

10093

## Fysisk aktivitet og demens

Hvilke effekter har fysisk aktivitet for pasienter med demens, og på hvilken måte kan sykepleiere på sykehjem tilrettelegge for fysisk aktivitet?

Antall ord: 6868

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022



10093

## **Fysisk aktivitet og demens**

Hvilke effekter har fysisk aktivitet for pasienter med demens, og på hvilken måte kan sykepleiere på sykehjem tilrettelegge for fysisk aktivitet?

Antall ord: 6868

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Andelen personer med demens, vil øke i tiden fremover. Denne pasientgruppen er ekstra utsatte for redusert fysisk funksjon. Kommunale virksomheter har ansvar for at pasienter med demens får være fysisk aktive hver dag. Sykepleiere har ansvar for å dekke pasientens grunnleggende behov, inkludert behovet for fysisk aktivitet.

**Hensikt:** Undersøke effekter av fysisk aktivitet blant pasienter med demens på sykehjem. I tillegg var det ønskelig å undersøke hvordan sykepleiere som arbeider på sykehjem, kan bidra til dette.

**Metode:** Litteraturstudiet bygger på åtte forskningsartikler.

**Resultat:** Forskningen viste eksempler på at pasienter på sykehjem er lite fysisk aktive. Det ble vist at pasienter med demens har mer angst og depresjon, enn kognitivt friske pasienter. Diabetes, kreft og hjerte- og karsykdommer, de mest utbredte sykdommene på sykehjem. Pasientene opplevde både fysiske, sosiale og psykiske gevinster av fysisk aktivitet. For eksempel: bedre gripestyrke, balanse, livskvalitet, mindre depressive symptomer og bedre sosiale evner.

**Konklusjon:** Effektene av fysisk aktivitet for pasienter med demens, er mindre depressive symptomer, bedre livskvalitet, bedre gripestyrke, bedre balanse osv. Sykepleiere bør ha fokus på individuelle preferanser ved aktivisering av pasientene. Samtidig har arrangert trening og aktivitet i grupper, vist seg å gi positive utslag blant både pasienter og personale på sykehjem. Fokus på hverdagslige gjøremål, som å la pasientene få delta i stell, er eksempel på hvordan sykepleiere kan aktivisere pasientene. Velferdsteknologi er også en faktor som med fordel kan benyttes til samme formål.

**Nøkkelord :** Demens, sykehjem, eldre, fysisk aktivitet, sykepleier, ADL.

# Abstract

**Background:** The number of patients with dementia, is expected to increase. Patients with dementia are at risk of reduced physical functioning. Primary health care institutions, are responsible for ensuring daily physical activity for these patients. Nurses must cover the fundamental needs of their patients, including the need to be physical active.

**Aim:** Examine the effects of physical activity for patients with dementia, and how nurses working in nursing homes can promote physical activity among these patients.

**Method:** This litteraturestudy is based on eigh research articles.

**Results:** The reasearch shows that the amount of physical activity among nursing home patients, is not adequate. Patients with dementia had more anxiety and depression, compared to those without dementia. Diabetes, cancer and cardiovascular diseases, were the most common somatic diseases in nursing homes. Patients experienced physical, sosical and psychological benefits from being active. Some examples: Better gripstrength, balance, quality of life, and social skills, and less depressive symptoms.

**Conclusion:** Patients with dementia exeperienced less depressive symptoms, better quality of life, better gripstrengt and better balance, from physical activity. Nurses should focus on individual preferences when promoting physical activity among these patients. Arranged physical activity in groups, also gave positive effects for patients and nursing home personell. Nurses can stimulate activity by including patients in everyday tasks, involve them in caring situations ect. Welfare technology can also be used for this purpose.

**Keywords:** Dementia, nursing home, elderly, physical activity, nurse, ADL.

# Innhold

1.	Introduksjon.....	1
1.1.	Introduksjon til tema .....	1
1.2.	Teori.....	2
1.2.1.	Demens og utfordringer tilknyttet demens.....	2
1.2.1.	ADL og aldersforandringer .....	3
1.2.2.	Effekter av fysisk aktivitet, og konsekvenser av inaktivitet .....	3
1.2.3.	Sykepleierens rolle og utfordringer i sykepleieryrket.....	4
1.2.4.	Velferdsteknologi og samarbeid med andre yrkesgrupper .....	4
1.3.	Formål og problemstilling .....	5
2.	Metode .....	6
2.1.	Søketabell .....	6
2.2.	Litteraturstudium som metode .....	10
2.3.	Inklusjons -og eksklusjonskriterier .....	10
2.4.	Søkestrategi .....	11
2.5.	Vurdering og utvelgelse av artikler .....	12
2.6.	Analyse.....	13
3.	Resultater .....	14
3.1.	Presentasjon av resultater .....	20
3.1.1.	Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse .....	20
3.1.2.	Fysisk helse og aktivitet på sykehjem .....	21
3.1.3.	Sykepleiers rolle og individuell tilrettelegging .....	21
4.	Diskusjon .....	23
4.1.	Sykepleiers rolle angående aktivisering .....	23
4.2.	Fysiske effekter av fysisk aktivitet .....	25
4.3.	Psykiske og sosiale effekter av fysisk aktivitet .....	25
4.4.	Metoderefleksjon.....	26
4.5.	Konklusjon .....	27
	Referanser.....	28

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	6
Tabell 2.4 Pico-skjema .....	12
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	14



# 1. Introduksjon

I denne delen av oppgaven beskrives bakgrunnskunnskap og teori, relevant for oppgavens tema. Problemstillingen presenteres i slutten av kapittelet.

## 1.1. Introduksjon til tema

Det er ventet at antallet eldre i Norge vil stige, noe som vil medføre flere personer rammet av demens (Strand et al., 2021). Per dags dato, gjelder dette ca. 101 000 personer i Norge. Innen vi når 2050, er det antatt at antallet med demens kommer til å fordoble seg. Over 80% av pasienter med langtidsplass på sykehjem, har en demensdiagnose.

En fagartikkel publisert i tidsskriftet Sykepleien, peker på at personer med demens på sykehjem vil miste sin fysiske funksjon raskere, sammenlignet med dem uten kognitive utfordringer (Telenius et al., 2019). Som følge av dette, øker faren for at de blir mer inaktive. Forfatterne av fagartikkelen fra Sykepleien publiserte også: «Fysisk aktivitet og trening på sykehjem», som er et omfattende dokument hvor det er samlet forskning angående temaet (Telenius et al., 2017). Her belyses blant annet negative konsekvenser av inaktivitet. Dårligere sirkulasjon, stive ledd, fall, brudd og urininkontinens, er noen av konsekvensene som nevnes.

Av egne erfaringer som sykepleierstudent, har jeg observert at det er mye stillesitting blant pasienter på sykehjem. Helsedirektoratet publiserte 9. mai i år, nye nasjonale faglige råd om fysisk aktivitet for voksne og eldre (Helsedirektoratet, 2022b). De nye retningslinjene anbefaler alle å være jevnlig i fysisk aktivitet. Dersom man til vanlig er lite aktiv, bør man i starten ta hensyn til eget utgangspunkt. Ettersom kapasiteten øker, bør man tilstrebe å være fysisk aktiv fra 150 til 300 minutter med intensitet på moderat nivå, eller fra 75 til 150 minutter, med høy intensitet. Det går også an å kjøre en kombinasjon av disse. Anbefalingene gjelder for dem fra 65 år og oppover. For personer med nedsatt funksjonsnivå, og for de som ikke er i stand til å følge disse anbefalingene, gir helsedirektoratet anbefaling å være så aktiv som mulig.

«Leve hele livet» er en kvalitetsreform utarbeidet av regjeringen (Meld.st.15, 2017). Reformen er rettet mot personer over 65 år, både hjemmeboende og personer som bor på institusjon. Et av fokusområdene er fellesskap og aktivitet. Reformen antyder at ivaretagelse av grunnleggende behov, og forebygging av funksjonssvikt er for dårlig. Lite fysisk aktivitet utpekes som en av årsakene til dette. I reformen vises det til departementets handlingsplan for fysisk aktivitet (Departementene, 2020-2029). I handlingsplanen blir det anbefalt at fysisk aktivitet integreres i pasientbehandlingen. Det pekes på at pasienter som bor på institusjon vil dra fordeler av å være fysisk aktive. En av fordelene er at pasientene vil kunne opprettholde sin fysiske funksjon lengre, noe som også vil gjøre det lettere å mestre hverdagslige gjøremål.

Som sykepleier er det sentralt å ha et holistisk menneskesyn, og fokusere på å ivareta pasientens grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2017). Å få være i fysisk aktivitet,

er ett av disse. I tillegg til de nasjonale rådene om fysisk aktivitet, har Helsedirektoratet utarbeidet en nasjonal, faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2022a). Retningslinjene beskriver at kommunale virksomheter skal sørge for å tilrettelegge for daglig fysisk aktivitet, for personer med demens.

Som nevnt er antallet med demens med fast boplass på sykehjem, høyere enn antallet uten demens. I tillegg er de fleste som bor på sykehjem, og de som rammes av demens, eldre (Strand et al., 2021). På bakgrunn av dette, og med tanke på egne erfaringer rundt fysisk aktivitet på sykehjem, vil jeg i denne oppgaven fokusere på fysisk aktivitet til eldre personer rammet av demens.

## 1.2. Teori

I denne delen av oppgaven beskrives teori og begreper som er relevante for oppgavens problemstilling.

### 1.2.1. Demens og utfordringer tilknyttet demens

Demens er en samlebetegnelse for flere progredierende sykdommer, som påvirker hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2018). Personer som rammes av demens, vil ofte oppleve at følgende områder påvirkes negativt: Kognitiv funksjon, oppførsel og bevegelighet (Telenius et al., 2019; Wyller, 2019). Den vanligste formen for demens, er Alzheimer (Skovdahl & Berentsen, 2018). De som rammes av Alzheimer, har gjerne god hukommelse knyttet til opplevelser tidligere i livet. Det å skulle lære seg noe nytt og holde avtaler, kan derimot bli mer problematisk. Det er også vanlig at disse pasientene «vandrer», og blir rastløse og urolige. Mange kan også bli engstelige.

Som nevnt, opplever personer med demens, at den kognitive funksjonen svekkes (Telenius et al., 2019; Wyller, 2019). Ordet «kognitiv» er et begrep som ifølge store medisinske leksikon, innebærer det å tenke og oppfatte. (Kjøll & Tranøy, 2020). Et verktøy som brukes mye for å kartlegge kognitiv funksjon hos eldre, er «Mini Mental Status Evaluering» (Kirkevold, 2018).

Angst er en psykisk lidelse (Bugge, 2018). Når man kjenner på angst, kan fryktfølelsen være like sterk som om man skulle være i reel fare. At man likevel ikke er i reel fare, men opplever frykt, er et kjennetegn på angst. Det er vanlig at de som rammes av demens, også plages av angst (Aldring og helse, 2019). I et intervju med Alka Rani Goyal, som sammen med sine medarbeidere utarbeidet studien «*Anxiety in people with dementia : A common, but unidentified, underestimated, condition*», fant de at en av tre personer på sykehjem i Norge, har betydelig angst.

Depresjon kjennetegnes av å være nedstemt over en lengre periode (Aarre, 2018). Blant pasienter med demens, er det høy forekomst av depresjon (Skovdahl & Berentsen, 2018). Mange er likevel ikke kartlagt for dette, og får dermed ikke behandling. I følge Telenius et al. (2019) kan depresjon oppstå som en konsekvens av redusert fysisk funksjon. Det er heller ikke uvanlig å ha både angst og depresjon samtidig. (Kvaal, 2018)

### 1.2.1. ADL og aldersforandringer

ADL står for «Activities of daily living», som kan oversettes til «egenomsorg» (Romøren, 2018). ADL handler om funksjoner man er avhengig av å kunne utføre, for å være selvstendig i hverdagen. Dette innebærer helt grunnleggende ferdigheter som å kle på seg, spise og ivareta god hygiene. For pasienter med demens, kan dette være en utfordring. Personer rammet av demens har generelt et stort behov for hjelp (Telenius et al., 2019). Å være fysisk aktiv, øker sjansene for å både forbedre og vedlikeholde den enkeltes ADL-funksjon, noe som kan bidra til mer selvstendighet.

Når kroppen eldes, skjer det biologiske forandringer i ulike organsystemer (Mensen, 2018). For eksempel blir huden tynnere, og sår oppstår lettere sammenlignet med yngre personer. I tillegg vil man få mindre muskler og mer fett. Når man mister muskler i hånden, kan det gå utover ADL-funksjonen. Dette er fordi håndens styrke til å gripe, blir svekket. Med alderen vil man få dårligere immunsystem, mindre kalsiumopptak og svakere skjelett. Alderdom vil også påvirke sirkulasjonssystemet. For eksempel øker sjansen for aterosklerose, blant annet fordi strukturen i åreveggen endres. Hjertemuskelen vil også få redusert effektivitet. På grunn av dette opplever gjerne eldre å bli raskere slitne, sammenlignet med da de var yngre.

### 1.2.2. Effekter av fysisk aktivitet, og konsekvenser av inaktivitet

Fysisk aktivitet er et begrep som innebærer at kroppen er i bevegelse (Nystad, 2021). Energiforbruket stiger når man er fysisk aktiv. Dette er fordi kroppen bruker mer energi når man er i bevegelse, sammenlignet med når man sitter stille. Når dette forbruket øker vesentlig, benytter man betegnelsen *fysisk aktivitet*. I dokumentet «Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet», beskriver Helsedirektoratet inaktivitet som at musklene i kroppen ikke er i bruk (Helsedirektoratet, 2014). På FHI sine nettsider, blir det beskrevet at inaktivitet innebærer å ikke følge anbefalingene om hvor fysisk aktiv man bør være (Nystad, 2021).

Konsekvensene av inaktivitet er mange (Helbostad, 2018). For å nevne noen eksempler: Når man ikke er i bevegelse, stimuleres ikke tarmperistaltikken, og man kan bli obstipert. Dette kan påvirke matlysten i negativ retning. Trykksår er også en fryktet konsekvens av fysisk inaktivitet (Johansen, 2017). Dersom et område av huden utsettes for kontinuerlig trykk over lengre tid, vil det kunne dannes sår i huden, og i verste fall oppstå nekrose i det utsatte vevet. Ellers kan inaktivitet føre til svakere muskler, og at leddenes bevegelighet blir dårligere. Dette er aktuelt da pasienter med demens er ekstra utsatte for å falle (Helbostad, 2018). I tillegg får mange eldre kvinner osteoporose, som gjør at de blir mer utsatte for brudd ved et eventuelt fall (Wyller, 2019). Dårligere sirkulasjon, nedstemthet og isolering, er også eksempler på konsekvenser av inaktivitet (Helbostad, 2018). Effektene av fysisk aktivitet er også mange (Skaug, 2017). Fysisk aktivitet kan ha en positiv effekt på angst og depresjon. Det forebygger også ulike kreftformer, hjerte- og karsykdommer, diabetes, og bidrar til bedre immunforsvar. I tillegg kan det forebygge demens, og bidra til å vedlikeholde kognitiv funksjon.

### 1.2.3. Sykepleierens rolle og utfordringer i sykepleieryrket

Som sykepleier skal man ivareta pasienters grunnleggende behov, noe som inkluderer behovet for å være fysisk aktiv (Kristoffersen et al., 2017). I tillegg har sykepleiere en helsefremmende, behandlende og forebyggende funksjon overfor pasienten. Som sagt er et holistisk menneskesyn, sentralt i sykepleie (Haugan, 2018). Dette innebærer at man ser hele personen, med psykiske, sosiale, åndelige og fysiske behov. Personer med demens har også, naturligvis, behov for å være fysisk aktive på lik linje med andre mennesker. Det er vist sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet (Telenius et al., 2019). Livskvalitet er et subjektivt begrep, og hva det innebærer vil variere fra person til person (Kristoffersen, 2017). Psykologen Siri Næss, er en av dem som har utarbeidet en forklaring av begrepet. Hun forklarer livskvalitet som en opplevelse av «psykiske velvære», og trekker blant annet frem punkter som tilfredshet, glede og opplevelse av mening.

En oversiktsartikkel fra 2018 fant at utbrenthet blant sykepleiere på sykehjem, var et utbredt problem (Harrad & Sulla, 2018). Å tilstrebe helhetlig omsorg, er et fint ideal, men det kan også bli en kilde til stress for sykepleiere (Orvik, 2018). Som student i praksis på sykehjem, har jeg som sagt observert mye stillesitting blant pasientene. Det samme gjelder ikke alltid for sykepleierne. Jeg har selv fått erfare at hverdagen på sykehjem til tider kan være travel, og det er ikke alltid man får gitt pasientene den omsorgen man ønsker.

Som sykepleier deltar man mye i stell av pasienter (Brodtkorp, 2018). Det er forskjell på å delta og overta. Det er hensiktsmessig at pasientens behov i stellesituasjonen kartlegges, og at hjelpen blir tilpasset den enkelte. På denne måten kan man unngå å overta for mange oppgaver som pasienten egentlig kunne utført selv. Slik kan stellesituasjonen brukes som en arena for fysisk aktivitet, og ADL-trening (Skaug, 2017). Når sykepleieren lar pasienten få gjøre mer selv, vil pasienten forhåpentligvis oppleve positive følelser som mestring og selvstendighet.

En ting er å tilrettelegge for at pasienten skal bli mer selvstendig. En annen ting er hva pasienten faktisk ender opp med å gjøre. Sykepleieteoretikere som Henderson og Orem, peker på flere faktorer som kan gjøre det vanskelig for pasienten å ivareta sine grunnleggende behov (Kristoffersen et al., 2017). Problemer knyttet til fysisk funksjon, lite kunnskap, manglende vilje og motivasjon, er eksempler som nevnes. Henderson er spesielt opptatt av at pleien til pasienten, skal tilpasses den enkelte pasient med bakgrunn i hva pasienten selv hadde ønsket om vedkommende hadde hatt de nødvendige ressursene.

### 1.2.4. Velferdsteknologi og samarbeid med andre yrkesgrupper

I vårt moderne samfunn, har vi tilgang til velferdsteknologi (Knutshaug & Nakrem, 2021). Begrepet omfatter teknologi som benyttes for å gjøre hverdagen enklere, mer overkommelig, og bidra til mestring for brukerne. (Grimsbø, 2017; Knutshaug & Nakrem, 2021). Det finnes ulike typer velferdsteknologi som bidrar til fysisk aktivitet (Aldring og helse, u.å.). Eksempler er ulike TV-spill og treningssykkel. Ved hjelp av en treningssykkel og en digital skjerm, kan pasienter sykle seg gjennom både «land og strand». En norsk studie, undersøkte hvordan man kunne lykkes med implementering av velferdsteknologi (Nakrem & Kiran, 2019). Det viste seg at noen av de største utfordringene for å ta i bruk

teknologien, var fysisk funksjon og kognitive ferdigheter. Studien belyste også viktigheten av brukervennlighet og tilstrekkelig opplæring.

Sykepleiere er naturligvis et sentralt element i pasientbehandlingen, men de står ikke alene. Fysioterapeut og ergoterapeut, er eksempler på naturlige samarbeidspartnere for sykepleiere (Kristoffersen, 2017). Ergoterapeuter kartlegger pasientens behov i hverdagen, og kan tilrettelegge omgivelsene og ordne ulike hjelpemidler. Samarbeidet med fysioterapeut har en mer forebyggende og vedlikeholdende funksjon, med fokus på hvordan pasienten fungerer fysisk.

### 1.3. Formål og problemstilling

Formålet med litteraturstudiet, er å undersøke effekter av fysisk aktivitet blant pasienter med demens som bor på sykehjem. I tillegg er det ønskelig å undersøke hvordan sykepleiere som arbeider på sykehjem, kan bidra til dette. Med dette som utgangspunkt, er følgende problemstilling utformet:

*«Hvilke effekter har fysisk aktivitet for pasienter med demens, og på hvilken måte kan sykepleiere på sykehjem tilrettelegge for fysisk aktivitet?»*

Ønsker å poengtere at jeg i hovedsak vil benytte betegnelsen «pasienter» i oppgaven. I flere av artiklene står det skrevet «beboere» på sykehjem. Jeg har altså tatt meg frihet til å «omdøpe» dem til *pasienter*, med unntak av artikkelmatrisene. Bakgrunnen for dette er at jeg ønsker å forholde meg til ett begrep. I tillegg er gruppen jeg skriver om både mottakere av helsehjelp, og rammet av en kronisk sykdom. Dette er i overensstemmelse med Helsedirektoratets definisjon av pasientbegrepet (Helsedirektoratet, 2021). Jeg vil også benytte begrepet «sykehjem», selv om to av artiklene omtaler «Long term care facilities» og «Memory Clinics».

## 2. Metode

Denne delen av oppgaven, beskriver fremgangsmåten for innsamling og utvelgelse av forskningsartikler.

### 2.1.Søketabell

**Tabell 2.1 Søketabell**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	22.4 .2022	S1.	Dementia OR Dementia		98 468	
		S2.	Alzheimer's Disease OR alzheimer's disease		45 418	
		S3.	Physical Activity OR physical activity		110 138	
		S4.	Exercise OR exercise		224 192	
		S5	Activities of Daily Living OR activities of daily living		85 512	
		S6	physical inactivity		4 199	
		S7	Nurses OR nurses		475 790	
		S8	Nursing Homes OR Nursing Home Patients OR nursing home		50 241	
		S9	Quality of Life OR quality of life		156 255	

		S10	neuropsychiatric symptoms		1530	
		S11	S1 OR S2		104 158	
		S12	S3 OR S4 OR S5 OR S6		358 134	
		S13	S7 OR S8		519 364	
		S14	S9 OR S10		157 518	
		S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14		187	
		S16	S11 AND S12 AND S13 AND S14	År 2012-2022 Peer-Reviewed	173	
		S17	S11 AND S12 AND S13 AND S14	År 2012-2022 Peer-Reviewed Full tekst	55	2 (A, B)
Medline	22/4-22	S1	Physical activity OR Exercise		307 264	
		S2	Dementia OR dementia		239 738	
		S3	Alzheimer disease OR alzheimer		120 576	
		S4	Nursing homes OR nursing home resident		42 943	
		S5	Nurse OR nurses		221 600	
		S6	S2 OR S3		246 909	
		S7	S4 OR S5		261 352	
		S8	S1 AND S6 AND S7	År 2012-2022	153	2 (C, D, E)
Cinahl	20/4-22	S1	Dementia OR dementia		57 615	

		S2	nursing home OR Nursing Homes		22 551	
		S3	Quality of Life OR quality of life		156 255	
		S4	Interviews OR interviews		289 877	
		S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		122	
		S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	År: 2012- 2022 Peer- Reviewed	119	1 (F)
Cinahl	22/4- 22	S1	Norwegian		7 435	
		S2	Norway OR norway		18 697	
		S3	Nursing Homes OR nursing homes OR Nursing Home Patients		43 721	
		S4	Nurses OR nurses		475 790	
		S5	Physical Activity OR physical activity		110 138	
		S6	S1 OR S2		20 154	
		S7	S3 OR S4		513 636	
		S8	S5 AND S6 AND S7		22	
		S9	S5 AND S6 AND S7	År 2012-2022	13	
		S10	S5 AND S6 AND S7	År 2012-2022 Peer Reviewed	13	1 (G)
PsycINFO	22/4- 22	S1	Depression		336 462	



		S2	Anxiety OR anxiety		234 057	
		S3	quality of life OR Quality of life		98 273	
		S4	nursing home residents OR Nursing home residents		3 636	
		S5	S1 OR S2		455 492	
		S6	S3 OR S4 OR S5	År: 2012-2022	117	1 (H)

#### Inkluderte artikler:

- A. Smit et. al., (2016) Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100-109 <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116>
- B. Røen et. al., (2017) Resource Use and Disease Course in dementia-Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-15 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>
- C. van der Wardt, et. al., (2020) Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia – a focus group study. *Aging and Mental Health*, 24(8), 1326-1333 <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590308>
- D. Henskens, M. et al., (2018) Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 46(1-2), 60-80 <https://doi.org/10.1159/000491818>
- E. Akram, A. et al., (2021) Implementation of an integrative movement program for residents with dementia in a VA nursing home. *BMC Geriatrics* 21(1), s. 1-11 <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02494-2>
- F. Mjørud, E. et al., (2017) Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC eHealth Service Research*, 17(1), 1-9 <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>

- G. Kjøs, B. Ø. & Havig, A. K., (2015) An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? 2015 *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30(2), 330-339 <https://doi.org/10.1111/scs.12249>
- H. Lok, N. et al., (2017) The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 70, 92-98 <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>

## 2.2. Litteraturstudium som metode

Oppgaven er utformet som en litteraturstudie. Dette innebærer at den bygger på allerede eksisterende kunnskap (Dalland, 2018). Som utgangspunkt for oppgaven, er det utformet en problemstilling. For å besvare denne, er det innhentet forskning gjennom systematiske litteratursøk i ulike databaser. Sentralt i et litteraturstudium, er å være kritisk når man undersøker resultatene av de systematiske søkene (Forsberg & Wengström, 2013). For å ivareta dette, og for å avgrense søket, er det blant annet beskrevet ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier under kapittel 2.3. Totalt er åtte forskningsartikler valgt ut. Fremgangsmåte beskrives i tabell 2.1, og i tabell 3.1, er artiklenes resultater, hensikt, osv. beskrevet i en artikkelmatrise.

## 2.3. Inklusjons -og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for dette litteraturstudiet, var at artiklene måtte være fagfellevurderte, publisert fra 2012-2022, ha IMRaD-struktur, og være engelsk- eller skandinaviskspråklige.

Eksklusjonskriterier for litteraturstudiet var artikler som ikke var fagfellevurderte, artikler eldre enn 10 år, og artikler som omhandlet pasienter som ikke bodde på sykehjem. Artikkelen «*Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia- a focus group study*», omhandlet ikke pasienter på sykehjem. Likevel ble artikkelen inkludert fordi den omhandlet fysisk aktivitet og demens, og samsvarte med inklusjonskriteriene.

## 2.4. Søkestrategi

I starten av oppgaveskrivingen, var det ønskelig med en bred oversikt over forskningen på temaet. Derfor ble det gjort noen usystematiske søk. Det ble søkt i databasene PubMed, Cinahl, PsycINFO og Medline. Dette er databaser anbefalt av NTNUs universitetsbibliotek (Johansen, 2021). «Physical activity» og «Dementia» var søkeordene som ble benyttet i første omgang.

Det ble også utarbeidet et PICO-skjema, se tabell 2.4. Emneordssystemet «MeSH» ble brukt som hjelp til å finne faglige begreper på engelsk (*MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*, u.å.). Databasen «PubMed» ble ikke inkludert i det endelige søket, da søkene flere ganger gav rundt 1000 treff, som gjorde det vanskelig å velge ut artikler. I de andre databasene derimot, gav søkene på det meste 153 treff.

Det ble gjort tre søk i databasen Cinahl. Det første søket inkluderte følgende søkeord: «Dementia», «Alzheimer's disease», «Physical activity», «Exercise», «Activities of daily living», «Physical inactivity», «Nurses», «Nursing homes»/ «Nursing home patients» / «Nursing Home », «Quality of life» og «Neuropsychiatric symptoms». Søket gav til sammen 55 treff. Overskriftene på alle artiklene ble lest, og deretter sammendraget på de som fremstod mest relevante for oppgaven. To artikler ble valgt ut. (A, B)

Det andre søket i Cinahl, inkluderte følgende søkeord: «Dementia», «Nursing home» / «Nursing homes» , «Quality of life» og «Interviews». Søket inneholdt ordet «interviews» fordi det var ønskelig med et pasientperspektiv. Det forrige søket i Cinahl var relativt langt. Derfor ble flere søkeord utelatt i denne omgang. Søket gav 119 treff. For å gjøre det mer overkommelig, ble kun overskrifter og noen sammendrag på artikler som fremstod relevante, lest. En artikkel ble valgt ut, og denne ble lest fra start til slutt. (F)

Det tredje søket i Cinahl, gav 13 treff. En artikkel ble valgt. (G) Grunnet få treff, ble alle overskrifter og sammendrag lest. Det var ønskelig med flere norske artikler, og forskning om sykehjem i Norge. Følgende søkeord ble derfor benyttet: «Norwegian», «Norway», «Nursing homes» / «Nursing home patients», «Nurses» og «Physical activity». Databasen Cinahl ble mye brukt fordi den representerer sykepleiefaget, og gav flere relevante treff for problemstillingen (Helsebiblioteket, u.å.).

Databasene MedLine og PsycINFO ble også brukt. Gjennom praksiserfaringer, har jeg opplevd tegn på angst og depresjon hos pasienter med demens. Jeg ønsket å undersøke temaet grundigere, og benyttet meg derfor av databasen PsycINFO. Dette er en database med fokus på psykiatri og psykologi (Johansen, 2021). Følgende søk gav 177 treff, og inneholdt søkeordene: «Depression», «Anxiety», «Quality of life», og «Nursing home residents». Artiklene ble gjennomgått på samme måte som første søk i Cinahl, og en artikkel ble valgt ut. (H). Det ble også gjort søk i MedLine. Dette fordi databasen er relevant for sykepleie, og det var ønskelig å utvide «horisonten» med mer bredde i søket (Helsebiblioteket, u.å.). Det ble søkt med følgende ord: «Physical activity» / «Exercise», «Dementia», «Alzheimer disease» / «Alzheimer», «Nursing homes» / «Nursing home resident» og «Nurse» / «nurses». Søket gav 153 treff, og det ble brukt samme utvelgelsesmetode som ved første søk i Cinahl. Tre artikler ble valgt. (C,D,E)

Ønsker til slutt å nevne at PC-relaterte problemer, medførte at den opprinnelige søketabellen ble slettet. På grunn av dette ble alle søkene gjennomført på nytt, med samme søkeord som tidligere.

**Tabell 2.4 Pico-skjema**

P	I	C	O
Demens	Fysisk aktivitet		Effekter av fysisk aktivitet/ inaktivitet
Dementia/ Alzheimer/ Alzheimer's disease	Physical acitivity/ Exercise/ Activities of daily living/ Physical inactivity/Interviews		Neuropsychiatric symptoms/ Depression/ Anxiety
Nurse(s)/ Nurses/ Nursing home(s)/ Nursing home patients/ Nursing home resident			
Norway/ Norwegian			

## 2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler

For å sikre god, kritisk utvelgelse av forskningsartikler, ble sjekklister funnet på Helsebibliotekets nettsider, benyttet (Helsebiblioteket, 2016). Følgende sjekklister ble brukt:

- Randomisert kontrollert studie.
- Kvalitativ studie.
- Kohortstudie.

Det var også ønskelig at artiklene var publisert i tidsskrifter på publikasjonsnivå 1 eller 2. Gjennom å benytte Norsk senter for forskningsdata sine publikasjonskanaler, ble dette ivaretatt (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.).

## 2.6. Analyse

For å analysere de utvalgte forskningsartiklene, ble Evans analysemodell benyttet (Evans, 2002). Dette er en modell som er satt sammensatt av fire ulike trinn, formulert nedenfor:

1. Utvalg av studier.
2. Identifisering av de viktigste funnene fra hver enkelt studie.
3. Identifisere felles temaer på tvers av ulike artikler.
4. Fenomenbeskrivelse.

**Trinn 1** handler om utvelgelse av studier. Hvordan jeg har gått frem for å gjøre dette, er omtalt fra kapittel 2.3-2.5, og vil derfor ikke omtales videre her.

**Trinn 2** handler om å identifisere de viktigste funnene fra de ulike studiene. Funnene er presentert i en artikkelmatrise, se tabell 3.1. Matrisen inneholder en oversikt over hver av artiklene, inkludert de viktigste resultatene fra hver og en av dem. Artikkelmatrisen ligger under kapittel 3, i tabell 3.1. For å finne det som var mest sentralt for oppgavens problemstilling, ble artiklenes resultat lest grundig gjennom.

**Trinn 3** handler om å identifisere temaer på tvers av ulike artikler. I den forbindelse, ble alle artiklenes resultat lest grundig en ekstra gang. Dette for å finne likheter og forskjeller. Artiklene som omhandler samme tema, er listet opp i parentes (samme bokstav som i søketabell og artikkelmatrise). Følgende, felles temaer ble identifiserte:

**-Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse** (F, C, H, D, A, E & B)

**-Fysisk helse- og aktivitet på sykehjem** (G, F, A, B, E, D & C)

**-Sykepleiers rolle og individuell tilrettelegging** (F, G, D, C, A)

**Trinn 4** handler om å beskrive fenomener. Dette er ivaretatt i artikkelmatrisens resultatdel (Tabell 3.1). Sentralt under dette punktet, er å henvise til originalkilden, for å sikre nøyaktighet når man beskriver de ulike temaene.

### 3. Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres artiklene i en artikkelmatrise. Etter matrisen, presenteres resultater fra artiklene. Resultatene er kategoriserte etter fellestema som nevnt i kapittel 2.6.

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<b>A) Smit et. al. (2016),</b> Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. <i>Aging &amp; Mental Health, 20(1),</i> 100-109 <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116">https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116</a>	Formålet med studien var å undersøke betydningen av ulike aktiviteter for pasienter med demens på sykehjem. Fokuset var spesielt rettet mot pasientenes livskvalitet.	Kohortstudie. Studien tar utgangspunkt i datainnsamlingen til den nederlandske studien: «Living arrangements for people with dementia.» Det tas utgangspunkt i 114 sykehjem, med pasienter rammet av moderat til alvorlig grad av demens. Data fra 1144 personer er benyttet i denne, og Smit et.al (2016), sin studie. Disse personene var i hovedsak kvinner, med en gjennomsnittsalder på ca. 82 år. Det ble blant annet samlet data om aktivitetsinvolvement og livskvalitet.	Å være involvert i ulike aktiviteter, var en viktig faktor for god livskvalitet blant pasienter med demens. Pasientenes humør, rastløshet og forholdet til pleierne, var områder ble positivt påvirket av aktivitetsinvolvement.	Studien er relevant for oppgaven, da den tar for seg pasienter med demens på sykehjem. Studien er også relevant fordi den undersøker pasientenes deltakelse i ulike aktiviteter, deriblant fysisk aktivitet.

<p><b>B) Røen et. al., (2017),</b> Resource Use and Disease Course in dementia-Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. <i>BMC Health Services Research</i>, 17(1), 1-15  <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x">https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x</a></p>	<p>Hensikten med studien var å samle inn data om pasienter ved innleggelse på sykehjem, og helt til livets slutt. Det ble samlet data om psykisk og fysisk helse. I tillegg ble forløpet av demens undersøkt.</p>	<p>Norsk kohortstudie. Deltakerne var 65 år og oppover, eller yngre med demens. (Ikke alle over 65 hadde demens). Sykepleiere fra 47 sykehjem, fra fire ulike fylker, intervjuet pasientene. Dette foregikk i perioden 2012-2016. Det ble foretatt ny vurdering av pasientene hvert halvår. Det ble samlet inn data på følgende områder: Demografi, nevropsykiatriske symptomer, ADL-funksjon, fysisk helse, medikamentbruk, ressursbruk, livskvalitet, omsorgsbyrde og pasientenes DNA.</p>	<p>Studiens hovedfunnt var at forekomsten av demens ved innleggelse i sykehjem, var høyere enn tidligere beregnet.</p> <p>Angst og depresjon var de mest utbredte psykiske lidelsene, blant dem med demens.</p> <p>Hjerte -og karsykdommer, , kreft og diabetes, var de vanligste tilleggssykdommene, for dem med og uten demens.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven, da den tar for seg pasienter med demens på norske sykehjem. I tillegg undersøkes både fysisk - og psykisk helse hos pasientene med og uten demens.</p>
<p><b>C) van der Wardt, et. al., 2020,</b> Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia – a focus group study. <i>Aging and Mental Health</i>, 24(8), 1326-1333  <a href="https://doi.org/10.1080/13607">https://doi.org/10.1080/13607</a></p>	<p>Studien tok utgangspunkt i personer rammet av demens eller mild kognitiv svekkelse, og deres omsorgspersoner.</p> <p>Formålet var å forstå hvordan de overnevnte, kunne motiveres til</p>	<p>Britisk, kvalitativ studie, bestående av fokusgruppe studie.</p> <p>13 deltakere, fra 64-86 år. Inkluderte: Personer med mild kognitiv svekkelse (MKS) eller demens, og deres omsorgspersoner. Klinikere med erfaring innen behandling av demens og MKS.</p>	<p>Studien fant fem ulike temaer som omhandlet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Hukommelsesproblemer,</li> <li>2.Selvmotiverin-g.</li> <li>3.Ytre motivasjonsfaktorer: Familie, hund, osv.</li> <li>4.Aktivitetens utforming</li> <li>5. Utfordringer.</li> </ol> <p>Studien fant også at det å</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den undersøker motivasjonsfaktorer og utfordringer for pasienter med demens, når det kommer til fysisk aktivitet.</p>

<p><u>863.2019.1590</u> <u>308</u></p>	<p>fysisk aktivitet og trening.</p>	<p>Fire fokusgrupper: To grupper: MKS eller demens, og omsorgspersoner. En gruppe: MKS eller demens, og omsorgspersoner. Disse hadde deltatt i en treningsstudie. En gruppe: Klinikere med erfaring knyttet til behandling av demens og MKG.</p> <p>De fleste deltakerne gjorde aktiviteter som sykle, gå tur med hunden og husarbeid.</p>	<p>like aktiviteten var sentralt for motivasjonen for å være aktiv.</p>	
<p><b>D) Henskens, M. et al., (2018)</b> Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i>, 46 (1-2), 60-80 <a href="https://doi.org/10.1159/000491818">https://doi.org/10.1159/000491818</a></p>	<p>Studiens hensikt var å sammenligne og undersøke effekter av ADL-trening, «vanlig» trening, og en kombinasjon av de to, med utgangspunkt i pasienter med demens.</p>	<p>Nederlandsk, randomisert kontrollert studie.</p> <p>Studien tar utgangspunkt i 87 pasienter med demens på sykehjem. Deltakere ble tilfeldig tildelt ADL-trening, «vanlig» trening, eller en kombinasjon. Det var også en kontrollgruppe som ikke ble tildelt et treningsprogram. Kognitiv funksjon, fysisk funksjon, humør og oppførsel, var faktorer som ble undersøkt. Dette</p>	<p>Etter 6 måneder, opplevde ADL-gruppen en bedring i forhold til kognitive funksjoner, sammenlignet med kontrollgruppen . I tillegg bedret ADL-gruppen fysisk utholdenhet, og mennene fikk mindre depressive symptomer. Bedring i fysisk utholdenhet gjaldt også for deltakere som drev kombinert trening.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven da den omhandler pasienter med demens på sykehjem, og undersøker effekter av fysisk aktivitet. Dette er nært knyttet til oppgavens problemstilling.</p>



		ble vurdert ved oppstart av studien, etter 3 måneder, og etter 6 måneder.	Pasienter som gjorde «vanlig» trening, fikk bedre girpestyrke.	
<b>E) Akram, A. et al., (2021)</b> Implementation of an integrative movement program for residents with dementia in a VA nursing home. <i>BMC Geriatrics</i> 21(1), 1-11 <a href="https://doi.org/10.1186/s12877-021-02494-2">https://doi.org/10.1186/s12877-021-02494-2</a>	Forkortelsen «PILE» oversatt til norsk, betyr «Forebygge tap av uavhengighet gjennom trening». I utgangspunktet var dette et treningsprogram for personer med demens, men ble tilpasset for å inkludere dem med mild til moderat kognitiv svekkelse. Hensikten var å undersøke effekten av PILE på pasienter, personale og familiemedlemmer/pårørende.	Kvalitativ studie fra USA. Hver PILE-time bestod av et treningsopplegg, hvor både pasienter, personale og familie deltok. Hver time bestod av ca. 20 deltakere, hvor 14 var pasienter, fire var personale/frivillige og to var familie/venner av pasientene. Opplegget pågikk i ca. ett år, og pasientene deltok i gjennomsnitt 13 ± 12 ganger. I etterkant av studien, gjennomførte 14 av personalet, åtte familiemedlemmer og 15 pasienter, en spørreundersøkelse om PILE. De besvarte konkrete spørsmål knyttet til opplegget, og mer åpne spørsmål hvor deltakerne kunne komme med egne opplevelser, tanker og vurderinger.	Både pasienter, familiemedlemmer og personale, opplevde forbedring på følgende områder: Fysisk, psykisk, sosialt, psykologisk og kognitivt. Flere av pasientene opplevde mer velvære, og glede enn tidligere.	Studien er relevant for oppgaven, da den undersøker hvilke effekter trening kan ha på både pasienter, personale og pårørende/familiemedlemmer til pasienter rammet av demens.

<p><b>F) Mjørud, E. et al., (2017)</b> Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. <i>BMC Health Service Research</i>, 17 (1) 1-9  <a href="https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2">https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke pasienter med demens sin opplevelse, av å bo på sykehjem. Det var ønskelig å få innblikk i hva som påvirket livet på sykehjemmet, enten i positiv eller i negativ retning.</p>	<p>Norsk studie med et fenomenologisk hermeneutisk forskningsdesign. 12 beboere på tre ulike sykehjem ble intervjuet om sin opplevelse av å bo på sykehjem. I tillegg ble det gjort «feltobservasjoner» av beboerne, som ble brukt som en støtte i tolkningen av intervjuene.</p>	<p>Fire hovedtemaer ble identifiserte:  1. Forhold til andre.  2. Faktorer som bedret eller forverret beboernes opplevelser.  3. Savn, ensomhet og tapsopplevelser  4. Aksept av situasjonen og justering av forventninger.</p> <p>Generelt var beboerne tilfreds med livet på sykehjem.</p> <p>Pasientene opplevde at aktivitetene som ble arrangert av personale, var kjedelige. Dette ble beskrevet av pasientene, og det ble observert at pasienter sovnet under ulike aktiviteter.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven da den undersøker forhold knyttet til aktivitetstilbud på norske sykehjem. Den er også relevant fordi den omhandler pasienter med demens.</p>
<p><b>G) Kjøs, B. Ø. &amp; Havig, A. K., (2015)</b> An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities?</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke følgende:  -Har Norges regjering lyktes med å øke aktivitetsnivået</p>	<p>Norsk tverrsnittstudie. 444 deltakere (personale), fordelt på 22 ulike sykehjem. Det ble gjort feltobservasjoner og intervjuer, med</p>	<p>Mellom de ulike sykehjemmene var det betydelige ulikheter, spesielt når det kom til aktiviteter. Aktivitetsnivået</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven da den undersøker norske sykehjem, og hvordan aktivitetstilbud</p>

<p>2015 <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> 30(2) 330-339 <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12249">https://doi.org/10.1111/scs.12249</a></p>	<p>-t (fysisk og sosialt) på sykehjem, rundt om i landet? -Hvordan er aktivitetsnivået sammenlignet med generell pleie? -Hvordan påvirkes aktivitetstilbudet, av beboernes mobilitet, bemanningsnivå, størrelse på avdelingen, og forholdet mellom sykepleiere og uaglærte.</p>	<p>formål om å samle informasjon om bemanningsnivå, størrelse på avdelingene, og beboernes mobilitet. Personale ved de ulike avdelingene, besvarte et spørreskjema. Spørsmålene handlet om generell pleie, og tilbudet av fysiske -og sosiale aktiviteter.</p>	<p>(fysisk og sosialt) ble rangert på en skala fra 1-7. På generell basis, var dette et område personalet gav lavere skår, sammenlignet med generell pleie.</p>	<p>udet til pasientene er på disse.</p>
<p><b>H) Lok, N. et al., (2017)</b> The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 70, 92-98 <a href="https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008">https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan et treningsopplegg, påvirket opplevelse av livskvalitet og depressive symptomer, blant sykehjemsbeboere.</p>	<p>En studie fra Tyrkia, av typen randomisert kontrollert studie. Totalt 80 deltakere over 65 år, som bodde på sykehjem. 40 stk deltakere gjennomførte et treningsopplegg, og 40 stk. var i kontrollgruppen. Studien varte i 10 uker. «Beck depression scale» (BDI) og «SF 36 Quality of Life Questionnaire», ble brukt til å vurdere deltakernes livskvalitet og depressive symptomer før og</p>	<p>Deltakerne i treningsopplegget, opplevde betydelig nedgang på BDI-skalaen, og forbedring på alle områder på spørreskjemaet om livskvalitet. Det var ingen betydelig forbedring på noen av områdene for deltakerne i kontrollgruppen .</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven, da den undersøker psykiske effekter av fysisk aktivitet og trening, hos eldre personer på sykehjem.</p>

		etter treningsopplegget.		
--	--	-----------------------------	--	--

## 3.1. Presentasjon av resultater

### 3.1.1. Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse

En norsk studie av Mjørud et al. (2017), belyser ulike sider av livet på sykehjem, blant pasienter med demens. Deltakerne i studien opplevde lite interesse for å gjøre ulike aktiviteter. En pasient uttalte å ha mistet gløden, mens en annen manglet tro på egne evner. Studien til van der Wardt et al. (2020), viste til at lite selvtillit og depresjon, kunne hindre pasienter med demens i å være fysisk aktive. Lok et al. (2017), og Henskens et al. (2018), peker på at fysisk aktivitet kan føre til reduksjon av depressive symptomer. I sistnevnte studie, var det kun menn som opplevde en betydelig reduksjon. Resultatene gjaldt pasienter som drev med kombinasjon av «vanlig» trening og ADL-trening. Lok et al. (2017) vurderte også sykehjemsbeboeres depresjonsnivå, både før og etter et 10-ukers treningsopplegg. Da de ti ukene var forbi, hadde deltakerne fått en betydelig reduksjon av depressive symptomer. I denne studien gjaldt resultatene både menn og kvinner.

Resultater fra studiene til Smit et al. (2016)., Lok et al. (2017), og Akram et al. (2021) viser sammenheng mellom aktivitet, velvære og livskvalitet hos pasienter på sykehjem. Pasientene opplevde å få mer energi, bedre mental helse, og fungerte bedre sosialt i forbindelse med fysisk aktivitet. (Akram et al., 2021; Lok et al., 2017) I studiene til Akram et al. (2021), og Smit et al. (2016) var også bedre humør en effekt av aktivitet. Studien til Røen et al. (2017), undersøkte også livskvalitet hos pasienter med demens. Forskjellige «verktøy» for å måle livskvalitet, gav ulike resultat. Pasienter med demens hadde for eksempel høyere livskvalitet enn dem uten demens, når målingsverktøyet «Quality of Life in Alzheimer's Disease» ble brukt. Røen et al. (2017), undersøkte også pasienters helsetilstand, ved innleggelse i sykehjem. Resultatene viste at pasienter med demens, hadde dårligere psykisk-, men bedre fysisk helse, sammenlignet med dem uten demens. Angst og depresjon var de mest utbredte psykiske plagene hos pasientene med demens. I tillegg var forekomsten av hallusinasjoner, vrangforestillinger og irritabilitet, var høyere hos pasientene med demens.

### 3.1.2. Fysisk helse og aktivitet på sykehjem

Kjøs & Havig (2016), Smit et al. (2016), og Mjørud et al. (2017), gjorde undersøkelser om aktiviteter blant pasienter på sykehjem. Deltakerne i Mjørud et al. (2017) sin studie, kjedet seg på sykehjemmet. Det ble observert at pasienter sovnet under sittestillende aktiviteter arrangert av personalet (Mjørud et al., 2017). Flere av pasientene i studien savnet sine tidligere hobbyer. Noen av pasientene uttrykket et ønske om å bli mer selvstendige. Smit et al. (2016) undersøkte blant annet andelen tid pasienter brukte på ulike aktiviteter, i løpet av tre dager. Fysisk aktivitet og trening, var noe pasientene brukte ca. 10 minutter på, i løpet av de tre dagene. De brukte de i snitt 49 minutter på å snakke med andre, omtrent 31 minutter til å høre på musikk, og 143 minutter ble viet til TV-titting. I Kjøs & Havig (2016) sin studie, vurderte personell ved ulike sykehjemsavdelinger, kvaliteten på pleien som ble gitt pasientene. Kategorien «generell pleie», omhandlet underkategorier som munnhelse, pleie ved livets slutt, trykksårbehandling osv. Dette området ble vurdert til å være godt ivare tatt på de ulike sykehjemmene. Området «fysisk og sosial aktivitet», omhandlet underkategorier som organisert trening, gå-trening, sosiale aktiviteter osv. Tilbudet av slike aktiviteter, ble vurdert til å være dårlig.

Hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes, er de vanligste tilleggssykdommene hos pasienter innlagt på sykehjem, ifølge resultater fra studien til Røen et al. (2017). Dette gjaldt både pasienter med og uten demens. Resultater fra studiene til Akram et al. (2021) og Henskens et al. (2018), viste at fysisk aktivitet bidro til at pasienter på sykehjem fikk økt fysisk styrke. I tillegg viste studien til Akram et al (2021) at pasientene fikk bedre balanse, fysisk velvære og bedre bevegessevne. En kombinasjon av ADL-trening og flerdimensjonal trening («vanlig» trening), viste seg å gi betydelig bedre utholdenhet. (Akram et al., 2021). Henskens et al. (2018) påpekte også at pasientene fikk bedre kognitiv funksjon, etter å ha drevet med ADL-trening alene.

Resultater fra Henskens et al. (2018), og van der Wardt et al. (2020), peker på utfordringer knyttet til fysisk aktivitet og trening for pasienter med demens. Henskens et al. (2018) gav pasienter med demens, forskjellige treningsopplegg. En utfordring som oppstod i forhold til «ADL-gruppen», var at pasientene ikke alltid forstod hvordan de skulle gå frem for å løse ulike oppgaver. van der Wardt et al. (2020) trekker også frem hukommelsesproblemer, miljøfaktorer og helse relaterte problemer, som hindre for fysisk aktivitet for denne pasientgruppen. Preferanser var ellers en viktig faktor for å være fysisk aktiv. En pasient var for eksempel ikke spesielt glad i gruppetrening, og uttalte, oversatt, følgende: «*Personlig, er jeg ikke interessert i å være med i grupper. Virkelig, virkelig ikke*» (van der Wardt et al., 2020, s. 1330).

### 3.1.3. Sykepleiers rolle og individuell tilrettelegging

Personalet fremstod som viktig for pasienter på sykehjem (Mjørud et al., 2017). Flere pasienter lyste opp og smilte når de var i nærheten av sin primærsykepleier. Negative sider ved personalets væremåte nevnes også. Det ble blant annet fortalt at personalet kunne være fraværende og forsvinne. I studien til Kjøs & Havig (2016) viste det seg at høyere bemanning, ikke nødvendigvis ville medføre økt aktivitetsnivå. I Henskens et al. (2018) sin artikkel, fikk pasientene ulike treningsopplegg. For pasientene som skulle

gjennomføre ADL-trening, hendte det at personalet på sykehjemmet tok over oppgavene for pasientene. Dette skyldtes blant annet at de hadde mye å gjøre, og ikke hadde tid til å vente på at pasientene skulle gjøre oppgavene på egen hånd.

Artiklene til van der Wardt et al. (2020), og Smit et al. (2016), peker på viktigheten av individuell tilpasning i aktivitetstilbudet til pasienter med demens. For eksempel viser studien til Smit et al. (2016), at pasienter med ulik grad av demens, hadde nytte av ulik grad av aktivitetsinvolvering, når det gjaldt livskvalitet. van der Wardt et al. (2020) bemerker at pasienter med demens, har egne preferanser i forhold til fysisk aktivitet. For eksempel likte noen pasienter å bruke DVD-er og filmer som støtte for å gjennomføre ulike øvelser. For andre opplevdes dette mer forstyrrende. I forhold til å motta støtte fra andre personer, var det noen pasienter som opplevde dette som nyttig, mens andre opplevde at dette gikk utover følelsen av å være selvstendig.

## 4. Diskusjon

I denne delen av litteraturstudiet blir oppgavens problemstilling drøftet. Dette vil bli gjort på bakgrunn av både teori og resultater fra forskningsartikler, belyst tidligere i oppgaven. Problemstillingen er gjentatt under:

*«Hvilke effekter har fysisk aktivitet for pasienter med demens, og på hvilken måte kan sykepleiere på sykehjem tilrettelegge for fysisk aktivitet?»*

Det er ønskelig å nevne at ikke alt av resultater presentert i forrige kapittel, benyttes i drøftingen. Dette er skyldes at oppgaven har en begrensning på antall ord, og det var ønskelig å trekke inn resultatene som var mest relevante for å drøfte problemstillingen.

### 4.1. Sykepleiers rolle angående aktivisering

Som sykepleier har man ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, deriblant behovet for fysisk aktivitet og bevegelse (Kristoffersen et al., 2017). Helsedirektoratet har kommet med anbefalinger om fysisk aktivitet for eldre, og en nasjonal retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2022a, 2022b). I følge de nasjonale retningslinjene, skal pasienter med demens få daglig fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2022a). Til tross for dette, gir Kjøs og Havig (2016), og Smit et al. (2016), eksempler på at det er lite fysisk aktivitet blant pasienter på sykehjem. Pasienter som har demens, står ekstra i fare for tap av fysisk funksjon (Telenius et al., 2019). Som følge av dårligere fysisk funksjon, er pasientene også mer utsatte for fall, brudd, trykksår og psykiske utfordringer.

Sett fra et sykepleieperspektiv, og med utgangspunkt i egne erfaringer, er det ikke alltid lett å aktivisere pasienter på sykehjem. Personlig har jeg erfart at en travel hverdag med mangel på tid og lite bemanning, kan medføre at aktiviteter nedprioriteres. Sett i lys av resultater fra studien til Kjøs og Havig. (2016), vil ikke økt bemanning eller økt andel sykepleiere nødvendigvis medføre mer fysisk aktivitet blant sykehjemsbeboere. Kanskje må det til en holdningsendring blant sykepleiere? I studien til Henskens et al. (2018) oppfordret personalet på sykehjem pasientene til å gjøre ulike ADL-oppgaver. Disse innebar personlig hygiene og husholdningsoppgaver. Likevel endte det ofte med at personalet tok over oppgavene for pasientene. Dette ble begrunnet med at de selv hadde mye arbeid som skulle gjøres, og ikke hadde mulighet til å vente på at pasientene skulle forstå oppgaven. I dette tilfellet kan man stille seg spørsmålet om personalet egentlig bare utsatte problemet, når pasientene ikke fikk trene på oppgavene selv? Det er nemlig ikke et uvanlig fenomen at sykepleiere gir pasientene mer hjelp enn nødvendig (Brodtkorp, 2018). Faren med dette er at man ikke får utnyttet de funksjonene pasienten faktisk har, og i stedet kan pasienten bli mer avhengig av hjelp.

Noe som kan spare tid for sykepleiere, og samtidig aktivisere pasientene er velferdsteknologi (Aldring og helse, u.å.; Knutshaug & Nakrem, 2021). Likevel er det pasienter som heller ønsker menneskelig kontakt, overfor skjermbruk (van der Wardt et

al., 2020). Samtidig er ikke all velferdsteknologi basert på skjermbruk. Velferdsteknologi kan være utfordrende å bruke, spesielt for pasienter med demens (Aldring og helse, u.å.). Dette med tanke på at disse pasientene har reduserte kognitive evner (Wyller, 2019). Til tross for dette, viser studien til van der Wardt et al. (2020) at pasienter med demens benyttet seg av velferdsteknologi i form av treningssykkel og tv-skjerm for å holde seg fysisk aktive. Denne studien inkluderte pasienter med demens og mild kognitiv svekkelse. Flere pasienter lot seg inspirere, og fulgte etter. En fordel med dette er at pasientene for eksempel kan nyte naturopplevelser på TV-skjermen, uten å risikere å gå seg bort (Aldring og helse, u.å.). Sykepleieren kan ha oversikt over hvor pasienten befinner seg, samtidig som vedkommende drømmer seg bort fra sykehjemmets fire vegger.

En annen måte sykepleiere kan aktivisere pasienter med demens på, er ADL-trening (Henskens et al., 2018). Fokus på ADL-trening har gitt resultater i form av bedre kognitiv funksjon og fysisk utholdenhet. For å trene på ADL-ferdigheter, er stedet et område som innebærer mange muligheter til dette (Brodtkorp, 2018). Dersom sykepleieren lar pasienten få utføre mer av stedet på egen hånd, kan mestring og selvstendighet bli resultatet (Skaug, 2017). I et intervju fra studien til Mjørud et al., (2017), formidlet pasienter et ønske om å mestre stedet, og andre hverdagslige oppgaver på egen hånd. Selvstendighet var også viktig for pasienter i studien til van der Wardt et al. (2020). Samtidig var det pasienter som fortalte at de følte seg trygge når de fikk hjelp til hverdagslige aktiviteter, da flere av dem ikke klarte å stille seg på egenhånd (Mjørud et al., 2017). Selv om det er viktig å la pasienten få gjøre mest mulig selv, har alle pasienter ulike behov og noen vil trenge mer hjelp enn andre. Pasienter med alvorlig grad av Alzheimer, vil for eksempel ha behov for mye assistanse og hjelp i hverdagen. (Skovdahl & Berentsen, 2018)

Arrangert fysisk aktivitet og trening, vist seg å gi positive resultater for pasienter på sykehjem (Akram et al., 2021; Henskens et al., 2018; Lok et al., 2017; van der Wardt et al., 2020). Samtidig er en fordel om sykepleiere tilpasser ulike aktiviteter, til hver enkelte pasient (Smit et al., 2016; van der Wardt et al., 2020). Dette understøttes av sykepleieteoretiker Virginia Henderson, som mener det er viktig å tilpasse helsehjelpen etter hva pasienten hadde ønsket dersom vedkommende hadde hatt de nødvendige ressursene. I studien til van der Wardt et al. (2020) beskrev pasientene at det å like aktiviteten de drev med, var spesielt viktig.

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er naturlige samarbeidspartnere for sykepleiere. (Kristoffersen & Grimsbø, 2017). De kan både tilrettelegge for aktivitet, og komme med konkrete treningsøvelser for pasientene. Som sykepleierstudent har jeg observert at flere pasienter har hatt plakater med ulike øvelser, som skal gjennomføres daglig. Jeg har også observert at disse øvelsene i mange tilfeller blir oversett og nedprioritert av sykepleierne, og annet personale. I en artikkel skrevet av fysioterapeuter, blir bevisstgjøring og økt kompetanse hos personalet, foreslått som tiltak for å øke fysisk aktivitet blant sykehjemspasienter (Telenius et al., 2019).



## 4.2. Fysiske effekter av fysisk aktivitet

Røen et al. (2017) kartla de vanligste tilleggssykdommene hos pasienter med og uten demens på sykehjem. Kreft, diabetes og hjerte og -kar sykdommer var de vanligste. Dette er sykdommer som kan forebygges med fysisk aktivitet (Skaug, 2017). Pasienter med demens er i større risiko for redusert fysisk funksjon, sammenlignet med dem uten demens (Telenius et al., 2019). Biologiske aldersforandringer vil på sin side bidra til mindre muskelstyrke og svakere skjelett. (Mensen, 2018) Sammen danner de overnevnte faktorene, et godt argument for hvorfor sykepleiere bør aktivisere eldre med demens. I studien til Lok et al. (2017) blir det konkludert med at sykepleiere bør bidra til å implementere, og gjennomføre rutinemessige opplegg med fokus på fysisk aktivitet. Dette med hensikt i å opprettholde god fysisk- og psykisk helse blant eldre pasienter.

Studier har vist at fysisk trening vil resultere i økt muskelstyrke hos eldre. (Akram et al., 2021; Henskens et al., 2018). Studien til Henskens et al. (2018) peker spesifikt på betydelig bedre gripestyrke, som et resultat av et treningsopplegg for pasienter med demens. Likevel gjaldt dette kun dem rammet av mild og moderat demens. At pasientene fikk bedre gripestyrke, er positivt med tanke på evnen til å utføre ulike hverdagsaktiviteter (Mensen, 2018). Denne evnen vil nemlig svekkes når gripestyrken reduseres. Sykepleiere kan ha lett for å overta oppgaver pasientene egentlig kunne gjort selv (Brodtkorp, 2018). De to overnevnte studiene, peker likevel på viktigheten av at sykepleiere bidrar til at pasientene får være fysisk aktive, og ikke minst delta i hverdagslige gjøremål (Akram et al., 2021; Henskens et al., 2018). På denne måten vil de forhåpentligvis bevare gripestyrken lengre, og kunne leve mer selvstendige liv. Dette er i tråd med regjeringens reform: «Leve hele livet», hvor lengre livsmestring for eldre, står sentralt (Meld.st.15, 2017).

I Akram et al. (2021) sin studie, fikk som sagt deltakerne økt muskelstyrke som et resultat av regelmessig trening. I tillegg til dette opplevde deltakerne å få bedre balanse, bevegelsesevne og mer energi. Bedre balanse er spesielt viktig med tanke på at pasienter med demens er ekstra utsatt for å falle (Helbostad, 2018). Dersom dette skulle skje, og dersom lårhalsen skulle brette, er det så mye som 80 % sannsynlighet for at vedkommende dør (Telenius et al., 2019).

## 4.3. Psykiske og sosiale effekter av fysisk aktivitet

I tillegg til de fysiske fordelene som kommer av fysisk aktivitet, finnes også flere psykiske gevinster (Henskens et al., 2018; Lok et al., 2017). Fysisk aktivitet og ADL trening kan redusere depressive symptomer hos pasienter på sykehjem. Resultater fra en norsk kohortstudie, viste at depresjon og angst var de psykiske lidelsene som var mest utbredt blant pasienter med demens, ved innleggelse på sykehjem (Røen et al., 2017). Fordi sykepleiere har et holistisk fokus, er det viktig å også ivareta pasientens psykiske behov (Haugan, 2018).

Studien til Henskens et al. (2018), viste at trening i kombinasjon med ADL-trening, reduserte depressive symptomer hos pasientene. Dette gjaldt kun de mannlige deltakerne. Til tross for dette, viser samme studie at pasienter som gjennomgikk et treningsopplegg, som kun bestod av «vanlig» trening, ikke opplevde bedre humør i etterkant. Dårlig fysisk funksjon er likevel en risikofaktor for dårligere livskvalitet og depresjon (Telenius et al., 2017). På bakgrunn av dette, kan det tenkes at dersom sykepleiere lar pasientene delta i hverdagslige oppgaver, og holde seg fysisk aktive, vil de oppleve det motsatte. Samtidig viser studien til Lok et al., (2017), at et treningsopplegg med fokus på fysisk aktivitet, gav utslag i form av reduserte depressive symptomer og bedre livskvalitet. Dette var tilfelle hos både menn og kvinner. Likevel er livskvalitet et subjektivt begrep (Kristoffersen, 2017). Ulike verktøy for å måle livskvalitet hos pasienter med demens, kan gi ulike resultater (Røen et al., 2017).

Fysisk aktivitet og trening har mange fordeler, (Skaug, 2017). Likevel kan det bli for mye av det gode, ifølge resultater fra Smit et al., (2016). I studien beskrives en negativ sammenheng mellom høyt aktivitetsnivå og selvbilde. Sosial isolasjon ble også en konsekvens for noen av pasientene, med mild til moderat demens. På bakgrunn av dette stiller forfatterne seg spørsmålet om årsaken til dårlig selvbilde, kan være at pasientene opplever at funksjonsnivået ikke levde opp til hva de forventet. Denne refleksjonen kan støttes av det faktum at pasienter rammet av demens, ikke har samme hukommelse som kognitivt friske (Wyller, 2019). Det er ikke utenkelig at de ikke husker at de ikke har den samme fysiske funksjonen som tidligere. Det er heller ikke utenkelig om pasientene opplever å få en negativ reaksjon, når de konfronteres med dette.

Rastløshet blant pasienter med alvorlig demens, har vist seg å reduseres når de driver med aktiviteter. (Smit et al., 2016) Å være rastløs og urolig, er vanlig ved Alzheimer, som er den vanligste formen for demens (Skovdahl & Berentsen, 2018). Dette betyr at sykepleiere på sykehjem, med stor sannsynlighet, vil møte rastløse pasienter. Fysisk aktivitet kan dermed være noe sykepleiere kan benytte seg av, for å redusere urolighet blant disse pasientene. Å kaste ball, bevege seg til musikk, å gå en tur ut, er eksempler på fysisk aktivitet, som det kan tenkes at kan oppleves mer meningsfullt enn repeterende treningsøvelser.

Aktivitet og trening i grupper for eldre pasienter på sykehjem, har også vist seg å gi sosiale gevinster (Akram et al., 2021; Lok et al., 2017). Tilhørighet og det å bli inspirert av andre gruppemedlemmer, er noen av gevinstene. (Akram et al., 2021). Dessuten opplevde pasientene i studien til Lok et al., (2017) å fungere betydelig bedre sosialt, etter at de hadde gjennomført flere gruppetreninger. Å kunne få sosialt utbytte av å være fysisk aktiv, kan være viktig for motivasjonen til den enkelte. (Helbostad, 2018)

#### 4.4. Metoderefleksjon

En svakhet med oppgaven, er at flere av artiklene er fra andre land enn Norge. En studie fra USA, mens de fleste er fra andre europeiske land. En studie er fra Tyrkia, et land hvor store deler ligger i Asia (Thuesen & Fosshagen, 2022). Hvorvidt forholdene i helsetjenesten rundt om i verden har overførbarhet til norske forhold, er noe usikkert. Til tross for dette, er det også benyttet tre studier fra Norge, noe som kan ses på som en styrke. Fordi alle studiene som er benyttet i oppgaven er skrevet på engelsk, er det

mulig at det har oppstått feiltolkninger i oversettelsesprosessen. Likevel er det brukt oversettelsesprogram, for å forsøke å minske sjansen for dette.

Det er forskjell på hvor mange deltakere de ulike studiene har inkludert. Den minste studien inkluderer kun 13 deltakere, noe som kan være en svakhet i forhold til om resultatene er representative for en større gruppe. Samtidig har den «største» studien analysert data fra 1144 personer, noe som kan styrke oppgaven. Når det kommer til innholdet i studiene, omhandler de fleste effekter av fysisk aktivitet for pasienter. Lite forskning er direkte rettet mot spesifikke tiltak sykepleiere kan igangsette. Likevel er dette belyst ved hjelp av annen litteratur, pensumbøker og egne erfaringer. I tillegg er artiklene med på å underbygge relevante argumenter for sykepleiers rolle i aktivisering av pasientene. Det er ellers benyttet både kvalitative og kvantitative studier. En fordel med at oppgaven inkluderer kvalitative studier, er at disse blant annet tar for seg meninger og opplevelser, som ikke nødvendigvis er like lett å representere i form av tall og prosent (Dalland, 2018). En Kvantitative studier kan likevel gi en oversiktlig presentasjon av for eksempel hvor mange som er rammet av demens, eller andre målbare elementer.

Når det kommer til søkeprosessen, er noen av søkene lange. Det lengste søket består av totalt 17 søk, noe som kan gi en rotete fremstilling. Det er også benyttet ulike søkeord, i de ulike databasene. Samtidig kan dette også ses på som en styrke. Det ble brukt artikler fra tre ulike databaser. Når søkene i databasene i tillegg bestod av ulike søkeord, kan det tenkes at dette kan ha gitt et bredere resultat, enn dersom samme søkeord og færre databaser ble benyttet. En annen styrke med oppgaven, er at artiklene er relativt nye. Den eldste artikkelen er fra 2015, mens den nyeste er fra 2021. Derfor er det relativt ferske resultater som presenteres i oppgaven.

## 4.5. Konklusjon

Sykepleiere på sykehjem er en viktig del av pasientenes liv. De har en viktig oppgave når det kommer til å ivareta pasientenes behov for fysisk aktivitet. Sentralt i problemstillingen var å belyse effekter av fysisk aktivitet. Både teori og resultater fra forskning, viser at fysisk aktivitet har mange fordeler. Pasienter med demens er ofte plaget av angst og depresjon, og er i tillegg ekstra utsatte for tap av fysisk funksjon. Angst og depresjon er psykiske lidelser, hvor fysisk aktivitet er vist å ha en positiv effekt. Fysisk aktivitet vil også kunne forebygge hjerte -og karsykdommer, diabetes og kreft, som er vanlige somatiske sykdommer blant sykehjemspasienter. Hvordan sykepleiere kunne bidra til fysisk aktivitet for pasienter med demens på sykehjem, var også sentralt i problemstillingen. Sykepleiere kan fokusere på ADL-trening, og involvere pasienter i hverdagslige gjøremål. Ellers finnes ulike former for velferdsteknologi, som kan være nyttige hjelpemidler for å stimulere og motivere til fysisk aktivitet. Arrangert trening i grupper, og samarbeid med ergo- og fysioterapeuter er også aktuelt. Det er viktig å ta hensyn til den enkelte pasients preferanser og funksjonsnivå, for å få et mest mulig positivt utbytte. Det finnes mange tilnæringsmåter for å aktivisere pasienter med demens. Avslutningsvis er det derfor viktig å poengtere at det viktigste er å begrense stillesitting.

# Referanser

- Akram, A., Nicosia, F., Lee, J., Lee, M., Martin, L., Martinez, S., Ordoñez, C., Woo, M. & Barnes, D. E. (2021). Implementation of an integrative movement program for residents with dementia in a VA nursing home. *BMC Geriatrics*, 21(1), 607. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02494-2>
- Aldring og helse. (u.å.). *Daglige aktiviteter og velferdsteknologi*. Nasjonalt senter for aldring og helse. Hentet 10. mai 2022 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/oppfolging/daglige-aktiviteter-og-velferdsteknologi/>
- Aldring og helse. (2019, 20. oktober). *Hver tredje sykehjemsbeboer med demens ved norske sykehjem har betydelig angst og angstsymptomer*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/hver-tredje-sykehjemsbeboer-med-demens-ved-norske-sykehjem-har-betydelig-angst-og-angstsymptomer/>
- Brodtkorp, K. (2018). Stellet-mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 176–183). Gyldendal akademisk.
- Bugge, P. (2018). Angstlidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykatri for helsefag* (2. utg., s. 163–198). Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.
- Departementene. (2020). *Sammen om aktive liv: Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Evans, D. (2002). Systematic Reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22–26.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Olika typer av litteraturstudier. I *Att göra systematiska litteraturstudier* (3. utg., s. 25–35). Natur og kultur.
- Grimsbø, G. H. (2017). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (3. utg., s. 311–335). Gyldendal akademisk.
- Harrad, R. & Sulla, F. (2018). Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomedica Atenei Parmensis*, 89(7-S), 60–69. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7830>
- Haugan, G. (2018). Helsefremmende interaksjon. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199–215). Cappelen Damm akademisk.
- Helbostad, J. L. (2018). Bevegelse og aktivitet. I G. H. Grimsbø (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 340–359). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*. Helsebiblioteket; EBSCO Publishing. Hentet 25. mai 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2014). *Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. Innspill til departementets videre arbeid for økt fysisk aktivitet og redusert inaktivitet i befolkningen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsgrunnlag-for-fysisk->

- aktivitet-innspill-til-departementet/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf/\_/attachment/inline/d7fb591e-ded4-4da9-b1c4-6dcbe82d8442:75b205e5b7403320a38acbb145b7af32ac726393/Kunnskapsgrunnlag%20for%20fysisk%20aktivitet%20innspill%20til%20departementet.pdf
- Helsedirektoratet. (2021). § 1-3 *Definisjoner*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Demens*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Henskens, M., Nauta, I. M., van Eekeren, M. C. A. & Scherder, E. J. A. (2018). Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 46(1–2), 60–80. <https://doi.org/10.1159/000491818>
- Johansen, A. (2021, 15. juli). *Databaser/Artikler: NTNU Universitetsbibliotekets fagside for medisin og helse*. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Johansen, E. (2017). Sirkulasjon. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 129–165). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (2018). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122–144). Gyldendal akademisk.
- Kjøll, G. & Tranøy, K. E. (2020, 29. juni). Kognitiv. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/kognitiv>
- Kjøs, B. Ø. & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes—A change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330. <https://doi.org/10.1111/scs.12249>
- Knutshaug, T. J. & Nakrem, S. (2021). Velferdsteknologi- hva, hvorfor og hvordan? I *Velferdsteknologi i praksis: Perspektiver på teknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 15–33). Cappelen Damm akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Helse og sykdom- utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 29–87). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Grimsbø, G. H. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 193–265). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie? I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 15–27). Gyldendal akademisk.
- Kvaal, K. (2018). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 438–451). Gyldendal akademisk.
- Lok, N., Lok, S. & Canbaz, M. (2017, 16. januar). *The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial* | Elsevier Enhanced Reader. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- Meld.st.15. (2017). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Mensen, L. (2018). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 52–57). Gyldendal akademisk.
- MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag. (u.å.). Hentet 11. mai 2022 fra <https://mesh.uia.no/>

- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: A phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>
- Nakrem, S. & Kiran, A. H. (2019). Hvordan lykkes med velferdsteknologi? *Sykepleien*, (79696), e-79696. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.79696>
- Nystad, P. O. S. av: W. (2021). *Fysisk aktivitet—Folkehelse rapporten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Orvik, A. (2018). Klinisk ledelse- et generelt ansvar. I *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg., s. 285–312). Cappelen Damm Akademisk.
- Romøren, T. I. (2018). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 29–38). Gyldendal akademisk.
- Røen, I., Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K., Testad, I. & Bergh, S. (2017). Resource Use and Disease Course in dementia—Nursing Home (REDIC-NH), a longitudinal cohort study; design and patient characteristics at admission to Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 365. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2289-x>
- Skaug, E.-A. (2017). Aktivitet. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 313–346). Gyldendal akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408–451). Gyldendal akademisk.
- Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J. & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100–109. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049116>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Telenius, E. W., Granbo, R., Helbostad, J., & Langhammer, B. (2019, 13. februar). *Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive*. <https://sykepleien.no/forskning/2019/01/slik-kan-beboere-pa-sykehjem-bli-mer-aktive>
- Telenius, E. W., Langhammer, B., Helbostad, J. L. & Granbo, R. (2017). Fysisk aktivitet og trening på sykehjem. *Skriftserien*. <https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/86>
- Thuesen, N. P. & Fosshagen, K. (2022, 14. februar). Tyrkia. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/Tyrkia>
- van der Wardt, V., Hancox, J., Pollock, K., Logan, P., Vedhara, K. & Harwood, R. H. (2020). Physical activity engagement strategies in people with mild cognitive impairment or dementia – a focus group study. *Aging & Mental Health*, 24(8), 1326–1333. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1590308>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Aarre, T. F. (2018). Stemningslidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykatri for helsefag* (2. utg., s. 135–162). Fagbokforlaget.







