

Anne Sofie Felde Kjelsnes og Malin Bredesen

BACHELOR I ERGOTERAPI 2019

Hvordan fremmes aktivitet og deltakelse blant beboere på sykehjem?

Antall ord: 12 776

Dato: 06.05.19

Bacheloroppgave i Ergoterapi

Veileder: Ellen Gabrielsen Hjelle

Mai 2019

Anne Sofie Felde Kjelsnes og Malin Bredesen

BACHELOR I ERGOTERAPI 2019

Hvordan fremmes aktivitet og deltakelse blant beboere på sykehjem?

Antall ord: 12 776

Dato: 06.05.19

Bacheloroppgave i Ergoterapi
Veileder: Ellen Gabrielsen Hjelle
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel: Hvordan fremmes aktivitet og deltakelse blant beboere på sykehjem?		Dato: 06.05.19
Deltaker(e): Anne Sofie Felde Kjelsnes Malin Bredesen		
Veilder(e): Ellen Gabrielsen Hjelle		
Evt. Oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord: Ergoterapi, meningsfull aktivitet, Aktivitet og deltakelse, Sykehjem (3-5 stk)		
Antall ord: 12 776	Antall vedlegg: 2	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgave: Bakgrunn: På sykehjem kan det være lite aktivisering for de med lavt funksjonsnivå, med bakgrunn i at de får tilgang på færre fysiske og sosiale aktiviteter. Personalet kan ha lite tid til å tilby og tilpassa aktiviteter, beboerne kan ha lite motivasjon og interesser for aktivitetene, som kan føre til mindre deltakelse. Mål: Målet med studien er å finne ut hva som fremmer aktivitet og deltakelse på sykehjem og hva som gjør at beboer deltar Metode: Kvalitativ metode er benyttet for å svare på problemstillingen. Ved litteraturstudie har en benyttet eksisterende forskning for å gi en ny sammenheng og innsikt i tidligere arbeid. Resultat: I resultatet vil det komme frem ulike måter å fremme aktivitet og deltakelse på. Studiet vil ta for seg viktigheten av et sosialt nettverk, fysisk og meningsfull aktivitet. Det vil også bli presentert viktigheten med å få beboer til å bli mer selvstendig. Studiet vil også forklare faktorer som er med på å fremme aktivitet og deltakelse på sykehjem. Konklusjon:		

Ved å tilrettelegge for at beboer skal engasjere seg i aktivitet, kan en både øke aktivitetsnivået på sykehjemmet, men også forebygge den fysiske funksjonen ved å delta mer aktivt. Både det med å rådgi, anerkjenne, forhandle, coache og oppmuntre, er muliggjørende strategier som både kan forenkle aktiviteten, men også tilrettelegge for beboer ved å gradere etter funksjonsnivå. Resultatene fra studiet viser at sosial støtte og nettverk er viktig for å fremme helse og livskvaliteten til hver beboer.

ABSTRACT

Title: How is activities and participation promoted in nursing homes?		Date: 06.05.19
Participants: Anne Sofie Felde Kjelsnes Malin Bredesen		
Supervisor(s): Ellen Gabrielsen Hjelle		
Keywords: Occupational Therapy, Meaningful activity, Activity and participation, Nursing homes (3-5)		
Number of words: 12 776	Number of appendix: 2	Availability: Open
Short description of the bachelor thesis: Background: In nursing homes there may be little activation for those with a low level of function, because they have access to fewer physical and social activities. The staff can have little time to offer and adapt activities, the residents can have little motivation and interests for the activities, which can lead to less participation. Goal: The aim of the study is to find out what promotes activity and participation in nursing homes and what makes residents participate. Method: Qualitative method is used to answer the issue. In the literature study, one has used existing research to provide a new connection and insight into previous work. Results: In the result, there will be presented various ways of promoting activity and participation. There are three important topics that help to illuminate this: factors that promote, individual adaptation and identity, and meaningful activity. The program will address the importance of a social network, physical and meaningful activity. The importance of getting residents to become more independent will also be presented. The study will also explain factors that contribute to promoting activity and participation. Conclusion: By facilitating the activities of residents to engage in activity, both the activity level in the nursing home can increase, but also prevent the physical function by participating more actively. Both it provides advice, recognition, negotiation, coaching and encouragement, which are possible strategies that can simplify activity, but also facilitate for residents by		

customize after functional level. The results of the study refer to social support and networks are important to promote the health and quality of life of each citizen.

Forord

Vi er to ergoterapistudenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Gjøvik, som har skrevet denne bacheloroppgaven. Det har vært interessant, spennende, og lærerikt å gjøre bacheloroppgaven.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Ellen Gabrielsen Hjelle, som har gitt viktige bidrag og støtte underveis.

Gjøvik, 06.05.2019

Malin Bredesen, og Anne Sofie Felde Kjelsnes

Innholdsfortegnelse

1. Innledning og bakgrunn	8
1.1. Presentasjon av tema.....	8
1.2 Relevans for ergoterapi	8
1.3.1 Forebyggende helsearbeid	9
1.3.2 MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet	9
1.3.3 En innføring i ADL.....	10
1.3.4 Menneskets dimensjoner	11
1.3.5 “Alle skal kunne delta”.....	11
1.3.6 Hva er viktig i livet ditt?	12
2.4 Begrepsavklaring	14
2.4.1 Aktivitet:.....	14
2.4.2 Deltagelse:.....	14
2.4.3 Bottom-up tilnærming:.....	14
2.4.4 Top-down tilnærming:	15
2.4.5 Helsefremming:	15
2.4.6 Salutogenese:	15
2.4.7 Brukermedvirkning:.....	15
2.4.8 Empowerment:	15
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som forskningsmetode	16
3.2 Datainnsamling	16
3.3 Analyse	17
3.3.1 Hvilke forskningsartikler som ble inkludert	17
3.3.2 Kombinere bevisene	18
3.3.3 Tematisk analyse	18
3.3.4 Tabell over hovedkategori og underkategorier	18
3.4 Etiske betraktninger og andre forberedelser	19
3.5 Forskerrollen/forforståelse.....	19
4.0 Resultater	20
4.1 Faktorer som fremmer aktivitet og deltakelse	20
4.1.1 Hvordan få beboer til å bli selvstendig	20
4.1.2 Kreative aktiviteter som motivasjon	21
4.2 Individuell tilpasning og identitet	23
4.2.1 Respekt for at beboer vil gjøre noe selvstendig	23
4.2.2 Hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere..	23
4.3 Meningsfull aktivitet	26
4.3.1 involvere beboer i meningsfull aktivitet	26
5.0 Diskusjon	27
5.1 Hvordan få beboer til å engasjere seg i aktivitet og deltakelse	27
5.1.1 Å få beboer til å bli selvstendig.....	27
5.1.2 Kreative aktiviteter som motivasjon	31
5.2 Individuell tilpasning og identitet	32

5.2.1 Respekt for at beboer vil gjøre noe selvstendig	32
5.2.2 Hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere..	34
5.3 Meningsfull aktivitet.....	37
5.3.1 Meningsfull aktivitet: hva er viktig for deg?	37
5.4 Metodekritikk.....	37
6.0 Konklusjon	39
7.0 Referanseliste	41
Vedlegg 1 – Søkehistorikk.....	45
Vedlegg 2 - Oversikt over valgte artikler	46

1.0 Innledning og bakgrunn

1.1. Presentasjon av tema

Denne bacheloroppgaven er basert på funn fra kvalitative, og kvantitative forskningsartikler. Erfaringer og interesse har kommet gjennom praksisperioden i studietiden. Det har blitt observert at flere av beboere på sykehjem er mye alene på rommene sine. Hvis en snakket med beboer om dette kom det som oftest frem at dem ikke hadde mulighet til å gjøre meningsfulle aktiviteter. Det opplevdes som at andre yrkesgrupper i helsesektoren kunne ha et annet syn på aktivitetsperspektivet og tilpassing av aktiviteter enn det ergoterapeuter har. Ergoterapeuter kan gradere aktiviteter til å bli mest mulig tilpasset brukers interesse og fysisk funksjon. Dette kan gi en følelse av selvbestemmelse og frihet.

I Stortingsmeldingen *leve hele livet* (St.Meld. Nr.15 (2017-2018)) kommer det frem at regjeringen vil styrke aktivitet, deltakelse og sosialt felleskap. Dette vil de gjøre ved å ta vare på eldre sine forhold til familie, venner og sosialt nettverk og skape nye opplevelser. Meningen er at eldre skal få muligheten til å mestre eget liv der de bor. Reformen skal sikre alle innbyggere en god og trygg alderdom. Tidligere reformer har ofte handlet om systemer, men *leve hele livet* handler om mennesker (Meld. St. 15 (2017-2018)).

1.2 Relevans for ergoterapi

Når en flytter til sykehjem på grunn av forverring av helsen, kan en se økende avhengighet av å gjøre hverdagsaktiviteter (Grönstedt *et.al*, 2012). Ifølge forskning fra Norge, Sverige og Danmark, er beboere på sykehjem ekstremt inaktive. Fysisk aktivitet og trening spiller en viktig rolle i bevaring av fysisk funksjon og livskvalitet sent i livet. Jo eldre og mer fysisk og psykisk svak bruker er, jo større er behovet for individuelt tilpasset treningsprogram. Men i nordiske sykehjem kan tjenester som fysioterapi og ergoterapi være begrenset (Grönstedt *et.al*).

De yrkesetiske retningslinjene for ergoterapeuter formidler flere punkter, som beskriver handlinger og verdier som Norsk Ergoterapeutforbund forventer at ergoterapeuter skal følge (Ergoterapeutene, 2017). En ergoterapeut skal gi mennesker rett og mulighet til aktivitet og deltakelse i hverdagslivet, og respektere andres behov, ønsker og interesser. Overfor andre

parter enn brukere, skal de fremme arbeid med kollegaer og andre arbeidspartnere, ha forståelse for pårørende sin situasjon, og følge forpliktelser overfor arbeidsgivere. Ergoterapeuter skal også være forsvarlige, ivareta etiske krav og ta hensyn i forskning.

1.3 Teoretisk rammeverk

Ergoterapeutiske hefter fra Norsk Ergoterapeutforbund, bøker som har blitt mye brukt gjennom årene på universitetet, og tidligere forskninger, er knyttet til problemstilling. Dette har blitt gjort for å formidle forståelser for tema i problemstillingen, og ble benyttet i diskusjonsdelen, som kommer lengre ned i bacheloroppgaven.

1.3.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid går hovedsakelig ut på å fremme individets helse og livskvalitet og å redusere risiko for sykdom og skade (Mæland, 2016). Dette gjøres ved salutogenese, og empowerment. Det er et enormt forbedringspotensial i helsesektoren og sykdomsbildet, for å forbedre å jobbe målrettet for folkehelsen. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid kan være med på å bevare og utvikle helsen. Dette er et ansvar for både enkeltindividet, men også for felleskapet. Det sosiale nettverkets viktigste funksjon er å gi mennesker kontakt og støtte, at man får en bekreftelse på at andre bryr seg om en. Som vil si å kunne motta trøst og oppmuntring, eller at en har noen å dele sorger med. Å ha et sosialt nettverk er med på å gi en mestring av motgang og tap (Mæland, 2016).

1.3.2 MOHO – Modellen for menneskelig aktivitet

Model Of Human Occupation (MOHO) er en sentral modell innenfor ergoterapi (Kielhofner, 2010). Oversatt til norsk blir det modellen for menneskelig aktivitet. Modellen skal underbygge resultater i diskusjonsdelen (Kielhofner, 2010).

Menneskelig aktivitet omfatter dagligdagse aktiviteter, fritidsaktiviteter, og produktive aktiviteter (Kielhofner, 2010). Hva som gjør at en blir motivert til å velge og utfører aktiviteter er avhengig av vilje, vane, utøvelseskapasitet, og omgivelser. Vilje får en dersom en får gjøre aktiviteter som en ser på som viktig/meningsfullt, og interessant å gjøre. Vaner påvirker utførelse av rutiner, og styrer hvordan en bruker tiden sin. Ved å ha rutiner vil en kunne få stabilitet og struktur i hverdagen. Utøvelseskapasitet går ut på å kunne ha fysisk og mental evne til å kunne klare å utføre og oppleve aktiviteter. Omgivelser påvirker motivasjon for organisering og utførelse av fysiske, sosiale, kulturelle, økonomiske, og politiske

aktiviteter. Omgivelser inkluderer det fysiske rom, gjenstander, mennesker, forventinger, og muligheter (Kielhofner, 2010).

Ergoterapeuter må være oppmerksomme på vilkår omgivelser gir, som hvordan en skal interagere med beboere, mens terapien utfolder seg (Kielhofner, 2010). Aktivitetsengasjement er et ord, som tar for seg ulike dimensjoner for hvordan en person gjør, tenker og føler, som kan føre til å bli engasjert i aktiviteter. Begreper under dette går ut på å velge og fastholde seg til aktiviteter eller mål, å foreta seg nye måter å gjøre ting på, at terapeut og bruker skal være enige om rolle i mål og fremgang av aktivitet, å gjennomtenke hvordan en skal utføre en aktivitet siden funksjonsnedsettelse kan påvirke om en vil klare å gjennomføre aktivitet som en vill, å gjenta øvelser til å kunne øke ferdigheter, og at det kan bli lettere å gjøre aktiviteter, å kritisk vurdere tidligere holdninger og følelser, og å fortsette med aktivitet til tross for usikkerheter, vanskeligheter, eller smerter som kan oppstå (Kielhofner, 2010).

i tillegg er ergoterapeutiske muliggjørende strategier som er strategier som støtter brukere sitt aktivitetsengasjement (Kielhofner, 2010). Det er viktig for å skape godt arbeidsforhold mellom ergoterapeut og bruker. Dette er avgjørende for om ergoterapeut får suksess eller fiasko i å påvirke hva en bruker gjør, føler, eller som gjør veien til ønsket forandring lettere. Dette bør anvendes med omtanke, der det kan justeres underveis av terapi for å imøtekomme brukers behov. Ni begreper under dette går ut på å forhandle, som vil gå ut på å oppnå en fellesforståelse. Gi tilbakemeldinger, som er å delaktiggjøre klienten i beboers situasjon. Gi fysisk støtte, som blir å bruke kroppen sin til å støtte gjennomførelsen. Anerkjennelse, som vil si ytre respekt for klientens opplevelser. Utpeke/påpeke, finne og dele en rekke personlige faktorer eller faktorer i omgivelsene som kan lette aktivitetsutøvelsen. Coache, som vil si å gi instruksjoner, demonstrere og veilede beboer. Oppmuntre, som vil si å gi følelsesmessig støtte med beroligende ord. Rådgi, vil si å anbefale intervensjonsmål og strategier. Strukturere, Tilby klienter alternativer, sette grenser og fastlegge grunnleggende regler (Kielhofner, 2010).

1.3.3 En innføring i ADL

En innføring i ADL går i hovedsakelig ut på å gi en samlet fremstilling av ADL som et kunnskapsfelt (Tuntland, 2011). Boken har et kunnskapsbasert grunnlag, som vil si at den inneholder både forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap samt vektlegger den brukermidvirkning. Det er flere kapitler, som kan være relevant til problemstillingen. Den går blant annet inn på ergoterapeutisk oppgaveorientert tilnærming. Dette bygger på motorisk læring og den går også inn på å fremme læring av ferdigheter, som kan brukes i ADL trening.

Top-down er en tilnærming som fokuserer på målet med aktiviteten istedenfor kun trening av kroppsfunksjon, som er bottom-up. Kunnskap om forskjell mellom sammensatte og lukkede aktiviteter på den ene siden, og åpne og vedvarende på den andre gir innsikt om hvordan læring best tilrettelegges (Tuntland, 2011). Tilrettelegging blir et viktig moment i hvordan å fremme aktivitet og deltakelse. Kompensatorisk trening som vil si å gi støtte eller hjelpemiddel for at en bruker med begrenset funksjonsnedsettelse skal kunne klare å utføre en aktivitet. Tilrettelegging kan også gjøres ved å endre teknikker for å utføre aktivitet, tilpassing av gjenstander, bruke gjenstand til å bedre funksjonsevne, og øke selvhjulpenhet, Samt sjekke brukers behov, observere utførelse, og sjekke sikkerhet under endring av det fysiske miljø. Å vedlikeholde ADL-funksjon blant eldre på sykehjem er et moment som vil passe under problemstillingen, da denne går inn på beboerne på sykehjem. Det kan være viktig å tenke på aktiv eller passiv omsorg, deltagelse i ADL aktiviteter, oppmuntre til aktivitet og deltagelse, og institusjonens fysiske utforming. I tillegg er kartlegging en vesentlig del ergoterapeuter gjør i møte med brukere (Tuntland, 2011).

1.3.4 Menneskets dimensjoner

Menneskets dimensjoner boken handler om psykologi (Helgesen, 2017). Menneske tar for seg handlinger der en har brukt en rekke mentale prosesser, følelser, tanker, og motiver. Dette blir påvirket av biologiske, psykologiske, og sosiale dimensjoner. Siden “interaksjoner” er et relevant begrep under ordet deltakelse (World Health Organization, 2001), kan sosial påvirkning bli relevant teorikapittel til å underbygge resultater (Helgesen, 2017). Menneske er grunnleggende sosialt vesen. Vi trenger hverandre fordi samhandling og relasjon har egenverdi. Samarbeid med flere kan gi bedre resultater enn å gjøre noe alene. Kapittel om tenking fra Helgesen kan være nyttig til å besvare problemstillingen. Ergoterapeuter tenker løsningsorientert, derfor er det viktig at man grubler, reflekterer, analyserer og vurderer til å kunne løse problemer, finne opp nye ting, planlegge, vurdere og ta beslutninger (Helgesen, 2017).

1.3.5 “Alle skal kunne delta”

Viser ergoterapeuters kjernekompetanse, om arbeidsområder, og hvilke muligheter for å utvide egen kompetanse (Ergoterapeutene, 2017). De yrkesetiske retningslinjene, som er formidlet lengre oppe, og samspillet mellom person, aktivitet, og omgivelser blir sett på som relevant til problemstillingen. Med dette menes hvordan holdninger ergoterapeuter skal ha i møte med brukere, pårørende, og tverrfaglig samarbeid med andre samarbeidspartnere, samt

at deltakelse og inkludering oppstår ved å se dynamikken mellom person, aktivitet, og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017).

1.3.6 Hva er viktig i livet ditt?

I en brosjyre om ergoterapi (Ergoterapeutene, u.å), kommer det frem at ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig, og at en stiller det viktige spørsmålet: **hva er viktig i livet ditt?**

Spørsmålet er viktig med tanke om at vi har alle våre ulike mål, ønsker og drømmer om hva som er viktig. Dette med å ha brukeren i sentrum, er viktig i ergoterapi.

1.4 Tidligere forskning

Å skulle flytte hjemme fra og inn på sykehjem kan føre til store forandringer. Eldre som flytter til sykehjem er som oftest svake og trenger mer hjelp enn det de kan få hjemmefra. Det er viktig å hjelpe beboerne med å slå seg til ro med sitt nye bosted ved å gi bruker nye strategier for å håndtere den nye bosituasjonen. Å ha daglige aktiviteter kan gjøre dagene mer meningsfull. Noen beboere på sykehjem opplever å være mye alene. Dette kan være på grunn av at de ikke ønsker å delta på aktiviteter som foregår på sykehjemmene. Det kommer også frem at flere beboere ber om mer pleiehjelp for å få noen å snakke med, noe som kan føre til at man blir mer immobil da man hele tiden får hjelp til aktiviteter man selv kan mestre (Andersson, 2007).

Å involvere seg i aktiviteter gjør at aleneheten kan bli mer innholdsrik og meningsfull (Halvorsen, 2005), men på sykehjem kan det være lite aktiviteter for de med lavt funksjonsnivå (Kjøs og Havig, 2016). Personalet kan ha lite tid til å tilby og tilpasse aktiviteter, når en stor del av arbeidet er knyttet til generell omsorg på sykehjemmet. (Kjøs og Havig, 2016). Beboere kan ha lite motivasjon og interesse for aktiviteter, som da kan føre til mindre deltakelse. Dette kan være på grunn av at de med lavere funksjonsnivå har tilgang på færre fysiske og sosiale aktiviteter (Kjøs og Havig, 2016).

Det å kunne ha friheten til å bestemme over sitt eget liv etter at en har flyttet inn på sykehjem er utrolig viktig for beboerens verdighet. Mange beboere ønsket seg frihet, til å gjøre aktiviteter de liker, men har ingen frihet til å faktisk gjøre det (Caspari, 2018). De kunne føle seg ignorert når avgjørelser ble tatt. Det kommer også frem at beboerne ønsket at deres siste hjem skulle være et sted hvor de kunne åpne og lukke dørene som de ville og til og med dra

på besøk hvis de følte for det. Det å kunne gå ut i frisk luft og kunne være fri til å gjøre det de ville (Caspari, 2018).

Det å få sykehjem til å være et sted en trives og ikke bare bo et sted for å overleve er viktige momenter. For å få en god forståelse for beboernes daglige liv i sykehjem burde man sette seg inn i beboernes situasjon. Det kommer frem at å ha kontakt med andre beboere på sykehjemmet, delta på meningsfulle aktiviteter, muligheten for å komme seg utendørs og et godt forhold til familien ville økte trivselen på sykehjemmet (Bergland 2005).

Det er viktig å forstå beboere sine perspektiver og sitt liv for å kunne tilfredsstillere beboere sine behov (Boelsma, *et al*, 2014). Fysisk og kognitiv nedgang kan komplisere aktivitetsengasjement. Beboere kan være i en sårbar posisjon der de er avhengige av personal sin hjelp, som kan føre til ulikt maktforhold imellom. Ved å aktivt involvere beboere, kan en forbedre deres trivsel. Ifølge denne forskningen, ønsker beboere at en følelse av fellesskap, følelse av hjemme, sosiale kontakter mellom beboere, uavhengighet, opprettholde egen hobby, og livsstil, mellommenneskelig oppførsel mellom beboere og omsorgspersoner, bli informert, og ha sikkerhet innen sykehjem, og mat. Beboere kan ha et unikt og verdifullt perspektiv på sykehjem, og deres kunnskaper bør være involvert i utvikling av forbedret praksis. Små endringer kan gjøre stor forskjell for beboere sin livskvalitet. Istedenfor å la fagfolk sette ord på hva som må gjøres, og hvordan, er verdifull opplevelse for beboere som bor på sykehjem (Beolsma, *et al*, 2014).

2.0 Hensikt og forskningsspørsmål

Det ble tidlig avklart at teamet skulle omhandle aktivitet og deltakelse på sykehjem. Gjennom de erfaringene en fikk ble det drøftet rundt hva studien skulle finne ut av. Det kom fram mange spørsmål og hvorfor aktiviteter ble utført på den måten den ble og hvilken rolle ergoterapeuten hadde på sykehjem. Det er derfor blitt valgt en problemstilling som skal hjelpe studiet med å belyse hvordan en kan fremme aktivitet og deltakelse.

2.1 Hensikt:

Hensikten med dette studiet er å belyse hvordan aktivitet og deltakelse blir utført på sykehjem, og hva ergoterapeuter kan gjøre for å forbedre/øke aktivitet og deltakelse på sykehjem i samarbeid med annet helsepersonell.

2.3 Problemstilling:

Hvordan fremmes aktivitet og deltakelse blant beboere på sykehjem?

2.4 Begrepsavklaring

2.4.1 Aktivitet:

Aktivitet blir definert som mennesker sin utførelse av oppgaver og handlinger (World Health Organization, 2001).

2.4.2 Deltagelse:

Deltagelse blir definert som å engasjere seg i en livssituasjon (World Health Organization, 2001). Sentrale begreper under dette er aktivitet, engasjement, tilhørighet, autonomi, makt og interaksjon.

2.4.3 Bottom-up tilnærming:

Å trene bottom-up innebærer å trene kroppsfunksjoner, og det hevder at motoriske ferdigheter mestres når de underliggende kroppsfunksjonene er ferdig utviklet (Tuntland, 2011).

2.4.4 Top-down tilnærming:

Å trene top-down innebærer å trene på selve aktiviteten (Tuntland, 2011), der en fokuserer på målet eller aktiviteten i seg selv. Tuntland studie (2011, som siter i Schmidt & Wrisberg, 2008).

2.4.5 Helsefremming:

Prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse (Mæland, 2016).

2.4.6 Salutogenese:

Forebygging må arbeide med å styrke helsen og dermed motstandskraften mot de negative faktorene (Mæland, 2016).

2.4.7 Brukermedvirkning:

Brukermedvirkning viser til en demokratisk rettighet til å medvirke til å ta beslutninger om eget liv (Tuntland, 2011).

2.4.8 Empowerment:

Empowerment går ut på å gjenvinne kontroll over forholdene som påvirker helsen (Mæland, 2016).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som forskningsmetode

I dette studiet var ønsket å se nærmere på hva ergoterapeuter kan gjøre for å fremme aktivitet og deltakelse på sykehjem ved bruk av litteraturstudie. Litteraturstudie kan bli definert som valget av tilgjengelige dokumenter på tema, som inneholder informasjon, ideer, data og bevis skrevet fra et bestemt synspunkt for å uttrykke syn på temaet og hvordan det skal undersøkes, samt evaluering av dokumentene (Ridley, 2012). Hensikten med evalueringen er å danne sammenheng eller bakgrunn, og gi innsikt i tidligere arbeid (Ridley, 2012).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Kvalitativ og kvantitativ forskning:

Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler brukt. Kvalitative forskningsartikler (Aveyard, 2014) ble benyttet for å få innblikk av meninger, erfaringer og opplevelser av forskningstema, og kan ha innholdsrik data knyttet til problemstillingen (Aveyard, 2014). Kvantitative forskningsartikler bruker eksperimentelle metoder der det blir brukt nummer i innsamling av data (Aveyard, 2014).

3.2.2 Databaser:

For å finne aktuell forskning ble gjennomført et systematisk søk i vitenskapelige databaser. Ved veiledning av bibliotekar, fikk ble en tippet om ulike databaser å søke knyttet til problemstillingen. Det ble fortalt at problemstillingen kunne ha en del sykepleie litteratur. Databaser knyttet til den litteraturen var Medline, EMBASE, og CINAHL. Proquest ble også litt brukt.

3.2.3 Søkeord:

Det ble tatt i bruk forskjellige søkeord for å få en større forståelse for fagfeltet og, for å finne ut hva som ble mest relevant å ha med (Aveyard, 2014). Det er også blitt lagt en søkeordstabell som er lagt ved som et vedlegg i bacheloren. Tabellen består av søkeord, databaser, kombinasjoner og antall treff. Det har kun blitt brukt primærkilder i arbeide, samt den nyeste forskning innen feltet og litteratur. Ramse opp søkeorda: Fullstendig

søkeordstabell med ord, og antall treff ligger som vedlegg 1.

3.2.4 Inklusjons- og eksklusjons kriterier:

For å finne relevante artikler ble informasjonsinnhenting av dem kritisk vurdert. Dette ble gjort for å finne artikler med best kvalitet (Helsebiblioteket, u.å.). Sammendrag av artikler, eller også kalt for abstrakt, ble lest gjennom (Østerdal, 2016). Dette ble gjort for å finne relevante funn knyttet til problemstillingen. Etter dette var en kritisk til artikkelens kvalitet og sjekket om de var fagvurderet. Dette vil si at det måtte sjekkes om artiklene var godkjent av andre forskere enn de som tok del av forskningene, for å godkjenne publikasjon av dem (Hildebrandt, 2011). Det ble sett på om journaler artiklene var publisert fra var fagfelleverderte, og om artiklene hadde IMRaD struktur. Med IMRaD struktur menes om artiklene hadde struktur og innhold om Introduksjon, Metode, Resultat, og Diskusjon (Østerdal, 2016). I forhold til hvilken type artikler var, ble det tatt for seg helsebiblioteket sine sjekklister for å kritisk vurdere artiklene som blir funnet. Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å gjøre en kritisk vurdering av artikler som finnes. Sjekklisten består av tre deler: Innledende vurdering, hva forteller resultatene? Og kan resultatene være til hjelp i praksis? (Helsebiblioteket, 2016). Oversikt over det valgte artiklene til å besvare problemstillingen ligger som vedlegg 2.

3.3 Analyse

Artiklene som har blitt brukt i denne studien har kvantitativ og kvalitativ metode (Aveyard, 2014). Se vedlegg 2. For å skulle komme frem til hovedkategorier og underkategorier ble artiklene systematisk analysert hvor studiet tok for seg Aveyard (2014) sin analyse metode.

3.3.1 Hvilke forskningsartikler som ble inkludert

Det første som ble gjort når en skulle samle inn data, var å vurdere hvor mye av forskningslitteraturen som hadde god kvalitet, og som var mest relevant til problemstillingen (Aveyard, 2014). Det ble sett tilbake på inklusjonskriteriene som ble beskrevet, for å identifisere hvor mye bevis en har. Flere artikler ble ekskludert fordi de ikke var med på å belyse problemstillingene, og på grunn av at sjekklister, som ikke ble godkjent (Aveyard 2014).

3.3.2 Kombinere bevisene

For å oppsummere funnene en fan fra forskningsartiklene (Aveyard, 2014). Valgte artikler ble lest på nytt for å sette seg dypere inn i dem. Det ble streket ut det en så på som relevant til problemstilling underveis. Det ble notert ned noen stikkord på hva hvert avsnitt handlet om, for at det kunne bli lett og oversiktlig over hva artiklene handlet om. Artikler ble deretter systematisert en etter en i en tabell med artikkelnavn, og hva som stod under dette.

3.3.3 Tematisk analyse

For å identifisere temaer (Aveyard, 2014) ble tabellene gjennomgått flere ganger for å finne hoved essens, også tolke tema utifra det. For å granske temaer nøye, og se hvilke likheter som gikk igjen (Aveyard, 2014), ble en og en artikkel sett opp mot hverandre. Hva som gjentok seg, ble satt inn i en tabell sammen med hvilke artikler det gjald. Etter flere runder med å se gjennom avsnitt flere ganger, forstod en mer og mer hva avsnittene handlet om, og fikk utviklet og navngitt temaer (Aveyard, 2014). Det ble også sett på nytt på temaer, som kunne skille seg ut, der det ble funnet ut hvor de passet. Det ble ramset opp hva avsnitter handlet om, samt dradd streker til hva som passet sammen, og funnet samlet begreper for dette. Hvilke hovedkategorier og underkategorier det ble til står følgende her:

3.3.4 Tabell over hovedkategori og underkategorier

Hovedkategori	Faktorer som fremme aktivitet og deltakelse	Individuell tilpasning og identitet	Meningsfull aktivitet
Underkategorier	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan få beboer til å bli selvstendig• Kreative aktiviteter som motivasjon	<ul style="list-style-type: none">• Respekt for at beboere vil gjøre noe selvstendig• Hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere	<ul style="list-style-type: none">• Involvere beboer i meningsful l aktivitet

3.4 Etiske betraktninger og andre forberedelser

Alle burde ha en lik mulighet til aktivitet og deltakelse. Det kan være veldig individuelt hva bruker ser på som en meningsfull aktivitet og det kan dermed være vanskelig å tilpasse for alle beboerne på sykehjem. Brukermedvirkning er også viktig for å få beboerne på sykehjem i aktivitet. Deres meninger må respekteres for å øke interesse for aktivitet. Et etisk spørsmål kan være hva som er til det beste for bruker når fagperson har sin faglige oppfatning av hva som er til brukers beste, mens bruker kan ha sine egne oppfatninger på hva som er best for dem. Ifølge forskningsetisk prinsipp må bruker få tilstrekkelig med informasjon om aktiviteten og dens nytte. Det blir også opp til bruker om en ønsker å delta på aktiviteter og bestemme om en ønsker å fortsette med aktivitetene eller trekke seg ut fra dem seinere (Hoffman, 2019).

3.5 Forskerrollen/forforståelse

Ved kvalitativ metode er det vanlig at forskeren har kjennskap til temaet som skal undersøkes. Erfaringer fra praksisperioder, og teori presentert gjennom ergoterapi utdanning er noe som ga forforståelse på området. Gjennom dette har det gitt en forståelse for hvordan en skal hjelpe beboer til å delta i aktivitet, men også hvordan andre yrkesgrupper arbeider. Med tanke på erfaringer en har gjort seg er det viktig å gå inn i studiet med et åpent og nøytralt syn, så ikke resultatene blir preget av dette.

4.0 Resultater

I denne delen av studiet vil det bli presentert innsamlet datamaterialet fra forskningsartiklene. Studiet har tatt for seg 9 artikler. For å ha en struktur på resultatene har studiet valgt å dele opp artiklene i 3 hovedkategori og subkategorier under dette som omhandler aktivitet og deltakelse knyttet opp mot sykehjem. Hovedtemaene består av: Faktorer som fremmer aktivitet og deltakelse, individuell tilpasning og identitet og meningsfull aktivitet. Subkategoriene under dette består av: hvordan få beboer til å bli selvstendig, kreative aktiviteter som motivasjon, Respekt for at beboer vil gjøre noe selvstendig, hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere, involvere beboer i aktivitet.

4.1 Faktorer som fremmer aktivitet og deltakelse

4.1.1 Hvordan få beboer til å bli selvstendig

Å være støttespiller kommer frem i flere artikler i form av terapeuter, beboere, frivillige, spesialister, og sykepleiere (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005; Olsen, *et al*, 2015; Van Der Ploeg, 2014; Mouton, *et al*, 2017; Den Ouden, *et al*, 2019; Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). I en artikkel snakket noen klienter om hvordan det var ingen forventinger, og hvordan de følte seg fri til å være og gjøre, som de likte. Samtidig trengte de støtte, og det komme frem at noen hadde behov for ekstra motivasjon for å utføre aktiviteter, fordi en opplevde det vanskelig å skulle gjøre noen aktiviteter (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Det kom dermed frem at når terapeuter presset dem, møtte klienter likevel opp og gjorde en kreativ aktivitet, eller for å sitte å snakke. Noen beboere mente det var greit å bli presset, og at det var relevant for deres behov der de fikk mer energi (Olsen, *et al*, 2015). Terapeuter prøvde også aktivt å gjøre det mulig for beboerne å oppleve følelsen av "jeg kan" suksess. Det vil si å få beboere til å føle at en får til noe, og at det kan mestres selvstendig til tross for deres nåværende situasjon (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005; Olsen, *et al*, 2015).

Noen beboere gjorde et treningsprogram, som gikk ut på styrke og balanse øvelser (Olsen, *et al*, 2015). Beboerne mente at det var mye bedre å bli sliten av fysisk aktivitet enn å bli det av mangel på aktiviteter. De mente at øvelsene var meningsfullt, og relevant for deres behov i hverdagen. Dette følte godt og ga dem mer energi (Olsen, *et al*, 2015). De så nytten av trening, og mente at dette var en fin måte å utfordre seg selv på. Det var viktige for beboerne ved treningsprogrammet, at de som var eldre kunne vise at en kunne få til aktiviteter (Olsen, *et al*, 2015). Beboerne var positive rollemodeller for hverandre, ved å oppmuntre med å si at

en skulle klare å få til treningsaktiviteten. Å se andres utførelser av aktivitet, kunne gi motivasjon til å gjøre det samme, og de ble overrasket over hva både de og de andre klarte å gjøre selvstendig. Dette betydde at de kunne være aktive og i stand til å skape noe til tross for deres nåværende situasjon (Olsen, *et al*, 2015).

Mange frivillige hjalp til på sykehjem for å få flere med demens symptomer, og rastløshet i aktive slik at de skulle kunne få utføre meningsfulle aktiviteter (Van Der Ploeg, 2014). Beboere som hadde mest behov for selskap, stimulasjon, og meningsfull aktivitet, var de som faktisk ikke fikk det. Å la frivillige være på sykehjem førte til at beboerne ble mindre isolerte. De frivillige fikk et verktøy for å forstå beboernes behov som individuelle personer. Både beboerne, og frivillige fikk glede av hverandres selskap, og et fellesskap der at en gjorde en aktivitet sammen. De pårørende gav informasjon om hver beboers tidligere interesser og foretrukne aktiviteter. Aktiviteten var lesing, musikk, håndverk, be, dandere blomster og sortere, brette og passe sammen med gjenstander. Det som var viktig med uthenting av denne informasjonen var at aktivitetene skulle bli tilpasset hver enkelt beboer og at aktivitetene de skulle delta på var av betydning for dem (Van Der Ploeg, *et al*, 2014).

En intervensjon gikk ut på å måle effekten av et stort brettspill med fysisk aktivitet (Mouton, *et al*, 2017). Det er to spesialister som hadde ansvar for dette. Spesialistene prøvde å oppmuntre til mer selvstendighet ved å redusere sin støtte mer om mer frem til beboerne drev med brettspillet alene. Tilpassing av aktiviteter var også viktig for at beboerne skulle få delta. Spesialistene deltok sammen med beboer på første økt, men oppmuntret dem til å spille selvstendig. Noen beboere kom til økter av seg selv, men flesteparten trengte noen til å hente dem fra rommene sine og til stuen. Ettersom beboerne deltok på aktiviteten ble det mindre observasjon rundt spillet og brukerne gjennomføre dette på egenhånd etter hvert (Mouton, *et al*, 2017).

4.1.2 Kreative aktiviteter som motivasjon

Noen gjorde kreative aktiviteter som å lage treverk, håndverk, keramikk, silkemaling, såpelaging, strikking, og hagearbeid (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Det var motiverende å skape noe en ikke visste hvordan sluttresultatet ble. En beboer som lagde keramikk, syntes det var spennende å se hvordan farger ble, samt hvordan resultatet ble når dette ble tatt ut av ovnen. Å ikke vite var spennende, og stimulerte engasjement.

Sluttprodukter viste seg å være noe annet enn det som ble sett i begynnelsen av utfoldingen. Det ga ro i kroppen at det en lagde ikke trengte å bli et umiddelbart resultat fra begynnelsen og at kreativiteten kunne utvikle resultatet underveis i prosessen.

Å gi vekk hva en hadde lagd som gave var viktig for å gjøre andre glad, og for å gi noe tilbake til pårørende (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Noen lagde for eksempel spill ut av treverk, som gikk videre til barnebarn. Resultater av kreative aktiviteter ga stolthet og tilfredshet. Gode samtaler kom ut mest når en gjorde kreative aktiviteter. Det førte til at prat ikke bare omhandlet helserelevante problemer (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Kreative aktiviteter ga også glede ved at en har stolthet om å ha produsert noe målrettet og verdifullt. Et eksempel er at en klient som lagde en bolle som ble gjennomført godt og nøye, som mannen hennes tok med seg hjem. Den kreative prosessen stimulerte også glede, der en klient kunne leke og engasjere seg i ideer, som kom frem av hva en hadde gått forbi eller sett. En ble engasjert, glemte tid, og ble fri fra bekymringer, som sykdom når en brukte kreativitet (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Resultatet som ble oppnådd var en kilde til stolthet og tilfredshet. Ting som ble lagd hadde ofte gjennomførbare meninger som kunne tolkes som å kommunisere problemer rundt døden, og en mulig ny begynnelse. Å skulle lage noe av materialer, som man fikk utdelt førte til at en brukte de ferdighetene en hadde, og fikk utformet eller bruke kreativiteten som en ville. Det å skulle skape noe nytt ut av materialet man fikk kunne føre til frihet som er viktig for å gi slipp på følelser (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005).

Når mangel på kunnskap om å gjøre bruker fra passiv til aktiv, vil kreativitet kunne utjevne den kunnskapen (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). Sykepleiere improviserte og prøvde å tenke "utenfor boksen" enn å være strengt knyttet til plikter og rutiner. Et eksempel på dette var at en person fikk bedre humør og ble fornøyd når en fikk hjelpe postmann, selv om det ikke var ens oppgave. De syntes det var utfordrende, men en spennende del av jobben. (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015).

Noen terapeuter brukte en strategi for å gi bruker tid til de var klare til å ta en sjans, fordi å engasjere seg i aktiviteter gikk ut på å tørre å ta sjanser og måtte innse barrierer for å overvinne å engasjere seg i kreative aktiviteter (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). "Å tørre å vente for å gjøre det riktig". En strategi for å få klienter til å utføre kreativ aktivitet var å gi dem tid og vente til de var klare til å engasjere seg. Ved å bruke denne strategien ga det

mulighet for beboerne til å tenke for seg selv, og i sitt eget tempo (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005).

4.2 Individuell tilpasning og identitet

4.2.1 Respekt for at beboer vil gjøre noe selvstendig

I en artikkel kommer det frem at å dra på aktiviteter uten at alle på sykehjemmet måtte være med, samt å hjelpe til med å arrangere aktivitet, bidro til å fremme verdigheten til beboerne (Slettebø, *et al*, 2016). Verdighet vil si at en skal behandle en med respekt for selvstendighet. Det er viktig å vite hva slags aktivitet som kan være med på å gi beboerne en verdighetsfølelse. Å få en følelse av verdighet og autonomi er viktig for å bevare den fysiske funksjonen og nåværende helse. (Slettebø, *et al*, 2017). Ei dame i Danmark snakket om en aktivitet på sykehjemmet: “Jeg har danset i 20 år, nå går jeg på dansing en gang i uken. Bussen kommer og henter meg, jeg er den eneste fra dette stedet” (Slettebø, *et al*, 2017). I tillegg arrangerte sykehjemmet et dansearrangement for alle beboerne på sykehjemmet. Dette ble arrangert bare fordi de ansatte visste at det var en beboer som var glad i å danse. Dette var noe hun syntes var en veldig fin gest og følte seg verdsatt. Hun reiste ofte på dansing alene, men ble også glad da de ansatte arrangerte noe på sykehjemmet (Slettebø, *et al*, 2017). En annen person følte for eksempel at en ble satt pris på, og var til nytte når en skulle arrangere bingo arrangementer, noe som betydde mye for han og hans selvtillit. Det er viktig at aktivitetene er individuelt tilpasset hver enkelt og at det er mulig for beboer å kunne delta aktivt i aktiviteten (Slettebø, *et al*, 2017). I en artikkel kommer det frem at en må være ekstra hjelpen, som skal utjevne mistende evner uten at det skal bli noe stor greie ut av det (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015).

4.2.2 Hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere

For å forbedre aktivitetsnivået til beboerne burde personalet være mer engasjerende ovenfor beboernes daglige aktiviteter som spising og drikking (Den Ouden, *et al*, 2019). Disse aktivitetene blir ofte sett på som meningsfulle for beboerne. Ved å gjøre personalet mer bevisst på det kan det øke aktivitetsnivået på sykehjemmet. Hvis beboer skulle lage seg et smørbrød selvstendig, plasserte personalet alle gjenstandene som trengtes framfor beboer. Personalet kunne oppmuntre beboerne til å ta gjenstandene inn på kjøkkenet og flytte til spisebordet selvstendig (Den Ouden, *et al*, 2019).

En intervensjon for å oppmuntre beboere til å utføre daglige aktiviteter selvstendig er Dally Nurse (Den Ouden, *et al*, 2019). Gjennom observasjon kunne en bli mer bevisst på hva en gjør og hva hver enkel beboer klarte å utføre av ADL-aktiviteter. Det ble brukt video opptak på det ene sykehjemmet for å vise på seminarene de hadde. Dette brukte de for å lettere kunne observere oppgavene de selv og andre pleiere gjorde løpet av en dag. Video observasjon første til at man så at personalet sprang rundt med mat og medisiner osv. Beboerne kunne bli distraheret bort fra måltidet på grunn av dette. Ved å fokusere på et spesifikt øyeblikk i løpet av dagen, sånn som frokostsituasjon, kunne hjelpe personalet til å endre oppførsel og fortsette oppmuntringen av andre øyeblikk løpet av dagen. Måltider er viktig aktivitet på sykehjem, og mange aktiviteter kunne ta oppstå på det tidspunktet. Å forstå hvorfor og hvordan pleierne tar beslutninger og avgjørelsene de tar, og ta i bruk intervensjoner, er essensielt for utviklingen av omsorg på sykehjem for å bli mer delaktig. Derfor er det viktig å undersøke pleiernes arbeidsmetode og danne seg en forestilling av den praktiske omsorgskunnskapen og ha større fokus på aktivisering (Den Ouden, *et al*, 2019).

For å bevare beboernes nåværende evner er det viktig at pleierne klargjør og forstår sine oppgaver for å forebygge de gjenværende evnene. Det vil si at en skal la beboer få gjennomføre de aktiviteter som er mulig, å gradere aktiviteter etter beboers funksjonsnivå (Kim, *et al*, 2015). Personalet skal støtte beboerne sin funksjon. Pleierne kunne gi beboerne en positiv innflytelse på livskvaliteten ved å oppmuntre til autonomi og sosial interaksjon (Den Ouden, *et al*, 2019). Dette gjorde de ved å oppmuntre beboerne til daglig aktivitet og selvstendighet. Over halvparten av aktivitetene pleierne utfører klarer beboerne å utføre selvstendig, som for eksempel å servere kaffe, helle melk og til og med røre i kaffen. Dette var aktiviteter de ansatte heller gjorde for beboerne (Den Ouden, *et al*, 2019). Intervensjonen bestod av tre hovedkategorier: opplæring, trening på jobben og politikk (Den Ouden, *et al*, 2019). Opplæringen av de ansatte gikk ut på tre aktive seminarer for hele sykehjemsteamet, for å skape bevissthet og diskusjon rundt temaet oppmuntring. Trening på jobben ble gjennomført av erfarne pleiere for å fortsette opplæring, skape bevissthet og fortsette oppmuntringen av beboerne på sykehjemmet. Politikk gikk ut på å gi de ansatte nok informasjon om intervensjonen før en satte i gang med seminaret. Dette ble satt i gang for å gjøre de ansatte mer bevisst på aktiviteter bruker kan mestre selv ved hjelp av oppmuntring (Den Ouden, *et al*, 2019).

I flere artikler kommer det frem ulike måter å fremme oppmuntring til å få beboer til å bruke sine resterende evner i forhold til spisesituasjon (Kim, *et al*, 2015; Den Ouden, *et al*, 2019; Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). For at beboerne skulle få i seg nok mat måtte pleierne ofte oppmuntre dem til å ville spise. Om beboerne ikke ønsket å spise oppfordret de ansatte beboeren til å spise så mye de orket ved å bruke strategien å vente. En skulle ikke presse dem eller mate dem (Kim, *et al*, 2015). De ansatte syntes det var lettere å mate beboer enn å spise selvstendig, men de ønsket oppmuntre til å bruke sine resterende evner. Sykepleierne oppmuntret beboerne til å bruke sine nåværende evner til å utføre ADL-aktiviteter. gjennom fysisk kontakt eller oppmuntring til spising ble selve måltidet lettere for beboer. Mange beboere bedret den fysiske og kognitive funksjonen, gjennom fysisk kontakt som involverte å støtte beboer under aktivitet (Den Ouden, *et al*, 2019). I en annen artikkel kommer det frem at sykepleiere hjalp personer med demens under spisesituasjon med å ta mat bort til munnen. Beboere oppfattet og åpnet munn når brød kom i kontakt med leppen. Sykepleiere var klar over at bruker kunne spise selvstendig, og ville opprettholde bruker sin funksjon, men for mye inntrykk rundt bruker gjorde at bruker fort glemte seg selv (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015).

I en annen artikkelen med styrke og balanse treningsprogram øvelser (Olsen, *et al*, 2015). Det var viktig å lytte til beboere sine meninger. Det var viktig å vite at beboere kunne gjøre mer enn hva personale tenkte. Beboere mente at personalet burde fokusere mer på aktiv deltagelse. Viktigheten med å trene måtte dermed bli gjenkjent av personalet der de måtte bli gode rollemodeller for dette (Olsen, *et al*, 2015). Noen beboere mente også at trening var frivillig, og at ingen burde bli presset til å delta. De mente at det var nok å trene to ganger i uken enn tre fordi de kunne syntes tre ganger var for mye. De ble hørt, og treningene gikk dermed problemfritt (Olsen, *et al*, 2015).

I en annen artikkel som gikk ut på pleiernes valg av omsorg for å bevare beboernes nåværende evner, kom det frem at en omsorgsplan for hver beboer var nødvendig. Dette var for at alle som var involvert i beboers pleie skulle kunne ha lik informasjon om beboerne sine spesifikke behov (Kim, *et al*, 2015). Ansatte som fysioterapeut, kostholdsveiledere og omsorgsgivere kunne dermed få den samme informasjonen. Dette kunne være veldig varierende fra hvor store sykehjemmene er. Noen sykehjem kan ha fysioterapeuter, omsorgsgivere og kostholdsveiledere jobbene på sykehjemmet, men for mindre sykehjem er ikke disse en del av de ansatte der (Kim, *et al*, 2015).

4.3 Meningsfull aktivitet

4.3.1 involvere beboer i meningsfull aktivitet

Innendørs hage arbeid var en intervensjon der deltagere fikk ansvaret for å ta vare på planter og å plante dem. Dette økte livskvalitet og glede ved å engasjere seg i et sosialt nettverket, og den fysiske funksjonen blant beboere økte (Tse, 2010). Å bli involvert i å ta vare på planter ga en følelse av glede og ansvar. Det reduserte ensomhet og ble en tilfredsstillende hverdagsaktivitet (Tse, 2010). Sosialt nettverk oppstod ved at forskningsteamet viste beboerne hvordan å lage naturlige plantevern midler med råe materialer, som var lett å bruke for eldre. I tillegg til dette var det sosialt for deltagerne når de fikk mulighet til å dele kunnskaper og ferdigheter med hverandre om sine metoder for å plante. Det førte til at beboerne ikke følte seg alene lenger og ble en del av et nettverk for å knytte nye vennskap og fikk noen å prate med (Tse, 2010). Øking av fysisk aktivitet førte til mer hånd bevegelse, der man måtte bruke begge hender for å utføre hage aktiviteter. Det førte også til mer gåing for å vanne og flytte planter. Det ga motivasjon til å gå mer rundt og de fikk et ansvar for å ta vare på planten (Tse, 2010).

Historiefortelling, spille kort, male, og dagsturer var aktiviteter som beboere mente kunne gjøres både i gruppe og individuelt (Van Der Ploeg, 2014). Dette kunne få frem samtaler som var knyttet til hver en smak. Beboere mente at det var avgjørende å vite hva som er meningsfullt for beboere gjennom livet når en skulle prøve å involvere beboere i meningsfull prat. Beboere opplevde mye å prate om, som nyheter, TV, fotball, vær og treverk (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015).

5.0 Diskusjon

Hensikten med dette studiet var å undersøke hvordan aktivitet og deltakelse kunne bli fremmet på sykehjem. I denne delen av studiet ble det diskutert rundt problemstillingen ved å drøfte resultatene fra forskningsartiklene, og knytte dette opp mot artikler og teori fra bøker, som er introdusert i innledningen.

5.1 Hvordan få beboer til å engasjere seg i aktivitet og deltakelse

5.1.1 Å få beboer til å bli selvstendig

Beboere kan være i en sårbar posisjon der de er avhengige av personal sin hjelp, som kan føre til ulikt maktforhold imellom (Beolsma, *et al*, 2014). Ved å aktivt involvere beboere, kan en forbedre deres trivsel. Ifølge denne forskningen, ønsker beboere at en følelse av fellesskap, følelse av hjemme, sosiale kontakter mellom beboere. Ergoterapeuter har kjernekompetanse om aktiviteters påvirkning på helse, identitet og sosialt nettverk, som kunne fremme eller hemme mestring i hverdagen (ergoterapeutene, 2017). Det sosiale nettverkets viktigste funksjon er å gi mennesker kontakt og støtte, der en får bekreftelse på at andre bryr seg om en (Mæland, 2011). Det ble brukt strategier som å presse og si at dette får du til, samt at beboere var støtte for hverandre (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). I tillegg var det viktig for beboere at de som var eldre kunne vise at en kunne få til aktiviteter. Beboerne var positive rollemodeller for hverandre, ved å tenke at de måtte få til aktiviteten. Beboernes holdninger til å motivere hverandre har en innvirkning på hvordan aktiviteten gjennomføres i fellesskapet (Helgesen, 2017). Beboerne hadde en aktivitetsrolle. Å se andre utføre aktiviteter førte til at de ble motiverte av hverandre (Olsen, *et al*, 2015). Sosialt nettverk kan være til hjelp for beboere ved å gi viktige råd eller veiledning, for å kunne klare seg i den situasjonen en er i (Mæland, 2016). Om en skulle sett på motivering fra personal opp mot motivering fra de andre beboerne kan en tenke seg at andre beboere vil kunne kjenne seg mer igjen i ens utfordringer, en hva en terapeut med bedre fysisk funksjon kunne ha gjort. At beboere trener fysisk aktivitet sammen i en gruppe, og kan ha felles mål å jobbe mot, som å få bedre fysisk funksjon, danner forpliktelser og forventninger for hverandre (Helgesen, 2017). Ergoterapeuter skaper forpliktelser ved å tenke bruker i sentrum. For å bli forpliktet (Kielhofner, 2010), kan ergoterapeuter bidra med målarbeidssamtale med bruker, som for eksempel SMARTE-mål. Dette kan skape engasjement til å oppnå mål, og at treningsprogrammet blir en rutine. I en annen artikkel kommer det frem at beboere fikk bedre livskvalitet når de ble oppmuntret til selvstendighet, og sosial interaksjon under måltid.

Beboere fikk mulighet til å skape et vennskap med andre beboere Den Ouden studie, *et al* (2019, som sitert i Watkins, *et al*, 2017). Menneske har ikke bare behov for mat og drikke, men også blant annet fellesskap og vennskap. Dette fremmer helse og livskvalitet (Mæland, 2016).

Mangel på sosialt nettverk kan føre til dårligere helse (Mæland, 2016). Om en ikke har sosialt nettverk, og ingen som har forventninger til hva du gjør, eller ikke er forpliktet til aktiviteter, kan en bli isolert, og la være å gjøre aktiviteter. Sosiale omgivelser har stor påvirkningskraft, og vi kan føle oss mer bekvem å la oss styre av andres forventninger enn å måtte velge selv (Helgesen, 2017). Å ikke ha forventninger til hverandre, kan også føre til en følelse av utilpass, utrygg, og sinne der sosiale normer kan bli brutt (Helgesen, 2017). Ved helsefremmende arbeid, som fokus på salutogenese, betyr sosiale omgivelser mye for god helseutvikling (Mæland, 2016). Ergoterapeuter skal bidra til at personers valg, handlinger og erfaringer blir vektlagt som sentrale faktorer i den ergoterapeutiske prosessen (Ergoterapeutene, 2017). En må ha respekt for personers verdier og normer, for deres identitet og livssituasjon.

Å forplikte seg, er ofte første steget i å oppnå aktivitetsengasjement (Kielhofner, 2010). Å forplikte seg til aktivitet krever at en fastholder seg til det, og kan bli til en innarbeidet rutine i hverdagen. Vaner påvirker utførelse av rutiner, og styrer hvordan en bruker tiden sin. Ved å ha rutiner vil en kunne få stabilitet og struktur i hverdagen (Kielhofner, 2010). Ved å coache vil terapeuten kunne gi beboerne nye måter å utøve aktiviteter eller trene utførelsen av aktivitet sammen med bruker. Ergoterapeuten setter også beboer i stand til å delta ved å oppmuntre dem (Kielhofner, 2010).

Ved bruk av brettspill intervensjon, ble støtte fra spesialist gradvis redusert, ved at spesialisten var mindre og mindre til stedet med å gi instruksjoner for hvordan gjøre fysisk trening, og tilrettelegge for beboere så de kunne klare å gjennomføre treningen selvstendig (Mouton, *et al*, 2017). Om en skal se dette opp mot å ha terapeut til å presse, kan det å gi for mye støtte, føre til at beboer blir passiv og ikke aktiv eller selvstendig. For mye tilrettelegging kan gi for lite utfordringer i miljøet og hindre treningsforløp (Tuntland, 2011). I tillegg kan overdreven tilrettelegging føre til at beboer oppfatter situasjonen som unaturlig og motsette seg den. Tuntland studie (2011, som sitert i Hagedorn, 2000). Ergoterapeuter har et syn på at en skal kunne bli så selvstendig og aktiv som mulig (Ergoterapeutene, 2017). Med dette er ergoterapeuter flinke til å gradere og tilrettelegge, slik at en ikke blir passiv. Dette kan for

eksempel innebære at hvis en beboer ikke klarer å gjøre en aktivitet som står på brettspillet, kan ergoterapeuten utpeke (Kielhofner, 2010) andre metoder for at det skal bli lettere for beboer og delta.

Personalet kan ha lite tid til å tilby og tilpasse aktiviteter, når en stor del av arbeidet er knyttet til generell omsorg på sykehjemmet. (Kjøs og Havig, 2016). Som tidligere nevnt står det i ergoterapeuters yrkesetiske retningslinjer at en skal fremme samarbeidet med kollegaer og andre samarbeidspartnere. Med dette menes at helsepersonell kan hjelpe til med å tilrettelegge for å kunne hjelpe flest mulig på best mulig måte (Ergoterapeutene, 2017). Å samarbeide med frivillige kan få beboere i aktivitet og deltakelse. Noen beboere på sykehjem opplever å være mye alene (Andersson, 2007). Dette kan være på grunn av at de ikke ønsker å delta på aktiviteter som foregår på sykehjemmene. Det kommer også frem at flere beboere ber om mer pleiehjelp for å få noen å snakke med, noe som kan føre til at man blir mer immobil da man hele tiden får hjelp til aktiviteter man selv kan mestre (Andersson, 2007). I en artikkel i resultatsdelen kom det frem at frivillige hjalp til på sykehjem med det, som førte til at beboere ble mindre isolerte (Van Der Ploeg, 2014). Helse og omsorgsdepartementet har sammen med frivillighet Norge og KS kommet med en nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse og omsorgsfeltet 2015-2020. Den ville føre samarbeid mellom offentlig og frivilligsektor sammen og bidra til å rekruttere flere frivillige til helse og omsorgssektoren. Den ville blant annet styrke det sosiale nettverket og redusere ensomhet (St.meld. 15 (2017-2018)). Frivillige var med på treningsprogram for å få beboere til å delta mer aktivt i meningsfulle aktiviteter (Van Der Ploeg, 2014). Stiftelsen *livsglede* har tiltak som opplæring, støtte og veiledning til å strukturere aktiviteter og gode opplevelser for sykehjemsbeboere (St.meld.15 (2017-2018)), som frivillige kan ta nytte av. En ulempe med frivillige er dersom de ikke har noen helsebakgrunn. Selv om frivillige fikk informasjon for å forstå beboernes behov, blir helsepersonell lært opp over lengre tidsperiode på flere år, og kan komme med flere tiltak og tilretteleggelser under beboeres aktivitetsutførelse. Tverrfaglig samarbeid med yrkesgrupper, som har aktivitetsfokus, som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter, og aktivitører, kan være viktig for at frivillige skal kunne øke kompetanse til å bli tryggere på hvordan å fremme aktivitet og deltakelse.

Felles mål ved brettspill treningsprogrammet var å bedre den fysiske funksjonen. For å utføre spillet måtte det minimum være to deltakere. Brettspill ansees som viktig for å opprettholde fysisk aktivitet (Mouton, *et al*, 2017). Ifølge forskning fra Norge, Sverige og Danmark, er

beboere på sykehjem ekstremt inaktive. Fysisk aktivitet og trening spiller en viktig rolle i bevaring av fysisk funksjon og livskvalitet sent i livet (Grönstedt *et.al*, 2012). Inaktivitet er risikofaktor som kan redusere funksjonsevne, og det er derfor viktig å være i fysisk aktivitet, for dette er et grunnleggende behov for sykehjemsbeboere (Tuntland, 2011). Dagens sykehjemsbeboere er stort sett skrøpelige, og konsekvenser ved inaktivitet kan være at det skjer endringer i kroppens organsystemer (Tuntland, 2011). En kan få benskjørhet, og få feilstillinger i kroppen. Beboer kan dermed få problemer med å stå og gå, samt dårligere gripeevne og mindre rekkevidde. Balanse, koordinasjonsevne, muskelstyrke, kan også reduseres. Å trene kroppsfunksjon, bottom-up, som brettspillet, eller fokus på mål eller aktivitet i seg selv, enn å fokusere på kroppsfunksjoner, top-down, kan sees opp mot hverandre (Tuntland, 2011). For noen kan trening av aktiviteter være meningsfull på annen måte enn trening av kroppsfunksjoner (Tuntland, 2011). Her er det viktig at ergoterapeuter stiller det viktige spørsmålet ved kartlegging: “hva er viktig for deg?” for mennesker er forskjellige, og har ulike ønsker, mål, og drømmer i livet, som motiverer oss til å være i aktivitet (ergoterapeutene, u.å). Ergoterapeuter kan også spørre om hva slags mål beboere har. Det er viktig at beboer får brukermedvirkning i dette, som er viktig for dem i hverdagen (Tuntland, 2011). SMARTE-mål er også lurt å bruke for å spesifisere mål som beboere ønsker å oppnå. Mål må være tydelige og konkrete, der de bør være spesifikke, realistiske, relevante, og tidsavgrenset. Tuntland studie (2011, som sitert i Eliasson, 2002).

Flere av beboerne kom til øker av seg selv, men de fleste trengte noen til å hente dem fra rommene deres og til stuen hvor spillet foregikk (Mouton, *et al*, 2017). Ved å presse beboer til å komme til stuen kan øke livskvaliteten og selvstendighet til beboerne. Fordelen med å presse, vil få bruker til å delta, og får en utfordring i hverdagen, som kan øke motivasjon. Hvis en gir beboer for mye hjelp til å komme seg til aktiviteter, kan dette forverre den nåværende evnen. På en annen side kan det å ikke få hjelp til å komme seg til stuen, føre til at beboer velge å ikke delta. Det kan være fordi beboere ikke kan har noen avtaler og eller forventinger til å være delaktig i aktiviteten. For å dra inn ergoterapeutisk relevans, kan en rådgi (Kielhofner, 2010) om hvorfor og viktigheten med at du skal delta på brettspillet, og strategier til hvordan gjennomføre det (Kielhofner, 2010). Et eksempel kan være å formidle hvis man ikke blir med i aktivitet, så kan en oppleve nedsatt kroppsfunksjonen, som er omhandlet lengre oppe i diskusjonen (Tuntland, 2011).

5.1.2 Kreative aktiviteter som motivasjon

Å gi bort ting man selv har lagd var viktig for beboer, og å gjøre andre glade stod av stor betydning for beboer (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Noen hadde for eksempel laget et spill laget av tre som en ga videre til barnebarn. Dette var en kilde til stolthet og tilfredshet. Den viktigste gruppen vi tilhører er familien (Mæland, 2016). De gir oss den oppveksten og utviklingen av deg som individ, og dine interesser som former din identitet og tilhørighet. I resultatet kom det frem at rolle som bestemor og i et annet tilfelle rolle som ektefelle, rolle har innflytelse på aktivitet (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Når en flytter inn på sykehjem, kan en oppleve å ikke få opprettholdt sin rolle siden en flytter til nye omgivelser. Det kan skje en rolleendring (Kielhofner, 2010). Ergoterapeuter har personsentrert praksis, som innebærer å ha respekt for personers verdier og normer, for deres unike identitet og deres livssituasjon (Ergoterapeutene, 2017). For å bevare tidligere roller kan det å skulle gi vekk gaver en har lagd, fortsette beboer til å kunne bevare rollene man har.

Ved å gjøre kreative aktiviteter, førte ofte med seg gode samtaler som gjorde atmosfæren lettere for beboerne med at samtaler ikke omhandlet helserelaterte problemer (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Dette viser fokus på salutogenese, og ikke på sykdomsfremkallende forhold (Mæland, 2016). Å være opptatt med en aktivitet, og ha det gøy kan føre til gode samtaler og gjøre det lettere å prate om noe positivt enn alvorlige temaer, eller om aktiviteten, som blir utført. Dette kan føre til gode relasjoner med de andre beboerne. Dette er et sosialt forhold som fremmer helse og livskvalitet (Mæland, 2016).

Å tenke annerledes og kreativt, som å tenke "utenfor boksen", kunne gjøre pleierne mer løsningsorienterte enn å være knyttet til plikt og rutiner (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Å være løsningsorientert er også noe ergoterapeuter gjør (Ergoterapeutene, 2017). Dette vil si å se på alle mulige løsninger for at en beboer skal kunne få gjøre en meningsfull aktivitet. Viktighet med kreativitet er at en er i stand til å tenke nytt ved å finne på nye ideer og oppdage nye løsninger. Dette vil si at ideer og løsninger spontant dukker opp hos oss og en trenger ikke bruke masse energi (Helgesen, 2017). Fordelen med å tenke utenfor boksen er å få gjøre forskjellige aktiviteter, for da bruker en kreativitet til å finne på noe meningsfullt. Ulempe med dette kan være dersom en ikke føler en er kreativ. Kreativitet er ikke egenskap som en har eller ikke har (Helgesen, 2017). En kan lære å bli kreativ. Ved å gå på kurs om kreativ tekning, kan en oppleve mestring gjennom å utføre løsbare kreative oppgaver. Etter

kurs kan en få større tro på sine kreative evner. Det er en sammenheng mellom intelligens, kunnskapsnivå og kreativitet. Å ikke følge strenge plikter og rutiner kan føre til at pleiere mister struktur på arbeidet sitt i hverdagen sin. Dette kan føre til at en glemmer viktige arbeidsoppgaver som pleierne har løpet av en dag.

For noen beboere kunne det med å ta en sjanse til å utføre kreative aktiviteter motivere (Cour, Josephsson, Luborsky, 2005). Vilje (Kielhofner, 2010) til å engasjere seg i aktiviteter gikk ofte ut på å tørre å ta sjanser og å innse barrierer for å komme i gang. En strategi terapeutene brukte var dette med å tørre å vente for å gjøre det riktige. En må altså å ta hensyn og respektere (Kielhofner, 2010) at en beboer vil bruke tid på kreative aktiviteten. Dette vil si at en må tenke gjennom hva man skal gjøre før man gjør et valg. Fordelen med dette kan være at beboer skal kunne få tenke gjennom så resultatet skal bli tilnærma slik som en ønsker eller så for seg. Ved å tenke seg om før en utfører arbeidet, kan også føre til at det blir en god kvalitet. Å gjøre valg eller beslutninger (Kielhofner, 2010) i den kreative aktiviteten, kan hjelpe beboer til å føle empowerment (Mæland, 2016). Beboer har rett til å foreta beslutninger om sitt eget liv, og ergoterapeuter skal bidra til at personens valg, handlinger, og erfaringer blir vektlagt i den ergoterapeutiske prosessen (Ergoterapeutene, 2017).

5.2 Individuell tilpasning og identitet

5.2.1 Respekt for at beboer vil gjøre noe selvstendig

Det å kunne ha friheten til å bestemme over sitt eget liv etter at en har flyttet inn på sykehjem er utrolig viktig for beboerens verdighet. Mange beboere ønsket seg frihet, til å gjøre aktiviteter de liker, men har ingen frihet til å faktisk gjøre det (Caspari, 2018). De kunne føle seg ignorert når avgjørelser ble tatt. Det kommer frem i to forskninger at å dra på aktiviteter alene, og å arrangere aktivitet for beboer, fremmet verdighet for beboerne (Van der Ploeg, *et al*, 2014; Slettebø, *et al*, 2017). Dette vil si at en skal respektere hva beboere har lyst til å gjøre på egenhånd. Begrepet empowerment kan underbygge verdighet. En må la beboerne gjøre hva en vil, og det kan gi beboerne empowerment. De skal kunne komme med sine meninger i avgjørelser om dem (Mæland, 2016). Brukermedvirkning (Mæland, 2016) er viktig med tanke om at beboere må kunne få komme med sine meninger om hvordan styre sin hverdag. Ergoterapeuter må respektere beboere sine behov, ønsker og interesser (Ergoterapeutene, 2017). Å anerkjenne og forhandle, er relevante begrep (Kielhofner, 2010). Det er viktig å respektere og vise hensyn til hva beboere vil, men også forhandle mellom seg for å bli enige om mål (Kielhofner, 2010). Dersom en lar beboer som har behov for

tilrettelegging for redusert funksjon, få styre hvordan en skal utføre en aktivitet, kan det føre til aktivitet ikke klares å gjennomføres på grunn av for høy vanskelighetsgrad (Tuntland, 2011). Det er dermed viktig å forhandle (Kielhofner, 2010) med beboer, så både ergoterapeut sine meninger og kompetanse, samt beboer sine meninger kommer frem. Kompetansen til ergoterapeuter er viktig for at aktivitet blir tilrettelagt til beboers funksjon. I tillegg må beboere sine meninger og behov lyttes til siden det er tross alt beboer sitt liv. Å bli sett, og satt pris på kom frem ved at beboer kunne gå på aktivitet alene, og at meningsfull aktivitet ble arrangert for en beboer (Slettebø, *et al*, 2017). En beboer er tross alt ikke bare en pasient, men har også identitet (Kielhofner, 2010), som et selvstendig menneske, og har forskjellige interesser, som bør bli satt pris på. Om en ikke behandler beboer med respekt, kan en miste motivasjonen og tiltro til personalet. Dette kan føre til mindre deltakelse. Siden respekt er en ergoterapeutisk muliggjørende strategi (Kielhofner, 2010), er det forståelig at når det ikke er tilstede vil det påvirke motivasjonen.

Sykepleiere mente at hvert individ hadde fortsatt ressurser igjen, og at det var viktig å identifisere dem fullt ut. For noen var det viktig å samles rundt meningsfulle aktiviteter, som musikk og dans (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). Dette tyder på aktivitetsperspektiv, og får frem samspillet mellom person: beboerne, aktivitet: musikk og dans, og omgivelser: gjøre aktivitetene sammen med andre (Tuntland, 2011). Dette samspillet er relevant for ergoterapeuter siden det går under ergoterapeuters kjernekompetanse, der formålet er deltakelse og inkludering (ergoterapeutene, 2017). Forskjell på fagkompetanse innenfor aktivitet og deltakelse mellom ergoterapeuter, og personal kan diskuteres under dette.

Personal kan ha lite tid til å tilby og tilpasse aktiviteter, når en stor del av arbeidet er knyttet til generell omsorg på sykehjem (Kjøs og Havig, 2016). Ergoterapeuter sine arbeidsoppgaver er å fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter, og utvikle miljøer som flest mulig skal kunne klare å delta i aktivitet og deltagelse (Ergoterapeutene, 2017). Dette tyder på at ergoterapeuter kunne bidratt til å tilby og tilpasse aktiviteter. Med bakgrunn av Kjøs og Havig sin forskning er det bra at forskningen til Lillekroken, Hauge, og Slettebø har fokus på å fremme aktivitet og deltakelse. Hvis de ansatte ikke fokuserer på resterende ressurser kan det føre til at beboer blir mer immobil, som kan forverre helsen og deltakelse i aktiviteter (Tuntland, 2011).

Det var viktig å vurdere hvem som klarte å gjøre gruppe aktiviteter, og hvem som kunne trenge individuell støtte for å kunne bli med (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (2008) kommer med at generell tilrettelegging ikke vil løse alle individuelle behov (Tuntland, 2011). De påpeker at det kan være behov for individuell tilrettelegging. Hensikten med individuell tilrettelegging er å imøtekomme de individuelle tilretteleggingsbehov som kan oppstå for en person med nedsatt funksjonsevner i utførelse av ulike aktiviteter og i møte med et samfunn som ikke er universelt utformet (Tuntland, 2011). Dette tyder på det ergoterapeutiske synet om å ha bruker i sentrum. Dette gir brukermedvirkning (Mæland, 2016). Ergoterapeuter tilrettelegger på ulike måter for individet. Dette kan være endringer av arbeidsteknikk, tilpasse gjenstander, søke og innvilge hjelpemidler, velferdsteknologi, universell utforming (Tuntland, 2011).

5.2.2 Hvordan helsepersonell tilrettelegger for ivaretagelse av resterende evner til beboere

Gjennom observasjon kunne personal bli mer bevist på hva en gjør og hva hver enkel beboers utøvelseskapasitet (Kielhofner, 2010) i hverdagsaktiviteter. Samt oppmuntre dem til å bli selvstendig, og skape sosiale interaksjoner (Den Ouden, *et al*, 2019). Observasjon kan gi viktig kunnskap om hvilke faktorer som forårsaker hverdagsaktivitets begrensinger. Observasjon kan være nyttig for å få forståelse for funksjonsnivå. Observasjon vil kunne gi forståelse for hva som gjør at du ikke får utført aktivitet (Tuntland, 2011). For å skulle bevare beboernes nåværende evner er det viktig at pleierne klargjør og forstår sine oppgaver for å forebygge gjenværende evner (Kim, *et al*, 2015). Det vil si at beboer skal få mulighet til å gjennomføre de aktivitetene en selvstendig klarer og heller gradere etter beboers funksjonsnivå etter dette. Det kommer frem at pleierne tar over nesten halvparten av beboerne sine hverdagsaktiviteter når pleierne er tilstede (Den Ouden, *et al*, 2019). Det kan føre til immobilitet, og kan gjøre beboeren mer pleietrengende når en ikke får vært med å delta selvstendig og ikke kan få mulighet til å bestemme selv. Dette tyder på tap av empowerment (Mæland, 2016). Å sette beboer i stand til å ta vare på egen helse “enabling” kan handle om å mobilisere beboer og resursene en har. (Mæland, 2016). Engasjerende aktiviteter skaper en lidenskap og de utføres med et stort engasjement framfor andre aktiviteter som ikke er av like stor betydning (Kielhofner, 2010).

Sykepleierne oppmuntret beboerne til å bruke sine resterende evner til å utføre ulike hverdagsaktiviteter (Kim, *et al*, 2015). Gjennom fysisk kontakt eller oppmuntring til spising

ble selve måltidet lettere for beboer. I stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) introduserte regjeringen begrepet *aktiv omsorg*. Det kom frem at de største svakhetene i dagens omsorg var dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold. For å sikre forsvarlig aktivitet, mobilisering og opptrening ble ergoterapeuter og fysioterapeuter satt inn som et tiltak for å opprettholde beboers funksjonsnivå (Tuntland, 2011). Ved å hjelpe boerne til å utføre ulike hverdagsaktiviteter mer selvstendig kan dette føre til en følelse av mestring og muligheten til å ta del i hverdagslivet. Når beboerne får muligheten til å prøve selv, kan dette utfordre dem til å få tilbake motivasjon. Ved å føle seg motivert kan det gjøre aktiviteten mer spennende og deltakelsen kan bli lettere. Ergoterapeuter kan tilrettelegge spisesituasjon med å gi beboere ulike redskaper som kan gjøre spisesituasjon oppnåelig (Tuntland, 2011). Det kan være å gi gjenstander som greps forstørrelser, spesialbestikk, formbart bestikk, vinklet bestikk, sugerør, håndklemme eller håndreim, gaffelskje, tallerken med høy kant, og drikkebeget med utbygde hanker. Et eksempel på det kan være dersom en person har svak styrke i handledet, så kan en gi spesial bestikk med et handtak, som krever mindre styrke i handledet, slik at en kan kunne fortsatt gjøre aktiviteten, og bruke sine resterende evner (Tuntland, 2011).

Hvis beboeren nektet å spise kunne en oppmuntre dem til å ville spise ved å vente på at de ble ferdige med maten (Kim, *et al*, 2015). Ulempe med å vente kan være at beboer blir sittende igjen alene rundt matbordet. Det kan også gå utover personal sin tid til å kunne gjøre andre arbeidsoppgaver. Fordelen med å vente er at beboer vil kunne få tiden en vil til å spise, for en bruker ulik tid på å spise. En annen fordel kan være at beboer vil kunne få i seg mer eller nok næring når en får bruke sin tid. En ergoterapeutisk muliggjørende strategi for å få beboer til å spise er strategien å oppmuntre (Kielhofner, 2010). Å oppmuntre vil kunne sette en i stand til å spise selvstendig. Det vil si at en gir følelsesmessig støtte og beroliger beboeren under måltid ved å bevisstgjøre dem på at det går fint om en bruker lengre tid på å spise. Det er viktig at personal kjenner til beboernes evner, ønsker, og behov (Tuntland, 2011). Personal som tar seg tid til dette, var i bedre stand til å gi hjelp og å støtte beboernes eget forsøk i å klare seg selv. Tuntland studie (2011, som sitert i Ball, *et al*, 2004). Mange beboere bedret den fysiske og kognitive funksjonen, gjennom fysisk kontakt som involverte å støtte beboer under aktivitet (Kim, *et al*, 2015). Å gi fysisk støtte er også en ergoterapeutisk muliggjørende strategi til å støtte beboer med å fullføre en aktivitet eller deler av den (Kielhofner, 2010). Å anerkjenne og respektere at beboer kan bruke ekstra tid på å spise, er en ergoterapeutisk muliggjørende strategi, som kan få beboer til å føle empowerment (Mæland, 2016) i utførelsen av spisesituasjonen (Kielhofner, 2010).

Beboere mente at personalet burde fokusere mer på aktiv deltagelse (Olsen, *et al*, 2015). Viktigheten med å trene måtte dermed bli gjenkjent av personalet der de måtte bli gode rollemodeller for å trene. Aktiviteter en person holder på med medfører rolle som aktivitør. I dette tilfellet var personalet aktivitører. Dette er positivt fordi da har beboere noen som kan gi dem instruksjoner. Noen beboere mente trening var frivillig, og ingen burde bli presset til å delta (Olsen, *et al*, 2015). Noe som kan tyde på empowerment, hvor beboerne fikk en større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen (Mæland, 2016). At beboere og personale har fokus på aktivitet, er sentralt innenfor ergoterapi, som har aktivitetsfokus (Ergoterapeutene, 2017).

For å bevare beboernes nåværende evner kom det frem at en omsorgsplan for hver beboer var nødvendig. Alle som var involvert i beboers pleie skulle kunne ha lik informasjon om beboerne sine spesifikke behov (Kim, *et al*, 2015). Det er viktig å sette opppe en omsorgsplan for et godt samarbeid mellom yrkesgruppene. Med dette får en knyttet sammen gode krefter i det forebyggende helsearbeidet (Mæland, 2016). Det er både fordeler og ulemper med en omsorgsplan. Det står ikke utfyllende i artikkelen om hvordan dem gikk frem for å lage denne planen, og om beboer var med på å lage den eller ikke. Fordelen med å ha beboer til å medvirke denne planen kan gjøre den mer rettet mot dem og lettere for dem å skulle utføre aktivitetene da en selv har fått være med å bestemme. Dette fører til empowerment og brukervedvirkning (Mæland, 2016). Ulempe kan være at personalet har lagd omsorgsplan uten å ha involvert beboer i hva som skal utføres av ulike aktiviteter i løpet av en dag. Det kan føre til mindre deltakelse om beboer ikke får komme med sine meninger om interesse, og behov. Ved at ergoterapeuter for eksempel bruker verktøyet individuell plan (Helsebiblioteket, 2011), kan de få oversikt over beboere sine mål, ressurser, tjenesteoversikt, hvordan tiltak skal gjøres, samt samarbeid med andre institusjoner. I tillegg bruker ergoterapeuter blant annet COPM intervju for at beboer skal få uttrykke hva slags hverdagsaktiviteter en gjør i løpet av en dag, vurdere hvordan aktivitetsutførelse av hverdagsaktiviteter oppleves, samt vurdere hvor meningsfullt det er å få de til (Tuntland, 2011).

5.3 Meningsfull aktivitet

5.3.1 Meningsfull aktivitet: hva er viktig for deg?

Innendørs hage arbeid var en intervensjon der deltagerne fikk ansvaret for å ta vare på planter. Det økte livskvalitet og glede ved å engasjere seg i et sosialt nettverket, og den fysiske funksjonen blant beboere økte (Tse, 2010). Å bli involvert i å ta vare på planter ga en følelse av glede og ansvar. Dette tyder på empowerment. Dette kunne føre til at en ikke følte seg ensom og ble en del av et sosialt nettverk. Deltakerne fikk mulighet til å dele kunnskaper og ferdigheter med hverandre om metoder for å plante, som førte til brukermedvirkning (Tse, 2010). Dette kunne gi beboerne en relasjon til den andre. En kunne lære av hverandre og mulig skape mer interesse. Det kommer frem i St.meld.nr 25 (2005-2006) at grønn omsorg er sett som en mulighet for å fremme aktivitet for eldre. Grønn omsorg handler om å gi meningsfulle aktiviteter til eldre i hverdagen. Hagearbeid er en aktivitet under dette, som førte til øking av fysisk aktivitet. En fikk bruke hendene til å utføre hageaktiviteter og det førte til mer gåing for å vanne og flytte planter (Tse, 2010). Dette tydeliggjør top-down tilnærming, der meningsfulle aktiviteten er å gjøre hagearbeid kan oppleves mer meningsfullt enn å trene kroppsfunksjonsbasert uten et aktivitetsbasert mål (Tuntland, 2011).

Historiefortelling, spille kort, male, og dagsturer var aktiviteter som beboere mente kunne gjøres både i gruppe og individuelt (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). Dette kunne få frem samtaler som var knyttet til hver en smak. Beboere mente at det var avgjørende å vite hva som er meningsfullt for beboere gjennom livet når en skulle prøve å involvere beboere i meningsfull prat (Lillekroken, Hauge, Slettebø, 2015). Det å kunne ha friheten til å bestemme over sitt eget liv etter at en har flyttet inn på sykehjem er utrolig viktig for beboerens verdighet. Det er viktig å stille beboerne spørsmålet om hva som er viktig for deg? (Ergoterapeutene, u.å). for å sikre deltakelse og inkludering. Ved inkludering vil omgivelsene tilrettelegge deltakelse, slik at beboer opplever tilhørighet på sykehjemmet. Ergoterapeuter må respektere beboere sine behov, ønsker og interesser (Ergoterapeutene, 2017).

5.4 Metodekritikk

Det er tatt en vurdering om litteraturstudie kan ha påvirket oppgavens resultater da en kan få andre resultater ved bruk av andre metoder, som for eksempel intervju. Det vil si at ved bruk av kun litteraturstudie vil en ikke få mulighet til følge opp med oppfølgingsspørsmål, som

kunne gitt studien en større forståelse. Resultatene som er innhentet av artikler skal har dekket forståelsen for problemstillingen, utfra studiens tidsmessige ramme.

Studiet begynte veldig spesifikt på et tema, som viste seg at var et felt det var lite forskning på og kunne ikke hjelpe studiet videre. Temaet var problemstillingen knyttet til velferdsteknologi, men dette var lite forskning på. Det ble brukt mye tid på å se etter kun kvalitative artikler, men fant ut at det var begrenset tilgang til. Det ble åpnet opp for både kvalitative og kvantitative artikler. Til tross for dette klarte en likevel å finne mest kvalitative artikler. Det ble oppdaget at kvantitative artikler ikke ga like utfyllende svar som de kvalitative, på grunn av en del statistikk. En del negative artikler, samt artikler som ikke har overskrifter, eller innhold som ikke var relevant til problemstilling, eller mangel av IMRaD struktur, gjorde at det ble vanskelig å finne artikler i søkeprosessen, som fremmet aktivitet og deltakelse. Det var også utfordrende å finne artikler som gikk spesifikt på intervensjoner som forklarte meningsfulle, eller sosiale aktiviteter for beboere på sykehjem. Det meste, som ble sett handlet om intervensjoner som opprettholder fysisk funksjon, samt daglig aktivitet. Artikkel om frivillighet har svakhet ved at den er kort, men ble likevel benyttet fordi dette er samarbeidspartnere, som kan være ekstra hjelper.

Når det kommer til analysen var det flere ting, som har gjort det utfordrende å lande på temaer. Når artikler skulle bli systematisert i tabeller (Aveyard, 2014), ble det ikke tenkt så mye over hva hovedessensene var i første omgang. Dette førte til at det tok tid å koble temaer sammen. Kritisk sammendrag av all forskning (Aveyard, 2014) tok ikke med styrker og begrensninger. Diskusjon av styrke på funn har heller ikke dermed blitt tatt med. Dette kan ha medført svakheter med kvalitet av artikler, som en ikke er klar over. Det ble heller ikke rettet oppmerksomhet på resultater, som kunne virket for fine, siden dette ikke ble oppdaget. Ved å ha dette punktet i bakhodet, kunne en ha blitt mer bevisst og tenkt over om det var noen resultater, som en burde sette seg kritisk til. Når en skulle inneslutte resultatene av artiklene og kritisk vurdering i temaene, bør 70% være funn, og 30% bør være kritisk vurdering. Den kritiske vurderingen ble ikke gjort. Dette kan ha resultert til at noen funn, som studiet ikke er klar over, kan ha påvirket kvaliteten på funnene.

6.0 Konklusjon

Avslutningsvis vil det i denne delen av studiet presenteres de viktigste poengene fra diskusjon for å svare på den valgte problemstillingen. Målet med å fremme aktivitet og deltakelse på sykehjemmet er å få flere i fysisk aktivitet og bedre livskvaliteten. Formålet med dette studiet var å undersøke hvordan en fremmer aktivitet og deltakelse på sykehjem og knytte ergoterapi kompetanse til dette. Basert på funnene fra de vitenskapelige artiklene, belyser oppgaven forskjellige måter å fremme aktivitet og deltakelse og bevissthet rundt dette temaet. Når en skal fremme aktivitet og deltakelse på sykehjem er det viktig å tenke på hva som allerede fremmes. Resultater kunne variere når de på sykehjem hadde ulikt funksjonsnivå og forutsetninger for å delta.

To artikler omhandlet at det må bli mer fokus på aktivitet og deltakelse, men det kom positivt frem fra de artiklene at aktivisering skjedde i stor grad. En ønsker ikke kun at beboer skal delta i aktivitet, men også at aktiviteten skal være meningsfull for en. Derfor kommer det viktige spørsmålet; Hva er viktig for deg? Mennesker er forskjellige og har ulike ønsker, mål, og drømmer i livet. Ved å ta i bruk smarte mål får man dette mer spesifikt.

Studiet har vist flere ergoterapeutiske strategier som kan være med på å øke aktiviteten på sykehjemmet. Både det med å rådgi, anerkjenne, forhandle, coache og oppmuntre, er muliggjørende strategier som både kan forenkle aktiviteten, men også tilrettelegge for beboer ved å gradere etter funksjonsnivå. Resultatene fra studiet viser at sosial støtte og nettverk er viktig for å fremme helse og livskvaliteten til hver beboer. En kan få fokuset bort fra sykdomsbildet og få både gode samtaler og relasjoner til andre beboere, noe som kan tyde på salutogenese. Studiet gir en indikasjon på hva som fremmer aktivitet og deltakelse på sykehjem. Å få en ergoterapeutisk metode å jobbe etter kan være med på å øke bevisstheten om aktivisering på sykehjem.

Studiet har gitt forskerne ny kunnskap om hva som allerede fremmes av aktiviteter på sykehjem. En fikk også lærdom fra viktigheten med fysisk aktivitet og det sosiale nettverket. Viktigheten med at beboerne får være med å delta i aktiviteter som foregår både på og rundt sykehjemmet. Studiet har vist viktigheten med et sosialt nettverk og individuelle tilpasninger i forhold til aktivitet. Her står både rolle, verdier og interesser høyt for å fremme aktivitet. Siden det var utfordrende å finne studier som fremmer aktivitet og deltakelse, når en del forskning gikk på hvordan det hemmes, kan dette tyde på at det er behov for mer forskning.

7.0 Referanseliste

Andersson, I. Pettersson, E. & Sidenvall, B. (2007) Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), pp.1712–1718.

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* 3rd ed., Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Boelsma, F. *et al.* (2014) "Small" things matter: Residents' involvement in practice improvements in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 31, p.45. doi: 10.1016/j.jaging.2014.08.003.

Caspari, S. *et al.* (2018) Tension between freedom and dependence—A challenge for residents who live in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), pp.4119–4127. doi: 10.1111/jocn.14561.

Cour, K.L, Josephsson, S. & Luborsky, M. (2005) Creating connections to life during life-threatening illness; creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 12(3), pp.98–109. doi: 10.1080/11038120510030889

Den Ouden, M. *et al.* (2019) Feasibility of DAILY NURSE: A nursing intervention to change nursing staff behaviour towards encouraging residents' daily activities and independence in the nursing home. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), pp.801–813. doi: 10.1111/jocn.14677

Ergoterapeutene (2017) *Yrkes etiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/> (Hentet 13.03.19).

Ergoterapeutene (u.å.) *Hva er viktig i livet ditt?*. Tilgjengelig fra:

https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Den%20store%20historien%202017/A5_HVA_ER_VIKTIG%E2%80%93TIL_WEB_enkeltsider.pdf?cid=28328d3f-9b88-40c9-8d50-4b46923317b5 (Hentet 28.03.19).

Grönstedt H. *et.al.* (2012), Effects of Individually Tailored Physical and Daily Activities in nursing Home Residents on Activities of Daily Living, Physical Performance and Physical Activity Level: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology*, Vol.59(3), pp.220-229. doi 10.1159/000345416.

Hagedorn, R. (2000) *Tools for Practice in Occupational Therapy. A Structured Approach to Core Skills and Process.* Edinburgh: Churchill Livingstone.

Halvorsen, K. (2005) *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*, Oslo: Gyldendal akademisk.

Helgesen, L.A. (2017) *Menneskets dimensjoner : lærebok i psykologi* 3. utg., Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Helsebiblioteket (u.å.) *Kritisk vurdering.* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering> (Hentet: 4.03.19).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor.* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
(Hentet: 14.03.19).

Helsebiblioteket (2011) *Hva er en individuell plan?* Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/oversikt-metoder/individuell-plan>

Hildebrandt, S. (2011) *fagfelle vurdering med plettet rykte.* Tilgjengelig fra:

<https://forskning.no/forskningssvindel/fagfelle-vurdering-med-plettet-rykte/789830> (Hentet: 04.02.19).

Hoffman, B. (2019). Forskningsetikk og vitenskapsetikk. *Forskning og utvikling i ergoterapi*. Tilgjengelig fra: https://ntnu.blackboard.com/bbcswebdav/pid-597969-dt-content-rid-19778926_1/courses/194_ERG3011_1_2019_V_1/Forskningsetikk%20Bachelor%20Ergoterapi%20NTNU%20Gjovik.pdf (Hentet 12.03.19).

Kim, H.J. *et al.* (2016) Nurses' clinical decision-making for preserving nursing home residents' remaining abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), pp.1326–1335. doi: 10.1111/jocn.13206

Kielhofner, G. (2010) *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis* 2. udg., København: Munksgaard.

Kjøs, B. og Havig, A. (2016) An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), pp.330-339. doi: 10.1111/scs.12249.

Lillekroken, D, Hauge, S. & Slettebø, Åshild. (2015) Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), pp.3129–3137. doi: 10.1111/jocn.12945.

Meld. St 15 (2017-2018) (2018) *Leve hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Mouton, A. *et al.* (2017) effects of a giant exercising board game intervention on ambulatory physical activity among nursing home residents: a preliminary study. *Osteoporosis International*, 28(s1), pp.S320–S321. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5446970/> (Hentet 05.04.19).

Mæland, J.G. (2016) *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* 4. utg. Oslo: Universitetsforl.

Olsen, C.F. *et al.* (2015) Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia - a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 15(1), p.379. doi: 10.1186/s12913-015-1041-7.

Ridley, D. (2012) *The Literature Review*. 2. utg., London, SAGE publications Ltd.

Slettebø, Å. *et al.* (2017) The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), pp.718–726. doi: 10.1111/scs.12386

Tse, M.M.Y. (2010) Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7- 8), pp.949–958. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02803.x.

Tuntland, H. (2011) *En innføring i ADL : teori og intervensjon* 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlag.

Van Der Ploeg, Eva S. *et al.* (2014) The feasibility of volunteers facilitating personalized activities for nursing home residents with dementia and agitation. *Geriatric Nursing*, 35(2), pp.142–146. doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.12.003.

World Health Organization (2001) *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse*. Tilgjengelig fra: https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/ICF_fullversjon-%20IS-0354.pdf (Hentet: 03.04.19).

Østerdal, I. (2016) Hva skiller fagartikkel fra forskningsartikkel? / What is a scientific article? Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/2016/05/24/hva-skiller-fagartikkel-fra-forskningsartikkel-what-is-a-scientific-article/> (Hentet: 24.03.19).

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

Søkeord	Databaser	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nursing homes 2. Activities of daily living	Medline	1 AND 6 AND 11	165
3. Activity and participation	CINAHL	1 AND 2 AND 4	108
4. Participation	CINAHL	1 AND 2 AND 5	11
5. Meaningful activities	Pubmed	1 AND 6 AND 7	228
6. Activity	CINAHL	1 AND 3 AND 7	90
7. Intervention	MEDLINE	1 AND 7 AND 8	276
8. Strategies	Cinahl	1 AND 2 AND 9	345
9. Program	Pubmed	1 AND 9 AND 10	119
10. Physical activity 11. Social	CINAHL	1 AND 5 AND 8	10

Vedlegg 2 - Oversikt over valgte artikler

Tittel og årstall	Forfattere	Metode	Utvalg	Hovedtema	Resultat
Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia – a qualitative study (2015).	Fromholt Olsen, C <i>et al</i>	Kvalitativ	8 beboere på sykehjem med demens	Kan fysiske øvelser forbedre livskvaliteten for beboere på sykehjem med demens	Beboerne hadde mest positive erfaringer med å delta på de fysiske øvelsene. Fem hovedtemaer som kom fram under intervjuene var dette med å presse seg selv, bli investert i, et sosialt nettverk som førte til deltakelse, forandring i funksjon, selvstendighet og fysisk aktivitet for å bevare evner.
Effects of a giant exercising board game intervention on ambulatory physical activity among nursing home residents: a preliminary study (2017).	Mouton, A <i>et al</i>	Kvantitativ	2 sykehjem i Belgia. 10 sykehjems beboere fra ene, og 11 fra en annen	Et stort brettspill for å forbedre den fysiske aktivitet og et bredere utvalg av fysiske og psykologiske utfall blant beboere på sykehjem	Økning av: antall trinn, energiforbruk, motivasjon, balanse, fysisk og muskulær presentasjon. Brettspillet økte selvstendigheten og kunne føre til forbedring i den fysiske formen. Trening har vist å forbedre mobiliteten og funksjon.
The significant of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experience of dignity (2016).	Slettebø, Å <i>et al</i>	Kvalitativ	28 semi strukturerte intervju av beboere på sykehjem	Meningsfull aktivitet og verdighet	Oppmuntre verdighet gjennom meningsfull deltakelse. Fremme verdighet gjennom å oppleve hyggelige individuelle aktiviteter. Det er viktig å skreddersy aktiviteter individuelt og muliggjøre beboere til å delta i aktivitet. Sykepleiere bør samle inn informasjon om beboerne sine meninger for deltakelse i aktiviteter på sykehjem
Feasibility of DALLY NURSE: A nursing intervention to change	Den Ouden, M <i>et. al</i>	Mixed method study	35 sykepleiere 20 beboere på sykehjem	Gjennomføring av DALLY NURS (intervensjon) for å oppmuntre beboerne på sykehjem til	DALLY Nurse ble gjennomført på sykehjem hvor observerte visse situasjoner gjennom dagen for å bevisstgjøre sykepleierens gjøremåte. Det ene sykehjemmet brukte filmet aktivt for å vise på

nursing staff behaviour towards encouraging residents' daily activities and independence in the nursing home (2019).				daglig aktivitet og selvstendighet	seminar. Dette for å vise at sykepleierne tar over nesten halvparten av aktivitetene til beboerne. Som dem kan gjennomføre selv.
Nurse's clinical decision-making for preserving nursing home resident's remaining abilities. (2016).	Kim, H. <i>et al</i>	Kvalitativ	Dybdeintervju med 32 sykepleiere	Sykepleiere sine strategier for å bevare beboere på sykehjem sine gjenværende evner	Resultatene kommer frem i fem temaer: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se beboere's potensial 2. Fysiske, emosjonelle og psykososial omsorg i daglige rutiner 3. Skreddersydd omsorgsplan, ansatte få informasjon om spesifikke behov 4. Oppmuntre, fremme og fysisk og emosjonell støtte 5. Forberede beboere for mer selvstendighet
The feasibility of volunteers facilitating personalized activities for nursing home residents with dementia and agitation. (2014).	Van Der Ploeg, E, <i>et al</i>	Kvalitativ	19 frivillige på sykehjem	Mulighet til for frivillige å tilrettelegge personlige aktiviteter for sykehjem beboere med demens og uro	Frivillige kan forbedre livskvaliteten for forvirra demente som opplever utelukkning fra: sosialt engasjement og meningsfullt individuelt skreddersydd aktivitet. Ikke alle frivillige vil kunne møte alle behovene for beboere, men dersom antallet av dem øker, vil det kunne fylle gapet.
Creating connections to life during life-threatening illness: creative activity experienced by elderly people and occupational therapists. (2005).	Cour, K Josephsson, S Luborsky, M	Kvalitativ	8 beboere på sykehjem Og 7 terapeuter	Beboeres erfaringer og engasjement med kreative aktiviteter	Ved å delta på kreative aktiviteter økte dette beboernes sosiale nettverk og fikk muligheten til selvbestemmelse og erfare den friheten det fører med det. Beboerne fikk mulighet til å lage ting de selv hadde sett og fikk en mestringsfølelse av å skape noe.
Therapeutic effects of an indoor gardening	Tse, M, M, Y,	Quasi experimental Kvantitativ RTC	53 beboere på sykehjem	Effekten av innendørs hagearbeid/planting	Betydelig stor forbedring av livskvaliteten og det sosiale nettverket. Det kommer også fram at ensomheten blir mindre.

programme for older people living in nursing homes. (2010).					Beboerne fikk ansvar for planene de hadde plantet og måtte både flytte dem og vanne dem. Noe som var med på å øke autonomien.
Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. (2015)	Lillekroken,D Hauge, S Slettebø, Å	Kvalitativ	16 norske sykepleiere	Sykepleiere må være oppmerksom på aktiviteter som kan støtte og muligens øke salutogenese	Sykepleiere må være oppmerksom på aktivitet som kan øke salutogenese. Å finne og pleie enkeltpersonens ressurser, Tilpasse meningsfylte aktiviteter, Finne kreative løsninger var strategier som kunne støtte og muligens fremme salutogenese.

