

**Avdeling for helsefag  
Grunnutdanning i sykepleie**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**Kull 05 høst**

**Våren 2008**

**Problemstilling:**

*”Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å forhindre komplikasjoner som følge av inaktivitet blant de eldre på sykehjem.”*

**Kandidatnr:**

**61**

**63**

*”Å være i aktivitet er å leve.  
Når du er i bevegelse sier du ja til livet.  
Det er de som sitter stille, som lever farlig.”*

Grete Waitz

1.0 INNLEDNING	s: 4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	s: 4
1.2 Presentasjon av problemstilling	s: 4
1.3 Avgrensing av oppgaven	s: 5
2.0 METODE	s: 6
2.1 Metodevalg	s: 6
2.2 Vitenskapelig forståelse	s: 6
3.0 TEORIDEL	s: 8
3.1 Aldringsprosessen	s: 8
3.1.1 Eldre på sykehjem	s: 9
3.1.2 Motivasjon og psykiske begrensninger	s: 9
3.2 Hva ligger i begrepet fysisk aktivitet	s:10
3.2.1 Fysisk aktivitet i form av daglige gjøremål	s:11
3.3 Komplikasjoner i forhold til nedsatt aktivitet	s:11
3.3.1 Forandringer i muskler og skjelett	s:11
3.3.2 Forandringer i sirkulasjonssystemet	s:12
3.3.3 Obstipasjon	s:13
3.3.4 Decubitus	s:13
3.4 Ulike måter å styrke kroppen på	s:13
3.4.1 Styrketrening	s:13
3.4.2 Utholdenhetstrening	s:14
3.4.3 Bevegelighetstrening	s:14
3.5 Sykepleierteoretiker Dorothea Orem	s:14
3.6 Presentasjon av forskningsartikler	s:16
4.0 DRØFTING	s:18
4.1 Hvordan ta imot en ny pasient på sykehjem	s:18
4.2 Pleiekultur i institusjon	s:21
4.3 Fysisk aktivitet som forebygging av komplikasjoner	s:23
5.0 KONKLUSJON	s:31
Litteraturliste	s:33
Antall ord: 9751	

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Vi har valgt å skrive om temaet fysisk aktivitet hos eldre ved sykehjem. Gjennom praksis og arbeid har vi opplevd at de eldre på sykehjem etter morgenstellet blir plassert i en stol på dagligstuen, og der blir de sittende frem til de skal legge seg. Inaktivitet er et problem blant beboerne ved sykehjem.

Bakgrunnen vår for å kunne skrive denne oppgaven er at vi er 3.års sykepleierstudenter som gjennom praksis og arbeid har tilegnet oss erfaringer og kunnskaper som omhandler dette temaet. Vi ønsker å fordype oss i dette temaet da vi synes det er veldig relevant kunnskap å ta med seg videre i vårt yrke som autoriserte sykepleiere. Det er ikke bare i kommunehelsetjenesten vi får bruk for denne kunnskapen, men også i spesialisthelsetjenesten.

Gjennom å jobbe med denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss gode kunnskaper om hvordan vi som sykepleiere kan forbedre Eldres fysiske og kroppslige forutsetninger gjennom fysisk aktivitet.

### **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Ifølge Kristoffersen 2002, skal aktiviteter motivere den enkelte til å nå et høyere nivå av helse og velvære. Både helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter er fremtidsrettet.

For oss er det viktig å finne ut av hvordan vi som sykepleiere kan forhindre ulike komplikasjoner som følge av inaktivitet. Vi ønsker å se litt nærmere på pleiekulturen på sykehjem og hva som eventuelt kan være grunnen til at de eldre får en inaktiv hverdag. Som sykepleiere er det viktig for oss å prøve å finne ut hva vi kan gjøre for å snu denne trenden og hvordan vi kan aktivisere de eldre mer i dagliglivet. Vår problemstilling lyder derfor som følger:

*”Hva kan vi som sykepleiere gjøre for å forhindre komplikasjoner som følge av inaktivitet blant de eldre på sykehjem.”*

### **1.3 Avgrensninger av oppgaven**

Vi har valgt å avgrense oppgaven til eldre i sykehjem. Vi skal holde oss til grunnleggende aktivitet som forebygger komplikasjoner, og aktivitet som primært omhandler daglige gjøremål. Komplikasjonene er generelle (sirkulasjonssvikt, trykksår, obstipasjon, muskel og skjelettplager) og vi tar ikke for oss disse i forhold til spesifikke sykdommer. På grunn av oppgavens omfang kommer vi heller ikke til å gå inn på kommunikasjon, men vi ser på både verbal og non- verbal kommunikasjon som en viktig del i samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Vi vil ikke gå inn på det psykososiale aspektet ved det å være fysisk aktiv, da vi mener at dette punktet blir for omfattende i forhold til oppgavens lengde. Vi ønsker likevel å påpeke at dette en sentral del av det å være fysisk aktiv.

Pasientens autonomi er noe vi som sykepleiere har en plikt til å ivareta, og i tillegg følge de yrkesetiske retningslinjene som er pålagt vår profesjon. Begge deler er viktige aspekter i sykepleien, men grunnet oppgavens omfang får vi ikke mulighet til å utdype disse.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Metodevalg**

En metode er en framgangsmåte for å løse et problem og komme fram til ny kunnskap. Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode og har tatt for oss en litteraturstudie. Kvalitativ metode viser til egenskapene eller karaktertrekkene ved fenomener. Kvalitative metoder har bakgrunn i evidensbasert (kunnskapsbasert/bevisbasert) litteratur. Det som kjenner en litteraturstudie er at problemstillingen drøftes opp mot allerede eksisterende litteratur. En litteraturstudie er derfor avhengig av gode og relevante skriftlige kilder (Dalland, 2007). Vi har brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har også benyttet oss av ulike nasjonale og internasjonale forsknings og fag artikler.

Vi har beskrevet forskningsartiklene og vurdert deres validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) i forhold til oppgavens problemstilling. Vi har tatt for oss hvem som har skrevet artikkelen og hvor mange som deltok i undersøkelsen. Antallet personer som var med i undersøkelsen er viktig å få med for å kunne vurdere om det er representativt i forhold til å kunne overføre resultatet til norske sykehjem. Hvor vi har funnet artiklene og navn på databaser er også viktig å få fram, da databasene sier noe om påliteligheten til kildene. Bladet Sykepleien inneholder for eksempel fagartikler som er beregnet på sykepleiere. Vi har også forsøkt å se de eventuelle feilkilder som kan oppstå i en slik artikkel, det vil for eksempel være annengangs utgivelse eller oversettelse.

I vår innsamling av data har vi benyttet oss av skolens bibliotek database, bibsys, og gjennom internett har vi brukt databaser som helsebiblioteket og sykepleien.no. Data som samles inn skal i størst mulig grad ha relevans i forhold til problemstillingen og være pålitelige (Dalland, 2007). Problemstillingen har lagt føringer for den litteratur og forskningsmaterialet vi har valgt å vektlegge.

### **2.2 Vitenskapelig forståelse**

Vår oppgave tar utgangspunkt i det grunnleggende kunnskapssynet hermeneutikk. Hermeneutikk forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom deres handlinger, livsytringer og språk. Denne tilnærmingen er viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker. Den hermeneutiske tolkning innebærer å finne

de skjulte meninger i et fenomen og tolke disse. Videre forsøker hermeneutikken å se helheten i problemet (Kristoffersen, 2000 bind 1:226-229).

Vår før forståelse av temaet har grunnlag i vår praksiserfaring samt arbeidserfaring ved sykehjem. Våre erfaringer som vi tar med oss inn i oppgaven er inntrykkene av at eldre på sykehjem i dag er altfor lite aktive i hverdagen. Gjentatte ganger har vi sett at sykepleier velger å gjøre ting for pasienten i stedet for sammen med pasienten ved tilrettelegging og veiledning. Opplevelsene våre har derfor påvirket våre meninger og holdninger som vi tar med oss gjennom denne oppgaven (Dalland 2007:56).

### **3.0 TEORIDEL**

#### **3.1 Aldringsprosessen**

I følge Inger H. Nordhus kan aldring defineres med referanser til forskjellige former for tap, som tap av helse, tap av livskvalitet og tap av sosialt nettverk. Å bli gammel betyr at fysiske funksjoner svekkes, det skjer store forandringer i utseende og indre organene fungerer ikke som før. Aldring av mennesker er et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale prosesser, hvor alle har en innvirkning på hverandre. Dette vil si at jo eldre et menneske blir, jo mer særegent vil det også bli. Forskning viser at med alderdommen, kommer ofte depresjon og angst inn i bildet, særlig for mennesker som har opplevd store tap på den sosiale siden, og med angst og depresjon følger som regel inaktivitet (Bondevik & Nygaard, 2003 s:11-15).

Reduksjon av muskelstyrke og beinvev er en del av den normale aldringsprosessen. Samtidig blir også leddene stivere, konsekvensene av disse biologiske forandringene kan i større grad motvirkes ved fysisk aktivitet og styrketrening (Bondevik & Nygaard, 2006 s:18-20).

Når man blir eldre svekkes kroppsfunksjonene. En får dårligere muskulatur, blir mer ustødig, synet blir dårligere og den mentale kapasiteten svekkes. De svekkede kroppsfunksjonene kan hemme den fysiske aktiviteten hos de eldre (Kristoffersen, 2002 bind 2, s:147).

Fysisk aktivitet og trening er like viktig for eldre mennesker som for yngre. For de eldre handler det om å holde de fysiske funksjoner ved like og om å unngå komplikasjoner ved inaktivitet. Når man blir eldre vil de fysiske funksjonene svekkes, som muskelstyrke og utholdenhet. Et annet aspekt som spiller inn er koordinering. Signalene går langsommere og de eldre kan fort bli ustødige, og ha lett for å falle. Beinskjørhet er en vanlig aldringssykdom, og ved inaktivitet øker farene for fall med påfølgende muskel og skjelettrupturer (Kristoffersen, 2001 bind 3 s:187-188).

Når de eldre utfører daglige aktiviteter, velger de ofte å bruke enkle metoder slik som å sitte og vaske seg i stedet for å stå. Noen lar sykepleieren ta over stellet. Dette fordi de er



redde for å for eksempel falle. De velger å innta en passiv rolle på bakgrunn av angst og frykt for at det skal skje dem noe. Kroppens funksjonssystemer vil gradvis svekkes ettersom at aldriingsprosessen går sin gang. Dette vil over tid redusere den funksjonelle fleksibiliteten, samt at den fysiske bevegelseskontrollen også vil bli svekket. Dette vil få konsekvenser for mestring der koordinasjon, hurtighet og timing er viktige faktorer for å lykkes (Helbostad m.fl, 2007 s:76-78).

### *3.1.1 Eldre på sykehjem*

Vi har gjennom praksis observert at de eldre som kommer inn på sykehjem i dag er eldre, svakere og sykere enn tidligere. Årsakene til dette kan være at vi lever stadig lengre, bor hjemme lengre og den fysiske slitasjen på kroppen er mindre nå enn tidligere. Ifølge Foss m/flere 2002, har også mellom 70-75% av beboerne på sykehjem diagnosen aldersdemens.

På alle sykehjem og sykehjemsavdelinger er det forskjellige "pleiekulturer", avhengig av administrasjon, de ansatte og kulturell historie på stedet. Som ny beboer på et sykehjem vil man komme helt ny i en allerede sterk og sammensveiset kultur. Det å forlate sitt eget hjem kan være en krisesituasjon for mange, og man kan være meget sårbar når man flytter til en ny plass. Å komme til et sted med faste rutiner som avviker fra sine egne er ingen enkel overgang. Pasienten kommer til en plass hvor rutinene allerede er fastsatt. Pasienten må tilpasse seg disse rutinene selv om disse rutinene kanskje ikke samsvarer med de rutinene pasienten allerede er vant til. Pleiepersonalet har en tendens til å bestemme når man skal stå opp og legge seg og at syltetøy er det eneste pålegg man liker fordi man er over 80 år. Dette er situasjoner som mange pasienter på sykehjem kan ha opplevd, og gode eksempler på maktmisbruk. Vi har tatt for oss det som omhandler sykehjem og pasifisering av eldre i forhold til fysisk aktivitet. Det er bevist at hvis man føler seg tilsidesatt og "liten", så pasifiserer man seg fra omgivelsene. I forsvaret kalles dette for brakkesyke, og innenfor sykehjem kalles dette å bli institusjonalisert. Å bli møtt slik er ingen enkel start for pasientene, og dermed blir motivasjonen for å gjøre noe positivt for seg selv eller andre borte (Magelsen 2002: 57-63, 200-203).

### *3.1.2 Motivasjon og psykiske begrensninger*

Motivasjon er den viktigste drivkraften bak fysisk aktivitet og fører til initiativ og vilje til gjennomføring. Hva som ligger bak motivasjonen er veldig individuelt. Eksempler på

motivasjonsfaktorer kan være et ønske om å bli frisk eller behovet for å bli mer selvhjulpen. Som sykepleier er det en viktig oppgave å kunne motivere pasienten til fysisk aktivitet. For å klare det er det viktig å fremheve de helsemessige gevinstene en oppnår med å være fysisk aktiv. Sykepleieren må starte på det nivået pasienten befinner seg i forhold til veiledning og motivering under den fysiske aktiviteten, og tilpasse treningen til hver enkelt pasient ut fra behov og målsetting (Kristoffersen, 2001 bind 3:199).

Et hinder for å kunne sette i gang en fysisk aktivitet er angsten for å ikke lykkes eller leve opp til forventningene til omgivelsene. Den personlige usikkerheten kan få en negativ virkning på lyst og initiativ. Mangelen på en positiv selvfølelse som omfatter selvstendighet og uavhengighet, kan få stor betydning for personlig utfoldelse. Det er mange eldre som sliter med inaktivitet og manglende motivasjon i forhold til å gjøre daglige gjøremål (Kristoffersen, 2001 bind 3: 205).

### **3.2 Hva ligger i begrepet fysisk aktivitet?**

For å utøve god sykepleie må sykepleieren vite hva fysisk aktivitet er, hvorfor det er viktig å være i fysisk aktivitet, og hvordan en kan stimulere andre til fysisk aktivitet. Gode egenskaper som en sykepleier bør ha er evnen til å veilede, undervise og iverksette tiltak sammen med andre mennesker som opplever tap eller endring i den fysiske aktivitetsutfoldelsen. Begrepet fysisk aktivitet kan beskrives som evnen til å kunne bevege seg fritt omkring uten hindringer og det å kunne være fysisk aktiv oppleves som en frihet. En faktor som kan begrense muligheten for å være fysisk aktiv er blant annet høy alder (Kristoffersen, 2001 bind 3:180).

Et hvert menneske har behov for å være i fysisk aktivitet. Det er naturlig for et menneske å kunne bevege seg, og kroppen er bygd opp slik at den styrkes ved å være i jevnlig fysisk aktivitet. Daglig bruk av kroppen styrker ledd og muskler (Kristoffersen, 2001 bind 3: 181).

Å være fysisk aktiv er en faktor som fremmer helse. For noen er det å være fysisk aktiv en forutsetning for å fremme velvære og gir de aller fleste en god følelse. Mange ønsker å være i fysisk aktivitet fordi det fremmer glede og trivsel samt at kroppen blir sterkere, mer

utholden og smidig. Fysisk aktivitet har også en positiv innvirkning på angst, uro og stress. Det skal ikke så mye mosjon til for en begynner å merke positive endringer i kroppen.

### *3.2.1 Fysisk aktivitet i form av daglige gjøremål*

Daglige gjøremål består i gjøremål som utføres i forbindelse med personlig omsorg, psykososiale aktiviteter, arbeid og fritidsaktiviteter. Vi skal holde oss til det området som omhandler fysisk aktivitet.

*”For at mennesket i det hele tatt skal være virksomt, utvikle seg og klare dagliglivets aktiviteter, må det kunne bevege seg”* (Kristoffersen, 2001 bind 3:188).

Ved å være fysisk aktiv gjennom daglige gjøremål, kan vi hjelpe eldre med å vedlikeholde kroppen og evnen til å være mest mulig selvhjulpen. Å kunne være selvhjulpen bidrar til å føle økt selvstendighet og velvære. Dagliglivets fysiske aktiviteter omhandler blant annet spising, personlig hygiene, av- og på kledning, og arbeid i og omkring hjemmet. For en sykepleier bør det være et overordnet mål å stimulere pasienter til å opprettholde eller forbedre velvære og livskvalitet, samt å hjelpe pasienten til å få dekket sine grunnleggende behov (Kristoffersen, 2001 bind 3: 183).

## **3.3 Komplikasjoner i forhold til nedsatt aktivitet**

Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for å utvikle redusert funksjonsdyktighet hos de gamle på sykehjem. Selv de aller eldste og mest skrøpelige har god effekt av å være i litt fysisk aktivitet. For at de eldre skulle kunne være mest mulig selvhjulpen i det daglige er det viktig at de har en viss utholdenhet, muskelstyrke, bevegelse, koordinasjon og bevegelse.

### *3.3.1 Forandringer i muskler og skjelett*

Menneskekroppen er laget for å kontinuerlig bruke musklene i form av fysisk aktivitet. Til en voksen person utgjør muskelvevet hele 40 % ,og er av stor betydning for kroppens utholdenhet, styrke og koordinasjon. Via muskelbruk kan vi uttrykke tanker og følelser gjennom tale, bevegelser og handlinger (Kristoffersen, 2001 bind 3:189).

De gamle sine muligheter til å trene er like god som de yngres. Dersom de eldre ved sykehjemmet er inaktive over en lengre periode vil muskler og skjelett påvirkes tidlig. Muskelnes kraft, styrke og utholdenhet svekkes kontinuerlig så lenge pasienten forblir

inaktiv. Så mye som 15 % muskelstyrke kan bli borte pr uke. Svekkelse av lår, sete og strekkmuskler vanskeliggjør gange i trapper og forflytning over lengre avstander. Ved at den generelle muskelmassen svinner hen blir det også vanskelig for pasienten å utføre daglige gjøremål grunnet muskelsmerter, ryggmerter, ustøhet og økt risiko for fall (Bondevik og Nygaard, 2006:230 -232).

Osteoporose (beinskjørhet) utvikles gjennom inaktivitet over tid. Skjelettets tetthet avtar og risikoen for beinbrudd øker. Kalktapet inntreffer tidlig og kan raskt gjenvinnes dersom pasienten er mer fysisk aktiv. For eldre pasienter anbefales aktiviteter i korte intervaller med pauser, stående i oppreis stilling. Eksempel på en slik form for aktivitet kan være en rusletur i korridoren på sykehjemmet (Bondevik og Nygaard, 2006: 231).

Ledd som ikke brukes over lang tid kan bli helt stivt (kontrakturer). Hvis en får kontrakturer i armene vil det gå ut over evnen til å stelle håret, spise og kle på seg. Kontrakturer i føttene vil gjøre det svært vanskelig å gå. Begge disse formene for kontrakturer kan forhindres dersom leddene brukes aktivt. De fysiske aktivitetene må tilpasses hvert enkelt tilfelle (Bondevik og Nygaard, 2006:232).

### *3.3.2 Forandringer i sirkulasjonssystemet*

Når en står i oppreist stilling fordeles blodet perifert i kroppen. Ved inaktivitet omfordeles blodet til sentrale kroppspartier. Dette fører til økt tilbakestrøm og belastning på hjertet. Gradvis svekkes hjertefunksjonen, hjerteminuttvolum minsker og pulsfrekvensen øker (Bondevik og Nygaard, 2006: 230-238).

Fysisk aktivitet har en umiddelbar og en langtidseffekt på blodsirkulasjonen. Regelmessig fysisk aktivitet fører til endringer i hjertets pumpekapasitet. Noe som gir økt slagvolum og redusert frekvens. Totalt sett vil dette føre til mindre belastning på hjertet (Kristoffersen, 2001 Bind 3:454).

Mange eldre sliter med smerter i bevegelsesapparatet grunnet dårlig sirkulasjon. Med økende alder kan utholdenheten svekkes grunnet reduksjon i hjertefunksjon og blodomløp. Dette vil ha en innvirkning på evnen til å utføre daglige gjøremål (Helbostad med flere, 2007: 102-118).

### *3.3.3 Obstipasjon*

Inaktivitet kan over tid føre til dårlig matlyst og obstipasjon (forstoppelse). Dette får følger for peristaltikken (tarmfunksjonen). Tarmperistaltikken er muskelarbeid i glatt muskulatur, og muskelaktiviteten er påvirket av den generelle aktiviteten. Ved at pasienten er inaktiv over en lengre periode blir tarmpassasjen og absorpsjonen dårligere. En enkel måte å forbygge dette på er å hjelpe pasienten med å komme seg i mer bevegelse (Kristoffersen, 2001 bind 3:349).

### *3.3.4 Decubitus*

Decubitus (trykksår), er en kjent og fryktet komplikasjon ved langvarig inaktivitet. Dette er sår som befinner seg innenfor et avgrenset område på kroppen, der vevet har blitt nekrotisk på grunn av for lite tilførsel av oksygenrikt blod. Som nevnt tidligere blir musklene mindre ved inaktivitet, og da blir også knoklene mer fremtredende. Knoklene belastes mer av kroppstyngden og det blir ofte på slike områder at trykksår oppstår. I sittende stilling, som ofte er aktuelt for de eldre ved sykehjem, er det sitteknutene som hovedsakelig belastes. Disse områdene får ofte stor belastning over tid, samtidig som tilførselen av blod er dårlig (Bondevik og Nygaard, 2006: 230-238).

## **3.4 Ulike måter å styrke kroppen på**

Det finnes flere ulike måter å styrke kroppen på. Her har vi tatt for oss styrketrening, utholdenhet og bevegelsestrening.

### *3.4.1 Styrketrening*

*"Styrketrening er trening mot motstand og hvor musklenes evne til å utvikle kraft gradvis blir økt over tid"* (Helbostad med flere, 2007: 102-118).

For eldre med nedsatt muskelstyrke kan det være vanskelig å gjøre daglige gjøremål på egen hånd. Trening av styrke hos eldre bør være motivert av ønsket om en bedre funksjon i dagliglivet. Aktiviteten bør rettes opp mot de store muskelgruppene som legger, lår, sete, armer, bryst og rygg. Øvelsene bør være rettet mot utfordringer som de eldre ved sykehjem har i det daglige. Eksempel på dette kan være knebøy ned til 90 graders vinkel i knærne, som kan sammenlignes med det å reise seg fra sittende til stående stilling. Regelmessig styrketrening har en positiv innvirkning på muskelmasse, bentetthet og balanse (Helbostad med flere, 2007: 102-118).

### *3.4.2 Utholdenhetstrening*

Fysisk aktivitet kan begrense de negative effektene sirkulasjonssvikten gir, og reduserer faren for at de blir varige. For å oppnå god helse og livskvalitet er utholdenhet en viktig egenskap å ha. Det en bør være obs på når man skal begynne med fysisk utholdenhetstrening hos eldre er at langvarig inaktivitet har lett for å gi ortostatisk hypotensjon (blodtrykksfall). Ved fysisk aktivitet kan blodtrykket synke og pasienten kan bli svimmel, blek, få økt hjerterefrekvens og vil besvime. Øvelser som går ut på å komme seg fra sittende til stående stilling bør derfor skje gradvis (Bondevik og Nygaard, 2006: 230-238).

### *3.4.3 Bevegelighetstrening*

Bevegelighet er leddenes evne til bevegelsesutslag. Bevegelighet er en forutsetning for å kunne gjennomføre en del av dagliglivets oppgaver på en hensiktsmessig måte. Eksempler på dette er å stå i oppreist stilling og ha kontroll over balansen. Bevegelighetstrening bør allikevel ikke gå på bekostning av trening av styrke, utholdenhet og balanse. Trolig er bevegelighet en mindre begrensning enn de andre treningsformene med tanke på funksjon (Helbostad med flere, 2007: 102-118).

## **3.5 Sykepleierteoretiker Dorothea Orem**

Ifølge Orem er den beste sykepleien iblant den som kommer i form av undervisning og støtte ved at en underviser eller veileder pasienten i egenomsorgstiltak. Sykepleiere må tenke nøye igjennom hvilken rolle de skal innta overfor pasientene. Det å gripe omfattende inn, å handle for pasientene, kan ofte være uriktig ved at det undergraver pasientens motivering til å ta ansvar for seg selv når de ellers er i stand til det. Orem beskriver sykepleie som den evnen sykepleieren har til organisering av de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som sykepleieren trenger for å kunne utøve omsorg overfor pasienter (Cavanagh 1999:15).

### **Menneskesyn**

Orems menneskesyn går ut på at mennesket har potensial til å utvikle praktiske ferdigheter og til å opprettholde den nødvendige motivasjon for egenomsorg (Cavanagh 1999:18).

## Egenomsorg

Orem definerer egenomsorg som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve. Egenomsorg er de aktivitetene som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære. For begrepet egenomsorg står det sentralt at omsorgen iverksettes frivillig og tilsiktet av individet (Cavanagh 1999:17).

Ifølge Orem er disse punktene viktige for å kunne ivareta egenomsorgen:

- Støtte livsviktige fysiske, psykiske og sosiale prosesser
- Opprettholde menneskelig struktur og funksjon
- Utvikle sine potensialer fullt ut
- Forebygge skade eller sykdom

## Egenomsorgsbehov

Ordet behov brukes her som en aktivitet som den enkelte må gjennomføre for at en kan si at vedkommende utøver egenomsorg. En balanse mellom aktivitet og hvile er viktig forebygging av tretthet, utmattelse og stress. Å være "normal" omfatter blant annet å kunne utføre handlinger for å opprettholde helse, og å identifisere og om mulig gjøre noe for å motvirke helseforandringer (Cavanagh 1999:19).

## Sykepleiehandlinger

Orem klassifiserer handlingene i fem kategorier:

- Å handle eller gjøre noe for en annen
- Å veilede en annen
- Å støtte en annen, fysisk eller psykisk
- Å tilrettelegge omgivelsene som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner
- Å undervise

Omgivelsene er svært viktige i omsorgen for pasienten, og sykepleieren har ansvar for å tilrettelegge omgivelsene som er gunstige ut fra pasientens behov, og som kan hjelpe pasienten til å utvikle nye evner og forebygge funksjonsforstyrrelser. Sykepleieren må også

være lærer. Sykepleier må ha kunnskaper og ferdigheter slik at vedkommende er i stand til å formidle disse til andre (Cavanagh 1999:33).

### **3.6 Presentasjon av forskningsartikler**

Kilkekritikk av de tre forskningsartiklene vi har valgt å bruke.

#### *Pasienters behov viktigere enn rutiner*

Av Berit Foss, høgskolelektor og Astrid K. Wahl, dr.polit., begge Høgskolen i Oslo, avd. for sykepleierutdanning. Artikkelen er gitt ut i sykepleien 2002, og er hentet fra sykepleien.no. Vi vurderer denne artikkelens validitet og reliabilitet som høy opp i mot vår oppgave. Artikkelen tar for seg flere interessante aspekter som personlig tilrettelegging, og hvilke konsekvenser inaktivitet får for eldre beboere ved sykehjem, noe som går rett inn på vår oppgave. Denne artikkelen er en litteraturstudie, og omfatter flere tema enn hva vi tar for oss i vår oppgave. Et gjennomgående tema er helsefremmende tiltak for å bedre eldre menneskers livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger de utsettes for i dagliglivet. Artikkelen nevner flere komplikasjoner ved inaktivitet, men setter søkelys på problemløsning av disse problemene. Mål for sykepleie og evaluering av resultat er ifølge forfatterne et av de viktigste midlene for å klare å få en bedre hverdag for de eldre ved sykehjem. Et annet gjennomgående tema er at personalets oppmerksomhet bør rettes mot pasientenes individuelle behov, fremfor rutinepregede gjøremål.

#### *Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt?*

Av Jorunn L. Helbostad, fysioterapeut, dr. philos., post dr. stipendiat, seksjon for geriatri ved St. Olavs Hospital, Trondheim. Artikkelen er gitt ut i tidsskriftet nr.9 i Norsk Lægeforening, 2005. Vi har vurdert denne artikkelens validitet og reliabilitet som høy opp imot vår oppgave. Resultatet i artikkelen viser at eldre ved sykehjem har god effekt av trening, som hjelper dem i daglige aktiviteter. Artikkelen er en litterær forskningsstudie basert på oversiktsartikler og treningsstudier med sykehjemsbeboere. Mye av artikkelen dreier seg om hva fysioterapeuter og ergoterapeuter kan bidra med i treningen av eldre på sykehjem, men de fleste aspekter her går inn under tverrfaglig samarbeid og videreutvikling av kompetanse hos de ansatte ved sykehjem, og her har sykepleieren hovedansvaret. Artikkelen presenterer effekten av ulike treningstyper. Forfatteren kommer



også inn på at dagens sykehjem tilbud er mer tilrettelagt for pleie enn rehabilitering, og bedret fysisk funksjon til beboerne reduserer pleiekostnadene ved institusjonene.

*Physical training in institutionalized elderly people with multiple diagnoses—a controlled pilot study*

Av Elisabeth Tydwick og Gunnar Akner, begge ved forskning og utviklingsetaten ved Karolinska Hospital, Stockholm, og Frandin Kerstin, fysioterapeut ved Korolinska Hospital, Stockholm. Forskningsstudien ble gjort på en institusjon for eldre med multiple diagnoser på Sundbyberg, utenfor Stockholm, og ble utgitt i 2004. 21 pasienter ble med på studien, etter at forskerne hadde ekskludert de med dårlig motivasjon for treningsopplegget. Treningsprogrammet som var satt opp hadde en varighet på 45-60 min 2 ganger i uke i 10 uker. 17 av de 21 deltagerne fullførte treningsopplegget. Hensikten med undersøkelsen var å se om spesifikke fysiske styrketreningsøvelser hadde effekt på balanse og mobilisering hos de eldre. Forskerne fastslår i sin rapport av øvelsene de gjennomførte hadde en viss positiv effekt på balanse og mobilisering, men at resultatet vanskelig lar seg presenteres med tall. Styrkemessig så man en klar framgang hos pasientene, og dermed blir det konstatert at fysiske styrkeøvelser har effekt på aktiviteter i dagliglivet hos de eldre. Studien er gjort på et fåtall pasienter i en institusjon i Sverige, og dermed kan ikke data overføres direkte til norske sykehjem. Rapporten er likevel interessant grunnet overføringsverdi av trening til daglige aktiviteter.

## **4.0 Drøfting**

Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi oppdaget at inaktivitet blant de eldre på sykehjem er et stort problem. Det kan være flere årsaker til dette. Vi vil i denne delen av oppgaven presentere konkrete tiltak som vi som sykepleiere kan gjøre for å forhindre komplikasjoner som følge av inaktivitet. Vi kommer også inn på mulige årsaker til inaktiviteten og har drøftet disse opp mot tiltakene.

### **4.1 Hvordan ta imot en ny pasient på sykehjem.**

Noen eldre ønsker å komme på sykehjem på grunn av at de innser at de ikke lenger klarer seg selv alene hjemme, andre opplever det å flytte på sykehjem som en krise. Pasienten kan oppleve flyttingen som en krise fordi vedkommende må forlate alt som er kjent og tilpasse seg noe helt nytt og ukjent. Å forlate hjemmet sitt kan føles som et stort tap for pasienten.

I følge Tonje Houg 1996, blir selvbildet forandret og formet av institusjonen. Pasienten forlater sin vante rolle som mor, far, ektemann, hustru, sin sosiale tilhørighet, og går over i en pasientrolle. På sikt fører dette til institusjonalisering og pasienten blir passiv og initiativløs, samtidig som at institusjonen krenker pasientens privatliv med å legge retningslinjer på hva som kan gjøres og med hvem. Dette innebærer å innta en rolle hvor de daglige rutinene allerede er fastsatt og pasienten blir en anonym del av et institusjonssamfunn. Pasienten kan ikke selv velge om vedkommende ønsker å innta en pasientrolle. Dette skjer automatisk da dette institusjonssamfunnet ikke har noen andre roller å tilby.

Aldringsprosessen setter også sitt preg på den gamle. Som nevnt tidligere i teorien beskriver Inger H. Nordhus aldring som forskjellige former for tap. Tap av helse, livskvalitet og sosialt nettverk. Fysiske funksjoner svekkes, utseende forandres og indre organer fungerer ikke like godt som før. Dette er med på å sette den eldre i en sårbar posisjon hvor selvtillit og selvilde er redusert. Depresjon og angst kan også være en følge av aldringsprosessen. Konsekvensene av dette kan bli at den eldre velger å innta en anonym og inaktiv rolle hvor vedkommende bare eksisterer. Pasienten velger bort et aktivt liv til fordel for en pasientrolle. Pleiekulturen på enkelte sykehjem vil bidra til å forsterke dette ved at pasientens autonomi og aktive rolle i hverdagen kan bli tilsidesatt.

Sykepleieren er en autoritær person som er godt integrert i dette samfunnet. Et problem når pasienten kommer på sykehjemmet er at sykepleieren enda ikke har nok informasjon om hvem pasienten er og hvor vedkommende kommer fra. Årsaken til dette kan være at sykepleieren har fått for lite informasjon fra for eksempel sykehus eller hjemmesykepleie i forkant av pasientens ankomst. Konsekvensene av dette kan føre til at pasienten blir pasifisert i det daglige fordi kunnskapen om pasientens egne ressurser er mangelfulle. Tilretteleggingen for pasienten blir også dårligere da pleiepersonalet ikke har fått kartlagt alle behovene pasienten har i forkant av ankomsten. Når pasienten kommer inn på sykehjemmet, er det viktig at personalet skaffer seg mest mulig informasjon. Til dette trengs informasjon om hvem pasienten er, hvor vedkommende kommer fra, pasientens livshistorie, psykososiale forhold, nettverk og sykdomshistorie. Denne informasjonen kan sykepleieren skaffe seg ved å snakke med pasienten selv, pårørende, venner og helsepersonell som pasienten tidligere har vært i kontakt med.

For å kunne hjelpe den gamle i det daglige og utnytte pasientens egne ressurser på en best mulig måte, er det viktig å få kartlagt hvilke behov pasienten har. Dette gjøres ved hjelp av en datasamling. Hensikten med en datasamling er å få kartlagt pasientens behov for sykepleie. Datasamling er systematiske og kontinuerlige innsamlede data om en pasient, noe som kan gjøres ved intervju med pasienten, mens andre data kan innsamles gjennom observasjon av pasienten. Innsamlet data gir grunnlag for sykepleiediagnose og for relevante tiltak som skal iverksettes og evalueres. Informasjon som er viktig for videre sykepleieutøvelse er informasjon om pasientens ressurser, mestringsevne og pasientens begrensninger. Målet er å oppnå helse og velvære (Kristoffersen, 2001 bind 3:22-34).

Ut fra datasamlingen er det enklere for sykepleieren å fastslå hvilke behov pasienten har. Pasientens mål bør også være inkludert, men det primære mål er å oppnå helse og velvære. For fysisk aktivitet er pasientens ressurser det man går ut ifra. Sykepleieren må kartlegge hva pasienten klarer selv, og hvor mye fysisk aktivitet denne pasienten må ha ut ifra sin tilstand for å oppnå helse og velvære. Har pasienten store begrensninger bør hjelpemidler presenteres og evalueres opp mot pasientens tilstand.

En enkel måte å få kartlagt pasientens behov og ressurser på er å bruke en tiltaksplan. Denne planen finnes ved alle sykehjem, men vi har erfart at bruken av denne planen

varierer veldig fra sykehjem til sykehjem. Noen plasser brukes denne planen flittig, mens andre sykehjem bruker denne planen som innkomstnotat og oppdaterer den sjelden eller aldri.

Tiltaksplanen er et glimrende hjelpeverktøy hvis den brukes riktig og oppdateres med jevne mellomrom. Planen gir en god oversikt over hva hver enkelt pasient klarer selv og hva vedkommende trenger hjelp til. Den skal også inneholde et definert mål for pasienten på hvert tiltak.

Det skal utarbeides en tiltaksplan til hver enkelt bruker. Denne skal være basert på de opplysningene som er samlet inn under datasamlingen. Hvis foreksempel pasienten kan vaske seg selv i ansiktet skal dette komme fram i tiltaksplanen, slik at fokuset blir rette mot at pasienten skal gjøre dette selv. Som sykepleier er det vår oppgave å utvikle et tilpasset opplegg for enkeltpasienten på bakgrunn av de opplysningene vi har fått inn. Dette går ut på å tilrettelegge hverdagen for pasienten slik at vedkommende får en meningsfylt tilværelse med fysiske og mentale utfordringer daglig. Resultatene evalueres fortløpende.

I forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten, utgitt av sosial og helsedirektoratet, er det definert hvilke tjenester pasienten har krav på. Ikke alle pasienter er klar over at disse forskriftene finnes, og det er sykepleierens ansvar og tilrettelegge for disse kravene i tiltaksplanen. Dette for å sikre at tiltaksplanen blir mer rettet mot hver enkelt pasient, og at pasienten får den behandlingen som vedkommende har krav på.

For at alt av pleiepersonal ved sykehjemsavdelingen skal kunne følge opp denne pasienten på beste mulig måte, bør man ha internundervisning med disse. I tillegg bør det holdes møter hvor det evalueres i fellesskap om tiltaksplanen er riktig i forhold til pasientens ressurser, behov og utvikling. Ifølge Foss m/flere 2002, er evaluering av sykepleietiltak det viktigste tiltaket for å oppnå de mål som er satt. For pasienter med spesielle behov, som f.eks opptrening etter slag må en treningsplan utarbeides. En slik treningsplan kan også være til nytte for pasienter som tidligere har vært opptatt av å trene. Treningsplanen bør være tilgjengelig på pasientens rom, eller i pasientens journal slik at pleierne ved sykehjemmet kontinuerlig kan gå inn å se på eventuelle forandringer i planen eller for oppfriskning.

## 4.2 Pleiekultur i institusjon

Pleiekulturen innad i sykehjemmet har mye å si for pasientens hverdag. Det kan virke som om pleiepersonalet har ulikt syn på pasientenes kompetanse og potensialet for vekst og utvikling. Dette vil gå ut over pasienten ved at vedkommende ikke får ivarett sine egne ressurser. For å kunne ivareta pasientenes funksjonsnivå og resterende ressurser, må alle, både pleiepersonalet og pasientene jobbe mot et felles mål. Hver enkelt pasient har krav på et opplegg som er individuelt tilpasset etter behov, ressurser og forutsetninger. Det er lett for at det blir et felles opplegg for alle hvor pleie og pasifisering blir gjengangere i hverdagen (Foss m/flere 2002). For en tid tilbake fantes det ingen forskrifter om individualisering av behandling for pasienter ved sykehjem. Det kan tyde på at overgangen til de nye forskriftene er vanskelige å gjennomføre. Det er lett å lære noe nytt, men det er vanskelig å avlære gamle vaner.

Gjennom samtaler med nyinnflyttede beboere på sykehjem har vi fått en forståelse av at noen av de gamle synes det å komme på sykehjem er noe negativt. Sykehjem skal i utgangspunktet være et sted, der det er rom for vekst og utvikling og ikke bare et sted man kommer for å dø. Vi opplever også at noen av de eldre mener er at personalet på sykehjemmet ofte gjør kun det nødvendige slik som stell og ernæring, og glemmer å yte det lille ekstra som bidrar til kvalitet i hverdagen. Personalet skylder ofte på dårlig til og travel arbeidshverdag, og dette gjør at pasientene føler at de er til byrde for personalet og tør derfor ikke be om hjelp til daglige aktiviteter. Å kritisere autoriteter man selv er avhengig av krever mot, og blir sjelden gjort.

Slik vi ser det sitter pleiepersonalet i en maktposisjon. De sitter med makten til å styre pasientenes hverdag, og det kan lett bli maktmisbruk i form av overkjøring av pasientens autonomi. I dagligtale bruker vi ordet selvbestemmelsesrett. Selvbestemmelsesrett innebærer rett til å bestemme over eget liv og helse, handlingsfrihet i saker som omhandler en selv. Det kan lett bli til at sykepleierne jobber fort og effektivt, og glemmer av å involvere pasientene. Dette blir da på bekostning av pasientenes velvære. Pleiepersonalet jobber etter fastsatte rutiner, noe som gjør at hverdagen for de gamle kan bli ensformig og inaktiv.

Ifølge Bjerkheim m/flere 2005, har interaksjonsmønsteret mellom sykepleier og beboer på sykehjem mye å si for hvordan beboeren klarer seg selv i hverdagen. Hvis beboeren i forkant har signalisert selvhjulpenhet, vil sykepleieren utøve en uavhengighetsstøttende atferd. Denne interaksjonen mellom sykepleier og beboer vil da ha en positiv kvalitet, da den har til hensikt å styrke beboerens opplevelse av velvære, egenverd og verdighet. I motsatt fall kan interaksjonen utgjøre en negativ prosess. Hvis beboerens evne til selvhjulpenhet blir overkjørt av sykepleierens avhengighetsfremmende atferd, kan en slik prosess svekke eller krenke pasientens opplevelse av egenverd og verdighet. Tillært avhengighet hos de gamle blir betraktet som et fenomen som kan være skapt av omgivelsene.

Et eksempel på dette fra praksis. Jeg skulle hjelpe en mann med morgenstellet. Han hadde diagnosen parkinson, men hadde likevel gode fysiske funksjoner. Jeg ordnet klart alt som han trengte for å kunne stelle seg. Vaskeklut, vann, barbermaskin, såpe og håndklær. Da dette var gjort, hjalp jeg mannen med å komme seg til vasken. Der ble han sittende en stund før han plutselig spurte meg: "Skal du ikke begynne å vaske meg?" Jeg fant dette spørsmålet litt merkelig da jeg på forhånd visste at denne mannen var i stand til å klare dette selv med litt tilrettelegging. Så jeg sa til mannen at jeg var sikker på at han klarte å vaske det meste selv, men at jeg skulle hjelpe han der jeg så at han hadde problemer med å få det til. Responsen jeg fikk på det var at han var vant til at pleieren stelte han. Det var ingen som stilte krav til at han skulle gjøre dette selv, og derfor hadde han forstått det slik at dette var noe han ikke klarte å gjøre.

Som sykepleier er det viktig at vi fokuserer på pasientens ressurser, man må se på mulighetene pasienten har for å leve det livet man fortsatt har muligheter til, og som man ønsker. Har man som sykepleier forventninger til at pasienten har ressurser i behold, og lar pasienten forsøke å mestre selv, vil dette gjøre at pasienten vil få tro på egne mestringsferdigheter. Med å sette disse positive forventningene til pasienten, vil pasientens selvtillitt øke, og pasienten vil få større tro på videre utvikling hos seg selv. Lært hjelpeløshet er et fenomen man ofte ser innad i sykehjem. Dette går ut på at pasientens ressurser blir oversett, med at sykepleier overkjører pasienten. Sett at sykepleieren ikke har noen forventninger til pasienten og overkjører pasienten f. eks i en stellesituasjon, kan dette gjøre at pasienten tenker at jeg klarer ikke noe lenger. Skjer dette fenomenet gjentatte

ganger, er det lett at pasienten mister troen på sine egne evner, slik at pasienten ved senere anledninger forventer at personalet ved sykehjemmet skal gjøre alt for en (Bredland m.fl, 2002).

Løsningen på dette problemet er at pleiepersonalet først og fremst må forandre sine fastsatte rutiner og heller utøve pleie etter pasientens individuelle behov og ressurser. I praksis vil dette si at sykepleierne bør bli flinkere til å sette pasienten i fokus. Få pasienten mer med i daglige gjøremål. Selv om pasientene er gamle er det viktig at pleiepersonalet behandler dem med respekt, og tilbyr dem en verdig hverdag. Ifølge Foss m/flere 2002, har det i sykehjem lenge vært fokusert på å eliminere dagens problemer og komplikasjoner framfor å tenke målbasert pleie. Tiltak her vil være å strukturere hverdagen mer mot de målene som er fastsatt på tiltaksplanen for hver enkelt pasient. Pleiepersonalet har ansvar for å holde seg faglig oppdatert slik at pasienten alltid mottar den beste pleien. I en travel arbeidshverdag kan det være en stor utfordring for personalet å tenke muligheter for vekst og utvikling når pasienten har høy alder, fysiske og psykiske lidelser samt kognitiv svikt. En egenerfart opplevelse fra praksis. Det var en gammel blind dame som bodde nederst i korridoren på sykehjemmet. Jeg fikk beskjed om at hvis hun skulle forflyttes måtte jeg bruke rullestol. Da jeg var kommet 4 uker ut i praksisen, møtte jeg denne damen gående helt alene uten hjelpemidler ned korridoren. Jeg konfronterte pleiepersonalet med dette og fikk beskjed om at denne hendelsen var helt uforståelig for dem. De var ikke klar over at denne damen var i så god fysisk form. I ettertid hadde hun alltid en rullator tilgjengelig. Dette er et godt eksempel på hva en dårlig pleiekultur på sykehjem kan gjøre mot pasientene. Denne pasienten ble ufrivillig pasifisert grunnet dårlig innsyn i pasientens situasjon.

### **4.3 Fysisk aktivitet som forebygging av komplikasjoner**

Ved fysisk aktivisering av eldre ved sykehjem gjennom daglige gjøremål, kan vi være med på å forebygge en del komplikasjoner. Dette dreier seg om komplikasjoner som muskel og skjelettplager, sirkulasjonssvikt, obstipasjon, trykksår og angst. Ved å hjelpe pasienten til å være mer fysisk aktiv i daglige gjøremål, kan dette bidra til å forebygge muskelsvinn. Med tilstrekkelig intensitet og varighet på den fysiske aktiviteten kan pasienten bygge opp sin muskelfunksjon igjen. Ifølge Helbostad 2007, vil treningstider ned mot 5 minutter daglig

være tilstrekkelig for å gi en helsemessig gevinst. Spesielt til de som er svært dårlig trent. Uansett må det trenes to ganger i uken for å oppnå effekt.

Sykepleieren bør ha kunnskaper om hvordan en best kan motivere og undervise de eldre i forhold til fysisk aktivitet. Et tverrfaglig samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut kan være gunstig. Det kreves også faglig oppdatering i hvordan man som sykepleier på en best mulig måte kan utøve god og forsvarlig pleie til pasienten.

Ifølge Kristoffersen, 2001 bind 3, defineres fysisk aktivitet som evnen til å kunne bevege seg fritt omkring uten hindringer. Mennesket er skapt for å være i fysisk aktivitet, men som sykepleier kommer vi ofte i kontakt med mennesker hvor fysisk aktivitet er ikke lenger er noen selvfølge.

For å kunne ivareta sin egensorg i forhold til fysiske funksjoner, sier sykepleierteoretiker Dorothea Orem at en bør være i stand til å støtte livsviktige fysiske funksjoner, opprettholde menneskelig struktur, utvikle sine potensialer fullt ut og forebygge skade eller sykdom. For de gamle som er oppgående og lite fysisk svekket er dette enkelt å få til. Vi kan spørre oss om hvilke forutsetninger har da de eldre som har kroniske lidelser og/eller kognitiv svikt? Denne pasientgruppen vil trenge mer tilrettelegging og veiledning fra pleiepersonalet. Andre problemer som kan være til hinder for å kunne aktivisere de gamle er initiativløshet, nedstemthet og angst. Pasienten kan ha mangel på motivasjon, kan være smertepåvirket eller ha for lite kunnskap om hvorfor fysisk aktivitet er viktig. En konsekvens av dette kan bli at pasienten velger å være inaktiv.

Forskning gjort av Foss m/flere 2002, viser at pasienter i sykehjem ofte har smerter på grunn av muskel og skjelettlidelser, og at de derfor er lite motivert for å være fysisk aktiv. Det har imidlertid vist seg at smerter ikke øker ved tilpasset fysisk aktivitet, men blir glemt mens aktiviteten pågår. Generell fysisk aktivitet er trygt for eldre personer og sykepleiere er i en ideell posisjon til å sette i gang enkle fysiske aktiviteter til denne pasientgruppen.

Disse treningsøvelsene bør være rettet mot aktiviteter i dagliglivet slik som å vaske seg selv, kle på seg selv, forflytning, husarbeid og eventuelle andre fritidssysler. Med å trekke inn fysisk aktivitet i daglige gjøremål, vil ikke pasienten tenke på dette som trening for å



holde de fysiske funksjonene ved like. Det vil skje på et ubevisst plan. De vil gjøre disse øvelsene på bakgrunn av daglige rutiner. Som sykepleiere har vi som oppgave å legge til rette for at pasienten skal kunne klare å gjøre dette selv.

Det finnes flere måter å bidra til en aktiv hverdag på. Vi har tatt for oss styrketrening, utholdenhetstrening og balansetrening i aktiviteter i dagliglivet. De eldre ved sykehjem er ofte fysisk svekket. Ikke bare grunnet høy alder, men også på grunn av et helt liv med slitasje på kroppen. Stryketrening er viktig for de eldre da det bygger opp muskelfunksjon, balanse og bentetthet. I forhold til daglige gjøremål trenger de eldre enn viss fysisk styrke. En trenger fysisk styrke for å kunne kle av å på seg, spise, forflytte seg, vaske seg, og til finmotoriske bevegelser. Det å komme seg fra sittende til stående stilling som ved toalettbesøk, og for å kunne komme seg opp fra liggende til stående stilling, krever fysisk styrke i store muskelgrupper. Målet for styrketreningen bør være å vedlikeholde eller forbedre de fysiske funksjonene som pasienten allerede har.

Mange eldre sliter med psykiske begrensninger i form av angst for å ikke lykkes og leve opp til forventningene som omgivelsene har til vedkommende. Motivering av de eldre er den største delen av jobben. Målet for motiveringen bør være å fremme et ønske hos pasienten om å fortsette å vedlikeholde sine fysiske funksjoner og fremme velvære. Med å bruke langsiktige mål vil ikke de eldre se nytten, og vil snarere gi opp. Med å bruke flere kortsiktige mål, vil de eldre se nytten og at de kan klare dette. Del – del – hel – prosessen. Med for langsiktige mål vil motivasjonen til å trene også synke. Det psykiske aspektet til de eldre er en faktor som sykepleieren må jobbe med for å få hensiktsmessig trening (Karoliussen m.fl. 1997:524-525).

Som sykepleier er det en rekke tiltak vi kan iverksette for å hjelpe pasientene med å bli mer aktive i dagliglivet. Her vil vi presentere aktiviteter i form av daglige gjøremål som er med på å opprettholde de fysiske funksjonene.

Av og på kledning. Pasienten må bruke både armer og bein for å få på seg buksen. Disse bevegelsene bidrar til å styrke de store muskelgruppene. I tillegg må pasienten både bøye seg og stå på et bein vekselvis. Begge deler krever balanse og er en fin mulighet for pasienten å trene balanse på. Av og på kledning krever en god del utholdenhet da pasienten

blir stående over en lengre periode. De fleste gamle har klær med knapper og sko med snøring på, og ved å la pasienten kneppe knappene og knyte skoene selv, trenes de finmotoriske funksjonene. Sykepleierens oppgave under av og på kledningen er å veilede eller eventuelt undervise pasienten i hvordan en gjør de ulike tingene. Sykepleieren kan hjelpe pasienten ved tilrettelegging av utstyr og støtte pasienten fysisk under påkledningen for å bidra til trygghet. Dette kan redusere pasientens redsel for å falle. Hvis pasienten lykkes i å kle på seg selv vil dette bidra til at pasienten føler økt mestringsevne og får muligens den selvtilliten som trengs for å prøve seg på nye daglige utfordringer.

De eldre har ofte mye smerter. Disse smertene er ofte relatert til muskel og skjelettplager. Ved inaktivitet over tid vil dette føre til mer smerter, økt fare for kontrakturer, muskelsvinn og økt fare for beinbrudd. Ved at pasienten kler av og på seg selv, får pasienten bruk for alle muskelgruppene samt at det blir gjort store leddutslag som bedrer pasientens bevegelighet. Ved å kneppe knapper brukes fingerleddene og dette vil forebygge kontrakturer i disse leddene.

Ved å stelle seg selv må pasienten bruke mange av sine fysiske funksjoner. En bruker armene mye. Dette vil øke muskelmassen på over og underarmen samt vedlikeholde funksjonen i armene. Det krever presisjon å føre hånden til ansiktet og resten av kroppen for øvrig. Gjennom denne type øvelse blir leddenes bevegelighet ivaretatt. Etter at pasienten har vasket seg må vedkommende også tørke seg. Ved å gnu håndkleet rundt omkring på kroppen stimulerer en til bedre sirkulasjon. Dårlig sirkulasjon er noe som mange gamle sliter med. Ved at sykepleier veileder pasienten til å tørke seg selv vil dette være et enkelt tiltak for å få sirkulasjonen i gang, i tillegg til at det er enkelt for pasienten å gjøre selv. Å være velstelt bidrar til økt velvære. For de pasientene som ikke klarer å gjøre dette bare ved hjelp av veiledning, kan sykepleieren for eksempel hjelpe pasienten ved å legge vaskekluten i hånden på pasienten, og sammen med pasienten føre hånden til ansiktet eller brystkassen. Hjelpe pasienten til å hjelpe seg selv. Sykepleier kan også sørge for at pasienten har alt av utstyr som vedkommende trenger tilgjengelig og prøve å motivere pasienten til å ville klare å stelle seg selv. Målet er at pasienten skal føle kontroll og mestring, samt bli så selvhjulpen som mulig.

Under morgenstellet hvor det ofte kan bli litt travelt kan det være lett å overkjøre pasienten. Alt pasienten kan bidra med selv er en fysisk gevinst i det lange løp. Hvis

pleiepersonalet ikke tar seg tid til å la pasienten få gjøre det som vedkommende klarer selv, men tar over for å spare tid, vil pasientens fysiske funksjoner svekkes med tiden og pasientens autonomi blir tilsidesatt. Er dette maktmisbruk eller effektivisering på arbeidsplassen?

Vi har opplevd stellesituasjoner hvor sykepleier har pasifisert pasienten ved å overta stellet når pasienten egentlig har fått til dette selv med litt veiledning. Sykepleieren tenker muligens effektivisering og ser seg blind på hva dette gjør med pasienten i det lange løp. Ved å bli fratatt ansvaret for eget liv og helse på den måten, vil det gi en psykisk og fysisk belastning for pasienten og pasientens egne ressurser svekkes. Dette kan lett forhindres ved at sykepleier kontinuerlig oppdaterer seg på pasientens situasjon og evaluerer både pasientens utvikling og bruk av hjelpemidler ut fra behov.

Å komme seg opp fra sittende til stående stilling kan være problematisk for den gamle. Spesielt hvis stolen eller sengen er for lav. Det første sykepleieren kan gjøre er å skaffe pasienten en stol eller en seng som en kan regulere høyden på. Deretter er det viktig å få pasienten i riktig utgangstilling. Sykepleieren kan veilede pasienten eller hjelpe med å flytte føttene til pasienten slik at de er plassert godt under pasienten, og med passe mellomrom. På denne måten får pasienten god støtte fra føttene i det vedkommende skal reise seg. Dette krever bruk av de store muskelgruppene i føttene som ved gjentatte repetisjoner vil gi økt muskelmasse samt styrke bærefunksjonen i kroppen. Når pasienten sitter godt på stol eller sengekanten kan sykepleieren plassere eventuelle hjelpemidler slik som rullator foran pasienten og låse den fast i posisjon. På denne måten har pasienten noe stødig å holde seg fast i når vedkommende reiser seg opp. Til slutt kan sykepleieren holde et godt grep under armen på pasienten for støtte, mens pasienten selv bruker sin egen muskelkraft for å komme seg opp i stående stilling. Hvis pasienten er tung eller ekstra redd for å falle kan det være en god ide å være to pleiere som støtter pasienten. En på hver side. Når pasienten er kommet opp i stående stilling, kan det være lurt å veilede pasienten til å ta et skritt framover for å finne balansen. Målet med dette er å styrke de store muskelgruppene. Ivareta viktige kroppsfunksjoner og gi pasienten tro egen mestringsevne.

Trykksår som følge av inaktivitet over tid er ofte et problem og mobilisering er det viktigste tiltaket for å forhindre denne komplikasjonen. Forebygging av trykksår vil også få

en positiv økonomisk effekt, da vi sparer en masse penger på utstyr til sår som har vanskelig for å gro. Vi bidrar til å skåne pasienten for mye smerte og hever den helhetlige livskvaliteten.

Ifølge Bondevik og Nygaard 2006, kan sykepleieren bidra til å forebygge trykksår ved å hjelpe pasienten med å fordele de daglige gjøremålene utover dagen. Pasienten kommer seg opp av stolen og får avlastet sitteknutene. Dette vil øke blodgjennomstrømningen og forbygge trykksår.

Utholdenhet er viktig i forhold til flere daglige aktiviteter slik som å kunne forflytte seg uten å bli utslitt. Kunne stå oppreist over en lengre periode som for eksempel under stell. Holde på med aktiviteter som tar litt tid slik som rydding på rommet. Målsettingen for den fysiske utholdenhetstreningen bør være å forbedre sirkulasjonen. Å gå over en litt lengre periode er en fin måte å trene utholdenhet på. Gjerne også litt rask gange i motbakker eller i trapper. Veiledet gåtrening med rullator i korridor på sykehjem kan fungere som utholdenhetstrening. Framgang vil ofte gi økt motivasjon til videre aktivitet. Etter aktiviteter som krever utholdenhet er det viktig å gi de eldre nok hvile. Ifølge Karoliussen m/flere 1997, er observasjon av puls er et enkelt og viktig tiltak. Puls over 130/min bør ikke inntreffes hos de eldre. Puls og oksygenforbruk har en sammenheng. Ved for høy puls tyder dette på at pasienten er stresset og trenger hvile. Hensikten med treningen når pasienten er i denne situasjonen faller dermed bort. Hvile er en nødvendighet for bedre helse .

Å kunne forflytte seg er en av de viktigste egenskapene en gammel kan ha. Uansett hva pasienten skal gjøre av daglige aktiviteter er det en forutsetning at pasienten kan forflytte seg. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å ivareta sine evner til forflytning med å skaffe til veie gode hjelpemidler slik som rullator, prekestol, stokk eller gåstaver. Disse hjelpemidlene er enkle for pasienten å bruke, og kan bidra til at pasienten får lyst til å være i mer bevegelse om dagene. Hvis pasienten har vanskelig for å bevege seg kan det fort føre til at vedkommende blir sittende hele dagen. Gode hjelpemidler kan bidra til å forhindre dette. Sykepleier kan hjelpe pasienten med å komme seg opp av stolen og i stående stilling, samt sørge for at et tilpasset hjelpemiddel er tilgjengelig. Dersom dette ikke er nok kan sykepleier også fysisk støtte pasienten under forflytningen. Dette bidrar til trygghet og

reduserer redselen for å falle og skade seg. I tillegg til dette kan sykepleieren også hjelpe pasienten med å finne gode og stødige sko som også er viktig når pasienten skal ut å gå. Målet med denne øvelsen er å opprettholde gangfunksjon, bidra til mer selvstendighet og få i gang sirkulasjonen.

Sirkulasjonssvikt er en kjent komplikasjon blant de eldre på sykehjem. Nedsatt aktivitet og redusert tilbakestrøm er faktorer som bidrar til økt trombosefare og fare for lungeemboli. Begge er farlige komplikasjoner, men som kan forebygges ved daglig fysisk aktivitet (Bondevik og Nygaard, 2006: 230-238). Ved å stimulere de eldre til daglig aktivitet fremmer det den venøse sirkulasjonen i muskel venepumpen. Dette bidrar til å senke trykket i venene, og reduserer faren for komplikasjoner som venøs svikt og åreknuter. Obstipasjon er også en kjent komplikasjon hos de eldre på sykehjem. Ved å få i gang sirkulasjonen i tillegg til å være i bevegelse kan dette hjelpe til med å bedre tarmperistaltikken også.

Ifølge Orem er den beste sykepleien iblant den som kommer i form av undervisning og støtte ved at en underviser eller veileder pasienten i egenomsorgstiltak. Hun mener også at egenomsorg i form av å delta aktivt i daglige gjøremål fremmer menneskets egenverd i form av øktselvtillit, mestringsevne og følelse av velvære. Hun sier at hvert menneske burde få utløp for sitt potensial og gjennom egenomsorg forebygge sykdom eller skade.

Helbostads forskning viser at fysisk aktivitet i form av aktiviteter i dagliglivet (ADL), fører til langsommere tap av ADL- funksjoner sammenlignet med vanlig pleie. Den viktigste treningsformen vil være aktiv deltagelse i dagliglivets aktiviteter, for å hindre tap av selvstendighet.

Ifølge Akner m/flere 2004, kommer det fram at fysisk trening forbedrer balanse og mobiliseringsevne. Denne studien ble derimot gjort ved bruk av et treningsopplegg hvor de eldre trente styrke med lette treningsapparater slik som ball og lette vekter. Effekten av denne treningsformen kunne likevel sammenlignes med trening i form av daglige gjøremål, hvor det langsiktige resultatet og den helsemessige gevinsten ble tilnærmet like. Felles aktiviteter i form av gymtimer ved sykehjemmet vil selvsagt også ha positive virkninger. Ikke bare får de eldre styrket kroppen sin, men mange har også en stor sosial glede av

dette. Hvis ikke dette lar seg gjøre, er det fortsatt tilstrekkelig å bruke fysisk aktivitet i form av daglige gjøremål.

Fysisk aktivitet i form av daglige gjøremål kan også være pasientenes fritidssysler og interesser. For eksempel kan det være noen som liker å gjøre hagearbeid og da bør vedkommende få mulighet til å luke i hagen utenfor sykehjemmet. Andre ting kan være å hjelpe til på kjøkkenet som med baking og tilrettelegging av måltider og annet forefallende husarbeid. Noen vil kanskje synes at det å ha en pasient på kjøkkenet er uhygienisk. Hvis sykepleieren følge opp at pasienten følger de samme hygieniske prinsippene som pleiepersonalet i form av grundig håndvask og bruk av forkle, ser vi ingen problemer med at pasienter kan delta i kjøkkentjeneste dersom de har glede av dette.

Når det gjelder fritidsaktiviteter, kan sykepleier hjelpe pasienten med å få kontakt med frivillige organisasjoner, lag eller foreninger i nærmiljøet. Disse kan bidra til at pasienten får mulighet til å drive med sine hobbyer.

Da jeg var i praksis på sykehjem, hadde pleiepersonalet organisert et slikt opplegg for en pasient. For denne pasienten som tidligere var aktiv i Røde Kors, ble det organisert med den lokale Røde Kors foreningen at enkeltpersoner kom til sykehjemmet en gang i uken for å besøke pasienten, og for å snakke om virksomheten. Flere ganger ble pasienten med de ut til Røde Kors-huset der de hadde laget et opplegg for pasienten. Denne pasienten hadde stor glede av dette opplegget, og det gav pasienten stor motivasjon i hverdagen for å ha noe å se fram til.

Det er ikke alltid like enkelt for sykepleieren å legge til rette for slike ting for pasienter ved sykehjem. Tidspress og krav om effektivisering på arbeidsplassen gjør at mange ikke har muligheten til å prioritere pasientenes behov for fysisk aktivitet. Det er viktig at alle jobber mot et felles mål og følger tiltaksplanen som er laget for den enkelte pasient. Alt av pleiepersonal må jobbe med tiltakene som er utarbeidet for hver enkelt pasient. Dette skaper kontinuitet i behandlingen, og vil også gi pleiepersonalet en følelse av å strekke til. Man gjør noe positivt for de gamle som kan bidra til å gi dem en verdig alderdom.

## 5.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi sett at vår oppfatning av at de eldre er for inaktive i det daglige faktisk er en realitet. Vår studie støttes av både litteratur og forskning. Det har vist seg at det ikke er mye som skal til for å aktivisere de gamle mer. Vi har presentert noen enkle tiltak som viser seg og være effektive mot generelle komplikasjoner som følge av inaktivitet. Hvor vidt disse tiltakene lar seg gjennomføre avhenger mye av at holdningene og de fastsatte rutinene ved sykehjemmet, og at det evalueres for å finne ut hvor mye av arbeidsdagen som faktisk går med til pasientrettet arbeid. Ved at pleiepersonalet ser pasientens hverdag i et større perspektiv, vil man kunne se at det blir brukt for lite tid til å involvere pasienten i det daglige. Det er ingen tvil om at det kan være vanskelig for pleiepersonalet å forandre den kulturen som bidrar til at dette skjer ved sykehjem. Gammel vane er vond å vende. Slik vi ser det er det en administrativ oppgave i første omgang. Ledelsen bør opprette klare retningslinjer for hvordan den individrettede behandlingen skal være, og deretter sørge for at dette blir fulgt opp i avdelingene.

Fysisk aktivitet er like viktig uansett hvordan tilstand pasienten er i og uansett alder. Selv de svakeste får en helsemessig gevinst ved å få bruke de ressursene de har i det daglige. At pasientene får en aktiv hverdag vil føre til generelt større trivsel og økt velvære. Pasientene får en følelse av å ha et verdig liv og følelsen av å bli verdsatt som menneske. De vil få ivarettatt livsviktige funksjoner som gjør at de får en mer aktiv hverdag, og som gjør dem mer selvstendige og mindre pleietrengende i dagliglivet. Pleiepersonalet og pasientene vil få et nærmere forhold til hverandre som gir et bedre samarbeid og et godt miljø på institusjonen.

Positive effekter ved aktivitet i form av daglige gjøremål over tid vil være økt fysisk styrke, økt selvstendighet og uavhengighet. Pasienten får en mer meningsfylt hverdag, og trivsel som har positiv innvirkning på angst, stress og uro. Pasienten skånes også for unødige komplikasjoner som følge av inaktivitet.

Konsekvensene av å ikke være fysisk aktiv over tid vil resultere i flere generelle komplikasjoner som nevnt tidligere. Dette hemmer pasientens evne til vekst og utvikling samt at dagene blir lange og lite innholdsrike. Hva gjør dette med pasienten? Hvis

pasienten over tid bare blir sittende i en stol uten noen form for fysisk stimulering vil dette kanskje føre til at pasienten blir deprimert, initiativløs og pasifiserer seg fra omgivelsene.

Som nyutdannede sykepleiere ønsker vi å ta med oss denne nye lærdommen vi har fått gjennom denne oppgaven. Vi ønsker å bruke denne nye kunnskapen i vårt kommende yrke som sykepleiere, å se om vi kan klare å gi de eldre en mer aktiv hverdag gjennom å la dem delta mer i daglige gjøremål. Hvis vi kan bli flinke til dette vil kanskje de andre i pleiepersonalet som vi samarbeider med få inspirasjon til å gjøre det samme. Sammen kan vi starte en ny å bedre pleiekultur for de eldre og oss selv på sykehjem.



## Litteraturhenvisning:

### Pensum litteratur:

- Bondevik, Margareth og Nygaard, Harald. 2003. *"Tverrfaglig geriatri, en innføring"* Fagbokforlaget, Polen. Kap, 1,11,15 og 18
- Bredland, Ebba Langum, Linge, Oddrun Anita og Vik, Kjersti. 2002. *"Det handler om VERDIGHET"*. Gyldendal Norske Forlag, Gjøvik. Kap.1
- Dalland, Olav (2007) *"Metode og oppgaveskriving for studenter"*
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2000. *"Generell sykepleie 1"* Gyldendahl Norske forlag, Oslo, kap 3
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2002. *"Generell sykepleie 2"* Gyldendahl Norske forlag, Oslo, kap 6
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2001. *"Generell sykepleie 3"* Gyldendahl Norske forlag, Oslo, 18, 19(s.257.), 20, 21(s.380-350), 23

### Selvvalgt litteratur:

- Amstrup, Kirsten og Paulsen Ingrid. 2004. *"Geriatri en tværfaglig utfordring"* Munksgaard Danmark, København. Kap 3, og 7
- Bjerkheim, Torhild, Eilertsen, Grethe og Nord, Randi. 2005. *"Eldre i en brytningstid"* Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo. Side:263-273
- Cavanagh, Stephen J.1999. *"OREMs sykepleiemodell i praksis"* Macmillan Press Ltd, London 1991. Oversatt av Thorbjørnsen, Kari Marie for Universitetsforlaget, Oslo. Kap.1 og 2
- Helbostad, Jorunn, Granbo, Randi og Østerås, Håvard. 2007. *"Aldring og bevegelse. Fysioterapi for eldre"*. Gyldendal Norsk forlag AS
- Houg, Tonje. 1996. *"Takk, bare bra...? Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem"* Forskningsstiftelsen Fafo.
- Karoliussen, Mette og Smeby, Kari. 1997. *"Eldre, aldring og sykepleie"* Universitetsforlaget, Oslo Kap.9
- Kirkevold, Marit. 1998. *"Sykepleieteorier: analyse og evaluering"*. Gyldendal norske forlag, Oslo. Kap. 7
- Sosial- og Helsedirektoratet. 2004. *"Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten"*. Oslo

### Fag/Forsknings artikler:

- Foss, Berit og Wahl, Astrid K. Publisert i Sykepleien nr. 18/2002

*"Pasienters behov viktigere enn rutiner"*

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=786&categoryID=25>

Hentet fra Web-side:26/02-08

- Helbostad, Jorunn L. Publisert i tidsskriftet nr.9 i Norsk Lægeforening, 2005

*"Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt?"*

[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1185003](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1185003)

Hentet fra Web-side: 03/03-08

- Akner, Gunnar, Tydwik, Elisabeth og, Frandin, Kerstin. Utgitt i 2004 for Korolinska Hospital, Stockholm.

*"Physical training in institutionalized elderly people with multiple diagnoses—a controlled pilot study"*

[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6T4H-4CY0JB9-2&\\_user=6726223&\\_coverDate=02%2F28%2F2005&\\_alid=703871729&\\_rdoc=11&\\_fmt=full&\\_orig=search&\\_cdi=4975&\\_sort=d&\\_docanchor=&\\_view=c&\\_ct=31&\\_acct=C000052803&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=6726223&\\_md5=d67be0fa271cd920a2682d266da41326](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T4H-4CY0JB9-2&_user=6726223&_coverDate=02%2F28%2F2005&_alid=703871729&_rdoc=11&_fmt=full&_orig=search&_cdi=4975&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_ct=31&_acct=C000052803&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6726223&_md5=d67be0fa271cd920a2682d266da41326)

Hentet fra Web-side: 11/03-08