

# **Motivationens betydelse för rehabilitering och dess inverkan på funktionsförmåga hos äldre**

**-Ett hjälpmedel för Dalsbruks rehabiliterande  
bäddavdelning**

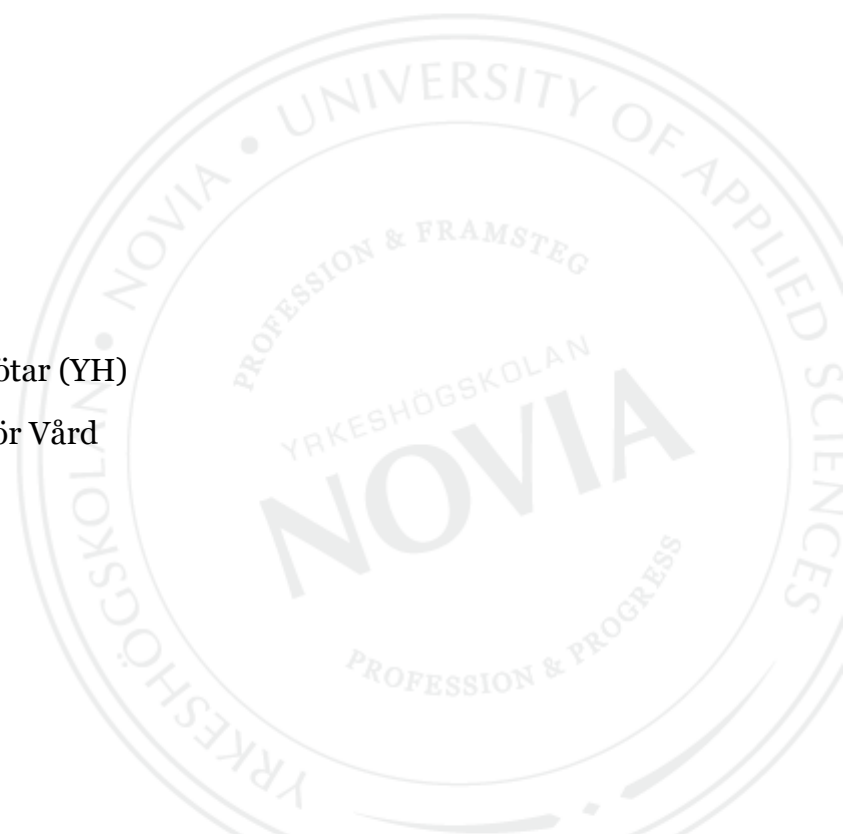
Tommy Fröberg

Ulrica Kalmi

Examensarbete för sjukskötar (YH)

Utbildningsprogrammet för Vård

Åbo 2012





## EXAMENSARBETE

Författare: Tommy Fröberg och Ulrica Kalmi  
Utbildningsprogram och ort: Utbildningsprogrammet för vård, Åbo  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Sjukskötare, yh  
Handledare: Minna Syrjäläinen-Lindberg  
Gunilla Häggblom-Renvall

Titel: Motivationens betydelse för rehabilitering och dess inverkan på funktionsförmåga hos äldre.

–Ett hjälpmedel för Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning.

---

Datum 26.9.2012      Sidantal      34      Bilagor 4

---

### Sammanfattning

Syftet med det här examensarbetet är att utgående från evidensbaserad kunskap påvisa rehabiliteringens positiva inverkan på funktionsförmåga hos äldre. Beställaren för det här arbetet är Kimitoöns bäddavdelning, den rehabiliterande enheten i Dalsbruk. Arbetet fokuserar på hur fysisk aktivitet inverkar på funktionsförmåga och vilken roll samarbete och motivation spelar bland vårdare, patienter och anhöriga.

Det här examensarbetet är funktionsinriktat och metoderna som använts är litteraturstudie och handledning. Ett handledningstillfälle för patienter, anhöriga och personal har hållits på Dalsbruks bäddavdelning för att väcka tankar om rehabiliteringsupplevelser och för att väcka intresse för rehabilitering. Handledning är ett väsentligt arbetsredskap för dagens sjukskötare. Det här handledningstillfället var en möjlighet för skribenterna att utveckla sina handledningsfärdigheter.

En produkt har utvecklats i form av sammanställd evidens från forskning inom rehabilitering samt en affisch för att synliggöra rehabilitering på Dalsbruks rehabiliterande enhet.

Forskningarna påvisar så gott som genomgående att ett fysiskt aktivt liv inte enbart leder till förbättrad fysisk funktionsförmåga utan har också inverkan på det psykosociala välmåendet och därmed höjs även livskavliteten. Forskningarna påvisar också att då patienterna får vara delaktiga i planeringen av sin rehabilitering blir de mera motiverade i sin rehabiliteringsprocess. Kunskap om rehabilitering är en faktor till ökad motivation hos patienter och anhöriga. Även samarbete inom och motivation för rehabilitering ger ett bättre rehabiliteringsresultat.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: rehabilitering, funktionsförmåga, motivation, samarbete

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Tommy Fröberg ja Ulrica Kalmi  
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Utbildningsprogrammet för Vård, Åbo  
Suuntautumisvaihtoehto: Sjukskötare yh  
Ohjaajat: Minna Syrjäläinen-Lindberg  
Gunilla Häggblom-Renvall

Nimike: Motivaation merkitys kuntoutuksessa ja sen vaikutus ikääntyneiden toimintakykyyn.  
–Apuväline Taalintehtaan kuntoutusosastolle./ Motivationens betydelse för rehabilitering och dess inverkan på funktionsförmåga hos äldre.  
–Ett hjälpmedel för Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning.

---

Päivämäärä 2012 Sivumäärä 34 Liitteet 4

---

### Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on osoittaa, mikä merkitys motivaatiolla on kuntoutuksessa sekä miten fyysinen aktiivisuus vaikuttaa ikäihmisten toimintakykyyn. Opinnäytetyön pohjana käytetään tutkittua tietoa. Työssä keskitytään tarkastelemaan kuntoutuksen vaikutusta toimintakykyyn ja sitä miten potilaiden, omaisten sekä henkilökunnan yhteistyö sekä motivaatio vaikuttavat kuntoutukseen. Tämän opinnäytetyön tilaaja on Kemiönsaaren kunnan vuodeosastojen Taalintehtaan yksikkö.

Tämä toiminnallinen opinnäytetyö koostuu sekä kirjallisuuskatsauksesta että toiminnallisesta ohjaamisosuudesta. Potilasohjaus on nykyään sairaanhoitajalle merkittävä osa työtä. Tämän opinnäytetyön kirjoittajilla onkin ollut mahdollisuus päästä kehittämään näitä tärkeitä taitoja Taalintehtaalla potilaille, omaisille sekä hoitajille järjestetyssä ohjaamistilaisuudessa, jonka tarkoituksena oli herättää kiinnostusta kuntoutusta kohtaan sekä saada osallistujat pohtimaan omaa suhdettaan kuntouttamiseen. Osana tätä työtä on tutkittua tietoa käyttäen kehitetty juliste, jonka avulla kuntoutus on saatu näkyväksi osastolla.

Tässä työssä tarkasteltavat tutkimukset osoittavat, että kuntoutus sekä aktiivinen elämäntapa eivät vaikuta ainoastaan fyysiseen toimintakykyyn, vaan myös psykososiaaliseen hyvinvointiin, ja näin ollen myös parantavat elämänlaatua. Tutkimukset myös osoittavat, että potilaiden mukaanotto kuntoutuksen suunnitteluvaiheeseen lisää potilaiden motivaatiota osallistua kuntoutukseen aktiivisesti. Tutkimusten mukaan tieto kuntoutuksesta lisää myös omaisten motivaatiota.

Osana tätä opinnäytetyötä on järjestetty ohjaamistilaisuus, jossa osallistujat saivat mahdollisuuden keskustella omista kokemuksistaan kuntoutukseen liittyen. Tilaisuuden tarkoituksena oli myös herättää kiinnostusta kuntoutukseen. Yhteistyö sekä motivaatio tuovat paremman kuntoutustuloksen.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: kuntoutus, toimintakyky, motivaatio, yhteistyö

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Tommy Fröberg and Ulrica Kalmi  
Degree Programme: Degree programme of nursing, Åbo  
Specialization: Bachelor of Nursing  
Supervisors: Minna Syrjäläinen-Lindberg  
Gunilla Häggblom-Renvall

Title: The Significance of Motivation in Rehabilitation and its Impact on Functional Capacity in the Elderly  
–A Tool for the Rehabilitating Ward in Dalsbruk./ Motivationens betydelse för rehabilitering och dess inverkan på funktionsförmåga hos äldre.

---

Date October 2012      Number of pages 34      Appendices 4

---

### **Abstract**

The purpose of this thesis is to show the positive effects rehabilitation has on functional capacity among elderly people based on previous research. This thesis is done for the rehabilitating ward in Dalsbruk in the municipality of Kimitoön. This thesis has focus on what impact physical activity has on functional capacity and also what role cooperation and motivation, connected to rehabilitation, has among caregivers, patients and family members.

This thesis is function oriented and the methods are literature review and tutoring. A tutoring session has been held for patients, their families and personnel at the rehabilitating ward in Dalsbruk with the purpose to awake interest towards rehabilitation and to exchange thoughts about rehabilitation experiences. Through this tutoring session the writers were given an opportunity to develop their tutoring skills.

This thesis in itself is a product consisting of summarized results from research. A poster has also been developed with the purpose to get rehabilitation more visible at the ward in Dalsbruk.

The evidence shows that a physically active life not only results in an improved physical capacity, but also impacts the psychosocial wellbeing and therefore improves the quality of life. The evidence also shows that when patients are given the opportunity to be involved in planning their rehabilitation they get more motivated in their rehabilitation process. Knowledge about rehabilitation is a factor which increases motivation amongst patients and their families. Higher motivation and cooperation leads to better results in rehabilitation.

---

Language: Swedish

Key words: rehabilitation, functional capacity, motivation, cooperation

---

# Innehållförteckning

1	Inledning.....	1
2	Äldre .....	3
3	Åldrandet.....	4
4	Funktionsförmåga.....	5
4.1	Fysisk funktionsförmåga.....	6
4.2	Psykosocial funktionsförmåga och livskvalitet .....	11
5	Rehabilitering .....	16
5.1	Vårdares syn på rehabilitering.....	19
5.2	Patienters syn på rehabilitering.....	20
5.3	Anhörigas syn på rehabilitering.....	20
5.4	Motivation .....	21
6	Praktisk tillämpning.....	22
6.1	Sammanfattning av resultat.....	22
6.2	Utformning av affisch.....	24
6.3	Handledningsplan .....	25
6.4	Utvärdering av handledning 23.5.2012.....	27
7	Litteratursökning .....	29
8	Kritisk granskning.....	30
9	Diskussion .....	32
	Källförteckning .....	35

## Bilagor:

Bilaga 1.	Inbjudan till handledning
Bilaga 2.	Power Point till handledning
Bilaga 3.	Affisch
Bilaga 4.	Häfte

## 1 Inledning

Det här är ett funktionellt examensarbete och en del av Tillgång, Aktivitet och Gemenskap – T.A.G. i livet-projektet. Det är ett projekt som har pågått sedan år 2008 och projektets mål är, att genom resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt stöda klienter till bättre funktionsförmåga. Man vill även involvera klienternas närmaste samt förstärka vårdarens kunskande inom det rehabiliterande arbetet. Målet är att utveckla material som främjar detta. Delmålet för 2011-2012 är att utveckla resursförstärkande och rehabiliterande serviceformer. (Vaartio-Rajalin 2010).

Ett funktionellt examensarbete är ett alternativ för ett litteraturstudiebaserat examensarbete som ofta görs i yrkeshögskolor. Målet med ett funktionellt examensarbete är att den studerande har möjlighet att utveckla sina kompetenser inom det området han skriver sitt arbete om. Ett funktionellt examensarbete strävar till att utveckla, handleda, lära och underlätta eller rationalisera metoder som används i arbetslivet. Det kan till exempel handla om att framställa en guide, en handledning, mäsas eller en manual med hjälp av användning av relevant litteratur inom den egna professionella branschen. (Vilkka & Airaksinen 2003, s. 9-10). I det här examensarbetet tillämpar vi handledning och utveckling av en manual som det här arbetet fungerar som.

Kimitoöns kommun har två bäddavdelningar. Ena bäddavdelningen är i Kimito och den andra i Dalsbruk. Beställaren för det här examensarbetet är Dalsbruks bäddavdelning. Sedan år 2010 har klientelet delats upp i två grupper. De som är i behov av mera akut sjukvård och de som är i behov av rehabilitering. Orsaken till att man delade upp klientelet var att man ville ha mera tid för rehabilitering och för att det skulle vara mera lugn och ro på avdelningen. Idag sköts den akuta sjukvården i Kimito och rehabiliteringen i Dalsbruk. På Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning finns 23 platser. Klientelet består oftast av stroke-, fall- (med eller utan frakturer), långvårdspatienter samt patienter som behöver rehabilitering efter operation. Majoriteten av patienterna är äldre och därför koncentrerar vi oss på äldre i det här projektet. (Personlig kommunikation 7.12.2011).

Vid vårt besök till Dalsbruks bäddavdelning och vårt samtal med ledande skötare Carita Backas framkom det att vår beställare är i behov av evidensbaserad kunskap med vilken de lättare kan handleda och motivera patienter och anhöriga till rehabilitering. De vill göra nyttan med rehabilitering synlig på avdelningen.

Personalen på Dalsbruks bäddavdelning består av sju sjukskötare, sju närvårdare/primärvårdare, ett halvt vårdbiträde, en sysselsättare (6h/dag), tre anstaltsbiträden, en avdelningssekreterare (deltar inte i vårdarbetet) samt en fysioterapeut som båda bäddavdelningarna delar på.

Vårt arbete handlar om att utveckla ett hjälpmedel för Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning med hjälp av vilken personalen skall kunna förbättra samarbetet inom rehabilitering mellan vårdare, patienter och anhöriga. Arbetet strävar också till att föra fram hur fysisk aktivitet främjar funktionsförmåga. Vi har ett handledningstillfälle på Dalsbruks bäddavdelning med personalen, patienter och anhöriga för att skapa nytt tankesätt om rehabilitering och för att utveckla våra kunskaper i att handleda. Vi utvecklar också en affisch där vi för fram fördelar med fysisk aktivitet och vilka faktorer som påverkar motivationen hos vårdare, patienter och anhöriga. Avdelningen skall använda affischen för att motivera till och synliggöra rehabilitering. Affischen fungerar som en ständig påminnare om rehabiliteringens positiva effekter eftersom den är synlig på avdelningen.

Till sjukskötarens yrkeskompetenser hör hälsofrämjande, klinisk vård, samarbete och handledning och undervisning (Undervisningsministeriets arbetsgruppspromemorior och utredningar 2006:24). Från sjukskötarens synvinkel är rehabilitering ett sannerligen aktuellt område då det i dagens läge på ett eller annat sätt är en del av så gott som allas arbetsvardag. Vårt första mål i den här lärdomsprocessen är att utveckla och få förbättrade kunskaper inom rehabilitering och rehabiliterande arbetssätt. Det andra målet vi har satt upp är, att med hjälp av förbättrad kunskap kunna handleda patienter samt deras anhöriga i arbetet som sjukskötare för att kunna främja hälsa. Vi har också möjlighet att samarbeta med så väl gruppdeltagare, handledare som projektbeställare. Utöver det har vi möjlighet att lära oss söka fram evidensbaserad kunskap och reflektera över betydelsen av den.

Arbetsfördelningen i det här examensarbetet har gjorts så, att Tommy Fröberg fokuserar sig på rehabilitering och Ulrica Kalmi på funktionsförmåga. Fröberg skriver kapitel 5 och Kalmi skriver kapitel 4. De andra delarna skriver båda tillsammans. Den teoretiska utgångspunkten presenteras i kapitlen 2-5 och den funktionella delen presenteras i kapittel 6. Arbetet kombinerar teoretiska kunskaper med utveckling av produkt och granskning över arbetssätt och kompetensutveckling under arbetsprocessen.



Målet med det funktionella examensarbetets slutprodukt är att det lämpar sig för sitt ändamål och sin målgrupp. Den skall vara lockande och informativ med tydlig text så det på bästa sätt för fram budskapet det är ämnat för. (Vilkka & Airaksinen 2003, s. 53).

Syftet med det här examensarbetet är, att utgående från evidensbaserad kunskap påvisa rehabiliteringens positiva inverkan på funktionsförmåga. Vi utarbetar produkter med vilket vårdaren lättare ska kunna motivera och handleda patienter och anhöriga till delaktighet i rehabilitering. En av produkterna är själva arbetet innehållande sammanställda resultat från forskningar. Den andra produkten är en affisch som skall synliggöra rehabilitering på Dalsbruks bäddavdelning.

Våra frågeställningar är:

- Vad framkommer av den evidensbaserade kunskapen om rehabiliteringens inverkan på funktionsförmåga?
- Vilka faktorer bidrar till ökad motivation hos vårdare, patienter och anhöriga i rehabilitering?

## 2 Äldre

Enligt statistikcentralens befolkningsprognos 2009-2060 stiger andelen personer över 65 år från 17 % till 29 % fram till år 2060. Detta innebär att antalet äldre nästan fördubblas från 905 000 till 1,79 miljoner (Statistikcentralens befolkningsprognos 2009-2060). Då befolkningen åldras gäller det också för samhället att finna fungerande och kostnadseffektiva metoder som stöder äldre att bo självständigt under en längre tid än de nu gör (Hinkka, m.fl. 2004). Det här arbetet är aktuellt, eftersom befolkningens medelålder stiger och då anser vi att det är logiskt att även behovet av att upprätthålla äldres funktionsförmåga ökar.

Man kan säga att den biologiska ålderdomen börjar från ca 75-80 år uppåt, då sker det försämring i hälsa och funktionsförmåga. I detta skede av livet har de flesta redan hunnit vara pensionärer flera år. Därför kan man inte heller konstatera att pensionärer automatiskt är åldringar. I Finland är man berättigad att få stöd och äldreservice då man fyllt 65 år, därför räknar också staten att ålderdomen börjar vid denna ålder i alla sina program och strategier (Noppari & Koistinen 2005, s. 15). I vårt arbete definierar vi därför äldre, som individer som är 65 år och äldre.

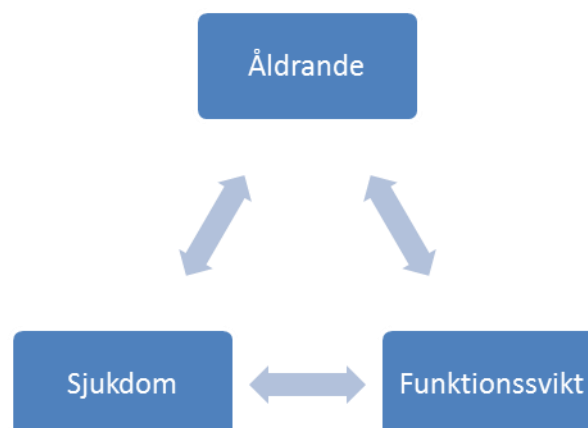
### 3 Åldrandet

Åldrandet påverkar hela kroppen. Det här innebär att individen inte enbart åldras biologiskt utan även psykologiskt och socialt. (Kirkevold, Brodtkorb & Hysten Ranhoff 2010, s. 31). Människans normala åldrande börjar vid ca 25 års ålder, men hur fort man åldras är individuellt och speciellt vid hög ålder är det möjligt att olikheten mellan två jämnåriga individer är stor (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 49).

Yttre och inre faktorer påverkar åldrandet, så som ärftlighet, miljö och livsstil. Idag är man av den åsikten att de ärftliga faktorerna påverkar mera i yngre år, medan livsstil och levnadsmiljön mera inverkar på den äldres hälsa. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, s. 22).

Många äldre upplever en skillnad mellan kropp och själ. Det som de ser i spegelbilden överensstämmer inte med vad de känner inuti. Det är först när sjukdom eller det biologiska åldrandet kommit så långt att det medför funktionsnedsättningar som människan upplever sig vara äldre. (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 25).

Åldrande innebär inte sjukdom och sjukdom är inte åldrande (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 49), men det är ändå sjukdomar som försämrar funktionsförmågan mera än vad åldrandet gör (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s. 58). Det finns ett samband mellan åldrande, sjukdom och funktionsförmåga (se figur 1). De förändringar som sker när individen åldras, medför större förekomst av sjukdom, vilket möjligen leder till sämre funktionsförmåga. Sjukdom kan ge nedsatt funktionsförmåga vilket kan försnabba åldrandet. Svagheter i funktionsförmågan leder i sin tur till begränsningar för att vara aktiv vilket försnabbar åldrandet och ökar risken för sjukdom. (Kirkevold, m.fl. 2010, s.74).



Figur 1. Samband mellan åldrande sjukdom och funktionssvikt (Kirkevold m.fl. 2010, s. 74)

Man kan inte undvika att åldras, men genom att stärka skelettet och muskulaturen med att vara fysiskt aktiv kan ålderdomen göras lättare (Kirkevold, m.fl. 2010, s.53).

## 4 Funktionsförmåga

Funktionsförmåga delas som känt in i fysisk, psykisk och social funktionsförmåga (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, s. 21), men Lähdesmäki och Vornanen (2009, s. 19) delar funktionsförmåga i fyra delområden i litteraturen. Förutom att de tar upp de traditionella, så tar de även upp en andlig dimension. Trots att man talar om de olika delområdena inom funktionsförmåga är det ändå frågan om en helhet (Suvikas, m.fl. 2007, s. 84).

Den andliga funktionsförmågans delområden är tro och tillit till andra människor och Gud, men också livsåskådning, värderingar, tankar, filosofiska reflektioner och människans syn på liv och död. Ett kännetecken för andlighet är uppfattningen om att det finns någonting heligt som människan kan få kontakt till och att det finns någonting annat än vardagen. Den andliga funktionsförmågan ger den äldre inre styrka, vilken ger livet mening, innehåll, livsglädje och hopp. Balansen mellan de olika delområdena i den andliga funktionsförmågan hjälper den äldre att uppleva livet som meningsfullt och ett liv i balans förutsätter att man även tar hänsyn till och tillfredsställer den andliga aspekten. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 25-26).

De forskningar som är använda i det här arbetet behandlar inte den andliga dimensionen. Antagligen är andlighet en dimension som de flesta inte förknippar med funktionsförmåga och därför är inte området utforskat.

Funktionsförmåga varierar utgående från förändringar i åldrandet och sjukdomar, men också utgående från hur människan upprätthåller den med hjälp av olika övningar (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s. 57). Förändringar i funktionsförmågan kan också förekomma utan att det är frågan om en störning, en så kallad normalvariation (Suvikas, m.fl. 2007, s.77).

Då den äldre har svårigheter att klara av dagliga göromål kan det bero på nedsatt funktionsförmåga, problematik i omgivningen eller bådadera (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s. 57). Hovbrandt, Fridlund och Carlsson (2007, s. 77-85) tar upp miljöns betydelse i sin studie gjord i Sverige på 21 ensamboende äldre (80+), där syftet med undersökningen var att beskriva hur de upplevde sitt utförande av aktiviteter utanför hemmet. Det visade sig att miljöns betydelse är viktig för att de äldre skall fortsätta med sina meningsfulla aktiviteter. Det är viktigt för även så gamla som 80+ att få fortsätta med sina aktiviteter som de gjort

största delen av sitt liv och så länge som aktiviteten upplevs som tillfredsställande kan de åsidosätta funktionsbegränsningar. Försämring av fysisk funktionsförmåga och hinder i miljön har en negativ inverkan på utförande av aktiviteter och de uppfattas som irriterande moment av studiegruppen. Nedsatt fysisk funktionsförmåga gör det svårare att övervinna hinder i omgivningen och därför är det av vikt att tänka på fysiska miljökrav i detalj.

I rollen som patient passiveras människan. Även korta sjukhusavsnitt kan leda till institutionalisering. På en kort period kan människan tappa sin initiativförmåga och färdigheter att göra saker som hon tidigare gjort i hemmiljön. (Suvikas, m.fl. 2007, s. 301). Den äldres nedsatta funktionsförmåga försämras snabbt och därför är det viktigt att hjälpa de äldre som har begynnande funktionsnedsättning (Vallejo Medina m.fl. 2006, s.63).

En studie gjord i USA, där förbindelsen mellan funktionsförmåga, utvärderad från den kardiorespiratoriska konditionen och risker för dödsfall undersökts, tyder på att äldre gagnar sig att upprätthålla en fysiskt aktiv livsstil. I studien deltog 4060 personer som under åren 1971 och 2001 slutfört en grundläggande klinisk undersökning på Cooper kliniken i Dallas, Texas och som var rekryterade i "The Aerobics Center Longitudinal Study". (Sui, Laditka, Hardin & Blair 2007, s. 1940-1941, 1946).

#### **4.1 Fysisk funktionsförmåga**

Allmän uthållighet, muskelstyrka och förmåga att behärska rörelser är centrala delar av fysisk funktionsförmåga. (Kähäri-Wiik, m.fl. 2008, s.13). Kraft, uthållighet och smidighet beskriver bäst muskelstyrka, medan balans, koordination och reaktionsförmåga beskriver förmågan att behärska rörelser (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 22-23). Försämring av den fysiska funktionsförmågan leder till ett konkret behov av hjälp (Suvikas, m.fl. 2007, s. 81). Fysisk funktionsförmåga innebär att man har förmågan att klara av dagliga göromål som kräver fysisk aktivitet. För den äldre är viktiga funktioner att kunna stiga upp från sittande ställning, stå och att kunna gå. Till det här behövs muskelstyrka i de nedre extremiteterna, balans, rörlighet i lederna och kroppshållning. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 22).

När människan åldras biologiskt sker det förändringar i organens funktioner och kroppens regleringsmekanismer. Dessutom minskar reservkapaciteten hos den åldrande människan. (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 31). Redan vid femtio års ålder kan man se förändringar i den fysiska funktionsförmågan. Då är det ofta lederna som förlorar sin rörlighet och rörelserna i extremiteterna känns styvare. Även muskelstyrkan försvagas i jämförelse med hur den

var trettio år tidigare. En mera uppenbar försämring av den fysiska funktionsförmågan börjar vi 75 års ålder. De individuella skillnaderna kan vara stora, men de funktioner som man fortlöpande övar, är de funktioner som består längst. Efter 80 års ålder kommer det förändringar i den fysiska funktionsförmågan som man inte mera kan förhindra med att göra övningar. (Suvikas, Laurell & Nordman 2007, s. 82)

I och med åldrandet bryts det ner mera benvävnad än vad det bildas. Kvinnor förlorar mera benvävnad än män på grund av menopausen, vilket leder till större risk för frakturer. Den minskande muskelmassan gör att kroppen blir svagare speciellt hos de som är fysiskt inaktiva, men det finns studier som tyder på att man kan öka muskelstyrkan genom anpassad träning. (Jansson & Almborg 2011, s. 216).

För att kunna leva ett självständigt liv är rörelseförmågan och hur man klarar av de dagliga aktiviteterna av stor betydelse och det största hotet mot det här är inaktivitet. En fysiskt aktiv livsstil, med sjukdom eller inte, är att rekommendera, då den bidrar till en hög livskvalitet. Samtidigt som ett fysiskt aktivt liv förbygger försämrad rörlighet, balans, koordination och fallolyckor, så bidrar det också till att benvävnaden växer och blir starkare eftersom skelettet blir belastat. Även belastning av skelettet hos patienter som ligger länge i sängen är viktigt. (Jansson & Almborg 2011, s. 238-239). Den fysiska funktionsförmågan försämras fort om man måste vara sängbunden längre tider oavsett orsak. Man har kunnat konstatera att man på en dag kan förlora till och med 5 % av sin muskelstyrka om man ligger i sängen. (Jyrkämä 2010, s. 153).

Det bästa sättet att förhindra, att den fysiska funktionsförmågan försämras, är att låta den äldre göra så mycket som möjligt själv av enkla övningar som görs dagligen, så som att klä av och på kläder, tvätta sig, äta själv och promenera vid förflyttning (Jansson & Almborg 2011, s. 241)

En studie gjord i Frankrike där syftet var att utvärdera den fysiska träningens inverkan på fall (Toulotte, Thevenon & Fabre 2006, s. 126), har gjort det möjligt att påvisa, att försämring av gångmönster hos äldre sker vid saknad av fysisk stimulation. En förändring i gångmönstret är en förutsägbar faktor då det gäller fall bland äldre (Toulotte m.fl. 2006, s. 126-127).

I studien deltog 16 kvinnor som delades in i två grupper. Båda grupperna bestod av 8 personer av vilken den ena bestod av personer som inte hade fallit och den andra av personer som hade fallit tidigare. (Toulotte m.fl. 2006, s. 126-127).

Försökspersonerna utvärderades 4 gånger under forskningstiden med hjälp av olika test. Utvärderingarna skedde 3 månader före och 2 dagar före träningsperioden samt 2 dagar efter och 3 månader efter träningsperioden. Under den 3 månader långa träningsperioden deltog alla försökspersoner i två stycken handledda en timmes träningspass per vecka. (Toulotte m.fl. 2006, s. 127-128). Under perioderna före och efter träningsperioden hade försökspersonerna ingen fysisk träning (Toulotte m.fl. 2006, s. 128, 130).

Två olika test gjordes under de 4 utvärderingarna. I det första testet stod försökspersonerna på en fot, en gång med ögonen öppna och en gång med ögonen slutna. Under 30 sekunder räknade forskarna gångerna som den lyfta foten sattes ner på golvet. Det andra testet var en gånganalys som gjordes på en 10 meter lång gångväg. Variablerna mättes med hjälp av kameror och var stegfrekvens, gånghastighet, stötid, klivtid och klivlängd samt stegtid och steglängd. Under gångtestet hade försökspersonerna också samtidigt en eller två uppgifter att utföra. (Toulotte m.fl. 2006, s. 127-128).

Resultat av den här undersökningen visar att fysisk träning förbättrar balansen och gångmönstret. Effekterna av fysisk träning förloras om fysisk stimulans uteblir och i den här studien återgår försökspersonerna till ursprungsläget, då de två testen gjordes för fjärde gången, efter den 3 månader långa perioden utan träning. Man kan dra slutsatsen att man kan förebygga fall då man med fysisk träning kan upprätthålla muskelstyrkan och rörligheten vilka är delfaktorer till fall. Minskad muskelstyrka bidrar till försämrade gångmönster och instabilitet i kroppshållningen. Det här betyder också att man med hjälp av fysisk stimulering kan minska eller bromsa de negativa effekter som åldrandet medför till fördel för att bli mera fysiskt självständig. Regelbunden träning är avgörande för förbättrad gång och balans och forskningen visar vikten av att öka den fysiska kapaciteten hos äldre personer. (Toulotte m.fl. 2006, s. 130-131).

En av Jacobson, Thompson, Wallace, Brown och Rial (2011, s. 549-555) gjorde forskning undersökte effektiviteten av självständigt utförda övningar och deras inverkan på balans och funktionsförmåga och visade positiva resultat. Den undersökta gruppen bestod av 25 äldre män och kvinnor som bodde självständigt. De var indelade in i två grupper, en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Experimentgruppen hade ståövningar, statiska balansövningar och benövningar som de skulle göra i 12 minuter, 3 gånger i veckan och under 12 veckors tid. Kontrollgruppen fick litteratur om hur man förebygger fall. Balansen och funktionsförmågan testades på alla deltagare både före och efter 12 veckorsperioden.

Efter 12 veckor visar kontrollgruppen en försämring i balans och funktionsförmåga, medan de som gjort övningar visar en markant förbättring. Med förbättrad balans och funktionsförmåga fungerar äldre mera självständigt och det minskar risken för fall, vilket i sin tur leder till ekonomiska inbesparningar för samhället.

Även en annan forskning, gjord i USA av Fahlman, Topp, McNevin, Morgan och Boardley (2007), med syfte att fastställa effekten av ett träningsprogram under en 16 veckor lång period hos äldre visar positiva resultat. Innehållet i programmet var utformat med tanke på att öka aerobisk förmåga, muskelstyrka och -uthållighet hos äldre med begränsad funktionsförmåga. Försökspersonerna bestod av 73 deltagare med en medelålder på 75 år (65-92) och vilka var förmögna att delta i ett träningsprogram av måttlig intensitet. Försökspersonerna blev in delade i en kontrollgrupp med 34 personer och en träningsgrupp med 39 personer. Kontrollgruppen blev uppmanad att fortsätta med samma aktivitetsnivå som tidigare under de kommande 16 veckorna, medan den andra gruppen deltog i en gruppträning en gång i veckan. Utöver den ena gruppträningen skulle försöksgruppen träna 2 gånger på egenhand. (Fahlman m.fl. 2007, s. 33-34).

För att mäta effekten av träningen testades försökspersonerna 3 gånger. Det som mättes med hjälp av olika test var kondition och funktionsförmåga. Testen gjordes vid utgångsläget, vid 9 veckor in i träningsperioden och efter träningsperioden. Resultaten av den här undersökningen visar att regelbunden fysisk träning förbättrar funktionsförmåga hos äldre med en funktionsnedsättning. Muskelstyrka och uthållighet hos försöksgruppen ökar tack vare träningsprogrammet under den 16 veckor långa perioden i jämförelse med kontrollgruppen. (Fahlman m.fl. 2007, s. 34, 37-38).

Litteraturen påstår att det efter 80 års ålder sker förändringar i den fysiska funktionsförmågan som man inte mera kan förhindra med att göra övningar (Suvikas, Laurell & Nordman 2007, s. 82), medan resultaten i en studie gjord i Spanien visar att ett relativt kort träningsprogram ökar muskelstyrkan hos 90-åringar och äldre.

Syftet med studien var att utvärdera effektiviteten av en 8 veckor lång träningsperiod. Det som testades var förändringar i muskelstyrka, antalet fall, gång och förmåga att gå i trappor bland 90-åringar och äldre på ett vårdhem. I forskningen deltog 40 försökspersoner, av vilka 32 slutförde studien. De delades in i en kontrollgrupp och en försöksgrupp på 20 deltagare var. Kontrollgruppen utförde mobilitetsövningar bestående av aktiva och passiva rörelser i form av mjuka, rytmiska töjningar av lederna 5 gånger i veckan under 40- 45 minuter per gång. Förutom att de, 2 gånger i veckan, i försöksgruppen hade likadana

övningar som de i kontrollgruppen hade de dessutom tre gånger i veckan ett träningsprogram, med fokus på styrka i nedre extremiteter, med låg till medelmåttlig intensitet. (Serra-Rexach m.fl. 2011, s. 595-596).

Alla försökspersoner testades vid utgångsläget, efter den 8 veckor långa träningsperioden och 4 veckor efter träningsperioden under vilken alla försökspersoner fortsatte med mobilitetsövningarna, men träningsprogrammet uteblev (Serra-Rezach m.fl. 2011, s. 595, 597).

Som sagt visar resultaten i den här studien att ett relativt kort träningsprogram ökar muskelstyrkan hos 90-åringar och äldre. Vidare kan påvisas att antalet fall är mindre i försöksgruppen i jämförelse till kontrollgruppen, medan gången och förmågan att gå i trappor inte visar någon märkbar förbättring av ett kort träningsprogram av den här arten. (Serra-Rexach m.fl. 2011, s. 599-601).

I en forskning från Brasilien, där inverkan av ett träningsprogram på fysisk funktionsförmåga och livskvalitet testades, visar resultatet en förbättring av funktionsförmågan och således också livskvaliteten. Andra resultat visar att de positiva effekter på funktionsförmågan som erhålls från en träningsperiod på 7 månader förloras då träning uteblir. (Teixeira-Salmela m.fl. 2005, s. 1010-1011).

I forskningen deltog 23 personer med en medelålder på 64 år. Träningsprogrammet var uppbyggt med tanke på att förbättra muskelstyrka och kondition. Det utfördes två gånger i veckan, á 60 minuter under en 7 månader lång period (1008)

Forskningsgruppen testades vid utgångsläget, genast efter och 1, 2 och 3 månader efter träningsperiodens slut. (Teixeira-Salmela m.fl. 2005, s. 1007). Utvärderingar gjordes på den fysiska funktionsförmågan, med fokus på gånghastighet och förmåga att gå i trappor samt livskvalitet med fokus på energi nivå, fysisk förmåga, smärta, sömnlöshet, social interaktion och känslomässiga reaktioner. (Teixeira-Salmela m.fl. 2005, s. 1008).

Sumukadas, Witham, Struthers och McMurdo (2007, s. 867-874) är av den åsikten, att alternativa strategier behövs för att förbättra fysiska funktioner, då en försämring av fysisk funktion vid stigande ålder är starkt förknippad med funktionshinder och för att majoriteten av de äldre är stillasittande. Varför de äldre är stillasittande kan antingen bero på ovilja eller på att de är oförmögna att planera för att delta i lämpliga övningar. Resultaten av studien gjord i Skottland av Sumukadas m.fl. (2007, s. 867-874) visar att perindopril, en ACE-hämmare, förbättrar fysiska funktioner och förhindrar försämring av hälsorelaterad



livskvalitet bland äldre med funktionshinder. Studien gjordes på 95 personer över 65 år och som själv upplevde sig ha problem med rörlighet eller med aktiviteter i det dagliga livet. De delades in i två grupper. Den ena gruppen fick placebo (n=50) och den andra gruppen fick perindopril (n=45) under en 20 veckors tid.

Tre test användes för att bedöma deltagarnas fysiska funktionsförmåga. I det första testet skulle deltagarna gå en så lång sträcka som möjligt under en tid på 6 minuter. De fick använda sig av sina hjälpmedel och vila om de hade behov av det. I det andra testet skulle deltagarna ställa sig upp och sätta sig ner 10 gånger och tiden för det här registrerades. Det tredje testet registrerade hur lång tid det tog att stiga upp, gå 3 meter, gå tillbaka och sätta sig igen. Alla blev bedömda vid utgångsläget, efter 10 veckor och efter 20 veckor. Efter 10 veckor kan endast en liten skillnad ses mellan grupperna i det första testet, men efter 20 veckor är skillnaden markant. I de två följande testen är förbättringarna i perindopril gruppen obetydliga i jämförelse till placebo gruppen. Resultatet visar en förbättring av fysisk kapacitet vid användning av perindopril och att det inte enbart motverkar försämring. Man kan också se en trend av minskade fall i perindopril gruppen i jämförelse med placebo gruppen. (Sumukadas m.fl. 2007, s. 867-874)

Det är intressant att det söks alternativ för att förbättra funktionsförmåga istället för att försöka aktivera individer. Risken finns att människan blir alltmer passiv om det kommer andra alternativ till att förbättra sin funktionsförmåga än fysisk aktivitet.

## **4.2 Psykosocial funktionsförmåga och livskvalitet**

Den psykosociala funktionsförmågan består av den psykiska och den sociala funktionsförmågan och inverkar mycket på livskvaliteten.

Den psykiska funktionsförmågan innefattar kognitiva funktioner, resurser, personlighet, jag bild, självkänsla, sinnestämning, samt förmåga att fatta beslut och lösa problem. Den kognitiva funktionen delas ännu in i minnet, inlärning och varseblivning medan motivation, sinnesstämning, förmåga att känna igen sina styrkor och svagheter är centrala delar av de psykiska resurserna. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 23-24). Den mest centrala delen av den psykiska funktionsförmågan är de kognitiva funktionerna. Det vill säga de funktioner som behövs för att bearbeta information. De här funktionerna är varseblivning, inlärning, minnet, språkliga egenskaper, tankeförmåga, problemlösning och beslutsfattning. (Lyyra, Pikkarinen & Tiikkainen 2007, s. 116-117).

Med kognitiv förmåga avses att en förmåga ta emot information, bearbeta den och att kunna forma uppfattningar om omgivningen (Kähäri-Wiik, m.fl. 2006, s.13). En viktig del av den kognitiva funktionsförmågan är metakognitionen, det vill säga hur individen själv uppfattar och bedömer sina kognitiva funktioner. De kognitiva funktionerna utgör grunden för individens handlingar. Försämrad kognitiv funktionsförmåga inverkar på hälsan och är en central faktor då man försöker upprätthålla och förbättra den äldre befolkningens funktionsförmåga och hälsa. (Lyyra, m.fl. 2007, s. 116-117).

Det är inte enbart demenssjukdomar som leder till nedsatt kognitiv funktionsförmåga utan också neurologiska, somatiska och psykiska tillstånd så som stress, konfusion, depression, hjärnskada, hyper-, hypothyreos och vid användning av vissa läkemedel (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 344).

En person som innehar psykisk funktionsförmåga är kapabel att göra upp planer för sitt liv och att göra medvetna och ansvarsfulla val (Kähäri-Wiik, m.fl. 2008, s.13).

Hur den äldre klarar av olika livskriser påverkas av den psykiska funktionsförmågan och den innefattar även hur tillräckliga de psykiska resurserna är för de krav vardagen ställer. Med psykisk funktionsförmåga menas således förmåga att uträtta göromål som kräver psykisk ansträngning och som är av intellektuell art (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s.58) och är starkt kopplad till den fysiska och sociala funktionsförmågan (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 24). En psykiskt fungerande individ agerar effektivt och förnuftigt, mår bra, har god sinnesstämning, uppskattar sig själv och andra och ser ljust på framtiden. (Suvikas, m.fl. 2007, s. 85)

Det psykologiska åldrandet innebär förändringar i minnet, intellektet, kapaciteten att lära sig och att lösa problem. Självbilden förändras, men däremot förändras människans personlighet inte mycket, utan hålls ganska lika under hela livstiden. (Kirkevold, m.fl. 2010, s. 31). De tydligaste förändringarna i det psykiska åldrandet är att varseblivningen blir sämre, men förmågan att bearbeta information förändras endast litet med stigande ålder. Många kognitiva funktioner, som språkfärdighet och logisk slutledningsförmåga kan till och med förbättras med åldern och försvagas först i väldigt hög ålder. (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s.58).

Minnet är en viktig del av människans liv och med stigande ålder kan det bli svårare att lagra och ta fram information, men samtidigt har den äldre människan fler minnen och erfarenheter än en yngre individ. Det här leder till att den äldre har en bättre utgångspunkt

då det gäller att fatta beslut, men det kan ta längre tid då kommunikationen mellan kort- och långtidsminnet blir långsammare. Det är lätt att bedöma en människa utifrån det yttre, men det yttre överensstämmer inte alltid med det inre och de psykiska egenskaperna kan vara svåra att observera och bedöma, då de inte är lika uppenbara som de fysiska. (Jansson & Almborg 2011, s. 23).

Med social funktionsförmåga menas att man har förutsättningar att fungera tillsammans med andra människor (Kähäri-Wiik, m.fl. 2008, s.13), hur man anpassar sig till samhället och vilka sociala resurser man har, men också hur bra den äldre är förmögen att bibehålla sina personförhållanden och roller (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s. 59). Det handlar med andra ord om sociala färdigheter. Den äldres sociala nätverk formas av alla de relationer genom vilka hon bibehåller sin sociala identitet, knyter nya kontakter och får socialt stöd och ett välfungerande socialt nätverk är en av de viktigaste grundpelarna för den äldre från funktionsförmågans synvinkel (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 24).

Det sociala stödet en individ har, kommer i huvudsak från två ställen. Dels från det informella nätverket så som familj, släkt, vänner, grannar, bekanta och dels från det officiella nätverket som bildas av samhällets servicesystem. (Suvikas, m.fl. 2007, s. 88). Förutom familje- och vänskapsförhållanden, kan inkomst, utbildning och hälsa vara sociala resurser hos den äldre (Vallejo Medina, m.fl. 2006, s. 59). Samhället och miljön skapar förutsättningar till att handla, likaså ger tekniken hjälpmedel. Båda kan ha en positiv inverkan på den sociala funktionsförmågan, men de kan även skapa nya hinder på vägen. (Suvikas, m.fl. 2007, s. 78).

När människan blir äldre känner många osäkerhet i sina sociala roller och det gör att omgivningens bemötande kan påverka den äldre på ett negativt sätt. Om omgivningen inte tar med den äldre i att delta, ta ansvar och inte tror på den äldres möjligheter utan ser den äldre som sjuk och svag finns det risk för att den äldre intar den rollen, som just sjuk och svag. Det här i samband med sämre fysisk och psykisk funktionsförmåga kan leda till försnabbat åldrande och större beroende och vårdbehov. (Jansson & Almborg 2011, s. 27). De sociala roller som man har under sitt liv förändras med att man blir äldre, främst arbets- och familjeroller, men många blir också bekanta med vårdtagarrollen, antingen för kortare eller längre perioder (Kirkevold, m.fl. 2010, s.31).

Berg, Hassing, McClearn och Johansson (2006, s.258, 260-263) har forskat i sambandet mellan olika faktorer och livskvalitet. Faktorerna de fokuserade på var ålder, kön, utbildning, socioekonomisk ställning, självuppskattad hälsa, medicinsk hälsa,

funktionsförmåga, kognitiv funktion, depression, kontroll över livet och socialt nätverk. Forskningsgruppen bestod av 315 män och kvinnor över 80 år i Sverige. Forskningens resultat visar att socialt nätverk, känsla av kontroll, självuppskattad hälsa och depression har en större inverkan på livskvalitet än medicinsk hälsa och funktionsförmåga, men forskningsgruppen bestod av välfungerande äldre med god hälsa och kan därmed inte till fullo generaliseras till alla äldre. Två faktorer, kvaliteten av det sociala nätverket och känslan av kontroll över sitt liv, är starkt kopplade till livskvalitet för både män och kvinnor. Det sociala nätverket var indelat i tre aspekter, frekvensen och kvaliteten av sociala kontakter samt socialt stöd. Det är kvaliteten av det sociala nätverket som har mest inverkan på tillfredsställelse med livet hos både män och kvinnor.

Av mindre betydelse är mängden av sociala kontakter och det sociala stödet. Det som har ett måttligt samband till livskvalitet är funktion och hälsorelaterade faktorer. Hos kvinnor har självuppskattad hälsa en stor betydelse för livskvaliteten, medan den hos män inte har någon betydelse. Den medicinska hälsan har en obetydande roll för bådadera. ADL-funktionerna visar en skillnad mellan kvinnor och män (Berg, m.fl. 2006, s.258, 260-263).

Intern känsla av kontroll över sitt liv och livskvalitet har ett litet samband, då betydelsen av upplevelsen av kontroll tyder på, att ju större delaktighet i planering och genomförande av vård, desto mer ökar livstillfredsställelsen hos de äldre. Kognitiv funktion är både hos män och kvinnor förknippad med livstillfredsställelse, men i samband med de andra faktorerna anser forskarna att den inte har en betydande roll för undersökningen. Både män och kvinnor förknippar också depression med livskvalitet, men det är endast hos kvinnor som det har en märkbar betydelse för livskvaliteten (Berg, m.fl. 2006, s.258, 260-263).

En annan studie om tillfredsställelse i livet av Borg, Hallberg och Blomqvist (2006, s. 609, 612-614, 616) visar att det är flera faktorer som är kopplade till låg känsla av tillfredsställelse med livet och den är därmed mångdimensionell. Det finns anledning att tro att det finns ett samspel mellan de olika faktorerna vilket medför att vården av de äldre är komplicerad och en helhetsomfattande vård är nödvändig. De faktorer som tyder på en högre tillfredsställelse med livet finns hos yngre, män, de som bor hemma, de som har lägre känsla av ensamhet och oro, de som har bättre förmåga att klara sig själv, bättre självupplevd hälsa, högre delaktighet i aktiviteter och bättre ekonomisk ställning. De faktorer som mest är relaterade till låg tillfredsställelse hos äldre med funktionsnedsättning är dålig självuppskattad hälsa, ekonomisk ställning, försämrad kapacitet att göra dagliga sysslor, ensamhet och oro, medan ålder, kön, boendeform, fysisk aktivitet inte bidrar till att

förklara låg tillfredsställelse. De här resultaten ger vårdare tillfälle att planera för aktiviteter och rehabilitering med avsikt att bevara en hög funktionsnivå och patienters delaktighet kan i sin tur leda till mindre ensamhet och oro. I studien deltog 522 personer och de var utvalda från en annan studie (European Study of Ageing Well n=2803) och representerade den svenska delen av den studien. Personerna som blev utvalda hade en ålder mellan 65-89 och hade åtminstone en lindring funktionsnedsättning.

Trots närvaro av funktionsbegränsningar och miljöhinder lät studiegruppen, i forskningen av Hovbrandt m.fl. (2007, s. 77-85), det inte vara hinder för att utföra i aktiviteter. Deltagarna använde sig av tillgängliga resurser och prioriterade de mest meningsfulla aktiviteterna. De resurser som deltagarna uppgav var bland annat kroppens kapacitet, hjälpmedel och familjemedlemmar. Trots att de kunde utföra vissa aktiviteter bidrog hjälpen de fick av familjen till att de också kunde delta i andra föredragna aktiviteter. Den sociala interaktionen med andra var också en viktig aspekt. Forskningsgruppen var inte i behov av mera sociala kontakter, men att i någon mån vara delaktig i det sociala livet kändes tillfredsställande.

Ett brett socialt nätverk har en positiv inverkan på den åldrande individens fysiska, psykiska och andliga välmående, men den sociala funktionsförmågan kan begränsas av den fysiska och psykiska funktionsförmågan om till exempel rörelseförmågan, sinnesfunktionerna och minnesfunktionerna är nedsatta (Lähdesmäki & Vornanen 2009, s. 25).

I studien av Teixeira-Salmela m.fl. (2005, s. 1011) har livskvaliteten de största fördelarna med träningsprogrammet och förbättringen kvarstår under uppföljningen. Det är troligt att deltagande i träningen bidrog till förhöjd energi nivå och ett tillfälle till sociala kontakter. Förmågan att behålla högre livskvalitet kan bero på att individen mår bättre av den förhöjda fysiska förmågan.

En studie i Japan där man jämförde inverkan på hälsorelaterad livskvalitet genom att delta i vattengymnastik en eller två gånger i veckan under en 2 år lång tid, visar inga väsentliga skillnader i de två grupperna som jämfördes. I studien deltog 22 personer som var 65 år och äldre. De delades in i två grupper där den ena gruppen med 10 personer deltog i vattengymnastik en gång i veckan och den andra gruppen med 12 personer hade vattengymnastik två gånger i veckan. (Sato, Kaneda, Wakabayashi & Nomura, 2009, s. 85, 89).

Testen som användes utvärderade både fysisk och mental hälsa. Variabler i den fysiska hälsan bestod av fysisk funktion, kroppslig smärta, roll begränsningar kopplade till fysisk hälsa och allmän hälsa. Den mentala hälsan bestod av socialt fungerande, roll begränsningar kopplade till mental hälsa, mental hälsa och livskraft. Utgående från andra test mättes ADL beroende utgående från rörlighet och muskelstyrka i knästräckarmuskeln. Försökspersonerna utvärderades före början av vattengymnastiken, efter 6 månader samt efter 12 och 24 månader. (Sato, Kaneda, Wakabayashi & Nomura, 2009, s. 87).

Båda grupperna visar en förhöjning av livskvaliteten efter 6 månader och bevarar den förhöjda livskvaliteten ända till 12 månader efter. Efter 6 månader upprätthålls den högre livskvaliteten ända till 12 månader. Hälsorelaterad livskvalitet, ADL beroende kopplat till rörlighet och muskelstyrka i knästräckarmuskeln försämras efter 12 till 24 månader hos den gruppen som deltog i vattengymnastik en gång i veckan, men tack vare att försökspersonerna fortsatte att delta i vattengymnastiken bromsas försämringen av livskvaliteten upp hos de som deltar två gånger i veckan. (Sato, Kaneda, Wakabayashi & Nomura, 2009, s. 89-91).

Förutom resultaten kopplade till livskvalitet visar resultaten att båda grupperna förminskar ADL beroendet efter 6 månader, men det aktuella träningsprogrammet är otillräckligt för att förbättra den fysiska funktionsförmågan hos den gruppen som utförde träningen en gång i veckan. Endast den gruppen som deltog två gånger i veckan i vattengymnastik visar en förbättring av funktionsförmågan. (Sato, Kaneda, Wakabayashi & Nomura, 2009, s. 90-92).

## **5 Rehabilitering**

Enligt Svenska akademins ordlista betyder ordet ”rehabilitera” upprättelse eller återanpassa till livet efter sjukdom eller skada. Habil betyder skicklig, smidig, kompetent, duglig.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326 skall kommunerna ha tillräckliga resurser för basservicen och för hälso- och sjukvårdstjänster. Kommunerna ska ordna sjukvårdstjänster för dem som bor i kommunen. Till sjukvårdstjänsterna hör bland annat, medicinsk rehabilitering och handledning som syftar till att stärka patientens engagemang i sin vård och egenvård.

Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326 definierar hälsofrämjande verksamhet som verksamhet som är inriktad på individen och som syftar till att upprätthålla och förbättra

hälsan och funktionsförmågan. Här definieras också primärvård som hälsofrämjande verksamhet där medicinsk rehabilitering ingår. Specialiserad sjukvård definieras som hälso- och sjukvårdstjänster som tillhör bland annat förebyggande vård och medicinsk rehabilitering. Kommunen ansvarar för planeringen av den medicinska rehabiliteringen så att rehabiliteringen bildar en ändamålsenlig helhet tillsammans med den vård som behövs. Behovet av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska anges i en individuell, skriftlig rehabiliteringsplan.

Medicinsk rehabilitering innefattar rådgivning och handledning, utredning av patientens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov, en rehabiliteringsundersökning, genom vilken patientens rehabiliteringsmöjligheter utreds, terapier som ska förbättra och upprätthålla funktionsförmågan, hjälpmedelstjänster, anpassningsträning och rehabiliteringsperioder inom sluten eller öppen vård som består av behövliga åtgärder enligt det som står ovan (Hälso- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326).

En undersökning av Haapaniemi och Routasalo (2009, s. 34-44) visar att sjukskötare som arbetar på en rehabiliterande bäddavdelning anser att patienten och deras anhöriga aktivt kan främja funktionsförmåga. Men det finns även studier som påvisar att det ofta är anhöriga som påverkar patientens rehabilitering på ett negativt sätt, genom att göra allt för sin anhörige även om den klarar av det mesta själv. Det är ofta även de anhöriga som kräver att vårdaren hjälper patienten även om det inte alltid är nödvändigt. I undersökningen framkom också att det krävs att patienten inser behovet av rehabilitering. Den anhöriga kan främja patientens funktionsförmåga genom att ta hand om sina egna resurser samt stöda patienten (Routsalo m.fl. 2003, s. 5-6).

I rehabilitering är det alltid centralt att ställa mål tillsammans med patienter och de anhöriga, eftersom anhöriga ofta har mycket information om patientens funktionsförmåga i hemmet. Mål är viktiga för att få patienter att förbinda sig till rehabiliteringen samt få den bästa möjligheten att lyckas med rehabiliteringen. Man skall alltid komma ihåg att varje patient är unik och rehabiliteringen måste alltid ske och löpa i patientens takt. Innan målen ställs är det viktigt att evaluera vilken funktionsförmåga patienten har och vilka resurser som patienten har när den skrivs ut ur sjukhuset. Såväl hemvård, släkt och vänner kan räknas som resurser för patienten. Evalueringen görs då rehabiliteringen börjar (Iivonen 2004, s. 29-30).

Målet med geriatrisk rehabilitering är stärkande av den äldres välmående och självständighet i vardagen. Planering av geriatrisk rehabilitering skiljer sig från vanlig

rehabilitering genom att fysiologiska förändringar hos äldre bidrar till att man kanske inte helt kan rehabilitera till det man tidigare haft. Man måste istället försöka stärka det som finns kvar av den funktionsförmågan som försämrats. I geriatrisk rehabilitering ser man på den äldre som en aktiv deltagare som själv förbinder sig till de mål man ställer, endast genom detta kan rehabiliteringen gynna den äldre. Vid planering av rehabilitering tas närstående aktivt med, eftersom de anhöriga är det viktigaste stödet för den äldre. Också enligt Burke och Doody (2008, s.37) är det mycket viktigt att familjen och anhöriga är delaktiga vid planeringen och utförandet av rehabiliteringen eftersom det hjälper den äldre att på bästa sätt kunna nå maximal livskvalite. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen, 2010, s.444).

Vid planering av geriatrisk rehabilitering tar man i beaktande hur läget är nu, vilka den äldres behov är då den kommer till avdelningen samt även vilka behov den äldre har då hon åker hem. Vid planeringen av den geriatriska rehabiliteringen är det viktigt att arbetet sker i ett mångprofessionellt team där bl.a. läkare, fysioterapeut, vårdare samt eventuellt psykolog och näringsterapeut är inblandade. Enligt Cameron och Kurrle (2002, s. 387-388) är det viktigt att göra en utvärdering som är heltäckande där vårdare, patient och anhörig hörs för att få en bild av den äldres behov.

Med tanke på det här är det adekvat att använda sig av olika mätinstrument som t.ex. MMS som mäter funktionsförmåga. En kartläggning av den äldres medicinska tillstånd är också ytterst viktig eftersom rehabilitering är en tung process. För att få den största nyttan av rehabilitering bör den äldre vara frisk och välmående. På detta sätt kan man bäst utnyttja de olika yrkesgruppernas professionella kunnande för den äldres bästa. (Tilvis m.fl. 2010, s. 444-445).

Att arbeta med ett rehabiliterande arbetssätt betyder att vårdaren skall börja tänka på ett annorlunda sätt än tidigare. Då man tidigare vårdade patienter behövde de inte göra så mycket själva, vara så delaktiga eller aktiva i sin egna vård. Då man arbetar rehabiliterande, ser man varje människa som en individuell individ med egna behov. Då man arbetar är alla åtgärder sådana som stöder patientens rehabiliterande och uppmuntrande emot självständighet i sitt liv. (Iivonen 2004, s. 19).

Man uppmuntrar till aktivitet och motivation i den egna rehabiliteringen. Man låter individen göra så mycket hon själv kan och hjälper till med det hon inte klarar av. Man utvärderar vilka resurser patienten har kvar och arbetar sedan för att förstärka dem så att patienten klarar sig självständigt och kan bevara sin självbestämmanderätt så långt som



möjligt. För patienten är det ofta viktigt att vårdaren ger positiv feedback vilket ger självförtroende för patienten. (Iivonen 2004, s. 19).

## 5.1 Vårdares syn på rehabilitering

Den finska undersökningen av Haapaniemi och Routasalo (2009, s. 36-43) hade som syfte att få en uppfattning om hur sjukskötare anser anhöriga och patienten själv kan gynna den äldres rehabilitering. Sjukskötarna (=40) som deltog blev intervjuade, varefter intervjun skrevs rent och analyserades av skribenterna. Deltagande i studien var frivilligt och forskningen hade tillstånd av den forskade enheten. Undersökningen visar att sjukskötare som jobbar på rehabiliterande bäddavdelning anser att anhörigas medtagande i rehabiliteringen redan i akutfasen och planeringen medför att samarbetet mellan patienten, anhöriga och vårdarna förbättras. Enligt vårdarna underlättar det även utskrivningen från sjukhuset då patientens rehabilitering fortsätter hemma med anhörigas stöd, då anhöriga är medvetna om vad som gjorts och kommits överens på sjukhuset.

Studien av Pryor och O`Connell (2008, 1766-1774) hade syftet att studera skillnader i sjukskötares och patienters syn på rehabilitering och gjordes genom observationer på fem olika rehabiliterande vårdenheter samt genom semistrukturerade intervjuer på enheten. I studien deltog sjukskötare (=53) från dessa enheter.

Studien visar att även om vårdarna vet att patienterna aktivt bör delta i sin rehabilitering så har inte patienterna samma inställning. Sjukskötarna förväntar sig att patienten aktivt deltar i rehabiliteringen, men de säger att patienterna inte har insett det. Därför kommer det som en chock för patienterna att det krävs mera aktivt deltagande av dem på rehabiliteringsenheten än på en akut avdelning. Vårdarna berättar att det även finns patienter som inte alls vill delta i rehabiliteringen, vilket vårdarna säger är ett mycket vanligt problem. Sjukskötarna anser att eftersom patienterna är på akut avdelning där de får mera hjälp, så upplever patienterna det jobbigt att vara mera aktiv då de kommer till rehabiliteringsenheten. (Pryor & O`Connell 2008, s.1771).

Sjukskötarna berättar att de ofta får skällor att de är lata och även elaka då de inte gör sysslor för patienten, utan kräver att patienten gör dem själv. Sjukskötarna anser att motivation och samarbete mellan vårdare och patient samt en positiv och aktiv insikt är viktiga faktorer i framgångsrik rehabiliterings process. Forskarna kom fram till att det i framtiden behövs mera handledning för patienter och anhöriga om vad rehabilitering är

samt vad som krävs av patienter på en rehabiliterande avdelning. (Pryor & O'Connell 2008, s.1771)

## **5.2 Patienters syn på rehabilitering**

Undersökningen av Benten och Spalding (2008, s. 4-12) påvisar att patienter upplever sig få för lite information för att kunna aktivt delta i sin rehabilitering. De anser också att de inte har kännedom om att man utvärderat deras funktionsförmåga eller att det gjorts någon form av rehabiliteringsplan för dem, som de kunnat påverka. De anser inte heller att de rehabiliterande åtgärderna är tillfredsställande, de upplever att rehabiliteringsåtgärderna är meningslösa och onödiga. De tycker även att det på avdelningen förekommer en atmosfär av att "göra det själv". Studiens syfte var att undersöka om rehabiliterande enhetens rehabilitering mötte de äldres behov. Studien är gjord i England och deltagarna (=10) var över 65 åriga åldringar som flyttats från akut sjukhus till en mindre rehabiliterande enhet.

Den isländska undersökningen av Sigurgeirdottir och Halldorsdottir (2007, s. 384-390) syftade till att öka förståelsen av patienters upplevelser av rehabilitering samt vilka behov de anser sig ha som patient på en rehabiliteringsenhet. Patienterna (=13) krävde rehabilitering för både akuta och kroniska behov. Deltagarna var i åldern 26-85. Studien påvisar att patienter anser sig vilja delta i planeringen samt ställa individuella mål då rehabiliteringen inleds, patienterna tycker att målen borde vara framåtsträvande samt realistiska. De anser att en positiv syn på rehabiliteringen samt stöd av familj och vårdare stöder framskridandet i rehabiliteringen. De anser att en av den viktigaste delen av rehabiliteringen är att kunna lita på att vårdaren finns på plats för att hjälpa då det behövs.

## **5.3 Anhörigas syn på rehabilitering**

Studien av Galvin, Cusack och Stokes (2009, s. 899-903) där man studerat i hurdan grad familjemedlemmar och vänner är delaktiga i fysioterapi och motionering med personer med stroke. Studien gjordes genom kvantitativa och kvalitativa samlingsmetoder. Forskningen genomfördes med två olika frågeformulär som var gjorda för detta syfte. De prövades i förväg av fem erfarna terapeuter och reviderades efter denna prövning. Undersökningen och frågeformulären hade tillstånd från sjukhusets etiska kommitté. I studien deltog anhöriga och vänner (=100) samt patienter med stroke (=75). Av dessa anhöriga och vänner tycker (91 %) att de är villiga att vara delaktiga i patientens fysioterapi och motionering på avdelningen. Deltagarna blev också frågade om de var

villiga att hjälpa patienten i olika motionsövningar då de blev utskrivna från sjukhuset. Av deltagarna är 99 (99 %) villiga att delta i lättare motionering, medan 85 (85 %) är villiga att delta i mera krävande aktiviteter så som förflyttningar och gående. (Galvin m.fl. 2009, s. 899-903).

Forskarna skriver i sin artikel att familjemedlemmar och vänner har en viktig roll i rehabiliteringsprocessen. De anser att anhörigas deltagande förbättrar effekten av rehabiliteringen eftersom anhöriga ofta har tid att motionera med patienten då vårdaren är upptagen. Det är viktigt att inkludera anhöriga i planeringen av rehabiliteringen eftersom det ger bättre effekt på patientens rehabilitering. Forskarna anser även att evidensen påvisar anhörigas och vänners vilja att vara mera delaktiga i planeringen samt utförandet av patientens rehabilitering. (Galvin m.fl. 2009, s. 899-903).

Studien av Macleod, Chesson, Blackledge, Hutchison och Ruta (2005, s. 1120-1122) påvisar att anhöriga och vårdare har en viktig roll i patientens rehabilitering. Enligt skribenterna tar anhörigvårdarna på sig många av de uppgifter sjuksköterna inte alltid har tid med, till exempel diskussion, uppmuntrande och personligt stöd. Anhörigvårdarna har också mycket värdefull information om patientens liv och hälsotillstånd innan patienten kom till rehabiliteringsenheten. Denna information är viktig då man ställer mål för patienter och vid planerande av patientens hemfärd efter rehabiliteringen, men även vid motivering av patienten. På grund av dessa faktorer anser skribenterna att anhöriga borde uppfattas som jämställda med andra vårdare.

## **5.4 Motivation**

Motivation definieras enligt Nationalencyklopedin som ”en psykologisk term för de faktorer hos individen som väcker, formar och riktar beteendet mot olika mål” (Nationalencyklopedin 2012). Människan är inte motiverad att göra något, om hon inte upplever att det hon gör är värdefullt och meningsfullt. Brist av motivation hindrar människan att uppnå sina mål. (Suvikas m.fl. 2007, s. 78).

Motivation och förbindning är viktiga delar i rehabiliteringen. Med hjälp av handledning har vårdaren möjlighet att påverka på hur patienten ser på sin funktionsförmåga. Benten och Spalding (2008, s. 9) skriver i sin artikel att om patienten har möjlighet att delta i planeringen av sin rehabilitering har det en positiv inverkan på motivationen samt förbindningen till den planerade rehabiliteringen. Patienter bör kunna uppleva att rehabiliteringen har någon nytta för dess välmående. Detta sker bäst genom att patienten

känner delaktighet i rehabiliteringsprocessen. Vårdare kan inte ensamma planera hur patienten rehabiliteras eftersom hon inte kan förstå hur patienten upplever sin situation. Endast via patientens förbindning till rehabiliteringen kan rehabiliteringen få ett lyckat resultat. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, s. 32).

Sabin (2005, s. 218) refererar Resnick som i sin studie intervjuade 77 åldringar skriver att om äldre anser sig ha möjlighet att utöva fysiska aktiviteter så är de också mera motiverade till detta. Han skriver även att då patienter upplever att de framskrider mot sina mål i rehabiliteringen, så ökar också deras motivation till att fortsätta. Patienter som har ett starkt socialt stöd säger sig få "moraliskt" stöd för att fortsätta rehabiliteringen, även stöd och uppmuntrande av vårdare anses ha positiv inverkan på motivation. I forskningen framkommer även att patienter som är djupt andliga med en stark tro på gud är mera motiverade i att fortsätta rehabilitering.

Sabin (2005, s. 218) refererar Philips m.fl. att handledning om nytta i att vara delaktig i rehabiliteringen samt även vilka effekter att inte delta kan orsaka, har en motiverande inverkan hos patienten. Motiverande inverkan hos patienten ger också att ställa upp mål tillsammans med patienten. Det här ökar på motivationen till att vara delaktig i rehabilitering. Sabin skriver att man bör förstå att varje människa är en unik individ och därför bör också rehabiliteringsplaner, aktiviteter och mål också vara individuella. Detta ger det bästa resultatet i den äldres rehabilitering.

## **6 Praktisk tillämpning**

I det här kapitlet sammanfattar vi resultat från forskningarna använda i det här arbetet. Vi beskriver också utformningen av affischen och handledningen. Vi har sammanfattat resultaten genom att manuellt plocka ut resultaten från varje enskild forskning och de resultaten som hade mest betydelse i forskningarna togs med i innehållet på vår affisch.

### **6.1 Sammanfattning av resultat**

Det framkommer genomgående i forskningarna, att det är en fördel att ha ett fysiskt aktivt liv. Det största hotet mot ett självständigt liv är inaktivitet, då ett självständigt liv är beroende av rörelseförmågan och hur man klarar av de dagliga aktiviteterna (Jansson & Almberg). Utan fysisk stimulans sker ingen förbättring i funktionsförmågan. Däremot försämras den alltefter som individen blir äldre och kroppen åldras.

Genom att utföra fysiska aktiviteter får den äldre individen bättre balans, muskelstyrka, uthållighet och rörlighet (Fahlman m.fl., Jacobson m.fl., Toulotte m.fl.). De här är delar av fysisk funktionsförmåga och bidrar till en bättre kroppshållning och gång. Gången, balansen och kroppshållningen är faktorer som påverkar fall. Har individen t.ex. bättre gång och balans minskas risken för fall. Förebygger man fall och minskar fall, vilket påvisas att man kan göra i studien av Toulotte m.fl., får man också en ekonomisk fördel med fysisk aktivitet. Då fallen minskar, går också kostnaderna för samhället ned.

Hinder i miljön är en faktor som har negativ inverkan då de äldre skall utföra aktiviteter (Hovbrandt m.fl. 2007). Därför skulle vara viktigt att göra de utrymmen de äldre rör sig och utför aktiviteter i lättillgängliga och flytta på eventuella hinder i omgivningen. I studien av Hovbrandt m.fl. påvisar att den äldre använder sig av sina resurser för att göra det möjligt att delta i aktiviteter. En av deras viktigaste resurser är anhöriga. Den sociala kontakten till andra är också en faktor som bidrar till ökat deltagande i aktiviteter.

Förmåga att bättre klara sig själv, det vill säga bättre funktionsförmåga, är en faktor som bidrar till högre livskvalitet. Andra faktorer som bidrar till högre livskvalitet är känsla av kontroll i sitt liv och social interaktion. (Berg m.fl., Borg m.fl.).

Resultaten i ett flertal forskning tyder på att fysisk aktivitet har en positiv inverkan på funktionsförmågan. De flesta forskningarna har fokus på den fysiska funktionsförmågan, men eftersom dimensionerna i funktionsförmågan är en helhet, påverkas dimensionerna av varandra, vilket också framkommer i en del av forskningarna. Det här betyder att man inte enbart får fysiska fördelar med att vara fysisk aktiv utan det finns även psykosociala förmåner.

Vid litteratursökning inom rehabilitering och motivation har två viktiga faktorer inom rehabilitering stigit fram, de är samarbete och motivation. I forskningen av Haapaniemi och Routasalo (2009) framkommer det att samarbete i rehabilitering mellan anhöriga, vårdare och patient främjar patientens funktionsförmåga. I forskning kommer det fram att samarbetet i rehabiliteringens planerande och utförande mellan vårdvårdare, patienter och anhöriga gynnar patientens rehabilitering på bästa sätt (Haapaniemi & Routasalo 2009) Det kom fram att patienter och anhöriga har ett behov av att få information om rehabilitering.

Resultat i olika forskningar är överens om att det även krävs patientens motivation och upplevelse av att rehabilitering har någon nytta för att rehabiliteringen skall gynna patienten.

Information för patienter och anhöriga, inte bara motiverar patienten men också anhöriga till att vara delaktiga i rehabiliteringen (Sigurgeirsdottir & Halldorsdottir 2007). Motivation och förbindning är viktiga delar i rehabiliteringen. Med hjälp av handledning har vårdaren möjligheten att påverka på hur patientens ser på sin funktionsförmåga (Benten & Spalding 2008). Forskningarna visar att anhöriga och vänner har en viktig roll i rehabiliteringen eftersom det är mest de som motiverar patienten, enskilda vårdare har inte alltid tid med att diskutera och uppmuntra patienter enskilt. (Galvin m.fl. 2009).

De forskningar som behandlar rehabilitering och motivation verkar även stöda litteraturen som säger att motivation är den viktigaste faktorn i att lyckas med rehabiliteringen. Suvikas m.fl. (2007) skriver i sin bok att en patient som inte är motiverad och upplever att de aktiviteter hon gör är meningslösa kommer heller aldrig att nå sina mål. Patienter bör kunna vara delaktiga i sin rehabilitering, endast då kan rehabiliteringen få önskad effekt (Kettunen & Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009).

## **6.2 Utformning av affisch**

Affisch är i vården en mycket använd metod för att klart och tydligt presentera resultat av arbeten på ett sätt som väcker diskussion och åsikter och som kan leda till ytterliga förbättringar i t.ex. arbetsmetoderna. Affisch fungerar också som en bra metod för att föra fram ny information och nya metoder för t.ex. kolleger, utan att ha ett inlärningsstillfälle som för vissa kan kännas hotande, då man strävar till något nytt. Det är nyttigt att använda sig av tabeller eftersom användning av figurer och tabeller gör det lättare för läsaren att visualisera resultatet av ett arbete. Vid utformningen av en affisch är det viktigt att den ser intressant ut samt att texten är tillräckligt stor och tydlig. Rubriken är mycket viktig och den bör väcka intresse hos läsaren. På affischen bör det komma fram vad arbetet handlar om, vilket syfte den har samt vilket resultat man kommit fram till i sitt arbete. affischen skall väcka tankar hos läsaren och bidra till förändring och utveckling (Shelledy 2004, s. 1213-1215).

Vi har skapat en informationsaffisch i storlek A2 utgående från de mest centrala resultaten av litteratursökningen (Bilaga 3). Affischen för fram positiv inverkan av rehabilitering och vad som motiverar vårdare, patienter och anhöriga till rehabilitering. Affischen sätts upp på

Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning och fungerar som en motivator för vårdare, patienter och anhöriga. Till affischen hör ett litet häfte (Bilaga 4) bestående av ett vikt papper av storlek A4. Häftet är en miniatyrversion av affischen. Dessutom finns arbetets svenska abstrakt och arbetets tillgänglighet på baksidan av häftet. Vi har även haft ett handledningstillfälle för patienter, vårdare och anhöriga för att presentera vårt arbete. Detta tillfälle skulle fungera som en motivator för rehabiliteringssamarbete bland vårdare, patienter samt anhöriga. Vår handledning fungerade som ett öppet diskussionstillfälle där vi inte föreläste för deltagarna, utan i stället handledde dem om rehabiliteringens nytta.

### **6.3 Handledningsplan**

Vi har valt att använda oss av 5A modellen i vår handledning för att den är gjord för korta handledningstillfällen och för att den går väl att tillämpa i vår handledning. Modellens idé är att få målgruppen att ändra på sitt tankesätt. Modellen lämpar sig för handledning där det ännu finns möjligheter att inverka på målgruppens beteende. Den baserar sig också på samarbete där alla delparter är likvärda och man gör beslut om förändring tillsammans. Modellen är uppbyggd enligt 5A:n där begreppen är; Assess (utvärdera), Advice (handleda), Agree (komma överens), Assist (hjälpa), Arrange (planera). (Kyngäs, m.fl. 2007, s. 101-103)

Assess innebär att man utvärderar vilka behov och resurser gruppen har samt hurdan viljan den har till förändring (Kyngäs, m.fl. 2007, s. 101). Beställaren har uttryckt ett behov av evidensbaserad kunskap utgående från den klientel som finns på avdelningen och personalen har upplevt att patienterna och de anhöriga inte ser nyttan av rehabilitering och vill därför ha en förändring. Personalen har en lång erfarenhet av rehabilitering och är motiverad till att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt.

Hur man handleder och vad man handleder är delar av Advice. Man skall handleda på ett sätt där alla i gruppen har möjlighet att reflektera över sina tidigare upplevelser och åsikter, men ändå på ett sätt som respekterar deras självbestämmanderätt och utan att nervärdera eller kritisera. (Kyngäs m.fl. 2007, s. 101). I vår handledning delar vi in deltagarna i mindre grupper för att alla skall ha tillfälle att uttrycka sina tankar om de vill. Vi fungerar som ett stöd i patient- och anhöriggrupperna för att hjälpa dem komma vidare om diskussionen stannar upp.

Agree är uppbyggt enligt att man utgående från gruppens behov kommer överens vad som skall tas upp på handledningen och hur man tillsammans når förändring. Då man

tillsammans fattar beslut är det lättare för målgruppen att förbinda sig till handledningen och deltagarna får en känsla av delaktighet. (Kyngäs m.fl. 2007, s. 102). Det som vi kommer att upptäcka under vår handledning är evidensen och tillsammans har deltagarna möjlighet att få reflektera över vad de själva kan göra för att uppnå förändring i deras attityder gentemot rehabilitering.

Assist handlar om att handledaren skall hjälpa gruppen att känna igen och avlägsna eventuella hinder för att bli motiverad till förändring och med hjälp av deltagarnas resurser försöka uppnå mål. Man stöder gruppen i att hitta egna metoder med vilken den kan upprätthålla eller återfinna sin motivation. (Kyngäs m.fl. 2007, s. 102). Genom diskussion har vi möjlighet att höra deltagarnas åsikt om rehabilitering och på så vis kan vi identifiera deras hinder och resurser.

I Arrange tar man fram på vilket vis gruppen i fortsättningen kan hitta stöd för fortsatt vilja till förändring (Kyngäs m.fl. 2007, s. 103). Den här delen riktas mest till personalen och på vilket vis de i fortsättningen kan få patienter och deras anhöriga att delta i rehabilitering samt att se positivt på den. Vårt examensarbete med den innehållande evidensen skall fungera som ett hjälpmedel för personalen och med vilken den i fortsättningen kan motivera nya patienter och anhöriga till att vara delaktiga i rehabiliteringen.

Vårt syfte med handledningen på Dalsbruksbäddavdelning är att ha ett tillfälle där vi kort presenterar evidensbaserade resultat om rehabiliteringens nytta och inverkan på funktionsförmåga och samtidigt få igång en diskussion bland personal, patienter och anhöriga. Målet för gruppen är att väcka intresse hos alla deltagare som leder till samarbete i rehabiliteringsprocessen. Vårt eget mål för handledningen är att utveckla våra handledningsfärdigheter.

Vi hoppas att personal, patienter och anhöriga kommer att finnas representerade vid handledningstillfället, men vi kan inte garantera att så kommer att ske, då det är ett öppet tillfälle och alla själv bestämmer om de deltar eller inte. En inbjudan skickas till avdelningen och de för den vidare till anhöriga, patienter och media. Dalsbruks bäddavdelning finns i hälsovårdscentralens utrymmen och inbjudan läggs även upp i de allmänna utrymmen där.

Åldersfördelningen inom personalen känner vi inte till, inte heller bakgrund eller om alla i personalen kommer att delta eller endast de som är i arbetstur. Det som vi däremot vet, är att alla vårdare har valt att jobba inom rehabilitering och är motiverade till att arbeta med



ett rehabiliterande arbetssätt. Vi vet inte patienternas sjukdomshistoria, men åldern är troligtvis från 65 år och uppåt. De övriga deltagarnas bakgrund vet vi inte heller någonting om och det kan vara allt från äkta hälfter, barn och barnbarn, men också eventuella andra deltagare som inte har en direkt anknytning till Dalsbruks bäddavdelning.

För handledningen har vi reserverat 2 timmar. Handledningen hålls i avdelningens matsal/dag sal som är ett öppet rum mot korridoren. Vi börjar med kaffebjudning och när alla har försett sig med kaffe så inleder vi vår handledning med att presentera oss själva och projektet T.A.G. – i livet (15 minuter). Därefter framlägger vi i korthet resultat från vår litteratursökning (10 minuter).

Vi har en Powerpoint presentation (se Bilaga 2) som ett stöd för oss då vi håller handledningen. Vi har inte mycket information på sliden eftersom vi inte skall föreläsa om rehabilitering. Det är meningen att deltagarna skall vara aktiva och delta i diskussion och reflektera över egna erfarenheter. I Powerpoint presentationen har vi korta stödord, diskussionsfrågor och feedbackfrågor.

Vi delar in deltagarna i mindre grupper där de får reflektera över olika frågor som vi lägger fram. Vi behandlar en fråga i taget. I gruppen diskuteras frågorna 10 minuter (totalt 50 minuter) och efter det diskuterar vi tankar som stigit upp under gruppdiskussionen (25 minuter). Grupperna delas in så att personalen bildar en grupp och patienterna och anhöriga i skilda grupper. Vi har valt att göra en sådan här indelning för att gruppdeltagarna skall ha lättare att reflektera över saker med personer som är i liknande situation som de själv. Fröberg går med som grupphandledare till anhörig-gruppen och Kalmi går med patient-gruppen. Vi gör anteckningar av vad som stiger fram under diskussionen.

Vi hoppas få feedback av deltagarna. Vi kommer att ha samma gruppindelning som tidigare och Fröberg går in i anhörig-gruppen och Kalmi till patient-gruppen. De får besvara frågor och uttrycka tankar gällande handledningen och vi fungerar som diskussionsledare samt gör anteckningar. Personalen gör det här på egenhand (15 minuter).

Eventuellt läser vi en dikt som avslutning (5 minuter).

#### **6.4 Utvärdering av handledning 23.5.2012**

Vi höll vår handledning på Dalsbruks bäddavdelning 23.5.2012. Vi anlände till avdelningen i god tid för att ställa i ordning för vår handledning. Utrymmet som

handledningen hölls i var avdelningens matsal/dagsal. Då vi kom åt ännu några patienter och vi upplevde att det blev lite stökigt att städa undan och ändra om för handledningen. I personalens feedback framkom också att de hade upplevt det stökigt att ställa igång. Ett utrymme ämnat för liknande tillfällen och som i god tid skulle ha kunnat ställas i ordning inför handledningen skulle ha varit idealiskt.

Vår tidsplan som vi hade gjort upp för vår handledning visade sig vara realistisk och den höll rätt så bra. Vi hade reserverat 2 timmar för handledningen och vi använde 1 timme och 55 minuter. Vi följde också vår disposition som vi hade lagt upp.

Deltagarantalet i handledningen var stort. På plats fanns 7 patienter från avdelningen, 2 patienter hemifrån som har rehabiliterats på avdelningen, personal och 8 anhöriga. Tyvärr kunde ingen från medierna delta trots att de hade fått inbjudan. Fröberg tyckte att antalet deltagare i anhöriggruppen var lämplig, medan Kalmi tyckte att patientgruppen var för stor. En grupp på 4-5 personer skulle ha varit mera lämplig då kontakten till gruppen inte blev så stark. Gruppen blev för utspridd på grund av rullstolar, hjälpmedel och bord och Kalmi fick röra sig runt gruppen i stället för att sitta ner och bli en del av gruppen.

Vi hade gjort en Power Point presentation (Bilaga 2) där vi hade några diskussionsfrågor. Vi upplever nu efteråt att vissa frågor kunde ha delats upp till mindre och mera detaljerade frågor för att mera hålla fokus på ämnet. Diskussionerna gick mycket förbi ämnet vilket ledde till att mycket blev för oss irrelevant.

Vi fick också feedback om innehåll och om oss som handledare av patienter, anhöriga och personal. Alla grupper var överens om att tiden som var reserverad för tillfället var lämplig och det upplevdes väldigt positivt att det hölls ett sådant här tillfälle. Gruppindelningen tyckte de anhöriga att var bra då de upplevde att de mera fritt kunde berätta och diskutera. Patienterna tyckte att alla hade fått tillfälle att säga sitt. Också personalen upplevde att alla hade varit delaktiga och reflekterat kring rehabilitering.

Personalen saknade mera forskningsresultat, medan anhöriga nog tyckte att innehållet hade varit bra, men saknade mera information om hjälpmedel. I diskussionerna märktes det bland anhöriga att intresset för rehabiliteringen var ganska svalt och de var mera intresserade av frågor kring social- och hälsovårds service. Patienterna tyckte det var tydligt och klart, vilket gjorde att de kunde slappna av och delta i diskussion. Också personalen var av den åsikten att vi handledde på ett naturligt och avslappnat sätt. De anhöriga tyckte att vi kunde ha talat lite högre.

Vi tyckte själva att vi som handledare fungerade bra. Vi talade tydligt, i ett lugnt tempo, höll oss till ämnet och vår disposition. Vi lyckades hålla igång diskussionerna genom att ställa tillägsfrågor om diskussionen torkade ut.

Vi tycker att vi uppnådde vårt mål för gruppen till viss del. För att helt kunna uppnå målet borde det hållas flera handledningstillfällen för en grupp. Deltagarna kunde då vara färre till antal i en grupp. En liten förändring i patientgruppen kunde anas. Några av patienterna var från förut intresserade av rehabilitering och såg det som väldigt positivt att rehabilitera sig, medan andra inte såg idén med att själv vara delaktig i rehabiliteringen. Några ändrade lite sin uppfattning om eget deltagande i rehabilitering och nyttan av den. Med tanke på de anhöriga upplevde vi, att vi inte såg en förändring i deras tankar om rehabilitering, men deras inställning till rehabilitering var rätt positiv från förut. Trots att de såg positivt på rehabilitering och det var ämnet för handledningen, så fokuserade de anhöriga mera på resursfrågor och sociala tjänster.

Det här handledningstillfället var värdefullt och lärorikt med tanke på att få förbättrade färdigheter i att handleda. Vi anser att vi har uppnått vårt eget mål.

## **7 Litteratursökning**

Vi började litteratursökningen med att söka i bibliotekskatalogerna Vesta och Lukas samt Volter och Vaski. Vi sökte litteratur på nyckelorden "rehabilitering" och "funktionsförmåga" och utgående från vad den litteraturen berättade, utformade vi vidare våra sökord. Vi använde oss av ord som "åldrande", "äldre", variationer av ordet "funktionsförmåga", "rehabilitering", "motivation", "delaktighet", "design". Vi sökte även med dessa ord på finska och engelska. Vi har också sökt manuellt i tidskrifter samt i biblioteket på Åbo universitet. Vi har sökt artiklar i bibliotekets artikeldatabaser, av dessa har vi använt Vård i nordén, Ebsco, SveMed+ och Arto. Vi avgränsade artikel sökningen från 2005 och nyare. Eftersom flera av de artikelträffar vi fick endast var referat, men behandlade relevant tema gick vi igenom deras källor och sökte på de enskilda artiklarna. Även om vi fick mycket artikel träffar på våra sökord, behandlade artiklarna inte alltid vårt ämne. Ett exempel på detta var att artiklar förknippade med rehabilitering kunde även vara förknippade med missbruk eller med barn. Ofta var rubriker formulerade på sådant sätt att det verkade vara relevant för vårt arbete, men visade sig vara totalt irrelevant. Vi har varit kritiska då vi valt våra artiklar genom att kritiskt granska deras metoder.

## 8 Kritisk granskning

I det här kapitlet skriver vi om tillförlitlighet, etiska aspekter och hållbar utveckling i det här examensarbetet.

I vårt arbete har vi använt artiklar som är publicerade i tidskrifter och vetenskapliga forskningar som publicerats i artikeldatabaser. Vi har valt att inte använda artiklar som är äldre än år 2005. Övrig litteratur har vi mån av möjlighet använt också från år 2005 och nyare. Vi har använt några äldre källor som är äldre än 2005 och det är för att de källorna varit väldigt relevanta för ämnet eller för att vi har ansett att de varit lämpliga för vårt arbete.

För att ämnet man studerar inte skall bli för omfattande, måste man avgränsa det till en viss synvinkel och fördjupa sig i det eftersom ett ämne ofta innehåller olika perspektiv. (Forsberg & Wengström 2008, s.78). Vi har avgränsat vårt arbete enligt beställarens behov. Beställarens behov är att få evidensbaserad kunskap om att rehabilitering är lönsamt och använda arbetet som ett redskap för att handleda och motivera patienter, anhöriga och personal.

Efter att forskningsområdet avgränsats kan man sätta igång med formulering av sökord som används vid litteratursökningen. Vid formuleringen av sökord lönar det sig att utgå från frågeställningen. (Forsberg & Wengström 2008, s.80-85). Vi har använt oss av sökorden "rehabilitera", "funktionsförmåga", "motivera", "handleda", "vårdare", "patient" och "anhörig" samt synonymer till dessa ord och andra ord som är kopplade till dem. Vi har försökt ha våra sökord tillräckligt snävt begränsade för att få de mest relevanta träffarna. Vi har sökt på svenska, engelska och finska. Vid vår sökning märkte vi att det ofta kom upp samma artiklar även om kombinationen av sökord var varierande. Även om vi använt varierande sökord finns det risk för att det ytterligare finns sökord som vi inte tänkt på och därför kan det finnas forskningar som har omedvetet har uteblivit. Det finns även risk för att det uteblivit forskningar p.g.a. att vi använt oss av bekanta databaser och valt bort databaser som visat sig vara svåra att söka på.

Det finns risk för att vi felaktigt har tolkat texter från finska och engelska och därmed också fått en feltolkning av litteraturen. För att försöka eliminera risken för det här har vi noggrant kontrollerat våra texter och att vi tolkat rätt med hjälp av ordböcker. Trots att litteraturen är på svenska, är det inte någon garanti för att man inte skulle kunna tolka fel.

För att ett examensarbete skall vara etiskt acceptabelt och tillförlitligt skall det vara gjort enligt vetenskaplig praxis (ETENE 2010). Etiska överväganden man måste tänka på är att forskningarna man använder sig av är etiskt godkända och att deras tillförlitlighet är granskad. Man använder sig av relevanta forskningar som antingen stöder eller inte stöder den litteratur man utgår från. Man redogör för alla de källor man använt sig av i arbetet. (Forsberg & Wengström 2008, s.77). Trots att vi själva har våra egna uppfattningar om och erfarenheter av rehabilitering, samarbete och delaktighet inom rehabilitering och rehabiliterande arbetssätt så har vi inte låtit de inverka på vårt arbete utan vi har förhållit oss neutralt.

Vi har inte heller redogjort för endast den positiva evidensen utan även tagit med den negativa och neutrala om vi fått sådana resultat. Eftersom vi inte själva har gjort någon datainsamling utan använt oss av studier som är utförda av andra har vi inte varit i behov av få etiskt godkännande för vårt arbete. Vi har däremot granskat de använda artiklarna genom att kontrollera att forskningarna fått etiskt godkännande från sina respektive etiska kommittéer och att de har använt sig av acceptabla urvals-, datainsamlings- och analysmetoder.

Med tanke på vårt handledningstillfälle hade alla möjlighet att välja om de vill delta eller inte, deltagarna kunde behålla sin anonymitet och det var meningen att gruppen skulle tillföras resurser för att kunna förbättra deltagarnas samarbete inom rehabilitering samt att främja välmående. Det här kan kopplas samman med Nilstuns (1994, s. 9-10) syn på etiska principer. Han tar upp autonomiprincipen vilket innebär att individen skall ha rätt till självbestämmande och konfidentialitet. Enligt nyttoprincipen, som är en kombination av inte skada-principen och göra gott-principen, skall man inte medföra någon lidande utan man skall förebygga skada och medföra välbefinnande. Enligt den tredje principen, rättvisepincipen, har man en moralisk skyldighet att respektera allas rättigheter och delge resultat så att de sämst ställda kan dra nytta av dem.

Vi hade möjlighet att under vårt handledningstillfälle få viktig kunskap genom att observera deltagarna och på det här viset få en uppfattning av deras intresse och attityder för ämnet. Samtidigt fick vi ta del av deras tankar och få feedback av deltagarna.

Yrkeshögskolan Novia (2011) skriver på sin hemsida ”En hållbar utveckling innebär att skapa ett samhälle där ekonomisk utveckling, social välfärd och sammanhållning förenas med en god miljö”.

I kontakten till beställaren och till varandra inom projektet har vi till största delen skött i elektronisk form och vi har också försökt vara sparsamma med att kopiera och printa ut artiklar. Det här är hållbart med tanke på miljön. Med tanke på samhället, ekonomisk utveckling, social välfärd och sammanhållning är det här examensarbetet mycket hållbart. Det är mera kostnadseffektivt att rehabilitera för att äldre skall kunna få bo hemma så länge som möjligt i motsats till att de är på institution. Genom rehabilitering får de äldre bättre funktionsförmåga, vilket leder till att den äldre blir mera aktiv, både fysiskt och socialt. Det här bidrar till att livskvaliteten höjs. Det här examensarbetet skall fungera som ett hjälpmedel för vårdaren för att motivera patienter och anhöriga att hålla samman och sträva mot ett gemensamt mål.

Vidare är det här examensarbetet hållbart, eftersom det är användbart inom andra rehabiliterande enheter utöver Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning. Enheter som har ett rehabiliterande förhållningssätt till sitt sätt att vårda, till exempel inom åldringsvården, kan dra nytta av det här arbetet. Det skulle vara viktigt att också hemsjukvården, då de äldre fortfarande är bosatta hemma, skulle aktivera och uppmuntra de äldre till att vara aktiva med hjälp av det här arbetet. Egentligen borde det satsas på de äldre som ännu är utanför vårdsystemet för att de skall få bättre förutsättningar att rehabilitera sig om de insjuknar. Det är någonting som i framtiden skulle kunna utvecklas och skrivas om.

## **9 Diskussion**

Det här examensarbetet började hösten 2011 inom projektet T.A.G. i livet. Redan samma höst gjorde vi vårt första besök till det här arbetets beställare, Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning, för att bekanta oss med verksamheten och för att få noggrannare information om hurdana förväntningar de hade av vårt samarbete. Ytterligare två besök har gjorts till avdelningen, en gång för att skriva kontraktet att båda parter förbinder sig att slutföra projektet och en gång för att hålla ett handledningstillfälle. Utöver besöken har vi haft kontakt via e-mail. Vi upplever att vår kontakt till beställaren har varit lyckad.

Det tog rätt lång tid att komma igång med utformandet av vår teoridel, då gruppammansättningen förändrades efter att arbetet redan kommit igång. Från att det var en grupp, blev det ett pararbete. Det här gjorde att vår arbetsprocess stannade upp och vi fick fundera om. Då vi kom igång igen började vi med en bred litteratursökning. Efter att vi begränsat vårt sökområde med klara sökord blev det klart att arbetet kunde delas in i två delområden. Enligt oss var det logiskt att vi började arbeta med varsin del med mera

specifika sökord och sammanställande av litteraturen. Efterhand tog arbetets disposition form och helheten började framträda.

Att skriva ett examensarbete tillsammans med en annan kändes först främmande eftersom vi inte kände varandra sedan tidigare. Hur de praktiska arrangemangen skulle lyckas med att hitta tid att skriva och fundera tillsammans, på grund av våra livssituationer, var också ett orosmoment. Nu kan vi konstatera att vi har haft ett gott samarbete. Vi har lärt känna varandra, vi har ordnat gemensam tid för det här arbetet och det har varit en fördel att skriva tillsammans med en annan. Arbetar man tillsammans har man möjlighet att reflektera och bolla med tankar och komma fram till lösningar som man eventuellt inte skulle göra om man skriver ensam.

Vi anser att vi lyckats få svar på våra frågeställningar. Den första frågeställningen i det här arbetet var: ”Vad framkommer av den evidensbaserade kunskapen om rehabiliteringens inverkan på funktionsförmåga?”. Det finns mycket forskat om rehabilitering och den fysiska aktivitetens inverkan på funktionsförmåga. Forskningarna som är använda i det här arbetet kommer från hela i världen, använda forskningarna kommer från Norden, Europa, Amerika och Asien. Forskningarna har fått liknande resultat och vi tolkar det här att människor i hela världen fungerar på samma sätt och får liknande funktionsnedsättningar till följd av åldrandet. Forskningsresultaten påvisar att det lönar sig att upprätthålla ett fysiskt aktivt liv, då endast positiva effekter fås av fysisk stimulans.

Vår andra frågeställning var: ”Vilka faktorer bidrar till ökad motivation hos vårdare, patienter och anhöriga i rehabilitering?”. Även den här frågeställningen anser vi att har blivit besvarad även om området inte är lika väl forskat som funktionsförmåga. Trots att vi kunnat besvara frågeställningen skulle det med mera forskning kunna komma fram flera faktorer som påverkar motivationen. Patientens motivation har en stor inverkan i rehabiliteringen, därför skulle det vara nödvändigt att det forskades mera inom området.

Vi tycker att vi har lyckats med utformningen av affischen. Tyvärr har vi inte haft tid att testa affischen, men vi tycker att den är tilltalande, lockande och tydlig. Eftersom bilden på affischen har ett skärgårdsmotiv tror vi att den kommer att tilltala patienterna på avdelningen då havet antagligen har varit en del av deras liv. För att göra affischen lättläst har vi försökt minimera textmängden, men ändå tagit med det väsentliga. Vi har använt oss av kontraster så att texten blivit tydlig att läsa.

Eftersom befolkningens medelålder stiger kraftigt i Finland under de kommande årtiondena är det här examensarbetet sannerligen aktuellt. Det här arbetet är gjort för en rehabiliterande enhet, men oavsett av vilken orsak en individ rehabiliteras för, behövs motivation hos vårdare, patienter och anhöriga för att kunna nå ett bra rehabiliteringsresultat och därför kan det här arbetet användas på andra enheter som utför rehabilitering.

T.A.G. i livet projektets mål är: ”att utveckla material som främjar resursförstärkande och rehabiliterande arbetssätt och därmed stöda klienter till bättre funktionsförmåga, involvera klienternas närmaste samt förstärka vårdarens kunskaper inom det rehabiliterande arbetet”. Vi anser att vi har uppnått målet med det här examensarbetet eftersom arbetet i sig fungerar som en manual för vårdaren. Dessutom fungerar affischen som en informationskälla och motivator främst för patienter och anhöriga, men också för vårdaren.

Vårt mål att ”utveckla och få förbättrade kunskaper inom rehabilitering och rehabiliterande arbetssätt” delvis uppnått. Eftersom vi båda har erfarenhet av rehabiliterande arbete, var inte ämnet helt obekant för oss. Rehabiliteringens positiva effekter var sedan tidigare bekant för oss, men vi har nu fått bekräftelse att vår tidigare kunskap överensstämmer med forskningsresultat. Kunskap om motivationens inverkan på rehabilitering och vilka faktorer som påverkar motivationen är nytt för oss.

Även det andra målet ”att med hjälp av förbättrad kunskap kunna handleda patienter samt deras anhöriga i arbetet som sjukskötare för att kunna främja hälsa” har vi delvis uppnått. Eftersom vi har haft en handledning har vi bättre färdighet än tidigare i att handleda, men trots det så krävs ännu mera erfarenhet för att kunna finslipa vår handledningskunskap för att bli mera säkra handledare. Om vi kunde främja hälsa eller inte är svårt att utvärdera.



## Källförteckning

Benten, J. & Spalding, N. (2008). Intermediate care: What are service users' experiences of rehabilitation? *Quality of ageing* 9 (3) 5-14.

Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E. & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*. 10(3), 257-264.

Borg, C., Hallberg, I.R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing* 15, 607-618.

Burke, K-G & Doody, O. (2012). Nurses' of their role in rehabilitation of older persons. *Nursing Older People*, 24 (2), 33-38.

Cameron, I-D & Kurrle, S-E. (2002). Rehabilitation for older people. *MJA*, 177, (7), 387-390.

ETENE (2006). [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17145 & name=DLFE-529.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17145&name=DLFE-529.pdf). (hämtat 5.4.2012)

Fahlman, M. M., Topp, R., McNevin, N., Morgan, A. L., Boardley, D. J. (2007). Structured exercise in Older Adults With Limited Functional Ability. *Journal of gerontological nursing*, s. 32-39.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Galvin, R., Cusack, T. & Stokes, E. (2009). To what extent are family members and friends involved in physiotherapy and delivery of exercise to people with stroke?. *Disability and rehabilitation*, 31 (11), 898-905.

Haapaniemi, H & Routasalo, P. (2009). Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede*, 21 (1), 34-44.

Heimonen, S & Voutilainen, P. (eds.) (2000). *Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä*. Helsinki: Monila Oy.

Hinkka, K., Karppi, S-L., Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Grönlund, R., Puukka, P., Saarikallio, M., Salmelainen, U. & Vaara, M. (2004). *Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ- hankkeen menetelmät ja aineisto*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hovbrandt, P., Fridlund, B. & Carlsson, G. (2007). Very old people's experience of occupational performance outside the home: Possibilities and limitations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 77-85.

Iivonen, K. (2004). Kuntoutumista Edistävä Hoitotyö Vanhusten Lyhytaikaishoidon Yksikön Hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro Gradu-Avhandling. Turun Yliopisto Hoitotieteen laitos, Turku.

Jacobson, B.H., Thompson, B., Wallace, T., Brown, L. & Rial, C. (2011). Independent static balance training contributes to increased stability and functional capacity in community-dwelling elderly people: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 549-556.

Jansson, W. & Almqvist, B. (2011). *Gerontologi och geriatrik*. Stockholm: Liber Ab.

Jyrkämä, J. (2010) *Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus*. ingår i Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim). (2010). *Kuntoutus kanssamme - Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Jyväskylä: WS Bookwell Oy.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A & Ihalainen, J. (2009). *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsingfors: WSOYpro Oy.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Høyen Ranhoff, A. (2010). *Geriatrisk omvårdnad - God omsorg till den äldre patienten*. Stockholm: Liber AB.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. (2008). *Kuntoutuksella toimintakykyä*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lyyra, T., Pikkarainen, A & Tiikkainen, P (red.) (2007). *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki : Edita.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. (2009). *Vanhuksen parhaaksi – hoitaja toimintakyvyn tukijana*. Helsingfors: Prima.

MaCleod, M., Chesson, R-A., Blackledge, P., Hutchinson, J-D & Ruta, N. (2005). To what extent are carers involved in care and rehabilitation of patients with hip fracture. *Disability and Rehabilitation*, 27 (18-19), 1117-1122.

Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/kort/motivation> (hämtat 07.01.2012).

Nilstun, T. (1994). *Forskningsetik i vård och medicin*. Lund: Studentlitteratur.

Noppari & Koistinen. (eds.) (2005). *Laatua vanhustyöhön*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Pryor, J & O'Connell, B. (2008). Incongruence between nurses' and patients' understandings and expectations of rehabilitation. *Journal of Clinical Nursing*, 2008 (18), 1766-1774.

Rehabilitation. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/> (Hämtad 13.1.2010).

Routasalo, P., Wagner, L., Bayer, L. & Virtanen, H. (2003). Perceptions of geriatric rehabilitation nursing in Denmark. *Vård I Norden*, 23 (4), 4-10.

Sabin, K-L. (2005). Older Adults and Motivation for Therapy and Exercise. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21 (3), 215-220.

Sato, D., Kaneda, K., Wakabayashi, H. & Nomura, T. (2009). Comparison two-year effects of once-weekly and twice-weekly water exercise on health-related quality of life of community-dwelling frail elderly people at a day-service facility. *Disability and Rehabilitation*, 31(2), 84-93.

Serra-Rexach, J. A., Bustamante-Ara, N., Hierro Villarán, M., Gonzáles Gil, Pedro., Sanz Ibáñez, M. J., Blanco Sanz, N., Ortega Santamaría, V., Gutiérrez Sanz, N., Marín Prada, A. B., Gallardo, C., Rodríguez Romo, G., Ruiz, J. R. & Lucia, A. (2011). Short-Term, Light-to Moderate-Intensity Exercise Training Improves Leg Muscle Strength in the Oldest Old: A Randomized Controlled Trial. *JAGS*, 59(4), 594-602.

Shelledy, D-C. (2004). How to Make an Effective Poster. *Respiratory Care*, 49 (10), 1213-1216.

Sigurgeirsdottir, J & Halldorsdottir, J. (2008). Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 61 (4), 384-392.

Statistikcentralen. [http://stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001\\_sv.html](http://stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_sv.html)  
(hämtat 18.01.2012)

Sui, X., Laditka, J.N., Hardin, J.W. & Blair, S.N. (2007). Estimated Functional Capacity Predicts Mortality in Older Adults. *JAGS*, 55, 1940-1947.

Sumukadas, D., Witham, M.D., Struthers, A.D. & McMurdo, M.E.T. (2007). Effect of perindopril on physical function in elderly people with functional impairment: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 177(8), 867-874.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. (2007). *Kuntouttava lähihoito*. Helsinki: Edita Prima Oy.

*Svenska akademiens ordlista* 2006. Stockholm: Svenska akademien.

Teixeira-Salmela, L. F., Santiago, L., Magalhães Lima, R. C., Murta Lana, D., Oliveira Camargos, F. F. & Gomes Cassiano, J. (2005). Functional performance and quality of life related to training and detraining of community-dwelling elderly. *Disability and Rehabilitation*, 27(17), 1007-1012.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R & Viitanen, M. (red.) (2010). *Geriatría*. Helsinki: Duodecim.

Toulotte, C., Thevenon, A. & Fabre, C. (2006). Effects of training and detraining on the static and dynamic balance in elderly fallers and non-fallers: A pilot study. *Disability and Rehabilitation*, 28(2), 125-133.

Undervisningsministeriets arbetsgruppspromemorior och utredningar. (2006:24). <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>  
(hämtat 23.4.2012)

Vaartio-Rajalin, H. (2010). Projektplan. T.A.G. i livet. Tillgång, Aktivitet, Gemenskap.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. (2006). *Vanhusenhoito*. Helsinki: WSOY.

Vilka, H & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Yrkeshögskolan Novia (2011). Hållbar utveckling.  
[https://intra.novia.fi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=478&Itemid=510<=swe](https://intra.novia.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=478&Itemid=510&lang=sv) (hämtat 7.5.2012).

Finlands författningssamling:

Hälsa- och sjukvårdslagen 30.12.2010/1326. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) (hämtat 20.01.2012).

# Välkommen

Vi är två sjukskötarstuderande, Tommy och Ulrica, som gör ett examensarbete om rehabilitering. Kom med och lyssna och diskutera kring rehabilitering.



Figuren tagen från Clip Art.

onsdagen 23 .5 kl. 13-15 på Dalsbruks bäddavdelning



# Rehabilitering för ett bättre liv.

Dalsbruks rehabiliterande bäddavdelning

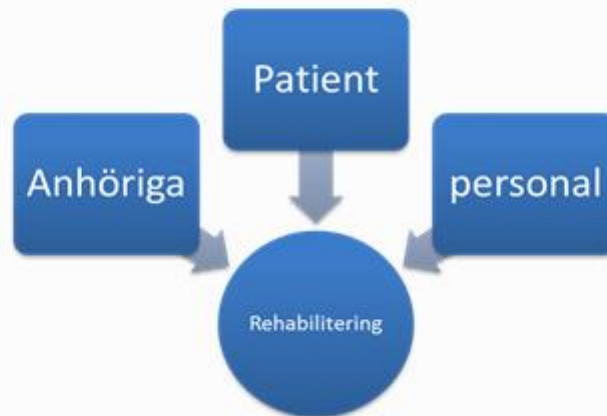
23.5.2012



## T.A.G. i livet

- Sjukskötarstuderande från YrkesHögskolan Novia
- Examensarbets projekt
- Projektets mål
- Indelning i mindre grupper
  - Patienter
  - Anhöriga
  - Vårdpersonal

## Samarbete inom rehabilitering



## Diskussion

- Hur upplever du rehabilitering?
  - Positivt – på vilket sätt?
  - Negativt – varför?



## Diskussion

- Har du positiva erfarenheter av rehabilitering?
  - Hur har det inverkat på ditt liv i sådana fall?

## Diskussion

- På vilket sätt kan du delta i/uppmuntra till rehabilitering?

## Diskussion

- Övriga tankar kring rehabilitering.

## Feedback

- Hur tycker du att vi fungerade som dragare?
- Vad tyckte du om innehållet?
- Borde det ha reserverats kortare/längre tid för tillfället?
- Har ni en annan inställning till rehabilitering efter det här tillfället?
- Kunde vi ha gjort något annorlunda?

# *Tack*



# REHABILITERA TILLSAMMANS

## FÖR ETT AKTIVT LIV

### FÖRDELAR MED FYSISK AKTIVITET

- Mer stabil gång
- Bättre uthållighet
- Förbättrad balans
- Ökad rörlighet i kroppen
- Ökad muskelstyrka
- Förbättrad kroppshållning
- Förebygga fallolyckor

### FÖRHÖJD LIVSKVALITET GENOM

- Delaktighet, känsla av kontroll i sitt liv.
- Sociala kontakter (vänner, familj).
- Bättre förmåga att klara sig själv.



### FAKTORER SOM PÅVERKAR MOTIVATIONEN hos vårdare, patienter och anhöriga

- Information om den egna rehabiliteringen.
- Intresse för den egna Rehabiliteringen.
- Delaktighet i planering av rehabilitering.
- Vilja till rehabilitering.
- Realistiska mål som kan uppnås.
- Vårdarnas kompetens.

YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

© TOMMY FRÖBERG & ULRICA KALMI

## SAMMANFATTNING

Syftet med det här examensarbetet är att utgående från evidensbaserad kunskap påvisa rehabiliteringens positiva inverkan på funktionsförmåga hos äldre. Beställaren för det här arbetet är Kimitoöns bäddavdelning, den rehabiliterande enheten i Dalsbruk. Arbetet fokuserar på hur fysisk aktivitet inverkar på funktionsförmåga och vilken roll samarbete och motivation spelar bland vårdare, patienter och anhöriga.

Det här examensarbetet är funktionsinriktat och metoderna som används är litteraturstudie och handledning. Ett handledningstillfälle har hållits för att väcka tankar om rehabiliteringsupplevelser och för att väcka intresse för rehabilitering. Handledning är ett väsentligt arbetsredskap för dagens sjukskötare. Det här handledningstillfället var en möjlighet för skribenterna att utveckla sina handledningsfärdigheter.

En produkt har utvecklats i form av sammanställd evidens från forskning inom rehabilitering samt en affisch för att synliggöra rehabilitering på Dalsbruks rehabiliterande enhet.

Forskningarna påvisar så gott som genomgående att ett fysiskt aktivt liv inte enbart leder till förbättrad fysisk funktionsförmåga utan har också inverkan på det psykosociala välmåendet och därmed höjs även livskvaliteten. Forskningarna påvisar också att då patienterna får vara delaktiga i planeringen av sin rehabilitering blir de mera motiverade i sin rehabiliteringsprocess. Kunskap om rehabilitering är en faktor till ökad motivation hos patienter och anhöriga. Även samarbete inom och motivation för rehabilitering ger ett bättre rehabiliteringsresultat.

*Hela arbetet finns tillgängligt i  
Yrkehögskolornas publikationsarkiv Theseus  
[www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)*



# REHABILITERA TILLSAMMANS

FÖR ETT AKTIVT LIV



YRKESHÖGSKOLAN  
**NOVIA**

© TOMMY FRÖBERG & ULRICA KALMI

## FÖRDELAR MED FYSISK AKTIVITET

- Mer stabil gång
- Förbättrad balans
- Ökad muskelstyrka
- Förebygga fallolyckor
- Bättre uthållighet
- Ökad rörlighet i kroppen
- Förbättrad kroppshållning

## FÖRHÖJD LIVSKVALITET GENOM

- Delaktighet, känsla av kontroll i sitt liv.
- Sociala kontakter (vänner, familj).
- Bättre förmåga att klara sig själv.

## FAKTORER SOM PÅVERKAR MOTIVATIONEN

- hos vårdare, patienter och anhöriga

- Information om den egna rehabiliteringen.
- Delaktighet i planering av rehabilitering.
- Realistiska mål som kan uppnås.

