

BACHELOROPPGÅVE

Kvardagsrehabilitering og fysisk aktivitet i heimen

Korleis kan ein som sjukepleiar fremje helsa til heimebuande eldre gjennom fysisk aktivitet?

Av

Malin Fimland Nataas. Kandidat nr.: 34

Bachelor i Sjukepleie

SK 152

Ord: 6979

Rettleiar: Eli Natvik

Mai 2016



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva "Kvardagsrehabilitering og fysisk aktivitet i heimen" i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Kandidat nr.: 34. Malin Fimland Nataas

JA NEI

Samandrag

Tittel

Kvardagsrehabilitering og fysisk aktivitet i heimen

Bakgrunn for val av tema

Etter mi erfaring frå praksis i heimesjukepleia har eg sett mange eldre som både blir passivisert når helsepersonell er til stades og ikkje får tilrettelagt noko form for aktivitetar i kvardagen. Eg har møtt mange sjukepleiarar og studentar som er usikre på om det å leggje til rette for fysisk aktivitet og ressursbruk blant eldre heimebuande er ein del av arbeidsområdet. Derfor har eg valt å gå djupare inn på dette temaet

Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar fremje helsa til heimebuande eldre gjennom fysisk aktivitet?

Framgangsmåte

Eg har nytta ei litterær studie for å svare på problemstillinga. Ved å sjå på ny litteratur kan ein bli meir oppdatert på kva som kan skape god praksis og eventuelt kva som er mangelfult. Det vert også nytta forskingsartiklar og egne erfaringar for å belyse mi problemstilling.

Oppsummering

Når talet eldre vil auke i tida framover er ein viktig tanke korleis eldre kan vere lengst moglig sjølvhjelpet heime. Kvardagsrehabilitering vil vere eit sentralt tema innan helsefremjande arbeid, då det handlar om å vektleggje personens helse og ressursar. I praksis kan det vere vanskeleg å utføre kvardagsrehabilitering og fysisk aktivitet då heimesjukepleia er prega av tidspress, kunnskapsmangel og ulike haldningar frå andre. Ved at sjukepleiarar har større fokus på dette temaet kan ein bli meir bevisst på å nytte brukarens egne ressursar. Det tverrfaglege samarbeidet vil også vere ein viktig ressurs for sjukepleiaren.

Innhald

1	Innleiing med val av tema	1
1.1	<i>Problemstilling.....</i>	2
1.2	<i>Avgrensing av problemstilling</i>	2
1.3	<i>Begrepsavklaringar</i>	2
2	Litteraturstudie.....	3
2.1	<i>Val av litteratur</i>	3
2.2	<i>Søkeord og databasar</i>	3
2.3	<i>Kjeldekritikk og vurdering av metode.....</i>	4
3	Teori.....	5
3.1	<i>Fysisk aktivitet blant eldre - presentasjon av valte forskingsartiklar.....</i>	5
3.2	<i>Dorothea Orems eigenomsorgsteori og Antonovskys teori om salutogenese.....</i>	7
3.3	<i>Aldersforandringar og funksjonsnedsettingar.....</i>	7
3.4	<i>Kvardagsrehabilitering</i>	7
3.4.1	<i>Motivasjon og meistring.....</i>	9
3.5	<i>Kvardagsaktivitetar og fysisk aktivitet</i>	9
3.6	<i>Det tverrfaglege samarbeidet og sjukepleiarens rolle.....</i>	10
4	Drøfting	12
4.1	<i>Det tverrfaglege samarbeidet og sjukepleiarens rolle i eit mål om ein aktiv brukar.....</i>	12
4.2	<i>Korleis kan ein fremje fysisk aktivitet blant heimebuande eldre i heimesjukepleia?.....</i>	14
5	Konklusjon.....	17
6	Bibliografi	18

1 Innleiing med val av tema

Over 200 000 menneskar i Noreg nyttar helse- og omsorgstenest frå kommunen. Dette utgjer i gjennomsnitt ein tredjedel av kostnadane for kommunen (Hesselberg & Overraae, 2014, s. 7). I dagens samfunn blir mennesker stadig eldre og behovet for desse tenestane aukar deretter. Om ikkje lenge kjem den omtalte "eldrebølgja" i Noreg. Ein antar at talet eldre vil utgjere omlag 25 % av befolkninga i 2050 (Romøren, 2014, s. 29). Når eldre personar utgjer stadig større del av befolkninga, vil samfunnet stå ovanfor utfordringar knytt til mangel på kompetent arbeidskraft, på same tid som behovet for meir omfattande helsetenestar aukar (Hesselberg & Overraae, 2014, s. 7).

Kvardagsrehabilitering byggjer på ei helsefremjande tenking i staden for sjukdom og begrensing. Samspelet mellom meistring, aktivitetens krav og mogligheit er viktig. Helsepersonell skal leggje til rette for dette, der målet er å førebygge forverring av funksjonstapet hos brukaren. Ein vil dermed gjeve brukaren mogligheit til å oppretthalde dei fysiske funksjonane ein har (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Ordet kvardagsrehabilitering vart kjent for fullt då samhandlingsreforma (St.meld. nr. 29., 2011-2012, kap. 1.2.1) blei innført i 2012. Denne stortingsmeldinga krev i korte trekk at kommunane skal bli betre på det helsefremjande arbeidet og leggje vekt på brukarens eigenmeistring slik at helsetenesta meistrar framtidens utfordringar.

Ei nasjonal kartlegging frå 2014-2015 visar at eldre får eit gradvis lågare aktivitetsnivå med alderen (Hansen, et al., 2015, s. 36) og ei auking av inaktivitet (Hansen, et al., 2015, s. 60). Inaktivitet er blitt ei samfunnsutfordring og er eit aukande problem i samfunnet (Henriksson & Sundber, 2009, s. 42). For eldre kan fysisk aktivitet bidra til å oppretthalde fysiske funksjonar lengre slik at ein klare seg lengre i heimen sin (Skaug, 2011, s. 272). I følge World Health Organization (2011) sine anbefalingar bør eldre utføre til saman minimum 150 minuttar med moderat fysisk aktivitet kvar veke, dette kan ein også dele opp i bolkar på minimum 10 min kvar gang.

Nokon av mine erfaringar frå praksis i heimesjukepleia er at det å leggje til rette for kvardagsaktivitetar og fysisk aktivitet blir nedprioritert grunna tidspress og kunnskapsmangel hos tilsette. Fleire gongar har eg opplevd at eg gjekk i den såkalla "hjelpfella" der eg kan ha gjeve brukaren meir hjelp enn han/ho trengde. Dette kan by på uheldige konsekvensar fordi ein passiviserer brukaren slik at ein kan miste allereie eksisterande funksjon (Ness & Vik, 2014, s. 71).

1.1 Problemstilling

Korleis kan ein som sjukepleiar fremje helsa til heimebuande eldre gjennom fysisk aktivitet?

1.2 Avgrensing av problemstilling

Oppgåva er knytt til at sjukepleiaren jobbar i heimesjukepleia. Eg har valt å avgrense til eldre frå 65 år, ettersom studiar og andre rammeverk eg har nytta strekk seg frå denne alderen. I litteraturen blir yngre eldre definert som personar frå alderen ca. 67 år til 80 år, medan dei eldste gamle blir definert som personar over 80 år (Fjørtoft, 2012, s. 70). Eg tek ikkje fokus på dei skrøpelege eldre i oppgåva, og ikkje eldre med noko form for sjukdom, skadar eller kognitiv svikt. Heller ikkje inkludert pårørande som ein samarbeidspartnar. Eg har valt å avgrense det til heimebuande eldre som er oppegåande, men som treng tilrettelegging grunna vanlege aldersrelaterede svikt i funksjonar. Ved tilrettelegging meiner eg til dømes hjelp til dusj ein gong i veka. Dette er fordi eg ynskjer å få fram helsegevinstane ved å leggje til rette for at eldre som fortsatt har ein del ressursar igjen skal kunne oppretthalde desse.

Fokus vil også ligge på viktigheta av det tverrfaglege samarbeidet innan kvardagsrehabilitering, då eg vil skrive om kvardagsaktivitetar som er ein del av den helsefremjande rehabiliteringa. I det tverrfaglege samarbeidet har eg tatt spesielt fokus på kva som er sjukepleiarens funksjon.

1.3 Begrepsavklaring

Helsefremjande arbeid blir definert slik "prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som verker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse" (Mæland, 2010, s. 15).

Fysisk aktivitet blir definert som "all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå" (Skaug, 2011, s. 270). Fysisk aktivitet har eg i denne oppgåva avgrensa til aktivitetar som kvar enkelt kan meistre gjennom tilrettelegging. Dette vil då kome innom temaet kvardagsaktivitetar og omvend, då det er aktuelt i følge teorien for å oppretthalde funksjon og helse i eldre år (Tuntland & Ness, 2014, s. 36).

Kvardagsaktivitetar handlar om daglege gjeremål som blir ein del av kvardagslivet for å ta vare på oss sjølv og vår helse (Romsland, Dahl, & Slettebø, 2015, s. 30). Døme på slike aktivitetar er personleg hygiene, forflytting, mobilitet, hagearbeid, sport, gåturar og sosiale aktivitetar (Tuntland & Ness, 2014, s. 35).

Inaktivitet: Når ein ikkje brukar muskulaturen eller belasta skjelettet ved å vere fysisk aktiv vil det bli

ein situasjon prega av inaktivitet. Inaktivitet gjere til at ein kan bli utsett for sjukdom og skadar (Ranhoff, 2014, s. 83). Inaktivitet kan vere eit resultat av ein persons livsstil, vilje, motivasjon eller mot til å handle. Til dømes kan dette vere grunna redsel for fall, kunnskapsmangel eller at ein føretrekk å ver lite aktiv (Skaug, 2011, s. 270).

2 Litteraturstudie

Dette kapitlet handlar om kva metode eg har nytta og korleis eg har valt litteraturen til mi problemstilling. Det tek også føre seg kjeldekritikk og søkeprosessen.

Gjennom riktig bruk av metode kan det bidra til kunnskap, og vise kva som er eller kan skape god praksis (Dalland, 2012, s. 50). Ved å skrive ei litterær oppgåve tek ein for seg kunnskap som allereie finnast (Dalland, 2012, s. 228). Eg har difor valt å utføre ei litteraturstudie for å oppdatere meg på litteraturen innanfor feltet. Oppgåva inneheld både kvalitative og kvantitative studiar ettersom eg vil ha med data i form av målbare einingar, men også meiningar og opplevingar (Dalland, 2012, s. 112).

2.1 Val av litteratur

Boka eg har nytta mest er "Hverdagsrehabilitering" av Tuntland & Ness (2014). Dette er ei god og relativt ny fagbok på området. "Sykepleie og rehabilitering" av Romsland et al. (2015) er også med å belyse fokuset på kvardagsrehabilitering som eit perspektiv, og korleis ein kan som helsepersonell fremje fysisk aktivitet innan temaet. For å kunne plassere dette i eit sjukepleiarperspektiv i heimetenesta har eg nytta fagboka "Hjemmesykepleie" av Fjørtoft (2012) også mykje.

2.2 Søkeord og databasar

Gjennom ei lang søkeperiode har eg leita etter gode studiar, offentlege dokument, artiklar, bøker og lovar som er relevant for min oppgåve. Eg søkte etter forskning og artiklar frå år 2006 til 2016, denne avgrensinga hadde eg på kvart systematisk søk eg føretok meg. Grunnen for dette var fordi eg ville sjå om eg fann noko nytt innan feltet. Hovudfokuset mitt i første omgang var retta mot å finne studiar og artiklar knytt til viktigheta av fysisk aktivitet blant eldre. Databasane eg nytta for søking var Academic Search Elite + Medline og CINAHL med full tekst.

Søkeorda eg nytta var både norske og engelske. Eg søkte med orda *eldre, fysisk aktivitet, hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie* på svemed+, her fant eg nøkkelord på engelsk. Vidare nytta eg orda *older, 65 + years, exercise, physical activity og Homecare* som eg brukte i ulike kombinasjonar. På Academic Search Elite, la eg til databasane Medline og CINAHL with full text. Her avgrensa eg til årstal og alder 65 +. Søkeorda eg nytta var *home care og physical activity* som resulterte i 621 treff. Eg vurderte to av artiklane eg fekk fram som relevant for mi oppgåve, ettersom dei handla om korleis helsepersonell kan leggje til rette for fysisk aktivitet i kvardagen. Den første artikkelen var "Physical activity preferences of older home care clients" (2014) av Burton, Lewin & Boldy. Den andre artikkelen "A systematic review of physical activity programs for older people receiving home care services" (2015) av Burton, Lewin & Boldy.

Ved å kombinere dei norske orda *eldre og fysisk aktivitet* gjennom eit usystematisk søk i Oria kom det 34 treff. Her fann eg følgjande studie "Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusgruppeintervju med eldre over 80 år" av Torjuul, Birkenes, Myren & Torvik (2015). Via norsk sjukepleiarforbund nytta eg same søkeord. Her fann eg studia "Fysisk aktivitet blant eldre" (2006) av Kirchhoff. For å finne relevante fagartiklar søkte eg også i oria med ordet *hverdagsrehabilitering* der eg avgrensa til artiklar. Her fann eg fagartikklane "Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt" (2016) av Fæø, Petersen & Borge og "Aktiv mestring i hjemmesykepleien" (2014) av Birkeland.

2.3 Kjeldekritikk og vurdering av metode

Det er viktig å gjennomgå kjeldane og vurdere om dei er relevante for oppgåva for å sikre kvalitet (Dalland, 2012, s. 63). Sjølv om eg har lese studiane, har eg ikkje anledning til å stille oppfølgingsspørsmål for å vurdere om eg har tolka studiane rett. Eg har derfor nytta sjekklista for vurdering av kvalitativ forskning frå nasjonalt kunnskapssenter og boka Dalland (2012) for å hjelpe meg med å vere kritisk til kjeldebruken i oppgåva.

I litteraturen fins det nokon studiar på nytteverdien av fysisk aktivitet, men eg har ikkje lukkast med å finne studiar kring dette i samanheng med kvardagsrehabilitering. Dette kan føre til at kvardagsrehabilitering som fokus kan falle litt vekk og vere ei svak side av oppgåva. To av studiane er frå Australia. Desse kunne eg knytte opp mot kvardagsaktivitetar til å belyse mi problemstilling. Dei svake sidene her er at begge er studiane er frå same land og ligg langt vekk frå Noreg, der ein også har ulike miljø. Eg kan ha tolka studiane feil ettersom andre har utgitt dei med sine ord på eit anna språk enn norsk. Dei to andre studiane eg har nytta er frå Noreg. Dette styrkar oppgåvas validitet fordi intervjupersonane og datamateriale er frå same land, miljø og kultur som eg har min praksis frå.

Desse to handlar om eldre og fysisk aktivitet og korleis ein som helsepersonell kan bidra positivt innan dette. Sjølv om desse studiane er frå Noreg er det likevel ikkje eg som har samla datamateriale og analysert resultatane. Dette kan føre til at eg kan ha tolka studien feil.

Det som derimot styrkar oppgåva er at eg har valt litteratur frå dei ti siste åra som gjer dei meir relevante og aktuelle i forhold til mi oppgåveformulering. Både studiane og litteraturen ser eg på som av god kvalitet og relevante for mi problemstilling ettersom dei tek for seg fysisk aktivitet for eldre, og oppfyller krava i sjekklista eg har nytta. Eg har også brukt litteratur som er eldre enn ti år i oppgåva, eg vurderte desse kjeldene som relevante også per dags dato.

3 Teori

I framtida blir det fleire eldre som vil ha store forventningar til varierte helse- og aktivitetstilbod i samfunnet. Eldre vil leve eit aktivt liv og ha eit sosialt nettverk rundt seg. Mange eldre har behov for hjelp til å førebygge helsesvikt og tap av ferdighetar (Skaug, 2011, s. 280-281). Fleire av dei eldre synast fysisk aktivitet og trening er viktig for å førebygge helseplagar og oppretthalde ein grad av sjølvstendighet og livskvalitet (Lexell, Frändin, & Helbostad, 2009, s. 63).

3.1 Fysisk aktivitet blant eldre - presentasjon av valte forskingsartiklar

Tittel: Eldres erfaringer med regelmessig trening i gruppe: Fokusgruppeintervju med eldre over 80 år.

Forfattarar: Kirsti Torjuul, Silje Birkenes, Gunn Eva S. Myren og Karin Torvik.

Årstal: 2015

Studiedesign: Kvalitativ

Innhald: Dette fokusgruppeintervjuet blei utført i Sør-Trøndelag, 18 personar frå 82 til 98 år stilte opp på intervjuet. Deltakarane var heimebuande og hadde deltatt i eit treningsprogram som hadde til hensikt å oppretthalde eller betre helsa deira gjennom å auke aktivitetsnivået og øvingar for å betre ulike funksjonar.

Funn: Dei som deltok på studien sa det var viktig å oppretthalde fysisk form og funksjon så lenge så mogleg for dei. Ved å leggje til rette for øvingar eldre meistrar kan helsepersonell bidra til vedlikehald av fysisk form og inkludere sosialt samvær. Utfordringa for helsepersonell blir både å oppmuntre eldre til regelmessig trening og få dei til å vedlikehalde den fysiske forma.

Tittel: Fysisk aktivitet blant eldre

Forfatter: Jörg W. Kirchoff

Årstal: 2006

Studiedesign: Kvantitativ

Innhald: Studia tok føre seg 111 heimebuande eldre over 67 år i Østfold. Dei svarte på spørjeskjema knytt til å kartlegge deira aktivitetsnivå, kvifor dei var fysisk aktiv, kva som hindra dei og kva som kan verke motiverande. Ein hadde også mål om å finne fram til faktorar som kunne føre til fysisk inaktivitet.

Funn I studien kom det fram at berre 21,7 % av dei eldre hadde eit aktivitetsnivå som var i samsvar med anbefalingane for fysisk aktivitet. Tross mange eldre har kunnskap om fysisk aktivitet og betydinga for deira helse, er dei fleste fysisk inaktive. Spaserturar, handling og hagearbeid var dei mest hyppigaste aktivitetane dei føretok seg. Dei viktigaste faktorane som hindra dei i å vere fysisk aktive var redselen for å skade seg og gå ut åleine.

Tittel: Physical activity preferences of older home care clients

Forfattarar: Elissa Burton, Gill Lewin og Duncan Boldy

Årstal: 2014

Studiedesign: Kvalitativ

Innhald: Tjue eldre frå alderen 71 til 102 år frå heimetenesta vart intervjuet. Studia gjekk for seg i Australia.

Funn: 19 av 20 meinte fysisk aktivitet var viktig for dei. 13 av dei 20 meinte det å gå var den mest føretrekte aktiviteten for dei. Etter dette kom hagearbeid og husarbeid. Sjukepleiarar og organisasjonar bør regelmessig oppmuntre heimebuande eldre til å auke deira fysiske aktivitet, ved å gjere ting dei likar. Det er viktig at sjukepleiarar fremjar fordelane av å vere fysisk aktiv, i form av sin uavhengighet, trivsel og sjølvfølelse i staden for å sjå på det negative, risiko perspektivet.

Tittel: A systematic review of physical activity programs for older people receiving home care services.

Forfattarar: Elissa Burton, Gill Lewin og Duncan Boldy.

Årstal: 2015

Studiedesign: Kvalitativ

Innhald: Ein systematisk gjennomgang av 8 ulike studiar knytt til fysisk aktivitet blant eldre som mottar heimeteneste. Alderen vart sett frå 65 år og oppover, og dei henta studiar frå år 1999 til og med 2010. Resultata er henta frå 4 ulike databasar.

Funn: Å leve eit sunt sjølvstendig liv heime er openbart det dei eldre og regjeringa føretrekk, i følge funna her. Studia tek for seg kunnskap om effekt av trening for eldre menneske som mottar hjelp i

heimen sin. Dei konkludera med at mangelen på studiar av høg kvalitet gjer det vanskeleg for regjeringa og heimetenesta å organisere for fysisk aktivitet når ein ikkje veit meir om korleis det bør innarbeidast i heimesjukepleia.

3.2 Dorothea Orems eigenomsorgsteori og Antonovskys teori om salutogenese

Orems teori om eigenomsorg består av tre delar. Denne oppgåva knyt seg til eine delen som omhandlar eigenomsorg. Teorien er relevant innanfor kvardagsrehabilitering, grunna fokuset på korleis funksjonssvikt påverkar eigenomsorga og helse (Romsland et al., 2015, s. 163).

Eigenomsorgsbehova beskriv konkrete mål for å bevare eller gjenvinne normal funksjon, helse og velvære (Kristoffersen, 2011, s. 230). For å fungere i dagliglivet må ein ha ressursar til å ta vare på seg sjølv, altså til eigenomsorg.

Helsefremjande aktivitetar er retta mot framtida. Aktivitetane har som mål å fremje helse, rehabilitere og behandle (Skaug, 2011, s. 271). Teorien om salutogenese av Antonovskys baserer seg på ei helsefremjande tenking om kva som fremjar god fysisk og psykisk helse (Romsland et al., 2015, s. 53). Eit salutogenisk perspektiv tek utgangspunkt i brukarens ressursar og oppfatning av sin eigen situasjon (Romsland et al., 2015, s. 127).

3.3 Aldersforandringar og funksjonsnedsettingar

Når ein blir eldre skjer det endringar i kroppen som har betydning for å utføre aktivitetar (Skaug, 2011, s. 280). Vanlege aldersforandringar for eldre kan vere redusert muskelstyrke og uthaldenhet, som igjen kan føre til nedsett kontroll av bevegelsar, koordinering og balanse (Skaug, 2011, s. 281).

Danske studiar visar at muskelstyrka årleg reduserast med 1,5 % frå 65 til 84 år (Socialministeriet, 2002, attgjeven i Helbostad, 2014, s. 341). Individuelle forskjellar i arv og livsstil kan forklare den store variasjonen i funksjonsevna hos eldre. Det kan også vere vanskeleg å skilje mellom aldersrelaterte forandringar og endringar som skyldast sjukdom (Helbostad, 2014, s. 340-341).

3.4 Kvardagsrehabilitering

Allereie i 1994 blei kommunane lovpålagt gjennom kommunehelselova å drive helsefremjande og rehabiliterande arbeid. Det rehabiliterande arbeidet kom særleg i fokus etter samhandlingsreforma og nye lovar trådde i kraft i 2012 (Ness, et al., 2012, s. 7). Det var Örstersund kommune som først etablerte heimerehabilitering inkludert kvardagsrehabilitering i 1999. Fredericia i Danmark ville i 2007 prøvde ut erfaringane frå Örstersund, og utarbeida fredericiamodellen. Dokumentasjonen frå denne modellen har vore stor drivkraft for utviklinga av kvardagsrehabiliteringa i Noreg (Ness, 2014, s. 158-159).

Kvardagsrehabilitering er aktuelt i heimesjukepleia fordi det er eit tilbod til alle som treng nødvendig helsehjelp (Fjørtoft, 2012, s. 19). Helsehjelp er hjelp til blant anna førebyggjande, helsebevarande og rehabiliterande handlingar (Pasient- og brukerrrettighetsloven, 1999). I Sverige beskrivast kvardagsrehabilitering som ei rehabiliterande arbeidsform som har fokus på aktivisering og trening i kvardagen (Arman, 2005, attgjeven i Ness, 2014, s. 158). Kvardagsrehabilitering er ein arbeidsform som vektlegg personens helse og ressursar, framfor sjukdom og begrensingar (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Denne arbeidsforma er eigna for dei som har utfordringar knytt til å meistre eller delta i aktivitetar heime eller i lokalmiljøet, som dei meiner er meningsfulle (Tuntland & Ness, 2014, s. 23). Eldre med funksjonsnedsetting mistar sjeldan alle sine ressursar og ferdighetar. Ved å starte kvardagsrehabilitering tidleg vil ein kanskje hindre forverring av reduksjon i dagleg funksjon (Tuntland & Ness, 2014, s. 24). Kvardagsrehabiliteringa er ein tidsavgrensa prosess der brukaren har definert klare mål. Ein vil prøve oppnå auka sjølvhjelpthet i daglege gjeremål, slik at brukaren kan fortsette å bu heime og vere aktiv både i eiga liv og sosialt i samfunnet (Tuntland & Ness, 2014, s. 34). Eit anna formål er å fremje kvardagsmeistring og deltaking for brukaren, men også auke innsparing for kommunen og trivsel hos helsepersonell (Tuntland & Ness, 2014, s. 29).

Det krevjast auka tidsbruk til trening og tilrettelegging hos kvar brukar i ei avgrensa periode (Tuntland & Ness, 2014, s. 34). Heimesjukepleia har stramme tidsrammar og mange krav. Når ein brukar får eit vedtak på heimesjukepleie blir det avsett tid og korleis den skal nyttast (Fjørtoft, 2012, s. 176). Fæø et al. (2016) har eit kritisk blick på kvardagsrehabilitering som ei løysing på hjelpefella og opplegget ved kvardagsrehabilitering. Ein passiviserer brukarane meir enn nødvendig. Dette kan kome av press og haldningar frå andre yrkesgrupper, men også tidspress, få tilsette og mange ufaglærte. Artikkelen frå Birkeland (2014) har ei meir positivt framstilling av kvardagsrehabilitering. Dersom ein går inn for denne arbeidsforma i praksis og meir undervisning om dette i utdanning/hos tilsette kan ein rette fokus til at brukarane får utføre aktivitetar dei sjølv klarar. Dette kan igjen føre

til at fleire treng mindre hjelp i framtida.

3.4.1 Motivasjon og meistring

Det grunnleggjande tankesettet som styrar kvardagsrehabilitering er kvardagsmeistring. Den vektleggje den enkeltes meistring i kvardagen uansett funksjonsnivå (Ness, et al., 2012, s. 16). Det er dermed viktig at kvardagsrehabiliteringa vektlegg brukarens eigeninnsats, som til dømes kvardagsmeistring (Tuntland & Ness, 2014, s. 26). For å drive kvardagsrehabilitering må brukaren ha motivasjon til å få ein betre kvardag. Motivasjonen må arbeidast med i starten og undervegs, til dømes i form av motiverande samtale (Tuntland, 2014, s. 55). Formålet med ei motiverande samtale er at brukaren får forsterka sin eiga motivasjon, og at ein vektleggje kva brukaren har av ressursar og kunnskap. Samtala skal vise empati og framstå støttande ovanfor meistring, samtidig så ein vise at ein har ein veg å gå før målet er nådd. Ein kan trekkje inn oppgåverelatert trening i motiverande samtale. Dette handlar om å trene på konkrete bevegelser, oppgåver og aktivitetar som brukaren har sett som mål til å meistre (Ness, 2014, s. 133-134). Det er derimot viktig at personalet også er motivert for at brukaren skal nå målet (Skaug, 2011, s. 282).

3.5 Kvardagsaktivitetar og fysisk aktivitet

Det som kjenneteiknar kvardagsaktivitetar er regelmessigheit, forutsigbarheit, vane og rutine. Det er gjennom desse aktivitetane ein skapar mening og samhandlar (Tuntland & Ness, 2014, s. 23). I følge Tuntland & Ness (2014, s. 26) er det å kunne ha eit målretta og intensivt fokus på kvardagsaktivitetar som betyr noko for brukaren viktig. For å kunne utføre slike aktivitetar må ein kunne meistre bestemte funksjonar og motoriske ferdighetar (Skaug, 2011, s. 280). Mange av kvardagsaktivitetane føreset difor at ein har eit visst nivå av til dømes muskelstyrke og balanse (Tuntland & Ness, 2014, s. 36). Dersom ein manglar nokon av dei motoriske funksjonane, men har lyst å klare utføre ein aktivitet må ein trene på det. Det er viktig at ein ikkje kun trenar på sjølv aktiviteten, men også styrken og balansen. Dette kan bidra til å vedlikehalde eller auke funksjonsnivå (Tuntland & Ness, 2014, s. 36).

Ved å vere i regelmessig fysisk aktivitet kan ein i større grad førebyggje fall og brotskadar. Samtidig styrkar fysisk aktivitet føresetnadane for å klare dagliglivets aktivitetar, samt at det aukar moglegheitene for å delta i eit sosialt liv. Fysisk aktivitet gjev altså ikkje berre helsegevinst, men påverkar også andre domener. Ved å oppretthalde dagligdagse aktivitetar aukar ein mogligheit for sosial kontakt som igjen minimerar risikoen for isolasjon og depresjon (Skaug, 2011, s. 272). Fysisk

aktivitet har også positiv effekt på eldre kognitive funksjonar og redusera risikoen for demens og kognitiv svikt (Hem, 2004, attgjeve i Skaug, 2011, s. 272).

Styrketrening har betydning for å motverke til dømes osteoporose, muskelatrofi og dårlig balanse og styrkar brukarens uthaldenhet (Bahr, 2004, attgjeven i Skaug, 2011, s. 288). Det er derfor viktig at sjukepleiarar legg til rette for at brukaren bevare og styrka funksjonsevna når det er moglig. Ein bør då utarbeide eit treningsopplegg for brukaren i samarbeid med fysioterapeut og ergoterapeut, og leggast inn i daglige aktivitetar som til dømes ved stell og forflytning (Skaug, 2011, s. 289).

3.6 Det tverrfaglege samarbeidet og sjukepleiarens rolle

Eit av måla for heimesjukepleia er at brukarar skal klare å meistre kvardagen sin heime (Fjørtoft, 2012, s. 19). For at sjukepleiaren skal bidra til rehabiliteringsarbeidet treng ein kunnskap om blant anna funksjonsnedsettingar og kva helseutfordringar det byr på. Ein må ha kunnskap om oppbygging av rehabiliteringsvirksomheta, samt det tverrfaglege samarbeidet og lovverk som er sentrale (Romsland et al., 2015, s. 13).

Sjukepleiaren si rehabiliterande funksjon handlar om at ein skal arbeide for at brukaren skal kunne meistre eigenomsorg og utøving av kvardagsaktivitetar. I følge Keane mfl., Burton, Long mfl., Kneafsey mfl. Attgjeve i Romsland et al. (2015, s. 13) har sjukepleiarar vanskar med å formidle kva oppgåver dei har i rehabiliteringa ovanfor andre i samarbeidet. Birkeland (2014) skriv at til tross for at rehabiliteringsaspektet er viktig, blir det ofte for lite fokus på dette i praksis for sjukepleiarar.

Tverrfagleg samarbeid er eit av dei viktigaste kjenneteikna på kvardagsrehabilitering, der ein samarbeider med andre yrkesgrupper. Til dømes yrkesgruppene ergoterapeutar, fysioterapeutar, heimhjelparar og sjukepleiarar. Desse har ulik kompetanse og må utfylle kvarandre. Det er også viktig at alle yrkesgruppene har same målsetjing. Opplæring kan skje via blant anna undervisning, vegleiing og kursing (Ness, et al., 2012, s. 33). Det vil krevje ei innsats frå ulike sektorar og yrkesgrupper for å nå mål som brukaren har. Det er derfor viktig med ein person som kan vere koordinator for brukaren. Sjukepleiaren kan få i oppgåve å vere koordinator, som betyr at ein har ansvar for å organisere og kontakte ulike instansar/yrkesgrupper (Romsland et al., 2015, s. 13). Helsepersonell treng meir kunnskap og kompetanse om andre yrkesgrupper og sektorar for å understreke behova for brukaren (Rene & Larsen, 2012, s. 226). Ein må endre fokus til korleis den heimebuande brukaren kan vere aktiv i dagleglivet for å oppretthalde og betre eigen funksjon (Birkeland, 2014).

Sjukepleiarar skal kartlegge brukaren sin status for å vurdere kva som er behovet for den enkelte (Fjørtoft, 2012, s. 187). Ein skal også bidra til meistring og framgang i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s. 163). I situasjonar der ein ikkje meistre eller har ressursar til eigenomsorg kan sjukepleiaren kome inn å støtte, informere og veglede brukaren til å meistre. I tillegg skal sjukepleiaren hjelpe brukaren med det han eller ho ikkje klarar å utføre sjølv (Romsland et al., 2015, s. 52). Ein har som oppgåve å utarbeide og bidra i ein rehabiliteringsplan saman med andre yrkesgrupper og brukaren sjølv, men også veglede andre personell og hjelparar knytt til brukaren (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Ved denne kunnskapen om kva funksjon sjukepleiaren har i arbeidet kan ein klargjere sitt ansvarsområde og formidle sine bidrag i det tverrfaglege samarbeidet (Romsland et al., 2015, s. 13).

4 Drøfting

I drøftingsdelen blir teori, litteratur og egne erfaringa drøfta opp mot problemstillinga.

4.1 Det tverrfaglege samarbeidet og sjukepleiarens rolle i eit mål om ein aktiv brukar

Ein vesentlig del for å fremje fysisk aktivitet til eldre er at ein jobbar saman med andre yrkesgrupper gjennom kvardagsrehabilitering (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Det framstår positivt at fleire yrkesgrupper som til dømes sjukepleiarar, fysioterapeutar og ergoterapeutar jobbar saman med ulik utdanning og fokus innan fagfeltet sitt. Dette kan bidra til eit breitt kompetansetilbod for å nå målet til brukaren. På ein anna side kan det tverrfaglege samarbeidet by på utfordringa kring fokus for målsetjinga, nettopp fordi ein har ulike fagfelt og meiningar. Det er derfor viktig at alle som jobbar med brukaren går saman om brukarens ynskje og skapar eit felles mål, og at ein arbeider målretta mot dette (Ness, et al., 2012, s. 33). Eit mål kan til dømes vere at brukaren går til butikken sjølv. I praksis har eg erfart kor viktig det er med eit godt samarbeid mellom yrkesgruppene for at brukaren skal få eit godt tilbod til å nytte sine egne ressursar lengst moglig. Eg har også erfart kor mykje ein kan lære frå andre yrkesgrupper dersom ein går inn for innstillinga om å lære av andre for å betre mi eiga fagutvikling. Det er tross alt ei lovpålagt oppgåve for sjukepleiarar å jobbe etter eit rehabiliteringsaspekt, noko det i følgje Birkeland (2014) er for lite fokus på i praksis. For at sjukepleiaren skal utvikle ei rehabiliterande haldning, tenking og ansvar, er kunnskap om kva haldninga innebere, korleis tenesta er bygd opp, korleis ein samarbeider med andre og regelverket knytt til utøvinga viktig (Romsland et al., 2015, s. 13).

Fleire forskingsprosjekt har vist at sjukepleiarar kan ha vanskar med å formidle kva oppgåver dei har ovanfor andre i samarbeidet (Keane et al. Attgjeve i Romsland et al., 2015, s. 13). På den eine sida kan noko av grunnen for at sjukepleiarar synast det er vanskelig å vete kva oppgåver ein har knytt til rehabilitering vere lite kunnskap om temaet. I sjukepleiarutdanninga synest eg det har vore for lite fokus på kva funksjonen til sjukepleiaren er i det rehabiliterande arbeidet. Det har også vore uklart kor mykje ein skal fokusere på å oppretthalde funksjonar i det helsefremjande arbeidet. Det kan tenkjast at sjukepleiarar har gått inn for ei meir hjelpande haldning i staden for ei rehabiliterande haldning, noko som kan vere ei årsak til at dette fell vekk i praksis (Birkeland, 2014). Rene & Larsen (2012) seier at helsepersonell treng meir kunnskap om kva dei ulike yrkesgruppene og sektorane kan vere med å tydeleggjere behova for brukaren. Eg må sei eg kjenner meg igjen i dette etter mine tidligare praksisperiodar, der eg nokre gongar ikkje har vist kva yrkesgrupper eller sektorar eg skulle

ha kontakta grunna for lite kunnskap. For å bidra til at helsepersonell og andre yrkesgrupper kjenne til kvarandre og deira oppgåver kan ein gjennom opplæring som til dømes undervisning, vegleing frå andre yrkesgrupper og kursing vere ei løysing (Ness, et al., 2012, s. 33).

I heimesjukepleia opplevde eg at mange brukarar ikkje hadde ein fast ansvarsperson og koordinator knytt til å setje i gang prosessen, følgje opp og vurdere utviklinga av funksjonsevna. Ein av grunnane kan vere at dei som arbeider hos brukaren tenkjer at det ikkje er deira ansvar å følgje opp, men er der for å utføre ei oppgåve. Dette kan resultere i at brukaren og medarbeidarar ikkje veit om ein jobbar mot same mål. Korleis skal ein då sikre at alle samarbeidspartnarar jobbar mot same mål, dersom alle tenkjer slik? Ein kan som sjukepleiar få denne oppgåva med å vere brukarens koordinator (Romsland et al., 2015, s. 13), og å vere med på å utarbeide ein rehabiliteringsplan for brukaren (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Dette kan vere ei god løysing for å følge opp brukaren dersom ein fast person står ansvarlig for oppfølginga. Dette kan også bidra til kontinuitet og fleksibilitet i rehabiliteringsarbeidet, men også føre til auka press på sjukepleiaren vist ein ikkje har riktig og god nok kunnskap kring temaet (Fæø et al., 2016). Det kan også tenkast at ein av grunnane til at brukarane opplev manglande oppfølgingsperson er for dårlig organisering av tenesta og for lite ressursar på kompetente fagarbeidarar som kan følgje opp på området.

Sjukepleiaren har også ein pedagogisk funksjon i arbeidet. Ein skal støtte, informere og veglede brukaren til å meistre eigenomsorg og dagliglivets aktivitetar (Romsland et al., 2015, s. 52). Ein skal også ha ei pedagogisk tilnærming til andre helsepersonell/hjelparar (Tuntland & Ness, 2014, s. 30). Det vil seie at ein på best moglig måte skal lære andre til å meistre også. Det kan også vere at sjukepleiarar som er usikre på deira funksjon i rehabiliteringa kan skape forvirring knytt til også den pedagogiske funksjonen i arbeidet og korleis ein skal bidra til meistring i rehabiliteringsprosessen (Romsland et al., 2015, s. 163). Ein skal også som sjukepleiar kartlegge brukarens funksjonsstatus for å vurdere kva som er behovet for den enkelte (Fjørtoft, 2012, s. 187). Eit døme på dette er henta frå min praksis i heimesjukepleia der eg har motivert brukaren til å gå å hente posten sjølv, sjølv om ho ikkje ville. I staden for at eg utføre aktivitetar for brukaren, gjekk eg inn for ei rehabiliterande haldning til at brukaren skulle få oppretthalde sitt eige funksjonsnivå. Samtidig som eg kartla den fysiske funksjonen til brukaren og hadde ei hjelpande holdning der eg gjekk ved sida og å støtta heile vegen. Dette var fordi eg ynskja å skape tryggleik for brukaren, ettersom ho ikkje likte gå ute åleine.

Ved å fremje kvardagsmeistring og deltaking for brukaren lønner det seg i form av at både brukaren sjølv oppleve helsegevinst og meistring, og personalet kan trekkje seg litt tilbake og ikkje tek over funksjonar (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Det å skape tryggleik gjennom informasjon, vegleing,

støtte og å fremje meistring for brukaren er område sjukepleiarar kan fokusere på, men i praksis kan dette felle vekk grunna tidspress, då ein ikkje har tid til å leggje til rette for fysisk aktivitet. Eit døme på tiltak kunne vert at etter ein kartleggje funksjonsevne så kan ein snakke med brukaren om fysisk aktivitet er noko brukaren ynskjer og om dette er viktig for han/ho i kvardagen. Dersom svaret er ja kan ein snakke med andre yrkesgrupper og medhjelparar til å starte ein prosess der ein leggje inn ekstra tid og ressursar til at brukaren får oppfylt dette. Fysisk aktivitet og tverrfagleg samarbeid kan auke innsparing for kommunen på sikt, grunna fleire kanskje klarar å oppretthalde funksjonsevna og eigenomsorg i framtida (Tuntland & Ness, 2014, s. 29).

4.2 Korleis kan ein fremje fysisk aktivitet blant eldre heimebuande i heimesjukepleia?

Når den eldre befolkninga i 2050 vil utgjere 25 prosent av populasjonen (Romøren, 2014, s. 29) må ein fokusere på korleis eldre kan oppretthalde helse og funksjonsnivå lengst moglig, samt å klare seg sjølv i eiga bustad. I følge Lexell et al. (2009, s. 63) meiner mange eldre at fysisk aktivitet og trening er viktig for å førebygge helseplagar og oppretthalde ein grad av sjølvstendighet. Skaug (2011, s. 280-281) seiar dessutan også at eldre vil leve eit aktivt liv så lenge som moglig og ha det sosialt rundt seg, noko som studia frå Torjuul et al., (2015) også poengterer. Kvifor har eldre i følgje den nasjonale kartlegginga frå 2014-2015 (Hansen, et al., 2015, s. 36) eit gradevis lågare aktivitetsnivå med alderen til tross for vilja for å vere i fysisk aktivitet tross dette?

Erfaringsmessege har eg fått inntrykk av at mange eldre set heime mykje av dagen utan å vere i noko form for aktivitetar. Mangen av dei eldre eg har møtt har uttrykt at dei gjerne vil vere meir aktive og sosiale med andre, men at dei ikkje har visst kven dei skulle kontakte. I følgje funna til Kirchhoff (2006) er dei viktigaste faktorane som hindra eldre i å vere fysisk aktive redselen for å skade seg og gå ut åleine. Det kan tenkjast at mange eldre gruar seg til å vere fysisk aktiv ettersom aldersforandringar i form av at muskelstyrka, bevegelser, koordinering, balanse og kondisjon svekkast som vidare aukar risikoen for fall og brot (Skaug, 2011, s. 280-281). Det kan også tenkjast at mange eldre opplev det meiningslaus å vere fysisk aktiv, fordi kroppen uansett aldrast og tenkjer dermed at ein ikkje kan gjere noko med det. Det kan også vere mangel på informasjon og kunnskap.

I følge funna til Burton et al., (2014) er det viktig at sjukepleiarar fremjar fordelane av å halde seg fysisk aktiv og leggje til rette for kvardagsaktivitetar for brukarar, i staden for å fokusere på negative risikofaktorar som følgjer med fysisk aktivitet. Risikoperspektivet kan til dømes vere at brukaren

tenkjer på at han/ho kan felle og bryte seg dersom ein går til butikken. Dette kan vere ein grunn til at fleire eldre er inaktive. Ved inaktivitet kan det føre til sjukdommar og svekka funksjonsevne som fysisk aktivitet kunne ha hindra (Ranhoff, 2014, s. 83). I følge Torjuul et al. (2015) er utfordringa for helsepersonell både å oppmuntre eldre til regelmessig trening og å få dei til å strekke seg lengre for å vedlikehalde den fysiske forma. Etter å ha undersøkt kva funksjon sjukepleiaren har i det helsefremjande arbeidet fann eg ut at det å fremje fysisk aktivitet er ei viktig og sentral oppgåve for sjukepleiarar i heimesjukepleia (Tuntland & Ness, 2014, s. 29). Når eg i praksis har vore hos eldre heime har eg kjent på at det å blande seg inn i kva brukaren føretek seg av aktivitetar på fritida eller kven som hjelpe dei med ulike private oppgåver ikkje er inkludert i mitt fagfelt. I praksis fekk eg vite at mange sjukepleiarar også tenkte på same måte. Dette kan føre til at ingen tek ansvar, og brukaren blir sitjande utan noko informasjon om viktigheta av fysisk aktivitet og ingen som leggje til rette for det heller.

Det kan vere at den einaste "gåturen" brukaren er på er når sjukepleiaren kjem å motivera brukaren til dømes å hente posten sjølv med følgje. Brukaren får då nytta sine ressursar og funksjonar. Som sjukepleiar kan ein då bidrar i det helsefremjande arbeidet ved at ein har ein salutogenetisk tenking der brukaren får nytte og oppretthalde funksjon slik at det kan fremje helsa (Romsland et al., 2015, s. 127). Det kan hende at sjukepleiaren tek den med seg inn fordi "det er det alle andre pleier å gjere" og hamnar i "hjelpfella", altså ein gjere meir for brukaren som brukaren sjølv kunne klart dersom ein la til rette for det (Ness & Vik, 2014, s. 71). Dette kan jo vere vanskelig i mange situasjonar dersom ein ikkje veit korleis ein skal gå fram i det helsefremjande arbeidet og vite kva ansvar ein har.

I min praksis var eg på tilsyn til ein mann på 80. Vi har tilsyn grunna pårørande ynskjer dette fordi dei bur langt vekke og vil at nokon skal sjå til han av og til. Når ein spør han om korleis han har det, svarar han at han er engsteleg for å gå ut, men at han så gjerne vil klare å gå på butikken sjølv. Så spør ein kvifor han er engsteleg for dette, då fortel han at han er redd for at han skal felle og slå seg når han går åleine til butikken, fordi han ikkje er trygg på at beina følgjer med. Fjørtoft (2012) seier at eit av måla for heimesjukepleia er at brukarar skal klare å meistre kvardagen sin heime. Så korleis skal ein som sjukepleiar tilretteleggje for at denne mannens skal få utføre dagligdagse aktivitetar, som til dømes å gå på butikken? Eit tiltak kan vere å opprette eit samarbeid med andre yrkesgrupper som har ulik kompetanse for å nå brukarens mål. Sjukepleiaren sjølv kan kartlegge funksjonsnivå hos brukaren og vurdere kva som er behovet for hjelp (Fjørtoft, 2012, s. 187). Fysioterapeut kan lage eit treningsopplegg til brukaren og gå litt med han, slik at han sjølv ser han klarar å meistre dette. Ergoterapeuten kan til dømes foreslå hjelpemidlar som ein rullator. Den kan gjeve støtte til mannen

slik at han føle seg meir trygg (Skaug, 2011, s. 289). Det er mange måtar ein kan involvere fleire yrkesgrupper, dette var ein av dei.

Mange av kvardagsaktivitetane forutsettar at ein har eit nivå av motorsike ferdigheter, til dømes muskelstyrke og balanse (Tuntland & Ness, 2014, s. 36). Dersom ein manglar nokon av dei motoriske funksjonane og prøve hindre funksjonssvekkelse bør ein trene på aktivitetar som er viktige i kvardagen. Det er viktig at ein ikkje kun trenar på sjølv aktiviteten, men også styrka og balansen slik at det vil bidra til å vedlikehalde eller auke funksjon (Tuntland & Ness, 2014, s. 36). Så korleis skal ein leggje til rette for at eldre få trene på dei viktige motoriske funksjonane sine? i Følge Tønnesen og Nortvedt i artikkelen frå Fæø et al. (2016) veit sjukepleiarane i heimesjukepleia korleis ein skal ivareta funksjonsnivå, men manglar ressursar til å gjere det. Ressursar vil altså vere ein viktig del av kva sjukepleiaren kan bidra med hos brukaren. Etter mi erfaring forsvinn prioriteringa om å leggje til rette for fysisk aktivitet og nytte brukarens egne ressursar i praksis, då heimesjukepleia er prega av tidspress, ulike haldningar frå personalet og organiseringa av tenesta ikkje har fokus nok på det. Det kan også vere at både få tilsette og mange ufaglærte kan føre til auka press på sjukepleiaren og andre helsepersonell (Fæø et al., 2016).

Ein kan tenkje seg at mange gjere mykje ubevisst grunna dette presset i heimesjukepleia og at ein slik passiviserar brukaren. Eg har også ein del gongar sjølv tatt over funksjonane til brukaren, utan at eg gjorde det bevisst fordi eg trudde eg sparte tid på det. Noko eg også har observert at mange sjukepleiarar, helsepersonell og ufaglærte også gjere. Det vil krevje auka tidsbruk både til å tilretteleggje for trening og organisere dette for brukaren. Når ein brukar får eit vedtak på heimesjukepleie blir det avsett tid og kva tida skal nyttast til (Fjørtoft, 2012, s. 176). På den eine sida kan det at ein organiserar for ekstra bemanning eller meir tverrfagleg samarbeid vere ei løysing på tidspresset og presset til helsepersonellet. Dermed kan ein leggje inn meir tid til å organisere forskjellige løysningar som kan auke den fysiske aktiviteten blant brukaren. Ein kan til dømes leggje til rette for ein kort tur saman med brukaren, knytte inn ei yrkesgruppe retta mot å aktivisere brukaren eller ta i oppdrag med å danne ei gruppetrening for eldre som i tillegg opprettheldt ein del av det sosiale (Torjuul et al., 2015). I staden for at brukaren som treng hjelp til handling får tilbod om heimehjelp så handlar for dei, kan ein følgje brukaren til butikken og handle saman med han/ho. Dette er noko sjukepleiaren kan leggje til rette for å prøve organisere i praksis, til dømes å foreslå til heimehjelpa og organiseringa at dette kan vere ein moglegheit. Eit enkelt tiltak som dette kan gjere til at brukaren både oppretthalde funksjonane sine, men også klarar meiste dagligdagse aktivitetar. Andre aktivitetar som eldre hyppig føretar seg er hagearbeid og husarbeid, noko ein kan foreslå at brukaren også kan ta seg til med på fritida (Burton et al., 2014). På ein anna side veit eg frå praksis at

kommunen prøvar å vere sparsommeleg med økonomien, då eg fleire ganga har stilt spørsmålet "kvifor ikkje setje inn litt ekstra ressursar for å leggje til rette for eit opplegg til brukaren, slik at han/ho oppretthelde funksjon og meistringa i kvardagen?". Til tross for manglande studiar veit ein ikkje korleis ein skal innarbeide fysisk aktivitet til brukarar i heimesjukepleia (Burton et al., 2015). Ein kan tenke seg at dersom ein tilretteleggje fysisk aktivitet vil fleire trenge mindre hjelp i framtida og brukaren kan klare seg lengre sjølvstendig. Det vil då lønne seg både samfunnsmessig og økonomisk på sikt, men det vil krevjast at ein set inn økonomisk ressurs framover før ein eventuelt ser resultat i framtida.

5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg tatt for meg korleis ein som sjukepleiar kan leggje til rette for fysisk aktivitet og ressursbruk i praksis. Ettersom det blir fleire eldre i vårt samfunn, vil det å ha meir fokus på korleis ein skal klare oppretthalde fysisk helse hos eldre vere viktig, slik at eldre kan vere meir sjølvhjelpete og bu lengre heime. For å vite korleis ein skal leggje til rette for dette må ein ha tilstrekkeleg kunnskap om kva funksjon ein har innan det helsefremjande arbeidet og andre yrkesgrupper. Ved meir kunnskap kan fysisk aktivitet bli eit større fokusområde i praksis, og det tverrfaglege samarbeidet kan bli tettare og set i gong på eit tidlegare stadie. Ved å få meir opplæring og informasjon frå andre yrkesgrupper, samt innsikt i deira fagfelt kan gjere det enklare for sjukepleiarar å vite kven ein skal søkje kontakt og råd med. Heimesjukepleia er prega av tidspress, få faglærte tilsette, lite kunnskap og ulike haldningar som kan gjere kvardagsrehabilitering og fysisk aktivitet vanskelig å utføre i praksis.

Det har vore eit spennande tema, samtidig som det har vore utfordrande. Då eg byrja med å skrive oppgåva hadde eg lite kunnskap kring sjukepleiarens funksjon i det rehabiliterande arbeidet. Gjennom å lese relevante studiar, litteratur og tenkje gjennom mine egne erfaringar har eg kome fram til at dette er eit fokusområde som må meir fram i lyset. Tross at det er lite forskning og litteratur knytt spesifikt til korleis ein skal nytte og leggje til rette for fysisk aktivitet i heimesjukepleia er dette noko ein bør forske vidare på.

6 Kjeldeliste

- Birkeland, A. (2014). *Aktiv mestring i hjemmesykepleien*. Henta April 26, 2016 frå Sykepleien, 102 (3):44-47. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0023
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2014). *Physical activity preferences of older home care clients*. Henta April 17, 2016 frå International Journal of Older People Nursing. doi: 10.1111/opn.12065
- Burton, E., Lewin, G., & Boldy, D. (2015). *A systematic review of physical activity programs for older people receiving home care services*. Henta April 17, 2016 frå Journal of aging and physical activity. doi: 10.1123/japa.2014-0086
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fæø, S. E., Petersen, K. A., & Boge, J. (2016). *Hverdagsrehabilitering byr på lite nytt*. Henta Mai 1, 2016 frå Sykepleien, 104 (1):58-60. doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56162
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I. D., Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015* (IS-2367). Henta Mai 4, 2016 frå Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/991/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%202014-15.pdf>
- Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.) (s. 340-341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Henriksson, J., & Sundber, C. J. (2009). *Aktivitetshåndboken - Generelle effekter av fysisk aktivitet*. R. Bahr, (Red.) Henta April 11, 2016 frå Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Hesselberg, K., & Overraae, L. (2014). Hva er viktig for deg? Hverdagsrehabilitering som innovasjon. I H. Tuntland, & N. E. Ness(red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 7). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kirchhoff, J. W. (2006). *Fysisk aktivitet blant eldre*. Henta April 9, 2016 frå Norsk sykepleierforbund:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/115770/10514/Fysisk-aktivitet-blant-eldre>
- Kristoffersen, J. N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug(red.), *Grunnleggende sykepleie*, Bind 1. (2.utg.) (s. 230). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten. (2014). *Sjekklistor for å vurdere kvalitativ forskning*. Henta April 15, 2016 frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lexell, J., Frändin, K., & Helbostad, J. L. (2009). *Aktivitetshåndboken*. Henta April 15, 2016 frå Helsedirektoratet: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>
- Pasient- og brukarrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukarrettigheter* av 02. juni 1999 nr. 63. Henta Mai, 12, 2016 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=helsehjelp%20pasient>
- Mæland, J. G. (2010). Mange veier til helse. I J. G. Mæland, *Forebyggande helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.) (s. 15). Oslo: Universitetsforlaget .
- Ness, N. E. (2014). Hvordan organisere hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness(red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 158-159). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ness, N. E. (2014). Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I H. Tuntland, & N. E. Ness(red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 133-134). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ness, N. E., & Vik, K. (2014). Hvorfor hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness(red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 71). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleierforbund og Norsk fysioterapeutforbund. Henta Mai, 12, 2016 frå <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporten-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>
- Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.) (s. 83). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Rene, B., & Larsen, T. (2012). Helsefremming, rehabilitering og brukermedvirkning. I Å. Gammersvik, & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie- i teori og praksis* (s. 226). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.) (s. 29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Romsland, G. I., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skaug, E.-A. (2011). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug(red.), *Grunnleggende sykepleie*, bind 2. (2.utg.) (s. 270-289). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- St. Meld. Nr. 29(2012-2013). (2013). Morgendagens omsorg. Henta April, 20, 2016 frå <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Torjuul, K., Birkenes, S., Myren, G. E., & Torvik, K. (2015). *Eldres erfaring med regelmessig trening i gruppe: Fokusgruppeintervju med eldre over 80 år*. Henta April 11, 2016 frå Nordic Journal of Nursing Research. doi: 10.1177/0107408315574446
- Tuntland, H. (2014). Hvem kan ha nytte av hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 55). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). Hva er hverdagsrehabilitering? I H. Tuntland, & N. E. Ness (red.), *Hverdagsrehabilitering* (s. 23-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- World Health Organization. (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health* . Henta Mai 19, 2016 frå World Health Organization. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1>