

Kronikk

Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse?

Eldre i sykehjem har, i tillegg til behov for pleie og omsorg, også grunnleggende behov for bevegelse. Dette ivaretas best gjennom daglige gjøremål og aktiviteter. Vi vil i denne kronikken argumentere for at langtidsbeboere i sykehjem har ubrukte ressurser og at sykehjemmene har et ansvar for å vedlikeholde og ivareta disse. Eksempelene vi trekker frem, er hentet fra et pågående forskningsprosjekt som har som mål å vurdere effekten av økt daglig fysisk aktivitet for beboere i sykehjem. De er basert på observasjoner i sykehjemmene, samhandling med langtidsbeboere og ansatte samt samtaler og intervjuer med personalet. Leger som arbeider i sykehjem, bør medvirke til at beboernes behov for bevegelse får oppmerksomhet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1892

Randi Granbo

randi.granbo@hist.no
Program for fysioterapeututdanning
Høgskolen i Sør-Trøndelag
7004 Trondheim

Jorunn L. Helbostad

Institutt for nevromedisin
Det medisinske fakultet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

«Tidligere kom de til sykehjemmet i drosje og med kofferten i hånda. Nå kommer de i ambulanse.» (uttalelse fra en ansatt i sykehjem)

Funksjonen til beboere i norske sykehjem har endret seg. Satsingen på hjemmebasert omsorg har ført til at de som får sykehjems-

plass, er mye skrøpeligere enn før. Felles for dagens sykehjemsbeboere er at de er gamle, har mange og sammensatte sykdommer, stor funksjonssvikt og dermed et omfattende hjelpebehov. Bortsett fra disse generelle felleslekkene vil de enkeltes behov være svært ulike, og både diagnostikk og oppfølging må individualiseres (1). Selv om dette er ganske innlysende, skapes ofte et bilde av gamle mennesker på sykehjem som en homogen gruppe med identiske grunnleggende behov, som best møtes med mer pleie og omsorg. Sykehjemmene fungerer da også først og fremst som pleieinstitusjoner (2). Både sykehjemmene og den hjemmebaserte omsorgen lider under manglende faglig kompetanse og ressurser, slik at verken medisinsk behandling eller individualitet blir ivaretatt (1, 3, 4). Det kan være grunn til å stille spørsmål ved både bemanning og kvalitet (5–7), men også ved hvilke grunnleggende behov de eldre i sykehjem har og hvordan disse skal ivaretas.

Grunnleggende behov

Sykehjemmene skal bidra til at den enkelte bruker skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for egenverd og livsførsel. De grunnleggende behovene omhandler opplevelse av trygghet, fysiologiske behov og forhold knyttet til hygiene, men også behov knyttet til egenomsorg og deltakelse i aktiviteter. De gamle skal få «tilpasset hjelp» og «mulighet for selv å kunne bidra», heter det i Sosial- og helsedepartementets rundskriv *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (8). Aktuelle situasjoner hvor aktiv deltakelse er naturlig, er f.eks. av- og påkledning, personlig stell og måltider samt situasjoner med sosialt samvær og deltakelse i ulike aktiviteter. Skal beboeren få deltatt aktivt, kreves det kartlegging av funksjon og tiltak satt i system for at hun/han skal kunne ta i bruk sine gjenværende ressurser. Vårt inntrykk er at ivaretakelse av egenomsorg får oppmerksomhet bare dersom det er tid til overs etter at behovene for stell, hygiene og ernæring er dekket.

For eldre med multisystemiskhet og store og sammensatte funksjonsvansker er det lett å fokusere mer på problemer enn på ressurser. Jo lengre den gamle har vært i institusjon, desto vanskeligere kan det være å få øye på personens egne interesser, ønsker og behov. Vi har mange eksempler på beboere som hadde ressurser til å utføre aktiviteter helt eller delvis på egen hånd, men hvor de

ansatte «gjorde jobben». Det følgende eksemplet fra et sykehjem synliggjør utfordringene: En pleier ble svært overrasket da hun så en av beboerne komme gående med rullator, da denne beboeren var blitt kjørt i rullestol helt siden pleieren begynte å jobbe ved sykehjemmet et halvt år tidligere. Pleieren kunne fortelle at den eldre kvinnen kom til sykehjemmet etter et sykehusopphold i forbindelse med akutt sykdom. Den gang var hun så avkrefet at hun satt i rullestol, og etter dette hadde ingen verken etterspurt eller undersøkt om hun kunne gå.

Hvem har ansvaret for å sørge for at beboere som denne kvinnen skal få bruke de bevegelsesmulighetene de har? Kan hende må fokus endres, eller iallfall utvides, for at beboernes individuelle behov skal bli oppdaget og ivaretatt.

Bevegelse – et grunnleggende behov?

Det er godt dokumentert at inaktivitet har mange negative fysiologiske og psykologiske konsekvenser hos friske, både yngre og eldre. Det er også vist at fysiske øvelser har effekt på funksjon hos sykehjemsbeboere (9). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet anbefaler en halv times fysisk aktivitet hver dag som minimum for å oppnå helsegevinst. Hvor mye beveger eldre i sykehjem seg hver dag? Det er ingen grunn til å tro at de med størst funksjonssvikt og hjelpebehov har mindre behov for bevegelse. Nedsatt tarmperistaltikk og obstipasjon, osteoporose, kontrakturer, liggesår, hevelser, smerter og kognitiv svikt er eksempler på konsekvenser av inaktivitet. Jo mer hjelpetrengende en person er, desto større utfordring er det for omgivelsene å se muligheter og ivareta behovet for bevegelse. Ikke sjelden ser vi at beboere i sykehjem går over til å bruke klær som gjør det enklere for personalet, samtidig som alle vet at vanlig morgenstell og påkledning stiller krav til, og er med på å opprettholde, både leddbevegelighet, muskelstyrke og kognitiv funksjon. En historie fra et sykehjem illustrerer at det kan være et dilemma å vurdere hva som er til beboerens beste: En beboer hadde utviklet kontrakturer i mange store ledd, og måtte ha hjelp til de fleste gjøremål. For å forhindre smerter ved snuing og av- og påkledning ble det benyttet nattskjorte som ble trukket over armene og som var åpen bak. Slik slapp beboeren å bli snudd unødvendig! Selv om dette var gjort i beste mening, kan



Illustrasjon Kari Stai, Patron

det være med på å frata beboeren muligheter til bevegelse, noe som trolig i neste omgang vil gi ytterligere smerter og funksjonssvikt.

Vi har flere eksempler på at beboere med små muligheter til egenbevegelse, og som fikk hjelp til å bevege seg, ga uttrykk for velbehag. En ansatt hadde lagt merke til at en av beboerne ynket seg mindre, og tolket dette som et uttrykk for mindre ubehag og smerte. Vanlig morgenstell som vask og påkledning er ypperlige situasjoner for å ivareta grunnleggende behov for bevegelse. For at dette skal skje, kreves kunnskap om beboerens ressurser og spesielle problemer, men også en bevissthet om behovet for bevegelse og viktigheten av tilrettelegging for egenaktivitet.

Egenomsorg

Egenomsorg defineres som aktiviteter som man på eget initiativ eller med bistand fra andre kan utføre for å opprettholde liv, helse og velvære (8). Ved flytting fra eget hjem til sykehjem kan det lett skje endringer i grad og muligheter for egenomsorg. Målet må være

å bidra til at den enkelte skal kunne opprettholde og videreutvikle egenomsorg i den grad det lar seg gjøre (8). Pårørende har ringt og fortalt oss om hvordan deres mor eller far hadde tapt funksjon bare få uker etter flytting til sykehjemmet. En ansatt uttrykte det slik: «De faller jo fort i funksjon når de kommer hit til sykehjemmet. Hjemme må de jo gjøre små ting hele tiden, og som de ikke trenger å gjøre når de kommer hit.» Et viktig spørsmål blir derfor hvordan overgangen til sykehjem skal tilrettelegges for å unngå passivisering og tiltakende funksjonssvikt.

Enkelte eldre vil kanskje helst slippe å delta eller bør få lov til å slippe av og bli stelt for. De som er «mette av dage» må få lov til å la andre ta full omsorg for seg. Vi mener likevel at for mange handler muligheten til å delta i personlig stell og aktiviteter også om verdighet. Hvordan vil vi selv om noen år like å oppleve travelheten og den manglende oppmerksomhet som fører til at vi blir vasket og stelt uten selv å få bidra, blir matet i stedet for å få spise selv, blir kjørt i rullestol i stedet for å få assistanse til å gå?

Dagens forskrifter sier at individuelle behov og ønsker ved flytting til sykehjem bør kartlegges gjennom strukturert intervju i forbindelse med den første kontakten med pleie- og omsorgstjenesten, og at pårørende bør tas med på råd i de tilfellene der brukeren ikke kan uttrykke egne behov. Den enkeltes ønsker og behov bør i den grad det lar seg gjøre, danne utgangspunkt for skriftlig formulerte mål og individuelle planer (8). Dette er i dag likevel helt opp til det enkelte sykehjem og den enkelte sykehjemsavdeling å gjennomføre. Vi har sett store variasjoner på dette området, fra avdelinger som har gode rutiner for førstegangssamtalen og ivaretagelse av individualitet, til avdelinger hvor dette er overlatt til den enkelte primærkontakt. Det er nødvendig med rutiner som sørger for en strukturert kartlegging av individuelle behov, slik at det ikke blir overlatt til den enkelte pleier å bestemme hva som er viktig informasjon om den enkelte. En av pleierne sa: «Uansett hvor mye du prøver å gjøre det individuelt, eller på brukerens premisser, så er det ikke til å komme fra at han blir en del av de åtte på fløya likevel.»

Tilpasset hjelp

For å sikre den enkelte beboer mulighet for bevegelse og aktivitet i størst mulig grad, trengs sannsynligvis flere ressurser, men også bred kompetanse og en bevissthet blant de ansatte i sykehjemmet (8, 10). Det må foreligge en felles forståelse for hvor mye bistand den enkelte trenger i forbindelse med av- og påkledning og i spisesituasjoner og en plan for hvordan gjenværende funksjon kan vedlikeholdes. Dette er ikke alltid tilfellet i dag. Gjennom vår undersøkelse kom det frem at mange beboere hadde ressurser som de ikke fikk utnyttet: En av ergoterapeutene oppdaget at en beboer hadde blitt matet i mange år. Med litt tilrettelegging og trening i spisesituasjoner, greide kvinnen å spise og drikke selv. Personalet fulgte opp de endrede rutinene og ga også daglig gåtning. Dette førte til at beboeren opplevde mestring, ble i bedre humør og mer innstilt på egenaktivitet. Hun var stolt og ønsket å dele sine «nye» ferdigheter med andre.

En pleier fortalte at hun under testingen av deltakere i prosjektet oppdaget at en av beboerne som daglig fikk hjelp til alt stell, med litt tilrettelegging kunne gjennomføre morgenstellet selv. Hun fulgte opp dette neste dag, og oppdaget at beboeren i tillegg til å delta på egen hånd, også var svært fornøyd.

Dette er eksempler på at man ved å tilrettelegge for egenaktivitet i stedet for å overta funksjoner, kan bidra til at også beboere som har vært lenge i institusjon, vil kunne vise forbedringer og gjennom dette ivareta egenomsorg. Eksempelene synliggjør også behovet for «nye øyne» til å oppdage andre sider av beboernes ressurser.

Samvær og aktivitet

Rigide rutiner i sykehjemsavdelingen kan gjøre det vanskelig å finne rom for aktiviteter som inkluderer flere brukere. Et eksempel er gjennomføring av tarmtømming som gjør at en del beboere blir liggende en hel dag i sengen, noe som faktisk gjør at de går glipp av fellestiltak. Travelheten hos personalet fører til at beboerne ofte blir sittende sammen på fellesrom eller dagligstue, men uten personalets tilstedeværelse. Den sosiale kontakten beboerne imellom er helt avhengig av stimulering utenfra og finner dermed ikke sted. Vi har flere eksempler på beboere som i utgangspunktet avsto tilbud om å delta i fellesaktiviteter, fordi de mente de var for gamle og at det var for slitsomt. Terapeutene ga seg imidlertid ikke, men fortsatte å invitere til deltakelse og erfarte at det etter hvert ble enklere å få beboerne med. De gamle selv uttrykte at det var lystbetont og ønsket å være der hvor det skjedde noe. Ansatte observerte endringer hos beboerne, som mer våkenhet, økt oppmerksomhet og at noen etter hvert også etterspurte fellesakti-

viteter. Kan hende oppleves det greit i den travle hverdagen at beboerne takker nei, ønsker å slippe og gir uttrykk for å være fornøyd med så lite?

Dagens situasjon

Syke- og hjelpepleiere vi har snakket med, opplever et stort ansvar når det gjelder å ivareta pasientens totale situasjon. Det er utfordrende å jobbe i sykehjem. Jobben omfatter alt fra pleieoppgaver til kjøkken-tjenester og sosiale oppgaver. Mange fortalte at de ofte gikk fra jobben med dårlig samvittighet fordi de ikke hadde funnet tid til det sosiale. En av pleierne sa det slik: «De får det stellet de skal ha, og de får den maten de skal ha og ... Så det er den sosiale biten det skorter på. For eldre folk har behov for at du tar deg tid til å sitte sammen med dem – helt klart. Det ser du når du har et femminutt og du setter deg ned sammen med dem, hvor glade de blir.»

Flere ansatte vi har intervjuet, mener at fokus på bevegelse og deltakelse i aktiviteter hos beboerne vil være av det gode, men at den travle hverdagen med knappe ressurser oppleves som barrierer. Mange ønsker seg andre fagprofesjoner i avdelingen, og ser at f.eks. aktivtører, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan bidra til bedre ivaretagelse av beboernes behov. Terapeutene som deltok i vår undersøkelse mener imidlertid at ansvaret bør ligge hos pleiepersonalet, gjennom deltakelse i daglige gjøremål. Dette vil gi størst mengde egenaktivitet i løpet av dagen, og dermed de største mulighetene for å opprettholde gjenværende funksjoner. Behovet for tverrfaglighet er til stede, men andre yrkesgrupper enn pleiepersonalet vil sannsynligvis kunne utnyttes bedre gjennom felles kartlegging av den enkelte beboers funksjon og planlegging av tiltak.

Avdelings- eller institusjonslederens rolle for å skape endring er viktig, og det samme gjelder sykehjemslegen (11). Dersom fokus skal utvides og ivaretagelse av gjenværende bevegelsessevne skal bli en del av tilbudet til eldre i sykehjem, må det sannsynligvis nedfelles som grunnleggende behov og bli ivarettatt gjennom faste rutiner.

Den enkeltes behov

Er det behov for flere ressurser, større bredde i kompetansen eller en kombinasjon av dette for at sykehjemsbeboernes behov for bevegelse skal bli ivarettatt? Vi har sett at den travle hverdagen i sykehjemmene kan gjøre at når stell og matservering er ivarettatt, blir det liten tid til andre ting. Samtidig har vi sett eksempler på at endring av fokus kan bidra til at beboere både kan få bedre funksjon og uttrykke større grad av velvære gjennom deltakelse i daglige aktiviteter. Som mange av eksemplene viser, kan tverrfaglighet være nødvendig for en grundigere kartlegging av individuelle behov. Det er et

paradoks at eldre i sykehjem, som er blant de sykeste og mest funksjonshemmede i samfunnet, har et av de dårligste tverrfaglige tilbudene innen helsevesenet. Kartlegging av den enkeltes funksjon, interesser og tidligere liv vil sannsynligvis kunne forhindre at pasientene blir passivisert og frarøvet muligheter for deltakelse. Beboernes gjenværende funksjoner ivaretas best ved at de tas i bruk. Mangel på bevegelse fører til smerter og andre symptomer som ofte behandles medikamentelt. Økt bevissthet om bevegelse som et grunnleggende menneskelig behov – også for eldre i sykehjem – og tiltak for å ivareta dette, vil forhåpentligvis bidra til økt velvære for beboerne og økt tilfredshet for de ansatte. Det er sannsynligvis behov for mer enn tilførsel av flere pleieressurser, slik sitatet fra en pleier illustrerer: «Men sjølsagt så trengs det mer ... mer personell. Men jeg tror det at hvis du jobber på rette måten så kan du få til utrolig mye, og har den rette innstillinga i personalgruppa ... så hjelper ikke det å pøse på masse, masse, masse. Det trenger ikke å bli bedre av den grunn.»

Eldres funksjon må systematisk kartlegges ved flytting til sykehjemmet, og det må lages en plan for den enkelte. I tillegg kreves økt kompetanse blant de ansatte om behovet for å være i bevegelse. Det synes som rutinene omkring førstegangsmøtet med tjenesten kan være et viktig utgangspunkt, både med tanke på tverrfaglighet og for planlegging av videre oppfølging. Sykehjemslegen har en nøkkelrolle i å påse at denne muligheten blir utnyttet. Eldre i sykehjem trenger også en individuell plan.

Manuskriptet ble godkjent 28.4. 2006.

Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Litteratur

1. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1009–10.
2. Nygaard H. Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 823–5.
3. Husebø S. En verdig alderdom. Omsorg 2001; nr. 4: 3.
4. Bondevik M. De eldste gamle – en ressurs og utfordring. Omsorg 2001; nr. 4: 24–7.
5. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
6. Bakke HK. Nye tanker om bemanning i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2807.
7. Wyller TB, Nygaard H. Sykehjemsmedisinen frem i lyset. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 993.
8. Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Rundskriv I-13/97. Sosial- og helsedepartementet, 1999. <http://odin.dep.no/aid/norsk/publ/rundskriv/030005-994088/index-dok000-b-n-a.html> (12.4.2006).
9. Helbostad JL. Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1100–4.
10. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste. Rapport fra Sosial- og helsedepartementet, 1999. www.dep.no/hod/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/030005-994008/dok-bn.html (12.4.2006).
11. Hjort PF. Legens ansvar for kulturen i sykehjemmet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1586–8.