

# **Hur vårdare kan främja rörligheten hos den äldre patienten**

En litteraturstudie

Alexandra Grönqvist

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	14365
Författare:	Alexandra Grönqvist
Arbetets namn:	Hur vårdare kan främja rörligheten hos den äldre patienten – En litteraturstudie
Handledare (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Uppdragsgivare:	Lovisa stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med det här arbetet är att ta reda på hur vårdare kan främja rörligheten hos den äldre patienten och även belysa rörlighetens betydelse i förhållande till den äldres upplevelse av livskvalitet och hälsa. Studien svarar på vilka faktorer som främjar respektive hämmar rörligheten, samt vilka verktyg vårdaren kan använda sig av i syftet att främja den äldres rörlighet. Det här arbetet är en litteraturstudie, vilken är baserad på 10 vetenskapliga artiklar. Artiklarna som använts för undersökningen har granskats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys och tolkats utgående från Katie Erikssons teori om vårdandets idé och vårdprocessen. Resultatet av analysen sammanfattas i kategorierna <i>individualitet</i>, <i>kontinuitet</i>, <i>vårdarens yrkesroll</i> och <i>god vårdrelation</i>. Sammanfattningsvis innebär resultatet att vårdaren utvärderar den äldre patienten som en enskild individ och tar hänsyn till dennas individuella behov i utformning av träningsplan och målsättning. Den äldres utveckling följs med kontinuerlig utvärdering och rapportering. I vårdarens yrkesroll sammanfattas faktorerna kunskap, intresse och en positiv attityd, vilka vårdaren bör ha i utövandet av sitt yrke. Slutligen påvisas att en god vårdrelation är central i främjandet av den äldres rörlighet. Vårdrelationen bygger på motivation och stöd, patientens självbestämmanderätt och trygghet. Det här arbetet är gjort på beställning av Lovisa stad.</p>	
Nyckelord:	Äldre patienter, rörlighet, fysisk aktivitet, funktionsförmåga, livskvalitet, Lovisa stad
Sidantal:	38
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	15.04.2016

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	14365
Author:	Alexandra Grönqvist
Title:	How caregivers can promote mobility among elderly patientes - A literature review
Supervisor (Arcada):	Gun-Britt Lejonqvist
Commissioned by:	Lovisa stad
Abstract:	
<p>The aim of this study is to investigate how the caregiver can promote mobility among the elderly patients and to enlighten the purpose of mobility in relation to the elderly's experience of quality of life and health. This study shows motivating factors as well as barriers to mobility among the elderly and gives an answer to what tools can be useful for the caregiver in promoting the elderly's mobility. The method of this thesis is a literature review, which is based on 10 research articles. These articles have been analyzed using a qualitative content analysis and have been discussed using Katie Eriksson's theory of caring and the care process as starting points. The result of the analysis is summarized in four categories: <i>individuality</i>, <i>continuity</i>, <i>the role of the caregiver</i> and <i>a good relationship between the caregiver and the patient</i>. A summary of the result is that the caregiver evaluates the elderly patient's needs individually as to create a base for the exercise program and goal setting. Progression in the elderly's mobility is followed by continuous evaluation and reporting. The role of the caregiver is a category for factors included in the profession. These factors are knowledge, interest and a positive attitude. Finally the analysis showed that a good relationship between the caregiver and the patient is central in promoting mobility among the elderly. This relationship is built on motivational support, autonomy and trust. This thesis is commissioned by Lovisa city.</p>	
Keywords:	Elderly patientes, mobility, physical activity, functional ability, quality of life, Lovisa stad
Number of pages:	38
Language:	Swedish
Date of acceptance:	15.04.2016

# INNEHÅLL / CONTENTS

<b>Förord</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Bakgrund</b> .....	<b>8</b>
2.1 Utvecklandet av äldrevården i Lovisa .....	9
2.2 Hälsa och rörlighet .....	10
2.3 Träningsrekommendationer för äldre .....	11
<b>3 Forskningsöversikt</b> .....	<b>12</b>
3.1 Skelettet .....	13
3.2 Muskulaturen.....	13
3.3 Balans och rörlighet .....	14
3.4 Hjärt- och kärlsystemet .....	15
<b>4 Centrala begrepp</b> .....	<b>16</b>
4.1 Funktionsförmåga .....	16
4.2 Rörlig och rörlighet.....	16
4.3 Fysisk aktivitet och fysisk träning .....	17
4.4 Kondition och konditionsträning .....	17
4.5 Styrketräning och funktionell träning .....	17
<b>5 Teoretisk utgångspunkt</b> .....	<b>18</b>
5.1 Vårdandets idé .....	18
5.2 Ansa, leka, lära .....	18
5.3 Vårdrelationen.....	19
5.4 Vårdprocessen .....	19
<b>6 Syfte och frågeställningar</b> .....	<b>20</b>
<b>7 Metod</b> .....	<b>20</b>
7.1 Problemaavgränsning .....	20
7.2 Datainsamling .....	21
7.3 Kvalitativ innehållsanalys .....	21
<b>8 Etik</b> .....	<b>22</b>
<b>9 Resultat</b> .....	<b>23</b>
9.1 Individualitet .....	24
9.1.1 Utvärdering.....	24

9.2	Kontinuitet .....	25
9.2.1	<i>Uppföljning</i> .....	26
9.2.2	<i>Rapportering</i> .....	27
9.3	Vårdarens yrkesroll .....	27
9.3.1	<i>Kunskap</i> .....	28
9.3.2	<i>Intresse</i> .....	29
9.3.3	<i>Positiv attityd</i> .....	30
9.4	God vårdrelation.....	30
9.4.1	<i>Den äldres självbestämmanderätt</i> .....	31
<b>10</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>32</b>
<b>11</b>	<b>Kritisk granskning</b> .....	<b>33</b>
	<b>Källor</b> .....	<b>35</b>
	<b>Bilagor</b> .....	<b>39</b>

## **FÖRORD**

Tack till alla de personer som fungerat som stöd under skrivprocessen! Speciellt vill jag tacka min sambo som bidragit med sitt lugn och tålamod då jag behövt det som mest. Jag vill även tacka min syster som korrekturläst mitt arbete.

## 1 INLEDNING

Under studietiden har jag träffat många äldre patienter som sökt vård på grund av oförmåga att få vardagen att praktiskt fungera – de klarar sig helt enkelt inte hemma. Jag har lagt märke till att dessa patienter ofta lider av symptom som bland annat orkeslöshet, yrsel, stelhet och smärta, vilket begränsar rörligheten och påverkar hela deras vardag och liv. På grund av detta blir enkla hushållssysslor, så som matlagning, städning och att ta hand om den personliga hygien, svåra för dem att förverkliga. Jag har även uppmärksammat att en känsla av otrygghet och rädsla för att falla är vanligt förekommande hos dessa patienter, vilket också bidrar till att den äldre blir allt mer inaktiv.

En god rörlighet ger den äldre större möjlighet att klara sig längre hemma och bidrar till ökat välbefinnande, upplevelse av hälsa och förmåga till självständighet. Främjandet av den äldres rörlighet på vårdavdelning ger även goda förutsättningar till en snabbare rehabilitering och minskad risk för hospitalisering, vilket i sin tur underlättar hemförloveningen avsevärt. Det är på grund av dessa orsaker av allra största vikt att som vårdare kunna bidra med verktyg för att främja samt hjälpa den äldre att upprätthålla sin rörlighet och funktionsförmåga.

Jag har upplevt att även om det finns träningsrekommendationer för de äldre, tas de av olika orsaker inte i bruk eller når fram till patienten. I det här arbetet vill jag därför lyfta fram vårdarens roll i främjandet av den äldre patientens rörlighet och ta reda på vilka verktyg vårdaren kan använda sig av i detta syfte. Jag vill med min studie även finna svar på vilka faktorer som inverkar främjande respektive hämmande på rörligheten hos den äldre patienten. Den här studien är relevant med tanke på att de äldre utgör en stor andel i antalet vårdkonsumenter. Jag kan därmed också konstatera att resultatet är användbart inom alla vårdområden och situationer, där vårdaren kommer i kontakt med den äldre patienten.

Arbetet är ett beställningsarbete för Lovisa stad och ingår i projektet *Utvecklandet av äldrevården i Lovisa*.

## 2 BAKGRUND

Fysisk aktivitet och rörlighet är en livsviktig, naturlig del av våra liv. Människokroppen är byggd för rörelse och vår kropp och själ mår bra av att vara fysiskt aktiv (Henriksson & Sundberg 2015, s. 1). Vi lär oss att upptäcka världen genom våra kroppar och rörlighet ger oss möjligheten att fungera som självständiga individer. Vi är vana vid att kroppen fungerar problemfritt och ifrågasätter sällan dess funktion, förrän vi drabbas av sjukdom eller skada. Då vår rörlighet hindras, består plötsligt livet av begränsningar i aktiviteter för både familjeliv och samhällsliv. Vi upplever vår livskvalitet försämrad, det tär på våra relationer och vi börjar småningom ifrågasätta vad hälsa och meningen med livet egentligen är. (Borg m.fl. 2007, s. 65)

De flesta människor anser att de viktigaste komponenterna för ett meningsfullt liv är kärlek, aktivitet och hälsa. Dessa är starkt sammankopplade och utgör tillsammans några av de absolut grundläggande mänskliga behoven (Borg m.fl. 2007, s. 65). Enligt psykologen Abraham Maslow är de fysiologiska behoven grunden för människans välbefinnande. Han menar att ett otillfredsställt fysiologiskt behov skapar obalans hos människan enda tills behovet är tillfredsställt. Med andra ord innebär brister i de fysiologiska behoven, så som fysisk aktivitet, nutrition och hygien, lidande hos människan. (Jerlang m.fl. 2008, s. 277-279)

Med stigande ålder förändras kroppens, hjärnans och nervsystemets funktioner. Därmed ökar också mottagligheten för sjukdomar och skador. Åldersförändringarna som sådana är relativt godartade och det är i första hand sjukdom och inte åldrandet i sig, som bidrar till en försämrad funktionsförmåga (Dehlin & Rundgren 2008, s. 21-24). Ett försämrat funktionellt tillstånd hos äldre som nyligen varit aktiva är därför oftast ett tecken på obehandlad sjukdom. Om inte bakomliggande orsaker åtgärdas, blir funktionsnedsättningen snabbt kronisk och inaktiviteten ett faktum. För att den äldre skall ha möjlighet att behålla sin livskvalitet och självständighet, behöver denna då snabbt få hjälp. (Dehlin & Rundgren 2008, s. 26-27)

Det är väl känt att andelen äldre, alltså personer som är över 65 år, ökar i vårt samhälle. I slutet av 1900-talet började därför forskare allt mer ta fasta på människans livsstil under livets gång och ett modernt koncept kallat *Active ageing* växte fram (Frändin & Helbostad 2015, s. 1-2). Konceptets idé är att bidra till välbefinnande för både den en-



skilda individen och samhället i stort genom olika typer av meningsfulla aktiviteter. Med aktiviteter avses fysiska, men även sociala, ekonomiska och kulturella. Det är meningen att alla skall ha likadan möjlighet till ett aktivt åldrande och konceptet är därför anpassningsbart utgående från den enskilda individens förmåga. Active ageing kan ses som ett paraplykoncept, där ett hälsosamt och produktivt åldrande är starkt relaterade till varandra. *''Active ageing aims to extend healthy life expectancy and quality of life for all people as they age''... ''Years have been added to life, now we must add life to years.''* (WHO 2012).

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland har utarbetat en vision fram till år 2020 med riktlinjer för motion som främjar hälsan och välbefinnandet. Målet för visionen är att vi skall röra på oss mer och sitta mindre under hela livet, samt att Finland i framtiden skall bli en starkare modell för övriga Europa i fråga om fysisk aktivitet. För att nå målet bör vi förstå att motionen och den fysiska aktiviteten är grundförutsättningar för individens och samhällets hälsa, välfärd och konkurrenskraft. De nyaste forskningsrönen, gott samarbete mellan intressegrupper, fungerande strukturer och ledarskap bör ligga som grund för utvecklingsplanen. Även möjligheter till ett fysiskt aktivt liv bör skapas för att förbättra tillgängligheten för den enskilda individen. Ledorden för utvecklingsplanen i syfte att uppnå målet är jämställdhet och likabehandling. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2013, s. 20)

## **2.1 Utvecklandet av äldrevården i Lovisa**

Utgående från *Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre* (Finlex 2012) har Lovisa stad utvecklat ett äldrepolitiskt program för åren 2013-2020. I programmet har riktlinjer skapats för servicen och vården av de äldre i kommunen. Kärnan i utvecklingsplanen är att betrakta åldrandet som en resurs, eftersom de äldres hälsa och funktionsförmåga med tiden har förbättrats. (Lovisa stad 2013, s. 3)

I utvecklingsplanen poängteras att de äldre i första hand ansvarar själva, eller med hjälp av sitt nätnätverk, för sin egen välfärd. Till servicesystemets uppgifter hör därför att i ett tidigt skede stöda, handleda och motivera de äldre till att ta ansvar för sin egen hälsa och sitt välbefinnande. (Lovisa stad 2013, s. 3)

Den etiska grunden för projektet *Utvecklandet av äldrevården i Lovisa* baseras på Social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendationer om tjänster för äldre och kan sammanfattas så här: *''Människovärde och det att människan är unik är inte enbart ord, utan det avspeglas på ett verkligt sätt i varje handling, val och beslut. Alla bör agera så att varje äldre person har tillfälle att så betydelsefullt som möjligt leva ett unikt liv ända till dess slut.''* (Lovisa stad 2013, s. 7)

Nyckelord för projektets värderingar är delaktighet, individualitet, trygghet, rättvisa och självbestämmanderätt. (Lovisa stad 2013, s. 7)

## **2.2 Hälsa och rörlighet**

''Att vara hälsa'' definieras enligt Katie Eriksson som att vara hel, att uppleva sig som en kroppslig, själslig och andlig helhet. Hälsans idé sammanfaller således med människans idé, det vill säga människans bild av sig själv och sitt varande. (Eriksson 1988, s. 12) Detta sammanfattas även i världshälsoorganisationen WHO:s definition av hälsa från 1948: *''Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller handikapp''* (WHO 2003). Vid Ottawa-konferensen 1986 tillade dock WHO en definition av hälsa, eftersom den tidigare definitionen (1948) kritiserats för att vara utopisk. Den nya definitionen lyder: *''Hälsa ses som en resurs i vardagslivet, inte målet med livet. Hälsa är ett positivt koncept som betonar sociala och individuella resurser såväl som fysisk förmåga.''* (Elinder & Fas-kunger 2006)

Rörlighet har en stark relation till den äldres upplevelse av hälsa. Nedsatt rörlighet kan göra det svårt för den äldre att utföra vardagliga uppgifter så som att handla, tvätta kläder, städa, duscha och laga mat (Lennartsson m.fl. 2012, s. 30-31). Det är även en bidragande orsak till känslan av ensamhet, eftersom rörlighetsbegränsning kan hindra den äldre från att komma ut från hemmet. Således blir den äldres sociala liv också lidande, vilket i sin tur kan leda till psykiskt påfrestning och till och med depression (Lennartsson m.fl. 2012, s. 51-52).

## 2.3 Träningsrekommendationer för äldre

För äldre rekommenderas hälsotion, det vill säga motion som främjar hälsan. Målet med hälsotionen är att den skall vara mångsidig och trygg, medföra minimala risker för individen samt koncentrera sig på att utveckla funktionsförmågan. Motionen bör vara i balans gällande belastning och mängd och bör motsvara individens utgångsläge i fråga om fysisk kondition, motorisk färdighet, motivation och intresse (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2004, s. 15). Äldre personer borde dessutom ha tillgång till ett individuellt motionsprogram som särskilt betonar balans- och rörlighetsträning (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2013, s. 15).

Här nedan presenteras allmänna träningsrekommendationer för äldre i syfte att främja hälsan, bevara eller förbättra den fysiska kapaciteten i fråga om styrka och kondition. Dessa rekommendationer är utarbetade av yrkesföreningar för fysisk aktivitet och har baserats på WHO:s globala rekommendationer om fysisk aktivitet:

- Aerob fysisk aktivitet i måttlig intensitet, 150 minuter per vecka. Aktivitet av måttlig och hög intensitet kan även kombineras. Träningen bör utövas i pass om minst 10 minuter och spridas ut i en jämn fördelning under veckan.
- Aktivitet som uppfyller ovanstående rekommendation är exempelvis 30 minuters rask promenad 5 dagar per vecka, 20-30 minuters löpning 3 dagar per vecka eller en kombination av båda alternativen. Denna rekommendation kan även översättas till antal steg, där åtminstone 7000 steg per dag är optimalt.
- Styrketräning bör utföras minst 2 gånger per vecka och omfatta flertalet av kroppens stora muskelgrupper. Muskelstärkande träning kan med fördel kombineras med balans- och koordinationsträning.
- Att sitta stilla en längre tid bör absolut undvikas. Muskelaktivitet i några minuter under regelbundna pauser är att rekommendera för dem som sitter mycket. (Frändin & Helbostad 2015, s.11)

Kroppens vävnader förlorar elasticitet i samband med åldrande och det är därför viktigt att tänka på att börja träningen försiktigt, för att sedan gradvis öka intensiteten. Att

värma upp kroppen ordentligt innan träningen och att stäcka ut musklerna efteråt är även av stor betydelse för återhämtningen. (Frändin & Helbostad 2015, s.12)

### **3 FORSKNINGSOVERSIKT**

Tidigare forskning har påvisat att även om ärftlighet och sjukdomar påverkar hur vi åldras, står det klart att också regelbunden fysisk aktivitet och träning är en betydande faktor. En aktiv livsstil kan alltså förebygga och reducera en mängd åldersrelaterade förändringar, såväl fysiska som psykiska, och det ger därmed möjlighet att längre behålla en hög grad av personlig självständighet och livskvalitet. Det har visat sig att det är fullt möjligt att förbättra kondition, uthållighet och även balans, styrka och rörlighet också på äldre dagar. Hälsovinster av fysisk aktivitet är i det stora hela lika för de äldre personerna som för de yngre åldersgrupperna. (Lexell m.fl. 2011, s. 194-195)

Variationen i funktionsnivå mellan olika personer ökar i takt med åldern på grund av arv, eventuella sjukdomar och livsstil. Forskning har dock visat att det är möjligt att främja hälsa och förebygga funktionsnedsättning genom fysisk aktivitet och träning också hos personer med låg funktionsnivå och olika sjukdomar. (Lexell m.fl. 2011, s. 195)

Omfattande studier har visat att promenader är den vanligaste formen av fysisk aktivitet hos äldre personer. En svensk studie visar att ungefär 70 % av de svenska 70-åringarna tar en daglig promenad. Förutom promenader är även trädgårdsarbete, utfärder i skog och mark, byggarbete, gymnastik, dans, cykling och simning några av de vanligaste aktiviteterna. För äldre med måttligt nedsatt funktionsförmåga fungerar även hushållsarbete som fysisk aktivitet och kan därmed också räknas som träning på längre sikt. Enligt en dansk studie begränsad till personer mellan 50 och 85 år, är andelen som är fysiskt aktiva på fritiden två tredjedelar. Dock visar samma studie att den rekommenderade dosen aktivitet per vecka minskar efter att personen fyllt 70 år (Grimby 2008, s. 4-5).

Nedan presenteras en översikt i de fysiologiska förändringar som sker hos den åldrande människan samt sjukdomar förknippade med dessa. Att känna till den här informationen är relevant för att förstå den äldre patientens behov av och möjlighet till rörlighet.

### 3.1 Skelettet

Maximal benmassa nås vid 20-30 års ålder för både män och kvinnor, men minskar sedan långsamt då vi blir äldre. Forskning har visat att det då sker en större nedbrytning av kvinnors benmassa i förhållande till nedbrytningen av benmassa hos män, i synnerhet i samband med kvinnans menopaus. På grund av detta har äldre kvinnor större benägenhet att drabbas av benskörhet. (Henriksson & Sundberg 2015, s. 22)

*Osteoporos*, så kallad benskörhet, är en systematisk skelettsjukdom som kännetecknas av låg bentäthet och försvagning av benvävnaden, vilket leder till minskad hållfasthet och därmed ökad risk för fraktur. Det är en tyst sjukdom som inte ger några symptom, utan upptäcks endast vid undersökning av aktuell misstanke om fraktur eller vid rutinmässig bentäthetsmätning. Beroende på bakomliggande orsaker och riskfaktorer, kan osteoporos delas in i två former: *primär osteoporos* och *sekundär osteoporos*. Primär osteoporos orsakas av det naturliga åldrandet och menopausen, men påverkas även av livsstilsfaktorer så som fysisk aktivitet, rökning, alkoholkonsumtion och bristfällig nutrition. Olika sjukdomar och långvarig behandling med vissa läkemedel, t.ex. kortison, orsakar i huvudsak sekundär osteoporos. (Grahns Kronhed & Ribom 2015, s. 1-3)

Fysisk aktivitet är "färskvare" för skelettet, vilket betyder att fysisk inaktivitet på sikt leder till förlust av benmassa. Den som behandlar patienter med benägenhet för osteoporosfraktur bör därför uppmuntra patienten till fysisk aktivitet, för att på så sätt stöda upprätthållandet av benmassan. Det är bevisat att styrketräning tillsammans med övningar i koordination och balans minskar fallbenägenhet och därmed risk för fraktur, även hos äldre patienter med osteoporos (Grahns Kronhed & Ribom 2015, s. 5-6). Med fall avses en händelse då en person oavsiktligt hamnar på golvet, marken eller en lägre nivå, oavsett om skada inträffar eller inte (Grahns Kronhed & Ribom 2015, s. 10).

### 3.2 Muskulaturen

Kroppens *muskelmassa* minskar med stigande ålder. Detta sker som en följd av en naturlig reduktion av antalet motoriska nervceller i ryggmärgens framhorn, med nervförbindelser till muskulaturen, vars celler är innerverade genom dessa. Även storleken på de enskilda muskelfibrerna reduceras hos de äldre, speciellt de snabba muskelfibrerna,

som aktiveras vid kraftiga och snabba kontraktioner, men som snabbt tröttnas ut. Minskningen av muskelfibrernas storlek beror även till en del på bristande aktivering, medan minskningen av antalet muskelfibrer är en direkt effekt av åldrandet. (Grimby 2008, s. 2)

Som en direkt verkan av den minskade muskelmassan sker i stigande ålder även en reduktion av *muskelstyrkan*. En frisk 80 åring kan i vissa muskler ha förlorat hälften av den ursprungliga muskelmassan, vilket alltså har lett till en halvering av muskelstyrkan. Samtidigt som muskelmassan minskar, sker en ökad inlagring av fett och bindväv i skelettmuskulaturen. Minskningen av både muskelmassa och muskelstyrka, leder till förändringar i aktivitetsförmågan, bland annat i gångförmåga och gånghastighet. (Lexell m.fl. 2011, s. 196)

Styrketräning ger en ökning av muskelmassan, även hos de äldre. En ökad muskelmassa beror på en tillväxt av muskelfibrernas storlek, men det sker ingen ökning av antalet muskelfibrer. För att upprätthålla muskelmassan bör den fysiska aktiviteten och träningen ske kontinuerligt och samtidigt vara utmanande. Effekten av träningen innebär att den muskulära uthålligheten vid en viss aktivitet förbättras och man behöver inte längre använda lika stor del av den maximala kraften. (Grimby 2008, s. 3)

Utöver ökad muskelstyrka leder styrketräning också till positiva effekter på hela kroppssammansättningen, proteinomsättningen och benmassan, framför allt hos äldre kvinnor. (Lexell m.fl. 2011, s. 197)

### **3.3 Balans och rörlighet**

Balans innebär förmågan att kontrollera kroppen i upprest ställning för att behålla dess jämvikt. Det är en sammansatt funktion, beroende av samordning av information från de sensoriska och motoriska system som är relaterade till både perifera och centrala nervsystemet. Förmåga till balans är dock också beroende av tilltro till den egna förmågan - att lita på sig själv. En nedsatt balansförmåga tillsammans med en bristande känsla av säkerhet och tro på sig själv, utgör riskfaktorer då det gäller fall och fallrelaterade skador. Forskning har visat att en nedsatt funktion i ett sensoriskt system inte leder till försämrad balans, vilket betyder att balansförmågan inte nödvändigtvis behöver förändras på äldre dagar. Dock innebär en reduktion i flera sensoriska system, t.ex. både syn och

muskel-led-sensibilitet, en nedsättning i balansförmågan. (Frändin & Helbostad 2015, s. 4)

Rörlighet innefattar ledernas förmåga till rörelseomfång, vilket är beroende av ledens funktion tillsammans med de omgivande strukturernas funktioner, alltså muskler, senor och ligament. Med tanke på förflyttningsförmåga och prevention av fallolyckor spelar en god rörlighet, i samspel med en god balans, stor roll. (Lexell m.fl. 2011, s. 197)

Förutom funktionell träning innehållande både styrka, kondition, balans, rörlighet och koordination, bör uppmärksamhet också fästas vid förbättrandet av självtilliten. Osäkerhet föder rädsla, vilket leder till undvikande av aktiviteter man inte tror sig klara av. Det är då lätt att hamna i en ond spiral där träning utesluts, vilket successivt minskar både aktivitet och funktion. (Lexell m.fl. 2011, s. 198)

### **3.4 Hjärt- och kärlsystemet**

Den viktigaste åldersförändringen i hjärtat är tillväxt i väggtjockleken i vänster kammar, vilket medför styvhet och att den passiva fyllnaden tidigt under diastole reduceras. Den äldre blir då mer beroende av förmakskontraktionen, en tillräckligt lång fyllnadstid och normal blodvolym. Detta innebär att minutvolymen påverkas negativt vid höga hjärtfrekvenser och för att behålla minutvolymen ökar då hjärtats volym. På grund av ökad arbetsbelastning och ett kraftigare arbete med att pumpa blod mot ett högre tryck, uppträder *hjärthypertrofi* också hos i övrigt hjärtfriska äldre (Dehlin & Rundgren 2008, s. 161). Hjärthypertrofi definieras som hjärtkammarförstoring i form av ökad hjärtmuskelmassa (Nationalencyklopedin 2016).

Förändringar i aortas och artärernas väggar ger en ökning av det systoliska trycket, medan det diastoliska trycket förändras relativt lite med åldern. Dock kan man se att såväl det systoliska som diastoliska trycket sjunker hos individer utan hypertoni efter 75-80 års ålder. Minskningen i blodtrycket förklaras av faktorer så som lägre kroppsvikt, försämrad hjärtfunktion och hormonellt åldrande. Symptom så som yrsel och svindel är vanligt förekommande hos äldre personer med lågt blodtryck och bör tas i beaktande vid fysisk aktivitet. (Dehlin & Rundgren 2008, s. 162)

Den maximala syreupptagningsförmågan minskar mellan 5 och 10 procent per årtionde efter 30 års ålder. Effekterna på den kardiovaskulära funktionen av konditionsträning är dock likadana hos friska äldre som hos yngre. Flera studier av konditionsträning i form av cykling, simning och löpning visar ökning på mellan 10 och 30 procent i syreupptagningsförmågan. Den här ökningen är direkt relaterad till intensiteten i träningen, både då det gäller äldre och yngre. (Lexell m.fl. 2011, s. 195)

## 4 CENTRALA BEGREPP

Här nedan presenteras och förklaras ord och begrepp som är relevanta för att förstå innehållet i det här arbetet.

### 4.1 Funktionsförmåga

Funktionsförmåga har ett tätt samband med människans välmående och kan definieras utgående från den enskilda människans resurser eller som konstaterande av brister i funktionen. I bedömningen av funktionsförmåga tar man i beaktande vilka nödvändiga aktiviteter i det vardagliga livet och miljön som en person klarar av att utföra. Bedömningen utgår från fyra dimensioner; den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan. (THL 2015)

### 4.2 Rörlig och rörlighet

Att vara rörlig innebär *förmåga och möjlighet att röra sig*, liktydigt med: flyttbar, mobil, flexibel. Rörlighet som begrepp kan syfta till olika saker beroende på inom vilket område det används. I det här arbetet är rörlighet liktydigt med fysisk mobilitet och flexibilitet, vilket innebär den *kroppsliga egenskapen att kunna flyttas eller förflytta sig* från det ena till det andra. Det här flyttandet kallas i sin tur för *rörelse*. För att uppnå rörlighet krävs alltså en rörelse. Rörlighet innebär således förmåga till fysisk aktivitet, flexibilitet i muskler och leder. Begreppet rörelse kan också syfta till sambandet mellan kropp och själ. (Svenska akademiens ordbok 1962)



### **4.3 Fysisk aktivitet och fysisk träning**

*Fysisk aktivitet* innebär all kroppsrörelse som ökar energiförbrukningen. Den kan ske när som helst i hemmet, på arbetet, genom aktiva transporter och under fritiden. *Fysisk träning* innebär däremot planerad och strukturerad fysisk aktivitet, som syftar till att förbättra den allmänna fysiken genom konditions- och styrketräning. Oftast innebär fysisk träning en pulsökning och svettning, vilket förutsätter byte till träningskläder. I motsats till fysisk aktivitet och fysisk träning, innebär *inaktivitet* en avsaknad av, eller ett mycket litet inslag av kroppsrörelser under vaken tid. Inaktivitet är därmed ihopkopplat med en låg energiförbrukning. Exempelvis långvarigt stillasittande och liggande är lika med inaktivitet. (Mattson m.fl. 2014, s. 12)

### **4.4 Kondition och konditionsträning**

*Kondition* innebär den aeroba arbetsförmågan, vilken bestäms av kroppens maximala syreupptagningsförmåga tillsammans med aerob uthållighet, det vill säga syretransport, musklernas syreanvändning och återhämtning. *Konditionsträning* innefattar således fysisk träning i avsikt att upprätthålla eller förbättra konditionen. (Mattsson m.fl. 2014, s. 13)

### **4.5 Styrketräning och funktionell träning**

*Styrketräning* innebär muskelutmanande träning, med vikter eller mot gradvis ökande belastning, i syfte att utveckla muskelns styrka, snabbhet, uthållighet eller volym. *Funktionell träning* innebär att man förutom styrketräning även utvecklar rörlighet, balans och koordinationsförmåga genom övningar som aktiverar många olika muskler samtidigt. Den här typen av träning syftar till att likna naturliga, vardagliga rörelser och målet är att skapa balans i kroppen. Den funktionella träningen lämpar sig väl för äldre, då det i studier har visat sig motverka stelhet och svaghet, för att istället förbättra den funktionella styrkan, rörligheten och balansen. (Sandin m.fl. 2008)

## 5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

Som teoretisk utgångspunkt i arbetet, har jag valt att använda Katie Erikssons teori om *Vårdandets idé* (1986) samt hennes bok *Vårdprocessen* (1992).

### 5.1 Vårdandets idé

*''Att hjälpa en människa att vara människa är ett uttryck för det sant mänskliga.''* (Eriksson 1992, s.81)

Vårdandet är naturligt, någonting som alltid har funnits. Det är ett uttryck för kärlek och omtanke, var den andres existens bekräftas genom närhet, ömhet och ansning. Eriksson definierar vårdandet såhär: *''Vårdande innebär att genom olika former av ansning, lekande och lärande åstadkomma ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse, kroppsligt och andligt välbehag samt en känsla av att vara i utveckling i syfte att förändra (upprätthålla, igångsätta, eller stödja) hälsoprocesserna.''* (Eriksson 1992, s. 8-9)

### 5.2 Ansa, leka, lära

Ansning förklaras som ett begrepp för den reningsprocedur genom vilken vårdaren sörjer för den andres välbefinnande. Den kännetecknas av värme, närhet och beröring, att vilja den andra väl. Ansning utgör den grundläggande formen av vårdandet. I ansningen stimulerar vårdaren den andra till självaktivitet och griper in endast då de egna möjligheterna av någon orsak begränsats. *''Ansandet är en konkret kärleksgärning, ett sätt att bekräfta den andres existens.''* (Eriksson 1986, s. 24)

Lekandet tillhör människans naturliga beteendemönster, det är ett uttryck för hälsa och ett verktyg för att uppnå hälsa. Till sin karaktär är leken interaktiv, den är kravlös och trygg för patienten. Lek innebär övning, prövning, lust, skapande och önskan. Den är till hjälp för patienten i att se nya vägar och möjligheter. Individens, det vill säga patientens, har alltid själv kontrollen i lekan och från vårdarens sida innebär detta förmågan att underkasta sig. Förutsättningar för lekan är förtroende och tillit i vårdrelationen. (Eriksson 1986, s. 26-30)

Att lära innebär utveckling, att ständig undergå en förändring. Lärandet är en interaktiv process mellan lärare och elev - vårdare och patient. Syftet med lärandet är att förverkliga sig själv, att uppnå något. Vårdarens uppgift är att möjliggöra och stödja lärande genom att handleda patienten längs med vägen till målet. Lärandet skall vara glädjefyllt och det är av den orsaken en god idé att kombinera lärandeprocessen med lekandet. (Eriksson 1986, s. 30-32)

### 5.3 Vårdrelationen

Relationen mellan patient och vårdare, det vill säga *vårdrelationen*, utgör grunden för både vårdandet och vårdprocessen. Vårdrelationen är till sin karaktär professionell, etiskt korrekt och baserad på kunskap. I relationen skapas ett utrymme för växt, var patienten får uttrycka sina begär, behov och problem. Grunden för en god vårdrelation innebär ömsesidighet, tillit och respekt, där vårdaren hela tiden tar patienten i beaktande. En god vårdrelation stödjer patientens hälsoprocesser och är en förutsättning för en fungerande vårdprocess. (Eriksson 1992, s. 55-56)

### 5.4 Vårdprocessen

Grunden i både vårdandet och vårdprocessen, är relationen mellan patient och vårdare. Vårdandets grundidé är att patienten skall ha det väl *här och nu*, vilket innebär att vårdprocessen är en aktiv process som alltid sker i presens. Nyckeln i vårdprocessen är att stanna upp i nuet för att möta hela människan i den situation som för tillfället råder. Det betyder att vårdprocessen formas utgående från de resurser och möjligheter som finns i den aktuella situationen och framskrider i takt med patientens totala växt. Eriksson beskriver vårdarens uppgift som *''Att vårda är att gå bredvid, att visa vägen framåt, men inte bestämma takten eller målet.''* (Eriksson 1992, s. 19-20)

Vårdprocessen är *individuell* och skräddarsys enligt patientens aktuella önskemål, resurser och behov. Målet är alltså att nå *optimal hälsa* för den enskilda patienten. För att kunna skapa de bästa förutsättningarna krävs en patientanalys för att vårdaren skall förstå patientens livssituation och helhet. I analysen förhåller sig vårdaren lyhörd, öppen och intresserad, samtidigt som patientens integritet genomgående tas i beaktande och respekteras. Vårdaren närmar sig patienten varsamt och ödmjukt och undviker rutin. Det

är viktigt att minnas, att varje möte med patienten är en unik situation, det finns ingen ”standard.” (Eriksson 1992, s. 57-59)

## 6 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete är att ta reda på hur vårdare kan främja rörligheten hos den äldre patienten, samt belysa rörlighetens betydelse för den äldres livskvalitet, självständighet och upplevelse av hälsa. Här nedan listas frågeställningarna:

1. Vilka faktorer främjar respektive hämmar den äldre patientens rörlighet?
2. Med hjälp av vilka verktyg kan vårdare främja rörligheten hos den äldre patienten?

## 7 METOD

Det här arbetet är en litteraturstudie baserad på tidigare forskningar. Materialet för studien har insamlats genom en systematisk sökning och det insamlade materialet har sedan analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

### 7.1 Problemavgränsning

Den här studien riktar sig mot *äldre patienter* och därför faller teoretiskt material och artiklar gällande barn, ungdomar och vuxna naturligt bort. Med äldre avses oftast personer som fyllt 65 år, men i detta arbete betyder *äldre* de som fyllt 60 år. Jag har därför exkluderat material baserat på studier av personer yngre än 60 år. Materialet för detta arbete inkluderar äldre som *bor hemma, på serviceboende eller tillfälligt vårdas på vårdavdelning*. Studier gällande äldre patienter med allvarliga psykiska sjukdomar, demenssjukdomar, patienter med gravt nedsatt funktionsförmåga, eller studier baserade på endast äldre som permanent bor på vårdhem har exkluderats. Jag begränsade inte sökningen och urvalet av artiklar geografiskt, men försökte hitta studier genomförda i kulturer jämförbara med Finland.

## 7.2 Datainsamling

Information för studien har insamlats på databaserna Academic Search Elite (EBSCO) och Cinahl (EBSCO). Materialet har samlats in under tiden november 2015 till januari 2016. Artiklarna fick inte vara äldre än 10 år då sökningen påbörjades, men eftersom sökningen avslutades först i början av år 2016, begränsades slutligen tidsramen till åren 2005-2016. *Promote, mobility, elderly, older* and *patients* har använts i olika kombinationer som sökord. För att begränsa antalet träffar valdes kriteriet *full text*, så att artikeln kunde läsas i sin helhet online, samt *peer reviewed*, för att säkerställa att artikeln kvalitetskontrollerats för sitt innehåll innan uppladdning på databasen.

Ursprungligen valdes 15 artiklar, från både Academic Search Elite och Cinahl, vilka sedan studerades noggrannare. Efter genomläsningen av alla artiklar i sin helhet, exkluderades 5 stycken på grund av att de inte uppföljde alla kriterier jag ställt för inkludering, eller för att de inte var relevanta för min studie. De 10 artiklar som återstod efter gallringen, analyserades med kvalitativ innehållsanalys och ligger som grund för den här studien. Samtliga artiklar som analyserats är skrivna på engelska. En resumé av artiklarna som använts kan granskas i bilaga 1.

## 7.3 Kvalitativ innehållsanalys

Att beskriva, analysera och tolka data är den stora utmaningen i kvalitativ forskning. Det som är utmanande och tidskrävande är att försöka göra stora mängder data förståeligt, att minska volymen av information och att identifiera mönster. Vid kvalitativa forskningsmetoder sker analysen på ett induktivt sätt, vilket innebär att från specifika observationer beskriva, tolka, förklara och eventuellt bygga en teori om fenomenet. I analysfasen innehar forskaren ett ansvar för att också själv observera och beskriva sin analytiska process. (Forsberg & Wengström 2013, s. 150)

I en kvalitativ innehållsanalys läser forskaren igenom sitt material ett flertal gånger för att kunna se texten ur olika infallsvinklar och för att hitta ett djup. Det gäller att hitta den röda tråden och skapa sig en uppfattning om vad texten handlar om. (Forsberg & Wengström 2013, s. 167) Nyckelord, fraser och stycken som beskriver textens innehåll plockas ut. Dessa kallas meningsenheter och är de meningsbärande delarna av texten.

För att göra texten mer lätthanterlig, kondenseras de meningsbärande delarna. Kondensering avser att förkorta texten utan att förändra det centrala innehållet eller förändra betydelsen i texten. (Granskär & Höglund-Nilsen 2012, s. 190)

De kondenserade meningsenheterna får sedan en etikett, det vill säga en kod som beskriver innehållet, vilka därefter grupperas i olika kategorier. Kategorierna innehåller flera koder som hör samman och har ett liknande innehåll. En kod kan endast passa in i en kategori och ingen kod får uteslutas för att det saknas en lämplig kategori för denna. (Granskär & Höglund-Nilsen 2012, s. 191) De olika kategorierna sammanfattas slutligen i teman, vilka i sin tur beskriver studiens röda tråd och helhet (Forsberg & Wengström 2013, s. 167).

## 8 ETIK

Ordet etik härstammar från det grekiska ordet *ethos*, vilket betyder bruk och sed. En forskare bör under hela sin forskningsprocess använda sig av ett etiskt korrekt arbetssätt och följa riktlinjerna för god vetenskaplig sedvana. Att forska utgående från de etiska riktlinjerna, innebär att forskaren inte plagierar eller stjälar andras rapporter, resultat eller forskningsidéer, inte baserar sina rapporter på oriktiga, osanna påståenden eller presenterar påhittade resultat och slutsatser. Forskaren bör inte heller dölja oönskat resultat eller en del av resultatet, förlöjliga eller förvränga resultat eller uppfattningar som strider mot forskarens egna tankesätt. Till det etiska arbetssättet hör också att inte dölja eller förstöra källor som kan vara betydelsefulla för andra. (Booth m.fl. 1995, s. 247-248)

I min skrivprocess för det här arbetet, har jag utgått från Arcadas riktlinjer i *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada* (2012), vilka har utformats på basis av den forskningsetiska delegationens anvisningar (TENK 2012).

Jag har i enlighet med anvisningarna iakttagit ärlighet och utefter min allra bästa förmåga varit omsorgsfull och noggrann i min undersökning, dokumentering och resultatpresentation. Datainsamlingen för min studie har skett på de vetenskapliga databaserna Academic Search Elite och Cinahl, varifrån jag valde endast kvalitetskontrollerade och

etiskt godkända artiklar för min undersökning. Utöver de vetenskapliga artiklarna, har jag i mitt arbete även använt mig av pålitliga källor i form av rapporter, publikationer och dokument från internet. Jag har genomgående varit källkritisk i valet av mitt internetbaserade material. Som informationskälla och som stöd för mitt arbetssätt, har jag även använt mig av litteratur i form av böcker. Enligt min bästa förmåga har jag respektfullt och korrekt hänvisat till samtliga författare och ursprungskällor och jag har inte avsiktligt ämnat stjäla eller plagiera någon annans text. Eftersom min studie är baserad på tidigare forskningar, har jag inte behövt ta etiska riktlinjer gällande informanter i beaktande.

## **9 RESULTAT**

För att komma fram till mitt resultat, har jag analyserat mina valda artiklar enligt beskrivningen ovan för kvalitativ innehållsanalys. Den här studien bygger på de 10 artiklar som uppfyllde mina inklusionskriterier.

Jag började min analysprocess med att noggrant läsa igenom alla 10 valda artiklar. Vid genomläsningen markerade jag ord, meningar, stycken och fraser som kunde kopplas samman med syftet och frågeställningarna för min studie. Det som jag markerat i artiklarna, skrev jag över till ett dokument och kondenserade samtidigt textens innehåll för att få fram endast det väsentliga. Översättningsarbetet var omfattande och krävde i den här fasen mycket tid. Avslutningsvis skapade jag en tankekarta av mina nyckelord och koder, för att sammanfatta anteckningarna och för att få en överskådligare bild av materialet. Redan tidigt i analysprocessen kunde jag se ett samband, men hade svårt att koppla ihop all fakta till tydliga kategorier och teman. Varje genomläsning förde med sig en allt klarare bild av helheten, men det krävdes många upprepningar av den beskrivna processen innan min tankekarta blev helt tydlig. Exempel på förfarandet i analysprocessen kan granskas i bilaga 2.

Syftet med min studie var att ta reda på hur vårdare kan främja rörligheten hos den äldre patienten och samtidigt finna svar på vilka verktyg vårdaren kan använda sig av i detta syfte. Utöver detta ville jag få en bild av vilka faktorer som inverkar främjande respektive hämmande på den äldres rörlighet. Resultatet av min studie sammanfattas i 4 te-

man, som jag har valt att kalla *överkategorier*, och sammanlagt 7 kategorier, vilka i mitt arbete benämns som *underkategorier*. Till överkategorierna hör **individualitet**, **kontinuitet**, **vårdarens yrkesroll** och **god vårdrelation**. Samtliga kategorier svarar på syftet med studien, det vill säga främjar rörligheten hos den äldre patienten. Här nedan presenteras resultatet, både överkategorier och underkategorier, i sin helhet. I anslutning till överkategorin reflekteras även resultatet mot den valda teoretiska referensramen.

En översikt av analysen kan granskas i bilaga 3.

## 9.1 Individualitet

Alla äldre är olika. Var och en har individuella förutsättningar och hinder för rörlighet och funktionsförmåga och det finns ingen träningsplan som passar alla lika bra. En av vårdarens viktigaste uppgifter i att främja den äldre patientens rörlighet, är därför att utvärdera den enskilda individens förmåga, för att ta reda på just dennas behov och nivå. Utvärderingen ger en grund att stå på i utformningen av den äldres personliga mål.

För att skapa sig en uppfattning om patienten och dennas livssituation måste vårdaren analysera patienten. Det innebär att beskriva patientens totala situation, vilken alltså beskriver hela människan. Med hjälp av den insamlade informationen, kan vårdaren sedan bilda sig en uppfattning om faktorerna som påverkar patientens aktuella tillstånd. En omsorgsfullt utförd patientanalys bildar en grund att stå på i vårdandet och syftar till att uppnå optimal hälsa. Varje människa är unik och kan inte jämföras med någon annan. Detta innebär således att patientanalysen är individuell. (Eriksson 1992, s. 57-58)

### 9.1.1 Utvärdering

Det framkommer i studien av Davis m.fl. (2015), att en begränsad rörlighet har ett direkt samband med upplevelse av försämrad livskvalitet. Rörlighetsbegränsning ökar dessutom risken för fall, vilket i sin tur kan medföra behov av sjukhusvård och innebära invalidisering eller i värsta fall till och med död för den äldre patienten. Det är därför i förebyggande syfte viktigt att utvärdera faktorer som hör samman med den äldres rörlighet och upplevelse av livskvalitet. I samma studie, visar det sig att det också finns beteendemönster som skiljer sig i fråga om rörlighet mellan män och kvinnor, vilket



kunde beskriva ett behov av skräddarsydda planer i behandling och prevention för respektive kön. (Davis m.fl. 2015)

Det finns olika verktyg för att utvärdera den äldres rörlighet och funktionsförmåga. Till de vanligaste och mest använda hör: Activities of Daily Living - ADL, Instrumental Activities of Daily Living - IADL och Mini Mental State Examination - MMSE (Pérès m.fl. 2005). Elderly Mobility Scale - EMS och Geriatric Depression Scale - GDS, är också användbara utvärderingsskalor (Tse m.fl. 2013). Yu m.fl. (2007) kunde dock i sin studie dra slutsatsen att EMS ger ett tillförlitligare resultat då utvärderingsskalan delas in i Bed Mobility och Functional Mobility.

Vårdaren bör i utvärderingen även ta hänsyn till den äldres hemmiljö, sociala situation, upplevelse av smärta och ångest. I artikeln av Palumbo m.fl. (2015) poängteras att också en historia av tidigare fall, patientens gånghastighet, rädsla för att falla och medicinering är av betydande del i utvärderingen. Speciell uppmärksamhet bör fästas vid mediciner som påverkar det centrala nervsystemet.

De personliga målen utarbetas på basis av utvärderingen, det vill säga den äldres aktuella individuella nivå av rörlighet och funktionsförmåga. Träningen börjar med en låg intensitetsnivå och anpassas därefter utgående från den äldres individuella utveckling längs med vägen till målet. (Yeom m.fl. 2007) Resultatet av utvärderingen ger också en bild av den äldres behov av eventuella hjälpmedel. Vårdaren har ett ansvar i att se till att den äldre får hjälp med de uppgifter denna inte klarar av. (Walters m.fl. 2015) En av orsakerna till att äldre inte vill träna i sjukhusmiljö, är för att de helt enkelt saknar hjälpmedel som t.ex. en käpp eller rollator (So & Pierluissi 2012). Stabila skor minskar halknings- och fallrisken (Palumbo m.fl. 2015) och en förbättring av boendemiljön, eliminering av hinder samt upptäckt och behandling av ögonsjukdomar som påverkar synen, främjar också den äldres rörlighet (Pérès m.fl. 2005).

## **9.2 Kontinuitet**

Den här kategorin syftar till betydelsen av regelbunden träning, uppföljning och utvärdering samt rapportering i främjandet av den äldres rörlighet. Det är viktigt att vårdaren

är uppdaterad i patientens framsteg och aktuella nivå och att patienten motiveras till att hålla sig konsekvent i sitt träningsprogram.

Eriksson poängterar att kontinuitet i vårdrelationen är viktigt för att patientens hälsoprocesser skall kunna utvecklas mot det optimala utan att hindras. Vanligt förekommande är därför att varje patient har sin egen så kallade egenvårdare. Det här egenvårdarsystemet bygger en trygg vårdrelation och ger de bästa förutsättningarna för vårdaren att lära känna patienten och dennas behov. (Eriksson 1992, s. 56) Patientanalysen strävar till att alltid finna optimum, det vill säga det optimala målet för den aktuella situationen. Optimum förändras hela tiden och vårdaren bör därför vara följsam och kontinuerligt analysera den rådande situationen. Med tiden kan vårdaren lära sig uppskatta var patientens optimum ligger i olika situationer, vilket underlättar främjandet av patientens hälsoprocesser. (Eriksson 1992, s. 59) I patientanalysen registreras förbättringar och försämringar gällande patientens situation, vilket sedan står som grund för utvärderingen av vårdresultaten (Eriksson 1992, s. 71).

### **9.2.1 Uppföljning**

Walters m.fl. (2015) poängterar i sin artikel att tidig upptäckt av problem och en uppföljning av dessa, ger goda förutsättningar för hindra komplikationer som kan förhindra eller påverka den äldres rörlighet i negativ bemärkelse. Till dessa faktorer hör t.ex. trycksår, malnutrition, övervikt, falltendens, problem med medicinering, depression och inkontinens. I studien gjord av Welmer m.fl. (2013) framkommer att uppföljning och behandling av kardiovaskulära riskfaktorer och sjukdomar också är av allra största betydelse för att den äldre skall ha möjlighet att orka upprätthålla rörligheten.

Speciellt viktigt är det att vårdaren har patienten under uppföljning tiden efter att denna blivit utskriven och hemförlovad från sjukhus eller vårdavdelning, eftersom patienten i en sådan situation är extra svag och utsatt. Vårdaren bör vara extra uppmärksam på tidiga somatiska symptom som kännetecknar depression, då detta är en stor riskfaktor för nedsättning i funktionsnivån. (Pérès m.fl. 2005)

I uppföljningen av den äldre patientens utveckling har vårdaren regelbunden kontakt med sin patient, vilket kan ske genom telefonsamtal, möten eller personliga intervjuer. (Walters m.fl. 2015 och Tse m.fl. 2012) För att se en signifikant effekt av träningen behövs regelbunden uppföljning under en längre tid. Resultat av regelbunden träning visar sig först efter 8-12 veckor.

### **9.2.2 Rapportering**

Vårdaren har en viktig uppgift i att korrekt föra rapport och dokumentera den äldre patientens utveckling och aktuella hälsotillstånd. Rapporteringen är ett verktyg för att hålla sig uppdaterad och fungerar också som ett stöd för minnet. Det rekommenderas att vårdaren även motiverar den äldre patienten till att själv föra dagbok över sin träning.

I rapporten dokumenterar vårdaren resultatet av patientens utvärderingar, vilka då senare kan jämföras med utgångsresultaten och användas i utarbetandet av fortsatt vårdplan och mål. Till dessa hör förutom aktuell funktionsförmåga i ADL, också bland annat utvärdering av fallrisk (Palumbo m.fl. 2015), gånghastighet (Davis m.fl. 2015) samt kardiovaskulära riskfaktorer så som övervikt, högt kolesterolvärde och diabetes (Welmer m.fl. 2013).

Rapporteringen är även ett hjälpmedel för vårdaren i att informera och uppdatera sina arbetskollegor om rörlighetsfrämjande aktiviteter. Som stöd för rapporteringen kan t.ex. olika checklistor användas. Enligt Walters, m.fl. (2015) blev vårdarna mer motiverade till att utföra dokumentering och rapport då de fick vara med i utformningen av sitt registreringsprogram.

## **9.3 Vårdarens yrkesroll**

Den här överkategorin sammanfattar det som krävs av vårdaren i utövandet av sitt yrke. Det förväntas att vårdaren innehar en viss kunskap och är medveten om sig själv och de uppgifter som tillhör yrkesrollen. Vidare krävs ett intresse hos vårdaren för att själv vilja utvecklas och för att motivera den äldre till utveckling. Hand i hand med intresse, går en positiv attityd. Vårdare bör generellt ha en positiv inställning och attityd gentemot rör-

lighetsfrämjande vård och genuint tro på vikten av träning i relation till den äldre patientens välmående.

Vårdaren bör i förhållandet till patienten vara konstruktiv och hjälpa denna att uttrycka sina förhoppningar, frustrationer, rädslor, ilska och kärlek. Att hjälpa patienten förutsätter en edukativ hållning hos vårdaren. (Eriksson 1986, s. 32) Då det finns brister i den naturliga vården – ansa, leka, lära – kompenseras detta med yrkesmässig vård. Den yrkesmässiga vården utgår från den naturliga vården och vårdandet som en helhetssyn, men betonar även specifik yrkeskompetens (Eriksson 1986, s. 67). Eriksson konstaterar att *”De största utmaningarna för de olika formerna av yrkesmässig vård idag är att självkritiskt omvärdera det egna fungerandet, att reflektera över det man rutinmässigt gör och upprepade gånger ställa sig frågan varför.”* (1986, s. 68).

Vårdandet består i stort sett av varseblivning och är central i såväl patientanalys som utvärdering. De grundläggande metoderna för varseblivning - alltså att samla information från sin omgivning - är genom att se, höra och känna. Med andra ord observera, intervjua och kliniskt undersöka. Varseblivningen fungerar som ett slags filter, där människan utgående från egna erfarenheter omformar yttre information så att den passar in i den subjektiva inre världen. Kännedom om de faktorer som påverkar varseblivningen är nödvändigt för att kunna styra sin varseblivning och att som vårdare kunna utföra en objektiv patientanalys. (Eriksson 1992, s. 62-63)

I varseblivningen reducerar och registrerar vårdaren information utgående från det som är adekvat hos patienten. Selektionen påverkas av bland annat egenskaper hos vårdaren själv, det vill säga kunskap, attityder, intressen, behov och observationsteknik. Dessa faktorer avgör referensramen för vad vårdaren vill se och höra. Exempelvis är vårdaren inte förmögen att utföra en objektiv patientanalys om vårdaren själv har en bestämd attityd till ett visst problem. (Eriksson 1992, s. 65)

### **9.3.1 Kunskap**

Kunskap är ett av vårdarens viktigaste redskap. För att utvärdera, observera och tolka den äldre patientens hälsotillstånd, bör vårdaren känna till kroppens fysiologiska funkt-

ioner och dess förändringar i anslutning till åldrande. Samtidigt behövs vetenskapen om vad som är normalt och onormalt, för att kunna uppmärksamma förändringar och känna igen tidiga tecken och symptom på sjukdomar. Vårdarens kunskap bör vara tillräcklig för att kunna handleda, utbilda och informera patienten.

Vårdaren kan med hjälp av sin kunskap göra patienten medveten om vad god hälsa innebär och vilka strategier som kan användas för att nå dit. Uppfattningen om vad god hälsa är och vad som anses hälsosamt varierar kraftigt. Speciellt bland den äldre generationen lever gamla attityder kvar, t.ex. att motion i hälsofrämjande syfte eller bara för sakens skull är onaturligt. Även samhällets stereotyper gällande den äldre generationen påverkar, eftersom det länge har ansetts att den äldre med gott samvete kan leva ett inaktivt liv efter alla år av hårt arbete. I många fall saknar den äldre erfarenheten och vetenskapen för att känna till vilka andra möjligheter det finns. Ny kunskap och information om hälsofrämjande träning bidrar till en attitydförändring bland de äldre, vilket i sin tur ökar engagemang för träning och beteendeförändring. (Grant 2008)

För att undvika negativa effekter av träningen, krävs utbildning i att utföra övningar, uppvärmning och stretchning korrekt. Vårdaren fungerar som rollförebild i att demonstrera övningarna och har kunskapen som krävs för att kunna handleda patienten i träningen. (Yeom m.fl. 2007) Kunskap fungerar också som ett verktyg för den äldre att ta sig igenom svårigheter och förbättra självkontrollen. Med mer kunskap kan den äldre patienten vara mer aktiv i beslut som berör den egna hälsan. (Tse m.fl. 2012)

Walters m.fl. (2015) poängterar i sin studie att vårdaren också bör ha kunskap för att kunna avgöra när patienten behöver ytterligare hjälp och till vilka andra experter denna då kan hänvisas.

### **9.3.2 Intresse**

Till vårdarens yrkesroll hör viljan att hjälpa andra människor. En vårdare som trivs med sitt yrke förhåller sig därför intresserad till att delta i främjandet av den äldre patientens rörlighet. Det har visat sig att vårdarens eget intresse av hälsa och träning speglar sig i

dennas engagemang för att delta i hälsofrämjande aktiviteter för de äldre. (Walters m.fl. 2015)

I artikeln av So & Pierluissi (2012) framkommer att bristande stöd och uppmuntran från vårdpersonalen, är ett av de största hindren till inaktivitet hos äldre som vårdas på avdelning. Den här iakttagelsen kunde förklara betydelsen av vårdarens intresse och engagemang i främjandet av den äldres rörlighet.

### **9.3.3 Positiv attityd**

Fysisk aktivitet och rörlighet har en nyckelposition i upplevelsen av självständighet hos den äldre patienten. I dagens läge sätts därför stort fokus på främjande aktiviteter i syfte att upprätthålla hälsa och rörlighet hos den äldre. Det krävs en god inställning gentemot träning hos vårdaren för att motivera patienten till att verkligen vilja engagera sig i dessa aktiviteter. Vi måste minnas att hela 'active ageing' konceptet är nytt för den nuvarande äldre generationen och vårdaren bör därför vara beredd på att möta fördomarna med en positiv attityd till förändring. (Grant 2008)

Vårdaren är medveten om rörlighetens betydelse för den äldres livskvalitet och tror på att fortlöpande hälsofrämjande aktiviteter spelar en viktig roll i att uppnå en beteendeförändring hos den äldre patienten. Dessutom bör vårdaren ha en positiv attityd gentemot ny kunskap och vidareutveckling i sin egen yrkesroll (Walters m.fl. 2015). Generellt sätt bör vårdpersonal också bli bättre på att rekommendera fysisk aktivitet för sina patienter (So & Pierluissi 2012).

## **9.4 God vårdrelation**

En god relation mellan patient och vårdare är central i främjandet av den äldre patientens rörlighet. Vårdrelationen bör bygga på stöd, motivation, uppmuntran och trygghet samtidigt som patientens självbestämmanderätt genomgående beaktas.

Enligt Katie Eriksson är människans relation till en annan människa ett utrymme för att förmedla äkta kärlek. Vårdrelationen skall fungera vårdande och alltid syfta till att

främja patientens utveckling och hälsoprocesser. En vårdrelation kan inte forceras, utan den framskrider endast om beredskapen finns hos båda parter (Eriksson 1992, s. 55). Ansningen utgör grunden av vårdandet. I ansningen känner sig patienten accepterad och *''älskad för sin egen skull, inte för sina handlingar''*. Patientens identitet bekräftas och denna upplever en känsla av välbehag (Eriksson 1986, s. 24-25).

Att vårda är att dela, vara delaktig och att delta. Det här delandet varierar i djup och kan handla om allt från tankar, känslor och upplevelser, till en hel livssituation. För att kunna dela och ta emot, krävs en förmåga till självtillit och även förmågan att tro på andra människor. (Eriksson 1986, s. 38-40) Vårdrelationen innebär att både 'ta emot' och 'att ge'. Speciellt att ta emot är en konst som är allt annat än självklar. Att motta betyder också alltid att ge ut sig själv. Patienten skall i vårdrelationen ha utrymme för att dela sina känslor, problem, begär och önskemål, vilket förutsätter att denna känner sig trygg i relationen. (Eriksson 1992, s. 55)

#### **9.4.1 Den äldres självbestämmanderätt**

Den äldre bör vara delaktig i målsättningen gällande förbättring av sin egen rörlighet och det är viktigt att vårdaren är väl medveten om den äldres egna mål för att kunna stöda denna i utvecklingen (Walters m.fl. 2015). Den äldres röst behöver bli hörd och vårdpersonal borde bli bättre på att lyssna på den äldres egna önskemål och åsikter. Fysisk aktivitet är trots allt en personlig upplevelse och patienten är själv expert på sitt eget liv. Den äldre patientens röst borde också representeras mer aktivt i utvecklande av rörlighetsfrämjande planer och strategier. (Grant 2008)

I studien av So & Pierluissi (2012) intervjuades forskningspersonerna ansikte mot ansikte och fick själv beskriva sina erfarenheter, förväntningar, motivation och hinder gällande träning. Sedan diskuterades dessa ämnen tillsammans med utgångspunkten i forskningspersonens svar. Jag kan utgående från detta göra en tolkning i att detta kunde vara ett bra tillvägagångssätt för att inkludera patientens egna tankar i främjandet av dennas rörlighet.

I enlighet med min tolkning presenteras i artikeln av Tse m.fl. (2012) att Motivational Interviewing - MI, har visat sig vara ett användbart verktyg i fråga om att motivera patienten till att uppnå sina mål. MI går ut på att inkludera patientens egna åsikter genom att ställa frågor med öppna svar. T.ex. *Hur upplever du att kunde förbättra din hälsa? Vad kunde du tänka dig att göra för att främja din rörlighet?* Det ger patienten möjlighet till att själv bestämma över och påverka sin vårdplan. De positiva effekterna av MI är en bättre upplevd självförmåga hos patienten, vilket tillsammans med ett anpassat träningsprogram främjar dennas rörlighet. (Tse, m.fl. 2012)

## 10 DISKUSSION

Mitt intresse för att skriva det här arbetet grundar sig på min egen erfarenhet av möten med de äldre patienterna i vårdmiljö. Jag har många gånger upplevt brister i att uppmärksamma rörligheten hos den äldre och kan även konstatera att denna inte alltid kunnat ta till sig information angående rörlighetsfrämjande åtgärder. Då jag i början av den här skrivprocessen samlade material för bakgrund och översikt, lade jag också märke till att det finns en hel del rekommendationer gällande träning för äldre och forskning var träningens effekt har undersökts. Det fanns dock inte alls ett lika stort utbud av forskning som fokuserat på vårdarens roll i främjandet av den äldres rörlighet.

Syftet med det här arbetet var därför att fokusera på hur vårdaren kan främja rörligheten hos den äldre patienten och även att uppmärksamma rörlighetens betydelse för den äldres livskvalitet, självständighet och hälsa. Jag ville även ta reda på vilka verktyg vårdaren kan använda sig av i detta syfte och finna svar på vilka faktorer som främjar respektive hämmar den äldres rörlighet.

Resultatet av min studie sammanfattas i överkategorierna *individualitet*, *kontinuitet*, *vårdarens yrkesroll* och *god vårdrelation*. I främjandet av den äldres rörlighet kan vårdaren använda sig olika utvärderingsverktyg för att bedöma funktionsförmåga, rörlighet och riskfaktorer samt Motivational Interviewing i syfte att motivera patienten till delaktighet och engagemang. Sammanfattningsvis är minnessjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, smärta, synnedsättning, dålig balans, biverkningar av medicin, depression, hin-



der i miljön samt brist på kunskap och motivation de största faktorerna som inverkar negativt på den äldres rörlighet. Ett individuellt anpassat träningsprogram, motivation, stöd, uppmuntran och trygghet samt en anpassad miljö och tillgång till hjälpmedel, framkommer i min studie som faktorer vilka inverkar positivt på den äldres rörlighet.

Utgående från mina resultat kan jag slutligen konstatera att en god rörlighet är en viktig del i upplevelsen av livskvalitet och hälsa hos den äldre. En god rörlighet fungerar samtidigt som en nyckelfaktor i prevention av åldersrelaterade sjukdomar. Min slutsats är därför att en välmående, rörlig äldre befolkning då även har ett minskat behov av sjukvård.

## 11 KRITISK GRANSKNING

Vid utvärdering och kritisk granskning av kvalitativ forskning finns kriterier för kvalitetsbedömning av helhetsbeskrivningen, resultaten och rimligheten. I helhetsbeskrivningen ingår perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde. Det innebär att forskaren noggrant redogör sitt perspektiv och sin tolkning i forskningsprocessen, att forskningens delar bildar en logisk helhet samt att forskaren under hela arbetsprocessen iakttagit ett etiskt perspektiv. (Forsberg & Wengström 2003, s. 138-140)

I resultatpresentationen bör forskaren ha en objektiv ställning och framföra data utan att inkludera egna teorier eller fördomar. Data som presenteras i resultatredovisningen bör dessutom följa en tydlig och klar struktur. Forskningen ger ett trovärdigt och noggrant intryck då den insamlade informationen överensstämmer med syftet och forskningsfrågorna. (Forsberg & Wengström 2003, s 140-142)

Faktorer som kan ha påverkat resultatet av min studie, är de till antalet få analyserade artiklarna samt begränsningen *'full text'* vid artikelsökningen. De artiklar som använts i studien var relevanta, men jag upplever att jag kanske kunde ha hittat bättre artiklar om jag ändrat mina kriterier för inkludering vid datainsamlingen. På grund av tidsbrist valde jag att begränsa undersökningen till endast dessa 10 artiklar, eftersom själva analysprocessen var otroligt tidskrävande. Jag har enligt min bästa förmåga strävat till att

vara noggrann och objektiv i analysprocessen och resultatet är endast baserat på insamlad information från artiklarna. Det är dock möjligt att min oerfarenhet av forskning i viss mån kan ha påverkat tolkningen.

Styrkan med den här studien är att resultatet är användbart och kan tillämpas i alla situationer där vårdaren kommer i kontakt med den äldre patienten. Att främja den äldre patientens rörlighet är av stor betydelse både för den individuella människan och för samhället i stort. Det skulle vara intressant att i framtiden forska vidare i hur vårdare kan motiveras till att mer aktivt engagera sig i främjandet av den äldres rörlighet.

## KÄLLOR

- Arcada. 2012, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Tillgänglig: [https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada\\_2014.pdf](https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf) Hämtad: 6.2.2016
- Borg, J. & Gerdle, B. & Grimby, G. & Sunnerhagen, K. S. 2006, *Rehabiliteringsmedicin teori och praktik*. Danmark: Författarna och Studentlitteratur, 344 s.
- Booth, W. C. & Colomb, G. G. & Williams, J. M. 1995, *Forskning och skrivande – konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur, 288 s.
- Davis, J. C. & Bryan, S. & Best, J. R. & Li, L. C. & Hsu, C. L. & Gomez, C. & Vertes, K. A. & Liu-Ambrose, T. 2015, Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health and quality of life outcomes. BMC journals*, nr 13, s. 1-10.
- Dehlin, O. & Rundgren Å. 1995, *Geriatrisk*. Lund: Författarna och Studentlitteratur, 238 s.
- Elinder, L. S. & Faskunger, J. 2006, *Fysisk aktivitet och folkhälsa*. Tillgänglig: [http://www.nynashamn.se/download/18.19abfca31197776dea580002701/1365694198000/R200613\\_Fysisk\\_aktivitet\\_0701.pdf](http://www.nynashamn.se/download/18.19abfca31197776dea580002701/1365694198000/R200613_Fysisk_aktivitet_0701.pdf) Hämtad: 5.1.2016
- Eriksson, K. 1986, *Vårdandets idé*, 1 uppl., Stockholm: Almqvist & Wiksell förlag AB, 98 s.
- Eriksson, K. 1988, *Hälsans idé*, 2 uppl., Stockholm: Liber AB, 146 s.
- Eriksson, K. 1992, *Vårdprocessen*, 4 uppl., Göteborg: Almqvist & Wiksell Förlag AB, 133 s.
- Finlex*. 2012, Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>  
Hämtad: 3.1.2016
- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, 207 s.

- Forsberg, C. & Wengström, Y. 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3 uppl., Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur, 219 s.
- Frändin, K. & Helbostad, J. L. 2015, *Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre*. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA-f%C3%B6r-%C3%A4ldre\\_Rev.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA-f%C3%B6r-%C3%A4ldre_Rev.pdf) Hämtad: 4.1.2016
- Grahn Kronhed, A-C. & Ribom E. L. 2015, *Fysisk aktivitet vid osteoporos*. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Osteoporos.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Osteoporos.pdf) Hämtad: 7.1.2016
- Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. 2012, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, 2 uppl., Lund: Författarna och Studentlitteratur, 249 s.
- Grant, B. C. 2008, Should physical activity be on the healthy ageing agenda? *Social Policy Journal of New Zealand*. New Zealand Ministry of Social Development, nr 33, s. 163-177.
- Grimby, G. 2008, *Aspekter på fysisk aktivitet och träning för äldre*, Vårdalinstitutets Tematiska rum: Äldres hälsa. Tillgänglig: <http://vardalinstitutet.net> Hämtad: 10.2.2016
- Henriksson, J. & Sundberg, C. J. 2015, *Biologiska effekter av fysisk aktivitet*. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Biologiska-effekter-av-FA.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Biologiska-effekter-av-FA.pdf) Hämtad: 10.1.2016
- Jerlang, E. & Egebjerg, S. & Halse, J. & Jonassen, A. J. & Ringsted, S. & Wedel-Brandt, B. 2008, *Utvecklingspsykologiska teorier – en introduktion*, 5 uppl., Stockholm: Författarna och Liber AB, 481 s.
- Lennartsson, C. & Agahi, N. & Wånell, S. E. 2012, *Äldre personers hälsa och livssituation*, Rapport från stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum. Tillgänglig: [http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2013/2012\\_8\\_%20%C3%84ldres%20levnadsvillkor%20i%20Stockholms%20%C3%A4n\\_webb.pdf](http://www.aldrecentrum.se/Global/Rapporter/2013/2012_8_%20%C3%84ldres%20levnadsvillkor%20i%20Stockholms%20%C3%A4n_webb.pdf) Hämtad: 12.2.2016
- Lexell, J. & Frändin, K. & Helbostad, J. L. 2011, *Äldre*. Tillgänglig: <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/14.-%C3%84ldre.pdf> Hämtad: 4.1.2016

- Lovisa stad. 2013, *Lovisa stads äldrepolitiska program 2013-2020*. Tillgänglig: <http://www.loviisa.fi/files/download/Aldrepolitisktprogram2013-2020.pdf> Hämtad: 4.1.2016
- Mattsson, C. M. & Jansson, E. & Hagströmer, M. 2014, *Fysisk aktivitet – begrepp och definitioner*. Tillgänglig: [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_FA\\_Begrepp-och-definitioner.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_FA_Begrepp-och-definitioner.pdf) Hämtad: 4.1.2016
- Nationalencyklopedin, hjärthypertrofi*. 2016. Tillgänglig: <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/hj%C3%A4rthypertrofi> Hämtad: 14.1.2016
- Palumbo, P. & Palmerini, L. & Bandinelli, S. & Chiari, L. 2015, Fall Risk Assessment Tools for Elderly Living in the community: Can We Do Better? *PLoS ONE*, s. 1-13.
- Pérès, K. & Verret, C. & Alioum, A. & Barberger-Gateau, P. 2005, The disablement process: Factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disability and rehabilitation. Taylor & Francis Ltd*, nr 27, s. 263-276.
- Sandin, M. & Petersson, U. & Sandin, C. 2008, *Styrkeprogrammet – Funktionell träning*. Tillgänglig: <http://www.styrkeprogrammet.se/traningsguide/25> Hämtad: 14.1.2016
- Social- och hälsovårdsministeriets handböcker. 2004, *Kvalitetsrekommendationer om handledd hälsotion för äldre personer*. Tillgänglig: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126568/Opp200407.pdf?sequence=1> Hämtad: 14.2.2015
- Social- och hälsovårdsministeriets publikationer. 2013, *Förändring i rörelse! Nationell strategi för motion som främjar hälsan och välbefinnandet 2020*. Tillgänglig: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110671/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3416-0\\_korj.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110671/URN_ISBN_978-952-00-3416-0_korj.pdf?sequence=3) Hämtad: 6.1.2016
- SAOB. *Svenska akademins ordbok*. 1962, webbversion uppdaterad 2014. Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se> Hämtad: 6.1.2016
- So, C. & Pierluissi, E. 2012, Attitudes and expectations Regarding Exercise in the Hospital of Hospitalized Older Adults: A Qualitative Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, volym 60, nr 4, s. 713-718.

TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012, *God vetenskaplig praxis*. Tillgänglig: <http://www.tenk.fi/sv/god-vetenskaplig-praxis-anvisningar/god-vetenskaplig-praxis>  
Hämtad: 6.2.2016

THL, Institutet för hälsa och välfärd. 2015, *Bedömning av funktionsförmågan*. Tillgänglig: <https://www.thl.fi/web/handbok-for-handikappservice/serviceplanering/bedomning-av-funktionsformagan#avsikt> Hämtad: 20.1.2016

Tse, M. MY. & Vong, S. KS. & Tang, S. K. 2012, Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell publishing Ltd, nr 22, s. 1843-1856.

Walters, M. E. & Dijkstra, A. & de Winter, A. F. & Reijneveld, S. A. 2015, Development of a training programme for home health care workers to promote preventive activities focused on a healthy lifestyle: an intervention mapping approach. *BMC Health Services Research*, nr. 15, s. 1-12.

Welmer, A-K. & Angleman, S. & Rydwick, E. & Fratiglioni, L. & Qiu, C. 2013, Association of Cardiovascular Burden with Mobility Limitation among Elderly People: A Population-Based Study. *PLoS ONE*, volym 8, nr 5, s. 1-7

WHO. 2003, *Definition of health*. Tillgänglig: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> Hämtad: 30.12.2015

WHO. 2012, *Good health adds life to years*. Tillgänglig: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2012.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf)  
Hämtad: 24.1.2016

Yeom, H. A. & Keller, C. & Fleury, J. 2007, Interventions for promoting mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, nr 21, s. 95-100.

Yu, M. SW. & Chan, C. CH. & Tsim, R. KM. 2006, Usefulness of the Elderly Mobility Scale for classifying residential placements. *Clinical Rehabilitation*, Sage publications, nr 21, s. 1114-1120.