfatter	Land	År	Tidsskrift
Cross-sectional relationship between physical fitness components and functional performance in older persons living in long-term care facilities.	Singh Amika S. J.M. Marijke, Paw A. Chin, Ruud J. Bosscher og Willem van Mechelen	Nederland	2006	BMC Geriatric.
Effects of home exercise and group training on functional abilities in home-dwelling persons with mobility and balance problems.	Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe Nilsen.	Norge	2004	Aging clinical and experimental research.
Functional performance and exercise of older adult in long-term care settings.	Resnick, Barbara	USA	2000	Journal of gerontological nursing.
Home training with and without additional group training in physically frail old persons living at home: Effects on health related quality of life and ambulation.	Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe Nilsen.	Norge	2004	Clinical Rehabilitation.
Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based randomized, controlled trial.	Luukinen, Heikki, Sari Lehtola, Jari Jokelainen, Rauni Väänänen-Sainio, Sinikka Lotvonene og Pentti Koistonen	Finland	2006	Scandinavian journal of primary health care.

3.6 Etikk

Studien er en litteraturoversikt. De studiene som anvendes skal være godkjent av en etisk komité, Helsinkideklarasjonen, og følge etiske retningslinjer. Komiteene skal ha kompetanse i relevante forskningsdisipliner, etikk og juss (Lovdata 2006). Under analyseringen av resultatene har vi prøvd å skrive så ordrett som mulig for å unngå å gjøre egne tolkninger av resultatene. Siden de fleste forskningsartiklene som vi har gransket er skrevet på engelsk, kan det ikke utelukkes at det kan forekomme noen feiltolkninger og oversettelser som kan være dårlig oversatt fra engelsk til norsk. Forfatterne har ikke underholdt noen resultater.

4.0 Resultat

4.1 Sykehjemspasienter har lavt aktivitetsnivå

Nærmere halvparten av de eldre som bor i sykehjem har svært svekket funksjonsevne og bare 20 % av pasientene i langtidsavdelinger deltar regelmessig i aktiviteter (Resnick 2000). I Kirchhoff's studie fra 2006 om fysisk aktivitet blant eldre er det 21,7 % av deltakerne som har et aktivitetsnivå som er i samsvar med anbefalinger (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, St.meld. nr 25, 2005-2006) om å være aktiv 30 minutter hver dag. De fleste eldre har et aktivitetsnivå som er lavere enn det som er anbefalt (Kirchhoff 2006). Mennesker som er 90 år eller eldre, som ikke har noe kognitiv svikt og bor i eget hjem, har vanligvis et variert, men relativt lavt aktivitetsnivå i løpet av en dag (Hillerås, Herlitz, Jorm og Winblad 1999).

Det er ingen signifikante forskjeller mellom kvinner og menns generelle funksjonsevne. Men menn er sterkere enn kvinner i knestyrke og kvinner er mer fleksibel enn menn i øvelser hvor man sitter med utstrakte ben, bøyer seg framover og dytter en gjenstand som ligger fremfor. For menn har koordinasjonsevne og styrke mye å si for funksjonsevne. For kvinner er fleksibilitet og koordinasjonsevne viktig for funksjonsevnen (Singh, Marijke, Chin, Bosscher, van Mechelen 2006). De fleste pasienter i norske sykehjem mottar god pleie, men de får sjeldent deltatt i fritidsaktiviteter eller mulighet til å gå seg en tur utenfor avdelingen. Dette går ut over pasientenes livskvalitet, noe som kan vise seg ved at pasientene blant annet får dårligere mental kapasitet. Pasientene som sjeldent får delta i daglige aktiviteter har ofte en mer aggressiv oppførsel (Kirkevold og Engedal 2006).

4.2 Motivasjonsfaktorer for at eldre skal være mer aktiv

Det er en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og velvære, også hos de eldste (Hillerås et al. 1999). Det er ulikt for hver enkelt pasient i Taiwanske sykehjem, hvilken evne de selv har til å gjøre dagligdagse aktiviteter og hva som motiverer til å være i aktivitet, men en viktig motivasjonsfaktor for at eldre skal være fysisk aktiv er å bevare helsen (Kirchhoff 2006, Chang, Wung og Crogan 2008). Evne til egenomsorg og forventninger til resultat er to faktorer som påvirker Eldres treningsvaner. Det er også en sammenheng mellom oppfattet helse og treningsvaner. Sykepleiere gir uttrykk for at det

var vanskelig å kreve egenaktivitet fra pasientene, særlig når pasientene motsetter seg dette (Foss 2002). Eldre som opplever sin helse som ”god/meget god” er i større grad fysisk aktiv og trener regelmessig (Resnick 2000). Eldre ser positivt på fysisk aktivitet og de fleste mener at regelmessig fysisk aktivitet er av ”middels/stor betydning” for deres helse. Det som viser seg er at selv om de uttrykker en positiv holdning til fysisk aktivitet er de likevel fysisk inaktive. De har gode holdninger, men de samsvarer ikke med deres handlinger (Kirchhoff 2006).

4.3 Ulike årsaker til eldres inaktivitet

Det er sammenheng mellom kontrakturer, funksjonsdyktighet og hvilke bevegelser og aktiviteter som skal utføres. Frakturer i øvre og nedre ekstremitet er faktorer som har tydelig innvirkning på funksjonsevne. Kvinner har tendens til lettere å få frakturer og smerte i nedre ekstremiteter enn menn. Mange eldre er plaget med ulike type smerter. Forventningene til seg selv og troen på egne muligheter er betydelig relatert til om de er plaget av smerter eller ikke. Aktivitet kan forbygge kontrakturer og bedre funksjonen. Aktivitetsnivå blir påvirket av egen evne til å ta vare på seg selv og de forventningene den enkelte har til resultatet fysisk aktivitet vil gi (Resnick 2000). Forekomsten av aktiviteten spasertur blir redusert når den eldre opplever sin helse som ”dårlig/meget dårlig” (Kirchhoff 2006). Høy alder og de eldres egenskaper har sammen med opplevelsen av angst en negativ effekt på deres aktivitetsnivå (Hillerås et al. 1999). For de som bor i omsorgsbolig er opplevelsen av angst blant annet påvirket av redselen for å skade seg og mangelen på personer å være aktiv med (Kirchhoff 2006).

Det er vanskelig å ivareta balansen mellom avhengighet og uavhengighet hos pasienter i langtidsavdeling blant annet fordi sykehjem har dårlig fagdekning og benytter seg mye av ufaglært hjelp. Manglende kompetanse hos personalet kan føre til at pasientene får mer hjelp enn de har behov for, og derfor blir passivisert (Foss 2002). Sykdom, fysisk svakhet, depresjon, virkning og eller bivirkning av medisiner, at pasientene slutter å bruke sine ressurser og at personell hjelper til mer enn nødvendig kan føre til at de eldre utvikler en eller flere fysiske begrensninger. Disse fysiske begrensningene fører til høy invaliditet og redusert livskvalitet hos pasientene. Det blir økt sykkelighet og dødelighet. Desto mer pleietrengende pasientene er, desto mer øker kostnadene for sykehjemmene og ikke minst behovet for fagkompetent personell (Chang, Wung og Crogan 2008).

Det er et stort behov for personell i Taiwanske sykehjem, og det er blir ansatt utenlandske pleieassistenter for å få nok personell. På grunn av at disse enten ikke kjenner til den kinesiske kulturen eller får for dårlig opplæring, eller en blanding av disse to faktorene, vil pleieassistenten kunne forårsake eller forsterke sykehjemspasientenes avhengighet. Derav blir pasientenes evne til egenomsorg redusert, noe som forårsaker enda større funksjonssvikt (Chang, Wung Crogan 2008). Hvilken type avdeling, personalet som jobber der og antall personer på vakt har noe å si for kvaliteten på pleien og pasientenes livskvalitet (Kirkevold og Engedal 2006). Sykepleiere hjelper pasientene, uavhengig om de har behov hjelp fordi dette er det enkleste og raskeste for personalet (Foss 2002). Pleiekvaliteten i langtidsavdelinger i norske sykehjem er akseptabel (Kirkevold og Engedal 2006).

4.4 Begrenset aktivitet i sykehjem påvirker funksjonsevnen

Eldre som bor i en institusjon over lengre tid, mister raskt sine funksjoner og blir derav raskere innaktiv (Resnick 2000). Ulike typer trening er spesielt nyttig for eldre som er i risiko for fysisk forfall. Enkle hjemmeøvelser er i det korte løp effektive for å bedre fysisk funksjon hos skrøpelige hjemmeboende eldre personer (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004a). Trening i dagens sykehjem består i sittende trening med et begrenset spekter av bevegelsesutfordringer. De eldre får trent og brukt overkroppen, men får lite eller ingen trening av beina siden de også ellers stort sett sitter eller ligger. Slik trening er ikke nok for at det skal virke forebyggende og eller reverserende av den fysiske nedsettelsen som er assosiert med det å bo i institusjon, verken for skrøpelige gamle eller de med bedre funksjon (Lazowski, Ecclestone, Myers, Paterson, Tudor-Locke, Fitzgerald, Jones, Shima, Cunnongham 1999). Seks måneder etter avsluttet intervensjonsperiode med 12 ukers hjemmetrening to ganger daglig og gruppetrening to ganger i uken, er målt fysisk funksjon hos eldre og skrøpelige hjemmeboende personer, tilbake til utgangspunktet (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004a, Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004b). Det blir lagt vekt på å dekke pasientenes fysiske behov. Men måten det blir gjort på er mer preget av et fast mønster til fast tid, enn å tilpasse det til pasientenes reelle behov (Foss 2002). Pasientene får svært sjeldent gå ut på tur eller delta på ulike fritidsaktiviteter. For eldre i norske sykehjem, i hvert fall de som er i stand til det, er det som oftest ulike typer husarbeid som å reie sengen, ulike oppgaver på kjøkkenet eller hobbyaktiviteter som strikking, syng eller andre typer håndarbeid som utgjør fysisk aktivitet i løpet av en dag

(Kirkevold og Engedal 2006). Faste rutiner oppleves som fokus for dagen både av pasienter og av personalet. Personalets handlinger er ikke begrunnet ut fra pasientenes individuelle behov, men snarere ut fra at faste oppgaver skal gjøres innenfor en bestemt tidsramme (Foss 2002). Pasientene får blant annet ikke gå på toalettet når de ønsker, det blir heller brukt inkontinensbind. (Kirkevold og Engedal 2006). Noen sykepleiere gir uttrykk for at rutiner fungerer som en kvalitetssikring innenfor en institusjon med mye ufaglært personell.

Det er kun på avdeling for demente pasienter at funksjonsnivå blir kartlagt etter standardiserte skjemaer. Når det mangler kartlegging av behov og ressurser, blir tilnærmingen til pasientene tilfeldig. Mangel på faglig vurdering og konkrete mål fører til at pasientene får lite hensiktsmessig hjelp og blir derfor passivisert. Det må også påpekes at heller ikke sykepleiere nødvendigvis har tilstrekkelig kunnskap om dette. Personalet respekterer ikke pasientenes integritet. Dette viser seg ved at personalet overtar funksjoner for pasientene som de er i stand til å utføre selv. Personalet viser også et stereotyp syn på pasientene, ved at alle blir vurdert som like når det gjelder ressurser eller mangel på dem. Manglende ferdigheter innenfor noen funksjonsområder blir generalisert til å gjelde hele personen. Hvordan man ivaretar balanse mellom avhengighet og uavhengighet er ikke formulert som en målsetting i avdelingen og det er en manglende bevissthet i personalgruppen om betydningen av å ivareta denne balansen (Foss 2002).

4.5 Effekt av trening og fysisk aktivitet på Eldres funksjonsdyktighet

Pasienter i to Taiwanske sykehjem som deltar i et seks ukers treningsprogram som har til hensikt å øke deres evne til å utføre ulike dagligdagse aktiviteter (se forklaring side 9) og tro på egne muligheter (Self-Care Self Efficacy Enhancement Program, fra nå kalt SCSEEP), får en signifikant forbedring i spising/mating, påklledning, stell og vasking. Opplevelsen av å mestre dagligdagse aktiviteter, gjør at de også får økt selvrespekt og blir mer tilfreds med sitt eget liv. Selve motivasjonen for å ta vare på sin egen helse blir ikke bedret (Chang, Wung og Crogan 2008). Skrøpelige hjemmeboende eldre personer som deltar i to ulike treningsregimer, hvor halvparten deltar i gruppe med hjemmetrening to ganger daglig og den andre deltar i gruppen med hjemmetrening to ganger daglig og gruppetrening to ganger per uke i tillegg, er det 53 % i hjemmetreningsgruppen og 59 % i kombinert hjemme- og gruppetrening som har minst ett fall i løpet av ett års tid etter

intervensjonsperioden er avsluttet. Antallet fall er ikke signifikant forskjellig fra antallet fall rapportert året før studien startet (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004b).

Treningstiltak som er godt planlagt, gjennomført av geriatrisk omsorgsteam forsinker svekkelsen av mobilitet og har en positiv effekt på funksjonsevnen hos eldre som bor hjemme. Øvelser som blir gjort kontinuerlig, varierer mellom stående, sittende og liggende øvelser, slik at den er tilpasset den enkeltes funksjonsevne, gir best resultat. Øvelsene gir størst effekt hos de yngste eldre og de med lettere funksjonsnedsettelse. Hos de eldste hadde treningen en mer vedlikeholdende og forsinkende effekt, enn en reverserende effekt. Hos de deltakerne med dårligst fysisk funksjon eller hos de med sterkt nedsatt evne i forhold til dagligdagse aktiviteter har trening best effekt på balansefunksjon, men utenom det kan det ikke ses positive effekter. Denne typen trening vedlikeholder den styrken de eldste har som utgangspunkt før de begynner å trene, men de blir ikke sterkere (Luukinen, Lehtola, Jokelainen, Väänänen-Sainio, Lotvonene, Koistonen 2006).

Effekten av fire måneders funksjonsevnetrening, et treningsprogram som inneholder øvelser som skal bedre pasienter i langtidsavdeling sin styrke, balanse, fleksibilitet, mobilitet og funksjonsnivå (fra nå av kalt funksjonsevnetrening), ble sammenliknet med effekten av sittende trening med et begrenset spekter av bevegelsesutfordringer (fra nå av kalt sittende trening). Funksjonsevnetrening leder til nevneverdig forbedringer i mobilitet (16 %), balanse (9 %), fleksibilitet (36 %), knestyrke (55 %) og hoftestyrke (12 %). I den sittende-trenings-gruppen er den eneste forbedringen i skulderstyrke på 21 %. De får en reduksjon i hoftestyrke, mobilitet og generell funksjonsevne i løpet intervensjonsperioden (på 4 måneder) (Lazowski et al. 1999). Skrøpelig hjemmeboende eldre personer får bedret ganghastighet, greier bedre å reise seg fra stol, plukke opp gjenstander fra gulvet, og får bedret maksimal steglengde og The Timed "Up & Go" (screeningstest for bevegelseshemmede som er informativ vedrørende balanse, ganghastighet og funksjonsevne, Podsiadlo og Richardson 1991, fra nå kalt TUG) ved hjemmetrening to ganger daglig i 12 uker. De får bedret effekten når de i tillegg trener gruppetrening to ganger i uken (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004a).

Eldre som bor i institusjon, til og med de som er fysisk skrøpelig, kan respondere på et stimulerende treningsprogram. Funksjonsevnetrening viser tydelige fordeler i sammenlikning med sittende trening. De får en gjennomsnittlig bedring på skår på TUG med 16 %, sammenliknet med skårene de fikk før treningen startet. Mens deltakerne i

sittende-trenings-gruppen bruker i gjennomsnitt 23 % lengre tid på TUG-testen etter intervensjonsperioden. De får en forbedring i skuldrenes fleksibilitet på 3,5 %, mens funksjonstrenings-gruppen får en bedring på 12 %. Ingen av gruppene får bedret gripestyrke i hånden, men fleksibiliteten i albuen bedrer seg i funksjonstrenings-gruppen. Styrken i skuldrene øker med 20 % i funksjonstrenings-gruppen og 21 % i sittende-trening-gruppen. Funksjonsevnetrening forebygger forfall av muskelstyrke i bena, mobilitet og balanse. Totalsummen for styrke i øvre ekstremiteter blir henholdsvis hos funksjonstrenings-gruppen 8 % og sittende-trenings-gruppen 2 %. Farten på gangen og evnen til å gå i trapper blir ikke noe bedre hos noen av de to gruppene i løpet av treningsperioden (Lazowski et al. 1999). Hos menn har styrke i anklene sammenheng med ganghastighet og bevegelsen hvor man bøyer seg ned for å plukke opp gjenstander fra gulvet (Singh et al. 2006). En gruppe skrøpelige hjemmeboende eldre personer, som har hjemmetrening to ganger daglig, har effekt av dette. En gruppe skrøpelige hjemmeboende eldre personer som i tillegg til dette har gruppetrening to ganger per uke får forsterket denne effekten. Begge grupper viser en signifikant bedring i alle målinger av fysisk funksjon fra basisregistrering til tre måneders test (intervensjonsperioden). Fra basisregistrering og fram til ni måneders test er det bare bedring i normalt gangtempo (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004b).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Studiens hensikt er å beskrive behovet for fysisk aktivitet for pasienter i sykehjem. For å få svar på dette, benyttet forfatterne seg av en systematisk litteraturstudie.

Fordelene med litteraturstudie er at studiene som er publisert i forskningsdatabaser og fagtidsskrift er vanligvis lest og vurdert av fagpersoner før de publiseres, og er derfor ofte av god kvalitet. Ulempene med litteraturstudier er at det er nødvendig med en kritisk holdning til litteraturen. Det som forfektes kan være ”gammel” viten, bearbeidet og fortolket av andre eller oversatt fra andre språk (Dalland 2007).

Litteratursøket har vært mer utfordrende enn vi forutså og det har vært svært vanskelig å finne god og sykepleierelevant litteratur i forhold til vår problemstilling. Vårt fokus har vært at litteraturen skal være sykepleierelatert, og omhandler sykehjemspasienter som er innlagt permanent eller midlertidig i sykehjem. Med at litteraturen er sykepleierelatert menes at den omhandler sykepleiere eller helsepersonell generelt, har betydning for sykepleiefagets virkeområde, eller fungerer som sykepleiefaglig støtte i form av faktaopplysninger.

De databaser som artiklene ble søkt i, var SveMed+, ProQuest og OvidSp som vi fant mest relevant for vårt studie. Vi har søkt etter forskningsartikler gjennom hele bachelorprosessen i håp om at det skulle komme flere studier i løpet av året. Svært mye tid har gått med til litteratursøk, og det ble på denne måten dårligere tid til å bearbeide datamaterialet enn ønsket. Dette blir sett på som en svakhet for oppgaven.

I begynnelsen av litteratursøkene ble svært mange forskjellige søkeord bruk, der de både ble skrevet på engelsk, norsk og svensk etter hvilken database som ble brukt. Vi benyttet søkeord som var veldig komprimerte. Dette for at vi ønsket å unngå å få for mange treffer, slik at de treffene vi fikk var relevante og derfor enklere og velge ut. Etter hvert, da dette ga svært få treff måtte vi benytte litt ”videre” søkeord. Disse søkeordene ga et stort antall studier, der kun 7 artikler var relevante for vår studie. I ettertid ser vi at det kan være en

mulighet for at relevante artikler kan ha gått tapt på grunn av utvalget av søkeord. Dette er en svakhet for oppgaven. Artikler som var eldre enn 10 år ble ekskluderte, svært mange relevante artikler ble derfor ekskluderte på grunn av at de var for gamle. Dette funnet var interessant og det kan tyde på at det er lite sykepleierrelatert forskning på fysisk aktivitet blant eldre i sykehjem. Samtidig kan det se ut som det finnes mer ergo- og fysioterapeut relatert forskning i forhold til valgt tema. I tillegg er det lite ”ny” forskning på dette området. Det viste seg at det fantes en del forskning som omhandler fysisk aktivitet hos eldre som bor i omsorgsboliger. Men det finnes lite forskning om samme tema i forhold til sykepleie og eldre som bor på sykehjem. Vi valgte derfor å inkludere artikler som omhandlet skrøpelige hjemmeboende eller eldre i omsorgsboliger, fordi vi mente at dette hadde overføringsverdi til sykehjemspraksis.

Litteraturlistene til alle artiklene som ble funnet, både inkluderte og ekskluderte, ble videre gransket for å finne flere relevante artikler. Under kvalitetsgranskingen ble artiklene delt mellom forfatterne, hvor vi først leste hver for oss og deretter i felleskap. Dette ses på som en fordel for oppgaven, da artiklene ble vurdert av begge forfatterne, og det ble derfor mindre sannsynlighet for at viktige funn gikk tapt. Vi forsøkte å bruke norske og nordiske studier så langt det var mulig, dette for at kildene skulle være mest mulig relevant for norske forhold. Artiklene viste at det eksisterte lite norsk litteratur tilknyttet tema og problemstillinger, men det fantes noe internasjonal litteratur, blant annet fra USA, Taiwan og Sverige, (vedlegg 1). Forfatterne ser at det er ulikheter mellom forholdene i norske og taiwanske sykehjem. Vi har likevel valgt å inkludere artikkelen fra Taiwan fordi vi anser at problematikken rundt lite fagkompetanse og at det jobber mange ufaglærte i sykehjem er sammenlignbart med slik det er i Norge. Ni artikler er skrevet på engelsk, og to på norsk. Ved oversettelse fra norsk til engelsk er det mulighet for at enkelte oversettelser er dårlige, og kan ha blitt feiltolket ut fra det faktiske resultatet.

I denne studien har forfatterne benyttet 4 norske forskningsartikler av totalt 11 stk. Dette fører til at våre kilder kan ha noe begrenset relevans og overføringsverdi til norske sykehjem. Det må derfor tas forbehold om at funn som presenteres i oppgaven kan avvike noe fra den faktiske situasjonen i Norge. Samtidig hadde noen av artiklene få deltakere, samtidig som at studien gikk over en relativ kort periode, dette kan være en svakhet i forhold til representative de er. Disse artiklene ble likevel inkludert, da de styrker tidligere funn og resultat. Resultatet av denne litteraturstudien kan ha blitt påvirket av hva

forfatterne hadde som utgangspunkt, og hva vi trodde kom til å bli resultatet før vi startet, i forhold til hva som ble valgt å ta med i resultatet. Samtidig har forfatterne valgt å ikke fokusere på ulikheter i artiklene. Dette kan bli sett på som en svakhet for oppgaven.

De vitenskapelige artiklene som ble valgt til dette litteraturstudiet er fra år 1999-2009. To av artiklene er 10 år gamle. Selv om det er skjedd ulike forandringer løpet av de ti siste årene, anser vi at forholdene i sykehjem i 2009 kan sammenliknes med forholdene slik de var i 1999, og har derfor valgt å inkludere disse.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Svært få eldre er aktiv

I følge teorien kan fysisk aktivitet forebygge funksjonssvikt, men de siste årene har funksjonen til de som bor i sykehjem endret seg (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008, Granbo og Helbostad 2006). Resultat av litteraturstudien viser at svært få eldre har et aktivitetsnivå som er i samsvar med Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet sine anbefalinger (Resnick 2000, Kirchhoff 2006). Og gamle mennesker som er 90 år eller eldre som bor i egen bolig, har vanligvis et variert, men relativt lavt aktivitetsnivå i løpet av en dag (Hillerås et al. 1999). I rapporter fra helsemyndighetene blir det påpekt at pasientene i norske sykehjem får liten mulighet til fysisk aktivitet (Helsetilsynet 2003). Et resultat av studiet (Resnick 2000) viser at mange av de som bor i sykehjem har svært svekket funksjonsevne. Dette kan blant annet forklares med at det blir satset mer på hjemmebasert omsorg for at eldre skal kunne bo lengre hjemme, noe som fører til at de som får sykehjems plass er mye skrøpeligere (Granbo og Helbostad 2006). De fleste som bor i langtidsavdeling har en kombinasjon av to eller flere kroniske sykdommer, og et av flere kjennetegn hos norske sykehjemspasienter er at de har sterkt redusert funksjonsevne (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Forfatterne gjorde erfaringer i løpet av praksis, hvor vi opplevde at mange av beboerne satt eller lå det meste av dagen. Ofte fikk de som hadde behov for assistanse til å bevege seg rundt kun gå til og fra dagligstuen. I følge Hendersons teori, er det å kunne bevege seg og endre kroppstilling som det å gå et grunnleggende behov for hvert enkelt menneske (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Lavere ganghastighet kan gjerne ses som en mestringsmekanisme hos de eldre. Nedsatt sanseskarphet, endret balanse og lengre reaksjonstid gjør at det med tanke på sikkerhet og trygghet er hensiktsmessig å gå ned i tempo og ta kortere skritt (Hageman 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Hos menn har styrken i anklene sammenheng med ganghastighet og for å kunne bøye seg for å plukke opp gjenstander. Menn er signifikant sterkere enn kvinner i knestrek, mens kvinner er mer fleksible enn menn. Det er derimot ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i generell funksjonsevne (Singh et al. 2006). Teorien sier at etter fylt 75-84 år kan eldre, uansett frisk eller ikke, få problemer med daglig stell og gjøremål som for eksempel å bøye seg for å plukke opp gjenstander som faller på gulvet (Judge et al. 1993, Mills 1994, Peel og Utsey 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen (2004a) viser at skrøpelige hjemmeboende eldre personer får bedret ganghastighet og maksimal steglengde, greier lettere å reise seg opp fra stol, plukke opp gjenstand fra gulvet og TUG ved hjemmetrening to ganger daglig i 12 uker.

5.2.2 Manglende kompetanse øker sjansen for inaktivitet

I 2008 ble det gjort en kvantitativ studie i to Taiwanske sykehjem for å se effekten på pasientenes evne til egenomsorg, da spesielt dagligdagse aktiviteter, etter å ha deltatt i et SCSEEP (se forklaring side 22)(Chang, Wung og Crogan 2008). I 2002 (Foss) ble det gjort et kvalitativt forskningsintervju for å innhente informasjon om sykepleieres opplevelse i forhold til hvordan de selv og resten av personalet ivaretok pasientenes balanse mellom avhengighet og uavhengighet i langtidsavdelinger i sykehjem. Sammen med Kirkevold og Engedals (2006) studie om kvaliteten i norske sykehjem, viste dette at det er mye ufaglært personell som jobber i både norske og taiwanske sykehjem. Begge studiene tyder på at det er vanskelig å ivareta balansen mellom avhengighet og uavhengighet hos pasienter i langtidsavdeling. Dette blant annet fordi sykehjem hadde dårlig fagdekning og benyttet seg mye av ufaglært personell. Manglende kompetanse hos personalet kan føre til at pasientene får mer hjelp enn de har behov for, og derfor blir passivisert (Foss 2002). Å delta aktivt i dagligdagse gjøremål er trening for pasienten (Mekki 2007). Eldre er sårbare ved selv kortvarig inaktivitet, og de utvikler lett kontrakturer. Aktive øvelser må være en del av morgenstellet. Ved at pasientene deltar kan dette bidra til at de vedlikeholder funksjoner som gjør det mulig å kunne utføre dagligdagse aktiviteter uten hjelp. Som sykepleier skal

man hjelpe pasienten slik at de klarer disse aktivitetene mest mulig på egenhånd (Karoliussen og Smebye 2006). På grunn av stort behov for personell i Taiwanske sykehjem, blir det ansatt utenlandske pleieassistenter for å få nok personell. Disse kjenner ofte ikke til den kinesiske kulturen eller får for dårlig opplæring. Dette er to faktorer som kan forårsake eller forsterke sykehjemsbeboernes avhengighet, slik at evne til egenomsorg reduseres og medfører større funksjonssvikt (Chang, Wung og Crogan 2008). Med sin døgkontinuerlige tilstedeværelse, er det sykehjem hovedsakelig sykepleierne som må sikre at pasienten får faglig forsvarlig hjelp. De som innehar denne kompetansen må i en slik situasjon ikke bare være kritisk reflekterende til sin egen praksis, men også andres (Orvik 2004). Litteraturstudien forteller oss at desto mer pleietrengende pasientene er, desto mer øker kostnadene for sykehjemmene og ikke minst behovet for fagkompetent personell (Chang, Wung og Crogans 2008). I St.meld. nr 25 (2005-2006) står det at ved å styrke kommuneøkonomien, og med 10.000 nye årsverk og *Kompetanseløftet* vil kommunene kunne rekruttere flere faggrupper som kan stimulere til økt aktivitet i omsorgstjenesten. For å møte dagens og framtidens omsorgsutfordringer har regjeringen lagt fram "*Omsorgsplan 2015*", hvor blant annet den kommunale omsorgstjenesten får tilskudd for å kunne kvalifisere ansatte som er uten relevant fagutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Foss (2002) påpeker at sykepleiere nødvendigvis ikke har tilstrekkelig kunnskap om balansen mellom avhengighet og uavhengighet. Ut i fra "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier" (NSF 2001) skal man som sykepleier blant annet holde sine kunnskaper ved like og sørge for stadig å fornye dem. Man skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis og bidra til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis. Samtidig er det viktig at sykepleier erkjenner grenser for egen kompetanse og praktiserer innenfor disse. Man kan stille spørsmål om arbeidsgiver også har et ansvar for at de ansatte får oppdatert sine kunnskaper. Forfatterne opplever at budsjettene i sykehjemmene sjeldent strekker til slik at alle ansatte for eksempel kan delta på ulike kurstilbud. Men vi slår fast at det er mulig og ikke minst viktig at arbeidsgiver jobber aktivt og oppfordre sine ansatte til å ha fokus på det grunnleggende behovet for bevegelse.

5.2.3 Rutiner som kvalitetssikring

Pleiekvaliteten i langtidsavdelinger i norske sykehjem er akseptabel og det blir lagt vekt på å dekke pasientenes fysiske behov (Kirkevold og Engedal 2006, Foss 2002). Men man ser også at måten det blir gjort på er mer preget av et fast mønster til fast tid, enn å tilpasse det til pasientenes reelle behov (Foss 2002). Kirkevold og Engedals (2006) studie forteller at beboerne får svært sjeldent gå ut på tur eller delta i ulike fritidsaktiviteter. Tidligere forskning viser at fysisk aktivitet og bevegelse gir verdifull helsemessig gevinst, både fysisk og psykisk (Granbo og Helbostad 2006). Men det viser seg at aktivitetene eldre i norske sykehjem gjør, i hvert fall de som er i stand til det, er oftest ulike typer husarbeid som å re sengen, ulike oppgaver på kjøkkenet eller hobbyaktiviteter som strikking, sying eller andre typer håndarbeid (Kirkevold og Engedal 2006). I følge Foss (2002) opplevde sykepleiere at faste rutiner var fokus i det daglige, både for pasienter og personell.

Handlinger var ikke begrunnet ut fra pasientenes individuelle behov, men snarere ut fra at faste oppgaver skulle gjøres innenfor en bestemt tidsramme. Faren med slike rutiner og travle dager er blant annet at sykepleiere lettere identifiserer pasientenes behov, og ikke bruker god nok tid på å vurdere og utforske deres ressurser (Granbo og Helbostad 2006). Det er en krevende oppgave å snu tilstander av såkalt *lært hjelpsløshet* hos pasientene. Men en hensiktsmessig sykepleie har som utgangspunkt å bedre funksjonsvilje og motvirke hjelpsløsheten. Pasienten må få mulighet til å lære og erfare at det han eller hun gjør har betydning, og at de selv kan kontrollere det som skjer med dem (Karoliussen og Smebye 2006).

5.2.4 Sykepleiere overtar pasientenes funksjoner

Et funn i litteraturstudien (Foss 2002) viser at hvordan man ivaretar balanse mellom avhengighet og uavhengighet ikke var formulert som en målsetting i alle avdelinger, og at det var en manglende bevissthet hos personal om betydningen av å ivareta balansen. Sykepleieren kan yte uhensiktsmessig hjelp ved å hemme den eldre i å utføre oppgaver han greier selv. Sykepleie er faglig omsorg for personer med ulik grad av hjelpsløshet, og skal en sykepleier greie å gi hensiktsmessig hjelp, må den gis etter hvilket behov den eldre har (Karoliussen og Smebye 2006). Foss (2002) sine kvalitative forskningsintervju ga informasjon om sykepleieres opplevelse i forhold til hvordan de selv og resten av

personalet ivaretok beboernes balanse mellom avhengighet og uavhengighet i langtidsavdelinger i sykehjem. Det kom blant annet fram at sykepleierne hjalp pasientene, uavhengig om de hadde behov for hjelp fordi dette var det enkleste og raskeste for personalet. Videre ga noen av sykepleiere uttrykk for at rutiner fungerte som en kvalitetssikring innenfor en institusjon med mye ufaglært personell. Et annet funn i vår litteraturstudie (Kirkevold og Engedal 2006) viste at også type avdeling, personalet som jobber der og antall personer på vakt har noe å si for kvaliteten på pleien og beboernes livskvalitet. I teorien står det skrevet at hvis pasienten ikke greier å være selvstendig når det gjelder å utføre gjøremål som skal dekke de grunnleggende behov ved kronisk og langvarig funksjonssvikt, må sykepleieren hjelpe pasienten til å dekke disse for å oppnå en optimal helse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Resultat viser at manglende ferdigheter innenfor noen funksjonsområder blir generalisert til å gjelde hele personen. Personalet overtok funksjoner for pasientene som de var i stand til å utføre selv (Foss 2002). Dette erfarte forfatterne også ute i praksis. Et eksempel er en pasient som hadde forstuet noen fingre. Til vanlig gikk pasienten til og fra dagligstuen, men etter at dette skjedde ble hun kjørt i rullestol. I stedetfor å jobbe enda mer aktivt med å ta vare på de ressursene hun fortsatt hadde slik både teori og forskning oppfordrer til, ble altså hele pasienten gjort hjelpeløs.

5.2.5 Sykepleier kan motivere til økt aktivitetsnivå

Resultatet av litteraturstudien viser at i Taiwanske sykehjem er pasientenes evne til å gjøre dagligdagse aktiviteter selv og hva som motiverer til å være aktiv, ulikt for hver enkelt (Chang, Wung og Crogan 2008). For de som bor i omsorgsbolig er opplevelsen av angst blant annet påvirket av redselen for å skade seg og mangelen på personer å være aktiv med (Kirchhoff 2006). I følge Virginia Henderson har en person behov for sykepleie når han mangler de nødvendige ressursene som må til for selv å kunne utføre nødvendige gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov. Ressurssvikten kan blant annet skyldes mangel på krefter og eller vilje slik at de ikke makter å ta vare på sin egen helse. Sykepleier har da en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Sykepleiere gir uttrykk for at det var vanskelig å kreve egenaktivitet fra pasientene, særlig når pasientene motsetter seg dette (Foss 2002). Å være omsorgsfull betyr ikke at man ikke kan stille krav til pasienten. Det kan heller formidle at man som sykepleier har tro på at pasienten kan mestre noe (Karoliussen og Smebye 2006).

Hendersons sykepleietenkning sier at i tilnærming til løsning av pasientens behov for sykepleie foretas en bedømmelse ut fra kunnskap om menneskets normalfunksjon og om pasientens ressurser for å ivareta denne. Tiltak skal planlegges og iverksettes, sykepleieren kompenserer for ressurssvikten og assisterer pasienten i nødvendige gjøremål som kan dekke grunnleggende behov for bevegelse (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

5.2.6 Kartlegging et viktig hjelpemiddel for god sykepleie

I følge resultat fra studien (Foss 2002) kom det frem at personalet ikke respekterte pasientenes integritet. Personalet kunne også vise et stereotypt syn på pasientene, ved at alle ble vurdert som like når det gjaldt ressurser eller mangel på dem. I ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” står det blant annet at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte mennesket (NSF 2001). Ikke alle avdelinger kartlegger pasientenes funksjonsnivå etter standardiserte skjemaer (Foss 2002). Det er nødvendig å kartlegge hele pasientens situasjon og ut ifra denne informasjonen vurdere behovet for sykepleie (Karoliussen og Smebye 2006). Det finnes i dag ulike registreringsskjema som både sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan bruke. *Barthels ADL-indeks* (vedlegg 4) er et godt kartleggingsredskap som er lett å bruke i sykepleieres daglige kontakt med pasientene. Forfatterne har ulike erfaringer fra praksis. Noen steder var det innhentet informasjon om den enkelte beboer, men hos flere manglet det blant annet viktig informasjon om funksjonsnivå før innleggelse i sykehjem. Dagens forskrifter sier at individuelle behov og ønsker bør kartlegges i strukturerte intervju i forbindelse med flytting til sykehjem (Helsedirektoratet 2005, Granbo og Helbostad 2006), men dette er helt opp til hvert enkelt sykehjem og dets avdelinger.

5.2.7 Aktivitet i det daglige

I følge Kirkevold og Engedal's (2006) kvalitative studie kom det frem at de fleste pasienter i norske sykehjem mottar god pleie, men at de sjeldent får delta i fritidsaktiviteter eller mulighet til å gå seg en tur utenfor avdelingen. Dette er en bekreftelse på forfatterens antakelse om at det er høy inaktivitet blant eldre. Videre sier resultat fra samme studie at de pasientene som sjeldent får delta i daglige aktiviteter ofte har en mer aggressiv oppførsel. Reduserte mentale ferdigheter og svikt i evnen til å ivareta dagligdagse

aktivitets-funksjoner for hygiene, er to faktorer som bidrar til varig institusjonsopphold (Otterstad, Frantzen og Sorteberg 2006, Karoliussen og Smebye 2006). Fysisk aktivitet kan dempe angst og uro. Eldre som mosjonerer slik at de holder ved like en hjerterytme på 100 slag i minuttet, er mindre plaget av angst og uro (Ebersole og Hess 1994, Karoliussen og Smebye 2006).

5.2.8 Aktiv for å bevare helsen

Til tross for at eldre har kunnskap om at fysisk aktivitet er av betydning for deres helse, er de fleste fysisk inaktive. Kirchhoff studie viser altså at positiv holdninger ikke er nok. Men Hillerås et al. (1999) styrker teorien om at det er positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og velvære, også hos de eldste. I følge to funn i vår litteraturstudie (Resnick 2000 og Kirchhoff 2006) er det større sannsynlighet for at de eldre er mer aktiv og trener regelmessig om de oppfatter sin egen helse som god. Videre ser man at en viktig motivasjonsfaktor for at eldre skal være fysisk aktiv er å bevare helsen. Evnen til egenomsorg og forventninger til resultat påvirker også deres treningsvaner. Eldre ser positivt på fysisk aktivitet og de fleste mener at regelmessig fysisk aktivitet er av ”middels/stor betydning” for deres helse. Ulikt fra person til person avtar graden av fysisk aktivitet med alderen. Bedagelighet og endret livsførsel kan sammen med aldringsfysiologiske endringer være noen av årsakene til at de eldre blir mindre aktiv. Mange eldre tror gjerne at de ikke trenger like mye fysisk aktivitet som tidligere og i tillegg undervurderer de ofte sin egen kapasitet (Karoliussen og Smebye 2006). Eldre er dessverre ofte plaget med ulike type smerter, både akutte og kroniske. Selvtilliten i forhold til hva de selv mener de greier å utføre av ulike aktiviteter, er blant annet basert på om de er plaget av smerter eller ikke (Resnick 2000). Aktiviteten *spasertur* blir redusert når den eldre opplever sin helse som ”dårlig/meget dårlig” (Kirchhoff 2006). Resnick (2000) viser at det er sammenheng mellom kontrakturer, funksjonsdyktighet og hvilke bevegelser og aktiviteter som skal utføres. Frakturer i øvre og nedre ekstremitet er faktorer som har innvirkning på funksjonsevne. De enkelte organsystemer eldes til ulik tid hos hver person. Reduksjonen av muskelmasse og beinmasse, som er en naturlig del av den fysiske aldringsprosessen, har betydning for menneskets funksjonsevne. Kalsiumopptaket blir lavere og beinmassen reduseres gradvis, noe som blant annet øker risikoen for brudd ved fall (Whitney et al. 1993, Mills 1994, Thompson 1995, Karoliussen og Smebye 2006). Nedsatt balanse kan også ofte være årsak til fall og skader, særlig er eldre syke utsatt

(Karoliussen og Smebye 2006). Resultat fra studien viser at 53 % av skrøpelige hjemmeboende eldre som deltok i hjemmetrenings- gruppe og 59 % av de som deltok i kombinert hjemmetrening og gruppetrening hadde minst ett fall i løpet av ett års tid etter intervensjonsperiode var avsluttet. Dette var ingen signifikant forskjell fra antall fall rapportert året før studien startet (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen 2004b). I følge Resnick (2000) har kvinner tendens til lettere å få frakturer og smerte i nedre ekstremiteter enn menn. Samme studie sier at aktivitet kan forbygge kontrakturer og bedre funksjonen. Teorien bekrefter dette med at når muskelstyrken økes vil dette føre til bedre oksygenering av vev, bedre balanseevne og minsket risiko for fall (Whitney et al. 1993, Mills 1994, Thompson 1995, Karoliussen og Smebye 2006).

I Chang, Wung og Crogans (2008) studie, er sykdom, fysisk svakhet, depresjon, virkning og eller bivirkning av medisiner og at personell hjelper til mer enn nødvendig faktorer som kan føre til at de eldre utvikler en eller flere fysiske begrensinger. Man har tidligere erfart at en gjennomsnittspasient ikke er i stand til å gå selv, han trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle av og på seg, og ofte også til å spise (Statens helsetilsyn 2003). To funn i litteraturstudien forteller også at høy alder, de eldres egenskaper og opplevelse av angst har en negativ effekt på eldres aktivitetsnivå (Hillerås et al. 1999, Kirchhoff 2006). I følge Henderson må sykepleier, når hun eller han skal forholde seg til pasientens grunnleggende behov, ta utgangspunkt i at behov oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Pasienters, i Resnick's studie (2000), egenoppfattet helse, evne til egenomsorg og den enkelte pasients forventninger til hvilke resultat aktivitet kan gi, også har betydning for hvor aktiv pasienten ønsker å være. Sykepleier må skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan disse best kan tilfredsstilles. Det er både vanskelig og krevende, men helt nødvendig at sykepleier har faglig forståelse for dette (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

5.2.9 Hode, skulder..men ikke kne og tå..

Eldre som er innlagt i en institusjon over lengre tid, mister raskt sine funksjoner og blir derav raskere innaktiv (Resnick 2000). De fleste som bor i norske sykehjem er skrøpelig og gamle, og har den dårligste prognosen, både når det gjelder økende funksjonstap og

overlevelse (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff 2008). Taiwanske pasienter som deltok i SCSEEP fikk en signifikant forbedring i spising, påkledning, stell og vasking. Opplevelsen av å mestre gjorde at de også fikk økt selvrespekt og ble mer tilfreds med sitt eget liv (Chang, Wung og Crogan 2008). De fleste pasienter kan i et visst omfang være fysisk aktive og delta i ulike former for trening som kan øke eller holde ved like et generelt funksjonsnivå. I teorien poengteres det at fysisk aktivitet kan forstås som ethvert muskelarbeid som øker energiomsetningen, og kan derfor knyttes til dagliglivets gjøremål (Mekki 2007).

Hos eldre og syke blir fysisk aktivitet fremhevet som en utfordring, men sykdom og høy alder trenger ikke være et hinder for trening så lenge aktivitetene er tilpasset pasientens situasjon (Mekki 2007). Et resultat av studien viser at ulike typer trening er spesielt nyttig for eldre som er i risiko for fysisk forfall (Resnick 2000). I teorien poengteres det også at grunnleggende behov for bevegelse må dekkes for at normal funksjon og helse kan opprettholdes (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Men studien viser at trening i dagens sykehjem består oftest av sittende trening med et begrenset spekter av bevegelsesutfordringer, uansett hvilken funksjonsevne pasientene har. De eldre får trent og brukt overkroppen, men får lite eller ingen trening av beina siden de også ellers sitter eller ligger mye i løpet av dagen. Slik trening er ikke nok for at det skal virke forebyggende og eller reverserende av den fysiske nedsettelsen som er assosiert med det å bo i institusjon, verken for skrøpelige gamle eller de med bedre funksjon (Lazowski et al. 1999). I følge Henderson (1998) skal sykepleiere hjelpe mennesket til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse. Eldre får bedre helse ved å være fysisk aktiv. De får blant annet økt generell muskeltonus, bedre blodsirkulasjon, dypere respirasjon og bedre gassutveksling (Karoliussen og Smebye 2006).

5.2.10 Evne til å reagere på stimuli

I følge Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen (2004a, 2004b) er det målt at fysisk funksjon, hos skrøpelige hjemmeboende eldre personer, er tilbake til utgangspunktet seks måneder etter avsluttet intervensjonsperiode (12 ukers hjemmetrening to ganger daglig og gruppetrening to ganger i uken). En av forfatterne opplevde i praksis at en pasient som gikk uten støtte av personell og hjelpemiddel ble sengeliggende på grunn av sykdom over lengre tid. Det ble ikke satt i gang tiltak for å vedlikeholde styrken i beina. Da pasienten

kom seg etter sykdomsforløpet hadde han fått tydeligere dårlig gange og trengte støtte av en person den korte veien til og fra rommet. Visse prinsipper for stimulering av aktivitet gjelder for alle. Prinsippet om stimuli og respons (Arndt Schutz-prinsippet, Karoliussen og Smebye 2006) beskriver evnen til å reagere på stimuli og gi respons (Myklebost 1994, Karoliussen og Smebye 2006). De grunnleggende prinsippene er følgende:

- Når summen av stimuli er for liten, skjer ingen fysiologisk respons.
- Når summen av stimuli kommer over terskelen for fysiologisk respons, skjer det en gradvis økning i responsen som er proporsjonal med mengden av stimuli som gis.
- Når summen av stimuli kommer over det organismen kan klare, inntre skade.

(Karoliussen og Smebye 2006, 451)

5.2.11 Individuelt tilpasset trening har god effekt på de eldres funksjonsevne

Flere funn i vår litteraturstudie styrker teorien om fysisk aktivitet og bevegelse har positiv effekt på de eldres funksjonsevne. Luukinen et al. (2006) gjorde en kvantitativ studie om hvilken effekt trening kunne ha på funksjonsevnen til svært gamle hjemmeboende som før undersøkelsen hadde vanskeligheter for å utføre minst en dagligdags aktivitet.

Treningstiltakene som var godt planlagt, tilpasset den enkelte og gjennomført av geriatrisk omsorgsteam forsinket svekkelsen av mobilitet og har en positiv effekt på funksjonsevnen hos eldre som bor hjemme. Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen (2004a) viser at enkle hjemmeøvelser er effektive for å bedre fysisk funksjon i det korte løp hos skrøpelige hjemmeboende eldre personer. Øvelser som blir gjort kontinuerlig er det som gir best resultat, og at øvelsene gir størst effekt hos de yngste deltakerne og de med lettere funksjonsnedsettelse. Selv om effekten ikke forbedrer funksjonsevnen, bekrefter resultatet at fysisk aktivitet vedlikeholder og forsinker nedsettelse av funksjonsevnen, også hos de eldste. Bevegelsesfunksjon har stor betydning for å kunne utføre daglige gjøremål selvstendig og for å oppleve velvære, også for de som er gamle og skrøpelig (Luukinen et al. 2006). Dette bekrefter Karoliussen og Smebye (2006) også ved å si at for at ulike typer treningsprogram skal lykkes må det tilstrekkelig organiseres til. Det som gir resultater er en systematisk oppfølging og gjennomføring. Treningen må være individualisert for at den skal ha effekt, og det er fordelaktig for den eldre at treningen er en del av den enkeltes daglige rutine. Lazowski et al. (1999) forteller at funksjonsevnetrening for pasienter i langtidsavdelinger har bedre effekt på funksjonsevne enn sittende trening med kun et

begrenset spekter av bevegelsesutfordringer. Funksjonsevnetrening ledet til nevneverdig forbedringer i mobilitet (16 %), balanse (9 %), fleksibilitet (36 %), knestyrke (55 %) og hoftestyrke (12 %). Den sittende-trenings-gruppen hadde kun forbedringen i skulderstyrke. Et interessant aspekt som også kom fram av studiet var at de som deltok i sittende treningen faktisk fikk forverring i hoftestyrke, mobilitet og generell funksjonsevne i løpet av intervensjonsperioden.

Funksjonstrenings-gruppen fikk som nevnt bedret balanse, mens deltakerne i sittende-trening-gruppen hadde ingen endring. Fleksibilitet i underekstremitetene, hvor det ble sett på hvor godt de greide å sitte og strekke seg etter noe ble bedret med 36 %, mens for sittende-trenings-gruppen var det ingen endring. Treningen som blir gjort i funksjonsevnetrening kan passe for både de som er funksjonsdyktige og de skrøpelig, så lenge det blir tilpasset hver enkelt pasient. Å opprettholde eller bedre den fysiske aktiviteten hos eldre er et helsefremmende middel både hos friske og syke eldre. Endringer som skjer i kroppen som følge av fysisk aktivitet, kan påvirke organsystemer til bedret funksjon og kan forsinke noe av aldringsprosessen. Man må som sykepleier forstå at treningsopplegg for eldre, både syke og friske, ikke bare er for hyggens skyld. Det har en sykdoms- og skadeforebyggende rehabilitering og er en viktig sykepleieoppgave (Karoliussen og Smebye 2006).

6.0 Konklusjon

De fleste pasienter i norske sykehjem mottar god pleie, men de får sjelden mulighet til å delta i fysisk aktivitet. De som bor i sykehjem over lengre tid taper raskt sine funksjoner og blir derfor raskere innaktiv. Ulike typer trening er spesielt nyttig for eldre som er i risiko for fysisk forfall. Men aktivitetstilbudene til pasientene er gjerne forskjellige typer lett husarbeid, og treningen de blir tilbudt består oftest av sittende øvelser med kun et begrenset spekter av bevegelsesutfordringer.

Effekten av funksjonsevnetrening viser tydelige fordeler sammenlignet med sittende trening. Den har en mer vedlikeholdende og reverserende effekt på pasientenes funksjonsevne. Pleiepersonell som hjelper til mer enn nødvendig kan føre til at pasientene utvikler en eller flere fysisk begrensninger, og mangel på personell med god nok fagkompetanse kan føre til økt inaktivitet og funksjonsnedsettelse.

Kartlegging av ressurser og behov, øvelser som blir gjort jevnlig, varierer mellom stående, sittende og liggende, slik at den er tilpasset den enkeltes funksjonsevne, gir best resultat. Man ser størst effekt hos de yngste eldre og de med lettere funksjonsnedsettelse. Slik systematisk trening blir oftest ivaretatt av fysioterapeut. Men for at treningsmengden skal bli stor nok, er det viktig at noen av tiltakene gjennomføres som en integrert del av dagligdagse gjøremål. De må derfor ivaretas av blant annet sykepleiere som har god oversikt over pasientens totale situasjon. Sykepleier som er til stede hele døgnet kan med sin funksjon legge til rette for økt bevegelse og fysisk aktivitet i hverdagen.

Ut i fra denne litteraturstudien har det vist seg at det finnes en god del forskning som omhandler fysisk aktivitet hos eldre som bor i omsorgsboliger, da særlig relatert til ergo- og fysioterapi. Selv om det finnes lite forskning om samme tema i forhold til sykepleie, ser man at sykepleiere har en nøkkelrolle i tverrfaglig samarbeid i sykehjem. Man ser også at sykepleiere ikke nødvendigvis har tilstrekkelige kunnskaper om å ivareta pasientenes behov for bevegelse. Selv om dette studiet ikke gir et konkret svar på hva en sykepleier kan gjøre ”steg for steg” for å ivareta det grunnleggende behov for bevegelse og fysisk aktivitet, mener forfatterne likevel at studiens resultat viser oss årsaker til inaktivitet, hva som motiverer eldre til å være mer aktiv og hvilke positive effekter bevegelse og trening gir. Disse opplysningene vil videre kunne hjelpe sykepleiere å være observant i forhold til faktorer som kan øke inaktivitet. Funnene oppfordrer også til kartlegging og individuell

tilpasset trening for å bedre den enkeltes funksjonsevne. Man kan på denne måten lettere se, forstå og dokumentere hvilken effekt trening har. Videre forskning er både viktig og nødvendig for å lære mer om hvordan sykepleiere kan ivareta sykehjemspasienters grunnleggende behov for fysisk aktivitet.

Litteraturliste

Artikler merket med (*) inngår i analysen.

American College of Sports Medicine. 1998. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine Scientific Sports Exercise* (30): 992 – 1008.

Bemben M.G. 1998. Age-Related Alterations In Muscular Endurance. *The American Journal of Sports Medicine* (25): 259 – 269.

Brenner, Ingrid og A. Marsella. 2009. Factors Influencing Exercise Participation. By Clients in Long-Term Care. *Gerontological Nursing Association* 5-11.

*Chang Su-Hsien, Shu-Fen Wung og Neva L.Croghan. 2008. Improving Activities of Daily Living For Nursing Home Elder Persons in Taiwan. *Official Journal of the Eastern Nursing Research Society and the Western Institute of Nursing*. 57 (3): 191-198.

Dalland Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Forsberg Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning / och presentation av omvårdnadsforskning*. 2 utg. Stockholm: Natur och kultur.

Forskningsetikkloven 2006. Lov av 30. juni 2006 nr. 56 Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. Lovdata. 1981. <http://www.lovdato.no> (lest 14.10.09)

Forskningsetiske komiteer. <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/>

*Foss Berit. 2002. Lært hjelpsløshet hos langtidspasienter i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres oppfatning av balanse mellom avhengighet og uavhengighet. *Aldring og livsløp*. 5-19.

Fox K.R. 1999. The Influence of Physical Activity on Mental Well-Being. *Public Health Nutrition*. (2): 411 – 419.

Friberg Febe, red. 2006. *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeteb*. Sverige: Författarna och studentlitteratur 120-121.

Google. 2009. www.google.no

Granbo Randi og Jorun L. Helbostad. 2006. Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. 15 (126):1934-1936.

Helbostad Jorun L. 2005. Fysisk trening hos sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 125 (9): 1195-1197.

*Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe-Nilsen. 2004. Home Training With And Without Additional Group Training In Physically Frail Old Persons Living At Home: Effect On Health Related Quality Of Life And Ambulation. *Clinical Rehabilitation*. 18: 498-508.

*Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe-Nilsen. 2004. Effects of Home Exercises and Group Training On Functional Abilities in Home-Dwelling Persons with Mobility and Balance Problems. A Randomized Study. *Aging clinical and experimetal research* 16 (2): 113-121.

Helsebiblioteket. 2006. <http://www.helsebiblioteket.no/> (lest 05.05.09)

Helse Nord. Rapport om skrøpelige eldre. 2008.

<http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Prosjekter/Kronikersatsingen/Skr%C3%B8pelige%20eldre%206%2005%2008.pdf> (lest 25.11.2009)

Helse- og omsorgsdepartementet.2005-2006. Stortingsmelding nr. 25.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> (lest 07.05.09)

Helse- og omsorgsdepartementet.2005. Forskrift om individuell plan. Lov av 01.01.05.
<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20041223-1837.html>
(lest 02.08.09)

Helse- og omsorgsdepartementet.2007.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv.html?id=1903>
(lest 15.05.09)

Helse- og omsorgsdepartementet.2008.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2008/pressemelding>
(lest 02.03.09)

Henderson Virginia A.1998. *Sykepleiens natur. En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning* .Oslo: Universitetsforlaget AS.

*Hillerås Pernilla, Agneta Herlitz, Anthony F. Jorm, og Bengt Winblad. 1999. Activity Patterns In Very Old: A Survey of Cognitively Intact Subjects Aged 90 Years or Older. *Age and ageing*. 28: 147-152.

Hjort Peter F. 2000. Fysisk aktivitet og eldres helse – gå på. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 125 (24): 2915-2923.

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye. 2006. *Eldre, aldring og sykepleie*. 6. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2000.

*Kirchhoff Jörg W. 2006. Fysisk aktivitet blant eldre. *Sykepleien Forskning* 01/06: 15-22.

Kirkevold Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Raanhoff. 2008. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kirkevold Øyvind og Knut Engedal. 2006. The Quality of Care in Norwegian Nursing Homes. *Nordic college of Caring Science*. 20: 177-183.

Knutstad Unni og Birthe Kamp Nielsen, red. 2006 *Sykepleieboken 2: teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. 2. utg. Oslo: Akribe.

Kristoffersen Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, red. 2005. *Grunnleggende sykepleie*, bind 4. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Lazowski Darien-Alexis, Nancy A.Ecclestone, Anita M. Myers, Donald H. Paterson, Cathrine Tudor-Locke, Clara Fitzgerald, Gareth Jones, Norihiro Shima og David A.Cunnongham. 1999. A Randomized Outcome Evaluation of Group Exercise Programs in Long-Term Care Institutions. *The journals of Gerontology* 54(12): 621-628.

*Luukinen Heikki, Sari Lehtola, Jari Jokelainen, Rauni Väänänen-Sainio, Sinikka Lotvonene og Pentti Koistonen. 2006. Prevention of Disability By Exercise Among The Elderly: A Population-Based, Randomized, Controlled Trial. *Scandinavian Journal of Primary Health care* 24 (4): 199-205.

Martinsen E.W. Fysisk trening i behandling av depresjon. 1989. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* (109): 1175 – 1181.

Mathisen Jorunn. 2006. *Sykepleiehistorie- ideer, mennesker – muligheter*. 2 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Mekki Tone Elin, red. 2007. *Sykepleieboken 1 Grunnleggende sykepleie*. 3 utg. Oslo: Akribe AS.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Norsk Sykepleierforbund. 2001. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske retningslinjer* Oslo: NSF (NSF-serie:2/01)

Norsk sykepleierforbund. <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/> (lest 02.08.09)

Nylenna Magne. 2004. *Medisinsk ordbok* 6.utg. Oslo: Kunnskapsforlaget.

Orvik Arne. 2004. *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

Otterstad Hans Knut, Lasse Frantzen og Kåre Sorteberg. 2006. Sykehjemsbeboernes funksjonsevne og hjelpebehov. *Aldring og livsløp* (3): 20-24.

Otterstad Hans Knut og Harald Tønseth. 2007. Det er ikke antall kortidsplasser ved sykehjem som avgjør tilgjengeligheten, men sirkulasjonen av disse plassene. *Tidsskrift sykepleien* 95(13):64-67.

Perrin P.P., G.C. Gauchard, C. Perrot og C. Jeandel. 1999. Effects of Physical and Sporting Activities on Balance Control in Elderly People. *Br J Sports Med.* (33): 121 – 127.

Ranhoff Anette Hylene & Jan Magne Linnsund. 2005. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 125 (13): 1844-1851.

*Resnick Barbara. 2000. Functional Performance and Exercise of Older Adult in Long-Term Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing.* 26 (3): 7-16.

Schwartz R.S. og D.M Buchner, W.R. Hazzard, J.P Blass, W.H. Ettinger , J.B. Halter og J.G Ouslander, red. 1999. Exercise in the Elderly: Physiologic and Functional Effects. *Principles of geriatric medicine and gerontology.* 4. utg. New York: McGraw-Hill. : 143 – 158.

*Singh Amika S., J.M. Marijke, Paw A. Chin, Ruud J. Bosscher og Willem van Mechelen. 2006. Cross-Sectional Relationship Between Physical Fitness Components And Functional Performance In Older Persons Living In Long-Term Care Facilities. *BMC Geriatrics* 6 (4): 1-9.

Statistisk sentralbyrå. 2008. <http://www.ssb.no/pleie/>
(lest 17.11.09)

Teigen, Karl Halvor. 2009. Store norske leksikon. <http://www.snl.no/.hjelp/kvalitetssikret>.
(lest 25.11.09)

Vedlegg 1.

Forfattere År Land Tidsskrift Dato for funn.	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
1.Foss, Berit 2002 Norge Aldring og livsløp. 26.03.09	Lært hjelpsløshet hos langtidspasienter i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres oppfatning av balanse mellom avhengighet og uavhengighet.	Å innhente beskrivelser fra sykepleierens egne opplevelser når det gjelder hvordan de selv og resten av personalet ivaretar balanse mellom avhengighet og uavhengighet hos langtidspasienter i sykehjem.	Kvalitativ studie. Syv sykepleiere i et dybdeintervju, der dette temaet var hovedfokus. Intervjuet var semistrukturert og besto av fire åpne spørsmål.	Viser at personalets vurderinger av balanse mellom avhengighet og uavhengighet kan synliggjøres innen 5 kategorier. Teorien om lært hjelpsløshet og modellen om lært avhengighet kan bidra til å gi en mer nyansert forståelse av hvordan balanse mellom disse kan ivaretas hos langtidspasienter i sykehjem.
2.Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe Nilsen. 2004. Norge. Aging clinical and experimental research. 18.10.09	Effects of home exercise and group training on functional abilities in home-dwelling persons with mobility and balance problems.	Skrøpelige hjemmeboende eldre ble testet der de trente to ganger daglig og om gruppetrening to ganger i uken forsterket effekten av treningen.	En randomisert studie.Kvalitativ studie.77 eldre, der gjennomsnittsalderen var 81 år.	De eldre hadde bedret fysisk funksjon i begge grupper etter endt intervensjon. Men fysisk funksjon var tilbake til utgangspunktet 6 mnd. Etter avsluttet intervensjon.
3.Helbostad Jorunn L., Olav Sletvold og Rolf Moe Nilsen. 2004. Norge. Clinical Rehabilitation 14.10.09	Home training with and without additional group training in physically frail old persons living at home: Effect on health related quality of life and ambulation.	Teste effekten av hjemmetrening to ganger daglig, i forhold til bedret fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet.	Kvantitativ studie. 77 eldre over 75 år ble testet i 12 uker. Der de registrerte daglig om de hadde utført hjemmeøvelsene.	Etter endt intervensjon hadde begge grupper bedret fysisk funksjon. Studien viser at enkle hjemmeøvelser er effektive for å bedre fysisk funksjon i det korte løp, men trening utenfor hjemmet gir bedre helse relatert livskvalitet.
4.Hillerås, Pernilla Agneta Herlitz, Anthony F. Jorm, og Bengt Winblad. 1999. Sverige Age and ageing 19.06.09	Activity patterns in very old: A survey of cognitively intact subjects aged 90 years or older. Age and ageing.	Å måle aktivitetsmønsteret hos eldre, sammenheng mellom ulike typer aktiviteter og pasientenes velvære.	Kvalitativ studie. Det var 105 deltagere som var 90+. Det ble gjort intervjuer hvor spørsmål om hvilke aktiviteter han/hun hadde gjort dagen i forveien.	Studien viser at mennesker som ikke har kognitiv svikt, har relativt lavt aktivitetsnivå i løpet av en dag. Sammenheng mellom fysisk aktivitet og velvære hos alle pasientene.

Vedlegg 1.

Forfattere År Land Tidsskrift Dato for funn.	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
5. Kirchhoff, Jörg W. 2006. Norge Forskning 24.06.09	Fysisk aktivitet blandt eldre.	Å kartlegge de eldres fysiske aktivitetsnivå og analysere funnene fra anbefalingene på et helsefremmende aktivitetsnivå, dvs. 30 min. daglig fysisk aktivitet.	Kvantitativ studie. Ble brukt spørreskjema som deltagerne skulle svare på hvor ofte man var i fysisk aktivitet, samt andre faktorer som kunne være betydningsfulle. Ble lagt ut 185 spørreskjema distribuert på 15 legekantor.	Viser at til tross for at de eldre har kunnskaper om at fysisk aktivitet har betydning for deres helse, er de fleste fysisk inaktive. Viktigste faktoren som hindret de eldre å være fysisk aktiv var angsten for å skade seg og angst for å gå ut alene.
6. Kirkevold, Øyvind og Knut Engedal. 2006. Norge Nordic college of caring science. 07.09.09	The quality of care in Norwegian nursing homes.	Å beskrive i hvilken grad norske sykehjem yter tjenester på linje med kommunes regulering/sikring av omsorgsyttelse og om pasienten kjenner til reglene.	Kvalitativ studie. 1925 pasienter i sykehjem, og 251 avdelinger. Et tverrsnitt-studie hvor man samlet inn data gjennom strukturerte intervju av sykepleie personell.	De fleste pasientene i norske sykehjem mottar god pleie, men sjelden får deltatt i fritidsaktiviteter. Dette viste seg i at pasienten fikk dårligere mental kapasitet, lite deltakelse i ADL og mer aggressiv oppførsel. Pleiekvalitet henger sammen med livskvalitet for eldre i langtidsavdelinger.
7. Lazowski, Darien-Alexis et al. 1999 USA Journal of Gerontology 16.01.09	A randomized outcome evaluation of group exercise long-term care institution -	Finne ut hvilken effekt et 4 mnd. Program FFLTC, har i forhold til ROM-program på ulike pasienter i langtidsavdelinger.	Kvantitativ studie. Til sammen 68 pasienter, ble delt i treningsgrupper på 4-10. De ble ledet av opplært personal i 45 min, 3 ganger i uken. Der det ble gjort en bedømmelse på ulike former for funksjonsnivå.	Eldre som bor i institusjon, til og med de som er fysisk skrøpelige, inkontinente og/eller har en mild form for demens kan respondere/reagere på stimulerende og utfordrende treningsprogram. FFLTC viser størst forbedring.

Vedlegg 1

Forfattere År Land Tidsskrift Dato for funn	Tittel	Hensikt	Metode	Hovedfunn
8. Luukinen, Heikki et al. 2006 Finland Scandinavian journal of primary health care. 10.02.09	Prevention of disability by exercise among the elderly: A population-based, randomized, controlled trial.	-Undersøke effekten av et planlagt tiltak som skal forebygge funksjonshemninger hos de eldre.	Kvantitativ studie. Tiltakene som ble utført var blant hjemmeøvelser, gå-trening, gruppetrening og egenomsorgstrening. 486 pasientene som var med i studien måtte ha en form for funksjonssvikt som trengte assistanse for minst en ADL-aktivitet.	Viser at tiltakene hadde størst effekt hos de yngste deltakerne, mens hos de eldre var det mer vedlikeholdene.
9. Resnick, Barbara. 2000. USA Journal of gerontological nursing. 16.01.09	Functional performance and exercise of older adult in long-term care settings	Å undersøke forandringer som påvirker funksjonsnivået og treningsaktiviteten hos en rekke sykehjemsbeboere	Kvalitativ og kvantitativ studie. Deltagerne var 59 eldre som bodde i en langtidsavdeling. Det ble brukt intervju og helsetesten Barthel Index (BI)(ADL) skjema for å kartlegge pasientens funksjonsnivå.	Viste sammenheng mellom aktivitetsnivå og kongnisjon, oppfattet helse og ta vare på seg selv. Ingen sammenheng mellom sykdommer, alder, sivilstatus, kjønn og aktivitet eller funksjonsdyktighet. Sammenheng mellom oppfattet helse og mengde aktivitet.
10. Singh Amika S. J.M. Marijke, Paw A. Chin, Ruud J. Bosscher og Willem van Mechelen. 2006. Nederland. BMC Geriatric 13.10.09	Cross – sectional relationship between physical fitness components and functional performance in older persons living in long-term care facilities	Å undersøke forholdet mellom fysisk dyktighet og fysisk utførelse hos pasienter i langtidsavdelinger i sykehjem.	Kvantitativ studie. 226 eldre fra 76 år som bodde i langtidsavdeling på sykehjem. Fysisk funksjons og fysisk dyktighet ble utmålt ved trenings tester.	Viser at menn og kvinner trenger treningsprogram som fremhever ulike trenings aspekter for å forbrede funksjons ytelsen.
11.Su-Hsien Chang, Shu-Fen Wung, Neva L. Crogan. 2008. Taiwan Offical journal of the eastern nursing research society and the western institute of nursing 16.01.09	Improving activities of daily living for nursing home elder person in Taiwan.	Teste effektiviteten av teoribasert intervensjonprogram for egenomsorg, spesielt utførelse av ADL	Kvantitativ studie. Deltagerne var 42 pasienter fra sykehjem. Det ble brukt et kvasi-ekspriment, fortest og ettertest.21 mottok SCEEP program, mens resten sosialt besøk.	Pasienten som mottok SCEEP programmet fikk klar forbedring innen ADL-aktiviteter. Samtidig økt selvspekt og tilfredshet med eget liv. Motivasjon til å ta vare på egen helse ble ikke forbedret.

Vedlegg 2

Febe Friberg (2006). Forslag på spørsmål for gransking av kvantitative studier:

(Spørsmålene er oversatte fra svensk til norsk.)

- Finnes det et tydelig formulert problem? Hvordan er dette i så fall formulert og avgrenset?
- Finnes det teoretiske utgangspunkter beskrevet? Hvordan dette i så fall formulert?
- Finns det noen verdensvitenskaplige teoribilder beskrevet i bakgrunnen? Hvordan er denne i så fall beskrevet?
- Hva er hensikten? Er denne tydelig formulert?
- Hvordan er metoden beskrevet?
- Hvordan har utvalget blitt utført? (for eks. ant. Personer, alder, inklusjon- og eksklusjonskriterier)?
- Hvordan analyseres data? Hvilke statistiske metoder brukes? Er disse adekvate?
- Er det sammenheng mellom metode og utgangspunkt? I så fall, hvordan henger de sammen?
- Hva viser resultatet?
- Hvilke argumenter kommer frem?
- Etisk resonnement?
- Finnes det metodediskusjon? Hvordan diskuteres metoden i så fall?
- Er det en sammenheng til teoretisk antagelse?

Besvar de foreslåtte spørsmålene og ta stilling til studiens kvalitet.

Febe Friberg (2006, 120-121).

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

- Kan vi stole på resultatene?*
- Hva forteller resultatene?*
- Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og forklare, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>I strategiske valg er målet å dekke utvalgte relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være legemalster, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finns det en beskrivelse og en svarbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvordan som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typer observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne åpne og generere forståelse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (nøttoppside eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semi-strukturerede dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningens resultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	Kommentar:
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor meninger i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom utvalgte data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	Kommentar:
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller meninger som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere forebyggende tiltak med studieobjektene, ha en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller ikke være tilfoldsavhengige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å validere eller underbygge data? 	Kommentar:
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forelagt Etnisk komité? 	Kommentar:

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

- Kan du oppsummere hovedfunnene?
- Blir funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?

Kommentar:

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

TIPS:
Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå menneskene jeg arbeider i?
- Dreier spørsmålet om funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?

Kommentar:

Vedlegg 4

BARTHEL ADL-INDEKS

Mahoney FI, Barthel DW. Maryland State Med J 1965;14:61-65.

Denne norske versjonen er redigert i 2008 av Ingvild Saltvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olav Sletvold og Torgeir Bruun Wyller på grunnlag av flere tidligere norske oversettelser og med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965.

Navn: _____

J.nr.: _____

Fødselsår/dato: _____

Dato utfyllt: _____

Utfyllt av: _____

GENERELT

Barthel ADL-indeks er først og fremst beregnet på å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Det skal registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person. Hvis det er nødvendig med tilsyn, er personen **ikke** uavhengig, men hvis en aktivitet mestres med hjelpemidler er personen uavhengig i denne aktiviteten. For personer uten vesentlig mental svikt (MMSE > 20) og i en stabil klinisk situasjon, er egenrapportert Barthel vanligvis pålitelig. For øvrig kan man som regel regne med at en skår basert på familie og andre med nær kjennskap til personen også er pålitelig.

<p>1. Spising</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Helt selvhjulpen. Kan bruke nødvendige hjelpemidler og spiser innen rimelig tid</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Behov for noe hjelp, f.eks. til å skjære opp maten</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Helt avhengig av hjelp</p> <hr/> <p>2. Bøding/dusj</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Helt selvhjulpen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Trenger hjelp</p> <hr/> <p>3. Personlig hygiene</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Selvhjulpen. Klarer å vaske ansiktet, kjemme håret, pusse tenner og barbere seg</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Trenger hjelp til en eller flere oppgaver</p> <hr/> <p>4. Påkledning</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Selvhjulpen i av- og påkledning. Klarer selv glidelås, knapper og skolisser</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Trenger hjelp, men klarer halvparten innen rimelig tid</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Trenger hjelp til mer enn halvparten</p> <hr/> <p>5. Tarmkontroll</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Kontinent. Klarer selv evt. å sette stikkpille/klyx</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller trenger hjelp til evt. å sette stikkpiller/klyx</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Helt inkontinent eller hyppige "uhell"</p> <hr/> <p>6. Blærekontroll</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Kontinent. Holder seg evt. tørr ved bruk av uridom eller mestrer bruk av kateter på egen hånd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller holder seg tørr med uridom eller kateter, men trenger hjelp for å bruke dette</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Helt inkontinent eller trenger permanent kateter</p>	<p>7. Toalettbesøk</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Selvhjulpen ved toalettbesøk eller bruk av toalettstol. Ordner klær, tørker seg, spylar toalettet eller tømmer bekken</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Trenger hjelp til forflytning, klær, tørke seg</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Kan ikke bruke toalett</p> <hr/> <p>8. Forflytning mellom seng og stol</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Selvhjulpen. Klarer også å låse rullestol og bevege fotstøtte</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Klarer forflytningen med litt hjelp eller tilsyn</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kan sitte, men må ha mye hjelp ved forflytning</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Kan ikke sitte. Sengeliggende</p> <hr/> <p>9. Mobilitet</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Klarer å gå 50 meter, kan bruke stokk eller krykker, men ikke annet ganghjelpemiddel</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Kan gå 50 meter med rullator og/eller støtte/tilsyn av en person</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kan ikke gå, men kan kjøre rullestol uten hjelp 50 meter</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Kan ikke kjøre rullestol uten hjelp</p> <hr/> <p>10. Trappegang</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Selvhjulpen. Kan evt. bruke ganghjelpemidler</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Trenger hjelp/tilsyn av en person</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Kan ikke gå i trapp</p>
Sumskår (maksimal skår 20 poeng)	

