

# BACHELOROPPGAVE

Emnekode: VPL310\_1

Kandidat: Daniel Dretvik

---

Det unødvendige forfallet i helse blant  
eldre sykehjemsbeboere/the unnecessary  
decline of health among elderly nursing  
home residents

---

Dato: 12.05.16

Totalt antall sider: 38

## **Sammendrag**

Denne litteraturstudien har til hensikt å undersøke påstanden i problemstillingen om at *det manglende tilbudet til fysisk aktivitet og trening for eldre på norske sykehjem, svekker beboernes helse og livskvalitet*. Funnene viser at eldre får en rekke helsefordeler ved fysisk aktivitet og trening, og at dette kan øke deres selvstendighet i hverdagen og livskvalitet. Imidlertid er det mye som tyder på at tilbudet til fysisk aktivitet og trening på sykehjemmene ikke er tilstrekkelig. Dermed uteblir helsegevinsten de kunne fått med mere fysisk aktivitet og trening. Studien har også sett på hva som kjennetegner den nålevende eldre delen av befolkningen. Norske eldre er sunnere, ved bedre helse og lever lenger enn noen gang tidligere, men de eldre sykehjemsbeboerne er ved dårligere helse og har større bistandsbehov enn før. Om de eldre sykehjemsbeboerne skal få utnyttet det potensialet de kan ha for økt helse og livskvalitet, som er tilgjengelig med fysisk trening, må det endringer til i tilbudet.

### ***Nøkkelord:***

Eldre, sykehjem, helse, livskvalitet, fysisk aktivitet og trening.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	i
Nøkkelord: .....	i
Innholdsfortegnelse .....	ii
1.0 Innledning .....	1
1.1 Oppgavens bakgrunn og aktualitet .....	1
1.2 Egen forforståelse .....	1
1.3 Veiledning til leser .....	2
2.0 Metode .....	3
2.1 Litteraturstudie .....	3
2.2 Søkematrise .....	3
2.3 Utvalg av kilder .....	5
2.4 Kildekritikk .....	6
2.5 Etske refleksjoner .....	7
3.0 Teori .....	8
3.1 Livskvalitet .....	8
3.2 Helse .....	8
3.2.1 Salutogenese .....	9
3.3 Fysisk aktivitet .....	9
3.4 Konsekvensen av innaktivitet hos eldre .....	11
3.5 De nye eldre .....	12
4.0 Diskusjon .....	14
4.1 Eldres syn på fysisk aktivitet og trening .....	14
4.2 Motivasjons til trening .....	15
4.3 Endret brukergruppe krever endringer i tilbudet .....	19
4.4 Mye forsømt potensiale blant sykehjemsbeboere .....	22
4.5 Må alle trene, alltid? .....	23
5.0 Avslutning .....	27
Litteraturliste .....	29

## **1.0 Innledning**

Oppgaven tar for seg hvordan *det manglende tilbudet til fysisk aktivitet og trening for eldre på norske sykehjem, svekker beboernes helse og livskvalitet*. Ved hjelp av blant annet teori om eldre, effekten av fysisk trening for eldre sykehjemsbeboere og hvordan dette henger sammen med livskvalitet, skal det argumenteres for viktigheten av fysisk aktivitet og trening. Det vil også komme teori på hvordan det nåværende tilbudet om fysisk aktivitet og trening ved norske sykehjem ikke er tilstrekkelig for at beboerne skal kunne bevare helsen lengst mulig.

### ***1.1 Oppgavens bakgrunn og aktualitet***

I de nasjonale anbefalinger for eldre over 65 år fra Helsedirektoratet (2014b), står det at man hver uke bør være i fysisk aktivitet minst 150 minutter hver uke der man blir lett andpusten, eller 75 minutter ved høy intensitet. I tillegg står det i anbefalingene at de som er ustø eller har nedsatt mobilitet bør gjøre balanseøvelser og styrketrening minst tre ganger i uken (Helsedirektoratet, 2014b). Men både media (NRK, 2012;2013), enkelte fagpersoner (Granbo & Helbostad, 2006) og offentlige rapporter (Helsedirektoratet, 2014c) rapporterer om eller antyder at det er en ressursmangler i eldreomsorgen som går på bekostning av behovet eldre pleietrengende har for fysisk trening og/eller aktivitet.

Det er ikke så lenge til at eldrebølgen kommer for fullt, og mange av de som ble født med de store fødselskullene etter den siste verdenskrigen blir del av den eldre befolkningen (Samfunnsspeilet/SSB, 2006) og dermed potensielle sykehjemsbeboere. Men statistikken viser at i tillegg til at det blir stadig flere eldre og at vi lever lengre enn før, at har de eldre aldri vært så spreke som de er nå. Dermed behøver ikke eldrebølgen å bli så ille som man tidligere har trodd (Samfunnsspeilet/SSB, 2006). Men samtidig har eldre sykehjemsbeboere fått dårligere helse og blitt mindre selvstendig i daglige gjøremål (SSB, 2013).

Reduksjon av fysisk helse er den største risikofaktoren for utvikling depresjon i alderdommen og andelen eldre med depresjon på sykehjem er høy (Engedal, 2003). Det bør bli tilrettelagt for at alle beboere på sykehjem skal kunne holde seg i fysisk aktivitet. Studier viser at fysisk helse og funksjon hos sykehjemsbeboere henger tett sammen med livskvalitet (Imagama et al., 2011; Xu & Kane, 2013).

### ***1.2 Egen forforståelse***

En forskers forforståelse vil kunne påvirke hva forskeren observerer og hvordan disse observasjonene tolkes og vektlegges (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). En redegjørelse av min forforståelse om temaet gjør at leseren kan se den i sammenheng med

studien. Jeg har gjennom vernepleierutdanningen hatt jobbpraksis på Namsos bo- og velferdssenter (Namsos kommune, 2014). Der jobbet jeg med eldre. De var ikke sykehjemsbeboere, slik oppgaven tar for seg, men de var eldre pleietrengende. De erfaringene og den læringen jeg fikk gjennom å jobbe med disse eldre pleietrengende, vil være en del av forkunnskapene mine for oppgavens tema. Fra mitt perspektiv var mange av beboerne i lite fysisk aktivitet og som personale hadde man det travelt med å rekke over alle arbeidsoppgavene og dermed lite tid til overs til å drive andre aktiviteter sammen med beboerne. Dette er personlige erfaringer og i tillegg ikke fra sykehjemspraksis. Dermed kan de ikke uten videre overføres til oppgaven. Men de erfaringene jeg gjorde meg under denne yrkespraksisen kan ha medvirket til valg av tema for oppgaven, slik at det ikke utelukkes å nevnes.

Jeg har fulgt med i media, og fått servert deres fremstilling av utfordringene eldreomsorgen står ovenfor. Media ser jeg som nyttig for å holde meg oppdatert på dagsaktuelle temaer, men det er viktig å være klar over at fremstillingen kan ofte være lite nyansert og påvirket av formidlerens meninger eller agenda (Halvorsen, 2008). For å kunne holde meg mest mulig nøytral og få et mest mulig nyansert forhold til en sak er jeg nødt til å være kritisk til media. Nå snakker jeg ikke om arbeidet med oppgaven spesifikk, men når jeg leser media generelt.

### ***1.3 Veiledning til leser***

Videre i dokumentet kommer vi til kapittel 2 metode. Her vil det bli forklart hvordan litteraturstudie som metoden er anvendt på problemstillingen. I kapittel 3 teori vil litteraturen som kapittel 4 diskusjon baserer seg på, bli presentert. Den utvalgte teoriens relevans til problemstillingen vil fremkomme i måten den blir presentert. Kapittel 3 legges det vekt på litteratur om begrepene livskvalitet og helse og hvordan disse kan forstås. Videre legger kapittel 3 vekt på å presentere teorifunn som viser helsegevinsten eldre sykehjemsbeboere kan få av trening og fysisk aktivitet, helsen til den nåværende generasjonen eldre generelt og spesifikt helsen til eldre pleietrengende. Konsekvensene det kan få å ikke være fysisk aktiv vil det også fremkomme teori på. Når så kapittel 4 diskuterer på bakgrunn av denne teorien vil diskusjonen gå mer i dybden på problemstillingen ved å blant annet se på den som et samfunnsproblem, men også ved å gå ned på individnivå å se på blant annet motivasjonen til fysisk trening. Det slutt rundes oppgaven av med en avslutning i kapittel 5.

## **2.0 Metode**

Metoden som benyttes er samfunnsvitenskapelig metode. Den samfunnsvitenskapelige metoden har til hensikt å bidra med kunnskap om hvordan virkeligheten ser ut gjennom å metodisk fremhente og analysere og tolke data. Den benyttes for å undersøke om ens antagelser stemmer overens med virkeligheten (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Nærmere bestemt har jeg valgt *litteraturstudie*.

### **2.1 Litteraturstudie**

Jeg har foretatt en *litteraturstudie* med *systematisk* og *usystematisk litteratursøk*. En systematisk litteraturstudie skal ha en tydelig avgrenset problemstilling som opplyses systematisk gjennom å identifisere, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Jeg fant at både systematisk og usystematiske søk kunne være nyttige i litteraturstudien, for som Forsberg og Wengstrøm (2013) skriver, starter all forskning med en «Allmän» litteraturstudie for å skaffe oversikt over all litteratur innenfor temaet, før man snevrer inn søket med å gjøre en systematisk litteraturstudie. For i starten må man starte på det helt generelle plan og få fatt på hva som eksisterer av litteratur på det område man ønsker å undersøke (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Terminologien som benyttes i denne sammenhengen på norsk er usystematisk litteratursøk (Halvorsen, 2008). Etter hvert bør man begynne å snevre inn søkene ved å avgrense problemområdet (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Det var ved hjelp av systematiske søk jeg fant de fleste studiene. Søkematriksen på neste side viser til systematiske søk jeg utførte. Søket på med frasene «old adults» og «force fluctuations» kombinert i Oria, er et eksempel på et systematisk søk. Jeg var dypt inne i materien når jeg behøvde å gjøre slike spesifikke og snevre søk for å finne det jeg var på utkikk etter.

Etter å ha gjort usystematiske søk, finner jeg tidlig ut at det finnes mye forskning på området. Så det er usikkert om en undersøkelse utført av meg ville ikke tilført feltet noe. Jeg har derfor valgt litteratursøk som metode for å samle litteratur på området for å drøfte problemstillingen. Hensikten med studien er å komme med perspektiver og finne mulige sammenhenger som har til hensikt å belyse problemstillingen.

### **2.2 Søkematrise**

For at studien skal holde et vitenskapelig nivå må søkestrategien fremkomme av studien. Dette sikrer blant annet etterprøvbareheten om noen andre skulle forsøke å reprodusere resultatet eller nyansere det annerledes (Rienecker & Jørgensen, 2013). Etterprøvbareheten er

viktig for oppfyllelse av prinsippet om sannhetsbestrebelse etter de generelle forskningsetiske retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Jeg har valgt å fremstille søkestrategien i en søkematrise som viser søkedatabasen jeg brukte, hvilke søkeord jeg benyttet for å finne frem til ønsket litteratur, antall treff totalt, hvilken anvendt artikkel jeg fant ved søket og om den er fagfellesvurdert.

Søkedata-base	Søkeord	Antall treff	Utvalgt litteratur: dens bidrag til oppgaven	Fagfellesvurdert tidsskrift
Google	eldre depresjon tap av funksjon	53 500	Engedal (2003): Det er sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom, og tap av funksjon er den viktigste risikofaktoren når det gjelder depresjon i alderdommen	Ja
Google	elderly views on exercise "physical labor"	109 000	Witcher, Holt, Spence & Cousins (2007): Hvordan arbeidsliv og livsstil tidligere i livet påvirker synet en har på fysiske fritidsaktiviteter i alderdommen.	Ja
Google	eldrebølgen SSB sunnere eldre	6 530	Samfunnsspeilet/SSB (2006): Om eldrebølgen og hva som vil kjennetegne de kommende eldre	N/a
Google	kroppsarbeid historie Norge	7 390	Graff-Iversen, Skurtveit, Nybø og Ross (2001): For å se hvor stor andel av nåværende eldre generasjon som drev med kroppsarbeid.	Ja
Google	WHO helse definisjon regjeringen	212 000	Helse- og omsorgsdepartementet (2014): Den norske oversettelsen av WHO's definisjon på helse	N/a
Google	sykehjemsbeboere behov for aktivitet	9 600	Granbo og Helbostad (2006): utfordringene med å kunne tilby fysisk aktivitet til sykehjemsbeboere	Ja
Oria	"old adults" "force fluctuations"	18	Enoka et al. (2003): Eldre har større uregelmessigheter i kraften som gis under muskelkontraksjoner enn yngre. Dette kan bedres med styrketrening	Ja
Oria	strength quality of life elderly	2 750	Imagama et al. (2011): Styrken i ryggmusklene og ryggradens bevegelighet gir pekepinn på livskvaliteten til eldre menn	Ja

Oria	nursing home training quality of life	794	Krist, Dimeo og Keil (2013): Viser at styrketrening øker styrken hos eldre sykehjemsbeboere med nedsatt bevegelighet. Kunne ikke påvise at livskvaliteten ble bedret	Ja
Oria	cessation of Exercise elderly function	101	Marshall og Berg (2010): Viser at eldre sykehjemsbeboere forfalle raskt i funksjon etter at en fysisk treningsperioden på 12 uker var over, og at vi derfor må vurdere treningsprogrammeringen for denne gruppen annerledes	Ja
Oria	Livskvalitet Siri Næss	32	Næss (2001): Definerer begrepet livskvalitet for oppgaven	Ja
Oria	exercise elderly mental health function	160	Telenius og Engedal (2015): Eldre sykehjemsbeboere med demens får bedre muskelstyrke, balanse og blir mindre apatiske av høyintensitetstrening	Ja

### **2.3 Utvalg av kilder**

For å finne kildene, har jeg benyttet søkebasene til Google (2016) og Oria (2016). Google gir tilgang til mye stoff som ikke er kvalitetssikret (Halvorsen, 2008) mens bibliotek eid av utdanningsinstitusjonene, slik som Oria, gir tilgang til mer kvalitetssikret materiell (Rienecker og Jørgensen, 2013). Forskningsartiklene jeg fant via Google har jeg lett opp via Oria for å bekrefte at de er publisert i et fagfellesvurdert tidsskrift, men jeg har erfart at Google ved enkelte tilfeller gir bedre treff på søkeord. Dette kan være for at Google har en fulltekstdatabase, altså at man kan søke på hvert enkelt ord som finnes i teksten, i motsetning til Oria, der man søker på emne, forfatter og tittel (Halvorsen, 2008). Så når Google er oppgitt i søkematrisen og det står at kilden er fagfellesvurdert, er dette for at leseren lett kan finne frem til kilden med mine søkeord via Google. Dette hensynet har jeg tatt med tanke på etterprøvbareheten av mitt studie. Når jeg har benyttet engelske søkeord har jeg brukt tid på å finne frem til riktige søkeord og sette meg inn i fagterminologi. Det må nevnes at søkedatabasene til Google og Oria kun er verktøy for få tilgang til nettsteder som søkedatabasen har indeksert på sine servere (Google, 2016; Oria, 2016). Selve artiklene jeg finner via Google og Oria ligger dermed på nettsiden til blant annet de ulike elektroniske tidsskriftene artiklene er publisert i.



Som det kommer frem av søkematriksen, har jeg systematisk gått frem for å finne litteratur relevant for det jeg ønsker å finne ut av omkring problemstillingen. Jeg har lett frem litteratur om hva som kjennetegner eldre og eldre sykehjemsbeboere i dag. Her ønsket jeg forskning av nyere dato, siden eldre som gruppe og helse- og omsorgstjenestene endrer seg over tid. Når eldre data blir benyttet, som det jeg lette etter med søkeordene «kroppsarbeid» «historie» og «Norge» kombinert, var det for å få innblikk i historien til dagens eldregenerasjon. Apropos endringer over tid, er internett slik i natur at innhold og struktur er i endring, slik at en etterprøver av studien behøver ikke å få samme treff som meg på valgte søkeord og database.

#### **2.4 Kildekritikk**

Litteratur man finner må vurderes kritisk skriver Halvorsen (2008), og nevner at man må se på og vurdere utgiverens pålitelighet og om man finner eventuell bias hos forfatter eller utgiver som kan ha innvirket uforholdsmessig. Selv når man leser en artikkel i et fagfellesvurdert tidsskrift bør man være kritisk, siden ingenting er hevet over all kritikk påpeker Rienecker og Jørgensen (2013). Et ekstremt eksempel på hvordan selv profesjonelle yrkesutøvende blir påvirket av forutinntatte holdninger, ble demonstrert ved et forsøk gjort av Rosenhan (1973) der han fikk 8 deltakere til å få seg innlagt ved psykiatriske sykehus ved å påstå ovenfor psykologen ved sykehuset at de hørte stemmer. Etter innleggelsen var de instruert fra Rosenhan om å opptre som normalt og fortelle at de ikke lenger hørte stemmer. De skulle selv sørge for å få seg utskrevet gjennom å overbevise psykologen og de øvrige personalet, som var intetanende i forhold til forsøket, at de var friske. Men til tross for dette fant de ansatte stadig bevis som videre kunne bekrefte diagnosene de antok de hadde. Dette er et eksempel på hvordan vi mennesker har det med å lete etter informasjon som passer med vårt syn og forkaste det som avkrefter vårt syn. Mens de ansatte var opptatt med å lete etter symptomer på sykdom, kom over en tredjedel av de andre pasientene med kommentarer som uttalte mistanke omkring årsaken til at deltakerne var innlagt – slik som påstander om at de var journalister eller professorer som skulle avdekke forholdene ved sykehuset (Rosenhan, 1973). Det er viktig å tenke over om jeg har bias som kan virke negativt inn på oppgaven med tanke på hvilken litteratur jeg velger å inkludere. Egne forkunnskaper, og erfaringer med relevans til tema ble tatt opp innledningsvis. Dette er nyttig for leseren når den vurderer studien.

Jeg sørger for at all forskning jeg referer til er fagfellesvurdert eller kommer fra kilder jeg regner som pålitelige, slik som Statistisk sentralbyrå (SSB) eller fra Helsedirektoratet, som kvalitetssikrer informasjonen de gir ut. Mindre pålitelige kilder blir også benyttet, slik som for

eksempel nyhetsartikler fra NRK (2012;2013), men da for å vise til temaets dagsaktualitet og for å skape diskusjon, og vil ikke bli presentert som vitenskapelige. Bårnes og Løkse (2015) påpeker at mye av den informasjonen man får fra media kan i stor grad være basert på sentimentalitet og personlige erfaringer. Dette tror jeg kan komme av dette er to elementer som kan være virkningsfulle i å engasjere og vekke følelser hos leseren. Det jeg tror er kan være negativt med dette er at det kan svekke ens evne til objektivitet.

### ***2.5 Etiske refleksjoner***

Siden jeg i min forskning henter frem studier som argumenterer for at eldre på sykehjem bør være mere fysisk aktive, må jeg forsørge meg om at for at studiene jeg referer til er etisk forsvarlig med hensyn sine deltakere. Siden jeg velger å benytte de i min argumentasjon, går jeg på et vis god for deres metoder. Jeg bør også være bevisst måten jeg fremstiller og benytter disse studiene. Kristiansen (2016), redaktør for nettavisen Forskning.no, anklager norske politikere for å vri og vende på forskning for å passe deres egne mening. Slik skal man ikke bruke forskning. Jeg streber etter å gjøre en mest mulig nyansert forskning der jeg. Jeg kan for eksempel ikke konkludere for at alle eldre sykehjemsbeboere må trene styrke to ganger i uken og dermed argumentere for et påbud om strenge treningsrutiner alle må delta på, selv om en studie skulle vise til at dette gav gode resultater for deres deltakere.

### **3.0 Teori**

#### ***3.1 Livskvalitet***

Oppgaven vil benytte seg av Næss sin definisjon av begrepet livskvalitet. Næss (2001) har i en rapport for Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, tatt for seg begrepet livskvalitet og kommet med forslag til definisjon;

*En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative.*

(Næss, 2001, s. 10)

Hun mener det er behov for å benytte seg av en mer presis definisjon siden begrepet blir ilagt så ulik innhold. Dette gjelder ikke bare i dagligtalen, men også innen vitenskapelig virksomhet. Næss (2001) mener det er viktig å skille mellom folks subjektive opplevelser og de betingelsene de lever under. Bare ved å klart skille mellom disse to, kan man undersøke hvordan de påvirker hverandre skriver hun. For eksempel hvordan levevilkår og livskvalitet påvirker hverandre. I tillegg til å være et nyttig verktøy i vitenskapen begrunner Næss (2001) defineringen av begrepet livskvalitet til å være av politisk verdi, da begrepet kan skape målvariabler som man kan arbeide mot å oppnå i samfunnet.

#### ***3.2 Helse***

Siden oppgaven tar for seg helsen til eldre, er for oppgaven viktig å undersøke hva eldre selv mener skaper god helse for dem. Det er i oppgaven inkludert to studier som undersøker hva folk flest legger i helsebegrepet. En norsk studie av (Fugelli & Ingstad, 2001) og en gjennomført i England, Skottland og Wales (Blaxter, gjengitt i Mæland, 2009, s. 11-13).

Fugelli og Ingstad (2001) gjennomførte i 1997-2000 en studie bestående av kvalitative intervjuer med 80 personer fra fem ulike steder i Norge. Dette var for å undersøke folk flest sitt perspektiv på helsebegrepet. Det man kunne trekke fra undersøkelsen var at for mange var det å ha det alminnelig bra godt nok (Fugelli & Ingstad, 2001). Dette kan forstås som at helsen ikke trenger å være fullkommen, så lenge man selv er fornøyd med den tilstanden man er i. Forskerne så også at forventningene til krav til fysisk funksjonsevne variere med ulike stadier i livsløpet. I tillegg inkluderer det folkelige helsebegrepet den tilpasningsdyktigheten vi mennesker har i forhold til å godta det livet vi kan ha innenfor rammene av det mulige. Slik at for noen av de eldre så forskerne at funksjon var viktig. For med alderen er det fare for at

man taper funksjon, noe som kan bety tap av selvstendighet og en reduksjon av livskvalitet. Samtidig fortalte en av de eldre at hun ikke lenger setter like store krav til funksjon som før, og at hun var takknemlig så lenge hun kan komme seg opp og ut på egen hånd (Fugelli & Ingstad, 2001).

Studien til Fugelli og Ingstad (2001) er av god verdi som en kvalitativ studie, men for å komplementere vil studien til Blaxter (gjengitt i Mæland, 2009) bli benyttet. Blaxters studie hadde hele 9000 deltakere. Det gjør at svarene fra respondentene kan generaliseres, og slik bedre indikere hva den generelle oppfatningen av helse er på bakgrunn av alder. Den ble derimot ikke gjennomført i Norge, men støtter Fugelli og Ingstad sin oppfattelse om at god funksjon i det daglige er sentralt i hvordan eldre beskriver god helse.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av helse skiller seg fra hva de to overnevnte studienes eldre respondenter la i helsebegrepet. WHO definerer helse som *en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser*. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Sitatet er Regjeringens oversettelse og gir mindre rom for mistolkning. WHO er anerkjent som den fremste helsepolitiske arenaen globalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Deres definisjon på helse er derfor sentral når man diskutere helsepolitiske problemstillinger.

### ***3.2.1 Salutogenese***

Skal man bedre helsen, må man se på hva som skaper god helse. Salutogenese er en teori på helse der fokuset ligger på å fremme og opprettholde god helse og velvære. I motsetning til et patologisk syn på helse, som innebærer å vektlegge årsaken til sykdom. Det var Antonovsky (1996) som dannet denne teorien som et middel for helsefremming. Ved å ha et positivt fokus på ens helse kan man overskygge, veie opp for, gjøre det lettere å leve med og/eller direkte eller indirekte bedre de områdene som har negativ innvirkning på helsen (Antonovsky, 1996). Bergland og Slettebø (2015) benyttet et salutogenesisk perspektiv når de undersøkte hva som gjorde at en gruppe eldre kvinner over 90 år fremdeles mestret hverdagen i sitt eget hjem. De så på hvilke helseressurser disse eldre kvinnene hadde som gjorde dem i stand i å bo hjemme i en slik høy alder. Denne studien vil være av interesse i forhold til problemstillingen da funnene kan ha overføringsverdi for eldre på sykehjem.

### ***3.3 Fysisk aktivitet***

Oppgaven vil ta utgangspunkt i Helsedirektoratet (2014b) sine nasjonale anbefalinger til fysisk aktivitet for de over 65 år, og la denne sette standarden for aktivitetsnivået. De

anbefaler å være fysisk aktiv minst 150 minutter hver uke. Ved høy intensitet holder det med 75 minutter. De anbefaler videre aktivitet som styrker musklene minst to ganger i uken. For de som er ustø eller har nedsatt mobilitet anbefaler de balansetrening og styrketrening tre eller flere ganger i uken. Samtidig påpeker de at langvarig stillesitting bør unngås. Tiden man er stillesittende bør deles opp og minkes. Dette sier de på bakgrunn av at befolkningen i gjennomsnitt er i ro 60 prosent av tiden de er våken, og at de mener dette bør reduseres (Helsedirektoratet, 2014b).

Effekten eldre får av styrketrening er godt dokumentert (Krist, Dimeo & Keil, 2013). Men studier av denne sorten som tar for seg eldre med nedsatte fysiske funksjoner og eldre på sykehjem er underrepresentert påstår Krist, Dimeo og Keil (2013). De rekrutterte en gruppe sykehjemsbeboere med nedsatt mobilitet fra alderen 77-97 år, til en studie der de skulle undersøke effekten styrketrening hadde på mobilitet, muskelstyrke og livskvalitet. Ti deltakere fullførte det 8-ukers treningsprogrammet som innebar trening to ganger i uken. Resultatet var økt mobilitet og styrke. Treningsprogrammet hadde høy intensitet og styrken ble målt etter hvor tung vekt deltakerne klarte å løfte 8 ganger i øvelsen. Studien kunne derimot ikke bevise at livskvaliteten økte. Forskerne mente dette kunne skyldes det begrensede tidsrommet studien ble utført på og/eller at ikke alle deltakerne forstod spørsmålene riktig (Krist, Dimeo & Keil, 2013). Det finnes studier som kan vise en sammenheng mellom livskvalitet og ens styrke og mobilitet. En studie fra Japan viser at styrken i ryggmuskulene og ryggspyllens mobilitet kan gi en pekepinn på livskvaliteten hos middelaldrende og eldre menn (Imagama et al., 2011). Disse to studiene viser at økt muskelstyrke og mobilitet hos eldre sykehjemsbeboere muligens kan øke livskvaliteten.

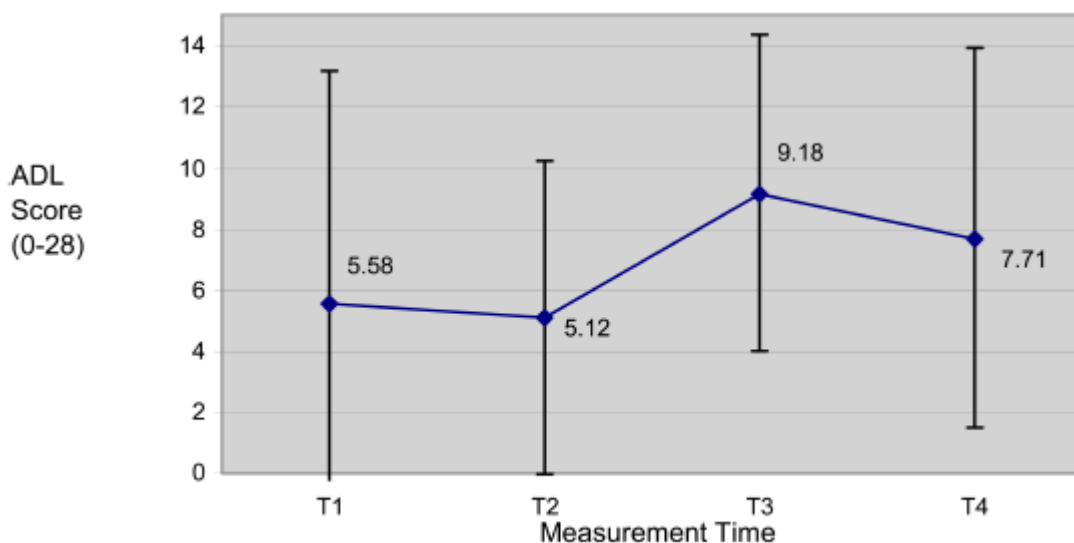
Telenius, Engedal og Bergland (2015) har forsket på effekten fysisk høyintensitetstrening har på den fysiske funksjonen og den psykiske helsa til sykehjemsbeboere med demens. Bakgrunnen for studien er at demens er den ledende årsaken til funksjonstap og funksjonshemming for eldre, men at forskning på hvordan fysisk aktivitet kan gange denne gruppen er mangelfull. I tillegg til å øke i styrke og balanse ble deltakerne i betydelig grad mindre apatiske. Forskerne trekker frem apati som et vanlig symptom ved demens. 90 prosent av deltakerne i studien hadde symptom på apati. For å kontrollere at reduksjonen i apati ikke bare skyldtes det å i det heletatt gjøre noe – men som et direkte resultat av den høye intensiteten i treningen, hadde de en kontrollgruppe. Kontrollgruppen gjorde lettere fysiske aktiviteter, leste, spilte spill, hørte på musikk og hadde samtaler. Begge gruppene ble gitt like mye oppmerksomhet. Men det var kun gruppen som trente tungt fysisk som ble mindre

apatiske. Kontrollgruppens nivå av apati var uendret (Telenius, Engedal & Bergland, 2015). Denne studien er av verdi for oppgaven, siden hele 81 prosent av norske sykehjemsbeboere har demens (Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2007).

### 3.4 Konsekvensen av innaktivitet hos eldre

Marshall og Berg (2010) tar i sin studie for seg hva som skjer med det fysiske funksjonsnivået til eldre institusjonsbeboere når fysisk trening opphører. For å kunne måle dette ble det arrangert to 12-ukersperioder med trening avbrutt av en opphørsperiode på 12 uker. De delte gruppen deltakere inn i to grupper – de som var regnet som eldre med høy fysisk funksjonsevne og de med lav fysisk funksjonsevne. De gjorde målinger på blant annet ferdigheter i dagliglivets aktiviteter (ADL). Målingene er illustrert på figuren under er fra de gruppen eldre med lavere funksjonsevne. Lav score indikerer mindre behov for bistand ved ADL. T1 viser resultatet av målingen før den første 12-ukers treningsperioden T2 etter 12 uker trening, T3 etter treningsopphør på 12 uker og T4 viser score etter siste treningsperiode på 12 uker.

Figur 1:



Note: Lower scores indicate better performance (less assistance required)

(Marshall & Berg, 2010, s. 258)

Resultatet fra målingene fra den gruppen eldre med lavest fysisk funksjonsevne viser at ADL-ferdighetene ble bedre etter den første treningsperioden sammenlignet med før treningen (T1 mot T2). Etter perioden uten trening ble ADL-ferdighetene redusert (T3) og målt til dårligere enn utgangspunktet (T1). Siste måling etter nye 12 uker med trening viser at de ikke gjenvant de tapte ADL-ferdighetene, og til og med scoret dårlig enn ved første måling (T1). Gruppen

eldre som var regnet for å ha bedre fysisk funksjon tangerte scoren fra etter den første perioden med trening. Studien demonstrerte at eldre med lav fysisk funksjonsevne bør trene kontinuerlig for å hindre forfall i funksjonsnivå. Denne studien er av god verdi i oppgaven fordi den viser hva de to andre nevnte treningsstudiene (Krist, Dimeo & Keil, 2013; Telenius, Engedal & Bergland, 2015) ikke viser – nemlig hva som skjer når treningen opphører.

Det er nær sammenheng mellom depresjon og somatisk sykdom, og tap av fysisk helse er den viktigste risikofaktoren når det gjelder depresjon i alderdommen (Engedal, 2003; Rosenvinge & Rosenvinge, 2003). En studie utført ved sykehuset i Vestfold fant at uheldig bruk av flere legemidler med sentralnervesystemdempende effekt samtidig økte risikoen for nedsatt håndgripsstyrke hos eldre akuttinnlagte over 75 år (Sykehuset Telemark, 2016).

Håndgripsstyrke ble regnet som en indikator på fysisk funksjonsevne og pleiebehov. Når flere av denne typen legemidler kombineres gis det økt risiko for bivirkninger som nedsatt muskelstyrke. I tillegg er eldre mer sårbare enn yngre for bivirkningene disse medisinene gir påpeker forskerne. Det ble i 2015 igangsatt et nytt forskningsprosjekt der de ønsket å inkludere flere eldre undersøkelsen. Prosjektet er pågående og inkluderer til sammen ca. 1800 geriatiske pasienter fra sykehus og sykehjem, der de skal se hvordan psykotropiske legemidler og sterke smertestillende påvirker håndgripsstyrken (Sykehuset Telemark, 2016). Denne studien er av verdi for oppgaven siden depresjon er mer utbredt blant eldre på sykehjem enn ellers i samfunnet (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003).

En annen indikator på den fysiske helsen til eldre på sykehjem, som gruppe, kan være å ha inkontinens for urin. En studie utført i USA så på sammenhengen mellom urininkontinens og den grad av livskvalitet sykehjemsbeboerne selv mente de hadde. De fant at beboere med inkontinens for urin rapporterte om lavere livskvalitet enn de uten. De områdene som i størst grad virket negativt inn på den totale målte livskvalitet var områdene verdighet, autonomi og stemningsleie (Xu & Kane, 2013). Dette stemmer overens med det Blaxter (gjengitt i Mæland, 2009) og Fugelli og Ingstad (2001) kom frem til, om at eldre verdsetter det å ha god fysisk funksjon i hverdagen.

### ***3.5 De nye eldre***

Det anses som av stor betydning for oppgaven at man gjør seg kjent med hva som kjennetegner den eldre befolkningen i dag, for å kunne drøfte problemstillingen på samfunnsnivå. Og skal man gjøre oppgaven dagsaktuell, er det ikke å komme utenom å nevne *eldrebølgen*. En artikkel i Samfunnsspeilet, et tidsskrift utgitt av Statistisk sentralbyrå (SSB),

diskuteres eldrebølgen på bakgrunn av statistiske data (Samfunnsspeilet/SSB, 2006). Der nevnes blant annet det de i artikkelen omtaler som *de nye eldre*. Som er en term brukt om de som i dag er 67 år eller eldre. Artikkelen viser til at det i 2005 var 67 prosent av de i denne aldersgruppen som responderte med at de hadde det de anså som god eller meget god helse. Til sammenligning er dette 57 prosent oppgang fra 20 år tidligere. De er mer mobile og mer aktive. Behovet denne gruppen eldre har for pleie- og omsorgstjenester har sunket. Denne nedgangen er mest markant for gruppen eldre i alderen 67-79 år. Levealderen har som følge av den økte helsen blant eldre økt. Gjensvarende forventede levealder har fra 1970-tallet økt fra 14 til 17 leveår for 65-åringene (Samfunnsspeilet/SSB, 2006).

Det er en del spenning knyttet til den plutselige andelen eldre som vil bli når de i barnekullene fra etterkrigstiden passerer 80 år fra 2025. I stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013) kommer det frem at regjeringen ser på den kommende eldregenerasjonen som en resurs. I tillegg til å være stor, vil den nye generasjonen eldre være bedre utdannet ha bedre helse, lengre levealder, bedre boforhold, bedre økonomi og større personlige ressurser enn tidligere generasjoner eldre. Vi har også de siste tiårene hatt en sterk vekst av andelen eldre over 80 år, uten at dette har ført til en vekst av eldre brukere av de kommunale omsorgstjenestene (Meld. St. 29, 2012-2013).

Folkehelse rapporten 2014 fra folkehelseinstituttet (2014) slår i sine hovedpunkter fast at økningen av antall eldre og økt levealder vil føre til at flere vil leve med kroniske sykdommer og kreft, færre vil dø av hjerte- og karsykdom og flere vil få demens. Forekomsten av beinbrudd i Norge er blant de høyeste i verden og 70 prosent av de som døde av følgene av beinbrudd i 2012 var over 80 år. Statiske analyser fra SSB (2013) forteller at det i løpet av de siste 30 årene har vært en reduksjon i andelen eldre som bor på alders- eller sykehjem og at beboerne har større omsorgsbehov enn før. Det er de eldre brukerne av sykehjem jeg er mest opptatt av i oppgaven, men jeg anser det som viktig å ha teori som sier noe om hele gruppen med eldre. Dette fordi jeg ser det som hensiktsmessig å kunne se problemstillingen fra et vidt samfunnsperspektiv.



## 4.0 Diskusjon

I teorikapittelet har det blitt trukket frem teori som kan belyse problemstillingen om at *det manglende tilbud til fysisk aktivitet og trening for eldre på norske sykehjem, svekker beboernes helse og livskvalitet*. På bakgrunn av den fremhentedede teorien skal jeg diskutere rundt problemstillingen. Ny teori vil bli trukket frem for å bygge opp under argumentene og for å belyse ulike saker ytterligere.

### 4.1 Eldres syn på fysisk aktivitet og trening

I teorikapittelet ble det trukket frem teori på hva de eldre legger i helsebegrepet, men i tillegg til å vite hva de eldre anser som god helse, tror jeg det er viktig å vite hvilket syn de har på fysisk aktivitet og trening – som Søren Kierkegaard sa; *for å hjelpe noen må jeg i sannhet forstå mer enn det den andre forstår, men først og fremst forstå det den andre forstår* (Kierkegaard, gjengitt i Lingås, 2008, s. 173). For jeg tror mange eldre har et annet syn på fysisk aktivitet og trening enn det mange yngre i dag har. En gruppe forskere utførte en studie der de undersøkte hvilket syn eldre mennesker i en landlig bygd i Canada hadde på fysiske fritidsaktiviteter (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007). De intervjuet flere av bygdas eldre innbyggere og analyserte funnene med et historisk perspektiv. Menneskene de intervjuet hadde levd fysisk krevende liv. Allerede fra de var barn deltok de i hardt fysisk arbeid med å framskaffe resurser for familien. De jobbet for å overleve ble det sagt. En av de intervjuede fortalte at de fra foreldrene fikk beskjed om at fritidsaktiviteter kunne gjøres på kveldstid etter at arbeidet for dagen var unnagjort. En annen av de intervjuede påpekte at de voksne helst så at man gjorde nytte av seg isteden. Etter hvert som de selv ble voksne, var det ikke lenger plass for fysiske fritidsaktiviteter. Det ble sett på som dårlig prioritering. Når de ble gamle og la fra seg arbeidet og fikk mer fritid, så de fremdeles på fysiske fritidsaktiviteter som lite verdifullt. Som pensjonister, så deltakerne det som viktig å holde seg aktiv gjennom å gjøre aktiviteter som de anså som produktive. Ett par, når spurt om hva de tenkte om fysisk trening og aktiviteter nå, svarte de at de var for gamle til å drive med slikt og at det var for sent å starte med det i den alderen og forfatningen de var i. En av deltakerne skilte seg resten ved at han holdt seg fysisk aktiv uten at aktiviteten hadde noen hensikt utenom det å holde ham i god fysisk form. Han fortalte at han oppfattet det som om de andre eldre i lokalsamfunnet syntes han var rar siden han drev med dette (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007).

Selv om denne studien hadde et lite utvalg deltakere fra en bygd i Canada, og dermed kan ikke funnene generalisere noe særlig, støtter den min antagelse om at mange av de eldste eldre har et annet syn på fysisk aktivitet og trening. Grunnen til at jeg sier de eldste eldre, er fordi

den nye generasjonen eldre aldri har vært ved bedre helse. Behovet eldre har for pleie- og omsorgstjenester har sunket, men mest i aldersgruppen 67-79 år, ikke like mye for de enda eldre (Samfunnsspeilet/SSB, 2006). Det kan være flere grunner til denne forskjellen. Den økte levealderen kan være en årsak, men det er ikke utenkelig at synet mange av de eldste har på trening og fysisk aktivitet kan medvirke. I perioden 1974-1994 utførte en gruppe forskere en studie der de undersøkte utviklingen i mengden kroppsarbeid i Norge hos 40-42-åringer (Graff-Iversen, Skurtveit, Nybø & Ross, 2001). De tidligste deltakerne som ble regnet med i denne studien ville i dag vært 82-84 år. De fant ut at kroppsarbeid ble betydelig redusert blant 40-42-åringer i perioden 1974-1994. Fra at annenhver mann drev moderat til tungt kroppsarbeid i 1970-årene sank det til 35-40 prosent i 1990-årene. Resultatet fra studien viste også en invers sammenheng mellom hard fysisk aktivitet i fritiden og kroppsarbeid. Denne nedgående trenden for fysisk krevende yrker har pågått lengre enn studien viser. Forskerne referer til SSB (1994) som viser at andelen menn over 15 år sysselsatt i jordbruket gikk ned fra 44,2 prosent i 1875 til 18,5 prosent i 1950, og ned til 2,9 prosent i 1990<sup>1</sup> (Graff-Iversen, Skurtveit, Nybø & Ross, 2001).

På bakgrunn av disse to studiene, den norske (Graff-Iversen, Skurtveit, Nybø & Ross, 2001) og den canadiske (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007) og statistikk fra SSB (1994), kan man se at andelen kroppsarbeid har sunket fra slutten av 1800-tallet og fram til 1990-tallet og at det kan tyde på at hardt fysisk arbeid virker undertrykkende på fysisk aktivitet på fritiden. Den canadiske studien viser at denne marginaliseringen av fysiske fritidsaktiviteter er noe man kan bli med inn i pensjonert alder. Slik at eldre som har hatt fysisk anstrengende og tidkrevende arbeid i ung og voksen alder driver mindre med fysiske fritidsaktiviteter. Denne mulige sammenhengen kan også hjelpe oss til å forstå hvorfor vi nå har en fremvekst eldre med bedre helse før. Og at det ikke bare behøver å skyldes bedrede helsetjenester og levekår.

#### ***4.2 Motivasjons til trening***

Begrepet motivasjon brukes om de samlede drivkreftene som setter i gang og gir retning til handling (Nordmann, Sandvin & Thommesen, 2013). Skal man hjelpe eldre med trening, er det en fordel om man vet hva som kan motivere den enkelte til å jobbe for bedre helse, slik at man bedre kan bidra til å skape motivasjon. Synet den eldre har på fysisk aktivitet og helse kan være av betydning, slik jeg var inne på med sitatet fra Kierkegaard (Kierkegaard, gjengitt i Lingås, 2008). Er den eldre av den oppfatning at det er for sent å trene for helsen, slik de

---

<sup>1</sup> Tallene er hentet fra tabell 9.1 (SSB, 1994)

intervjuede i den canadiske studien tenkte (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007) eller er den vel vitende om helseeffektene men har bare ikke blitt gitt muligheten eller rett og slett ikke har tenkt tanken eller hatt motivasjon til det tidligere. En følelse av autonomi er viktig for motivasjonen (Witcher, Holt, Spence & Cousins, 2007). Man må altså føle at det er man selv som gjør valgene og vite hva man jobber mot.

Studier om folks forståelse av helsebegrepet viser at for mange eldre innebærer det å ha god helse å ha god nok funksjon til å kunne gjennomføre de daglige gjøremål uten hemninger (Blaxter gjengitt i Mæland, 2009; Fugelli & Ingstad, 2001). Dermed kan bedret funksjon eller lengre opprettholdelse av funksjon være motivasjon for å trene. Som helsepersonell vil det i denne sammenhengen være hensiktsmessig å ha et *salutogenesisk* perspektiv.

Sykehjemsbeboere har ofte mange og sammensatte helseutfordringer, og som Granbo og Helbostad (2006) påpeker, har man lett for å fokusere mer på problemene enn på ressursene hos individet. Dette fokuset påvirker også brukeren. Stadig fokus på sykdommen eller funksjonsnedsettelsen kan gjøre at man til slutt ikke ser sine egne ressurser og evner til oppnå noe (Granbo & Helbostad, 2006). Etter teorien om salutogenese skal mulighetene individet har til å fremme og opprettholde god helse og velvære være i fokus (Antonovsky, 1996). Denne måten å jobbe på vil forhåpentligvis skape motivasjon hos brukeren ved at den ser at den selv har ressurser.

Antonovskys (1996) teori på opplevelsen av sammenheng (OAS) er i denne sammenhengen nyttig. Denne teorien bygger på hans salutogene teori. Graden av OAS den enkelte har, bestemmes ut ifra tre faktorer; troen og motivasjonen man har til å takle de utfordringer man møter i livet (*meaningfulness*), troen på at man forstår disse utfordringene (*comprehensibility*) og troen på at man har de resursene, både indre og ytre, som skal til å kunne møte og takle disse utfordringene (*manageability*) (Antonovskys, 1996). I sammenheng med å hjelpe eldre med styrketrening kan benyttelse av denne teorien innebære å sette tilfredsstillende og ønskelige mål, sammen med den eldre, som virker oppnåelige og innen rekkevidde, og at den eldre er klar hva det innebærer og kreves for å kunne oppnå målet og at man har troen på at man har det som kreves. Høy grad av OAS i forhold til treningen vil gi høy motivasjon. Tror man for eksempel ikke at målet er oppnåelig kan motivasjonen være lav. Man kan likevel ha forstått utfordringen og hva det innebærer men har ikke troen på at det er oppnåelig. Dermed er det viktig å sette oppnåelige mål. Det kan også være det at man ikke helt har forstått hvordan treningen til slutt kan føre til målet. At man ikke ser hva treningsøvelsene skal være godt for. Det som slår meg med denne teorien er at det kan være

en utfordring å få eldre med demens med på trening siden de blant annet sliter med å huske. Men Telenius, Engedal og Bergland (2015) kunne med sin studie, der de forsket med eldre med demens, demonstrere at eldre med mild til moderat grad av demens klarte å holde motivasjonen oppe under lengre perioder med trening.

Eksempel på eldre med høy grad av OAS, og dermed høy motivasjon, til tross for høy alder og ulike funksjonsnedsettelse og plager, er damene i studien til Bergland og Slettebø (2014). Forskerne intervjuet eldre hjemmeboende damer over 90 år. De ville fra et salutogenetisk perspektiv, se på hva som gjorde at de fortsatt kunne bo hjemme i slik en høy alder. I forhold til motivasjon hadde disse damene en høy stå-på-vilje, og sa at det ikke var noe poeng i å tenke at noe hadde vært fordelaktig å gjøre, uten å faktisk gjøre en innsats for å få det gjort. Eldre har ikke vondt av å slite seg ut, spesielt ikke hvis det utretter noe, sa de. De ville ikke tenke på seg selv som skrøpelige mennesker som bare krevde av andre uten å selv yte sitt beste. De mottok ulike grad av bistand som muliggjorde det å bo hjemme, men de ville klare så mye som mulig på egen hånd. En av de trakk frem at det gav henne følelsen av autonomi og det å være kompetent, noe som hun anså som viktig for helsen. Det var også viktig for deres OAS å akseptere at de måtte ha hjelp til enkelte ting og se positivt på det. Det frigjør energi til å gjøre de tingene i livet som er viktig, var det ei som sa (Bergland & Slettebø, 2014). Det man kan lære av denne studien og ta med seg i arbeidet med eldre sykehjemsbeboere, er viktigheten av å fokusere på det den enkelte selv kan gjøre for sin helse. Det andre eldre pleietrengende kan lære av disse damene er å akseptere det faktum at man må ha hjelp til det man ikke klarer selv og bli tilfreds med det, og at man skal være fornøyd med seg selv så lenge man prøver sitt beste. Som helse- og omsorgsarbeider er det dette synet jeg håper de brukerne jeg jobber for har. Det er derfor viktig at man som helse- og omsorgsarbeider legger til rette for at dette synet kan gro frem, gjennom at vi selv har en salutogen tilnærming og i det hele tatt positiv innstillingen ovenfor brukerne vi yter tjenester til.

En viktig motivasjon kan være effekten treningen gir. Det er vist at styrketrening med høy intensitet øker styrke og mobilitet hos eldre effektivt (Krist, Dimeo, & Keil, 2013). Men i motsetning til mye annen fysisk aktivitet der fokuset er på opplevelsen av selve aktiviteten slik som lek, spill, naturopplevelsen eller lignende, der økt helse er mer et underliggende motiv eller en heldig bieffekt, er motivasjonen for styrketrening i hovedsak effekten treningen kan ha på forhold utenfor treningsrommet. For å bli motivert til styrketrening må man kunne se dette som motivasjon. Mål med treningen og de mulige helsefordelene den kan gi er viktige

motivasjonsfaktorer (Johannessen, 2014). Motivasjonen kan f.eks. være økt ADL-funksjon. Dette kan også spisses ned til konkrete målsettinger. For eksempel kan det være et mål for noen å uanstrengt skjenke kaffe selv, eller komme seg ut av sengen og opp i rullatoren på egen hånd. Om dette er utfordringer vedkommende sannsynligvis kan overkomme med trening. For å finne ut hva man skal fokusere på blant de mange utfordringer hverdagen kan by på for en pleietrengende, og vite hvordan man skal adressere disse utfordringene, kan det være fornuftig å benytte seg av en *arbeidsmodell*. En arbeidsmodell kan være til hjelp når man skal systematisere og kvalitetssikre et arbeid, siden den som redskap kan gi oversikt over delprosessene i et systematisk arbeid (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015).

Vernepleierprofesjonen har utviklet en individorientert arbeidsmodell (FO, 2008). Den har fått navnet den vernepleierfaglige arbeidsmodell (figur 2) og består av en behovskartlegging, målvalg, arbeid med å finne tiltak, og til slutt når mål og tiltak er gjennomført, evalueres hele prosessen og måloppnåelsen før man eventuelt går på med en ny behovskartlegging. Underveis i hele denne prosessen skal det samarbeides med brukeren og man skal sørge for at alt er etisk, omsorgspolitisk og juridisk riktig (FO, 2008).

Figur 2:



(FO, 2008, s. 14)

For å gå dypere inn på hvordan styrketrening kan føre til at man når målet om å uanstrengt skjenke kaffen selv, må vi se på hva som kan gjøre dette vanskelig for noen eldre. En faktor som kan spille inn er styrken til vedkommende. Dette er selvfølgelig; er kaffekannen tung

vil det å bli sterkere gjøre det lettere å løfte kaffekannen. En annen faktor som spiller inn, er i hvor stor grad det oppstår uregelmessigheter i kraften som leveres under muskelkontraksjon (Enoka et al., 2003). For når en utfører en jevn kontraksjon med en hånd, arm eller beinmuskler er ikke kraften konstant, men svingende. Hvor store disse svingningene er avhenger av alder, muskelgruppen i bruk og type kontraksjon. Enoka et al., (2003) viser til funn som indikerer at kraftsvingningene ved muskelkontraksjon øker med alderen. Noe som kan føre til skjelvinger og ubalanse når man utfører visse oppgaver. Disse svingningene i kraft er mest uttalt ved kraftuttak nært opp mot maksimal styrke. Dermed vil økt styrke i seg selv heve terskelen for når det vil oppstå uttalt skjelving. Forskerne viser i tillegg til at effekten av styrketrening minker variasjonen i kraftsvingninger hos eldre under nær maksimal belastning (Enoka et al., 2003). Ved økt styrke gjennom styrketrening vil kaffekannen bli lettere å løfte og skjelvingene vil minke. Man kan tenke seg at for noen med denne utfordringen vil det å endelig kunne utføre denne handlingen uanstrengt, etter kanskje flere år der denne handlingen har blitt stadig mer utfordrende, gi en formidabel mestringsfølelse. Det er ikke utenkelig at det til og med kan heve livskvaliteten, siden fysisk funksjon og livskvalitet henger sammen (Imagama et al., 2011; Xu & Kane, 2013) og eldre anser god funksjon i det daglige som å ha god helse (Blaxter gjengitt i Mæland, 2009; Fugelli & Ingstad, 2001).

#### ***4.3 Endret brukergruppe krever endringer i tilbudet***

Det folkehelse rapporten 2014 fra folkehelseinstituttet (2014) rapporterer om, innebærer at brukergruppen for helse- og omsorgstjenester for eldre har endret seg betraktelig. Som følge av økt levealder og økende andel eldre, nå og fremover, vil flere leve med kroniske sykdommer og tilstander enn tidligere. På grunn av økt fokus på hjemmebasert omsorg er det nå kun de mest pleietrengende som bor på sykehjem, kommer det frem av SSB (2013) sine analyser i sin publikasjon *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Sykehjemsbeboere har dårligere helse og større omsorgsbehov enn tidligere. Dette er beboere som krever oppfølging i mange av de dagligdagse gjøremål. Siden sykehjemsbeboere som gruppe har endret seg, må man se på hvordan tilbudet deres kan endres (SSB, 2013). Men som Granbo og Helbostad (2006) er inne på i sin kronikk, er tjenestene er presset.

I kronikken (Granbo & Helbostad, 2006) argumenteres det for at behovet for bevegelse også er et grunnleggende behov eldre på sykehjem trenger å få ivaretatt, i likhet med behovet for pleie og omsorg. Kronikkforfatterne sitt inntrykk er at behovet beboerne har for stell, hygiene og ernæring i hovedsak er det resursene blir brukt til. Ivaretagelse av beboernes egenomsorg blir gitt oppmerksomhet bare når det er tid til overs etter at behov for stell, hygiene og

ernæring er dekket (Granbo & Helbostad, 2006). Granbo og Helbostad sin oppfatning støttes av NRK (2012). For om vi skal tro funnene fra NRK sin undersøkelse, presentert i artikkelen *Tvangsmedisineres og dør alene*, opplever mange sykehjemsansatte at det ofte blir knapt med tid og at dette går på bekostning av tilbudet til beboerne. Mange opplever at de ikke rekker over alle arbeidsoppgavene. Funnene er fra en spørreundersøkelse NRK utførte i samarbeid med Fagforbundet helse- og sosial. Av de 1474 sykehjemsansatte hjelpepleierne og sykepleierne som svarte på undersøkelsen var det kun 14,4 prosent som mente de hadde nok tid til å utføre alle pålagte arbeidsoppgaver i løpet av en arbeidsdag. Når spurt om hvilke oppgaver de velger å prioritere bort når tiden ikke strekker til, svarte 86,3 prosent at aktiviteter og utflukter ble prioritert bort (NRK, 2012). Denne prioriteringen er for meg ikke overraskende. For om man ser på Maslows behovspyramide (Maslow gjengitt i Håkonsen, 2009, s. 90-91), der menneskets behov er billedlig arrangert i et pyramideformet hierarki, må de mer grunnleggende behovene dekket før de behovene lengre opp i pyramiden blir fremtredende. Nederst i pyramiden er de helt grunnleggende fysiologiske behovene, deretter trygghetsbehov, så sosiale behov, behovet for anerkjennelse og respekt, og helt på toppen står behovet for selvrealisering. Som mennesker vil vi strebe etter å nå lengst mulig opp på pyramiden mener Håkonsen (2009), men for å nå dit må man miljøet tillate dette. Granbo og Helbostad (2006) kommer med et viktig poeng når de i kronikken peker på at når man jobber med skrøpelige eldre er det (...) *lett å fokusere mer på problemer enn på ressurser. Jo lengre den gamle har vært i institusjon, desto vanskeligere kan det være å få øye på personens egne interesser, ønsker og behov.* Man kan si det slik at vi må ikke la personligheten til sykehjemsbeboerne forsvinne og bli glemt. Håkonsen (2009) sier at et grunnleggende motiv for all menneskelig adferd er å ivareta sitt selv. Som ansatt på sykehjem er det vi som er med på å skape miljøet rundt beboerne. Så det er vi som må tilrettelegge og støtte opp slik at selvet til beboerne kan blomstre. Men det kan være utfordrende om man er presset på tid.

Det ble i en innstilling i nasjonalbudsjettet 2016 lagt frem forslag om å opprette en ny tilskuddsordning med mål om å kunne tilby alle beboere på sykehjem én times aktivitet hver dag, tilpasset den enkeltes funksjonsnivå (finanskomiteen, 2015). Forslaget<sup>2</sup> ble nedstemt (Holder de ord, 2016). Fordelen med en slik ordning ville vært at de eldre sykehjemsbeboerne var sikret et viss aktivtetsnivå. De nasjonale anbefalingene fra Helsedirektoratet (2014b) sier grovt sett at alle eldre over 65 år bør ha minst 30 minutter med moderat fysisk aktivitet hver dag eller 20 minutter ved høyere intensitet der en blir mer andpusten og at styrketrening er

---

<sup>2</sup> Forslag nr. 15 i Innst. 2 S (2015-2016)

viktig. Inntrykket jeg har fra den fremhentedede litteraturen som omtaler aktivtetsnivået for eldre på sykehjem, er at mange beboerne ikke gis tilstrekkelig mulighet til å kunne etterkomme disse anbefalingene. Helsedirektoratet (2014a) begrunner de nasjonale anbefalingene med at fysisk aktivitet blant annet bidrar til å redusere risikoen for utvikling av diabetes type 2., beinskjørhet, tykktarm- og brystkreft, redusert antall fall og brudd, bedring av ulike kognitive funksjoner og reduksjon av depressive symptomer. Videre presiseres det at det ikke nødvendigvis er alle som kan følge alle punktene i anbefalingene, men at alle anbefales å være så aktive som evne og helsetilstand tillater (Helsedirektoratet, 2014a).

Eldre kan få god progresjon i styrke og mobilitet med styrketrening (Krist, Dimeo, & Keil, 2013). Noe som igjen øker deres ADL-ferdigheter, og at det er viktig at denne styrketreningen foregår kontinuerlig uten lange oppholdsperioder om drastisk fall i funksjon skal forhindres (Marshall & Berg, 2010). Eldre definerer god helse som å ha god funksjon i det daglige (Blaxter gjengitt i Mæland, 2009; Fugelli & Ingstad, 2001) noe som gjenspeiles i funnene fra forskning som undersøker sammenhengen mellom fysisk funksjon og livskvalitet (Imagama et al., 2011; Xu & Kane, 2013). Tap av fysisk helse er den største risikofaktoren når det gjelder utvikling av depresjon blant eldre (Engedal, 2003). Studiene viser at trening av høy intensitet øker styrke og mobilitet hos eldre noe som igjen øker livskvaliteten. Men det er også bevist en mer direkte sammenheng mellom høyintensitetstrening og psykisk helse; Telenius, Engedal og Bergland (2015) viste at høyintensitetstrening gir mindre apati hos sykehjemsbeboere med demens. Kontrollgruppen i undersøkelsen drev med annen aktivitet slik som håndarbeid og diverse lettere fysiske aktiviteter i sosialt samvær, uten at dette minket apatien. Dette er interessante funn som taler for at alle, i alle fall alle med demens, på sykehjem burde fått regelmessig tilbud om trening av høy intensitet, ikke bare enkelte. Men jeg tror ikke at annen aktivitet ikke virker mot apati, det beviser ikke studien. Det kan tenkes at aktiviseringen fra forskerteamet ble istedenfor for eller i tillegg til annen aktivitet i regi av dem selv eller sykehusets ansatte. Studien viser at høyintensitetstrening kan virke mot apati for sykehjemsbeboere med demens (Telenius, Engedal & Bergland, 2015). Ikke at andre tiltak er fånyttede, men at det kanskje er begrenset hva aktiviteter som ikke er fysisk krevende kan gjøre mot apati, slik at man bør substituere med fysisk trening. En lignende studie utført i Sverige av Boström et al. (2015) undersøkte effekten høyintensitetstrening hadde på depresjon hos eldre sykehjemsbeboere med demens. Kontrollgruppen i undersøkelsen gjorde i likhet med den norske studien til Telenius, Engedal og Bergland (2015) andre sosiale aktiviteter som ikke var fysisk krevende. Den svenske studien kunne i motsetning til den norske studien



ikke bevise at høyintensitetstrening i dette tilfellet var mer effektivt enn annen sosial aktivitet. Forskerne spekulerte i om dette kunne komme av at progresjonen deltakerne fikk av treningen ikke var tilstrekkelig for å kunne gi utslag i bedre ADL-ferdigheter, uten at dette ble målt i studien til Boström et al. (2015). Det kan også være det at apati som et symptom på demens er mer stabilt enn depressive symptomer, siden demens er en progredierende sykdom (NEL, 2016) mens depresjon kan vare i perioder (Aarre, 2012). De som var tyngst deprimert ble bedre, mens de som var minst deprimerte ble faktisk mer deprimert (Boström et al., 2015). Det de målte her kunne vært et vanlig sykdomsforløpet med naturlige svingninger. Kan det være at trening er mer effektivt enn sosialt samvær mot apati, men ikke mot depresjon hos eldre med demens? Jeg tror ikke man kan trekke den konklusjonen. Det kan ha vært ulikheter i gruppene de brukte. Jeg antydet tidligere at kanskje aktivitetene for deltakerne kontrollgruppen i den norske studien kanskje ble istedenfor annen aktivitet i regi av sykehuset eller at de allerede var godt sosialt stimulert, men dette behøver ikke å være tilfelle for den svenske studien. Dette blir ren spekulasjon, men siden studiene gav motstridende resultat i forhold til hvordan trening kan virke på den psykiske helsa sammenlignet med annen sosial aktivitet, kan det hende det behøves mer forskning på området før man kan si noe mer sikkert. En ny studie kunne inkludert en tredje gruppe som hadde utgjort kontrollgruppen. En der deltakerne ikke ble gitt spesiell oppfølging i regi av forskerne.

Det er høyere forekomst av depresjon blant eldre på sykehjem og sykehus enn i resten av den eldre befolkningen (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003). Siden eldre er mer utsatte for bivirkningene medisiner gir (Wyller, 2012), ønsket en gruppe forskere å undersøke om uheldig bruk av flere legemidler med sentralstimulerende effekt samtidig, øker risikoen for nedsatt håndgripsstyrke hos eldre. Funnene deres kunne tyde på at det var en sammenheng. Dette var mer en pilotstudie og nå jobber de med en mer omfattende studie (Sykehuset Telemark, 2016). Om det skulle bevises en direkte sammenheng ville dette vært uheldig. I verste fall kan vi se for oss et tilfelle der man kommer inn i en ond sirkel; man opplever tap av kroppslig funksjon og blir som følge av dette deprimert og tar medisiner som bidrar til å svekke ens kroppslige funksjoner ytterligere. Styrketrening ville kunne motvirke dette tapet. Kanskje må legene bli flinkere til å gi ut «resepter» på fysisk aktivitet og trening?

#### ***4.4 Mye forsømt potensiale blant sykehjemsbeboere***

I en rapport fra Helsedirektoratet (2014c) med undersøkelse om behov og tilbud innen rehabilitering og habilitering, kommer det frem at kapasitetsmangel i kommunene fører til at brukerne får lavere intensitet i tilbudet sitt enn hva de har behov for. Tall fra SSB, gjengitt i

en rapport fra Kommunesektorens interesse og arbeidsgiverorganisasjon (KS, 2012), viser at sykehjemsbeboere i Norge i gjennomsnitt får 0,32 timer fysioterapi i uken. Tallene er sendt inn fra 423 kommuner. Oslo fylke hadde flest fysioterapitimer per beoer i snitt med 0,52 timer. I 15 kommuner det ingen fysioterapitimer per uke. Disse timene inkluderer også tid til journalføring, telefontid mm. (SSB, 2012). I en artikkel i NRK (2013) uttaler Svindal, avdelingssjef for fysio- og ergoterapi i Skedsmo kommune, som er en av de kommunene med minst timeantall, at fysioterapitilbudet har svært knapt med økonomiske ressurser og er nødt til å prioritere beinhardt. På de fire sykehjemmene med heltidsplasser kommunen har, kan de stort sett bare tilby fysioterapi ved akutte skader, slik som brudd osv., og ikke eksisterer det noen for trening eller aktiviteter i regi fysioterapitilbudet i kommunen.

Med lavt antall fysioterapitimer er det forventet av pleie- og omsorgsarbeiderne ved sykehjemmene skal ta resten av behandlingen (Helsedirektoratet, 2014c). Men som Granbo og Helbostad (2006) og NRK (2012) antyder blir fysisk aktivitet nedprioritert av pleie- og omsorgsarbeiderne ved sykehjemmene på grunn av ressursmangel. Det kommer også frem av rapporten fra Helsedirektoratet (2014c) at flere kommuner ønsker gruppetilbud av forebyggende karakter, men på grunn av manglende kapasitet blir det utfordrende å prioritere forebyggende arbeid når behandling krever det meste av ressursene.

Bare det at det eksisterer studier som viser progresjonen eldre kan ha med trening og hvordan det øker ADL-ferdigheter (Marshall & Berg, 2010) og minker apati hos de med demens (Telenius, Engedal & Bergland, 2015) viser at mange eldre på sykehjem har stort potensiale om det bare dyrkes. Potensiale som ville vært utnyttet hadde det ikke vært for at forskerne arrangerte trening for disse eldre. Hadde disse sykehjemsbeboerne i studiene fått tilstrekkelig med treningsstimuli fra kommunen sin side, er det nærliggende å tro at forskerne ikke kunne fått påvist noe særlig progresjon med treningsopplegget de arrangerte, da deres potensiale allerede hadde vært godt dyrket. Treningsopplegget forskerne arrangerte varte bare over noen uker, og kunne på denne forholdsvis knappe tiden vise til nevneverdig progresjon. Det at slik progresjon er mulig, kan tyde på at de fra før av ikke hadde noe særlig med trening. Studiene viser at mer styrke og mobilitet raskt kan fremhentes med dedikert trening. Man kan med dette si at sykehjemsbeboere har mye ubrukt og dermed forsømt potensiale.

#### ***4.5 Må alle trene, alltid?***

Jeg har til nå fokusert på effekten av fysisk trening og motivasjonsfaktorer i forhold til dette. Men det er ikke sikkert det er alle som ønsker å drive med fysisk trening. Man kan tenke seg

at ikke alle kan bli motivert til det og kanskje ikke har behov for det. Angående trening så er det individets forutsetninger og utgangspunkt som bestemmer hvilket aktivitetsnivå som for den enkelte gir treningseffekt. For noen kan det å ha gruppetrening der man gjør øvelser som slik som å kaste ball og reise seg opp og ned fra en stol tilstrekkelig med trening og bidra til å opprettholde et funksjonsnivå som er godt nok til å kunne fungere i hverdagen. Mens andre vil ha mer igjen for å trene styrken med større belastning. Nå er jo eldre langtidsbeboere på sykehjem i dårligere fysisk forfatning enn noen gang tidligere (SSB, 2013), så jeg tror man bør se realistisk på hva man kan utrette med trening. Man kan se for seg at funksjonsnivået blant beboerne på et sykehjem strekker seg fra alt fra det å stort sett være sengeliggende til å være å fin fysisk form og ha god funksjon, men ikke kunne ivareta seg selv på grunn av en eller annen kognitiv svikt.

For å forstå hvorfor man blir svekket og dermed hardere rammet ved sykdom og skade i høy alder, må vi forstå hvordan kroppen aldres. Aldringsprosessen tærer på organenes reservekapasitet, derfor kan tap av funksjon skje drastisk i høy alder når kroppens organer blir utsatt for stress (Wyller, 2012). Fra mennesket er ferdig utviklet i starten av tyveårene starter aldringsprosessen allerede å tære på reservekapasiteten til organene. Den rådende teorien på hvordan forfallet foregår er at det skjer en opphopning av feil i molekylerne som til slutt fører til celledød og dermed tærer på reservekapasiteten. Begrepet reservekapasitet kan også brukes om beinmuskulatur og skjelett. Med alderen skjer det også endringer i immunforsvaret og prosesser som er involvert i betennelsesreaksjoner som svekker kroppens forsvar. På grunn av svekket immunforsvar og mindre reservekapasitet vil eldre bli hardere rammet av sykdom og skade. For eksempel er det med denne svekkelsen større sjanse for at det oppstår videre komplikasjoner og utvikling i sykdomstilstand enn hos et ungt frisk individ (Wyller, 2012). Man kan tenke seg at en enkel forkjølelse kan lettere utvikle seg til lungebetennelse og ett beinbrudd kan gjøre en eldre som allerede er svekket helt immobil i motsetning til andre igjen som kunne gått med krykker. Det er beregnet at for hvert døgn en eldre er helt sengeliggende, kan en tape opptil 1.5 % muskelmasse, og at det vil kreve opp mot to ukers rehabilitering for å gjenvinne det opprinnelige funksjonsnivået, per døgn en er sengeliggende (Wyller, 2012). Det vil for mange da kanskje ikke være realistisk å kunne gjenvinne det tapte funksjonsnivået. For som figur 1 viser kan bare et lite treningsopphold sette noen langt tilbake (Marshall & Berg, 2010). Beinbrudd kan dermed være det som permanent tar personen fra å være gangfør til å være fullstendig avhengige av andre for mobilitet. Halvparten av de som kunne gå selv før et hoftelddsbrudd mister denne ferdigheten (Osnes, gjengitt i Sørbye & Vetvik, 2009, s. 51).

Reservekapasitet i form av sterkere muskler og skjelett kan man oppnå ved trening. Likevel det kan tenkes at forfall i en del tilfeller er unngåelig eller uforutsett. Om noen synes de har god nok funksjon og ikke har interesse av å trene, kan det å trene for å kanskje kunne dra nytte av det i form av større reservekapasitet i tilfelle en uventet skade eller sykdom skulle inntreffe, virke som en tynn argumentasjon for trening for den enkelte. For mange, og kanskje de fleste, tror jeg nok det holder å være i alminnelig fysisk aktivitet gjennom å gjøre ting som interesserer. Men dessverre tror jeg det er mange eldre på sykehjem som i stor grad er avhengige av personalet for å drive fysiske aktiviteter. Sykehjemsbeboerne kjennetegnes jo ved å ha stort bistandsbehov (SSB, 2013), men mange ansatte opplever å ha for lite tid til beboerne (Granbo & Helbostad, 2006; NRK, 2012). Og siden det er vist at styrketrening med høy intensitet er mest effektivt i å styrke eldre sykehjemsbeboere (Krist, Dimeo, & Keil, 2013), er det det som gir best avkastning om økt styrke og mobilitet er målet og tiden knapp. Økt styrke og mobilitet kan jo gjøre det lettere å gjøre fysiske aktiviteter på egen hånd, da det er vist at det øker ADL-ferdighetene (Marshall & Berg, 2010).

Det er viktig at det man er motivert til å trene en ferdighet. I min yrkespraksis med eldre, jobbet jeg med en person med Parkinsons sykdom. Det er en kroniske progredierende nevrologiske sykdom som kan medføre tap av gangfunksjon. Trening er anbefalt og vil kunne bremse sykdomsutviklingen (Direktoratet for e-helse, 2014). Denne personen hadde hatt Parkinsons sykdom over flere år, hvorpå sykdommen var nær å frata vedkommende sin gangfunksjonen. Vedkommende utrykte å være lei av den daglige treningen, som har til mål å opprettholde gangfunksjonen. Ved daværende tidspunkt benytte vedkommende gåbord, som er en innretning med jul og underarmsstøtte man støtter seg til mens man går. Hver dag gikk denne personen med gåbordet, med bistand fra personalet, fra leiligheten og bort til den felles stuen for beboerne på bo- og velferdssenteret for middag. Dette var en meget strabasiøs og krevende tur, og vedkommende klarte stadig færre steg før resten av strekningen måtte tas i rullestol. Vedkommende var ikke lenger så motivert for dette. Det kunne ofte virke som om han gjorde det mest på grunn av forventningene fra personalet. Gangfunksjonen til denne personen bidro ikke til mere autonomi og frihet i hverdagen. Det var realistisk å tenke at gangfunksjonen før eller siden ville gå tapt uansett. En må i samråd med brukeren finne ut når det i slike tilfeller er riktig tidspunkt å avslutte gangtreningen og om andre alternativer til forflytning kunne vært aktuelle. Nå jobbet jeg bare med denne brukeren i en relativt kort periode, men i ettertid har jeg tenkt en del på situasjonen til denne brukeren og om noe kunne vært gjort annerledes.

Når vi er inne på geriatri, som er det vitenskapelige feltet som tar for seg sykdom og skade i relasjon til alderdom, er det relevant å bringe opp palliasjon, som er pleie, omsorg og behandling mot livets slutt (Wyller, 2012). Dette representerer det stadiet i pleie- og omsorgen hvor man vet at livet til brukeren går mot slutten og man ønsker å legge til rette for at brukeren skal få det best mulig den siste tiden ved å for eksempel lindre smerter og kutte all livsforlengende medisiner og behandling. I slike tilfeller kan trening og fysioterapi være unødvendig og kanskje oppleves som mas og plag for brukeren.

Det er kanskje ikke alle som er interessert eller motivert til å drive med trening. Det skal man ha forståelse for. Men alle burde få muligheten til det og bli introdusert til ulike aktiviteter. Som nevnt er det ikke alle eldre som har noe særlig forhold til fysiske fritidsaktiviteter, og når det kommer til eldre med demens er det mange av de som av følge av apatien blir sedative og derfor kan man tenke seg at de kanskje behøver ekstra motivasjon. Mange ønsker kanskje å drive med aktiviteter på egne hånd også, men behøver av praktiske årsaker oppfølging, tilpasning eller hjelp til å komme i gang. Men som Granbo og Helbostad (2006) påpeker er det mange som kan ha glemt sine ressurser og tidligere interesser. Det er synd om personalet ikke kan prioriterer slik at det legges best mulig til rette for at beboerne kan holde disse ved like.

## 5.0 Avslutning

Dagens eldre nordmenn er generelt ved bedre helse nå enn noen gang tidligere. De lever lenger og fører en sundere livsstil (Meld. St. 29, 2012-2013). Det har også vært en reduksjon i andelen eldre som bor på sykehjem de siste 30 årene, men beboerne har større omsorgsbehov og er mindre selvstendige i daglige gjøremål enn tidligere (SSB, 2013). Fysisk trening har vist seg å øke denne selvstendigheten (Marshall & Berg, 2010). Eldre beskriver typisk det å ha god helse, som å ha god funksjon i det daglige (Blaxter gjengitt i Mæland, 2009; Fugelli & Ingstad, 2001). Eldre sin styrke og mobilitet kan gi en pekepinn på livskvaliteten (Imagama et al., 2011). Når man linker forskningen slik, blir det tydelig hvor stor nytte denne gruppen kan ha av fysisk trening for økt helse og livskvalitet. Selv for eldre med særlig nedsatte fysiske funksjoner kan styrketrening med høy intensitet være effektivt (Krist, Dimeo & Keil, 2013).

I en ideell eldreomsorg ville alle eldre sykehjemsbeboere fått tilbud om fysisk trening og aktivitet av høy intensitet flere ganger i uken. Om vi tar utgangspunkt i de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet for de over 65 år fra Helsedirektoratet (2014) og ser på dette som idealet, bør man være i aktivitet minst 150 minutter hver dag eller 75 minutter ved høyere intensitet, og er man ustø eller har nedsatt mobilitet, som for øvrig kan gjelde mange av sykehjemsbeboerne (SSB, 2013), bør man trene styrke og balanse tre eller flere ganger i uken. I tillegg bør tiden man sitter i ro reduseres og stykkes opp av avbrekk med lett aktivitet (Helsedirektoratet, 2014). Men dessverre er det mye som tyder på at de eldre ikke får tilstrekkelig med fysisk aktivitet og trening; sykehjemsansatte klager på at de har for lite tid til beboerne og må ofte prioritere bort aktivisering og utflukter (NRK, 2012) siden det svært sjelden er tid til overs etter at behovet for stell, hygiene og ernæring er dekket (Granbo & Helbostad, 2006). De får heller ikke nok fysioterapitimer (Helsedirektoratet, 2014c; NRK, 2013). Dette må kunne føre til at mange er ved mye dårligere helse og livskvalitet enn om de hadde drevet med mer fysisk aktivitet og trening. Jeg tror derfor man kan si at det er mye forsømt potensiale blant norske eldre sykehjemsbeboere. Denne litteraturstudien har underbygget problemstillingens påstand om at *det manglende tilbudet til fysisk aktivitet og trening for eldre på norske sykehjem, svekker beboernes helse og livskvalitet*. Et konkret tiltak kunne det vært å øke eller frigjøre ressurser til fysisk trening og aktivitet for eldre på sykehjem.

For videre forskning kunne det vært interessant å sett mer på hvilke konkrete tiltak man kunne sette inn for å kunne tilby mer fysisk aktivitet og trening på sykehjemmene. Det kunne også vært nyttig å se nærmere på hvordan sykehjemsansatte best kan utnyttet den tiden og de

ressursene de har til rådighet, og om dette kan frigjøre tid som kan bli brukt på fysisk aktivitet og trening. Man kunne foretatt kvalitative samtaleintervju der man har undersøkt hvilke strategier og arbeidsmetoder de av de ansatte som føler de mestrer tidspresset benytter seg av. For kanskje er det mulig å gjøre mere ut av ressursene innenfor de rammene som eksisterer, ved å endre måten vi jobber på og måten vi organiserer hverdagen på sykehjemmene. Eller så behøves det kanskje mere ressurser for å kunne tilby mere fysisk aktivitet og trening for eldre på sykehjem.

## Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2012). Stemningslidingar. I Dahl, A. A., Aarre, T. (red.). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget
- Antonovsky, Aaron. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health Promotion. Health Promotion International. *Health Promot. Int.* 11 (1), s. 11-18. Hentet 23.04.15 fra <http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>
- Bergland, A. & Slettebø, Å. (2015). Health capital in everyday life of the oldest old living in their own homes. *Ageing and Society*, 2015 (9), 1-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X14000877>
- Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles*. Hentet 23.04.15 fra: <https://www.google.no/books?id=VbWMh5X2HncC&lpg=PT5&ots=BT7DyAwDja&dq=mildred%20blaxter%20health%201990%20wales%20scotland&lr&hl=no&pg=PT15#v=onepage&q&f=false>
- Boström, G., Conradsson, M., Hörnsten, C., Rosendahl, E., Lindelöf, N., Holmberg, H., Nordström, P., Gustafson, Y. & Littbrand, H. (2015). Effects of a high-intensity functional exercise program on depressive symptoms among people with dementia in residential care: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 14 (5), 565-576. hentet 11.05.16 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105049096&site=ehost-live>
- Bårnes, V. & Løkse, M. (2015). *Informasjonskompetanse: håndbok i kildebruk og referanseteknikk* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademiske
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 07.05.16 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>



Direktoratet for e-helse. (2014). Parkinsons sykdom. Hentet 25.04.16 fra

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerne-og-nerver/parkinsonssykdom#Behandling-av-Parkinsons-sykdom>

Engedal, K. (2003). *Etter 70 er alt trist og leit*. Hentet 25.11.15 fra

<http://tidsskriftet.no/article/784475/>

Enoka, R. M., Christou, E. A., Hunter, S. K., Kornatz, K. W., Semmler, J. G., Taylor, A. M.

& Tracy, B. L. (2003) Mechanisms that contribute to differences in motor performance between young and old adults. *Journal of Electromyography and Kinesiology* 13 (1), 1-12. Hentet 21.04.16 fra

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1050641102000846>

Finanskomiteen. (2015). Innstilling fra finanskomiteen om nasjonalbudsjettet 2016 og forslaget til statsbudsjett for 2016 (Innst. 2 S 2015–2016). Hentet 16.04.16 fra

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/Inns-201516-002/>

FO. (2008). *Om vernepleieryrket*. Hentet 12.05.16 fra

[https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/\\_Om%20vernepleieryrket\\_A5.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrket_A5.pdf)

Folkehelseinstituttet. (2014). *Helse hos eldre i Norge - Folkehelse rapporten 2014*. Hentet

07.04.16 fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=111678>

Fugelli, P. & Ingstad, B. Helse – slik folk ser det. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2001 (30), s. 3600-

3606. Hentet 29.05.15 fra <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2001/3600-4.pdf>

Google. (2016). *Gjennom søking og indeksering*. Hentet 07.05.16 fra

<https://www.google.com/insidesearch/howsearchworks/crawling-indexing.html>

- Graff-Iversen, S., Skurtveit, S., Nybø, A. & Ross, G. B. (2001). *Utviklingen i kroppsarbeid hos norske 40 – 42-åringar i tiden 1974 – 94*. Hentet 17.04.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/391261>
- Granbo, R. & Helbostad, J. L. (2006). Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? *Nor Lægeforen*, 126 (15), 1934-1936. Hentet 10.05.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/1406819>
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk forlag
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2014. *Verdens helseorganisasjon*. Hentet 06.04.16 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Eldre over 65 år og fysisk aktivitet*. Hentet 16.04.16 fra <https://helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/fysisk-aktivitet-og-eldre#Andre-forhold-som-pavirker-fallrisikoen>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Nasjonale anbefalinger: Fysisk aktivitet og stillesitting – for dem over 65 år*. Hentet 25.11.15 fra <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/Nasjonale%20anbefalinger%2065%20pluss.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014c). *Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering*. Hentet 08.05.16 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-behov-og-tilbud-innen-habilitering-og-rehabilitering>
- Holder de ord. (2016). *Statsbudsjettet 2016*. Hentet 13.04.16 fra <https://www.holderdeord.no/parliament-issues/63613>
- Håkonsen, Kjell Magne. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Imagama, S., Matsuyama, Y., Hasegawa, Y., Sakai, Y., Ito, Z., Ishiguro, N. & Hamajima, N. (2011). Back muscle strength and spinal mobility are predictors of quality of life in middle-aged and elderly males. I *Eur Spine J* (20), 954–961. Hentet 06.04.16 fra <http://search.proquest.com/docview/867949981?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&acountid=31880>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Johannessen, M. (2014). *Er du motivert og klar?* Hentet 29.04.16 fra <http://nhi.no/trening/treningsrad/treningsrad-generelle/motivasjon-og-tid-til-trening-18370.html?page=all>
- Krist, L., Dimeo, F. & Keil, T. (2013). Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. I *Clinical Interventions in Aging*, 2013(8), 443-448. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S42136>
- Kristiansen, N. (2016). *Slik misbruker politikerne forskning*. Hentet 04.05.16 fra <http://forskning.no/meninger/redaktoren-har-ordet/2016/04/slik-misbruker-politikerne-forskning>
- KS. (2012). *Kommunenes utfordringer i samhandlingsreformen - i lys av flere utvalgte indikatorer*. Hentet 13.04.16 fra [http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utvikling/fou/114028\\_hovedrapport.pdf](http://www.ks.no/globalassets/vedlegg-til-hvert-fagomrader/utvikling/fou/114028_hovedrapport.pdf)
- Lingås, Lars Gunnar. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Marshall, S. C. & Berg, K. (2010). Cessation of Exercise in the Institutionalized Elderly: Effects on Physical Function. *Physiotherapy Canada*, 62(3). 254-273. Hentet 11.05.16 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2909854/>

- Meld. St. 29 (2012–2013). (2012). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Namsos kommune. (2014). Namsos bo- og velferdssenter (NBVS), bygg B og C. Hentet 08.05.16 fra <http://namsos.custompublish.com/namsos-bo-og-velferdssenter-nbvs-bygg-b-og-c.5506985-113223.html>
- NEL. (2016). *Demensmistanke*. Hentet 11.05.16 fra <http://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/geriatri/symptomer-og-tegn/demens---plo/demenssymptomer-sykepleie/>
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis: Grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Nordmann, T., Sandvin, J. T. & Thommesen, H. (2013). *Om rehabilitering: Helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset*. (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- NRK. (2012). *Tvangsmedisineres og dør alene*. Hentet 25.11.15 fra <http://www.nrk.no/livsstil/tvangsmedisineres-og-dor-alene-1.8053540>
- NRK. (2013). *Til sengs hele døgnet - får fysioterapi 6 minutter i uka*. Hentet 19.04.16 fra [http://www.nrk.no/ostlandssendingen/far-fysioterapi-6-min\\_uke-1.11085826](http://www.nrk.no/ostlandssendingen/far-fysioterapi-6-min_uke-1.11085826)
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Hentet 06.04.16 fra [http://www.nova.no/asset/2749/1/2749\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf)
- Oria. (2016). *Hva er Oria?* Hentet 07.05.16 fra [https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo\\_library/libweb/action/search.do](https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/search.do)
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

- Rosenhan, D. L. (1973). *On being Sane In Insane Places*. Hentet 03.05.16 fra [http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic625827.files/On\\_Being\\_Sane\\_In\\_Insane\\_Places-1.pdf](http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic625827.files/On_Being_Sane_In_Insane_Places-1.pdf)
- Rosenvinge, B. H. & Rosenvinge, J. H. (2003). *Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001*. Hentet 07.04.16 fra <http://tidsskriftet.no/article/785939>
- Samfunnsspeilet/SSB. (2006). Mens vi venter på eldrebølgen. *Samfunnsspeilet* 5-6/2006 – 20. årgang. Hentet 07.04.16 fra <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/mens-vi-venter-paa-eldrebolgen>
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 22(9), 843-849. Hentet 11.05.16 fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=26368960&site=ehost-live>
- SSB. (1994). *Historisk statistikk 1994*. Hentet 17.04.16 fra <http://www.ssb.no/a/histstat/hs1994.html>
- SSB. (2012). *Definisjon av Fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem*. Hentet 13.04.16 fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/vardok/vardok.asp?id=23365&maintable=Kostra2KEKommune&contents=CRC3684618975&VarText=Fysioterapitimer+pr.+uke+pr.+beboer+i+sykehjem&tilbake=1&planguage=0>
- SSB. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Hentet 07.04.16 fra [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/125965?\\_ts=13f8b5b6898](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/125965?_ts=13f8b5b6898)

Sykehuset Telemark. (2016). *Sammenhengen mellom bruken av psykotrope legemidler og skrøpeligheit hos eldre*. Hentet 07.04.16 fra

[http://www.sthf.no/fagfolk\\_/temasider\\_/alderspsykiatrisk-forskningsnettverk\\_/Sider/Sammenhengen-mellom-bruken-av-psykotrope-legemidler-og-skr%C3%B8pelighet-hos-eldre.aspx](http://www.sthf.no/fagfolk_/temasider_/alderspsykiatrisk-forskningsnettverk_/Sider/Sammenhengen-mellom-bruken-av-psykotrope-legemidler-og-skr%C3%B8pelighet-hos-eldre.aspx)

Sørbye, L. W., Grue, E. V. & Vetvik, E. (2009). *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre - Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten*. Hentet 22.04.16 fra

[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap\\_svikt\\_jenester\\_skrøpeligeeldre2009.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_skrøpeligeeldre2009.pdf)

Telenius, E. W. & Engedal, K. & Bergland, A. (2015). Effect of a High-Intensity Exercise Program on Physical Function and Mental Health in Nursing Home Residents with Dementia: An Assessor Blinded Randomized Controlled Trial. *Plos One*, 10(5).

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0126102>

Witcher, C. S. G., Holt, N. L., Spence, J. C. & Cousins, S. O'B. (2007). A Case Study of Physical Activity Among Older Adults in Rural Newfoundland, Canada. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(2), 166-183. Hentet 25.04.16 fra

<http://journals.humankinetics.com/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/7233.pdf>

Wyller, T. B. (2012). *Geriatrici – en medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Xu, D. & Kane, R. L. (2013). *Effect of Urinary Incontinence on Older Nursing Home Residents' Self-Reported Quality of Life*. I *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1473-1481. Hentet 08.04.16 fra

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12408/abstract>