



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

Hvordan kan hjemmetjenesten tilrettelegge for mer fysisk aktivitet hos eldre?

Frist for innlevering: 19.04. 2013

Kandidatnr: 1

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNHOLDSFORTEGNELSE	i
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.5 Avgrensninger	2
1.6 Oppgavens disposisjon	2
2.0 METODE	4
2.1 Valg av metode	4
2.2 Metodekritikk	4
2.3 Valg av litteratur	5
2.4 Artikkelsøk	5
2.5 Kildekritikk	6
3.0 TEORI	7
3.1 Dorothea Orems sykepleieteori	7
3.1.1 Teorien om egenomsorg	7
3.1.2 Teorien om egenomsorgssvikt	8
3.1.3 Teorien om sykepleiesystemene	8
3.2 Aktivitet som grunnleggende behov	10
3.3 Bevegelsesfunksjonen hos eldre	10
3.4 Effekt av fysisk aktivitet	11
3.4.1 Fysiologisk effekt	11
3.4.2 Psykososial effekt	12
3.5 Hjemmetjenesten	13
3.5.1 Lederens funksjon i hjemmetjenesten	14
3.5.2 Sykepleierens funksjon i hjemmetjenesten	14
4.0 DRØFTING	16
4.1 Hvor aktive er eldre?	16
4.2 Mestringstro og egenomsorg	17
4.2.1 Sykepleierens funksjon i forhold til mestring av egenomsorg	18
4.3 Tverrfaglig samarbeid	21
4.3.1 Sykepleierens funksjon i det tverrfaglige samarbeid	24
4.4 Samarbeid med frivillighetsorganisasjoner	25
4.5 Tilrettelegging for mer fysisk aktivitet i hjemmetjenesten	27
4.5.1 Lederens rolle	27
5.0 AVSLUTNING	29
LITTERATURLISTE	30

1.0 INNLEDNING

Denne oppgaven inneholder 9814 ord.

1.1 Bakgrunn

I siste semester av sykepleierutdanningen skal vi skrive en bacheloroppgave om et valgfritt tema. Temaet jeg har valgt er fysisk aktivitet hos eldre brukere i hjemmetjenesten. Grunnen til at jeg bestemte meg for dette temaet er fordi jeg i praksis observerte at det ikke var nok fokus på fysisk aktivitet. Jeg fikk inntrykk av at sykepleierne ikke reflekterte over dette, samt at de ikke hadde tid eller mulighet til å iverksette tiltak for å forandre situasjonen.

Helsedirektoratet gjorde i 2008-2009 en undersøkelse der hensikten var å kartlegge hvor fysisk aktive voksne og eldre i Norge er i dag. Resultatet er både skremmende og urovekkende, fordi det viser at kun 15 % av Norges befolkning som er over 70 år tilfredsstillende de nasjonale anbefalingene om fysisk aktivitet. Vi beveger oss dessuten mindre i dag enn det vi gjorde tidligere. Dette vil få konsekvenser fremover i form av livsstilsykdommer relatert til fysisk inaktivitet (Helsedirektoratet 2009b). På grunn av dette tror jeg det vil bli et økt trykk på hjemmetjenesten i fremtiden. Flere brukere med funksjonstap, overvekt og andre sykdommer relatert til fysisk inaktivitet, vil trenge hjelp til dagliglivets aktiviteter. Gjennom å ha et økt fokus på fysisk aktivitet i hjemmetjenesten tror jeg brukere med denne form for problem vil få bedre levevilkår og økt livskvalitet. Det virker som om regjeringen har fått opp øynene for dette og at de har forstått at dette er noe som må prioriteres i morgendagens omsorgstjenester. I St.Meld.nr 25 *Mestring, muligheter og mening* står det at regjeringen vil styrke kommuneøkonomien for å rekruttere flere faggrupper som kan stimulere til økt fysisk aktivitet. De vil også satse på et økt tverrfaglig samarbeid for og nå mål relatert til en aktiv omsorg. De mener at i tillegg til den enkeltes forbedrede helse og livskvalitet vil denne satsningen resultere i reduserte kostnader for omsorgstjenesten ved at mennesker er mer selvhjulpne og kan bo hjemme lengre (Helse og omsorgsdepartementet 2006).

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse dette problemet og se på eventuelle forandringer som hjemmetjenesten kan gjøre for å forebygge funksjonstap og gjenvinne funksjon hos brukere som allerede er kommet inn i tjenesten.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan hjemmetjenesten tilrettelegge for mer fysisk aktivitet hos eldre?

1.4 Begrepsavklaring

I litteratur om hjemmetjenesten brukes begrepet «bruker» og det er også det jeg er vant med fra praksis. Derfor har jeg valgt å bruke dette begrep gjennom hele oppgaven, med unntak i teoridelen der jeg gjengir Dorothea Orems bruk av begrepet «pasient».

1.5 Avgrensninger

Denne oppgaven omhandler eldre brukere i hjemmetjenesten som ikke er rammet av kognitiv svikt. Jeg har valgt å fokusere på brukere som har den fysiske forutsetningen for å få et økt aktivitetsnivå. Derfor utelukker jeg brukere med sykdommer og funksjonshinder som gjør at de ikke kan gjenvinne funksjon. Jeg har valgt og ikke begrense meg til eldre med en spesifikk sykdom eller eldre innenfor en viss aldersgruppe fordi et økt aktivitetsnivå er gunstig for alle uansett sykdom og alder.

For å få et økt fokus på fysisk aktivitet i hjemmetjenesten er det mange faktorer som spiller inn. Helsepolitikk, økonomi, lederens interesse og engasjement, ansattes holdning, tverrfaglig samarbeid og ressurser på fagutvikling. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke kunnet gå inn på alle disse faktorene. Jeg har avgrenset oppgaven til hva sykepleierens og lederens rolle er i arbeidet for å fremme fysisk aktivitet, og hvordan man gjennom et tverrfaglig samarbeid kan få dette til. Jeg har også skrevet om hvordan man gjennom å samarbeide med frivillighetsorganisasjoner kan øke aktivitetsnivået blant eldre.

1.6 Oppgavens disposisjon

I innledningen har jeg presentert hvorfor jeg har valgt det aktuelle temaet, hva som er hensikten med oppgaven, hvilke avgrensninger jeg har gjort og hva den aktuelle problemstillingen er. I kapittel 2, metoddelen, forklarer jeg hva en metode er og hvilken

metode jeg har valgt å bruke. Her skriver jeg også om metodekritikk, mine artikkelsøk og kildekritikk. Deretter følger kapittel 3 som er oppgavens teoridel. Her presenterer jeg de teorier som ligger til grunn for å besvare problemstillingen jeg har valgt. Jeg presenterer Dorothea Orems sykepleieteori samt teorier om fysisk aktivitet. Jeg forklarer også hva hjemmetjenesten er og hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere og lederen har. I kapittel 4 tar jeg utgangspunkt i de teorier jeg har presentert og drøfter de sammen med de forsknings- og fagartiklene jeg har funnet. Helt til slutt kommer en avslutning der jeg oppsummerer oppgaven.

2.0 METODE

En metode er et redskap som benyttes for å samle inn informasjon vi trenger i undersøkelsen.

Vilhelm Aubert definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formål, hører med i arsenalet av metoder (1985:196) (Siert i Dalland 2007:83).

Metoden sier noe om hvordan man bør gå frem for å skaffe kunnskap eller for å etterprøve kunnskap. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Begge metodene tar sikte på å få en bedre forståelse av samfunnet, mennesker, grupper og institusjoner, og hvordan disse samhandler. Kvantitativ metode tar sikte på å omforme informasjonen til målbare enheter, for eksempel tall eller enheter. Den kvalitative metoden har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser gjennom å gå i dybden av få undersøkelser (Dalland 2007). De fleste artiklene jeg har brukt i denne oppgaven, som er med på å svare på min problemstilling, er kvalitative studier.

2.1 Valg av metode

En litteraturstudie baserer seg på litteratur. Det betyr at når vi bruker denne type av metode ser vi på det som allerede er skrevet innenfor et bestemt tema (Dalland 2007). Jeg bestemte meg for å gjøre en litteraturstudie fordi jeg mener denne metoden passet best for å besvare problemstillingen. For å kunne svare på den er ansattes og brukeres opplevelser og erfaringer viktige. Ettersom vi kun har anledning å intervju ansatte i denne oppgaven fant jeg ut at det var lettest å se på andres studier innenfor temaet der intervjuer var brukt som metode. Her hadde jeg mulighet å innhente den informasjonen jeg trengte.

2.2 Metodekritikk

Svakheten ved og kun å se på litteratur og andres studier kan være at materialet først er tolket av forfatteren og så blir tolket av meg. Dette gjør at det finnes rom for misforståelse og feiltolkninger eller at oppgaven min blir farget av mine erfaringer og meninger. Derfor er det viktig og alltid være kritisk til innholdet og være nøye med å se materialet fra forskjellige sider, og ikke bare trekke ut innholdet som viser til det resultatet en er ute etter.

2.3 Valg av litteratur

Innenfor temaet *eldre* har vi mye pensumlitteratur og jeg har i den anledning ikke hatt behov for å søke etter andre bøker som omhandler eldre. *Fysisk aktivitet* er et tema vi ikke har hatt så mye om i utdanningen og jeg har derfor måtte søke etter bøker som omhandlet dette. Jeg har funnet mange interessante bøker i referanselister til artikler, bøker og andre studentoppgaver og etterpå funnet dem i BISYS. For øvrig har jeg hatt mye bruk for lovverk, stortingsmeldinger og publikasjoner fra Helsedirektoratet. Jeg har også funnet mange interessante fagartikler som har hjulpet meg å skape et bilde av temaet jeg skriver om. Forskningsartiklene er en viktig del i oppgaven min og er med på å besvare problemstillingen.

2.4 Artikkelsøk

De fleste artiklene jeg har brukt i oppgaven har jeg funnet gjennom å se på referanser i både bøker, artikler og andre studentoppgaver. Dette har vært den mest effektive måten å finne gode artikler på. Men jeg har allikevel funnet to av de tre forskningsartiklene jeg har brukt gjennom å søke i databaser. I Scopus fant jeg artiklene *Preventive home visits to older people in Southern Sweden* og *Prevention of falls by outdoor-walking in elderly persons at risk ("power") - A pilot study* gjennom å søke på «geriatric nursing» AND «physical activity». Jeg krysset av for «read online» og fikk da opp 44 treff. Den tredje forskningsartikelen *Fysisk aktivitet blant eldre* fant jeg i referanselisten i en pensumbok, som jeg deretter fant i sykepleien.no sitt forskningsarkiv.

I tillegg til de tre forskningsartiklene har jeg i oppgaven brukt tre fagartikler. I SveMed+ fant jeg artiklene *Aktivitet og deltakelse for eldre – Et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring* og *Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010* gjennom å søke på hemsjukvård AND äldre. Jeg fikk 171 treff. Artikkelen *Aktiv praksis i hjemmetjenesten* fant jeg på sykepleien.no ved å søke på turgåing og jeg fikk da opp to treff.

Andre databaser jeg har vært innom er ProQuest, PubMed og NorArt. Norske søkeord jeg har brukt er eldre, fysisk aktivitet, mosjon, trening, hjemmesykepleie, hjemmetjeneste, turgåing og livskvalitet. De engelske søkeord jeg har brukt er elderly, elder, aging, exercise, physical activity, home care, geriatric nursing og quality of life. Søkene i databasene er gjort mellom 9/1 og 17/2.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er ifølge Dalland (2007) de metoder som en bruker for å fastslå om en kilde er riktig. Det betyr å vurdere og beskrive kilder som benyttes i oppgaven. Hensikten med kildekritikk er å la leseren ta del i de refleksjoner en har gjort når en har tatt stilling til hvilken relevans og gyldighet litteraturen har.

Når jeg har valgt bøker har jeg sett på hvem som har skrevet boken, til hvem boken er tilegnet, når boken er skrevet og om innholdet fortsatt er aktuelt. I et par bøker som jeg har brukt i oppgaven var lovverkene ikke lenger aktuell og jeg måtte da finne de motsvarende lovene som erstattet de gamle for å få frem riktig opplysning. Jeg har primært brukt pensumlitteratur, men også et par andre bøker som jeg lånt på skolens bibliotek. De forskningsartiklene jeg har brukt er publisert i relevante tidsskrifter og forfatterne har også publisert mange artikler tidligere. Fagartiklene jeg har brukt er også publisert i anerkjente fagtidsskrifter som *Ergoterapeuten* og *Sykepleien*. Når jeg har funnet innhold i en artikkel eller bok som har vært av interesse, har jeg alltid prøvd å finne frem til primærkilden for å lese den istedenfor å referere til sekundærkilden. Dette fordi jeg da har unngått å ta med materiale som har blitt tolket flere ganger.

Når man bruker utenlandske artikler kan kulturelle forskjeller eller annerledes oppbygging av helsevesenet gjøre at det blir vanskelig å relatere dette til Norge. De fleste artiklene jeg har med i oppgaven er fra Skandinavia. Kultur og oppbygging av helsevesenet i disse landene er relativt likt det helsevesen vi har i Norge og jeg synes derfor det har vært enkelt å bruke artikler derifra. Den tyske artikkelen jeg har med i oppgaven er veldig relevant i forhold til hvordan man på en økonomisk måte kan bidra til økt fysisk aktivitet blant eldre. Jeg har derfor valgt å bruke den til tross for at jeg ikke har satt meg inn i hvordan helsevesenet fungerer i Tyskland.

3.0 TEORI

3.1 Dorothea Orems sykepleieteori

Dorothea Orem er født i 1914, hun ble utdannet sykepleier i 1939 og avla eksamen i sykepleievitenskap i 1945. Orem har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land, deriblant i Norge. Hennes teori har fått utbredt anvendelse som rammeverk innenfor utdanning, praksis, administrasjon og forskning i sykepleie.

Dorothea Orems sykepleieteori er den teorien jeg har valgt å presentere fordi jeg mener at hennes teori passer til problemstillingen min. Ved å fokusere på at brukerne i hjemmetjenesten skal klare å ivareta sin egenomsorg, vil man få et resultat der brukerne er mer selvhjulpne. I tillegg vil et økt fokus på fysisk aktivitet bidra til at noen brukere gjenvinner sin fysiske funksjon. Man vil også forebygge sykdom og fremme helse og velvære. Dette er det Orems teori fokuserer på (Kristoffersen 2005).

Jeg ønsker her og kort beskrive Orems sykepleieteori som er delt opp i tre mer spesifikke teorier:

3.1.1 Teorien om egenomsorg

Egenomsorg kan i sin enkelthet beskrives som menneskets evne til å ta vare på alle de funksjoner som er nødvendige for å leve og overleve. Egenomsorg er utførelsen av alle de handlinger et menneske selv tar initiativ til å utføre for å opprettholde liv, sunnhet og velvære (Cavanagh 2010). Egenomsorgsbehov er mål som handlinger må rettes mot for at mennesker skal bevare eller gjenvinne funksjon, utvikling, velvære og helse. Egenomsorgsbehovene består av tre grupper.

De universielle egenomsorgsbehovene: Er felles for alle mennesker, men kravet til handling må tilpasses den enkeltes alder og utviklingstrinn. Behovene omfatter fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter. Disse behovene er grunnleggende og innebærer for eksempel behovet for tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat, behov for aktivitet og hvile, sosial kontakt og personlig utvikling.

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov: Er knyttet til menneskets utvikling og modning. Behovene er ulike ut ifra alder og utviklingstrinn. Tiltakene tar sikte på å forhindre skadelig utvikling eller forebygge negative konsekvenser av for eksempel en sykdom.

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov: Slike behov finnes hos personer som er syke, skadde, personer med funksjonstap – eller begrensninger og personer som er under behandling eller diagnostisering. Personer kan komme i situasjoner der de ikke er i stand til å få dekket sine egenomsorgsbehov. De blir da avhengige av hjelp fra eksempelvis en sykepleier (Kristoffersen 2005).

3.1.2 Teorien om egenomsorgssvikt

Hvis en person blir utsatt for akutt sykdom, kronisk sykdom eller emosjonelle traumer, kan følgen bli at man får begrenset evne til å tilgodese behovet for egenomsorg. I en slik situasjon kan personen trenge for hjelp for å få dekket disse behovene (Cavanagh 2010).

Terapeutiske egenomsorgskrav er kravene til handling som må til for å dekke en persons egenomsorgsbehov, som Orem definerer som målet. Ordet *terapeutisk* betyr i denne sammenheng at handlingene er nødvendige for å fremme et menneskes normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Disse kravene beskriver handlinger som personen selv eller andre må utføre. Som sykepleier er det viktig at vi ser behovene til hver enkelt pasient og at vi sammen jobber for å tilfredsstille disse behovene. Et viktig delmål er da å ivareta den enkeltes egenomsorgsbehov. Hvis det er et misforhold mellom personens egenomsorgskrav og vedkommendes evne til å handle i samsvar med kravene, har personen behov for sykepleie (Kristoffersen 2005).

3.1.3 Teorien om sykepleiesystemene

Denne teorien beskriver hvordan sykepleieren tilrettelegger sykepleien ut fra svikten i pasientens evne til egenomsorg. Orem mener at sykepleieren skal kompensere for pasientens manglende omsorgsevne, og hvis det er mulig, utvikle pasientens evne til egenomsorg (Cavanagh 2010).

Orem beskriver at sykepleieren har fem hjelpemetoder som kan brukes for å møte pasientens egenomsorgskrav og for å gi tilstrekkelig sykepleie:

1. *Å gjøre noe eller handle for en annen:* Sykepleieren kompenserer for pasientens ressursvikt ved å ta initiativet til å utføre handlinger som er i samsvar med pasientens behov. Dette kan også være hjelpemetoder basert på veiledning og støtte, slik at pasientens egne ressurser vedlikeholdes.
2. *Å veilede og rettlede for en annen:* Sykepleieren veileder pasienten til og selv utføre egenomsorgshandlinger. Dette kan være som forslag, råd, anbefalninger, instruksjoner og tilsyn.
3. *Å sørge for fysisk og psykisk støtte:* Hvis pasienten står innenfor en situasjon som er ny, kan det føles utrygt og skremmende, og pasienten kan mangle motivasjon og mestringstro. Gjennom å støtte og veilede gir sykepleieren oppmuntring og hjelp, noe som reduserer risikoen for at pasienten skal gjøre feil.
4. *Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling:* Sykepleieren må legge til rette forhold i omgivelsene som motiverer pasienten til å sette seg mål og å ta initiativet til handlinger som samsvarer med målene. Et miljø som fremmer pasientens utvikling, fremmer også ansvar, deltakelse og læring.
5. *Å undervise:* Dette kan benyttes når pasienten må lære seg å mestre nye ferdigheter eller tilegne seg nye kunnskaper for å mestre egenomsorgen. Det er viktig at sykepleieren tilpasser læringen ut fra behov, vaner og livsstil, alder og tidligere erfaringer (Kristoffersen 2005).

De fem hjelpemetodene brukes i forskjellig grad i de tre sykepleiesystemene.

1. *Det helt kompenserende systemet:* Brukes i situasjoner der pasienten ikke har mulighet til å utføre egenomsorgshandlinger. Dette kan for eksempel være hvis en pasient er lam eller ligger i koma, da må sykepleieren kompensere for pasientens ressursvikt. Her er hjelpemetoden *Å gjøre noe eller handle for en annen* relevant.
2. *Det delvis kompenserende systemet:* Brukes i situasjoner der pasienten selv kan være aktiv i egenomsorgen. Her må pasienten selv utføre de egenomsorgshandlingene han mestrer og som er hensiktsmessige at han utfører. Sykepleieren kompenserer for handlinger der pasienten mangler ressurser. Her kan alle fem hjelpemetodene brukes.
3. *Det støttende og undervisende systemet:* Brukes i situasjoner der pasienten har tilstrekkelige ressurser, eller mulighet til å utvikle nødvendige ressurser, til å ivareta egenomsorg, men ikke klarer å utføre handlinger uten hjelp (Kristoffersen 2005).

3.2 Aktivitet som grunnleggende behov

Aktivitet er et grunnleggende behov som influerer oss mennesker. Fysisk aktivitet kan defineres som enhver bevegelse i skjellemuskulaturen som utløser energiomsetning. Det er alle former for kroppslig virksomhet som vedlikeholder og øker funksjonsevnen fysisk, psykisk og sosialt. Fysisk aktivitet kan være for eksempel trening, trim, lek og kroppsarbeid. For eldre, syke, funksjonshemmede eller andre personer med nedsatt funksjon kan for eksempel en dusj eller påkledning være tilstrekkelig for å oppnå anbefalt aktivitetsnivå. Det er naturlig for mennesker å bevege seg og det er fundamentalt for helse og livskvalitet. Forskning understreker positive helsemessige effekter av fysisk aktivitet i forhold til hjerte- og karlidelse, diabetes, overvekt og kreft. Regelmessig mosjon har ikke bare fysiske virkninger, men også psykologiske virkninger. Det gir økt selvfølelse, godt forhold til kroppen, bedre søvn, mindre muskelspenninger og har en antidepressiv effekt. Det kreves ikke bare fysisk energi for å være i aktivitet, men også psykisk energi. Energien kan påvirkes av sykdom, angst, uro, stress og livskriser. Ved både fysiske og/ eller psykiske lidelser er det mange som sliter med motivasjon til å delta i dagliglivets aktiviteter (Blix & Breivik 2006).

3.3 Bevegelsesfunksjonen hos eldre

Aktivitetsbehovet varierer med alder og livssituasjon. Ved sykdom og økende alder reduseres behovet for aktivitet fordi kroppen får et større behov for hvile og rekreasjon. Sykdom tapper oss for energi, slik at vi ikke orker å være aktive i like stor grad som før. Tilstander som kan medføre nedsatt bevegelsesevne kan være hjerneslag, leddsykdomer, svekket bevissthet, frakturer, psykiske lidelser og smerte. Hvis vi skal kunne tilrettelegge for økt fysisk aktivitet til de eldre som bor hjemme, må vi kjenne til hvordan fysiske funksjoner påvirkes av aldringen (Blix & Breivik 2006).

Muskelstyrke er nødvendig for vår gange og holdning, men det er også nødvendig for å kunne opprettholde daglige aktiviteter. Ved økende alder reduseres muskelstyrken, noe som er en av de årsakene til at eldre har et lavere aktivitetsnivå enn de yngre. Balansen blir dårligere hvilket gir økt fare for fall. I tillegg reduseres beinsubstansen hvilket fører til skjøre knokler og en økt fare for fraktur ved fall. Ryggraden forandrer seg og kan få en større bøyning, dette fordi leddenes brusplate slites bort og mellomvirvelskivene presses sammen. Ved økende alder brukes mer oksygen ved bevegelser, noe som gjør at man fortere blir sliten.

Bevegeligheten i kroppens ledd blir dårligere, dette hemmer bevegelse og kan gi problemer i

dagliglivets aktiviteter. Sanseapparatet påvirkes også av økende alder. Syn og hørsel blir dårligere og er en bidragende faktor til dårlig balanse. Reaksjonstiden øker og det tar lengre tid for eldre å bearbeide informasjon, dette gjør at eldre bruker lengre tid på bevegelser (Blix & Breivik 2006).

3.4 Effekt av fysisk aktivitet

3.4.1 Fysiologisk effekt

Gjennom forskning har man sett at eldre har de samme effektene av trening som det yngre har. Trening kan ikke stoppe de fysiske endringene som hører aldring til, men det ser ut å være mulig å bremse reduksjonen med inntil 50 % per tiende år, hvis man sammenligner aktive eldre med inaktive eldre (Lohne-Seiler & Langhammer 2011).

Effektene av kondisjonstrening på den kardiovaskulære funksjonen er den samme hos eldre som hos yngre. Flere studier har påvist positive effekter på ulike risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer hos eldre. Lett til middels kondisjonstrening har ført til bedre glukoseomsetning, økt glukosetolerans og insulinfølsomhet, redusert blodtrykk og bedre blodfett. Disse effektene kan være sammenlignbare med effektene av legemiddel (Helsedirektoratet 2009a).

Når vi blir eldre reduseres kroppens muskelmasse, hvilket fører til nedsatt muskelstyrke. Samtidig som muskelmassen reduseres øker lagringen av fett og bindevev i skjelettmuskulaturen. Redusert muskelstyrke og muskelmasse fører også til forandringer i aktivitetsevnen, for eksempel gangevnen. Beinmassen blir også nedsatt, dette øker risikoen for osteoporose og brudd. Styrketrening har i mange studier vist seg å gi opp til 50- 200 % økt muskelstyrke hos eldre. I likhet med hos yngre kan det være nok med kun en treningsøkt per uke for å opprettholde en oppnådd styrkeøkning (Helsedirektoratet 2009a). God muskelstyrke er avgjørende for evnene til god mobilitet og grunnlag for mestring av hverdagens aktiviteter (Lohne-Seiler & Langhammer 2011).

Ved økende alder påvirkes vår balanse, bevegelighet og gangevne. Balanse er en sammensatt funksjon som er avhengig av samordnet informasjon fra sensoriske og motoriske systemer i ulike deler av det sentrale og perifere nervesystemet. Gangevnen er avhengig av mange faktorer, som balanse, leddbevegelighet, kondisjon og muskelstyrke. Studier har påvist at man

har kunnet redusere falltendensen hos eldre med lett nedsatt funksjon som bor for seg selv. Dette gjennom individuelt tilpassede øvelser for å forbedre muskelstyrken og balansen, kombinert med en spasertur hver uke. Ved nedsatt bevegelighet risikerer man en dårligere funksjonsevne. For å forbedre og opprettholde balansen anbefales det treningsprogrammer som omfatter både styrke og kondisjon som trener opp balansen, bevegeligheten og koordinasjonen. Regelmessige spaserturer bidrar også til bedre balanse, bevegelighet og gangevne (Helsedirektoratet 2009a).

3.4.2 Psykososial effekt

Forskning har vist at fysisk trening fremmer positive tanker og følelser, gir større selvtillit, øker troen på å takle problem og forbedrer evnen til selvkontroll. Det finnes flere hypoteser om hva som er årsaken til effekten av fysisk aktivitet. En hypotese er at effekten av fysisk aktivitet skyldes økt frigjøring av kroppens egenproduserte morfinstoffer, endorfiner. Endorfiner er hormoner som blant annet nedsetter smertefølelsen og øker følelsen av velvære. En annen hypotese er at det ved fysisk aktivitet dannes nye celler i noen deler av hjernen, spesielt hippocampus, som er viktig for hukommelse og læring (Helsedirektoratet 2009a).

At fysisk aktivitet har en betydelig effekt på psykologiske funksjoner vet nok de fleste av oss. Dette gjelder selvfølgelig også for eldre. Depresjon og kognitiv funksjon, som begge kan ramme eldre, er to områder der effekten av fysisk aktivitet har havnet i størst fokus. Eksempel på kognitiv funksjon kan være hukommelse, konsentrasjon, reaksjonsevne og oppmerksomhet. Depresjon er noe vi ser relativt ofte hos eldre og det er rapportert symptomer på depresjon hos opp til 15 % av den eldre befolkningen. Resultater fra flere studier verden over viser at personer som er fysisk aktive forteller om en høyere helserelatert livskvalitet enn de som er lite i aktivitet eller inaktive (Helsedirektoratet 2009a).

Mennesker vil gi forskjellige svar hvis du spør hva som er livskvalitet for dem og hvis de synes de har en god livskvalitet. Lohne-Seiler & Langhammer (2011) skriver slik om begrepet:

Livskvalitet er følelsen av å leve et godt liv. Det er et vidt begrep som oftest tar hensyn til andre faktorer enn økonomiske eller bare det å overleve. Livskvalitet settes i samband

med psykisk velvære og subjektiv helsestatus, men også med fysisk funksjon og fravær av sykdom (2011:109).

Dette betyr ikke at en person som har en alvorlig sykdom, eller en person som for eksempel er lam, ikke kan ha god livskvalitet. For dem er kanskje opplevelsen av nærhet og omsorg det som vektlegges i begrepet livskvalitet. Undersøkelser på livskvalitet vil vise at begrepet defineres ulikt i forskjellige kulturer og miljøer. Den enkelte menneskets tolkning av begrepet skjer alltid innenfor en referanseramme og erfaringsbakgrunn (Espnes & Smedslund 2010). Livskvalitet er ikke et bestemt begrep. Ettersom opplevelsen av god livskvalitet skiller seg fra person til person er det vanskelig å gjøre vitenskapelige studier på begrepet. Mange av de studier som finnes er kvalitative og baserer seg på personens egne opplevelser av god helse og livskvalitet. Det er derfor et stort behov av mer vitenskapelig forskning som viser hvilken effekt fysisk aktivitet kan ha på livskvalitet og velvære (Helsedirektoratet 2009a).

3.5 Hjemmetjenesten

Alle kommuner i Norge er gjennom Helse og omsorgstjenesteloven (2011) pålagt å tilby befolkningen hjemmesykepleie. Lovverk sier hva som skal være tjenestens formål og oppgaver, og pålegger kommunene å sikre en tjeneste som har et tverrfaglig samarbeid. Hjemmetjenesten er en organisasjon som består av ledere og ansatte. Via samhandling utfører de oppgaver som må utføres for å nå de mål som er satt for brukerne. Hvordan hjemmesykepleien er bygd opp og hvordan man jobber er forskjellig fra kommune til kommune (Haug, Engelung & Aarheim 2004). Hjemmesykepleien er en tjeneste for brukere med kroniske og alvorlige sykdommer, funksjonshemming, aldersrelaterte plager og funksjonssvikt. Hvem som skal ha hjemmesykepleie bestemmes ut fra Forvaltningslovens regler, og vurderes ut fra Helse og omsorgstjenestelovens § 3-5 (2011), der det står følgende: *«Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig»*. Tildelingskontoret i hver enkelt kommune er de som behandler søknadene på et faglig og juridisk grunnlag. I vedtaket for innvilget søknad står det hvilke tiltak som skal iverksettes, hvor lang tid det skal ta og hvor ofte hjelpen skal gis (Fermann & Næss 2010).

Bestiller-utfører-modellen (BUM) er blitt en alt vanligere modell i hjemmetjenesten blant større byer og befolkningstette kommuner. Denne modellen kommer fra New Public

Management som er et samlebegrep for en markeds- og kundeorientert tenkning. Sentrale trekk er kjøpere og selgere, mål og resultatstyring, konkurransetenking og kvalitetssikring, økonomiske effekter og brukervalg (Solheim 2004). BUM innebærer at saksbehandlere med tverrfaglig kompetanse behandler og fatter vedtak på alle søknader. De gjennomfører ofte et vurderingsbesøk hos den som søker, og ut fra en samlet vurdering av behovet fattes et vedtak. Vedtaket sendes til hjemmesykepleien som har ansvar for sonen brukeren bor i. Hjelpetiltakene er altså allerede bestemt av det sentrale bestillerkontoret når hjemmesykepleien mottar vedtaket. Fordelen med denne modellen er at den styrker rettssikkerheten, forbedrer økonomistyringen, effektiviserer forvaltningen av ressursene, bidrar til en mer rettferdig fordeling av tjenestene og gir økt brukermedvirkning (Fermann & Næss 2010). Ulempen med å ha en styringsideologi som i så stor grad legger fokus på kostnadseffektivitet kan være at fokuset på omsorg svekkes (Orvik 2004).

3.5.1 Lederens funksjon i hjemmetjenesten

Så lenge kommunens lovpålagte oppgaver blir ivaretatt, har kommunen frihet til å organisere virksomheten til lokale forhold og behov. Dette betyr at det ikke finnes en standard organisasjonsmodell for hjemmetjenesten. En administrativ leder for hjemmetjenesten trenger ikke å være en sykepleier. Den enkelte kommune kan selv bestemme om det skal være en sykepleier eller en person med annen faglig bakgrunn. Men hjemmetjenesten må ha en offentlig godkjent sykepleier som har et sykepleiefaglig ansvar. Den sykepleiefaglige lederen har det overordnede ansvaret for å opprettholde en faglig forsvarlig drift. I tillegg har denne lederen ansvar for fagutvikling og at det er et aktivt fagmiljø i organisasjonen (Orvik 2004).

3.5.2 Sykepleierens funksjon i hjemmetjenesten

Som sykepleier i hjemmetjenesten har man mange forskjellige arbeidsoppgaver. Det kan være for eksempel hjelp til personlig pleie og stell, tilrettelegging og hjelp ved måltider, oppfølging etter sykehusopphold, veiledning og opplæring i selvhjelpstrening, tilsyn, prosedyrebehandling, medisindosering, sprøytesetting, hjelp til å koordinere hjelpetiltakene med andre tjenester og tilsyn ved bruk av trykghetsalarm. Målet man jobber mot er å forebygge sykdom og skade og å fremme helse. Målet er også å opprettholde livskvalitet ved at brukerne skal få mulighet å bo hjemme så lenge de ønsker det (Tromsø kommune 2012). I hjemmetjenesten møter man som sykepleier mange utfordringer. Man er i stort sett alene når man samarbeider med brukeren og man må ofte ta viktige avgjørelser på egen hånd.

Regelstyringen er mindre her enn i institusjon. Sykepleieren vurderer, utformer yrkesrollen og utføre pleien tilpasset ønsker og behov hos brukeren (Solheim 2004). Som hjemmesykepleier er det lett å føle at man har mindre makt ettersom man ikke er på en fast arbeidsplass. Her er vi på besøk i brukers hjem, men samtidig utfører vi en jobb. Samarbeid og tillit er viktige aspekter i en slik situasjon. Brukeren må ha forståelse for at vi er i hjemmet hans av den anledning at vi utfører en spesifikk oppgave, og sykepleieren må i sin tur respektere at vi er på brukers arena (Haug et al. 2004).

4.0 DRØFTING

Etter å ha jobbet med oppgaven oppdaget jeg at det er mye som kan forbedres for å øke aktivitetsnivået hos eldre. Utfordringen er at sykepleierne ikke har så mye tid til andre oppgaver enn de som er skrevet i vedtakene. For at noen av de eldre brukerne skal bli mer fysisk aktive, kreves det en økt satsning på fysisk aktivitet fra hjemmetjenesten sin side. Jeg skal i denne delen av oppgaven drøfte hvordan man kan få dette til i praksis. Jeg kommer å diskutere lederens og sykepleierens rolle, vekten av det tverrfaglige samarbeidet og hvordan hjemmetjenesten kan samarbeide med frivillighetsorganisasjoner for å øke aktivitetsnivået hos eldre.

4.1 Hvor aktive er eldre?

De nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet for eldre er ifølge Helsedirektoratet (2012): Minst 30 minutters daglig moderat fysisk aktivitet. Aktiviteten kan deles opp i bolker med minst 10 minutters varighet.

Så hvor aktive er eldre i Norge i dag?

I studien gjort av Helsedirektoratet i 2008-2009 medvirket 3464 kvinner og menn fra 10 fylker i Norge. Av disse var 628 i alderen 65 og eldre. Resultatet viste at aldersgruppen 70 år og eldre hadde det laveste aktivitetsnivået. I denne gruppen var det mange som mente at nærmiljøet ikke er tilrettelagt for fysisk aktiv. I Norge er det et variert klima og store variasjoner i værforholdet over landet. Deltakernes aktivitetsnivå var lavest om vinteren og i tillegg ble aktivitetsnivået påvirket av været. Resultatet viser også at aktivitetsnivået var lavere i Nord-Norge enn i Sør-Norge. I denne aldersgruppen viste det seg også at de som var mest aktive hadde fått sosial støtte i form av oppmuntring fra ektefelle eller familie til å være i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2009b).

Resultat fra denne studien viser at det er vanskeligere for de eldre i samfunnet å være fysisk aktive. Mange eldre synes ikke nærmiljøet er tilrettelagt for dem og at det ikke finnes godt nok tilbud av tilrettelagte aktiviteter. I tillegg virker det som at været har mye å si for aktivitet (Helsedirektoratet 2009b) Grunnen til at det er et lavere aktivitetsnivå i Nord-Norge kan ha sammenheng med at kommunene ikke er like tettbefolkete som i Sør-Norge og at utbudet av aktiviteter i nærmiljøet blir mindre (Djupvik 2000). Mange eldre lever i dag alene og har ikke

den støtten fra ektefelle/familie som mange trenger for å finne motivasjon til å komme seg ut (Helsedirektoratet 2009b).

I en annen studie gjort av Jørg Kirchhoff (2006), som er førsteamanuensis ved Høgskolen i Østfold, var hensikten å kartlegge Eldres aktivitetsnivå, samt å finne ut hvilke faktorer som kunne lede til fysisk inaktivitet blant eldre. Resultatene viser at fysiske og sosiale faktorer samt opplevelsen av angst var de største anledningene til at eldre ikke var i fysisk aktivitet. Disse tre faktorene skaper en ond sirkel som mange eldre befinner seg i. De mangler noen å mosjonere med, hvilket leder til angst for å mosjonere og gå ut alene på grunn av risikoen for å falle og skade seg. Denne angsten gjør at mange eldre blir inaktive, som igjen fører til dårlige helse, og på grunn av dårlig helse orker de ikke å mosjonere.

Resultatene fra disse to studier kjenner jeg igjen fra praksisperioden min i hjemmetjenesten. Der møtte jeg mange eldre som satt hjemme hele dagen, hver eneste dag. Svarene jeg fikk da jeg prøvde å motivere brukerne til å gå ut var: «*Nei, jeg er så sliten i dag*», «*Jeg har så dårlige bein*», «*Jeg tørr ikke å gå ut alene*» eller «*Jeg har ingenting å gjøre ute ettersom dere ordner alt for meg*». Jeg fikk inntrykk av at noen av dem jeg møtte kjedde seg og de hadde en ensom hverdag.

4.2 Mestringstro og egenomsorg

Når man i dag tenker på hjemmetjeneste eller andre tjenester og tilbud innenfor helse kobler man dette sammen med skrøpelige og syke eldre. Dette skaper signaler om at man må være veldig dårlig for å motta tjenester. Mange eldre får i dag mye hjelp av pårørende og søker hjelp først når de er blitt for syke eller for dårlige til å klare seg selv. Når dette skjer har de eldre allerede blitt vant med og ikke kunne ivareta sin egenomsorg og mange har kanskje sluttet helt å være i aktivitet. Når dette skjer svekkes personens selvtillitt og troen på at han klarer dagliglivets aktiviteter uten hjelp (Vik 2012). Denne situasjon kan sammenlignes med begrepet *lært hjelpeløshet* som Espnes & Smedslund (2010) skriver om. De mener at det finnes en sammenheng mellom lært hjelpeløshet og angst. Jo mindre man tror på seg selv og sine egne evner, desto mer angst føler man. Denne angsten og tanker om at man ikke klarer seg selv, vil lede til at man ber om mer hjelp. Selvtillitt eller mestringstro, det å tro på egne evner kalles på engelsk for *self-efficacy*. Dette begrepet ble lansert på 1970-tallet av Albert Bandura. Har man stor mestringstro fører det til at man prøver hardere og kjemper mer hvis

man møter motstand (Espnes & Smedslund 2010). Et eksempel fra en situasjon i hjemmetjenesten kan være en eldre dame som bor alene og har dårlig balanse. Hun er redd for å falle og unngår aktiviteter som er utrygge. Dette gjør at hun gir opp håpet om å gjenvinne kontrollen, og hun trenger mer og mer hjelp. Hun vil til slutt overlate mange av de dagligdagse gjøremålene til andre. Dette blir end ond sirkel med mindre aktivitet og dårligere funksjon (Helsedirektoratet 2009a).

Kunnskaper om mestringstro og egenomsorg er viktig å ha med seg når man jobber med eldre i hjemmetjenesten. En av sykepleierens viktigste oppgave er å hjelpe brukeren til å trekke frem de ressursene han har og veilede han i hvordan disse kan utnyttes, selv om han er syk eller svekket. Det er også viktig å finne ut hva brukeren selv tenker om situasjonen og fremtiden. Ved bruk av egne ressurser kan han gjenvinne tro på seg selv (Blix & Breivik 2006).

Vi kan anta at denne eldre damen som bor alene etter hvert vil miste evnen til å ivareta sin egenomsorg. Her er det viktig at denne nedgående spiral med et stadig dårligere funksjonsnivå brytes. Ifølge Orem må sykepleieren her kartlegge hvilke behov brukeren har problemer med å dekke og deretter finne ut hvordan disse behovene skal ivaretas. Handlinger som må utføres for å møte behovene, kalles *terapeutiske egenomsorgskrav*. Disse krav er nødvendige for å fremme normalfunksjon, helse og velvære. Kravene skal utføres av brukeren selv så langt det er mulig med støtte og oppmuntring fra sykepleier (Kristoffersen 2005).

4.2.1 Sykepleierens funksjon i forhold til mestring av egenomsorg

I Orem's teori om sykepleiesystemene nevner hun fem hjelpemetoder som alle profesjonelle hjelpere bruker. Den første hjelpemetoden: *Å gjøre noe eller handle for en annen*, er rettet mot pasienter som ikke har mulighet for å ivareta egenomsorg. Denne metoden er ikke relevant i oppgaven og jeg velger derfor ikke å utdype den nærmere. Det systemet som sykepleier kan bruke i hjemmetjenesten for å bidra til et økt fysisk aktivitetsnivå hos eldre er *det støttende og undervisende sykepleiesystemet*.

Når sykepleieren kommer hjem til en bruker som har et vedtak der det står «hjelp til morgenstell» er det viktig å informere om hvorfor han, så langt det er mulig, utfører stellet selv. Her må sykepleier forklare hvorfor det er så viktig at kroppsfunksjoner vedlikeholdes.

Da kan sykepleier bruke seg av hjelpemetoden Orem velger å kalle: *Å veilede og rettlede for en annen*. Veiledningen kan være i form av forslag, råd, anbefalinger, anvisninger, instruksjoner og tilsyn. Her veileder sykepleieren brukeren under planlegging og utføring av egenomsorgshandlingene. Denne hjelpemetode forutsetter at det er god kommunikasjon mellom sykepleier og bruker (Kristoffersen 2005).

Å sørge for fysisk eller psykisk støtte er en hjelpemetode som er veldig viktig når en skal motivere og støtte eldre brukere til å ivareta og utvikle sin egenomsorgskapasitet. Hvis en bruker ved en eller flere tilfeller har ramlet, vil dette føre til redsel eller angst for at det skal skje igjen. Bruken unngår situasjoner som er utrygge og det vil etter hvert føre til en hverdag med begrensninger. Her trenger brukeren psykisk og fysisk støtte. Istedenfor at sykepleieren hjelper brukeren i utrygge situasjoner, kan hun motivere og støtte brukeren til å klare disse situasjoner selv. Denne hjelpemetode er med på å gi den nødvendige trygghet og motivasjon brukeren trenger til å utføre egenomsorgshandlinger (Kristoffersen 2005). Det er viktig at det finnes en balanse mellom de egenomsorgsaktivitetene brukeren selv skal ivareta, og hvilke kompensierende tiltak som er nødvendige for at brukeren skal kunne leve et meningsfullt liv. En sterk motiverende drivkraft hos eldre når det gjelder egenomsorg er det å kunne bo hjemme lengst mulig til tross for aldersrelaterte sykdommer og plager. Ved å ha et klart mål kan sykepleier og bruker sammen jobbe med egenomsorgsaktiviteter som gjør at han mestrer situasjonen i sitt egne hjem. Her er det viktig at sykepleieren motiverer brukeren at jobbe mot dette målet (Kirkevold 2010).

Hjelpemetoden *Å undervise* benyttes når brukeren må lære seg nye ferdigheter for å kunne ivareta sin egenomsorg. Sykepleier må motivere brukeren for læring og hjelpe han til å se betydningen av de nye ferdighetene. I tillegg er det viktig at man tilpasser læringen ut i fra situasjon og at man ser til at brukeren er mottakelig for informasjonen som blir gitt. Hvis en bruker har som mål å utføre en prosedyre som for eksempel sprøytesetting eller stomiskifte må han først få opplæring. Her har brukeren behov for å først observere hvordan sykepleieren handler for å etter hvert klare dette alene. Dette vil bidra til at brukeren opplever en mestringfølelse fordi han klarer å utføre prosedyren alene. Han blir også etterhvert mindre avhengig av hjelp fra hjemmetjenesten (Kristoffersen 2005).

Gjennom å jobbe på denne måte forsterkes brukerens mestringstro, man forebygger sykdom og fremmer helse og velvære. Men i praksis virker det ikke som at det er så enkelt for de

ansatte i hjemmetjenesten å jobbe forebyggende i mange situasjoner. Arbeidsdagen i hjemmetjenesten i dag er lagt opp ut i fra vedtak der det står hvor mange minutter en skal være hos hver enkelt bruker. Tidsmangel hos brukerne ser ut til å være en av flere faktorer som bidrar til at personalet ikke jobber på en måte der fokus er å fremme normalfunksjon (Vik 2012).

Som jeg ser på hjemmetjenesten i dag, jobber vi i motsetning til Orems teori. Istedenfor å fremme normalfunksjon helse og velvære, fratar vi brukerens muligheter for å ivareta egenomsorg. Hjemmetjenesten hjelper brukerne ved stell, de ordner mat og vasker. Dette bidrar til at brukeren får en passiv hverdag ettersom husarbeid og andre oppgaver blir overlatte til andre. Det finnes da risiko for at brukeren mister selvtillit og troen på at han kan klarer seg selv (Vik 2012). Et eksempel på en handling som vil fremme normalfunksjon kan være daglig trening der målet er at brukeren skal kunne gå til butikken og hande mat uten følge. I vedtaket burde det stå «gåtur med personale til butikken», eller eventuelt «daglig trening» hvis brukeren først må trene for å klare å gå en lengre strekke. Et slikt vedtak har jeg sett en gang i praksis, men i det tilfelle ble det ikke gjort på grunn av tidsmangel. Men vedtak som «varme middag» eller «ordne frokost» har jeg derimot observert mange ganger. Slike vedtak har ikke som mål å fremme normalfunksjon. Her fratas istedenfor brukerens mulighet for egenomsorg.

Resultat fra Kirchhoff sin studie og studien fra Helsedirektoratet tyder på at eldre er lite i aktivitet. Grunnen til dette er dårlig funksjonsnivå, angst for å falle eller skade seg og sosiale årsaker, som kan tolkes som at mange eldre ikke har noen som motiverer dem eller noen å mosjonere med. Når vi vet hva som er årsaken til et lavt aktivitetsnivå hos eldre, kan man synes at helseapparatet skal iverksette tiltak som kan forandre situasjonen i en positiv retning. Jeg mener hjemmetjenesten er en utmerket arena for å påvirke eldres aktivitetsnivå. Når man jobber i et menneskets hjem får man en større innblikk i hvem personen er enn det man hadde fått på institusjon, og man blir kjent med brukeren på et mer personlig nivå. Dette gjør at det blir lettere å etablere et tillitsforhold med brukeren. På grunn av dette tillitsforhold er det lettere for sykepleieren å støtte og motivere brukeren til og selv kunne ivareta sin egenomsorg (Solheim 2004).

Orems hjelpemetode *Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling* består i å tilrettelegge omgivelser som kan motivere brukeren til å jobbe mot de mål som er satt. Det er viktig at

både fysiske og psykososiale forhold er tilrettelagte for å fremme utvikling. Orem mener at et miljø som fremmer pasientens utvikling også fremmer ansvar, deltakelse og læring. For å kartlegge hvilke behov brukeren har problemer med å dekke selv kreves det et tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren må her samarbeide med andre yrkesgrupper som har den riktige kompetansen (Kristoffersen 2005).

4.3 Tverrfaglig samarbeid

I Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene står det at man som brukere i en kommune har krav på et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet (Helsedirektoratet 2004). Retningslinjer sier også at brukeren har krav på den riktige kompetansen som er nødvendig for å tilfredsstille de grunnleggende behovene. Dette krever et tverrfaglig samarbeid. Selv om man jobber mye alene som hjemmesykepleier, må man samarbeide med mange andre faggrupper som for eksempel leger, helsefagarbeidere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. De ulike faggruppene som er involvert har ansvar for ulike tjenester men alle skall jobbe mot felles mål som har vært utarbeidet i samarbeid med brukeren (Haug et al. 2004). I St.Meld.nr.25 står det at regjeringen og kommunesektorens organisasjon (KS) er blitt enige om en kvalitetssikringsavtale for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her legger begge parter vekt på blant annet det tverrfaglige samarbeidet for å sikre fremtidens omsorgsutfordringer. Videre uttrykker regjeringen i *Omsorgsplan 2015* at et økt fokus på aktivisering, trivsel og sosialisering krever et større tverrfaglig samarbeid i omsorgstjenesten. Faggrupper som aktivitører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, sosialarbeidere og pedagoger bør ha et større rom enn det de har i dag (Helse og omsorgsdepartementet 2006)

Ergoterapeuten Kjersti Vik (2012) gjorde en studie på de ansatte i hjemmetjenesten for å finne ut hvilke dilemmaer de møter i hverdagen når det gjelder fysisk aktivitet. Resultat viser at de ansatte tror at et økt tverrfaglig samarbeid vil fremme aktivitet og deltakelse, noe de mente det ikke var avsatt tid til. Mangel på tid med brukerne og manglende kontinuitet i personalgruppen var forhold personalet mente var uheldig når det gjaldt å fremme fysisk aktivitet og deltakelse. Noen mente at det å bli kjent med brukeren var viktig for å fremme aktivitet. Videre uttrykte mange at det var vanskelig å forholde seg til de overordnede politiske føringer når de jobber under de rammevilkårene som er på kommunalt nivå. De sa at hvis de selv hadde en mulighet å komme med faglige vurderinger i møte med brukeren ville

det fremme fysisk aktivitet og deltakelse mer enn det et system som er preget av vedtak og kvalitetssikring gjør. Mange mente de var mer fornøyd med jobben de gjort hvis de hadde handlet ut fra faglig vurdering, men da måtte bryte de kvalitetskrav som kommunen stilte.

Ved Diakonhjemmet Høgskole i Oslo gjennomførtes et pilotprosjekt i studentenes praksisperiode i hjemmetjenesten. Forfatteren Birgit Brunborg er kandidat i sykepleievitenskap og førstelektor ved skolen. Hun mener at helsefremmende og forebyggende tiltak blant eldre og kronisk syke ikke er prioritert i daglig virksomhet i dag, til tross for at dette er lovpålagt. Brunborg valgte derfor å gjennomføre et prosjekt som gikk ut på å kartlegge og evaluere funksjonsnivået og livskvaliteten til brukerne før og etter at de hadde utviklet og gjennomført et aktiviseringsprogram. Programmet ble tilrettelagt ut fra brukerens funksjonsnivå, ønsker, ressurser og individuelle behov. De utførte programmet en time to ganger i uken. Programmet bestod av gymnastikk, balanse- og kondisjonstrening, strekkøvelser, turgåing og trappegang. Funnene i dette prosjekt viser at brukerne var blitt gladere, mer selvstendige, sterkere og de hadde stor glede av aktivitetene. En bruker som tidligere brukte dostol klarte nå å gå på toalettet selv. En annen sluttet å ta heisen og brukte nå istedenfor trappene fordi han hadde blitt så opptatt av og være aktiv. Studentene observerte flere ganger situasjoner der pleierne ikke aktiviserte brukerne, men istedenfor tok over i stellesituasjoner eller ved forflytning. Grunnen til dette var at pleierne mente de ikke hadde tid til å la brukeren medvirke. Målet var å bli fortrest mulig ferdig (Brunborg 2012).

I studien Vik gjorde så hun også på hva de eldre brukerne i hjemmetjenesten mente om situasjonen og måten man jobber på i hjemmetjenesten i dag. Mange eldre uttrykte at det er viktig å klare seg selv, men dermed ikke sagt at de klarer seg uten tjenester. De ønsker tjenester som ikke tar ifra dem ansvar, men gir mer støtte til å komme ut og være aktive (Vik 2012).

Hverdagsrehabilitering er en slik tjeneste. Hensikten med denne tjeneste er å forebygge funksjonstap gjennom å komme inn på et tidlig tidspunkt å gjøre en tverrfaglig kartlegging av situasjonen. Sykepleierens oppgave i hverdagsrehabilitering er å kartlegge og følge opp brukeren. Hverdagsrehabilitering har et forebyggende perspektiv der fokus er mestring av hverdagsaktiviteter. Tjenesten kjennetegnes ved at den skjer i brukerens hjem og i nærmiljøet, den er basert på brukerens egne ønsker og hverdagsaktiviteter brukes aktivt i opptrening (Norsk fysioterapiforbund 2012). Navnet på denne tjenesten kan være litt misvisende ettersom

ordet rehabilitering i dag ofte kobles sammen med trening etter hjerneslag, operasjoner eller ulykker. Rehabilitering dreier seg om planmessig arbeid med de som på grunn av skade, sykdom eller medfødte feil har midlertidig eller varig nedsatt funksjonsevne. Målet for rehabilitering er at de skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringssevnen for å oppnå størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet (Djupvik 2000). Hverdagrehabilitering var fra starten et prosjekt som begynte i Östersund i Sverige. Etter mange gode resultater har det etablert seg som en fast tjeneste eller integrert i hjemmetjenesten både i Sverige og i Danmark.

Frederica Kommune i Danmark har blitt et forebilde når det gjelder hverdagsrehabilitering. I Fredericia kommune har andelen nye brukere i hjemmetjenesten har gått ned til 1/3 i løpet av to år, dette fordi de har fått tilbud om å få hverdagsrehabilitering istedenfor. I løpet av to år er 404 brukere helt eller delvis avsluttet. 45 % er nå helt selvhjulpne, 40 % er avsluttet til mindre hjelp og 15 % er avsluttet til samme hjelp som de ville ha fått uten rehabiliteringsprogrammet. Forskjellen i praksis på vanlig hjemmetjeneste og hverdagsrehabilitering er følgende:

Formål: Vanlig hjemmetjeneste tar utgangspunkt i de mål som er formulerte av kommunen (eks. hjelp til personlig pleie). Hverdagsrehabilitering tar utgangspunkt i de mål som er formulert av brukeren (eks. klare av å gå tur alene).

Fokus: Medarbeidere i hjemmetjenesten er opptatt av å løse oppgaver for brukeren, men i hverdagsrehabilitering er medarbeiderne mer opptatt av at hjelpe brukeren til å klare oppgaver selv.

Tid: I hjemmetjenesten er tidsbruket hos hver enkelt bruker konstant eller eventuelt økende. I hverdagsrehabilitering brukes mye tid i starten, etter hvert brukes mindre tid og til slutt trenger brukeren ingen hjelp, men klarer seg selv (Kjellberg, Kjellberg, Ibsen & Christensen 2012).

Å arbeide på denne måten krever et tettere samarbeid mellom hjemmetjenesten og andre yrkesgrupper som for eksempel fysioterapeuter, ergoterapeuter og aktivitetører. Helsepersonell i hjemmetjenesten vil ha behov for opplæring av fysioterapeuter for å bli bedre på og ikke ta over de funksjoner brukerne har. Fokuset skal være på å støtte de ressurser som finnes og motivere til deltakelse i hverdagssituasjoner. Norge ligger etter Sverige og Danmark når det gjelder denne måte å jobbe på, men i 2011 introduseredes Hverdagsrehabilitering også her. Voss og Bodø kommune er de to kommunene i Norge som har jobbet lengst med prosjektet

og begge to viser gode resultater. I «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» ser vi at rehabilitering er en lovpålagt oppgave for kommunen (Norsk fysioterapiforbund 2012). Helsefremming og forebygging er også lovpålagte oppgaver for kommunen som vi ser i Folkehelseloven (2011). Betydningen av en aktiv alderdom er sentralt i politiske dokumenter både nasjonalt og internasjonalt, i Norge ser vi uttrykket *Aktiv omsorg* i St. Meld.nr. 25 (Helse og omsorgsdepartementet 2006).

Gjennom å jobbe med hverdagsrehabilitering tror jeg mange brukere vil kunne ivareta sin egenomsorg bedre. Dette vil lede til at mange blir mindre avhengige av hjelp fra hjemmetjenesten, noe som blir økonomisk på sikt. Forskning fra Sverige viser at det er kostnadseffektivt å tilby forebyggende hjemmebesøk til eldre. Det vil også være med å påvirke helse og funksjonsnivå, redusere sykehus- og sykehjemsinnleggelse og redusere dødelighet (Sahlen, Löfgren, Hellner & Lindholm 2008).

Spørsmålet er om hverdagsrehabilitering skal integreres i hjemmetjenesten eller om det skal være en egen tjeneste. Hvis hverdagsrehabilitering er en tjeneste på siden av hjemmetjenesten får brukeren kontakt med to tjenester. Dette betyr kanskje to primærkontakter og flere hjelpere som er involverede i hans situasjon. Jeg tror det beste ville være at hverdagsrehabilitering integreres i den allerede eksisterende hjemmetjenesten. Har han kun en tjeneste å forholde seg til, istedenfor to, blir det færre hjelpere som kommer innom og det blir også bedre kontinuitet blant personalet. Hvis dette skal fungere må kompetansen i hjemmetjenesten øke. I dag kontaktes fysioterapeut eller ergoterapeut hvis sykepleieren bedømmer at det er nødvendig. Hadde personer med slik kompetanse funnets i hjemmetjenesten til daglig, istedenfor som en samarbeidspartner tror jeg fokuset på hverdagsmestring og aktivitet hadde kommet automatisk. Disse yrkesgrupper har en kompetanse som jeg tror sykepleiere i dag mangler på grunn av at vi ikke lærer mye om fysisk aktivitet i utdanningen. Fordi vi ikke lærer nok om dette, er fysisk aktivitet et tema som lett glemmes bort.

4.3.1 Sykepleierens funksjon i det tverrfaglige samarbeid

Sykepleieren har en sentral rolle i det tverrfaglige teamet. For å kunne fremme best mulig funksjon, forebygge funksjonsbegrensninger og forebygge funksjonstap hos eldre er det mange aspekter som skal vurderes. Sykepleierens ansvar er å kartlegge ressurser og

pleiebehov med tanke på å fremme egenomsorg. I tillegg er sykepleierens kunnskap om kropp og sykdommer, samt medisinske kunnskaper viktige. Sykepleieren er den som møter brukeren daglig eller ukentlig og har derfor den beste muligheten for å følge opp brukeren. Mange eldre som bor hjemme er kanskje uvitende om de tilbud som finnes i nærmiljøet. Her har sykepleierens en mulighet å informere om tilbud og koordinere tiltak ut i fra brukerens behov (Kirkevold & Brodtkorb 2010).

4.4 Samarbeid med frivillighetsorganisasjoner

Mennesker har grunnleggende behov som innefatter fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. For og iverata alle disse er sykepleiere nødt til å samarbeide med andre. En bruker som har et så dårlig funksjonsnivå at han ikke klarer å komme seg ut av huset, mister kanskje kontakt med venner og familie på grunn av dette. Jeg mener at alle de grunnleggende behovene henger sammen. For å øke fysisk aktivitet hos eldre holder det ikke og kun fokusere på det fysiske behovet. Vi må se på alle de grunnleggende behovene. Undersøkelser viser at det sosiale og kulturelle tilbudet i kommunen ikke er godt nok. I tillegg er det mange som ikke klarer å komme seg til det sted der aktivitetene eier rom. I St.Meld.nr.25 sier regjeringen at et økt samarbeid med frivillige organisasjoner kan være med på å forbedre denne situasjon (Helse og omsorgsdepartementet 2006)

Isolasjon og ensomhet finnes i alle aldersgrupper, også hos eldre og funksjonshemmede i hjemmetjenesten. Når aktivitet og mulighet for aktivitet reduseres er det vanlig at mange blir stillesittende i hjemmet. Dette blir personens trygge sted og man kommer lite eller ingenting ut av hjemmet. Dette fører til liten sosial kontakt. Har man ikke et sosialt nettverk rundt seg med venner, familie eller gode naboer hvor man føler samhørighet og trivsel, påvirkes vår selvfølelse. Det kan lede til en konstant følelse av nederlag eller følelsen av og ikke være verdt noe. Tilpasset aktivitet, helst sammen med andre kan være med på å bryte denne onde sirkelen gjennom å styrke personens selvfølelse og opplevelse av mestring (Djupvik 2000). Det virker som om de eldste aldersgruppene vektlegger det sosiale ved fysisk aktivitet. Dette må tas hensyn til når man skal tilrettelegge for fysisk aktivitet blant eldre. I de generelle anbefalingene for fysisk aktivitet blant eldre står det:

...hver enkelt skal oppmuntres til å finne frem til aktiviteter og treningsformer som han eller hun trives med og synes er morsomme. På denne måten øker muligheten for at den

eldre fortsetter med å være fysisk aktiv i årene fremover. Det er viktig å skape levevaner som omfatter regelmessig fysisk aktivitet og trening, og at de aktivitetene som anbefales, i en eller annen form allerede utgjør en del av den eldre personens liv (Helsedirektoratet 2009a:67).

Frivillighetsarbeid er noe som burde bli mer brukt i hjemmetjenesten og noe som sykepleiere kan informere brukerne om. For noen eldre kanskje det er så enkelt at de trenger noen å gå tur sammen med. Regjeringen mener at frivillighetsarbeid går hånd i hånd med en sterkt offentlig omsorgssektor. De mener at disse organisasjoner gjør en meget viktig innsats og regjeringen er opptatt av at de skal være en viktig del i de fremtidige omsorgsutfordringene. I *Omsorgsplan 2015* står det at regjeringen anbefaler kommunene å bruke de 10 000 nye årsverkene til og bl. a styrke personell innenfor frivillighetsarbeid (Helse og omsorgsdepartementet 2006)

I Tyskland gjennomførtes et pilotprosjekt der frivillige stilte opp og gikk tur sammen med beboere på fem forskjellige sykehjem. Forfatterne ville vise at det finnes muligheter for enkle og effektive program for å få eldre i fysisk aktivitet og eventuelt forebygge fall. Under en 6-måneders periode var de frivillige på sykehjemmet tre ganger i uken og gikk tur sammen med beboerne i 45 minutter. Hvis været var dårlig trente de styrke og balanse innendørs motsvarende tid. Halvparten av deltakerne rapporterte en forbedret helse, humør og gangfunksjon og nesten alle deltakerne fikk økt følelse av sikkerhet, som i 70 % hang sammen med redsel for å falle. Programmet ble godt tatt i mot av beboerne og flere hadde for intensjon å fortsette gå tur etter avsluttet program (Bösner et. al 2012).

Denne studie er et eksempel på at det ikke trenger å være en så stor kostnad for kommunene å satse på fysisk aktivitet. Mitt inntrykk er at det i dag ikke er mange brukere i hjemmetjenesten som har vedtak på daglig tur, trening eller hjelp til å komme seg til butikken, aktivitetssenter, naboer eller andre plasser. Hvis hjemmetjenesten benytter seg av frivillige organisasjoner kan det bidra til et økt aktivitetsnivå og et forbedret funksjonsnivå hos brukerne. Hvis brukere for eksempel får følge av en frivillig til et aktivitetssenter kan dette også betyde et rikere sosialt eller kulturelt liv. Hvis hjemmetjenesten skal samarbeide med frivillighetsorganisasjoner må man huske på at de ikke er en fagorganisasjon. Ifølge Helsepersonelloven § 21(1999) skal vi som helsepersonell hindre at informasjon om personers helsetilstand og sykdomsforhold spres

til andre. Hjemmetjenesten kan derfor ikke ta kontakt med frivillighetsorganisasjonen uten brukerens samtykke. Brukeren må selv være delaktig hvis en kontakt skal opprettes.

Gjennom å tilrettelegge for et sosialt liv for eldre tror jeg mange vil få en mer fysisk aktiv hverdag, ettersom det gjør at de har en anledning til å komme seg ut. Et fast utbud av tilpassede aktiviteter og sosiale og kulturelle utbud for eldre synes jeg er noe som bør prioriteres. Jeg tror at et bedre samarbeid med frivillighetsorganisasjoner kan være med på å skape dette utbudet.

4.5 Tilrettelegging for mer fysisk aktivitet i hjemmetjenesten

For å forandre på rutiner i en organisasjon kreves det at noen leder dette arbeid. Denne person trenger ikke nødvendigvis å være lederen. Dette arbeid kan foregå i team eller arbeidsgrupper der sykepleiere eller andre fagpersoner leder arbeidet. I forhold til det jeg har drøftet i denne oppgave, mener jeg at lederen er den som har den avgjørende rollen for at hjemmetjenesten skal kunne tilrettelegge for et økt aktivitetsnivå hos eldre (Orvik 2004).

4.5.1 Lederens rolle

Lederen har kanskje den viktigste rollen i arbeidet for å øke aktivitetsnivået hos eldre i hjemmetjenesten, ettersom det er lederen som har det overordnede ansvaret. Lederen er den som kan skape klare rammer for hvordan de ansatte skal utføre jobben og at alle ansatte jobber mot samme mål. Dette blir ekstra viktig i hjemmetjenesten ettersom sykepleierne her jobber mye alene og alle har sin egen måte å jobbe på i hjemmene til brukerne. Det jeg observerte i hjemmetjenesten og det andre studier også viser til, er at hjemmetjenesten i dag er preget av tidsmangel (Vik 2012, Brunborg 2012). Denne tidsmangel går ut over kvaliteten på tjenestene som brukerne mottar. Hvis dette skal gjøres noe med må sykepleierne og andre ansatte som er i slike situasjoner melde fra. Til tross for at sykepleiere har ansvar om å jobbe faglig forsvarlig er det lederen som må oppfordre til et aktivt bruk av avvikshåndtering. Å melde avvik fører ikke i seg selv til forbedring, men avvik er et signal om at organisasjonen er i behov for en endring. Når lederen oppfordrer sykepleierne til å melde fra om avvik skaper det en økt bevissthet om arbeidsforholdene (Hauge 2010).

Aktiviseringsprogram i samarbeid med studenter, frivillighetsorganisasjoner eller andre er det lederen for hjemmetjenesten som kan iverksette gjennom et samarbeid med disse aktører. I

tillegg er det lederen som kan utarbeide rutiner om hvordan man i hjemmetjenesten skal øke det tverrfaglige samarbeidet. Hvis vi skal se en forandring i aktivitetsnivået hos eldre i hjemmetjenesten, må alle som jobber med brukerne ha fokus på fysisk aktivitet og mestring av hverdagsaktiviteter. Det holder ikke at en eller et par sykepleiere har fokus på dette. Jeg tror at mange som jobber i hjemmetjenesten i dag «vokser inn i» pleiekulturen og glemmer av å jobbe forebyggende. For at denne kultur skal forandres må lederen aktivt jobbe for dette. Jeg tror at hvis lederen er engasjert og har fokus på fysisk aktivitet vil det stimulere til en økt interesse og engasjement også hos de ansatte i tjenesten (Orvik 2004).

5.0 AVSLUTNING

For at hjemmetjenesten skal kunne forbedres og i fremtiden ha et større fokus på fysisk aktivitet og deltakelse må ledere, sykepleiere og andre ansatte tenke mer «forebyggende» og mindre «pleie». Et økt tverrfaglig samarbeid vil bidra til bedre kvalitet og økt kompetanse i hjemmetjenesten. I tillegg tror jeg at man gjennom samarbeid med frivillighetsorganisasjoner kommer å se et økt aktivitetsnivå hos eldre. Det jeg har sett på i denne oppgaven er forslag til forbedringer hjemmetjenesten kan jobbe med. Hvis hverdagsrehabilitering skal integreres i hjemmetjenesten kreves mye arbeid med å klargjøre hvordan dette skal fungere i praksis. Det samme gjelder samarbeid med frivillighetsorganisasjoner. Denne forandring krever kunnskap, forskning og ikke minst økonomiske midler. Dette arbeid krever også personer som er engasjert og som har tid å jobbe med dette. Jeg tror at hvis lederen, sykepleierne og andre som jobber i tjenesten løfter frem hvordan situasjonen er i dag, kommer politikere etter hvert innse at ting må forandres. Dette vil forhåpentligvis bidra til at vi i fremtiden vil se en forbedret hjemmetjeneste der brukerne er mer selvhjulpne enn det de er i dag.

LITTERATURLISTE

Antall sider selvvalgt pensum er skrevet i parentes.

- Blix, E.S. Breivik, S. (2006) Basisbok i sykepleie: Om menneskets grunnleggende behov
Bergen: Fagbokforlaget
- Brunborg, B. (2012) Aktiv praksis i hjemmetjenesten I: *Sykepleien nr. 11, 2012* Hentet fra:
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/987080/aktiv-praksis-i-hjemmetjenesten> [30.01.13] **(4)**
- Bösner, S. Keller, H. Wöhner, A. Wöhner, C. Sönnichsen, A. Baum, E. Donner-Banzoff, N.
(2012) Prevention of falls by outdoor-walking in elderly persons at risk
("power") - A pilot study I: *European Geriatric Medicine Volume 3, Issue 1. Feb 2012 P. 28-32* Hentet fra:
<http://ezproxy.uin.no:2084/science/article/pii/S1878764911002439> [17.02.13] **(5)**
- Cavanagh, S.J. (2010) *Orems model i praksis* København: Munksgaard Danmark **(34)**
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal
- Djupvik, J.J. (2000) *Folkehelsearbeid – kommunal ressurskobling med vekt på bruk av fysisk aktivitet* Oslo: Kommuneforlaget **(89)**
- Espnes, G.A. Smedslund, G. (2010) *Helsepsykologi* Oslo: Gyldendal
- Fermann, T. Næss, G. (2010) Eldreomsorg i hjemmesykepleien I: Kirkevold, M.
Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 196-218) Oslo: Gyldendal
- Folkehelseloven (2011) *Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29.* Hentet fra:
<http://www.lovdatab.no/all/tl-20110624-029-002.html#4> [11.02.13] **(2)**
- Haug, H.K. Englund, H. Aarheim, K.A. (2004) Organisatoriske rammer og organisasjonsmodeller I: Solheim, M. Aarheim, K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (s. 53-63) Oslo: Gyldendal **(11)**
- Hauge, S. (2010) Sykepleie i sykehjem I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient* (s. 219-236) Oslo: Gyldendal
- Helse og omsorgsdepartementet (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (2005-2006). St. Meld. Nr. 25 Hentet fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> [14.02.13] **(18)**

- Helse og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-20110624-030.html> [11.02.13] (1)
- Helsedirektoratet (2004) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester* Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx> [12.02.13] (4)
- Helsedirektoratet (2009a) *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Sider/default.aspx> [29.01.13](20)
- Helsedirektoratet (2009b) *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: Resultater fra en kartlegging i 2008-2009* Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-blant-voksne-og-eldre/Sider/default.aspx> [29.01.13] (33)
- Helsedirektoratet (2012) *Råd om fysisk aktivitet* Hentet fra: [http://helsenorge.no/HelseogSunnhet/Sider/Nasjonale-anbefalinger-for-fysisk-aktivitet/Eldre-voksne-\(65-år-og-eldre\).aspx](http://helsenorge.no/HelseogSunnhet/Sider/Nasjonale-anbefalinger-for-fysisk-aktivitet/Eldre-voksne-(65-år-og-eldre).aspx) [29.01.13] (1)
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-005.html> (1)
- Kirchhoff, J.W. (2006) *Fysisk aktivitet blant eldre I: Sykepleien Forskning nr 1. 2006 s. 16-22* Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/eavis/759294/sykepleien-forskning-1-2006> [13.02.13] (7)
- Kirkevold, M (2010) *Individuell sykepleie I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient (s. 100-112)* Oslo: Gyldendal
- Kirkevold, M. Brodtkorb, K. (2010) *Kartlegging I: Kirkevold, M. Brodtkorb, K. Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasient (s. 113-122)* Oslo: Gyldendal
- Kjellberg, P.K. Kjellberg, J. Ibsen, R. Christensen, L.T. (2012) *Hverdagsrehabilitering i praksis: Erfaringer fra Fredericia 2008-2010 I: Ergoterapeuten nr. 1. 2012* Hentet fra: [http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(\(\(mesh_no:N02.421.143.524*\)%20OR%20\(mesh_no:N02.421.539.089*\)%20OR%20\(hemsjukv%c3%a5rd\)\)AND%20\(\(mesh_no:M01.060.116.100*\)%20OR%20\(%c3%a4ldre\)\)\)\)%20AND%20fulltext:%22yes%22&query=%20hemsjukv%c3%a5rd%20%c3%a4ldre%20Limits:%20fulltext:%22yes%22&start=20&searchform=simple&prevDok_ID=123810&Dok_ID=123808&pos=21&rows=10&nextDok_ID=123807](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(((mesh_no:N02.421.143.524*)%20OR%20(mesh_no:N02.421.539.089*)%20OR%20(hemsjukv%c3%a5rd))AND%20((mesh_no:M01.060.116.100*)%20OR%20(%c3%a4ldre))))%20AND%20fulltext:%22yes%22&query=%20hemsjukv%c3%a5rd%20%c3%a4ldre%20Limits:%20fulltext:%22yes%22&start=20&searchform=simple&prevDok_ID=123810&Dok_ID=123808&pos=21&rows=10&nextDok_ID=123807) [13.02.13] (5)

- Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen, N.J. Nordtvedt, F. Skaug, E-A. (red.) I: *Grunnleggende sykepleie 4* Oslo: Gyldendal **(83)**
- Lohne-Seiler, H. Langhammer, B. (2011) *Fysisk aktivitet og trening for eldre: Betydning for fysisk kapasitet og funksjon* Kristiansand: Høyskoleforlaget **(46)**
- Norsk fysioterapiforbund (2012) *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*
Hentet fra: <http://www.fysio.no/nff//AKTUELT/Nyheter/Rapport-om-hverdagsrehabilitering-levert-Helse-og-omsorgsdepartementet> [19.02.13] **(39)**
- Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid* Oslo: Cappelen Forlag
- Sahlen, K-G. Löfgren, C. Hellner, B-M. Lindholm, L. (2008) Preventive home visits to older people in Southern Sweden I: *Scandinavian Journal of Public Health, 2008; 36: 265–271* Hentet fra:
<http://ezproxy.uin.no:2085/record/display.url?jsessionid=B3C5E2D9388CD8D6EDDCA858C003B986.53bsOu7mi7A1NSY7fPJf1g?eid=2-s2.0-27744493144&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=%22geriatric+nursing%22+AND+%22physical+activity%22&nlo=&nlr=&nls=&sid=5D195D859FC3F3C01DAB21169B928BB6.y7ESLndDIIsN8cE7qwvy6w%3a20&sot=b&sdt=b&sl=77&s=TITLE-ABS-KEY%28%22geriatric+nursing%22+AND+%22physical+activity%22%29+AND+PUBYEAR+%3e+2002&relpos=36&relpos=16&searchTerm=TITLE-ABS-KEY%28%5C%26quot%3Bgeriatric+nursing%5C%26quot%3B+AND+%5C%26quot%3Bphysical+activity%5C%26quot%3B%29+AND+PUBYEAR+%26gt%3B+2002>
[17.02.13] **(7)**
- Solheim, M (2004) Min heim er mi borg – og hjelparen er på pasienten sin arena I: Solheim, M. Aarheim, K.A. (red.) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie* (s. 88-109) Oslo: Gyldendal **(22)**
- Tromsø kommune (2012) *Hjemmesykepleie* Hentet fra:
<http://www.tromso.kommune.no/hjemmesykepleie.121190.no.html> [19.02.13] **(1)**
- Vik, K. (2012) Aktivitet og deltakelse for eldre – Et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring I: *Ergoterapeuten nr. 1. 2012* Hentet fra:
[http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(\(\(mesh_no:N02.421.143.524*\)%20OR%20\(mesh_no:N02.421.539.089*\)%20OR%20\(hemsjukv%c3%a5rd\)\)AND%20\(\(mesh_no:M01.060.116.100*\)%20OR%20\(%c3%a4ldre\)\)\)\)%20AND%20fulltext:"yes"&](http://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(((mesh_no:N02.421.143.524*)%20OR%20(mesh_no:N02.421.539.089*)%20OR%20(hemsjukv%c3%a5rd))AND%20((mesh_no:M01.060.116.100*)%20OR%20(%c3%a4ldre))))%20AND%20fulltext:)

[query=%20hemsjukv%c3%a5rd%20%c3%a4dre%20Limits:%20fulltext:"yes"&start=10
&searchform=simple&prevDok_ID=123886&Dok_ID=123811&pos=19&rows=10](http://query=%20hemsjukv%c3%a5rd%20%c3%a4dre%20Limits:%20fulltext:)

[14.02.13] (6)