



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 538

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Fysisk aktivitet blant eldre som bur heime

Antall ord *: 8731

Navn på veileder *: Karen Irene Høyland

Tro- og loverklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Fysisk aktivitet blant eldre som
bur heime

Physical activity among elderly
living at home

Kandidatnummer 538

Bachelor i sjukepleie – studiestad Stord
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Rettleiar: Karen Irene Høyland
Innleveringsfrist: 26/4-2018

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10

Samandrag

Tittel:

Fysisk aktivitet blant eldre som bur heime

Bakgrunn for val av tema:

Tal frå Helsedirektoratet viser at det berre er 34% av kvinner og 29% av menn over 65 år som oppfyller anbefalingane deira om moderat fysisk aktivitet i 30 minuttar dagleg. Heimebuande eldre kan ha eit godt utbytte av å auke det fysiske aktivitetsnivået. Mange av desse pasientane kan også ha problem med å være fysisk aktive på eiga hand, og vil med det kunne ha fordel av assistanse frå helsepersonell.

Problemstilling:

Kva kan ein som sjukepleiar gjere for å fremme fysisk helse, og bidra til auka fysisk aktivitet blant eldre som bur heime?

Hensikt:

Målet med oppgåva er å undersøke kva ein som sjukepleiar kan bidra med til å auke fysisk aktivitet, og fremme fysisk helse hos eldre som bur heime.

Metode:

Metoden som er nytta i oppgåva er litteraturstudie der eg har anvendt relevant forskning og litteratur, for å svare på problemstillinga.

Resultat:

Funn frå forskning viser at kvardagsrehabilitering er eit godt tiltak for å fremme fysisk aktivitet og fysisk helse blant eldre som bur heime. Dette kombinert med helsefremmande tilnærming frå helsepersonell i heimesjukepleie, kan skape ei varande meistring av kvardagen for pasienten. Andre nyttige tiltak kan være førebyggjande heimebesøk, førebyggjande gruppetrening og systematisk screening av ganghastighet.

Oppsummering:

Gjennom ei helsefremmande tilnærming frå helsepersonell, tidleg innsats og iverksetting av forebyggjande tiltak, kan ein bidra til at pasienten meistrar kvardagen i heimen lengre. For å lykkast med tiltaka, er det viktig med god kontinuitet og tverrfagleg samarbeid.

Nøkkelord:

Fysisk aktivitet, eldre, heimesjukepleie, helsefremming

Abstract

Title:

Physical activity among elderly living at home

Background:

Figures from the Norwegian Directorate of Health indicates that only 34% of women and 29% of men above the age of 65 meet the recommendations of moderate physical activity for 30 minutes daily. Elderly living at home could benefit from increasing the physical activity on a daily basis. Many of these patients may have trouble being physically active on their own and could therefore take advantage of getting assistance from health professionals.

Issue for discussion:

What can you as a nurse do to promote physical health and contribute to increased physical activity among elderly living at home?

Purpose:

The aim of this study is to investigate how nurses can contribute to increased physical activity and promote physical health among elderly living at home.

Method:

The method is literature study. I have used relevant research and literature to answer the research question.

Findings:

Findings from research shows that restorative home care programmes is a good measure to promote physical activity and health among the elderly living at home. This, combined with a further health promotion approach from health professionals in the home care, can benefit the patient to cope with his everyday life for a longer time. Other useful measures include preventive home visits, preventive group training and systematic screening of walking speed.

Conclusion:

A health promotive approach from health professionals, early efforts and implementation of preventive measures, can help the patient to master the daily life at home for a longer time. To succeed with these measures, it is important with good continuity and interdisciplinary cooperation.

Keywords:

Physical activity, elderly, home care, health promotion

Innhold

1.	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensing	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
2.	Teori.....	4
2.1	Sjuepleieteoretisk perspektiv.....	4
2.2	Kunnskap.....	5
	Aldersforandringar og funksjonssvikt.....	5
	Fysisk aktivitet	5
	Heimesjuepleie.....	6
	Helsefremming og forebyggande sjuepleie.....	7
	Kvardagsrehabilitering.....	8
3.	Metode	10
3.1	Litteraturstudie som metode	10
3.2	Framgangsmåte	11
3.3	Søketabellar.....	11
	Søketabell 1.....	11
	Søketabell 2.....	11
	Søketabell 3.....	12
	Søketabell 4.....	12
	Søketabell 5.....	13
3.4	Metodekritikk	13
3.4.1	Vurdering av eige oppgåve.....	13
3.4.2	Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur.....	14
3.4.3	Etikk i oppgåveskriving.....	14
4.	Resultat.....	14
	Fysisk aktivitet blant eldre	14
	Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer	15
	Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women.....	15
	Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients	16
	Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service av Elissa Burton, Gill Lewin & Duncan Boldy	16
	Forebyggende gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta.....	17

5. Drøfting	17
Helsefremming i kommunehelsetenesta	17
Tverrfagleg samarbeid.....	19
Tidleg innsats.....	20
Motivasjon og meistring.....	21
6. Avslutning	24
Referansar	25
Vedlegg 1	28

1. Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Temaet oppgåva vil være fysisk helse og fysisk aktivitet blant eldre som bur heime. Bakgrunnen for dette valet er at eg har opplevd gjennom praksis og elles i kvardagen at dette er ei gruppe som kan ha eit godt utbytte av å auke det fysiske aktivitetsnivået. Mange av desse pasientane kan ha problem med å få utført fysisk aktivitet på eiga hand, og derfor være avhengig av hjelp frå helsepersonell. Tal frå helsedirektoratet viser at det berre er 34% av kvinner og 29% av menn over 65 år som oppfyller anbefalingane deira om moderat fysisk aktivitet i 30 minuttar dagleg (Helsedirektoratet, 2016).

Dette er relevant for sjukepleiefaget fordi fysisk aktivitet er ein viktig del av helsefremmande og forebyggande sjukepleie. Det vert stadig fleire heimebuande eldre, og dei vert eldre og sjukare. Antal personar over 65 år vil være fordobla frå 2000 til 2050 og talet på personar over 80 år vil utgjere 1/3 av befolkninga. Dei fleste eldre personar vil vera friske, men dei fleste sjuke personar vil vera eldre. Alder aukar risikoen for å få sjukdommar (Rannestad & Haugan, 2014, ss. 20-26). Fleire blir svært gamle, og dette fører med seg sjukdommar, helseplager og helsesvikt (Rannestad & Haugan, 2014, s. 18). Dette skyldast aldring, altså dei biologiske forandringane som kjem med aukande alder. Ein kan ikkje forhindre aldring, men ein kan gjennom førebygging og vedlikehald av kroppen utsette aldring, og gjere den eldre meir motstandsdyktig mot sjukdommar. Her er det viktig med fysisk aktivitet for å styrke skjelett og muskulatur (Romøren, 2014, s. 57). Fokus på å oppretthalde fysiske ressursar som styrke, balanse og mobilitet er spesielt viktig hos eldre som bur heime. Dette er viktig for å oppretthalde ADL-funksjonen, noko som er nødvendig for å meistre kvardagen og være sjølvhjelpen på ein best mulig måte. Dette er og viktig for å forebygge sjukdom og uønska hendingar som til dømes fall. Eit fall i heimen kan føre til nedsett funksjonsnivå og i verste fall død.

Målet med oppgåva er å undersøke kva ein som sjukepleiar kan bidra med for å auke fysisk aktivitet og fremme fysisk helse blant eldre som bur heime. Eg vil prøve å komme fram til ulike tiltak som kan være hensiktsmessig på dette området. Som sjukepleiar har ein ei viktig rolle i å jobbe forebyggande mot sjukdom og skade. Ein sentral del av dette er å oppretthalde og fremme fysiske ressursar.

Eg vil nytte Virginia Henderson sitt sjukepleiefaglege perspektiv. Ho legg vekt på at ein som sjukepleiar skal kompensere for tapte ressursar og svakhet hos individet, som gjer at det ikkje kan utføre dei aktivitetar ein elles ville gjort for å fremme god helse. Henderson sitt syn på sjukepleie er at ein skal fremme helse eller helbredelse eller ein fredfull død, og at ein skal hjelpe pasienten til størst mulig grad av sjølvstende (Henderson, 1998, ss. 45-46).

1.2 Problemstilling

«Kva kan ein som sjukepleiar gjere for å fremme fysisk helse og bidra til auka fysisk aktivitet blant eldre som bur heime?»

1.3 Avgrensing

Eg har vald å avgrense målgruppa til eldre over 65 år. Pasientgruppa eg fokuserer på har reduserte ressursar, noko som gjer at det mottar heimesjukepleie. Funksjonssvikten er ikkje så stor at ein er fullstendig pleietrengande, men av ei slik grad at ein kan trenge hjelp og tilrettelegging i daglege aktivitetar. Døme på dette kan være at ein er ustø når ein beveg seg utandørs, eller at ein treng hjelp til dusj ein gang i veka. Denne gruppa eldre kan ha problem med å utføre fysisk aktivitet på eiga hand og er derfor ei viktig gruppe å fokusere på som sjukepleiar. Mange i denne gruppa vil ha ein stor helsegevinst av å være i fysisk aktivitet regelmessig. Eg fokuserer ikkje på funksjonssvikt med bakgrunn i spesielle sjukdommar eller skader.

I artikkelar og litteratur blir det brukt ulike begrep for å beskrive pasienten eller brukaren. Det gjer eg også når eg skriv denne oppgåva.

1.4 Begrepsavklaring

Fysisk aktivitet:

Definisjon: «enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå.» (Bahr, 2017).

Fysisk aktivitet omfattar derfor alle former for fysisk bevegelse. Døme på dette kan være morgonstell, husarbeid, gange og trening.

Fysisk helse:

WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Fysisk helse vil sei fysisk velvære og fravær av sykdom og lidelsar.

ADL-funksjon:

Romøren definerer ADL slik:

ADL er en forkortelse for det engelske ordet «Activities of Daily Living». Det svarer til det norske uttrykket egenomsorg og innebærer f.eks. å komme seg opp og ned av sengen, vaske seg, kle på seg, greie seg på toalettet og spise (Romøren, 2014).

Helsefremming:

WHO definerer helsefremming slik: «helsefremmende arbeid er den prosessen som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse» (Rannestad & Haugan, 2014).

Førebygging:

Mæland (2010) forklarer førebygging slik: «Å forhindre eller utsette sykdom, hindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre, eller minske de følgene sykdom får for funksjon og livskvalitet (Sitert i Hartvigsen, 2017, s. 19).

Heimesjukepleie:

Birkeland og Flovik (2014) definerer heimesjukepleie kort som «sykepleie i hjemmet».

Ein litt lengre definisjon er:

Hjemmesykepleie er helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem, der fokus primært er rettet mot å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre er fokus på trivsel, velvære, funksjonsnivå, helsetilstand og pasientens opplevelse av sin situasjon sentralt. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg. Hjemmesykepleien dekker ellers en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal pleie (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

2. Teori

2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

Virginia Henderson var ein av dei første til å prøve å beskrive sjukepleiarens særleine funksjon, og definerte den slik:

Sykepleierens enestående funksjon er 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 og kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så fort som mulig (Henderson, 1998, s. 16).

Henderson gav ut noko ho kalla sjukepleiens grunnprinsipper. Her forklarte ho kva sjukepleiaren i konkrete situasjonar skal hjelpe pasienten med, og stilte det opp i 14 punkt. Desse punkta er knytt til grunnleggande menneskelege behov, og beskrive sjukepleiaren sine mest sentrale gjeremål. Punkta innebar blant anna å puste normal, å bevege seg og innta behagelege kroppsstillingar, unngå farar i miljøet, arbeide på ein måte som styrker sjølvfølelsen og å lære, oppdage eller tilfredsstille den nysgjerrigheita som fører til normal utvikling og helse, og nytte de helsetenester som finnes (Henderson, 1998, ss. 45-47).

I definisjonen til Henderson vert sjukepleiaren oppfatta som ein slags erstatning for det pasienten manglar for å bli sjølvstendig. For å illustrere dette seier ho at ein blir den bevisstlause sin bevissthet, beinet til den som har amputert, auga den som er blitt blind og talerøret for dei som er for svake til å snakke og så vidare. Henderson hevder at sjukepleiaren er og juridisk sett bør være i stand til å foreta sjølvstendige vurderingar så lenge han eller ho ikkje stiller diagnoser, føreskriv behandling eller setter opp prognoser, noko som er legen sin funksjon. Ho meiner sjukepleiaren er autoriteten når det gjeld grunnleggande sjukepleie, som ho beskriv i dei 14 punkta (Henderson, 1998, ss. 45-46). Tenkinga til Henderson går ut på ein trinnvis og logisk tilnærming til pasienten sitt problem. Trinna går ut på å samle data med utgangspunkt i dei 14 punkta, bedømme pasientens behov for sjukepleie, formulere ein sjukepleiediagnose eller pasientproblem og å planlegge og iverksette tiltak (Jahren, 2011, s. 226).

2.2 Kunnskap

Aldersforandringar og funksjonssvikt

Aldring kan delast inn i biologisk aldring, psykologisk aldring og sosial aldring.

Psykologisk aldring går ut på dei forandringane i hjernen som kjem med høgare alder, som blant anna svekking av hukommelse og intelligens. Sosial aldring vil sei endringar i den sosiale livssituasjonen som kommer med alderen. Dette er ofte endringar i arbeids- og familieliv. Biologisk aldring er den aldringsprosessen som skjer med kroppen gjennom heile vaksenlivet. Dette er noko som er felles for alle levande organismar og er innebygd i cellene våre (Romøren, 2014, s. 31). Dette kallast fysiologiske aldersforandringar, og inneber endringar i hud, nyrefunksjon, fordøyelsessystem, hjerne, det perifere nervesystemet, immunrespons, muskelmasse, beinmasse, hjertemuskelceller, hjertefrekvens og elastisitet i lunger (Romøren, 2014, ss. 53-55). Førebygging og rett vedlikehald av kroppen er viktig for å utsette aldring, og gjere den eldre meir motstandsdyktig mot sjukdommar. Her er det viktig med eit fokus på fysisk aktivitet for å styrke skjelett og muskulatur. Ein bør også ha eit næringsrikt kosthald, utan for mange kaloriar. Utanom dette er det anbefalt og ikkje røyke, og halde hjernen i trim (Romøren, 2014, s. 57).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet fremmer fysisk helse, gir overskot og kan forebygge og behandle over 30 ulike diagnosar og tilstandar (Bahr, 2017). God fysisk helse beskyttar mot fysiske sjukdommar, på same måte som psykisk helse beskyttar mot psykiske sjukdommar. God livskvalitet har vist seg å være beskyttande mot både fysiske og psykiske sjukdommar. Dette er fordi velvære og god livskvalitet sett i gang positive prosessar i fleire biologiske system, blant anna det neuro-endokrine, immunologiske, kardio-vaskulære og i tillegg gir det betre søvnkvalitet. Alt dette bidrar til organismen sin motstandsdyktighet mot sjukdom (Rannestad & Haugan, 2014, ss. 58-59). Regelmessig aktivitet hos eldre er forbundet med forbetra styrke og funksjonsevne. Det fører og til at ein vert meir sjølvhjelpen i kvardagen (Helsedirektoratet). Nasjonale anbefalingar om fysisk aktivitet seier at personar over 65 år bør være aktiv minst 150 minutt per veke. Ein bør ha ein intensitet som gjer at ein vert lett andpusten. Ved høg intensitet kan det være nok med minst 75 minutt per veke. Ein kan også kombinere intensitetsnivå. Dersom ein aukar dosen inntil det dobbelte av denne anbefalinga får ein auka helsegevinst. Ein kan dele aktiviteten opp i økter på minst ti minutt. Ein bør også utføre styrketrening to gangar å per veke. Dersom ein er ustø eller

har nedsett mobilitet bør ein utføre balanse eller styrketrening tre eller fleire dagar per veke for å styrke balanse og hindre fall. Ein bør redusere tid i ro, og lange periodar i stillesitting bør stykkast opp med lett aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). Eldre med funksjonssvikt vert anbefalt å være så fysisk aktiv som helsa tillèt. Styrketrening er spesielt nyttig for å vedlikehalde muskulaturen, men ein bør kombinere dette med balanse, rørsle og kondisjon trening (Helsedirektoratet). Viktig for fysisk aktivitet blant eldre er begrepet «aktiv aldring». WHO (Sitert i Tuntland & Ness, 2014) definerer det slik: «prosessen som bidrar til optimalisering av helse, deltakelse og sikkerhet, hvor formålet er opprettholdelse av livskvalitet også i eldre år».

Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er helsehjelp. Helsehjelp vert definert som «handlingar som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller helse- og pleieformål og som er utført av helsepersonell» (Birkeland & Flovik, 2014, s. 21). Hovudmålet med heimesjukepleie, er at pasienten skal meistre kvardagen i eigen heim så lenge det er forsvarleg og ønskeleg. Som sjukepleiar har ein i oppgåve å sørge for at pasienten får tilfredsstilt sine grunnleggande behov, til dømes puste, ete og stelle seg sjølv. Dette gjer ein gjennom å yte pleie og omsorg, samt utføring av medisinsktekniske prosedyrar. I heimesjukepleien har ein fokus på heilheten i pasientsituasjonen, og alle faktorar som påverkar pasienten sin helsetilstand. Dette krev kunnskap om kva tiltak ein må sette i verk for at pasienten skal meistre eigen livssituasjon best mulig og hindre forverring i situasjonen. Som sjukepleiar har ein spesial kompetanse i helsefremming og førebygging, gjennom å ivareta grunnleggande behov. Derfor har sjukepleiar ei sentral rolle i heimesjukepleien. Ein vil sitte med den totale oversikten over pasienten sin situasjon, og vil ofte ha i oppgåve å koordinere helsehjelp og veilede anna helsepersonell. Sjukepleiar deltar aktivt i behandling og tverrfagleg samarbeid. Målet med dette er at pasienten skal oppnå optimal helse, gjenvinne sjølvstende eller ein verdig død (Birkeland & Flovik, 2014, ss. 21-22). Ei stor utfordring i heimesjukepleien er talet på ansatte pasientane har å forhalda seg til. Besøka er ofte av kort varighet, og med stor variasjon i personell. Dette går utover den sosiale kontakten og kontinuiteten i pleien (Birkeland & Flovik, 2014, ss. 75-76). Som sjukepleiar har ein i oppgåve å observere pasienten sin tilstand og sørge for god oppfølging og kontinuitet i pleie og omsorg. Dårleg kontinuitet og oppfølging av heimebuande eldre kan gjere at funksjonssvikt vert oppdaga seint og at

ein får eit dårlegare utgangspunkt for rehabilitering. Eldre som opplev at dei vert svakare og begynner å gå seinare bør utredast og få tilbod om tilpassa trening (Idland, 2013).

Helsefremming og forebyggande sjukepleie

Hos eldre handlar forebyggande sjukepleie om å hindre forebygge sjukdom, skade og tidleg død, samtidig som ein skal betre og bevare personen si helse, funksjonsnivå og livskvalitet. Funksjonssvikt heng tett i saman med dårleg livskvalitet. Dette skyldast ofte ein kombinasjon av sjukdom og aldersforandringar. Noko som og ofte spelar inn er dårleg vedlikehald av fysiske ressursar, ernæring, hygiene og sosialt liv. Forebyggande tiltak må derfor rettast mot både sjukdommar og skader, og generelt vedlikehald (Ranhoff, 2014, ss. 162-163). Prinsipp forebyggande sjukepleie er blant anna å legge til rette omgivingane for best mulig helseutvikling og styrke motstandskrafta mot forhold som kan true helsa. Det kan også være å stimulere personen si evne til fleksibel funksjonering, meistring og kontroll og bidra til at livskvaliteten vert best mulig. Ein skil mellom primær, sekundær og tertiær forebyggande tiltak. Primærførebyggande tiltak inneber tiltak som tar sikte på å forebygge skrøpelighet og aldersrelaterte sjukdommar. Dette inneber tiltak som vert sett i verk tidleg i voksen alder og når funksjonane begynner å svekkast med alderen. Dette kan være å fremme ein sunn livsstil, med rett kosthald og aktivitetsnivå, forebygge psykiske og fysiske sjukdommar og forebygge ulykker og skader. Sekundær- og tertiærførebygging inneber tiltak for å bevare funksjon og livskvalitet hos skrøpelege og kronisk sjuke eldre. Dette er tiltak ein sett i verk etter eit symptom eller hending har oppstått (Ranhoff, 2014, ss. 162-166).

Når ein driv forebyggande arbeid kan ein ikkje venta på at eldre oppsøker hjelp. Når eldre søker hjelp er det ofte fordi symptom allereie er til stades, og det er seint å sette i verk primærførebyggande tiltak. Derfor er det viktig med system som fangar opp denne gruppa som har nytte av forebyggande tiltak, og sette desse i verk. Dette systemet er basert på to prinsipp. Desse er å påverke med hensyn til livsstil, og screening for å fange opp risiko for sjukdom eller andre ting som kan true helse, funksjon og livskvalitet. Døme på forebyggande tiltak for eldre er kampanjar, eldresendre, trimgrupper og heimebesøk (Ranhoff, 2014, ss. 169-170).

Sjukepleiar i heimetenesta har ein viktig jobb i det helseforebyggande arbeidet. Ein er i pasienten sin heim og ser pasienten nesten dagleg. Dette gir eit godt utgangspunkt for å kartlegge ressursar og risikofaktorar. Ein kan også påverke pasienten og miljøfaktorane rundt. Hovudfokuset her bør være å støtte opp om pasienten sine ressursar på ein slik måte

at den han eller ho meistar kvardagen sin. God førebygging vil ofte krevje tverrfagleg samarbeid (Ranhoff, 2014, ss. 171-172). Salutogenese er ein teori laga av Aaron Antonovsky, og er ein sentral del av det helsefremmande perspektivet. Den tar utgangspunkt i kjelder til helse, framfor årsak til sjukdom. Dette vil sei å ha fokus på det som skapar god helse (Rannestad & Haugan, 2014, ss. 18-27). Sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova pålegg kommunane å drive helsefremmande arbeid (Ranhoff, 2014, s. 169). Helsetenestene i Norge går gjennom eit reformarbeid. Fleire stortingsmeldingar, blant anna Samhandlingsreformen (St. Meld. 47, 2008-2009), Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34, 2012-2013) og Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013) gir retningslinjer for dette. Dei to største endringane som får konsekvensar for kommunehelsetenesta er flytting av tenester frå spesialisthelsetenesta og eit auka fokus på helsefremmande arbeid. Det skal bli eit auka fokus på helsefremmande og forebyggjande arbeid, auka brukarmedverknad, auka støtte til pasienten sine eigne ressursar, tidleg innsats i sjukdomsforløp, på habilitering og kvardagsrehabilitering (Rannestad & Haugan, 2014, ss. 16-17). I stortingsmeldingar, særleg folkehelsemeldinga vert det helsefremmande arbeidet lagt på kommunehelsetenesta. Dette arbeidet kan innebere eit forebyggjande helse og omsorgstilbod, helsekontrollar, opplysning, livsstilsendring, råd og veiledning. Det inneber også å ha ein oversikt og kunnskap om helseutfordringar, årsakssamanhengar og tiltak. Ein skal flytte fokuset frå behandling til helsefremming, førebygging, sjølvhjelp og meistring. Det skal være eit ressursorientert perspektiv. Det vil sei at ein flyttar fokus frå det sjuke til det friske, og ser på ressursar personar kan bruke til å meistre eige liv (Rannestad & Haugan, 2014, s. 19).

Kvardagsrehabilitering

Kommunen er pålagt ansvar for habilitering og rehabilitering. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (§5, 2012) seier at:

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.

Kommunen skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, jf. § 1 og § 3

Fleire og fleire kommunar vel å tilby rehabilitering i form av kvardagsrehabilitering.

Tuntland og Ness (2014) definerer kvardagsrehabilitering slik:

Hverdagsrehabilitering er en tidsavgrenset tverrfaglig målrettet arbeidsform for hjemmetjenesten. Arenaen er brukersens eget heim og nærmiljø. Målsetningen med hverdagsrehabiliteringen er å forbedre brukersens funksjonsevne og medvirke til at brukersens blir mer selvhjulpens i de aktivitetar han eller hun selv finner viktige i dagliglivet. Arbeidsformen har både forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende aspekter.

Kvardagsrehabilitering er eit tilbod som fyller kriteriene for rehabilitering sånn som det vert definert i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (§3, 2012):

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosessar med klare mål og virkemidlar, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientsens og brukersens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

«Hverdagsrehabilitering er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger personsens helse og ressursar, fremfor sykdom og begrensingar» (Tuntland & Ness, 2014).

Kvardagsrehabilitering har som mål å betre brukersens sin evne til å meistre kvardagen. Ein går inn og vurderer rehabiliteringspotensialet hos brukersens før ein tilbyr pleie, omsorg og praktisk bistand. Ein tilbyr tenester slik som trening og tilrettelegging, framfor tenester som kan verke kompensierende eller passiviserande. Dette krev ei haldningsendring frå pleie og omsorgstjenestene si side, og går ut på å endre «å gjere for deg» til «hjelp deg å klare deg sjølv». Dette vert kalla kvardagsmestring (Hartvigsen, 2017, ss. 23-26). Eit tverrfagleg team er ein føresetnad for å drive kvardagsrehabilitering. Gjennom dette oppnår alle deltakarar tverrfagleg kunnskap og kompetanse. Ofte består teamet av fysioterapeut, ergoterapeut og sjukepleiar. Tverrfagleg samarbeid inneber at ulike faggrupper må arbeide saman og utvikle eit felles verdigrunnlag, forståing og respekt. Samordna innsats skapar meir koordinert, kontinuerleg og samanhengande tilbod til brukersens. Det vert betre utnytting av ressursar og den totale kompetansen vert større. For å lukkast med tverrfagleg samarbeid krev det god dialog og system for utvikling av informasjon mellom dei ulike faggruppene. Ein må også ha faste møtepunkt, samarbeidsrutinar og mål (Hartvigsen, 2017, ss. 33-34).

3. Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Eit kva som helst middel som tjener formålet hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2017, s. 51)

Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå tilverks for å tileigne seg eller etterprøve kunnskap. Me skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. Dei kvantitative metodane gir data i form av målbare einingar. Tala gir mulighet til å foreta rekneoperasjonar som skaper oversikt over det me vil finne ut. Kjenneteikn ved kvantitative metodar er at ein skal få fram mest mulig eksakt avspesling av den kvantitative variasjonen. Dette gjer ein ved å gå i breidda og innhente eit lite antal opplysningar om mange undersøkingseiningar. Ein skal få fram det som er felles og representativt. Til dette nyttar ein spørjeskjema og strukturerte observasjonar, utan direkte kontakt med feltet. Data som vert innsamla er knytt til åskilte fenomen som forskaren ser utanfrå. Ein tar sikte på å formidle forklaringar og tilstreber nøytralitet og avstand. Det skal være eit eg-det forhold mellom forskar og undersøkingsperson (Dalland, 2017, ss. 51-53).

Dei kvalitative metodane fokuserer på å fange opp meiningar og opplevingar, og lar seg difor ikkje talfeste eller måle på same måte som kvalitative metodar. Kjenneteikn ved kvalitative metodar er at ein best mulig skal gjengi den kvalitative variasjonen og gå i dybda. Ein samla mange opplysningar om få undersøkingseiningar. Her skal ein få fram det som er spesielt, eventuelt avvikande. Framgangsmåten er intervju prega av fleksibilitet utan faste svaralternativ og ustrukturerte observasjonar. Datainnsamlinga skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få fram samanheng og heilhet. Ein tar sikte på å formidle forståing og ser fenomenet innanifrå. Det er eit eg-du forhold mellom forskar og undersøkingsperson, noko som gjer at forskar erkjenner påverking og delaktighet (Dalland, 2017, ss. 51-53).

3.1 Litteraturstudie som metode

I oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Ein litteraturstudie går ut på å samle kunnskap frå ulike kjelder. Dette vil sei at ein samlar litteratur, går kritisk igjennom den og til slutt samanfatar ein alt. Ein skil mellom systematisk litteraturoversikt og allmenn litteratur oversikt eller studie. I denne oppgåva har eg nytta allmenn litteraturstudie. Det vil sei at eg beskriver og analyserer eit antal utvalde artiklar, utan at eg er gjennomført systematisk angående dette utvalet. Det er viktig med ein tilnærming til alle trinn i

prosessen. Trinna i ein litteraturstudie er å først formulere ein avgrensa og presis problemstilling, deretter forberede litteratursøk. Etter dette skal ein gjennomføre litteratursøk og vurdere kvaliteten på artiklane. Til slutt analyserer og tolkar ein resultat og funn frå artiklane og samanfattar resultatet (Thidemann, 2015, ss. 79-81).

3.2 Framgangsmåte

For å finne oppdatert forskning har eg søkt i databasane CINAHL, PubMed, SveMed+ og Medline. Eg har også søkt i Idunn, nsf.no og sykepleien.no/forskning. Type artiklar eg har nytta i oppgåva er forskningsstudier som belyser temaene fysisk aktivitet, ivaretaking og styrking av ressursar og heimebuande eldre. Søkeord eg har nytta er: «fysisk aktivitet», «fysisk helse», «hjemmesykepleie», «sykepleie», «hjemmeboende», «eldre», «aldring», «ressurser», «helsefremming» «fall forebygging», «egenomsorg», «daglig funksjon», «ADL-funksjon». På engelsk vert søkeorda: «physical activity», «physical health», «home care», «nursing», «at home», «elderly», «aging», «resources», «health promotion», «fall prevention», «self care», «daily functioning», «ADL-function».

For å finne litteratur har eg vore på biblioteket og søkt i Oria. Her har eg funne nyttige bøker og fagstoff. Eg har også nytta tidlegare pensumlitteratur som handlar om temaet.

3.3 Søketabellar

Søketabell 1

Søk på www.nsf.no	08.03.2018		
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing(limit)	Resultat
1	«Fysisk aktivitet» og «eldre»	Kun artikler	15

Etter søk på nsf.no fann eg artikkelen «**Fysisk aktivitet blant eldre**» skreve av Jörg Kirchoff.

Søketabell 2

Søk i Idunn	08.03.2018		
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat
1	«fysisk aktivitet» + «eldre»		303

Etter søk 1 fant eg fagartikkelen «Lite aktivitet gjør eldre pleietrengende». I referanselista til denne artikkelen fann eg forskningsartikkelen «**Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women.**» av Gro Idland, Renate Pettersen, Kirsten Avlund og Astrid Bergland.

Søketabell 3

Søk i Idunn	12.03.2018		
Nummer	Søkeord/Term	Avgrensing/limit	Resultat
1	«fysisk aktivitet» + «eldre»	Filter: Kun helse og sosialfag	63

Etter søk nummer 1 fant eg forskningsartikkelen «**Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer**» av Kirsti Skovdahl, Kari Blindheim og Rigmor Einang Alnes.

Søketabell 4

Søk i CINAHL	05.03.2018		
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing(limit)	Resultat
S1	physical health		79459
S2	Physical activity		58083
S3	Home care		74488
S4	S1 AND S2		29879
S5	S1 AND S2 AND S3		1423
S6	S5	Aged: 65+ years	811
S6	S5	Published Date: 20080101-20181231	411
S7	S6	Language: English, Source type: Academic journals	296

Etter søk S7 fant eg ti artiklar som eg leste grundig igjennom. Av desse valde eg ut to artiklar:

«**Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients**», skreven av Burton, Lewin og Boldy.

«**Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service**», skrive av Burton, Lewin og Boldy.

Søketabell 5

Søk i SveMed+	15.03.2018		
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing/limit	Resultat
1	Hjemmeboende eldre		30

Etter søk nummer 1 i SveMed+ fann eg artikkelen «**Forebyggende gruppetrening: hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta**» av Granbo et al. (2015).

3.4 Metodekritikk

Etter ei undersøking er gjennomført må ein ta metodespørsmålet opp til ny drøfting. Denne drøftinga går ut på å vurdere korleis metoden fungerte, og om det var eit godt egna verktøy til å svare på problemstillinga (Dalland, 2017, s. 55). Eg har nytta litteraturstudie som metode, og meiner dette var eit godt verktøy for å svare på problemstillinga.

3.4.1 Vurdering av eige oppgåve

For å søke etter forskning brukte eg relevante søkeord som passa til temaet fysisk aktivitet blant heimebuande eldre. Eg har nytta oppdatert forskning som ikkje er eldre enn ti år, med unntak av artikkelen «Fysisk aktivitet blant eldre» (Kirchhoff, 2006). Denne var likevel relevant fordi den var i frå Norge, og belyste tema som er viktig for problemstillinga. Eg har også med tre andre artiklar i frå Norge. Dette er med på å styrke oppgåva, fordi resultatata speglar korleis situasjonen er i Norge i dag. To av artiklane var frå Australia, eit land som ligg langt unna Norge og har ein anna kultur. Dette kan svekke resultatet, fordi det kan være faktorar som spelar inn på resultatet som ikkje finst i Norge. Samtidig var det som vart undersøkt svært relevant for problemstillinga, og eg valde derfor å ta dei med. Det er også mulig å ha tolka studiane feil, sidan dei er på eit anna språk og har andre faguttrykk. Eit faguttrykk på norsk kan ofte oversettast på ulike måtar til Engelsk. Døme på dette i oppgåva er begrepet kvardagsrehabilitering som vert oversett ulikt i forskning og litteratur. Det varierer frå land til land korleis ein oversett det, og kvart land kan i tillegg ha fleire nemningar. Eg har også brukt andre kjelder som bøker og fagartiklar. Dei fleste av desse er også relativt nye. Unntaket her er boka til Virginia A Henderson, som er frå 1998. Denne vurderte eg som svært relevant så tross av dette, fordi Henderson sin sjukepleie teori er svært aktuell også i dag.

3.4.2 Kritisk vurdering av forskningsartiklar og litteratur

For å kritisk vurdere forskningsartiklar og litteratur har eg nytta sjekklister frå helsebiblioteket.no (helsebiblioteket.no, 2018). Eg sett etter at det er nytta IMRaD struktur på forskningsartiklane, der introduksjon, metode, resultat og diskusjon kjem tydeleg fram (sokogskriv.no, 2018). Eg gjekk gjennom ulike sjekklister til dei ulike artiklane og vurderte bruk av metode og datainnsamling til å være hensiktsmessig til å svare på problemstillingane. Alle studiane har vore lagt fram for ein forskningsetisk komité, og blitt godkjent. Unntak her er «Fysisk aktivitet blant eldre», av Jörg Kirchoff. Denne artikkelen har nytta data som er samla av andre.

3.4.3 Etikk i oppgåveskriving

Etikk i oppgåveskriving handlar om å tenke gjennom kva etiske utfordringar arbeidet medfører. Dette gjeld i alle fasar av oppgåveskrivinga, frå planlegging til framlegg av oppgåva. Menneska som deltar i eit forskningsprosjekt må føle at dei sjølv og personopplysingane deira vert ivaretatt. Dette krev tillit mellom forskar og undersøkingspersonar og er ei føresetnad for eit godt samarbeid (Dalland, 2017, ss. 235-236). Mi oppgåve er gjennomført ved bruk av litteraturstudie, og derfor er ikkje dei etiske aspekta ved pasientsikkerhet aktuelt her. Sidan oppgåva ikkje inneheld reell sensitiv informasjon så fell kravet om å kontakte Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk vekk.

4. Resultat

Resultattabell ligg som vedlegg.

Fysisk aktivitet blant eldre

Forfattar: Jörg Kirchoff

Dette er ein kvantitativ studie. Målet med studien var å skape ei oversikt over fysisk aktivitet blant eldre i ein kommune i Østfold. Dette blei gjort ved at undersøkingsgruppa fekk utdelt eit spørjeskjema i samband med besøk hos fast legen sin, og 111 eldre valde å delta. Studien konkluderer med at dei eldre i undersøkinga ikkje er i så mykje fysisk aktivitet dagleg som helsedirektoratet anbefaler og at det er stor fysisk inaktivitet. Som mulige grunnar til dette peikar forfattaren på angst for å falle og å gå ut aleine. Forfattaren løftar fram tiltak som helseopplysning og kampanjar og meiner desse er lite nyttige, og har liten effekt hos denne

gruppa. Forfattaren peikar på at kunnskap om helsegevinst ved fysisk aktivitet ikkje nødvendigvis bidrar til meir fysisk aktivitet hos denne gruppa. Som gode tiltak nemner forfattaren veiledningsgrupper og aktivitetsgrupper, ettersom desse vil dempe angsten for å falle og å gå ut aleine meiner han (Kirchhoff, 2006).

Forebyggende heimebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer

Forfattarar: Kirsti Skovdahl, Kari Blindheim og Rigmor Einang Alnes

Dette er ein kvalitativ studie. Metoden som vart nytta var individuelle intervju og fokusgruppe intervju. Undersøkinga gjekk føre seg i Ålesund kommune. Dette er fordi denne kommunen har nytta forebyggande heimebesøk til eldre sidan 2001, noko som gjer dei svært erfaren på dette området. Hensikten var å skaffe meir kunnskap rundt dei eldre sine og fagpersonalet og leiarar sine erfaringer rundt førebyggande heimebesøk. I undersøkinga deltok 30 eldre på individuelle intervjuar og seks fagpersonar og leiarar deltok på eit fokusgruppeintervju. Utifrå intervjuar tydar forfattarane at forebyggande heimebesøk kan skape ein større grad av trygghet for friske eldre. Dei kan fungere både som informasjonskanal og styrke dei eldre sine ressursar og trua på si eiga evna til å ta vare på helsa si. Dei peikar på at betydninga av heimebesøk må knytast opp mot øvrige helsetenester og aktivitetstilbod. Dei peikar og på spesialkompetansen som vart krevd av dei som skal gjennomføre desse besøka. I dette legger ein kunnskap om aldring og aldersforandringar, og evne til å styrke den eldre si tru på meistring (Skovdahl, Blindheim, & Alnes, 2015).

Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women

Forfattarar: Gro Idland, Renate Pettersen, Kirsten Avlund og Astrid Bergland

Dette er ein prospektiv kohortstudie av eldre kvinner i Norge. Hensikten med studiet var å finne ut om tre fysiske testar kunne forutsjå mulig framtidig svikt i ADL-funksjon. Studiet gjekk over ni år og følgde 113 eldre kvinner utan nokon funksjonssvikt ved oppstart. Gjennomsnittsalder var 79,5 år. Testane gjekk ut på å måle funksjonell rekkevidde i ståande stilling, klatring på boksar i aukande høgde og tempo på behageleg ganghastighet. Resultat ved oppfølgingsundersøking 9 år seinare hadde 25,7% av deltakarane ei grad av funksjonssvikt. Det var kun ganghastighetstesten som var betydeleg relatert til ADL-funksjonssvikt. Alle tre testane var relatert til mindre ADL-funksjonssvikt. Forfattarane løftar fram at systematisk screening basert på ganghastighetsmålingar av eldre kvinner utan funksjonssvikt kan hjelpe helsepersonell til å identifisere dei som er utsett for framtidig ADL-

funksjonssvikt og innføre førebyggjande tiltak i tide (Idland, Pettersen, Avlund, & Bergland, 2013).

Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients

Forfattarar: Elissa Burton, Gill Lewin & Duncan Boldy

Dette er ein studie utført blant heimebuande eldre i Australia. Målet med studien var å identifisere motivasjon og hinder for å være fysisk aktiv for eldre som mottar enten rehabiliterande eller vanleg heimesjukepleie. Metoden som blei brukt var blanda kvantitativ og kvalitativ design med bruk av spørjeskjema og intervjuar. Spørjeskjema blei sendt til 1.490 personar som tok i mot heimesjukepleie mellom 2006-2009; 506 (34%) svarte, og 190 var villig til å delta på oppfølgingsintervju. Av desse blei 20 personar intervjuet. Velvære og helse og fysisk form var dei to største grunnene deltakarane oppgav for å være aktive. Pågåande skade/sjukdom og følelsen av å være for gammal var dei største barrierane for å være fysisk aktiv. Dei kvalitative funna bekrefta at eldre som mottar heimesjukepleie er klar over at fysisk aktivitet er bra for helse og velvære, men på grunn av pågåande skade/sjukdom og følelse av å være for gammal, vil dei ikkje være så aktive som dei kunne vore. Dette kan påverke kva grad av heimesjukepleie eldre vil ha behov for på lang sikt (Burton, Lewin, & Boldy, 2013).

Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service av Elissa Burton, Gill Lewin & Duncan Boldy

Forfattarar: Elissa Burton, Gill Lewin & Duncan Boldy

Dette studien er utført blant heimebuande eldre i Australia. Dei tre hovudmåla med studien var å samanlikne dei ulike aktivitetsnivåa til eldre menneske som fekk noko som blir kalla «restorative home care» mot dei som fekk vanleg heimesjukepleie, utforske dei ulike variablane av fysisk aktivitet i desse to gruppene, og fastslå om dei oppfylte minimums krava for fysisk aktivitetsnivå for deira aldersgruppe. «Restorative home care» i Australia tilsvarar det me i Norge kallar kvardagsrehabilitering (Førland & Skumsnes, 2016). Studiedesignet er kvantitativ. Metoden som er brukt er tverrsnittstudie. 1490 deltakarar fekk eit spørjeskjema i posten 1-4 år etter å ha blitt henvist til heimeteneste. I undersøkinga kom det fram at eldre personar som hadde fått kvardagsrehabilitering var meir aktive enn dei som hadde fått vanleg heimesjukepleie. Yngre pasientar som hadde betre fysisk helse, god mobilitet og ingen depresjon var meir sannsynleg å være fysisk aktive. Men til tross for at gruppa som mottok kvardagsrehabilitering har blitt oppfordra til å være fysisk aktiv og å motta eit aktivitetsprogram som del av tenesta, var dei litt mindre tilbøyelege til å trene for oppfylle regjeringa sine anbefalte aktivitetsnivå. Dette antyda at effekten av kvardagsrehabilitering

ikkje hadde ein vedvarande innverknad på aktivitetsnivået. Studien konkluderte med at undersøking av alternativ til treningskomponenten i kvardagsrehabiliteringa var nødvendig (Burton, Lewin, & Boldy, 2013).

Forebyggende gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta

Forfattarar: Granbo, et al.

Målet med studien var å beskrive deltakarane i treningsgruppene og kva faktorar som opplevast som viktige for deltaking. Studiedesignet er eit kvalitetsutviklingsprosjekt i praksisfeltet med miksa design. Eit spørjeskjema med spørsmål om helsetilstand, bekymring for å falle og hjelp frå helsetenesta i kommunen blei nytta. Fokusgruppeintervjuer vart gjennomført for å belyse viktige faktorar for deltaking. 135 deltakara svarte på spørjeskjema og 23 deltakarar deltok i fokusgruppeintervju. Deltakarane sin gjennomsnittsalder var 77.8 år og 89 % var kvinner. 90 % hadde delteke i meir enn eit år, og nesten halvparten i over tre år. Deltakarane nytta treningstilbod i lokalmiljøet, og 80 % gjekk vanlegvis til og frå trening. Kvaliteten på tilbodet, gruppetilhørigheten og nærmiljølokaliseringa vert framheva som dei viktigaste faktorane for å fortsette treninga over tid. Deltakarane fortalte at treninga gav positiv effekt for kvardagslivet deira, og ønska at fleire ble kjent med tilbodet. Studien konkluderte med at deltakarane framhevar kvaliteten på tilbodet og betydninga treninga har for kvardagslivet deira, og at det sosiale aspektet ved treninga er viktig (Granbo, et al., 2015).

5. Drøfting

Helsefremming i kommunehelsetenesta

Kommunen er pålagt ansvar for habilitering og rehabilitering i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (§5, 2012). Kommunehelsetenesta går no gjennom ein haldning- og kultur endring. Ein skal endre åtferd frå å være omsorgsutøver og hjelper til å støtte brukaren sin eigenmeistring. Målet med dette skal være å skape ein meistringskultur i heimetenesta. Eit viktig tiltak på dette området vil være kompetanseheving og opplæring blant ansatte i heimetenesta. For at dette skal lukkast krevjast det auka ressursar i oppstartfasen. (Hartvigsen, 2017, ss. 27-31). Ein del av kritikken mot omsorgsbegrepet er at det har vore passiviserande og skapt avhengighet. Dette er fordi det har vore einseitig lagt vekt på å gi hjelp og bistand, medan det har vore fokusert lite på området rehabilitering (Birkeland & Flovik, 2014, s. 31). Å holde oppsyn med, og å undervise anna personell er noko som Henderson nemner som ein del av profesjonell sjukepleie praksis (Henderson, 1998, s. 31).

Ein har mykje å lære av kvarandre. I startfasen av denne haldningsendringa er det viktig at ein som sjukepleiar prøver å bidra til ei positiv læring i arbeidsmiljøet. Ein bør undervise medarbeidarar og gi konstruktiv tilbakemelding på arbeidet til kvarandre. Dette vil gjere ein meir bevisst på eigne haldningar og korleis desse verkar inn på brukaren.

Myndighetene har utarbeida reformar og retningslinjer som tar sikte på at eldre skal kunne bu heime lengst mulig. Dette finner me att i meldingane Samhandlingsreforma (St. Meld. 47, 2008-2009), Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-1013), og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34, 2012-2013). Det er to store endringar som har betydning for kommunehelsetenesta. Desse er flytting av ansvar frå spesialisthelseteneste til kommunehelseteneste, og eit auka fokus på helsefremmande arbeid (Rannestad & Haugan, 2014, s. 17). Helsefremmande arbeid i kommunen inneber førebygging som ein integrert del av helse og omsorgstilbodet. Dette vil blant anna være helsekontrollar, helseopplysning og livsstilsendring, råd og veiledning. Det inneber og støtte til det tverrsektorielle arbeidet gjennom oversikt og kunnskap om helseutfordringar, årsakssamanheng og tiltak. Ein må flytte fokuset frå det sjuke til det friske. Det vil sei å tenke førebygging, helsefremming, sjølvhjelp, meistring og å stimulere til det som fungerer bra (Rannestad & Haugan, 2014, s. 19).

Henderson satt det som eit mål for sjukepleie å bevare mennesket sin kvardag så normal som mulig – å holde pasienten fast i «livsstrømmen» i den grad dette følgde legen si behandling (Henderson, 1998, s. 41). Ho oppdaga at mykje av rehabiliteringsarbeidet gjekk ut på å bygge opp pasienten si sjølvstende, med vektlegging på personrelaterte opplegg og kontinuerlege evalueringar av pasienten sine behov og hans veg mot målet (Henderson, 1998, ss. 41-43).

Eit tiltak som har mykje fokus på å bygge opp sjølvstende på denne måten er kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering er eit tilbod som fyller kriteriene for rehabilitering slik som det vert definert i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (§3, 2012). Fleire og fleire kommunar vel å tilby rehabilitering til heimebuande eldre i form av kvardagsrehabilitering. Kvardagsrehabilitering er eit lågterskel tilbod, med mykje ressursar i starten med auka sjølvhjulpenshet og deltaking som mål. Eit kjenneteikn ved kvardagsrehabilitering er at det er intensiv oppfølging i pasienten sin heim, over ein begrensa periode (Tuntland & Ness, 2014, s. 34). Denne perioden strekker seg som oftast frå 4-8 veker. Kvardagsrehabilitering vektlegg oppgåverelatert trening, fysisk trening, aktivitet og deltaking i nærmiljøet. Oppgåverelatert trening er konkret trening på bevegelser, oppgåver og aktiviteter som brukaren har som mål å meistre (Homelien, 2017).

Tverrfagleg samarbeid

Noko som er spesielt for kvardagsrehabilitering er at det baserer seg på tverrfagleg samarbeid. Ein skal utarbeide ein rehabiliteringsplan saman med brukaren på bakgrunn av tverrfagleg kartlegging. Fysioterapeuten vil til dømes ha fokus på betring av fysiske funksjoner, medan ergoterapeuten har fokus på meistring av aktivitetar og tilrettelegging av miljøet rundt brukaren. Vernepleiaren kan ha fokus på kvardagsmeistring. Sjukepleiaren sitt kompetanse område i denne samanhengen er medisinske problemstillingar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Dette kan til dømes være ernæring og medikamenthandtering (Hartvigsen, 2017, s. 29).

For at eit tverrfagleg samarbeid skal fungere godt er det avgjerande med ein god dialog, og eit godt system for dokumentering på tvers av dei ulike profesjonane. Ein har også ein unik mulighet til å lære av kvarandre sine fagområder for å styrke sin eigen kompetanse. Ein må arbeide saman mot eit felles mål. Målet for kvardagsrehabiliteringa må også settast i lag med brukaren. Eit sentralt spørsmål i denne samanhengen er ofte «Kva er viktig for deg?». Med å stille dette spørsmålet vinklar ein målet for arbeidet inn på brukaren sine interesser, og kva som skal til for at brukaren får ein god livskvalitet på tross av sine begrensingar. Sidan god livskvalitet er ein viktig faktor i det helsefremmande og sjukdomsforebyggande arbeidet er dette ein viktig del av arbeidet. I lag med styrking av fysiske ressursar og tilrettelegging av miljøet rundt brukaren vil dette kunne gi kvardagsmeistringa til brukaren eit løft.

Kvardagsmeistring er eit tankesett som vektlegg den enkelte si meistring, uansett funksjonsnivå. Dette er både eit rehabiliterande og helsefremmande tankesett (Tuntland & Ness, 2014, ss. 28-29). Homelien (2013) seier at ein som helsepersonell i ei større grad bør ha ein veiledande rolle og funksjon i relasjon med brukar. Ved å nytte spørsmålet «Kva er viktig for deg?», kan helsepersonell skape ei ny motivasjon hos brukaren til å kunne gjenoppta aktivitetar som betyr noko for ein. Ved å stille slike opne spørsmål ivaretar ein i tillegg brukarmedverknad og får fram mål for kvardagsrehabiliteringa. Det gir brukaren mulighet til å bestemme over eige liv, og være med å tenke ut korleis ein best mulig kan meistre eigen kvardag. Dette er noko som bør gjenspeilast i tiltaksplanen til den enkelte (Homelien, 2017).

Forskning på kvardagsrehabilitering viser at eldre som mottok kvardagsrehabilitering er meir aktiv enn dei som ikkje mottar dette, men at brukaren på tross av dette ikkje opprettheld aktivitetsnivået på lengre sikt (Burton, Lewin, & Boldy, 2013). Mulige grunnar til dette kan være at brukaren ikkje vert motivert til egenaktivitet, og at helsepersonell yter omsorg på ein slik måte at brukaren vert passivisert. For å oppretthalde funksjon, daglege aktivitetar og deltaking etter gjennomført kvardagsrehabilitering er det viktig at brukaren får brukt

ressursane sin når dei mottar andre tenester frå kommunen. Dette kan blant anna være heimeteneste. Dei kan lære av erfaringane som er gjort i kvardagsrehabilitering når det kjem til systematisk kartlegging, involvering og brukarmedverknad, og systematisk arbeid med aktivitet og meistring (Homelien, 2017).

Tidleg innsats

Henderson seier at å oppretthalde helse eller avverge sjukdom hos friske er ein del av sjukepleie praksis (Henderson, 1998, s. 31). Dette vil sei at ein del av oppgåva ein har som sjukepleiar er å arbeide helsefremmande og forebyggande. Ein viktig del av å arbeide på denne måten er å ha fokus på tidleg innsats. Tidleg innsats vil sei at ein sett i gang tiltak tidleg i ein sjukdomsprosess eller at det er kort responstid, altså at tiltak vert sett i gang kort tid etter at eit behov er meldt (Tuntland & Ness, 2014, s. 34).

I kvardagsrehabilitering er tidleg innsats eit vesentleg trekk. Dette er ein faktor som skil dette tilbodet i frå tradisjonelle rehabiliteringstenester, som kommunal fysioterapi og ergoterapi. Desse tenestene har ofte lange ventelister. Tidleg innsats er avgjerande når pasienten har ein begynnande funksjonssvikt. Når tiltak vert sett i verk tidleg i ein sjukdomsprosess eller utvikling av reduksjon i ADL-funksjon vil ein ofte kunne forebygge forverring av tilstanden (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Forskning har vist at yngre pasientar som har betre fysisk helse, god mobilitet og ingen depresjon er meir sannsynleg å være fysisk aktive (Burton, Lewin, & Boldy, 2013). Dette kan bety at tidleg innsats hos ein pasient, vil føre til eit større utbytte av tiltaket. Dette er fordi at ein ved ein tidleg innsats møter pasienten i yngre alder, og med betre fysisk funksjon enn kva ein elles ville gjort. Ved kvardagsrehabilitering vil ein tidleg innsats derfor føre til at pasienten er meir fysisk aktiv, noko som vil auke effekten av treninga. Dette kan skape ein større grad av meistring, noko som igjen kan gi enda meir motivasjon til å være fysisk aktiv. Systematisk screening basert på ganghastighetsmålingar av eldre kvinner utan funksjonssvikt har vist seg å kunne dei som er utsett for framtidig ADL-funksjonssvikt. Dette vil gi helsepersonell ein indikasjon, og mulighet til å innføre forebyggande tiltak i tide (Idland, Pettersen, Avlund, & Bergland, 2013). Dette kan være eit godt tiltak for sjukepleiar i heimeteneste som ein indikasjon på når det kan være hensiktsmessig å sette i verk forebyggande tiltak.

Det er også andre forebyggande og fremmande tiltak enn kvardagsrehabilitering som er sett i verk i kommunar i Norge. Eit av desse er forebyggande heimebesøk til eldre. Dette har vist seg at førebyggande heimebesøk kan skape ein større grad av trygghet for friske eldre. Det kan også fungere som ein informasjonskanal, styrke dei eldre sine ressursar og trua på eiga

evne til å ta vare på helsa (Skovdahl, Blindheim, & Alnes, 2015). Under slike heimebesøk vil det også være ein god anledning til å utføre testar som kan indikere ein mulig framtidig funksjonssvikt. Det kan også være ein god anledning for sjukepleiar til å drive med helseopplysning, og informere om helsefremmande tilbod i nærmiljøet. Fleire undersøkingar i ulike land har vist at systematiske heimebesøk til heimebuande eldre redusere antal sjukehusinnleggingar og lågare dødelighet. Det senker også risikoen for funksjonstap. Det blir anbefalt at tverrfagleg team med god kontakt med fastlege gjennomfører heimebesøk (Ranhoff, 2014, ss. 169-170).

Ein tilbod som har vore prøvd ut i nokre kommunar er forebyggande gruppetrening. Dette er meint som eit tiltak for å oppmuntre og motivere til aktivitet blant heimebuande eldre. Faktorar som kvalitet på tilbodet, gruppetilhørighet og nærmiljølokalisering er nemnt som viktige for å fortsette treninga over tid. Deltakarar av slike tilbod oppgir at det gav ein positiv effekt på kvardagslivet, og ønska at fleire skulle bli kjent med tilbodet (Granbo, et al., 2015). Dette kan tyde på at arrangert gruppetrening skapar motivasjon for å være aktiv. Både førebyggande besøk og gruppetrening, gjerne kombinert, kan være eit effektivt verktøy for å fremme helse og forebygge sjukdom blant heimebuande eldre. Som sjukepleiar sit ein med kunnskap om kva tilbod som finst i nærmiljøet. Ein kan derfor informere og oppmuntre brukarar til å ta i bruk desse.

Motivasjon og meistring

Burton, Lewin & Boldy (2013) såg på ulike faktorar hos heimebuande eldre som kunne motivere eller være eit hinder for å være i fysisk aktivitet. God fysisk helse og det å holde seg i form blei oppgitt som motivasjon for å være aktiv. Sosialisering er også noko som motiverar for aktivitet, i denne samanhengen er det til dømes å ha nokon å gå med og nokon å møte. Det kom fram at frykta for å falle og å gå ut aleine er noko som begrensar aktiviteten. Andre grunnar for å ikkje være aktiv er dårleg helse, sjukdom og/eller skade, smerter, usikkerhet rundt korleis og kvar ein kan være fysisk aktiv, mangel på motivasjon, mangel på transport, dårleg vær, dårleg tid, sikkerhetsproblem, ingen å gå med, dårleg økonomi og å føle seg for gammal (Burton, Lewin, & Boldy, 2013). Frykta for å falle og skade seg er noko som har blitt nevnt igjen i fleire andre studiar, blant anna i artikkelen «fysisk aktivitet blant eldre». Her blei også angsten for å gå ut aleine nevnt som eit hinder for aktivitet (Kirchhoff, 2006). I same artikkelen peikar Kirchhoff på at kunnskap om helsegevinst ved fysisk aktivitet ikkje nødvendigvis bidrar til meir fysisk aktivitet hos eldre som bur heime. Han meiner at veiledningsgrupper og aktivitetsgrupper er gode tiltak for å skape aktivitet fordi desse vil

dempe angsten for å falle og å gå ut aleine (Kirchhoff, 2006). Forskning har vist at gruppetrening kan være eit godt tiltak for å motivere til aktivitet hos den gruppa eldre som sliter med angsten for å skade seg eller gå ut aleine. Det viser seg også at det sosiale aspektet ved gruppetrening gir motivasjon til å være aktiv (Granbo, et al., 2015).

Å hygge seg medan ein er i aktivitet og like aktiviteten ein driv på med er løfta fram som ein grunn for eldre til å være i aktivitet. (Burton, Lewin, & Boldy, 2013). Det vil derfor være viktig å ha fokus på brukaren sine interesser når ein forsøker å oppmuntre til aktivitet. Burton, Lewin & Boldy seier at samvær med venner og familie kan motivere til å være fysisk aktiv. Dette kan være aktivitet i form av lek med eit barnebarn, eller å gå på tur med dotter si. Dette kan motivere til aktivitet fordi den eldre vil ha glede av selskapet og den sosiale interaksjonen samtidig som ein er aktiv (Burton, Lewin, & Boldy, 2013). Samtidig som dette skapar motivasjon, vil det også fjerne hindringar som redsel for å gå ut aleine. Dette peiker på betydningen av nettverket rundt den eldre. Som sjukepleiar kan ein gjere brukar og pårørende oppmerksom på korleis ein kan bidra til aktivitet, samstundes som ein hygger seg saman.

Motivasjonen hos brukaren er heilt avgjerande for effekten av tiltaka som vert sett i verk. Blant anna så er ein forutsetnad for å drive med kvardagsrehabilitering at brukaren sett seg eit mål og er motivert for å nå dette. Men motivasjon er like viktig etter at ein har gjennomført eit planlagt opplegg for helsefremming, forebygging eller rehabilitering. Sjukepleiar er den einaste som følger brukaren gjennom opplegget og i tida etter. Det er derfor nødvendig med fokus på å motivere brukar for å opprettholde aktivitetsnivået for å forhindre at funksjonsnivået vert svekka. Det vil også være viktig med trettelegging. Til dømes kan ein sette fram gå-hjepemiddel så brukaren kan gå utandørs aleine, eller ein kan oppmuntre til å henge opp klesvasken. Ein kan og tilby å assistere brukar ved aktiviteter han eller ho ikkje meistarar på eiga hand.

Viktig for motivasjonen er å skape ein følelse av meistring. Desse to begrepa er ofta knytt saman. Meistring kan forklarast slik: «Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner og kan oppfattet som summen av indre ressurser og handlinger for å kontrollere både ytre og indre krav og konflikter» (Rannestad & Haugan, 2014). Faktorar som er viktig for meistring kan være blant anna korleis sjukdom verkar inn på kvardagslivet, kva ressursar ein har tilgang til, kva nettverk ein har rundt seg og korleis ein vert møtt av helsepersonell (Homelien, 2017). Fokus på motivasjon og meistring er noko som går igjen i fleire helsefremmande og forebyggande tiltak. Kvardagsrehabilitering har stort fokus på brukaren at brukaren skal meistre eit sjølvvalgt mål. Oppgåverelatert trening blir av

Helsedirektoratet(2010) definert som «konkret trening på de bevegelser, oppgaver og aktiviteter som personen har som mål og mestre» (Sitert i Homelien, 2013). Dette kan til dømes være at ein skal trene på å gå i trappa for å nå målet om å klare å gå ned trappa på eiga hand. Gjennom å trene på denne måten kan brukaren oppleve auka sjølvstende og ein følelse av meistring.

Det er viktig at personell i heimetenesta videreførar dette fokuset når ein arbeidar i heimen til pasienten. På ein slik måte kan motivasjonen og meistringa hos brukaren haldast veldlike. Helsepersonell kan verke inn på meistring på fleire måtar. Ein kan gjennom ein helsefremmande tilnærming skape eit meistringklima som aukar motivasjonen og ressursane hos brukaren. Ein kan også støtte og oppmuntre, og legge til rette for at brukaren motiverer seg sjølv (Homelien, 2017). Antonovsky (1991) seier at «sosiale ressurser til tider kan være viktigere enn egne ressurser. Hvordan helsepersonell samspiller med brukere i tjenestene, er derfor vesentlig» (Gjenngitt i Homelien, 2017). Ut i frå dette kan ein tolke at måten ein utøver sjukepleie på kan bety meir for pasienten si meistring enn dei egne ressursane han eller ho har. Dette seier mykje om kor viktig og avgjerande jobb ein gjer som sjukepleiar. Henderson seier i sin sjukepleie definisjon at sjukepleiar sin funksjon er å uttøve sjukepleie på ein slik måte at ein hjelper mennesket til å bli sjølvstendig så fort som mulig (Henderson, 1998, s. 45). Dette peikar på kor viktig det er å arbeide på ein måte som skapar meistring og trygghet hos pasienten.

Henderson har fokus på at ein skal kompensere for dei ressursane pasienten ikkje har. I sjukepleiedefinisjonen til Henderson seier ho at sjukepleiaren sin funksjon er å hjelpe mennesket, sjukt eller friskt, til å utføre dei handlingar som bidrar til helse eller gjenvinning av helse, som det ville ha utført dersom ein hadde hatt tilstrekkeleg styrke, vilje eller kunnskap til det (Henderson, 1998, s. 45). I primærforebyggande arbeid vil ressursane det er mangel på ofte være kunnskap og vilje til å utføre handlingar som fremmar helse og forebygg sjukdom. Handlingar som er kjent for å fremme helse er blant anna fysisk aktivitet. Vilje og kunnskap hos pasienten er ein viktig faktor for motivasjonen. Som sjukepleiar kan ein opplyse, samtale og veilede. Ein kan også hjelpe pasienten å flytte fokus frå dei ressursane han eller ho manglar, til å sjå kva ressursar ein har og har potensiale til å få. Ein kan skape håp, og vise pasienten at det ein ser på som viktig i livet er mulig å oppnå. På ein slik måte kan ein bidra til at viljen og kunnskapen til pasienten vert auka.

6. Avslutning

Som sjukepleiar har ein mykje å bidra med i målet om å fremme fysisk helse og bidra til auke i fysisk aktivitet blant eldre som bur heime. Ein har oversikten i pasientsituasjonen, og mulighet til å følge pasienten opp over tid. Dette byr på mulighet for å sette i verk primærforebyggande tiltak, i dette tilfellet aktivisering for å fremme fysisk helse og forebygge sjukdom og skade. Det er fleire måtar ein kan gjere dette på. Ein kan sette opp eit treningsprogram, og assistere brukar til å utføre dette, eller ein kan tilrettelegge for at brukaren er i aktivitet på eigenhand, til dømes med å sette fram gå-hjelpemiddel. Ein kan oppmuntre pasienten til å utføre mest mulig oppgåver på eigenhand, med veiledning og tilrettelegging frå sjukepleiar. Opplysning er også noko ein kan bidra med. Ein kan oppmuntre brukar til å ta i bruk ulike tilbod i nærområdet, som kan skape motivasjon og meistring gjennom fysisk aktivitet. Dette kan til dømes være gruppetrening. Ein kan ta i bruk ulike screening verktøy for å få ein indikasjon på mulig framtidig funksjonssvikt, som til dømes screening av ganghastighet (Idland, Pettersen, Avlund, & Bergland, 2013). Gjennom å gjere dette vil ein bidra til ein tidleg innsats ved begynnande funksjonssvikt.

Dersom ein ser at eigen kompetanse ikkje strekk til, kan ein kople inn andre yrkesgrupper, og samarbeide tverrfagleg mot eit felles mål for brukaren. I dialog med brukar kan ein komme fram til kva som er viktig i kvardagen for den enkelte, og slik prøve å skape ein betre kvardag og god livskvalitet. Ein kan til dømes kople inn kommunen sitt kvardagsrehabiliteringsteam, eller gi eit forebyggande heimebesøk. Dette er viktige tiltak for å oppnå tidleg innsats i ein begynnande funksjonssvikt. Etter at pasienten har hatt eit opplegg med eit tverrfagleg team, er det viktig at sjukepleiar følger opp pasienten, og bidrar til at han eller ho opprettheld nivået av aktivitet etter at det er slutt. Ein må sørge for at pasienten held vedlike ressursane og meistrar kvardagen vidare. Ein kan i dialog med pasienten komme fram til kva som motiverer den enkelte for å være i fysisk aktivitet og prøve å fremme dette. Ein kan også sjå på hindringar i kvardagen og finne løysingar på desse. Ein bør alltid tenke i eit helsefremmande perspektiv, og fokusere på kjelder til god helse hos pasienten framfor dei begrensingane pasienten har.

Referansar

- Bahr, R. (2017, April 26). *Store medisinske leksikon*. Henta frå www.sml.snl.no: https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm.
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2013). Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, ss. 21-36. DOI: 10.3109/02703181.2012.751474.
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2013, April 1). Physical Activity Levels of Older Adults receiving home care. *Journal of Aging and Physical Activity*, ss. 140-154. Henta frå <http://search.ebscohost.com.galanga.hvl.no/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104255897&site=ehost-live>.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2012, Januar 1). Henta 20. Mars 2018 frå <https://lovdata-no.galanga.hvl.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2016, Mars 17). En oppsummering av kunnskap - Hverdagsrehabilitering. *Omsorgsbiblioteket*. Henta frå <http://www.helsebiblioteket.no.galanga.hvl.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering>
- Granbo, R., Taraldsen, K., Thingstad, P., Solberg, H. S., Simonsen, E., & Helbostad, J. L. (2015, Oktober 27). Forebyggende gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta? *Fysioterapeuten.no*, ss. Henta frå <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Forebyggende-gruppetrening-for-hjemmeboende-eldre-Hvem-deltar-og-hva-gir-motivasjon-til-aa-delta>.
- Hartvigsen, T. (2017). Hverdagsrehabilitering. I T. Hartvigsen, & B. Sjølie, *Hverdagsrehabilitering - Kvalitetsforbedring i norske kommuner* (ss. 17-43). Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, Desember 16). *Verdens helseorganisasjon*. Henta frå Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- helsebiblioteket.no. (2018, April 4). *Kritisk vurdering*. Henta frå [helsebiblioteket.no: http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering)
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonale anbefalinger, Fysisk aktivitet og stillesitting – for dem over 65 år*. Henta 20. Mars 2018 frå helsenorge.no: <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Nasjonale%20anbefalinger%2065%20pluss.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, Juni 17). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Henta 20. Mars 2018 frå [Helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no): <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet. (u.d.). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Henta 20. Mars 2018 frå [Helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no):

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/806/Anbefalinger-om-kosthold-ertering-og-fysisk-aktivitet-IS-2170.pdf>

- Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur - Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Homelien, S. (2017). Fra hverdagsrehabilitering og trening til hverdagsmestring og aktivitet. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 255-258. DOI: 10.18261/issn.2387-5984-2017-03-11.
- Idland, G. (2013, Mai 3). Lite aktivitet gjør eldre pleietrengende. *Forskning.no*, ss. Henta frå <https://forskning.no/aldring-forebyggende-helse-fysioterapi-trening/2013/04/lite-aktivitet-gjor-eldre-pleietrengende>.
- Idland, G., Pettersen, R., Avlund, K., & Bergland, A. (2013). Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Archives of gerontology and geriatrics*, ss. 501-506.
- Jahren, N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtveit, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirchhoff, J. W. (2006, Januar). Fysisk aktivitet blant eldre. *Sykepleien Forsking*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/115770/Fysisk-aktivitet-blant-eldre>.
- Meld. St. 29. (2012-1013). *Morgendagens omsorg*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
- Meld. St. 34. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>.
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 162-173). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rannestad, T., & Haugan, G. (2014). Helsefremming i kommunehelsetjenesten. I T. Rannestad, *Helsrefremming i kommunehelsetjenesten* (ss. 15-25). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 29-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skovdahl, K., Blindheim, K., & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, ss. 62-71. Henta frå https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/forebyggende_hjemmebesoek_til_eldre_erfaringer_og_utfordri.
- sokogskriv.no. (2018, April 9). *IMRoD-modellen*. Henta frå Søk og Skriv: <http://sokogskriv.no/skriving/struktur/imrod-modellen/>
- St. Meld. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I N. E. Næss, *Hverdagsrehabilitering* (ss. 21-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Resultattabellar

Tabell 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Fysisk aktivitet blant eldre» (Kirchhoff, 2006)	Målet med studien var å skape ei oversikt over fysisk aktivitet blant eldre i ein kommune i Østfold.	Studien har kvantitativ metode og nyttar spørjeskjema til datainnsamling.	Det deltok 111 eldre, som fekk utdelt spørjeundersøkinga i forbindelse med fastlegebesøk.	Dei eldre i undersøkinga ikkje er i så mykje fysisk aktivitet dagleg som helsedirektoratet anbefaler og at det er stor fysisk inaktivitet.

Tabell 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Forebyggende heimebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer» (Skovdahl, Blindheim, & Alnes, 2015)	Målet var å skaffe meir kunnskap rundt dei eldre sine og fagpersonalet og ledere sine erfaringer rundt forebyggende heimebesøk.	Studien nytta kvalitativ metode med individuelle intervju og fokusgruppe intervju til datainnsamling.	I undersøkinga deltok 30 eldre på individuelle intervju og seks fagpersonar og leiarar deltok på eit fokusgruppeintervju.	Forebyggande heimebesøk kan skape ein større grad av trygghet for friske eldre. Dei kan fungere både som informasjonskanal og styrke dei eldre sine ressursar og trua på si eiga evna til å ta vare på helsa si.

Tabell 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: a 9-year longitudinal study among community-dwelling older women» (Idland, Pettersen, Avlund, & Bergland, 2013)	Målet med studien var å finne ut om tre fysiske testar kunne forutsjå mulig framtidig svikt i ADL-funksjon.	Studien var ein prospektiv kohortstudie. Datainnsamlinga gjekk føre seg ved å følgje eit utval eldre damer over 9 år.	Deltakarane var 113 eldre kvinner utan nokon funksjonssvikt ved oppstart. Gjennomsnittsalder var 79,5 år.	Det var kun ganghastighetstesten som var betydelig relatert til ADL-funksjonssvikt. Alle tre testane var relatert til mindre ADL-funksjonssvikt.

Tabell 4

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients» (Burton, Lewin, & Boldy, 2013)	Målet med studien var å identifisere faktorer som skapte motivasjon og hindring for å være fysisk aktiv for eldre som mottar enten rehabiliterande eller vanleg heimesjuka.	Metoden som blei brukt var blanda kvantitativ og kvalitativ design med bruk av spørreskjema og intervjuar.	Spørreskjema vart sendt til 1.490 personar som tok i mot heimesjuka mellom 2006-2009. 506 svarte, og 190 var villig til å delta på oppfølgingsintervju. Av desse blei 20 personar intervjuar.	Velvære og helse og fysisk form var dei største grunnene deltakarane oppgav for å være aktive. Pågåande skade/sjukdom og følelsen av å være for gammal var dei største barrierane for å være fysisk aktiv.

Tabell 5

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Forebyggen de gruppetrening for hjemmeboende eldre: Hvem deltar og hva gir motivasjon til å delta» (Granbo, et al., 2015)	Målet med studien var å beskrive deltakarane i treningsgruppene og kva faktorar som opplevast som viktige for deltaking.	Studiedesignet er eit kvalitetsutviklingsprosjekt i praksisfeltet med miksa design. Eit spørreskjema med spørsmål om helsetilstand, bekymring for å falle og hjelp fra helsetenesta i kommunen blei nytta.	135 deltakere besvarte spørreskjema og 23 deltakere deltok i fokusgruppeintervju. Deltakarane sin gjennomsnittsalder var 77.8 år og 89 % var kvinner.	Kvaliteten på tilbodet, gruppetilhørigheta og nærmiljølokaliseringa vert framheva som dei viktigaste faktorene for å fortsette treninga over tid.

Tabell 6

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
«Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service» (Burton, Lewin, & Boldy, 2013)	Dei tre hovudmåla med studien var å samanlikne dei ulike aktivitetsnivåa til eldre menneske som fekk noko som blir kalla «restorative home care» mot dei som fekk vanleg heimesjukepleie, utforske dei ulike variablane av fysisk aktivitet i desse to gruppene, og fastslå om dei møtte minimums krava for fysisk aktivitetsnivå.	Studiedesignet er kvantitativ. Metoden som er brukt er tverrsnittstudie. Datainnsamling vart gjort gjennom utdeling av spørreskjema.	1490 deltakarar fekk eit spørreskjema i posten 1-4 år etter å ha blitt henvist til heimeteneste.	Eldre personar som hadde fått kvardagsrehabilitering var meir aktive enn dei som hadde fått vanleg heimesjukepleie. Effekten av kvardagsrehabilitering hadde ikkje hadde ein vedvarande innverknad på aktivitetsnivået

