



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	354
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7916
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	49
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Eldre mennesker og fysisk aktivitet –  
veien til god ADL og mestring av eget liv?

Older people and physical activity – the  
path to good ADL and self-efficacy of own  
lives?

Kandidatnummer 354

BVP331

Fakultet for helse- og sosialfag/ Institutt for helse og  
samfunn/ Vernepleier

14.05.2021

Antall ord: 7916

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Sammendrag**

Problemstilling: Kan fysisk aktivitet gi opprettholdelse av ADL-ferdigheter og mestring av eget liv for eldre mennesker?

Formålet med denne oppgaven var å undersøke om det var sammenheng mellom fysisk aktivitet, ADL-ferdigheter og mestring av eget liv for eldre mennesker. Jeg ønsket å belyse dette temaet for å finne ut om en vernepleier kunne gi eldre mennesker tilbud som ville opprettholde deres ADL-ferdigheter og mestring av eget liv.

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie og forskning for å besvare problemstillingen. Jeg har brukt teori om empowerment, salutogenese, helsefremmende arbeid og mestring for å drøfte mitt valgte tema.

Gjennom denne oppgaven har jeg funnet sammenheng mellom fysisk aktivitet på moderat nivå og opprettholdelse av ADL-ferdigheter. Jeg har også funnet sammenheng knyttet til mestring av eget liv, men denne er ikke like sterk og trenger utfylling i form av andre tiltak dersom eldre mennesker skal oppnå mestring av egne liv.

## **Summary**

Research question: Can physical activity maintain ADL-skills and self-efficacy of life in older people?

The purpose of this assignment was to investigate whether there was a connection between physical activity, ADL-skills and self-efficacy of own life among older people. I wanted to shed light on this topic in order to ascertain whether a social worker could offer older people assistance that would help maintain their ADL-skills and self-efficacy of own life.

I have based this assignment primarily on professional literature and research in order to answer the research question. I have used theory connected to empowerment, salutogenesis, health promotion and self-efficacy to discuss my chosen subject.

In this assignment I have found a connection between moderate physical activity and maintaining of ADL-skills. I have also found a connection in regards to self-efficacy of own life, but this connection is not as strong and is in need of supplementation of other interventions in order for older people to achieve self-efficacy of own lives.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b> .....	<b>4</b>
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Førforståelse.....	6
1.3 Problemstilling .....	7
<b>2. Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1 Valg av metode .....	8
2.2 Artikkelsøk.....	10
2.3 Kildekritikk .....	11
<b>3. Resultater</b> .....	<b>12</b>
3.1 Prediktorer for tap av ADL-ferdigheter.....	12
3.2 Forebygging av fall i ADL-ferdigheter .....	13
3.3 Salutogenese og eldre.....	14
3.4 Presentasjon av funn innenfor forskning – Tabell 1.....	15
<b>4. Teori</b> .....	<b>17</b>
4.1 Empowerment i individorientert terapeutisk posisjon.....	17
4.2 Salutogenese og sence of coherence.....	18
4.3 Activities of daily living.....	20
4.4 Helsefremmende arbeid .....	22
4.5 Mestring.....	23
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>24</b>
5.1 Helsefremmende arbeid for eldre mennesker .....	24
5.2 Fysisk aktivitet og ADL-ferdigheter .....	26
5.3 Empowerment og pasientopplæring .....	27
5.4 Salutogenesens bidrag .....	28
5.5 Mestring av eget liv .....	29
<b>6. Oppsummering og avslutning</b> .....	<b>30</b>
<b>7. Litteraturoversikt</b> .....	<b>31</b>

### Tabelloversikt:

Tabell 1 - Presentasjon av funn innenfor forskning. S.15

## **1. Innledning**

I denne oppgaven tar jeg for meg fysisk aktivitet for eldre og om dette kan gi opprettholdelse av ADL-ferdigheter. Målet er å undersøke om eldre kan tilbys tiltak som gir dem ADL ferdigheter som er nødvendige for å mestre eget liv så lenge som mulig.

Dette er et tema jeg anser som svært relevant for vernepleiere, da mange jobber med eldre mennesker enten i form av hjemmetjenester eller på sykehjem. En vernepleier skal tilrettelegge for at menneskene de jobber med oppnår mestring og kontroll over egne liv. Dette temaet er viktig for å belyse om fysisk aktivitet er et mulig virkemiddel for å kunne tilby eldre mennesker effektive tiltak for mestring.

For en vernepleier er det svært viktig å kunne tilby tjenester som gir god helse og livskvalitet. Her vil mestring av eget liv gjennom fysisk aktivitet være veldig aktuelt.

### **1.1 Bakgrunn**

I denne oppgaven har jeg gått gjennom synet på eldre i samfunnet i dag. Gjennom boken «Aldring som provokasjon» av Svein Olav Daatland har jeg fått etterprøve mitt eget syn og utvidet min forståelseshorisont. I boken blir begrepet «Alderisme» tatt opp, og definisjonen er som følger: «Aldersisme er ideen om at folk slutter å bli folk – at de slutter å bli som folk flest, eller at de blir folk av en bestemt og underlegen type – i kraft av å ha levd et bestemt antall år» (Bytheway, som sitert i Daatland, 2008, s.14). Denne alderismen kommer til uttrykk i måten vi som samfunn ser på eldre, eller det har i det minste vært en del av synet på eldre i flere år. Jeg kunne selv kjenne meg og mitt samfunn igjen i dette sitatet fra Daatland (2008):

Det mest allmenne uttrykket for den samfunnsmessig definerte alderismen som har grepet om seg i de seinere årene, er bruken av metaforer som eldrebølge, eldrebombe og eldreeksplasjon som skremser. Eldre mennesker framstilles som en byrde, ja en fiende som vi har grunn til å frykte og finne måter å redde oss fra. (s.21)

Nå har jeg aldri tenkt på eldre som en fiende, men jeg ser helt klart hvordan eldrebølgen har blitt manet frem som en skremmende fremtid. Gjennom medieoppslag har vi blitt lært opp til å frykte denne kommende eldrebølgen. Min generasjon har blitt fortalt at vi må forberede oss på trangere kår i fremtiden på grunn av eldrebølgen som kommer. Slik retorikk sier ikke eksplisitt at de er eldre fienden, men det blir ymtet frem mellom linjene. «Vi» må belage oss på mindre goder på grunn av «dem» og deres behov. Her vil jeg trekke fram en artikkel fra E24 der ingressen sier:

En fersk SSB-rapport viser at staten mangler milliarder av kroner for å dekke helse- og omsorgsutgifter når antallet eldre øker mot 2060. Det betyr at dagens unge må forberede seg på høyere skatt eller dyrere helsetjenester, hvis ikke trenden snus. (Knudsen, 2020)

Her ser vi et eksempel på hvordan denne utfordringen omtales i media. Det legges opp til strid om ressurser der den yngre generasjon må ta regningen. Slike oppslag gir gjenklang av Daatland sine ord sitert ovenfor der eldre «framstilles som en byrde» (Daatland, 2008, s.21). I tillegg til media så støtte jeg også på lignende ordbruk innenfor faglitteraturen der Stamsø (2017) bruker ord som «forsørgingsbyrde overfor eldre» og «eldrebølgen» (s.210-211). (Stamsø, 2017). Her må jeg imidlertid skille mellom media som er drevet av profitt og sensasjonalisme og faglitteratur som tar sikte på å belyse og løse utfordringer som velferdsstaten står ovenfor. Poenget mitt med å inkludere faglitteratur er at ordbruken er påfallende lik og på den måten blir media sitt narrativ om konflikt forsterket.

Den overnevnte striden blir ikke stilnet av å se på statistikk. Tall fra SSB i 2016 viste at den gjennomsnittlige levealder antas å øke fra 84 til 89 år for kvinner og fra 80 til omtrent 87 år for menn innen 2060. Dette betyr at det vil bli flere eldre og de vil da utgjøre en større del av befolkningen. Stigningen antas å være fra 11 % av befolkningen over 70 år i 2016 til 19% i 2060 (Helsedirektoratet, 2018).



Bakgrunnsbildet jeg nå har malt er dystert, men ensidig. I arbeidet med denne oppgaven har jeg funnet kilder som gir håp om en lysere fremtid. Man kan ta dette sitatet fra Daatland (2008): «Eldre mennesker framstår som like hverandre i kraft av sin alder, mens den store variasjonen blant dem i helse, personlighet, kjønn, klassesilhørighet og kompetanse blir underkommunisert» (s.17). Dette viser at det er stor variasjon innenfor denne gruppen mennesker og at de sitter på et stort potensial – ikke bare behov. Setter man dette synet opp mot Stortingets kvalitetsreform «Lev hele livet – En kvalitetsreform for eldre» så får man en lysere visjon av fremtiden. Denne reformen tar blant annet sikte på å gi: «Flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den» (Meld. St. 15, (2017-2018)). Innbakt i denne reformen kan en se en annerledes tolkning av utfordringen som eldrebølgen byr på. Ved å jobbe proaktivt opp mot eldre mennesker og sikre dem god helse lenger så vil samtidig forsørgerbyrden minske. Dette positive synet vil gi en vinn-vinn situasjon der eldre får bedre liv samtidig som samfunnets byrde blir mindre. Det innenfor dette synet at jeg har valgt mitt tema i et håp om å kunne bidra til å oppnå en bedre fremtid for alle.

## **1.2 Førforståelse**

Førforståelse handler om hva en tar med seg inn i en undersøkelse fra før av. Dette kan en ikke unngå, og det er viktig å være bevisst på sin egen førforståelse. En slik bevissthet vil gjøre det mulig å være åpen for all data, også den som motbeviser egen førforståelse. (Dalland, 2017, s.58).

Min førforståelse for dette emnet er delvis farget av det negative synet som media har vist. Jeg har internalisert flere av punktene rundt bekymringen for eldrebølgen. Det har for meg fremstått som åpenbart at flere eldre er lik tyngre byrde for resten av samfunnet. Gjennom store deler av livet mitt har dette synet bygget seg opp og stått uten særlig utfordring. I mine

senere år har jeg imidlertid fått erfaring fra tre forskjellige områder. Det første er vernepleierutdanningen der jeg har fått kunnskap om at det finnes et bredt spekter av tilbud en kan gi for å hjelpe eldre mennesker med utfordringer. Dette har vist meg hvordan teori underbygger mulighetene for å hjelpe eldre mennesker til å mestre egne liv og være selvstendige.

Det andre området som har påvirket meg er praksis på sykehjem. Her fikk jeg praktisk erfaring med hvordan eldre mennesker ble møtt og hvilke tilbud de fikk. Det ble i løpet av praksisen åpenbart for meg hvor fort et menneske kan oppleve funksjonstap. I min erfaring ble det gjort lite for å forhindre dette noe som gjorde meg interessert i temaet for denne oppgaven.

Det tredje området er mer personlig og handler om min bestefar. Han flyttet inn på sykehjem i sine eldre dager. Før han flyttet inn så hadde han hatt et markant funksjonstap. Dette tapet ble imidlertid reversert på sykehjemmet på grunn av at han ble tilbudt fysisk aktivitet. Sykehjemmet hadde en sykkel som var koblet til store skjermer og et dataprogram som lot ham sykle virtuelt gjennom gatene i byen der han vokste opp. I sine siste år nøt min bestefar godt av økt funksjonsnivå og mestret større deler av eget liv enn det han hadde gjort den siste tiden som hjemmeboende.

På denne måten har min nåværende førforståelse blitt til. Jeg har et todelt syn på temaet, med bekymring for eldrebølgen og medfølgende utfordringer kombinert med en tro på at en ved hjelp av rett tilbud kan hjelpe eldre mennesker til å mestre egne liv.

### **1.3 Problemstilling**

I denne oppgaven vil jeg finne ut om det er mulig å bidra til visjonen i «Lev hele livet» slik at eldre mennesker kan mestre sine egne liv så lenge som mulig. Denne meldingen til stortinget

peker blant annet på to utfordringer som har fanget min interesse og dannet grunnlaget for valg av problemstilling. Utfordringene er: «Manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging» og «Lite bruk av fysisk aktivitet og trening» (Meld. St. 15, (2017-2018)). På bakgrunn av dette har jeg valgt mestringsperspektiv for denne oppgaven og følgende problemstilling:

### **Kan fysisk aktivitet gi opprettholdelse av ADL-ferdigheter og mestring av eget liv for eldre mennesker?**

Jeg vil bruke Helsedirektoratets definisjon av fysisk aktivitet: «Enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Helsedirektoratet, 2014).

Definisjon av de andre begrepene i problemstillingen blir gjennomgått i teori-delen.

## **2. Metode**

Her vil jeg begynne med en presis definisjon av metode: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til nye kunnskaper. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert V. som sitert i Dalland, 2017. s.51). Videre så vil jeg gå gjennom valg av metode, artikkelsøk, og kildekritikk.

### **2.1 Valg av metode**

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av litteraturstudie. Jeg har brukt biblioteket til Høgskolen på Vestlandet og dets søkemotor Bibsys. På denne måten fant jeg flere relevante bøker for mitt tema. Disse bøkene har gitt meg innsikt i den teorien som jeg benytter meg

av. Her har faglitteraturen gitt meg teoretisk grunnlag som jeg benytter meg av i drøftingen. En del av faglitteraturen jeg har brukt kommer fra pensum i vernepleier-utdanningen. Dette har jeg supplert med relevant litteratur innenfor mitt valgte tema. Søkene i Bibsys har blitt utført i flere omganger etter hvert som jeg fordypet meg i litteraturen og forskningen. En bok gav meg inspirasjon til nye områder som igjen gav meg nye søkeord til Bibsys. Jeg søkte etter litteratur som omhandlet eldre mennesker og fysisk aktivitet. For å innsnevre antall treff brukte jeg kombinasjoner av søkeord som empowerment, fysisk aktivitet, salutogenese, mestring, ADL, aldring og eldre. Videre sortering av treffene gjorde jeg ved å forsøke å prioritere den nyeste litteraturen der det var mulig. I tillegg gikk jeg for litteratur som var skrevet av fagfolk for å opprettholde så høy troverdighet som mulig. Flere av bøkene jeg bruker referer enten til hverandre eller til samme kilder. Dette har latt meg flette sammen de forskjellige teoriene i min drøftning.

I tillegg til litteraturstudie gjennom Bibsys, har jeg også brukt internett. Her har jeg blant annet funnet stortingsmeldinger via regjeringens hjemmeside, statistikk via Helsedirektoratet og en avisartikkel for å belyse dagens situasjon.

I min søken etter forskning har jeg valgt å benytte meg av kvantitativ metode. Dalland (2017) sier:

De kvantitative metodene har den fordelen at de gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt i befolkningen eller hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosialhjelp. (s.52)

Grunnen til dette er at jeg ønsket å finne målbare enheter som kunne gi en indikasjon på hvor vidt fysisk aktivitet kunne påvirke ADL-ferdigheter positivt. Dette valget ekskluderer kvalitativ metode som ville gitt: «mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland, 2017, s. 52). For å svare på min problemstilling ble det nødvendig å søke etter kvantitative data som kunne sammenlignes. Derfor ble kvalitativ metode utelukket da den ville gitt et detaljert, men snevert bilde på området jeg ønsker å undersøke. Selv om kvalitativ metode var utelukket, så er allikevel en studie med kombinerte metoder inkludert.

I denne artikkelen er 1 av 8 primærstudier kvalitativ, noe som gir lav andel kvalitativ forskning. De øvrige kvantitative resultatene er svært relevante for min oppgave og studien ble derfor inkludert.

## 2.2 Artikkelsøk

Jeg gjorde mine artikkelsøk i Høgskolen på Vestlandet sine databaser. Her brukte jeg Campbell Library siden den inneholder «Systematiske oversikter i fulltekst over effekten av tiltak innenfor sosialfeltet, psykologi, kriminologi og utdanning» (HVL, u.å.). Dette gav meg muligheten til å lete etter forskning rundt effekten av fysisk aktivitet på ADL-ferdigheter. Av samme grunn brukte jeg også Cochrane Library som er en «Database med forskningsbasert informasjon om effekten av ulike tiltak for forebygging og behandling» (HVL, u.å.). I tillegg brukte jeg Epistemonikos og Google Scholar for å finne gode og relevante artikler.

Jeg fant lite relevant forskning som var skrevet på norsk. Derfor bestemte jeg tidlig i prosessen at jeg ville fokusere på engelskspråklig forskning. Dette gav meg mange flere treff, men gjorde også at jeg måtte bruke mye tid på sortering.

Min søkeprosess gikk over lang tid og der jeg fant relevant forskning så gikk jeg gjennom denne og oppdaterte mine søkeord etter behov. For å finne de relevante søkeordene på engelsk så brukte jeg MeSH. Jeg brukte søkeord som «aged», «elderly», «physical activity», «exercise», «ADL», «salutogenesis», «coping» og «self-efficacy». Disse søkene gav som sagt mange treff, og jeg brukte kombinasjoner av søkeordene i tillegg til de boolske operatorene «and» og «or» for å avgrense søkene. Jeg avgrenset videre søkene ved å filtrere etter systematiske oversikter. I tillegg brukte jeg bare fagfelleurdert forskning. For å sikre dette sjekket jeg hver enkelt artikkel opp mot journalen de var utgitt i. Denne avgrensningen gjorde at jeg kunne spare tid ved å identifisere relevante systematiske oversikter for så å gå inn i studiene de refererte til ved behov. I mine søk leste jeg oppsummeringer av forskningsartikkellene for å finne ut om de hadde mulig relevans for min oppgave. Der jeg fant

mulig relevans, gikk jeg så mer grundig gjennom selve forskningen. Den forskningen jeg har valgt å bruke i denne oppgaven har som funksjon å underbygge den teorien jeg benytter meg av. Målet er at jeg ved å flette sammen forskning og faglitteratur vil kunne komme frem til et svar på min problemstilling. Det bør også nevnes at mitt utvalg av søkeord og avgrensing kan ha ført til ubevisst påvirkning av hvilke artikler som jeg til slutt valgte.

### **2.3 Kildekritikk**

Ifølge Dalland (2017) har kildekritikk to sider. Den første dreier seg om prosessen rundt å finne frem til den litteraturen en skal bruke. Den andre handler om redegjørelse for den litteraturen som blir brukt (s.152). Prosessen for å finne litteratur er beskrevet i avsnittet over. Det er en styrke med forskningen at den er fagfellevurdert da dette påvirker relabiliteten i positiv retning. I tillegg er all forskningen jeg har benyttet meg av utgitt i vitenskapelige tidsskrifter. Dette betyr at kvaliteten er sikret av tidsskriftenes redaksjoner. I tillegg er det brukt uavhengige fagpersoner for å verifisere at de enkelte artiklene retter seg etter vitenskapelig standard (Dalland, 2017,s. 154).

En svakhet ved forskningen er at to av artiklene er over 20 år gamle. Mye kan ha skjedd på 20 år, noe som svekker disse to kildene. Videre er en mulig svakhet språkforskjell. Samtlige forskningsartikler er skrevet på engelsk noe som medfører oversettelsesproblematikk. Det er ikke alltid mulig å oversette begreper direkte og beholde nøyaktig samme mening noe som kan føre til en svakere oppgave. En annen svakhet finner vi innenfor kulturelle rammer. Forskningen innenfor fysisk aktivitet og ADL-ferdigheter er utført i et vidt spekter av land fra Japan til Italia og USA.. Dette gjør at funnene ikke nødvendigvis er overførbare til norske forhold. I dette tilfelle viser imidlertid forskningen at resultatene i stor grad peker mot at fysisk aktivitet har effekt på opprettholdelse av ADL-ferdigheter uavhengig av landegrensener og kultur. Det kan derfor tenkes at resultatene vil være gjeldene i utslagsgivende kapasitet også i Norge. Forskningen som omhandler salutogenese, OAS og helse baserer seg på 8 studier. Av disse er 6 utført i Skandinavia. Dette

gjør at den kulturelle svakheten her er mindre og funnene har stor grad av overførbarhet til norske forhold.

Innenfor mitt valg av faglitteratur har jeg forsøkt å forholde meg til primærkilder så langt det har latt seg gjøre. Bøkene er imidlertid bygget på og referer ofte til andre kilder og er derfor fylt av sekundærkilder. Dette kan være en utfordring da det betyr at stoffet blir presentert av en annen person enn den opprinnelige forfatteren. I slike tilfeller kan teksten ha blitt feiltolket eller være unøyaktig. Derfor er sekundærkilder ikke like troverdige. På grunn av at disse er lettere tilgjengelige har jeg likevel benyttet meg av sekundærkilder, noe som er en svakhet med oppgaven.

### **3. Resultater**

På bakgrunn av mine søk har jeg valgt ut 2 systematiske oversikter, 1 primærstudie, 1 oppsummering av enkeltstudie og en studie med kombinerte metoder. Alle studiene handler om eldre mennesker definert i ulik grad. Utvalgskriteriene i artiklene varierer fra eldre fra 50 år og oppover til eldre over 70 år. Mesteparten av studiene omhandler og utforsker ulike aspekter ved helse sett opp mot ADL-funksjon. En av studiene ser på forholdet mellom generelle motstandsressurser og OAS, helse og livskvalitet.

#### **3.1 Prediktorer for tap av ADL-ferdigheter**

Studien til Vermeulen et al. (2011) tar sikte på å avdekke hvilke faktorer av skrøpeligheit som påfører et menneske tap av ADL-ferdigheter. Målet her er å kunne bruke denne kunnskapen for å identifisere eldre mennesker som kan ha nytte av intervensjoner for å forhindre tap av eller forbedre ADL-ferdigheter. Skrøpeligheit blir definert som et biologisk syndrom med forminskede reserver og motstand mot stressorer som kommer av kumulativ nedgang i flere

fysiologiske systemer og forårsaker sårbarhet mot ugunstige utfall (Walston et al. som referert i Vermeulen et al., 2011, s.2).

De inkluderte studiene inneholdt stor variasjon i sin måling av skrøpeligheit. Dette gjør det vanskelig å sammenligne alle faktorene for skrøpeligheit. Det vises imidlertid til at noen få faktorer skiller seg ut på tvers av studiene og kan derfor trekkes frem som prediktorer for tap av ADL-ferdigheter. De sterkeste faktorene er lav hastighet på gange og mangel på fysisk aktivitet eller trening. Studien sier også noe om hvor lang tid det vil ta å utvikle tap av ADL-ferdigheter. Lav hastighet på gange er den mest prekære prediktoren der fall i ADL-ferdigheter ble påvist i oppfølging 1 og 6 år etter første måling. Mangel på fysisk aktivitet viser til fall i ADL-ferdigheter etter 3 og 10 år (Vermeulen et al., 2011, s.9).

Studien har som konklusjon at fysiske skrøpeligheits-indikatorer predikerer tap av ADL-ferdigheter. De viktigste faktorene er lav hastighet på gange og lavt nivå av fysisk aktivitet eller trening (Vermeulen et al., 2011, s.10).

### **3.2 Forebygging av fall i ADL-ferdigheter**

Tak et al. (2013) valgte ut longitudinelle studier for å analysere sammenhengen mellom fysisk aktivitet og både forekomst og progresjon av fall i PADL-ferdigheter for hjemmeboende eldre mennesker (s.330). I denne studien ble fall i PADL-ferdigheter definert som vanskeligheter med å utføre aktiviteter som personlig hygiene, spise og toalettbesøk. Fysisk aktivitet ble definert som enhver kroppslig bevegelse som produserte sammentrekning av skjelett-muskulatur og gav stor økning av energiforbruket over det basale nivået. I litteratursøket ble studier som ikke inkluderte habituelle aktiviteter som gåing, sykling, fritids-aktiviteter og hushold, ekskludert (Tak et al., 2013, s.330).



Tak et al. (2013) sin meta-analyse viser at fysisk aktivitet ikke bare kan forhindre, men også forsinke utviklingen av aldersrelatert fall i funksjon som igjen fører til tap av PADL-ferdigheter. Det ble vist at eldre mennesker som var fysisk aktive kunne nyte godt av denne effekten opp til 10 år frem i tid. Den preventive effekten ble påvist i mennesker som var både over og under 75 år. I tillegg var effekten gjeldene for mennesker med og uten sykdom og for mennesker som allerede hadde funksjonsnedsettelse. Studien tar for seg lavt nivå av fysisk aktivitet som beskrives som stillesittende, ingen trening hver uke, ingen vaner for å gå tur. Neste nivå er moderat fysisk aktivitet som beskrives som minst en aktivitet i uken, vane for å gå tur, energisk trening eller 1 time gåtur hver dag. Her er det forskjeller blant de inkluderte studiene, men felles er at lavt nivå betyr ingen til svært liten fysisk aktivitet. Studien viser at risikoen for funksjonstap kan halveres ved moderat fysisk aktivitet sammenlignet med lav fysisk aktivitet (Tak et al., 2013, s.331-336).

### **3.3 Salutogenese og eldre**

Tan et al. (2013) valgte å gjøre en kombiansjonsstudie (integrative review) for å se på sammenheng mellom generelle motstandsressurser, OAS og livskvalitet blant mennesker over 65 år (s. 499). Studien inkluderte både hjemmeboende eldre og eldre som bodde på sykehjem. Det ble påvist at eldre mennesker som er hjemmeboende har høyere OAS enn eldre mennesker som bor på sykehjem. Uavhengig av bosituasjon så viste studiene at OAS hadde sammenheng med immunfunksjon, fysisk, sosial og mental helse. Sammenhengen var imidlertid svakere for fysisk helse (Tan et al., 2013, s.503).

Studien viser at eldre mennesker som har dårlig livskvalitet eller risiko for å utvikle dårlig helse hadde tre mulige kjennetegn. Det første var svak OAS, det andre var å være aleneboer eller omsorgsgiver med dårlig sosial støtte og det tredje var dårlig mestringsevne eller dårlig selvpleie (Tan et al., 2013, s.507).

### 3.4 Presentasjon av funn innenfor forskning – Tabell 1

Artikkel, forfatter, årstall	Utvalg/populasjon	Land/kontekst	Metode og antall studier	Formål	Hovedfunn
Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. (Tak et al., 2012).	Hjemmeboende eldre over 50 år	Taiwan, USA, EU, Island, Danmark, Finland, Japan.	Systematisk oversikt N=11	Meta-analyse av sammenheng mellom fysisk aktivitet og PADL	Sammenlignet med lavt nivå av fysisk aktivitet så gir moderat nivå av fysisk aktivitet nedsatt risiko for fall i PADL-ferdigheter.
Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. (Vermeulen et al., 2011).	Hjemmeboende eldre mennesker	Finland, Italia, Israel, USA.	Systematisk oversikt N=28	Systematisk gjennomgang av den forutsigende verdien av skrøpelighetsindikatorer for svekkelse av ADL ferdigheter for eldre hjemmeboende.	Fysiske skrøpelighetsindikatorer kan forutsi tap av ADL-ferdigheter for eldre hjemmeboende mennesker. Lav hastighet på gange og lav fysisk aktivitet/trening er de sterkeste indikatorene for

					påfølgende fall i ADL-ferdigheter.
Incidence of and Predictors for Chronic Disability in Activities of Daily Living Among Older People in Taiwan. (Wu et al., 1999).	Hjemmeboende eldre uten nedsatte ADL-ferdigheter	Taiwan	Primærstudie over 3 år	Estimere forekomst av kronisk uførhet innenfor ADL-ferdigheter. Analyserer prediktorer innenfor sosialdemografi, helsestatus, ugunstig livsstil og fysisk aktivitet på fritiden opp mot uførhet innenfor ADL-ferdigheter.	Alder er den mest signifikante prediktoren for uførhet i ADL-ferdigheter. Mangel på rutinemessig trening er også en signifikant prediktor for uførhet i ADL-ferdigheter.
Physical Activity, Functional Limitations, and Disability in Older Adults. (Miller et al., 2000)	Hjemmeboende eldre over 70 år	USA	Oppsummering av enkeltstudie N=1	Utforske hvordan lavt nivå av fysisk aktivitet påvirker funksjonelle begrensninger. Bruke endringer i funksjonelle begrensninger som prediktor for tap av ADL-ferdigheter. Undersøke	Resultatene tyder på at fysisk aktivitet kan redusere progresjonen av funksjonsfall hos eldre.

				hvordan fysisk aktivitet kan forsinke tap av ADL-ferdigheter.	
Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. (Tan et al., 2013).	Mennesker over 65 år	Sverige, Norge, Finland, USA.	Integrative review (kombinerte metoder – kvalitative og kvantitative studier) N=8 1 kvalitativ 7 kvantitativ	Samle bevis publisert i studier som bruker et salutogenetisk rammeverk for å utforske forholdet mellom generelle motstandsressurser, OAS, helse og livskvalitet for mennesker fra 65 år og oppover.	Eldre mennesker med tilgang til generelle motstandsressurser har større sannsynlighet for å ha en sterk OAS, relativt god helse og akseptabel livskvalitet.

## 4. Teori

### 4.1 Empowerment i individorientert terapeutisk posisjon

Empowerment er et vidt begrep som rommer flere ulike strømninger. Dette gjør det vanskelig å gi en konsis definisjon av begrepet (Askheim, 2003, s.103). For å understreke denne problematikken har Starrin (som sitert i Askheim, 2003) sagt følgende: «Att döma av litteraturen på området förefaller det lättare att säga vad som inte är empowerment än vad som är det» (s.103). En generell definisjon blir imidlertid gitt av Askheim & Starrin (2007)

Empowerment uttrykker med andre ord noe om at personer eller grupper som er i en avmaktssituasjon, skal opparbeide seg styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Gjennom denne kraftmobiliseringen skal de bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede og få mer makt, kontroll og styring over eget liv. Empowerment fremstår slik som et treleddet begrep: styrke ► kraft ► makt. Empowerment uttrykker dermed også både en målsetting og virkemidler for å nå dette målet. (s. 21)

I denne oppgaven vil jeg avgrense empowerment begrepet til individorienterte tilnærminger. Her finnes det også flere strømminger, men de har til felles at det individuelle mennesket skal styrkes. Målet er å bidra til utvikling av de iboende ressursene hvert menneske har. I en slik tilnærming er ikke famfunnet som helhet i fokus – bare det enkelte mennesket (Askheim, 2012, s.35).

Videre så vil jeg avgrense empowerment ned til terapeutisk posisjon. Askheim (2012) sier: «Innenfor helse- og sosialfagene kan en individorientert empowerment-tilnærming særlig knyttes til hva vi kan kalle en terapeutisk tilnærming til empowerment» (s.46). En terapeutisk tilnærming får sitt utspring i termen pasientopplæring. Denne kan igjen deles i klinisk pasientopplæring og helseopplæring. Klinisk pasientopplæring er fokusert på en pasient og hans/hennes familie i tiden etter utskriving. En jobber da med opplæring på en systematisk måte med mål om mestring av livssituasjonen. Helseopplæring er imidlertid myntet på å forebygge og fremme god helse. (Askheim, 2012, s.49) Forebygging og fremming av god helse er sentrale aspekter i salutogenese.

## **4.2 Salutogenese og sence of coherence**

Salutogenese er en teori som ble satt frem av den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky på slutten av 1970-tallet. Teorien hadde sin bakgrunn i Antonovskys arbeid med hvordan

kvinner som hadde vært utsatt for ekstreme situasjoner, som Holocaust, håndterte overgangsalderen. Fra dette arbeidet laget så Antonovsky teorien om salutogenese og det underliggende begrepet opplevelse av sammenheng (heretter forkortet OAS) (Lindström & Eriksson, 2015, s.14-15).

Salutogenese er ifølge Antonovsky (som sitert i Lindström & Eriksson,2015): «bevegelse i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse» (s.27). Direkte oversatt så betyr salutogenese «det som skaper helse» (Nordlund et al., 2015, s.24). Denne teorien legger til grunn at det som gjør at noen blir syke mens andre forholder seg friske er hvor vidt de opplever sin tilværelse som meningsfull, håndterbar og begripelig (Nordlund et al., 2015, s.24). Denne opplevelsen er det som kalles OAS. Antonovsky (som sitert i Lindström & Eriksson,2015) beskrev det slik:

en generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er vel verd å engasjere seg i. (s. 28)

Internasjonalt evidensgrunnlag viser at det er sammenheng mellom sterk OAS og god helse, spesielt psykisk helse. Videre så gir sterk OAS en positiv effekt på mestring. Innenfor mestring er imidlertid ikke OAS å anse som en strategi, men snarere som en ressurs. Denne ressursen kommer til nytte når mennesker møter situasjoner der det er nyttig å mestre belastninger og stress (Lindström & Eriksson, 2015, s.46).

Generelle motstandsressurser er et begrep som er sterkt knyttet til OAS og ses på som forutsetninger for å kunne utvikle OAS. De finnes i mennesker og er da knyttet til iboende ressurser og kapasiteter. I tillegg er generelle motstandsressurser å finne i omgivelsene, da som både materielle og ikke-materielle. Her favner de om aspekter som sosiale relasjoner, sunne holdninger, meningen med livet, penger, kunnskap og selvbilde. For å kunne utvikle sterk OAS er det behov for minst fire av de generelle motstandsressursene: eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser, meningsfylte aktiviteter og sosiale relasjoner. Målet her

er å kunne bruke disse ressursene slik at en får bedre helse (Lindström & Eriksson, 2015, s.29-30).

Salutogenese er innbakt i vernepleieres sosialfaglige arbeid. Dette kommer frem i en vernepleiers fokus på å se mennesket i et livsløpsperspektiv kombinert med god relasjonsbygging. I tillegg er dette gjeldene innenfor vernepleiefaglig arbeid i form av utviklingsprosesser der mennesker har behov for ulike tilbud for å kunne mestre sine egne liv. Disse utviklingsprosessene krever at vernepleier kan tilby opplæring og tilrettelegging for å veilede mennesker mot god helse (Nordlund et al., 2015, s.24-25).

#### **4.3 Activities of daily living**

Begrepet activities of daily living (heretter forkortet ADL) så dagens lys da Deaver introduserte det i 1945 (Sonn, som referert i Tuntland, 2011, s.18). I begynnelsen omhandlet dette begrepet en stor gruppe aktiviteter som var knyttet til egenomsorgsaktiviteter. Etter hvert ble begrepet inkludert og akseptert innenfor internasjonal forskning. På 1970-tallet utvidet man ADL-begrepet og utfordringer knyttet til å leve selvstendige liv ble inkludert. Denne utvidingen kom parallelt med at helsevesenet endret fokus bort fra institusjoner og mot en visjon om at mennesker med funksjonsnedsettelse skulle kunne bo så selvstendig som mulig i sine nærmiljøer (Tuntland, 2011, s.18-19). Begrepet kan defineres slik:

ADL er en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter. Det dreier seg om oppgaver som egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi, m.m. Mestring av disse aktivitetene innebærer personlig uavhengighet. Mennesker med nedsatt funksjonsevne kan ha behov for profesjonell hjelp for å mestre disse aktivitetene. ADL er følgelig et arbeidsområde for en rekke profesjoner. (Tuntland, 2011, s.18)

Innenfor ADL trekkes ofte selvhjulpenhet inn som et av de viktigste målene. I visse tilfeller blir de to begrepene sett på som ensbetydende. Dette er imidlertid en unøyaktig fremstilling. Man kan se på ADL og pleie/omsorg som motpoler på et kontinuum. Her vil ADL være de oppgaver et menneske klarer å utføre selv, mens pleie/omsorg handler om oppgaver som dette mennesket trenger at andre utfører. Flere mennesker med hjelpebehov vil her havne innenfor en gråsoner der de mestrer visse oppgaver selv (ADL), mens en annen person må utføre andre oppgaver for dem (pleie/omsorg). Dersom man ser på et menneske ut ifra hvilke ADL-ferdigheter de har og så supplerer med pleie/omsorg etter behov så fokuserer man på menneskets ressurser og mestring (Tuntland, 2011, s.26). I denne oppgaven er en slik tolkning mest relevant da det sammenfaller med mestringsperspektivet.

ADL er delt inn i to undergrupper kalt PADL og IADL. Basale aktiviteter som er kroppsnære som spising, personlig hygiene, toalettbesøk og forflytning faller inn under PADL (Physical Activities of Daily Living). Den andre undergruppen, IADL (Instrumental Activities of Daily Living), handler om aktiviteter som er komplekse og er rettet mot omgivelsene i motsetning til det kroppsnære. Dette inkluderer aktiviteter som bruk av privat og offentlig transport, husarbeid, ivaretagelse av personlig økonomi og matlaging (Tuntland & Ness, 2014, s.36). Innen engelskspråklig forskning blir PADL av og til kalt BADL (basic activities of daily living). Andre ganger blir PADL bare kalt ADL men da brukes IADL for å vise forskjell på de to begrepene. PADL, BADL, eller ADL brukt sammen med IADL henviser uansett til de samme kroppsnære aktivitetene. Derfor har jeg valgt å konsekvent bruke betegnelsen PADL i min oppgave. Der jeg bruker begrepet ADL vil dette omfatte både PADL og IADL.

Flere av de overnevnte aktivitetene krever et minimumsnivå av motoriske ferdigheter som balanse og styrke. I tilfeller der det største hinderet for at et menneske skal klare å utføre en spesifikk aktivitet er manglende styrke og balanse, så bør det tilbys trening. Den treningen som tilbys bør ta sikte på å styrke de fysiske komponentene som kreves for å utføre den tilsiktede aktiviteten. I tillegg til å gjøre utførelse av den ønskede aktiviteten mulig så vil trening av styrke og balanse gi en reservekapasitet samt bidra til å opprettholde eller øke



menneskets funksjonsnivå. Trening vil derfor gjøre et menneske bedre rustet til å kunne utføre flere av dagliglivets aktiviteter (Tuntland & Ness, 2014, s.36).

Mennesker som kan ha nytte av trening i ADL-ferdigheter er ifølge Tuntland (2011) «Personer med høy alder og aldersrelaterte sykdommer» (s.28). ADL er et tverrfaglig begrep der flere yrkesgrupper er sentrale. Hvilke yrkesgrupper som er mest sentrale vil avhenge av hvor de er ansatt og behovet på den aktuelle arbeidsplassen. Dette gjør at en vernepleier kan ha god bruk for kjennskap til ADL i sitt arbeid med eldre via hjemmesykepleie eller sykehjem. Innenfor temaet i denne oppgaven vil det for en vernepleier være aktuelt med intervensjoner som kartlegging, trening, læring og vedlikehold. (Tuntland, 2011, s.26-27)

Innenfor ADL-trening er målet å gi høyere funksjonevne i dagliglivet. Dette vil igjen føre til mestring for mennesket det gjelder. I denne forståelse forstås mestring som den kompetanse et menneske har i ulike ferdigheter. Ved å øke mestringsevnen til et menneske vil en få positive virkninger som økt uavhengighet, selvbestemmelse og frihet (Tuntland, 2011, s.30-31).

#### **4.4 Helsefremmende arbeid**

Helsefremmende arbeid setter ikke søkelys på sykdom, men ressurser for helse. Helse i denne forståelse ses på som et middel for å oppnå andre ønskelige mål. En ønsker å styrke menneskers helse og på denne måten bidra positivt til sosial, økonomisk og personlig utvikling. Dette skal igjen føre til økt livskvalitet. Et grunnleggende element i den helsefremmende tenkningen er at hvert enkelt menneske og lokalsamfunnet skal ha kontroll og makt over egen helse. Et annet viktig element er at prosessen ilegges like mye vekt som resultatet (Stamsø, 2017, s.345).

I Ottawa-charteret (1986), defineres helsefremmende arbeid på denne måten: «Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health» (WHO, 1986).

Ottawa-charterets syn på helsefremmende arbeid kan støttes og konkretiseres gjennom bruk av salutogenese og OAS. Siden Ottawa-charteret ikke inneholder et klart teoretisk fundament, så kan salutogenese brukes for å fremme de praktiske og filosofiske intensjonene til charteret. Den salutogene modellen fordrer opprettholdelse og forbedring av helse noe som sammenfaller med målene til Ottawa-charteret (Eriksson & Lindström, 2008).

Innenfor helsefremmende arbeid finner vi begrepet aktiv aldring. Dette begrepet defineres som: «Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age» (WHO, 2002, s.12). Dette begrepet handler om tilrettelegging for at eldre mennesker skal kunne leve gode og aktive liv, selv med funksjonsnedsettelse. Her er søkelyset på opprettholdelse av aktivitet som for det enkelte menneske oppleves som meningsfull og engasjerende (Tuntland & Ness, 2014, s.24).

#### **4.5 Mestring**

Håkonsen (2014) sier: «Mestring beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet» (s.259). Videre deles begrepet inn i to; problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokustert mestring betyr at et menneske setter sitt fokus på utfordringene med den gitte situasjonen. Hensikten her er å løse, avslutte eller endre det som oppfattes som vanskelig eller problematisk med situasjonen. Følelsesmessig fokusert mestring handler om at individet forsøker å gjøre noe med følelsene rundt en situasjon. Her blir ikke selve situasjonen endret, bare individets følelsesmessige reaksjon (Håkonsen, 2014, s.259).

I tillegg kan man skille mellom hverdagsmestring og krisemestring. I denne oppgaven vil jeg benytte meg av hverdagsmestring. Dette begrepet handler om hvordan en person håndterer utfordrende situasjoner i hverdagen. I tilfeller der mennesker opplever brått funksjonsfall som ved sykdom, en skade eller en ulykke kan evnen til mestre hverdagen påvirkes kraftig. I slike tilfeller vil det være aktuelt med en kombinasjon av rehabilitering, opplæring og det å lære seg å leve med sykdom eller varig funksjonsfall. Viktig hverdagsmestring kan for eldre mennesker handle om praktiske oppgaver som å lage mat, stå opp og stelle seg (Eide & Eide, 2018, s.48-49).

Mestringsperspektiv handler om et menneskes tro på egne evner og hvilke utfordringer en kan mestre (Tuntland & Ness, 2014, s.78-79). Dette er et perspektiv som er politisk relevant og i vinden som vi kan se i Meld. St. 19 (2014-2015):

Et mestringsperspektiv på folkehelsepolitikken handler om å legge til rette for at alle gis forutsetninger for å utnytte sine evner og muligheter. Når vi skal legge til rette for at den enkelte kan ta mer ansvar for egen helse, må vi ta hensyn til at forutsetningene er forskjellige. All ny politikk må måles opp mot dette – om det styrker eller svekker den enkeltes mestring og kontroll over eget liv. (s.12)

## **5. Drøfting**

### **5.1 Helsefremmende arbeid for eldre mennesker**

Eldre mennesker er en sammensatt gruppe med stor variasjon innenfor helse, kompetanse og evner (Daatland, 2008, s.17). Denne gruppen mennesker vokser ifølge SSB (Helsedirektoratet, 2018). Dette gjør at vi som samfunn trenger målrettede tiltak for å kunne gi denne gruppen fullverdige liv i tråd med stortingets visjon «Lev Hele Livet» (Meld. St. 15,

(2017-2018)). Min problemstilling er i tråd med denne visjonen da jeg undersøker om fysisk aktivitet kan gi eldre mennesker bedre ADL-ferdigheter og mestring av eget liv. Her vil jeg drøfte hvordan helsefremmende arbeid er egnet til akkurat denne oppgaven.

Innenfor helsefremmende arbeid blir helse sett på som et middel for å oppnå andre ønskelige mål (Stamsø, 2017, s.345). Et slik mål i min oppgave er opprettholdelse av ADL-ferdigheter og mestring av eget liv. Ser man på helsefremmende arbeid i et mestringsperspektiv kan man trekke inn Ottawa-charteret som vektlegger kontroll over og dermed mestring av egen helse (WHO,1986). Her kan man videreføre Ottawa-charteret med elementer fra salutogenese (Eriksson & Lindström, 2008). Salutogenesen og den medfølgende OAS kan ses på som en ressurs for mestring (Lindström & Eriksson, 2015, s.46). Slik kan altså helsefremmende arbeid komme eldre mennesker til gode. Ved å iverksette tiltak i tråd med politiske føringer som «Lev Hele Livet» (Meld. St. 15, (2017-2018)) og Ottawa-charteret (WHO,1986) vil mestringsressursene fra OAS bli tilgjengelige for eldre mennesker. På denne måten kan vi se at helsefremmende arbeid kan benyttes for å gi eldre mennesker en viktig mestringsressurs.

I denne oppgaven er mitt fokus på også på ADL-ferdigheter, ikke bare mestring. Siden ADL-ferdigheter er nært knyttet til fysisk funksjon og derfor fysisk helse er det her nødvendig å trekke inn et kritisk blikk på OAS (Tuntland, 2011, s.18-19). Studien til Tan et al. (2013) viser at det er svakere sammenheng mellom OAS og fysisk helse enn mental og sosial helse (s.503). Lindström & Eriksson (2015) sier at det er svak sammenheng mellom OAS og fysisk helse på grunn av at OAS først og fremst dreier seg om åndelig, psykisk og sosial styrke (s.66). Dette betyr at OAS har større betydning for mestring enn for fysisk helse.

Innenfor helsefremmende arbeid vil det være hensiktsmessig å identifisere eldre mennesker som har behov for å få styrket sine generelle motstandsressurser. Ved å tilby dem tidlige tiltak vil en kunne forhindre fall i funksjonsnivå og styrke deres OAS. Dette vil igjen kunne gi eldre mennesker aktiv aldring i deres egne omgivelser (Tan et al., 2013, s. 507). På denne

måten kan helsefremmende arbeid aktivt bidra til å opprettholde mestring av livet for eldre mennesker.

## **5.2 Fysisk aktivitet og ADL-ferdigheter**

Et høyt nivå av ADL-ferdigheter vil bidra til uavhengighet, mestring og egenkontroll (Tuntland, 2011, s.30-31). For å kunne gi eldre mennesker mestring av eget liv vil det derfor være hensiktsmessig å begynne med ADL. For eldre mennesker øker risikoen for tap av ADL-funksjon i takt med alder (Wu et al.,1999, s.1082). Dette gjør at dersom eldre mennesker skal kunne opprettholde mestringen av eget liv så må de først få mulighet til å opprettholde sine ADL-ferdigheter.

I denne oppgaven er et av mine mål å finne ut om fysisk aktivitet kan gi opprettholdelse av ADL-ferdigheter. Når det kommer til eldre mennesker og fysisk aktivitet så anbefaler Helsedirektoratet (2014) følgende: «Eldre bør være fysisk aktive i minimum 150 minutter hver uke med moderat intensitet eller minimum 75 minutter med høy intensitet, eller en kombinasjon av moderat og høy intensitet, fortrinnsvis fordelt på de fleste dagene i uken» (s.13). Helsedirektoratet sier imidlertid ingenting om sammenheng mellom opprettholdelse av ADL-ferdigheter og fysisk aktivitet.

For å finne ut om det er en sammenheng mellom fysisk aktivitet og opprettholdelse av ADL-ferdigheter har jeg benyttet meg av forskningsbasert kunnskap. Her viser forskning at for eldre mennesker så er lavt nivå av fysisk aktivitet en sterk indikator på tap av ADL-ferdigheter mellom 3 og 10 år senere i livet (Vermeulen et al., 2011, s.9). Dette betyr at for eldre mennesker så vil et lavt nivå av fysisk aktivitet øke risikoen for funksjonsfall innenfor ADL-ferdigheter. Denne forskningen viser en indikator på hva som bør unngås for å forhindre fall i ADL-ferdigheter; lavt nivå av fysisk aktivitet.

Studien til Tak et al. (2013) viser gjennom oppsummert forskning at moderat til høyt nivå av fysisk aktivitet halverer risikoen for funksjonstap for eldre mennesker. I tillegg gir moderat til høyt nivå av fysisk aktivitet større sannsynlighet for opprettholdelse av PADL-ferdigheter for hjemmeboende eldre mennesker (s.336).

Dette betyr at det er forskningsbasert grunnlag for å anbefale fysisk aktivitet for eldre mennesker med mål om opprettholdelse av ADL-ferdigheter. Helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet faller innenfor de nivåene som forskningen viser at gir utslag på opprettholdelse av ADL-ferdigheter. For at denne kunnskapen skal komme eldre mennesker til gode kreves det imidlertid opplæring, forebygging og fremming av god helse.

### **5.3 Empowerment og pasientopplæring**

For å hjelpe eldre mennesker med opprettholdelse av ADL-ferdigheter vil det være behov for opplæring og oppfølging fra for eksempel en vernepleier. Et viktig begrep i en slik prosess vil være empowerment. For denne type opplæring på individnivå vil det være best å bruke en terapeutisk tilnærming. Dette vil gjøre at en kan fokusere på opplæring og mestring av livssituasjon. Her vil en se etter det eldre menneskets iboende ressurser og tilpasse opplæringen slik at den fysiske aktiviteten blir skreddersydd etter behov og funksjonsnivå (Askheim, 2012, s.46-49).

I arbeidet med empowerment for eldre mennesker vil det være viktig å kunne identifisere hvem som trenger hjelp slik at en kan sette inn tiltak tidlig. Her kan en bruke indikatorene som Vermeulen et al. (2011) viser til i sin studie. Ved å se etter indikatorer som lavt nivå av fysisk aktivitet, treg hastighet på gange, vekttap og dårlig balanse vil en kunne identifisere eldre mennesker som har behov for intervensjoner siktet på å opprettholde ADL-ferdigheter (Vermeulen et al., 2011, s.10). Dette blir spesielt viktig når en tar hensyn til forskningen som viser at disse indikatorene indikerer tap av ADL-ferdigheter mellom 3 og 10 år frem i tid

(Vermeulen et al., 2011, s.9). Ved å identifisere eldre mennesker med slike behov vil en kunne igangsette tidlige tiltak for forebygging og opprettholdelse av ADL-funksjoner.

#### **5.4 Salutogenesens bidrag**

Salutogenese kan i første omgang hjelpe eldre mennesker til å opprettholde ADL-ferdigheter og mestring av eget liv gjennom perspektiv. Ved å gi eldre mennesker og vernepleiere innsikt i de salutogeniske prinsippene kan de påvirkes til å bevege seg mot helse på kontinuumet mellom uhelse og helse (Antonovsky som sitert i Lindström & Eriksson, 2015, s.27). Et slikt perspektiv vil gi eldre mennesker mulighet til å se på sin helse i gjennom linsen av livets elv. Denne er en videreføring av det overnevnte kontrinuumet der bevegelsen mot helse er underbygget av 5 steg; fremme, opplyse, forebygge, beskytte og kurere. (Lindström & Eriksson, 2015, s.24-25). En slik holdning til eget liv vil gi eldre mennesker et utgangspunkt som fordrer dem til å bevege seg mot helse der det er mulig.

Videre så vil salutogenese kunne bidra til eldre menneskers mestring av livet gjennom sterk OAS. En av de fire generelle motstandsressursene som kreves for sterk OAS er meningsfulle aktiviteter (Lindström & Eriksson, 2015, s.30). I følge Tuntland (2011) vil det å ha gode ADL-ferdigheter gjøre det mulig å mestre meningsfulle aktiviteter (s.31). Dette betyr at eldre mennesker kan styrke sin OAS gjennom mestring av ADL-ferdigheter. En sterk OAS vil igjen kunne brukes som en ressurs for å oppnå og opprettholde mestring av eget liv.

Meningsfulle aktiviteter er imidlertid bare en av de fire generelle motstandsressursene som er nødvendige for å utvikle sterk OAS. Man trenger i tillegg eksistensielle tanker, kontakt med indre følelser og sosiale relasjoner (Lindström & Eriksson, 2015, s.30). Dette betyr at en ikke kan oppnå sterk OAS gjennom fysisk trening som gir opprettholdelse av ADL-ferdigheter

alene. Dersom salutogenese skal utnyttes til det fulle så vil eldre mennesker ha behov for andre tiltak som ivaretar mentale, emosjonelle og sosiale aspekter. Dette betyr at opprettholdelse av ADL-ferdigheter alene, ikke kan gi mestringsressurs i form av OAS.

## **5.5 Mestring av eget liv**

For å kunne opprettholde størst mulig grad av mestring av eget liv, vil det for eldre mennesker være hensiktsmessig å bruke en todelt fremgangsmåte. En bør inkludere både problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Problemfokuset mestring vil ta sikte på å for eksempel opprettholde ADL-ferdigheter gjennom fysisk aktivitet. Eldre mennesker er en stor og variert gruppe, noe som tilsier at det vil være et stort spekter av funksjonsnivå. Det er derfor ikke realistisk at alle eldre skal kunne opprettholde fullverdig funksjon av ADL-ferdigheter. For å imøtekomme denne realiteten vil det for mange være nødvendig med følelsesmessig fokusert mestring. Denne typen mestring vil gjøre det mulig for eldre mennesker å emosjonelt tilpasse seg endringer i livet i form av for eksempel svekkelse av ADL-ferdigheter (Håkonsen, 2014, s.259).

Videre så vil hverdagsmestring være det mest aktuelle for eldre mennesker i denne konteksten. Dette handler om hvordan eldre mennesker kan håndtere utfordrende situasjoner i sitt hverdagsliv. Denne typen mestring kan for eldre mennesker handle om praktiske oppgaver som å lage mat, stå opp og stelle seg (Eide & Eide, 2018, s.48-49). Disse aktivitetene sammenfaller med PADL-ferdigheter. Det er derfor sammenheng med nivå av PADL-ferdigheter og hverdagsmestring. Eldre mennesker som får mulighet til å opprettholde sine PADL-ferdigheter gjennom tilbud av tjenester som gir tilpassede former for fysisk aktivitet vil derfor også kunne opprettholde en større grad av hverdagsmestring og uavhengighet. Denne effekten kan forsterkes gjennom å gi eldre mennesker kunnskap, forståelse for deres egen situasjon, mestringsstrategier og opplysninger om tilgjengelige ressurser så kan de få bedre kontroll over sin egen hverdag (Tan et al., 2013, s.507). Dette er



i tråd med Meld. St. 15 (2017-2018) som sier: «Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne og klare seg selv i størst mulig grad».

## **6. Oppsummering og avslutning**

I denne oppgaven har jeg sett på om det finnes en sammenheng mellom fysisk aktivitet, ADL-ferdigheter og mestring av eget liv for eldre mennesker. Mine funn har ikke vært entydige da spesielt mestring av eget liv er et sammensatt og komplekst begrep. Jeg har imidlertid funnet sterk sammenheng mellom fysisk aktivitet og opprettholdelse av ADL-ferdigheter. Denne sammenhengen har blitt vist i flere studier. Det er imidlertid knyttet en del usikkerhet til mengden av fysisk aktivitet som er nødvendig for å opprettholde ADL-ferdigheter da studiene har forskjellige definisjoner av moderat fysisk aktivitet. Dette problemet kan man unngå ved å forholde seg til Helsedirektoratets (2014) anbefalinger om fysisk aktivitet for eldre. Disse anbefalingene møter eller er høyere enn definisjonene av moderat fysisk aktivitet i studiene. Dette betyr at en som vernepleier kan gi tilbud basert på Helsedirektoratets (2014) anbefalinger til eldre mennesker om fysisk aktivitet som vil gi en opprettholdende effekt på ADL-ferdigheter.

Når det kommer til mestring av eget liv så har ADL-ferdigheter en klar sammenheng med hverdagsmestring. Dette betyr at fysisk aktivitet i noen grad vil kunne bidra til mestring av eget liv. Det er imidlertid flere mangler dersom en snakker om OAS som en ressurs for mestring. Eldre mennesker kan ikke oppnå sterk OAS gjennom fysisk aktivitet alene. Dette betyr at fysisk aktivitet bare er en del av det tilbudet som må gis til eldre mennesker for at de skal kunne mestre egne liv. Her vil en vernepleier være i god posisjon til å kunne supplere med nødvendige tilbud innenfor emosjonell, mental og sosial helse. For en vernepleier vil det være nyttig å vite at funnene i denne oppgaven viser at fysisk aktivitet og gode ADL-ferdigheter alene ikke er nok til å sikre eldre mennesker mestring av egne liv.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven har jeg som vernepleier fått innsikt i hvordan jeg kan gi eldre mennesker et tilbud som opprettholder deres ADL-ferdigheter og delvis deres mestring av egne liv. Oppgaven har også vist meg at for å kunne gi eldre mennesker deres velfortjente og individuelt tilpassede mulighet til å leve hele livet, så vil det kreve en bredspektret fremgangsmåte og all den kompetanse og kunnskap som en vernepleier har.

## 7. Litteraturoversikt

### Referanser

- Askheim, O. P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Gyldendal.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal.
- Askheim, O., & Starrin, B. (2007). *Empowerment - i teori og praksis*. Gyldendal.
- Blankenvoort, C., Van Heuvelen, M., Boersma, F., Luning, H., De Jong, J., & Scherder, E. (2010, Oktober). Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* (30) s. 392-402.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Daatland, S. O. (2008). *Aldring som provokasjon*. Fagbokforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*.23(2). 190-199. doi:10.1093/heapro/dan014
- Fossati, C., Torre, G., Borrione, P., Giombini, A., Fagnani, F., Tuchetta, M., . . . Pigozzi, F. (2020). Biohumoral Indicators Influenced by Physical Activity in the Elderly. *Journal of clinical medicine*.
- Helsedirektoratet . (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. (IS-2170)*. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/\\_attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/anbefalinger-om-kosthold-ernaering-og-fysisk-aktivitet/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf/_attachment/inline/2f5d80b2-e0f7-4071-a2e5-3b080f99d37d:2aed64b5b986acd14764b3aa7fba3f3c48547d2d/Anbefalinger%20om%20kosthold%20ern%C3%A6ring%20og%20fysisk%20aktivitet.pdf)
- Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling (IS-2748)*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inline/3bee41d0-0b38-4957-913e-)

bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffdd0abaa/Folkehelse%20og%20b%C3%A6rekriftig%20samfunnsutvikling.pdf

HVL. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Hentet fra <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=vernepleie>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal.

Knudsen, C. (2020, November 15). *E24*. Hentet fra <https://e24.no/norsk-oekonomi/i/bnn3Je/eldreboelgen-kan-gi-ekstraregning-paa-618-milliarder-lemper-ansvaret-over-paa-min-generasjon>

Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Gyldendal.

Meld St. 19 . (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 15. ((2017-2018)). Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>

Miller, M., Rejeski, J., Reboussin, B., Ten Have, T., & Ettinger, W. (2000). Physical Activity, Functional Limitations, and Disability in Older Adults. *American Geriatrics Society (48)*. 1264-1272. <https://agsjournals-onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.2000.tb02600.x>

Nordlund, I., Thronesen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Universitetsforlaget.

Stamsø, M. A. (2017). *Velferdsstaten i endring*. Gyldendal.

Tak, E., Kuiper, R., Chorus, A., & Hopman-Rock, M. (2013). Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in. *Ageing Research Reviews (12)*. 329-338. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.10.001>

Tan, K.-K., Vehviläinen-Julkunen, K., & Chan, S.-C. (2013). Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. *Journal of advanced nursing 70(3)*, s 497-510. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jan.12221>

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL*. Høyskoleforlaget.

Tuntland, H., & Ness, N. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Gyldendal.

Vermeulen, J., Neyens, J., Van Rossum, E., Spreeuwenberg, M., & De Witte, L. (2011). Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics 11(33)*. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-33>

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization. Hentet fra [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1)
- Wu, S., Leu, S.-Y., & Li, C.-Y. (1999). Incidence of and Predictors for Chronic Disability in Activities of Daily Living Among Older People in Taiwan. *American Geriatrics Society* (47). 1082-1086. <https://agsjournals-onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/j.1532-5415.1999.tb05231.x>