



# Høgskulen på Vestlandet

## BFY330 - Bacheloroppgave

BFY330

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	06-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 BFY330 1 HM 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 313

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 10162

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 31

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Tilrettelegging av fysisk aktivitet på sykehjem - En kvalitativ studie

Facilitation of physical activity in nursing homes - A qualitative study

**Kandidatnummer: 313**

Bachelor i fysioterapi, F16

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

BFY 330

Innleveringsdato: 21.05.19

Antall ord: 10 162

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet § 10.*

## **Forord**

Jeg vil benytte muligheten til å takke de tre informantene som har latt meg få innsikt i deres arbeidshverdag, og som har gjort det mulig å skrive denne oppgaven. Jeg vil også takke veileder for tilbakemeldinger og god veiledning gjennom oppgaveskrivingen.

## Sammendrag

**Kandidatnummer: 313**

**Kull: F16**

**Tittel:** Fysisk aktivitet på sykehjem - En kvalitativ studie

**Problemstilling:** *«Hvordan opplever fysioterapeuter som jobber med beboere/brukere med langtids plass på sykehjem å skulle bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet?»*

**Metode:** For å svare på problemstillingen brukte jeg semistrukturerte kvalitative intervju som metode. Tre fysioterapeuter som jobbet, eller nylig hadde jobbet på sykehjem, med en del av stillingen rettet mot langtids plassene ble intervjuet.

**Resultat:** Flere av informantene fortalte at hjelpemiddelformidling og rådgivning var en stor del av jobben, til tross for lite undervisning om hjelpemidler i utdanningen. En av informantene gjorde et poeng av at fysioterapeuter ikke kun må være rådgivere på sykehjem, men få bruke resten av sin faglige kompetanse. Individuell behandling var hyppig brukt som behandlingsmetode, mens gruppetrening gav større mulighet til å gi et tilbud til de mer funksjonsfriske. Til tross for et økende politisk fokus på rehabilitering og helsefremmende arbeid i sykehjem, peker informantene på få og små fysioterapistillinger knyttet opp mot langtidsbeboere. På grunn av dette opplevde noen av informantene det utfordrende å få gjort den jobben de ønsket. Manglende utstyr og treningsfasiliteter kunne gjøre det vanskelig å tilrettelegge for fysisk aktivitet. Flere av informantene fortalte at beboerne gjerne vil være mer fysisk aktive, men det forutsetter at det er tilrettelagt for deres funksjonsnivå. Samtidig ble det dratt frem at ikke alle beboerne ønsket å være fysisk aktive, og at det er viktig å respektere disse ønskene. Synet ledelse og andre ansatte har på fysisk aktivitet, er i stor grad med på å prege det tverrfaglige samarbeidet, og hvilke tilbud og oppfølging beboerne får. En av informantene opplevde at de andre ansatte på sykehjemmet ikke visste hva en fysioterapeut kunne gjøre, og at det sjelden var noen som henviste til henne.

**Konklusjon:** Fysioterapeuter opplever at det ofte kan være vanskelig å legge til rette for fysisk aktivitet på sykehjem. Mye som skal gjøres på liten tid, og til dels lite innsikt blant andre ansatte om fysioterapeutens rolle i et tverrfaglig team, kan gjøre det utfordrende å legge til rette for fysisk aktivitet. Samtidig kan det virke som om det er et økende fokus på fysisk aktivitet blant andre faggrupper, men foreløpig er grad av kunnskap varierende.

## Abstract

**Candidate Number: 313**

**Class: F16**

**Title:** Physical activity in nursing home - A qualitative study

**Research question:** "How do physiotherapists who work with residents/users with long-term care in nursing homes experience helping to facilitate physical activity?"

**Method:** To answer the question I used semi-structured qualitative interview as a method. Three physiotherapists who worked or had recently worked in a nursing home, with part of the job position towards the long-term residents were interviewed.

**Results:** Several of the informants said that the provision of aids and counselling was a big part of the job, despite little teaching about assistive technology in the education. One of the informants made a point by saying that physiotherapists should not only be counsellors in nursing homes, but also use the rest of their professional skills. Individual treatment was frequently used as a treatment method, while group training provided a greater opportunity to give an offer to the more able-bodied. Despite an increasing political interest on rehabilitation and health promotion in nursing homes, the informants experienced that few and small positions are linked to long-term residents. With small positions, it gets difficult to do the job you want to do. Missing equipment and training facilities makes it difficult to facilitate physical activity. Several of the informants said that the residents would like to be more physically active, but it presupposes an adaptation to their functional level. At the same time, it was pointed out that not everyone wanted to be physical active, and that it is important to respect their wishes. The perspective management and other employees have on physical activity, will in a large extent influence the interdisciplinary cooperation, and what offers and follow-up the residents receive. One of the informants experienced that the other employees in the nursing home did not know what a physiotherapist could do, and rarely referred residents to her.

**Conclusion:** Physiotherapists often find it difficult to facilitate physical activity in nursing homes. Too much work in a short period of time, and little insight among the other employees about the physiotherapist's role in an interdisciplinary team, makes it challenging to facilitate physical activity. At the same time, it may seem that there is an increasing focus on physical activity amongst the other employees, but for now it seems to vary.

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av oppgave .....	7
1.2 Problemstilling .....	8
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	8
<b>2. Teori</b> .....	<b>9</b>
2.1 Aldring.....	9
2.2 Hvem er sykehjemsbeboeren?.....	9
2.2.1 Den geriatriske brukeren/beboeren- Komorbiditet og polyfarmasi .....	10
2.2.2 Demens på sykehjem .....	10
2.3 Trening/ fysisk aktivitet hos eldre- hva virker? .....	11
2.3.1 Styrketrening.....	11
2.3.2 Kondisjonstrening.....	12
2.3.3 Balansetrening.....	12
2.3.4 Virkning av fysisk aktivitet på kognisjon og livskvalitet .....	13
2.4 Fasilitatorer og barrierer for fysisk aktivitet .....	13
Beboerens perspektiv .....	13
Fysioterapeutens perspektiv.....	14
2.5 Helsefremmende arbeid og fysioterapeutens rolle på sykehjem .....	14
2.6 Tverrfaglig samarbeid .....	16
<b>3. Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Valg av metode .....	17
3.2 Valg av informanter .....	18
3.3 Forberedelse til intervju .....	18

3.4 Gjennomføring av intervjuet.....	19
3.5 Bearbeiding av materialet .....	20
3.6 Styrker og svakheter med metoden.....	21
3.6.1 Valg av metode.....	21
3.6.2 Bakgrunn og forforståelse .....	22
3.6.3 Tidspunkt for intervju.....	22
3.6.4 Antall forfattere .....	22
<b>4. Resultat .....</b>	<b>23</b>
4.1 Fysioterapeutens oppgaver på et sykehjem .....	23
4.1.1 Fysioterapeuten som tilrettelegger- hjelpemiddelformidling og rådgivning er viktige oppgaver.....	23
4.1.2 Fysioterapeuten som behandler- mest individuell behandling av akutte tilfeller.....	23
4.2 Forutsetning for tilrettelegging av fysisk aktivitet .....	24
4.2.1 Strukturelt- organisering av arbeidshverdag og sykehjemmets fasiliteter spiller en stor rolle .....	24
4.2.2 Opplevd respons hos beboerne- ønske om å bli sett og være mer fysisk aktiv .....	24
4.2.3 Stillingsprosent og antall fysioterapeuter- ser behov for mer fysioterapi i sykehjem .....	25
4.3 Arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet.....	25
4.3.1 Ledelse- viktig for å skape et miljø for fysisk aktivitet .....	25
4.3.2 Tverrfaglig samarbeid- viktigheten av god dialog og økt kunnskap om fysioterapi.....	26
4.3.3 Syn på fysisk aktivitet- kunnskap og effektivisering .....	26
<b>5. Diskusjon.....</b>	<b>28</b>
5.1 Fysioterapeutens oppgaver på et sykehjem.....	28
5.1.1 Fysioterapeuten som tilrettelegger- hjelpemiddelformidling og rådgivning er viktige oppgaver.....	28
5.1.2 Fysioterapeuten som behandler- mest individuell behandling av akutte tilfeller.....	28
5.2 Forutsetning for tilrettelegging av fysisk aktivitet .....	29
5.2.1 Strukturelt- organisering av arbeidshverdag og sykehjemmets fasiliteter spiller en stor rolle .....	29
5.2.2 Opplevd respons hos beboerne- ønske om å bli sett og være mer fysisk aktiv .....	30
5.2.3 Stillingsprosent og antall fysioterapeuter- ser behov for mer fysioterapi i sykehjem .....	31



5.3 Arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet.....	32
5.3.1 Ledelse- viktig for å skape et miljø for fysisk aktivitet.....	32
5.3.2 Tverrfaglig samarbeid- viktigheten av god dialog og økt kunnskap om fysioterapi .....	32
5.3.3 Syn på fysisk aktivitet- kunnskap og effektivisering .....	33
<b>6. Konklusjon .....</b>	<b>35</b>
<b>7. Referanseliste .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 1- Intervjuguide .....</b>	<b>43</b>
<b>Vedlegg 2- Informert samtykke .....</b>	<b>44</b>
<b>Vedlegg 3 - Transkripsjon av informant 1 .....</b>	<b>46</b>
<b>Vedlegg 4- Transkripsjon av informant 2 .....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg 5- Transkripsjon av informant 3.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabeller og figurer .....</b>	
Tabell 3.1: <i>Begrepsbruk i ulike analysetrinn i systematisk tekstkondensering.</i> .....	<b>21</b>

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av oppgave

Fra i dag og frem til 2060 er antall eldre over 70 år forventet å fordoble seg. Fra å være rundt 625 000 over 70 i dag, vil tallet trolig ligge rundt 1,3 millioner i 2060, og andelen over 80 år er forventet å tredoble seg i den samme tidsperioden (Leknes, Løkken, Syse, & Tønnessen, 2018, s. 20). Samtidig som antall eldre går opp, har tallet på institusjonsplasser gradvis sunket de siste tiårene. Dette skyldes spesielt nedgang i antall aldershjem, som på sikt blir avviklet (Jensen & Ekornrud, 2019). I stortingsmelding 15 som går under navnet «Leve hele livet», blir det i punkt 1.7 om helsehjelp understreket at eldre skal få bo hjemme lengst mulig, og dette legger til rette for å kunne leve mest mulig selvstendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Man kan også se dette igjen i at antall institusjonsplasser har gått fra å være i underkant 50 000 plasser i 1988 til å være i overkant av 40 000, mens hjemmetjenestene i kommunene har blitt utvidet ((Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8) og (Statistisk sentralbyrå, 2018)). Fra et politisk nivå har det de siste årene vært stor interesse for den demografiske endringen i befolkningen. Målet er å finne de riktige strategiene for å gi god omsorg til en befolkning i aldring, og samtidig være mest mulig kostnadseffektiv og optimalisere bruk av ressurser. En mulig løsning på denne problemstillingen har vært et større fokus på forebyggende arbeid, og øke grad av fysisk aktivitet hos de eldre, også blant dem som befinner seg på sykehjem. En undersøkelse fra 2015 fra norske sykehjem, viste at det jevnt over var et godt pleietilbud på norske sykehjem, men lite tilbud om fysisk aktivitet, og dermed at politikernes mål om et mer aktivt alderstilbud fremdeles ikke var nådd (Kjøs & Havig, 2015).

De siste 5 årene har jeg jobbet som pleiemedhjelper på et aldershjem i ferier og hver tredje helg. Gjennom stillingen har jeg fått oppleve både gleder og utfordringer i eldreomsorgen. Etter at jeg begynte på fysioterapiutdanningen, ble jeg mer observant på hva jeg som kommende fysioterapeut hadde å tilby disse beboerne. Likevel har ikke den arbeidsbeskrivelsen som jeg har hatt på aldershjemmet, gjort det til noen enkel oppgave å fremme fysisk aktivitet, uten at det går utover de andre arbeidsoppgavene. Dette har fått meg til å lure på hvordan fysioterapeuter opplever det å skulle legge til rette for fysisk aktivitet på et sykehjem. I praksisperioder under utdanningen har jeg møtt fysioterapeuter som har en holdning til at å legge ned tid i opptrening på langtidsbeboere er bortkastet. Disse erfaringene

har gjort meg motivert til å finne ut hva andre fysioterapeuter mener. Er det sann at det ikke er noe håp, at ressursene vi bruker kun er et veldighetsprosjekt? Oppgaven vil bygge på tre fysioterapeuters egne erfaringer i en stilling som er knyttet opp mot langtids plassene på et sykehjem.

## **1.2 Problemstilling**

Ut fra dette perspektivet stilte jeg følgende problemstilling:

*«Hvordan opplever fysioterapeuter som jobber med beboere/brukere med langtids plass på sykehjem å skulle bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet?»*

## **1.3 Oppbygging av oppgaven**

Videre vil det i denne oppgaven bli presentert teori som skal belyse forskjellige aspekter av problemstillingen, og som er med å komplementere resultatet. I metodekapittelet har jeg drøftet valg av metode, og fremgangsmåten som er brukt for å komme frem til et resultat. Deretter er det et diskusjonskapittel som drar inn deler av teorien og resultatet, som jeg har ansett som viktig å diskutere. Til slutt kommer en konklusjon som oppgaven har kommet frem til.

## 2. TEORI

### 2.1 Aldring

I Norge har vi et tall som definerer skille mellom den eldre og yngre delen av befolkningen. Dette tallet er 67, den generelle pensjonsalderen i Norge. For å skulle si noe om alderdom, er begrepene biologisk -og kronologisk alder viktige. Kronologisk alder er den reelle alderen til et individ, målt i antall år, måneder og dager, mens den biologiske alderen viser til den biologiske aldringsprosessen som skjer i kroppen. Eksempler på disse aldringsprosessene er blant annet tap av beinmasse, mindre elastin i huden som forårsaker rynker, mindre muskelmasse og dårligere immunforsvar (Sletvold, 2016, s. 22 og 26). Selv om disse fenomenene er en del av en normal aldringsprosess, er det stor variasjon i hvilke plager eller sykdommer en person blir rammet av. Selv om en person har høy alder, betyr ikke det nødvendigvis at vedkommende har helseproblemer, og en yngre person kan ha et større behov hjelp eller tjenester.

### 2.2 Hvem er sykehjemsbeboeren?

Rundt 11% av eldre over 80 år bodde per 2015 på sykehjem (Selmer-Anderssen, 2018). Helse- og omsorgstjenesteloven §3-2a stadfester at: «*Kommunen skal tilby opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester dersom dette etter en helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester*» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det må altså være en helse- og omsorgsfaglig vurdering som ligger til grunn for at en person skal få tildelt en sykehjems plass, og andre tiltak må være forsøkt. I dag er det et økende fokus på at mennesker skal få leve mest mulig selvstendig lengst mulig. I stortingsmelding 29 om «morgendagens omsorg» er det dratt fram at tidlig innsats i hjemmetjenesten skal forebygge videre sykdomsutvikling og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s . 94).

### ***2.2.1 Den geriatriske brukeren/beboeren - komorbiditet og polyfarmasi***

Det er vanlig å skille mellom en gammel pasient og en geriatrisk pasient. Som nevnt i punkt 2.1 om aldring, er ikke den kronologiske alderen nødvendigvis en god indikator for alderdom eller sykdom. En gammel pasient kan rammes av sykdom eller skade, og trenger behandling for det aktuelle på lik linje med en yngre pasient. Den geriatriske pasienten derimot, har ofte en pakke med sykdommer og helseplager, og trenger en mer helhetlig tilnærming. Noe av det som kjennetegner den geriatriske pasienten er skrøpelighet, komorbiditet, nedsatte reserver og funksjonsproblemer (Wyller, 2016, s. 147-148). Som regel er det denne populasjonen som befinner seg på sykehjem. Et fenomen som er vanlig blant den eldre befolkningen er polyfarmasi, som ofte defineres som bruk av mer enn fem legemidler. Tall fra reseptregisteret fra 2016 viste at 67 prosent av dem over 65 år brukte mer enn fem legemidler (Blix, Berg, Hjellvik, & Husabø, 2018). Dette til tross for at legemiddelregisteret ikke inneholder informasjon om sykehjemsbeboeres legemiddelbruk, som trolig ville økt gjennomsnittet. Ved økende antall legemidler øker også risikoen for bivirkninger. Noen av disse er økt risiko for fall, utvikling av demens og uønskede legemiddelinteraksjoner (Maher, Hanlon, & Hajjar, 2014).

### ***2.2.2 Demens på sykehjem***

Helsedirektoratet sin retningslinje for demens sier at demens ikke er en enkeltsykdom, men en samlebetegnelse på ulike sykdommer eller skader på hjernen, og er i de fleste tilfeller progredierende (Helsedirektoratet, 2017). Antall mennesker som lever med en demensdiagnose i Norge er vanskelig å tallfeste, grunnet store mørketall. Mange kan leve med diagnosen over en lenger periode uten å bli diagnostisert. Tall basert på forekomst av demens i andre europeiske land, anslår at det i 2013 dreide seg om i underkant av 80 000 personer som levde med en demensdiagnose i Norge (Helsedirektoratet, 2017). Rundt 80% av de med langtids plass på sykehjem har en demensdiagnose og det er den vanligste årsaken til innvilget langtids plass (Helsedirektoratet, 2017).

## 2.3 Trening/fysisk aktivitet hos eldre- hva virker?

Fysisk aktivitet defineres som «enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Bahr, 2018). Dette innebærer med andre ord alle bevegelser som overgår det å ligge eller sitte i ro. I forskningen er effekt av fysisk aktivitet ofte beskrevet som helhet, eller sentrert rundt ulike typer trening. Trening kan defineres som «systematisk oppøving av visse ferdigheter eller egenskaper» (Bryhn, 2017).

Energiforbruket måles ved hjelp av MET (Metabolic Equivalent to Task) og tar utgangspunkt i mengden oksygen som blir forbrukt når man sitter stille på en stol, som tilsvarer 1 MET (Jette, Sidney, & Blumchen, 1990). Ofte deles aktivitet inn etter intensitet. Lav intensitet tilsvarer 1,5-3 MET, moderat intensitet tilsvarer 3-6 MET og høy intensitet tilsvarer >6 MET. De fleste dagligdagse aktiviteter ligger på lav til moderat intensitet. Helsedirektoratet har gitt en anbefaling på hvor mye fysisk aktivitet som bør være et minimum gjennom en uke. For voksne og eldre er den anbefalte dosen minst 150 minutter ved moderat intensitet eller 75 minutter ved høy intensitet, eller en kombinasjon av disse (Helsedirektoratet, 2019). En systematisk undersøkelse fra 2017 viste bedring av ADL-funksjon (Activity of Daily Living) ved moderat intensitet av fysisk aktivitet hos eldre (Roberts, Phillips, Cooper, Gray, & Allan, 2017). I tillegg ser det ut som at personer med moderat til alvorlig demenslidelse, opprettholder sine evner til å utføre ADL lenger. En nasjonal kartlegging viste at aktivitetsnivået går gradvis ned med alderen, og at kvinner og menn over 80 år hadde et aktivitetsnivå som var henholdsvis 35% og 47% mindre enn aldersgruppen 20-64 år (Hansen et al., 2015, s. 36).

### 2.3.1 Styrketrening

Styrketrening defineres på ulike måter, men aktivitetshåndboken definerer det som «trening med vekter eller mot en gradvis økende belastning» (Lexell, Frändin, & Helbostad, 2017, s. 64). Helsedirektoratet har kommet med anbefalinger som sier at voksne og eldre bør gjøre øvelser som gir økt muskelstyrke to eller flere ganger i uken (Helsedirektoratet, 2019). Til tross for dette viser en kartlegging at det kun er 15 prosent i aldersgruppen over 65 år som utfører den styrketreningen som er anbefalt (Hansen et al., 2015, s. 51). Virkningen av styrketrening er den samme for eldre som for yngre. Gjennom å få økt muskelstyrke, vil den eldre som trener øke sine fysiske reserver. Hvis en person har evne til å utvinne mer kraft enn det som skal til for å gjennomføre hverdagslige aktiviteter, vil kroppen være bedre rustet til å takle uforutsette hendelser som sykdom og annet (Beyer, 2010, s. 187). Denne personen vil da

være i stand til å gjennomføre de dagligdagse aktivitetene til tross for en tenkt sykdomsperiode.

En vanlig del av aldringen er sarkopeni, tap av muskelmasse. Hvor stor del av muskelmassetapet som skyldes alderdom og hvor stor del som skyldes inaktivitet er vanskelig å si. Ofte kan muskelmassen hos en frisk 80-åring ha blitt så mye som halvert fra 20-årene, som igjen påvirker muskelstyrken og evnen til å utvinne kraft (Hunter, McCarthy, & Bamman, 2004, s. 331). Hverdagslige aktiviteter som å gå i trapp, reise seg fra en lav stol eller å gå kan bli mer utfordrende å gjennomføre (Bojsen-Møller, J. og Aagaard, P., 2016, s.132). Styrketrening og riktig ernæring regnes som noen av de beste tiltakene mot sarkopeni, og kan dermed motvirke skrøpeligheit og metabolske syndromer (Sullivan, Feigenbaum, & Baraki, 2019).

### **2.3.2 Kondisjonstrening**

Kondisjonstrening kan defineres som: «dynamisk arbejde med store muskelgrupper med en intensitet og varighed, der gør, at der opnås en væsentlig belastning af respirations- og kredsløbsfunktionen» (Zacho, 2010, s. 139). Andre steder defineres kondisjonstrening også ved at varigheten må være over 10 minutter (Morey, 2019). For å måle kondisjon er det vanlig å bruke maksimalt oksygenopptak, som er antall milliliter oksygen per minutt per kilogram kroppsvekt (Zacho, 2010, s. 146). I aldringsprosessen vil det maksimale oksygenopptaket reduseres, etter fylte 30 år vil oksygenopptaket reduseres med mellom fem og ti prosent per tiår (Lexell et al., 2017, s. 63). Dette skyldes fysiologiske forandringer i hjerte- og karsystemet der hjerte får en lavere slagfrekvens, mindre slagvolum, lavere hjertermittvolum og liten arteriovenøs oksygendifferanse. Likevel vil eldre på lik linje med yngre ha en god effekt av aerob trening og økt maksimalt oksygenopptak (Kohrt et al., 1991). Østerås og Helbostad (2016, s. 69) trekker frem at utholdenhetstrening er aktuelt for eldre som har smerter i bevegelsessystemet, der det kan tenkes at forbedret sirkulasjon kan ha en effekt. Helsedirektoratet anbefaler at eldre skal gjennomføre kondisjonstrening i form av aktiviteter som tar i bruk store muskelgrupper 2-3 ganger i uken, i minst 20 minutter med lav til middels intensitet (Lexell et al., 2017, s. 68).

### **2.3.3 Balansetrening**

Balanse defineres som: «The ability to maintain physical equilibrium when stationary and during movement» (Franklin & O'Connor, 2019). Helsedirektoratet gir følgende råd: «Eldre

med nedsatt mobilitet, personer som er ustø, anbefales å gjøre balanseøvelser og styrketrening tre eller flere dager i uken» (Helsedirektoratet, 2019). Å holde kroppen i balanse er et komplekst samarbeid mellom den sensoriske og motoriske delen av nervesystemet, likevektsorganer i øret og muskulaturen (Sand, Sjaastad & Haug, 2001, s. 132). Hva som er grunnen til at en person har nedsatt balanse varierer og det er derfor ikke et konkret treningsopplegg som passer til alle (Østerås & Helbostad, 2016, s. 71). Hovedprinsippet er at øvelsene må være utfordrende nok til at kroppen tvinges til å tilpasse seg de nye utfordringene. Helbostad hevder at balansetrening ligger nærmere de prinsippene som brukes i motorisk læring, enn det de som regnes som tradisjonelle treningsprinsipper gjør, og at det er viktig med mange gjentakelser og variasjon i øvelsene (Helbostad, 2016, s. 133).

#### ***2.3.4 Virkning av fysisk aktivitet på kognisjon og livskvalitet***

En systematisk oversikt fra 2018 konkluderte med at styrketrening kunne ha en effekt på den kognitive funksjonen hos eldre med en kognitiv svekkelse (Li, Peng, Xiang, Han, & Li, 2018). Tre treninger i uken ser ut til å ha bedre effekt enn to treninger. Også en metaanalyse fra 2010 som ser på effekten av aerobisk trening for fysisk aktivitet, fant ut at en kombinasjon av aerob trening og styrketrening ser ut til å gi god effekt på oppmerksomhet, tankeprosessering og til dels hukommelse hos mennesker med mild kognitiv svikt (Smith et al., 2010). Mye forskning har vist til økt livskvalitet som følge av fysisk aktivitet, og en systematisk oversikt fra 2019 konkluderte med at styrketrening har en god effekt for helse relatert livskvalitet (Hart & Buck, 2019). En annen systematisk oversikt viste til at fysisk aktivitet kan se ut til å ha en god effekt på depresjon hos eldre, spesielt når den blir kombinert med annen behandling (Mura & Carta, 2013).

## **2.4 Fasilitatorer og barrierer for fysisk aktivitet**

Det er mange faktorer som spiller inn på hvor fysisk aktiv en person er. For sykehjemsbeboere er det intet unntak, og i løpet av en hverdag kan mye legges til rette for å øke fysisk aktivitet, men det er også mye som kan hindre fysisk aktivitet.

### ***2.4.1 Beboerens perspektiv***

En systematisk oversikt fra 2015 omhandlet eldres perspektiver på deltakelse i fysisk aktivitet (Franco et al., 2015). Rundt 15% av de eldre som deltok i undersøkelsen oppholdt seg på sykehjem, omsorgsbolig eller sykehus, og deltakerne var mellom 60 og 89 år. De eldre delte



sine erfaringer om hva som var barrierer for dem og hva som fasiliterte for å være med på fysisk aktivitet. Noe av det som var barrierer for de eldre var smerte og ubehag, frykt for å falle, komorbiditeter, økonomi, barrierer i omgivelsene, konkurrerende prioriteringer og opprettholdende vaner. Noe av det som fasiliterte til fysisk aktivitet var oppfordring fra andre, å være med likesinnede, profesjonelle instruktører, økt selvtillit, uavhengighet, økt styrke, balanse og fleksibilitet og bedre helse og velvære. Forfatterne konkluderer med at det er viktig å bevisstgjøre denne målgruppen på godene av fysisk aktivitet, og prøve å endre oppfattelsen av at fysisk aktivitet kan være farlig eller skadelig. I en annen oversiktsartikkel er mindre smerte også beskrevet som en fasilikator (Baert, Gorus, Mets, Geerts, & Bautmans, 2011). Selv om majoriteten av deltakerne er hjemmeboende eldre, kan det tenkes at mange av de samme faktorene også spiller inn for dem som bor på sykehjem.

#### ***2.4.2 Fysioterapeutens perspektiv***

En artikkel fra 2015 tok for seg hva som var motivatorer og barrierer for å organisere fysisk aktivitet på sykehjem (Baert, Gorus, Guldemont, De Coster, & Bautmans, 2015). 71% av fysioterapeutene mente at fysisk aktivitet i sykehjem var nyttig. Meningene til fysioterapeutene ble delt opp i intrapersonell-nivå, mellommenneskelig nivå og samfunnsnivå. Det som motiverte mest på et intrapersonelt nivå var å opprettholde beboerens funksjon, minske risikoen for fall og anerkjennelsen av at fysisk aktivitet har en påvirkning på det fysiske og psykiske. Barrierer på dette nivået var blant annet vanskelighet med å organisere fysisk aktivitet for mennesker med demens, lite erfaring, forskjellig funksjonsnivå og at målet ble å opprettholde funksjon, ikke å forbedre. På et mellommenneskelig nivå ble det å sosialisere beboerne, takknemlighet fra beboere, og å lette arbeidsbyrden for kollegaer beskrevet som motivatorer. Barrierer var upassende adferd hos beboere og lite støtte hos ledelsen. På samfunnsnivå beskrev fysioterapeutene at fysisk aktivitet var et av fundamentene i deres profesjon og at det var viktig å skape variasjon i den fysiske aktiviteten for beboerne. Av barrierer ble for lite tid og for mye papirarbeid nevnt.

### **2.5 Helsefremmende arbeid og fysioterapeutens rolle på sykehjem**

Noe av regjeringens mål for helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer, er økt grad av mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats og aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 6). Dette innebærer større vekt på delen av helsetjenesten som går på helsefremmende- og forebyggende arbeid. Den medisinske tilnærmingen er hyppig

brukt i denne sammenheng, og deler de forebyggende tiltakene i tre kategorier; primær-, sekundær- og tertiær forebygging (Naidoo & Wills, 2016, s. 76). Primær forebygging handler om tiltak som går på et overordnet nivå, før en sykdom eller helseplage er inntruffet, og kan omhandle for eksempel undervisning eller et vaksinasjonsprogram. Sekundær forebygging retter seg mot grupper som er i risikozonen for sykdommer, og der målet er at sykdommen ikke får bli utslagsgivende. Tertiær forebygging er tiltak for dem som allerede er rammet, og kan være rehabilitering eller å sørge for at sykdommen ikke blir verre.

Kommunen er pålagt ifølge helse- og omsorgstjenesteloven, å tilby blant annet habilitering og rehabilitering, gjennom å eksempelvis knytte fysioterapeuter opp til seg (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I tillegg har fysioterapeuten som jobber i kommunen eller har driftsavtale med kommunen, flere arbeidsoppgaver som den er pålagt å gjøre. I §9 i forskriften for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale står det at «Fysioterapi omfatter undersøkende, behandlende, rehabiliterende og forebyggende tiltak, herunder veiledning, opplæring og vurdering av behov for hjelpemidler. Behandling hos fysioterapeut inkluderer tiltak som har til hensikt å optimalisere funksjon, begrense et funksjonstap, eller lindre smerter og symptomer» (Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, 2017). Pleie- og omsorgstjenestene som kommunen har ansvar for, som sykehjem, skal blant annet tilby varierte og tilpassede aktiviteter, og nødvendig medisinsk undersøkelse, behandling og rehabilitering (Kvalitetsforskrift for pleie-omsorgstjenestene, 2003).

Fysioterapeutens rolle på sykehjem har i senere tid vært på agendaen, og i desember 2015 la stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Heidi Greni frem et forslag for helse- og omsorgskomiteen om å blant annet sette krav til fysio- og ergokompetanse på sykehjem (Toppe & Greni, 2015). Dette forslaget ble nedstemt, men det viser at det er et politisk fokus på hva disse faggruppene kan bidra med. I en rapport fra 2017 ble det løftet frem at det er et stort behov for større kompetanse innen hjelpemidler og tilrettelegging, i form av flere ergo- og fysioterapeuter i kommunene (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017, s. 7). Det ble også trukket frem at Danmark har et større fokus på rehabilitering, og har en større andel ergo- og fysioterapeuter kommunalt, sammenlignet med Norge (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017, s. 33-34).

## 2.6 Tverrfaglig samarbeid

For at en pasient skal få et best mulig helsetilbud har det blitt et større fokus på tverrfaglig samarbeid. En systematisk oversikt fra 2009 konkluderte med at den tilgjengelige forskningen om tverrfaglig samarbeid viste at denne arbeidsformen kan bedre helsetjenesten med tanke på pasientbehandling og arbeidsprosesser, men at det er behov for mer forskning for å fastslå grad av effekt (Zwarenstein, Goldman, & Reeves, 2009). I 2009 kom også samhandlingsreformen med et ønske om effektivisering av helsetjenestene, og økt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å få til dette ble tverrfaglig samarbeid løftet frem som en løsning: «Samhandlingsreformen aktualiserer også andre arbeidsmåter for helsepersonellet, for eksempel som del av et tverrfaglig team og gjennom en sterk og deltagende bruker. Dette er arbeidsmåter som kan bidra til mer helhetlig behandling og kontinuitet i pasienthåndteringen og også til bedre bruk av de tilgjengelige personellressursene.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 131). Verdens helseorganisasjon gav i 2010 ut et rammeverk for tverrfaglig læring, og argumenterte for viktigheten av at de nyutdannede faggruppene i helsetjenesten er rustet for å jobbe tverrfaglig (World Health Organization, 2010, s. 7). For å møte denne oppfordringen har eksempelvis Høgskulen på Vestlandet i samarbeid Universitet i Bergen, fellesuker for mange av helsefagene gjennom utdanningen. Målet er at studentene blir bevisst på egen fagidentitet, og blir kjent med innholdet i de andre helsefagene. På tross av de positive sidene ved tverrfaglig samarbeid, har det vist seg at det til tider kan være vanskelig å iverksette i praksisfeltet. En av barrierene som er beskrevet for det tverrfaglige samarbeidet, er lite kunnskap om hvilke kompetanse andre faggrupper besitter (Baker, Egan-Lee, Martimianakis, & Reeves, 2011). Dette kan føre til frustrasjon hos de faggruppene som føler at deres bidrag ikke blir anerkjent.

### 3. Metode

Målet med forskning er å komme frem til ny eller dypere kunnskap om en konkret sak eller fenomen. Type kunnskap bestemmer valg av metode. Forskningsmetoder kan deles opp i hovedkategoriene kvalitative metoder og kvantitative metoder. En kombinasjon av disse metodene kan også benyttes i forskningsarbeid. Thornquist differensierer kvalitative og kvantitative metoder ved å si; «.. at målet med kvalitativ forskning er å komme frem til *dybdekunnskap* og få *helhetlig* forståelse av *få* enheter, mens målet med målet med kvantitativ forskning er å fremskaffe kunnskap om omfang og utbredelse, frekvenser og fordelinger, og *statistiske* sammenhenger av *mange* enheter» (Thornquist, 2018, s. 236).

#### 3.1 Valg av metode

For å kunne svare på problemstillingen om fysioterapeuter sin opplevelse av å skulle legge til rette for fysisk aktivitet, valgte jeg en kvalitativ metode i form av et semistrukturert dybdeintervju (Vedlegg 1). Bakgrunnen for valg av en kvalitativ metode, er at min problemstilling spør etter erfaringer og opplevelser hos en viss gruppe mennesker, og krever det som tidligere er karakterisert som dybdekunnskap fra få personer. Denne type metode brukes ifølge Kvale og Brinkmann når «dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Målet er ikke å få bekreftet sin forforståelse, men å få kunnskap om enkeltpersoners tanker og meninger. Ved å velge semistrukturert intervju som metode har man større frihet til å stille oppfølgerspørsmål under intervjuet, samtidig som intervjuet bygger på en intervjuguide med forslag til spørsmål. Det semistrukturerte intervjuet låser deg heller ikke til en konkret rekkefølge av spørsmålene, man kan bruke skjønn til å stille spørsmålene i den rekkefølgen som er mest naturlig i intervjusettingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162). Intervjuguiden ble utarbeidet, der tematikkene jeg ville belyse var notert. Eksempler på tema fra intervjuguiden er tidsbruk, en ideell dag på sykehjemmet, aspekter med tilrettelegging av fysisk aktivitet og tverrfaglig samarbeid. Intervjuguiden ble lest igjennom av veileder som kom med tips til små endringer. Lydopptak ble valgt som teknikk for å samle informasjon under intervjuene.

### 3.2 Valg av informanter

Hovedkriteriet for informantene var at vedkommende måtte ha jobbet eller jobber, med en del av stillingen fast knyttet opp mot langtidsplassene på et sykehjem. Jeg tok kontakt med fysioterapitjenesten i to kommuner og sendte ut e-post til flere sykehjem som har fysioterapitjeneste tilknyttet. Det skulle vise seg vanskelig å finne fysioterapeuter i en slik stilling, men jeg fikk kontakt med en avdelingsleder på et av sykehjemmene som hadde en fysioterapeut som sa seg villig til å bli intervjuet, og to fysioterapeuter som jeg ble henvist til via fysioterapitjenesten i to ulike kommuner. Jeg satte ikke krav til antall år med erfaring, da jeg ønsket å få et variert bilde fra fysioterapeuter som har jobbet lenge og fysioterapeuter som har vært ansatt i stillingen i kortere tid.

Informant 1: Kvinnelig fysioterapeut. Bachelorutdanning i fysioterapi og tre og et halvt års erfaring fra kommunehelsetjenesten et annet sted i landet. Har jobbet et halvt år i en stilling knyttet opp mot beboerne med langtidsplasser på sykehjem. Jobber nå i fysioterapitjenesten i en bydel.

Informant 2: Kvinnelig fysioterapeut. Bachelorutdanning i fysioterapi og videreutdanning innen tverrfaglighet, palliasjon og kommunikasjon og veiledning, i tillegg til diverse kurs. Over 30 års erfaring som fysioterapeut.

Informant 3: Kvinnelig fysioterapeut. Bachelorutdanning i fysioterapi og 5 års erfaring fra kommunal fysioterapitjeneste. Har også jobbet privat i 2 år i tillegg til å ha jobbet på en rehabiliteringsklinikk.

### 3.3 Forberedelse til intervju

Informantene ble kontaktet via e-post og det ble avtalt tidspunkt for intervju. En av informantene var ikke korrespondert med direkte, men fikk videreformidlet beskjed av en avdelingsleder. Informasjonsskriv fra skolen sammen med samtykkeerklæring (Vedlegg 2) ble sendt på e-post. Samtykkeerklæringen gav en innføring i hva oppgaven handlet om, hvilke rettigheter informantene hadde til å trekke seg, og at deltakerne ville forbli aidentifisert i oppgaven. Jeg begynte å utarbeide en intervjuguide der jeg prøvde å reflektere over min egen forforståelse rundt problemstillingen, noe som trolig ville være med å prege hva jeg var opptatt av å finne svar på. Min forforståelse var preget av tanker om at fysioterapeuter som

jobber på sykehjem som regel alltid har for lite tid, og at den viktigste rollen fysioterapeuten får, blir å gi råd til de andre ansatte om hva som bør følge opp. For å få et godt sammenligningsgrunnlag i intervjuene, valgte jeg å skrive intervjuguiden som spørsmål med følgende underpunkt. Eksempelvis hadde jeg spørsmålet «hvilke yrkesgrupper jobber på sykehjemmet?» Som underpunkt hadde jeg «aktivitører» grunnet interesse av å snakke om samarbeidet mellom fysioterapeut og aktivitør for å fremme fysisk aktivitet, hvis det ikke ble tatt opp naturlig i samtalen.

I god tid før intervjuene begynte jeg å lese meg opp på teori rundt temaet, og prøvde å reflektere over hva jeg kunne få av informasjon i intervjuene som jeg ikke kunne få av å lese teorien. Jeg bestemte meg for å ta lydopptak, og testet på forhånd om det var god nok lyd og hvilken avstand som var gunstig å ha mellom lydopptakeren og partene i en intervjusituasjon.

### **3.4 Gjennomføring av intervjuet**

Et fysisk eksemplar av samtykkeerklæringen ble tatt med til hvert av intervjuene, og ble skrevet under før intervjuene ble startet. Den fysioterapeuten jeg ikke hadde hatt direkte kontakt med, hadde ikke fått lest gjennom samtykkeerklæringen på forhånd. Hun leste gjennom samtykkeerklæringen og sa seg positiv til å delta som informant før intervjuet. Alle intervjuene ble holdt på arbeidsplassen til fysioterapeuten som ble intervjuet, med kun intervjuer og informant til stede. Jeg hadde med notisblokk og penn for å notere stikkord underveis, men grunnet min uerfarenhet, fant jeg fort ut at det var vanskelig å notere samtidig som jeg skulle følge med på det informanten fortalte, følge opp nye temaer og ha kontroll på intervjuguiden.

Intervju 1 (Vedlegg 3) varte i 36 og et halvt minutt og ble gjennomført 9. April 2019. Intervjuet ble utført på arbeidsplassen til fysioterapeuten på et rom som var reservert for anledningen, og hele intervjuet var uforstyrret. Intervju 2 (Vedlegg 4) varte i 27 og et halvt minutt og ble gjennomført 10. April 2019. Det ble også gjennomført på arbeidsplassen til informanten, på et rom som var reservert for anledningen. Det var en avbrytelse midt i intervjuet, av at en person kom inn i rommet. I tillegg var det en del lyder fra gangen i begynnelsen av intervjusituasjonen. Intervju 3 (Vedlegg 5) varte i 23 minutt og ble gjennomført 10. April 2019. Intervjuet fant sted på kontoret til informanten og hele intervjuet ble gjennomført uforstyrret.

### 3.5 Bearbeiding av materiale

Når et intervju var gjennomført skrev jeg ned noen av de tingene som jeg syntes hadde gått bra, og hva som kunne vært bedre til neste intervju. Grunnet tiden det tok før jeg fant potensielle informanter, ble intervjuene holdt innenfor et kort tidsrom, noe som vanskeliggjorde en transkripsjonsprosess mellom hvert intervju. Tiden etter intervjuene ble derfor brukt på transkribering av alle tre intervjuene. Jeg valgte å transkribere verbatim, altså ble intervjuene skrevet ned ord for ord. Dette ble valgt for å beholde alle nyanser i det informantene sa, til jeg begynte på analyseprosessen. Unntaket var at dialektord ble byttet til bokmål for å sikre anonymisering. En styrke med denne måten å transkribere på, er at skjulte meninger ikke forsvinner på dette stadiet av bearbeidingen av materialet. En ulempe er at en verbatim transkripsjon kan fremkomme som uhøytidelig og oppleves som pinlig for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 214). Denne problemstillingen er viktig å være klar over.

For å analysere materialet ble systematisk tekstkondensering tatt i bruk (Malterud, 2012). Denne analysemetoden innebærer å analysere kvalitative data på tvers av materialet, etter tematikken som blir tatt opp (Malterud, 2017, s. 97). Den består av fire trinn: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, 4) å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98). Tabell 3.1 beskriver de fire analysetrinnene ytterligere med korrekt begrepsbruk og er hentet fra Malteruds kapittel om systematisk tekstkondensering (2017, s. 112)

Tabell 3.1: Begrepsbruk i ulike analysetrinn i systematisk tekstkondensering.

<i>Analysetrinn</i>	<i>Beskrivelse</i>	<i>Eksempel fra denne oppgavens analyse</i>
1	<b>Foreløpige temaer</b> (5-8 stk.) identifiseres ved første gjennomlesning.	Kulturforskjeller
2	Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om <b>koder</b> , som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i <b>kodegrupper</b> . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.	Arbeidskultur og ulike perspektiver
3	Hver kode deles inn i <b>subgrupper</b> (2-3 stk.) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat.	Tverrfaglig samarbeid Ledelse Syn på fysisk aktivitet
4	<b>Kategorier</b> (3-5 stk.) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene. Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatdelen.	Arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet

Hentet fra boken *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* av Kirsti Malterud, s. 112.

## 3.6 Styrker og svakheter med metoden

### 3.6.1 Valg av metode

Valget med å basere oppgaven på semistrukturerte intervju gir en styrke i det å få frem den enkelte informant sine meninger, noe som gjør den særlig egnet til å besvare problemstillingen min. Likevel er det viktig å anerkjenne at dette valget innebærer at det ikke er gjennomførbart å få meninger fra et større utvalg fysioterapeuter, og meningspopulasjonen blir derfor relativt liten. I tillegg har det av praktiske årsaker blitt rekruttert informanter fra et relativt begrenset geografisk område. Dette gjør at det kan være vanskelig å vite om fysioterapeutenes meninger er spesifikke for dette område, eller om de også kan være gjeldende for resten av landet. Likevel antar jeg at kunnskap som fremkommer fra min studie vil kunne være nyttig for andre fysioterapeuter som jobber på sykehjem.



### **3.6.2 Bakgrunn og forforståelse**

Min bakgrunn som pleiemedarbeider på aldershjem, og derav min forforståelse av hvordan eldreomsorgen kan se ut, har bevisst og ubevisst påvirket meg i utarbeidingen av oppgaven. Thornquist skriver at; «All observasjon er selektiv og orientert, og data etableres av forskere ut fra deres forforståelse, ut fra de spørsmål og hypoteser de stiller, ut fra de begreper, perspektiver og tankemodeller som de benytter seg av» (Thornquist, 2018, s. 229). Dermed vil det være en styrke at jeg muligens kan se for meg den hverdagen som informantene beskriver, og stille de rette oppfølgingsspørsmålene. Samtidig kan forforståelsen min også gjøre at jeg unnlater å ta opp viktige tematikker, og at jeg kan ha en oppfatning av hvordan hverdagen fortone seg.

### **3.6.3 Tidspunkt for intervju**

Den korte tiden mellom intervjuene vil jeg anse som en svakhet på grunn av min uerfarenhet. Som en novise som intervjuer, kan det tenkes at det hadde vært positivt og hatt tid mellom intervjuene til å sette seg ned med det foreløpige materialet og reflektere over innholdet. Hvis dette hadde vært tilfelle, kan det tenkes at det hadde forekommet flere justeringer av intervjuguiden mellom hvert intervju. Malterud anbefaler en jevnlig transkriberingsprosess gjennom datainnsamlingen, og at dette kan bidra til å endre strategi for både rekruttering og intervju (Malterud, 2017, s. 75 og 80).

### **3.6.4 Antall forfattere**

Det er et uttrykk som sier at «fire øyne er bedre enn to». Dette kan også være tilfelle når det kommer til analyse av et datamateriale. Malterud skriver i boken *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* at hun synes at «to er bedre enn en, og tre er bedre enn fire» (Malterud, 2017, s. 100). Analysen kan dermed ha en svakhet ved at det er én enkeltperson som finner temaer i intervjuene, og at man slik mister en potensielt viktig diskusjonsprosess.

## 4. Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra analysen som jeg mener belyser forskjellige sider ved problemstillingen «*Hvordan opplever fysioterapeuter som jobber med beboere/brukere med langtidsplass på sykehjem å skulle bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet?*» Jeg kom fram til tre hovedkategorier; fysioterapeutens oppgaver på et sykehjem, forutsetninger for tilrettelegging av fysisk aktivitet og arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet. Disse er igjen delt opp i til sammen åtte subgrupper. Hver av subgruppene vil bli presentert med erfaringer og kunnskap fra informantene, sammen med utvalgte sitater som belyser tematikken.

### 4.1 Fysioterapeutens oppgaver på et sykehjem

#### ***4.1.1 Fysioterapeuten som tilrettelegger – hjelpemiddelformidling og rådgivning er viktige oppgaver***

Samtlige informanter viste til at en stor del av jobben deres gikk med til hjelpemiddelformidling. «*Det går ekstremt mye tid med til hjelpemidler, og det er tilpasninger, det er reparasjoner, det er søknader ikke minst, utprøvinger.*» (informant 3). En av informantene fortalte at formidling av hjelpemidler var det som ble gjort bra i jobben, men at det gikk på bekostning av resten av arbeidsoppgavene. Det faktum at det er en stor del av jobben, men en liten del av fysioterapiutdanningen ble også trukket frem. Å holde litt tilbake på tyngre hjelpemidler, som for eksempel komfortrullestol, ble dratt fram av en av informantene som en måte å holde beboerne i bevegelse lengst mulig. Flere av informantene fortalte at kunnskapsformidling og rådgiving om fysisk aktivitet til både beboere og andre ansatte, var viktig. Beboernes evne til å klare seg lengst mulig selv, ble presentert som målet med både rådgivningen og hjelpemiddelformidlingen.

#### ***4.1.2 Fysioterapeuten som behandler – mest individuell behandling av akutte tilfeller***

En av informantene fortalte at det var viktig at fysioterapeuter ikke bare gir råd, men at hele den fysioterapeutiske kunnskapsbasen blir brukt aktivt. Individuell behandling blir dratt frem som den vanligste behandlingsformen på sykehjem, og at det kunne innebære alt fra hard trening til en tur. Ifølge en av informantene er beboerne på sykehjem sykere nå enn for 20 år siden, og dermed har det gått fra gruppebasert til mer individuell behandling. Informantene forteller at de som har et akutt behov blir prioritert, men noen av informantene sier de har for

lite tid til å prioritere de mer funksjonsfriske beboerne. «*Du driver hele tiden med brannslukking, du tar det du må ta, og de pasientene som klarer seg noenlunde greit, de klarer seg noenlunde greit helt til de ikke greier seg*» (Informant 1). En av informantene fortalte at det er utilfredsstillende å føle at man alltid kommer til kort. Flere av informantene fortalte om treningsgrupper, og at dette ansees som en god måte å gi et tilbud til beboere som er sprekere. En av informantene mente at beboere med en alvorlig demensdiagnose bør ha aktivitet i mindre grupper.

## **4.2 Forutsetning for tilrettelegging av fysisk aktivitet**

### ***4.2.1 Strukturelt – organisering av arbeidsdag og sykehjemmets fasiliteter spiller en stor rolle***

Hvordan informantene opplever de strukturelle forutsetningene for fysisk aktivitet varierer. En av informantene viste til måltider og poengterte at måltider på samme tidspunkt på alle avdelingene, gjør at hennes tidsbruk blir mindre effektiv. Flere av informantene fortalte at de må tilpasse seg i løpet av dagen. «*Det er mange ting som kan komme i veien for det en opprinnelig hadde tenkt*» (Informant 3). Utformingen av ganger, rom og uteområde blir beskrevet som tilretteleggende for fysisk aktivitet av flere av informantene, og en av dem la til at det er lett for pårørende å ta beboere i rullestol med ut på tur. Flere av informantene fortalte om sittesykler på noen avdelinger, men at det ikke finnes så mye mer. Med ingen treningsrom og nesten ikke noe utstyr, beskrives ADL-trening i form av trapp, stol og seng som tilnærmet den eneste treningsformen som kunne gjennomføres. Informanten fortalte at det ikke er tilrettelagt for behandling. Dette poengterte hun med å fortelle at hver gang hun hadde balansegruppe, måtte hun rydde et møterom, sette inn stoler og gangbane, for å så rydde på plass igjen etterpå og brukte mye tid på dette.

### ***4.2.2 Opplevd respons hos beboerne – ønske om å bli sett og være mer fysisk aktiv***

Flere av informantene hadde opplevelsen av at mesteparten av beboerne satt pris på tid med fysioterapeuten. Alle informantene fortalte at beboerne ofte savnet noen å snakke med, og at fysioterapeuten ofte fikk rolle som en slik samtalepartner under behandling. En av informantene opplever at beboerne føler hun har tid til å sette seg ned og prate litt dypere. Flere av informantene mente at beboerne ønsket og hadde motivasjon til å være fysisk aktive, men at forutsetningen var et tilbud om fysisk aktivitet som var tilrettelagt funksjonsnivået deres. En av informantene fortalte at det er mange beboere som etterspør fysisk aktivitet,

og at hun hadde startet en balansegruppe som respons på dette. Likevel ble det trukket frem av flere informanter at det er noen som ikke vil være fysisk aktive, og mener de har gjort nok. *«Noen ganger må en holde litt tilbake, for dersom man får en komfortrullestol så er det mer behagelig å bli trillet inn til måltidene kontra det å gå inn»* (Informant 3). En av informantene opplever at det er få beboere som er motivert for trening, og at de ikke har noe ønske om å trene. Respekt for beboerens eget ønske ble trukket frem, men også at ikke alle er i kognitiv stand til å ta disse avgjørelsene selv. En annen informant fremhevet den observerte effekten av treningsgrupper for dem med kognitiv svikt. *«De begynner å se at her har jeg vært før, og de på avdelingene sier at de er roligere, men samtidig greier de å gå mer»* (Informant 2).

#### **4.2.3 Stillingsprosent og antall fysioterapeuter – ser behov for mer fysioterapi i sykehjem**

Flere av informantene jobbet på sykehjem en dag i uken, og omtalte dette som travelt. De beskrev tidsmangel og at en dag ikke holdt for å få noe utbytte av trening og fysisk aktivitet. Å være til stede minst to dager i uken ble løftet frem av en av informantene som mer produktivt, og gjør det lettere å ha mer av ansvaret for beboernes fysiske aktivitet. En dag i uken tillot kun «brannslukking» ifølge en av informantene, og gjorde det ikke mulig å gi den behandlingen hun ønsket. En annen av informantene med flere fysioterapeuter knyttet til sykehjemmet, forteller at hun opplever at de kan hjelpe beboerne fortere, sammenlignet med andre sykehjem. Flere av informantene mente at det er behov for større prioritering av fysioterapi i sykehjem, og at eldre på sykehjem blir lite prioritert. Det trekkes frem av en av informantene at det har vært mye fokus på rehabilitering i sykehjem i politikken de siste årene, men hun har foreløpig ikke sett flere ergo- og fysioterapistillinger knyttet til sykehjem. *«Så jeg ønsker meg flere innen eldreomsorgen, og særlig av ergo- fysio. De snakker så mye om alle de hendene som er så viktig der, men man må ha de rette hendene»* (Informant 2).

### **4.3 Arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet**

#### **4.3.1 Ledelse – viktig for å skape et miljø for fysisk aktivitet**

Ved spørsmål om ansvar for fysisk aktivitet, var det flere av informantene som nevnte ledelsen. *«Det er veldig vanskelig å ansvarliggjøre en, men man ser at effekten blir større når den kommer fra ledere, institusjonsleder eller avdelingsleder»* (Informant 3). Den holdningen som ledelsen eller avdelingsleder har til fysisk aktivitet, ble sett på som avgjørende for hvordan pleiepersonellet handlet. En av informantene fortalte at det kunne være store forskjeller mellom avdelinger. På noen avdelinger var alle beboerne stort sett oppe

av sengen, mens over halvparten av beboerne på andre avdelinger kunne ligge i sengen hvis de følte seg litt dårlig eller ikke ville stå opp. Det ble argumentert for at selv om det er pleiepersonellet som har størst direkte påvirkning på aktivitetsnivået til beboerne, vil avdelingsledernes syn på fysisk aktivitet gjenspeiles hos dem.

#### **4.3.2 Tverrfaglig samarbeid – viktigheten av god dialog og økt kunnskap om fysioterapi**

Den tverrfaglige samhandlingen på sykehjemmet ble av flere av informantene trukket frem som en viktig, men utfordrende del av jobben. Selv om dialog med pleiepersonell ble ansett som alfa og omega, opplevde noen informanter at grad av samarbeid varierte, og en informant beskrev samarbeidet som personavhengig. Møter mellom fagutøverne på sykehjemmet, der informasjon kunne formidles, ble ansett som viktig, men flere av informantene fortalte at dette var vanskelig å få til tidsmessig. Samarbeidet var størst når det gjaldt mer kompliserte kasuser, ifølge en informant. En av informantene fortalte at de andre ansatte ikke var vant til å jobbe med fysioterapeut, og opplevde å ikke bli henvist til, eller at hun ble koblet inn for seint. «*Hvis du spurte en hvem som helst på avdelingen om hva en fysioterapeut kunne bidra med, så var det sånn; søke rullestol?*» (Informant 1). Hvor lenge fysioterapitjenesten hadde vært på sykehjemmet, ble sett på som en viktig faktor for hvor godt det tverrfaglige samarbeidet fungerte, mente en informant. Hun viser til at fysioterapeuten har en mer sentral rolle på sykehjem som har hatt fysioterapeuter der over lang tid. Samtlige informanter fortalte om lite samarbeid mellom fysioterapeut og aktivitør, og at de kun var klar over hverandres arbeidsoppgaver. En av informantene beskrev å føle seg isolert på sykehjemmet, og ikke ha noen kollegaer innen rehabilitering å spille på lag med.

#### **4.3.3 Syn på fysisk aktivitet – kunnskap og effektivisering**

Alle informantene mente at alle har ansvar for å bidra til fysisk aktivitet. En av informantene opplever at ergo- og fysioterapeuter har en aktiv rolle ovenfor beboerne, mens de andre yrkesgruppene er mer passive. Flere informanter fortalte at kunnskapen om fysisk aktivitet er varierende, og at det er behov for mer kunnskap. Det pekes på at sykepleiere har en del kunnskap, men at det som regel er hjelpearbeidere, der kunnskapen er mer varierende, som tar hånd om beboerne. I stellesituasjonen fokuseres det på å bevare mest mulig egenfunksjon, ifølge en av informantene, men utenom det er det lite. En av informantene fortalte at det også er en kulturell forskjell på oppfattelsen av god alderdom, fra en mer norsk «opp og stå og komme i gang med dagen»-holdning, til andre kulturer hvor man gjerne skal gjøre mest mulig for de eldre. Selv om det menes godt, blir ikke alltid effekten så god. «*Det er bedre hjelp for*

*pasientene å lære hvordan de skal stå opp selv, enn å alltid løfte de ut av sengen.»* (Informant 1). Alle informantene beskrev ulike tiltak som er blitt iverksatt for å skape mer fysisk aktivitet hos beboerne, blant annet sittegym, ballonglek og aktivitetsløype i gang. En informant synes de ansatte har blitt flinkere til å følge opp foreskrevet fysisk aktivitet hos den enkelte, blant annet ved bruk av sittesykkel. Likevel beskrev flere av informantene at tiltak som aktivitetsløype og sittesykling fort kan bli stående ubrukt. Bruk av rullestol og andre hjelpemidler for mer effektiv forflytning, forårsaker redusert mobiliseringsevne over tid, ifølge noen av informantene. *«Jeg kan komme her en gang i uken og gi aktivitet og fremme aktivitet, men effekten i det er fint lite hvis ingenting blir gjort de andre dagene»* (Informant 3).

## 5. Diskusjon

### 5.1 Fysioterapeutens oppgaver på et sykehjem

#### 5.1.1 Fysioterapeuten som tilrettelegger – hjelpemiddelformidling og rådgivning er viktige oppgaver

Det er et ønske fra regjeringen om at det skal være størst mulig kompetanse i kommunene når det gjelder tilrettelegging av hjelpemidler, og en foreslått løsning er å opprette flere stillinger for ergo- og fysioterapeuter (Arbeids- og sosialdepartementet, 2017). Dette vil også kunne være med å øke mengden av disse faggruppene på sykehjem. Flere av informantene la vekt på hvor stor del av jobben som gikk med til å tilrettelegge hjelpemidler for beboerne, og at dette ikke var noe som var lagt særlig mye vekt på i utdanningen. Likevel har det blitt en stor del av jobben til fysioterapeuter som jobber i sykehjem, og ellers i kommunen. Målet med mange hjelpemidler er å optimalisere den funksjonen som den enkelte bruker har, og opprettholde størst mulig selvstendighet hos den som får hjelpemiddelet. En fysioterapeut sin oppgave er å vurdere om det er et behov for nettopp dette hjelpemiddelet, og se hvordan det kan hjelpe beboeren. Målet er ikke å sy puter under armene på beboerne, men finne måter å ta i bruk den funksjonen som er til stede. En av informantene tar frem eksempelet med tildeling av komfortrullestol, som kan føre til at funksjon går tapt fordi kroppen blir mindre brukt. Flere av informantene nevnte rådgivning av de andre ansatte som en stor del av jobben.

Fysioterapeutene som er knyttet opp mot kommunen har veiledning som en av sine arbeidsoppgaver, for å sikre forebygging av sykdommer og legge til rette for fysisk aktivitet (Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, 2017). Rådgivning favner stort og kan gjelde alt fra råd om oppfølging av den enkelte beboer, til forflytningstrening for de ansatte. Ingen faggruppe kan alt, så kanskje er det viktig å anerkjenne hvilken kunnskap de andre faggruppene har, og hva de kan bidra med? Ut fra flere av intervjuene kan det tyde på at rådgivning og hjelpemiddelformidling er de to tingene som fysioterapeuter med lave stillingsprosenter føler at de kan bidra skikkelig med på et sykehjem.

#### 5.1.2 Fysioterapeuten som behandler – mest individuell behandling av akutte tilfeller

Fysioterapeuter har en viktig rolle for å fremme helse i befolkningen, og har dette som en del av sin arbeidsbeskrivelse. En av informantene fortalte at det er viktig at fysioterapeuter ikke kun er rådgivere, men også bruker resten av kompetansen sin. I et helsefremmende perspektiv snakkes det ofte om primær-, sekundær-, og tertiær forebygging (Naidoo & Wills, 2016, s.76).

Det er viktig å skille mellom den generelle forebyggingen, som fysioterapeuten kan gi råd om og som andre kan utføre, og den spesialiserte forebyggingen eller behandlingen. Forskrift for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale slår fast at fysioterapi skal inneholde veiledning og opplæring av individer, men også undersøkelse, behandling, forebygging og rehabilitering (Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, 2017). Tertiær forebygging gjelder dem som allerede er rammet av en sykdom eller helseplage, og sekundær forebygging gjelder dem som er i risikogruppen for å utvikle en sykdom eller helseplage (Naidoo & Wills, 2016, s. 76). Her er det som regel gunstig med mer spesialisert kunnskap om hvilken behandling beboeren eller pasienten trenger. Individuell behandling ble fremhevet som den behandlingstilnærmingen som ble mest brukt av informantene. Dette skyldtes blant annet eldre og sykere beboere enn det har vært tidligere, som gjorde det vanskeligere å ha behandling i grupper. En viktig motivasjon for fysioterapeuter som skal legge til rette for fysisk aktivitet på sykehjem, er å vite at beboerne får en fysisk og psykisk effekt av tiltaket (Baert et al., 2015). En av informantene omtaler fenomenet «brannslukking». De som er dårligst blir prioritert for behandling, mens de friske ikke får det samme tilbudet før de også svekkes. Man kan spørre seg om hva som skjedde med den forbyggende biten av fysioterapi? Fysioterapeuten har en viktig rolle med å ikke bare gi råd og ta de beboerne som trenger det mest, men også å kunne være med å forhindre funksjonsfall grunnet inaktivitet. For dette formålet ble treningsgrupper for dem som var mer friske nevnt av informantene. Gruppene gav en mulighet til å ta tak i dem som ellers ikke hadde blitt prioritert. Fysioterapeuten har en variert og viktig rolle på et sykehjem, men kanskje er det fremdeles endringer som kan gjøres for at ressursbruken blir optimal for fysioterapeuter.

## **5.2 Forutsetning for tilrettelegging av fysisk aktivitet**

### **5.2.1 Strukturelt – organisering av arbeidsdag og sykehjemmets fasiliteter spiller en stor rolle**

Det spiller en rolle om vi føler at omgivelsene legger til rette for den jobben vi skal gjøre, eller om de hindrer oss. Flere av informantene pekte på forhold ved sykehjemmene som de jobbet på, som ikke var optimale, og som gjorde det vanskelig å få gjort den jobben som var tiltenkt. En mulig motivator for fysioterapeuter til å legge til rette for fysisk aktivitet for eldre på sykehjem, er å skape variasjon i fysisk aktivitet, slik at det ikke blir kjedelig for beboerne



(Baert et al., 2015). Men hvordan føles det når det ikke er omgivelser som legger til rette for variasjon? Når det ikke er treningsrom og knapt med utstyr, og mye av tiden må gå med til å skulle legge best mulig til rette for fysisk aktivitet i de omgivelsene som finnes. Man kan tenke seg at mye av kompetansen en fysioterapeut har, blir vanskelig å benytte seg av hvis det ikke er utstyr eller fasiliteter som er tilgjengelig. ADL-trening er et tiltak som kan ha god nytte, men som regel er det positivt å kunne supplere med andre behandlingsformer, som for eksempel trening med vekter, strikk eller behandling på benk. En barriere som eldre har beskrevet for å være fysisk aktiv er omgivelsene (Franco et al., 2015). Hvis omgivelsene ikke er tilrettelagt for å kunne komme seg fra A til B, kan det gjøre noe med motivasjonen for å gjøre ting på egenhånd. Flere av informantene synes at selve utformingen av sykehjemmene legger til rette for at beboerne skal kunne være aktive. Selv om utformingen legger til rette for fysisk aktivitet, kan måten arbeidsdagen er strukturert på, gjøre det vanskelig å få til. En fysioterapeut må gjerne være dynamisk på sykehjemmet, og gjøre det som lar seg gjøre for øyeblikket. Man kan spørre seg om det er en positiv eller negativ ting å hele tiden måtte tilpasse seg til de mulighetene man har rundt seg.

### **5.2.2 Opplevd respons hos beboerne – ønske om å bli sett og være mer fysisk aktiv**

Noe av det som er beskrevet i litteraturen som motivatorer for eldre for å være i fysisk aktivitet, er å ha en profesjonell instruktør og oppfordring fra andre (Franco et al., 2015). Flere av informantene hadde en opplevelse av at flesteparten av beboerne ønsket å være fysisk aktive, men likevel viser tall at aktivitetsmengden går kraftig ned med alderen (Hansen et al., 2015). Dette kan kanskje tyde på manglende tilbud. Andelen av de eldre som har en demensdiagnose kan dreie seg om så mye som 80 prosent av de som bor på sykehjem (Helsedirektoratet, 2017). Selv om en person har en demensdiagnose, betyr ikke det at lysten eller behovet for å være i aktivitet er noe mindre, men det er kanskje vanskeligere å uttrykke hva man vil. En av informantene beskriver at treningsgruppene for personer med demens har en god effekt, og de blir roligere, i bedre fysisk forfatning og de husker mer av omgivelsene. Effekten som informanten beskrev har støtte i litteraturen, og gir et godt argument for hvorfor det er viktig at også de som har demens får være i fysisk aktivitet (Li et al., 2018).

Selv om det er mange som ønsker å være fysisk aktive, har flere av informantene også erfaring med at det ikke er alle som har motivasjon eller lyst til å trene. Blant barrierene for fysisk aktivitet som er blitt beskrevet av eldre, finner man smerter, ubehag og opprettholdelse av gamle vaner (Franco et al., 2015). En av informantene beskrev at de beboerne som kommer inn nå er vant til å være i mye aktivitet. Likevel er det nok ikke alle eldre som er vant til å være i fysisk aktivitet eller trene, utenom det som kan omtales som jobb. Som forfatterne konkluderer med i artikkelen om Eldres perspektiver på fysisk aktivitet, så trenger de eldre å få mer kunnskap om effektene av fysisk aktivitet slik at de har bedre forutsetninger til å ta kloke valg selv (Franco et al., 2015).

### **5.2.3 Stillingsprosent og antall fysioterapeuter – det er behov for mer fysioterapi i sykehjem**

Flere av informantene fortalte at de hadde tidsmangel på å gjøre de arbeidsoppgavene som skulle gjøres på sykehjemmet. Fysioterapeuter som jobber i kommunen, har forskrifter som forteller hva fysioterapitjenesten bør inneholde. Det er problematisk hvis fysioterapeuten ikke får gjort den jobben han eller hun er pålagt å gjøre. Forskriften for fysioterapeuter som jobber i kommunen forteller blant annet at det skal legges til rette for forebyggende tiltak og vurdering av hjelpemidler (Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale, 2017). En av informantene forteller at hun ikke får gjort den jobben som er ønsket eller tiltenkt på sykehjemmet. Små stillinger som er knyttet mye ansvar eller arbeidsoppgaver til, kan gjøre jobben vanskelig og lite givende i lengden. Det har vært oppe i politikken at det trengs mer ergo- og fysioterapi på sykehjem (Toppe & Greni, 2015), men informantene hevder at eldre på sykehjem fremdeles er en nedprioritert gruppe i samfunnet. Man kan spørre seg om ikke de samme kravene burde gjelde for sykehjem som for resten av befolkningen, når det gjelder tilbud om fysioterapi. Helsedirektoratet har kommet med sine anbefalinger for hva som bør være det minimale av fysisk aktivitet for eldre (Helsedirektoratet, 2019), men er dette et mål som får den oppmerksomheten det fortjener på sykehjem? Flere av informantene fortalte at antall jobbdager i uken og antall fysioterapeuter som jobber på sykehjemmet, har innvirkning på hvor mye som blir gjort og hva som kan prioriteres. Muligens er dette en indikator på at det må større stillinger til for at fysioterapeutens rolle skal kunne være utslagsgivende på sykehjem.

## 5.3 Arbeidskultur og perspektiver på fysisk aktivitet

### 5.3.1 Ledelse – viktig for å skape et miljø for fysisk aktivitet

Ledelsen sin oppfatning av betydningen av fysisk aktivitet vil som regel alltid påvirke resten av de ansatte. Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen har ansvar for at det er et aktivitetstiltak for alle aldersgrupper, og dermed også for de eldre (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Sykehjemmene som er en del av kommunens ansvar, kommer innunder dette regelverket, og det er viktig å tenke over hvilke tiltak som kan fremme den fysiske aktiviteten også her. Flere av informantene påpekte at ledelsen hadde stor innvirkning på hvordan de andre ansatte tenker og handler med tanke på betydningen av fysisk aktivitet. Lite støtte fra ledelsen er beskrevet som en barriere for organisering av fysisk aktivitet for fysioterapeuter (Baert et al., 2015). Kanskje er det viktig med ansvarliggjøring av institusjonsledere, og utfordre dem på kunnskap om fysisk aktivitet og trening, og hvilke signaler de sender ut til de ansatte? Husker ledelsen på at eldre, på lik linje med alle andre, har godt av å være i aktivitet, og de helseeffektene dette kan føre til (Sullivan et al., 2019)? Selvfølgelig er det da viktig å påpeke at eldre kommer på sykehjem for en grunn, men det er en stor forskjell på å være hjelpetrengende og hjelpeløs. Selv om man er kommet på sykehjem er det fremdeles tiltak som kan hjelpe enkeltmennesker å ha det bedre i hverdagen (Hart & Buck, 2019).

### 5.3.2 Tverrfaglig samarbeid – viktigheten av god dialog og økt kunnskap om fysioterapi

Tverrfaglig samarbeid har i økende grad fått en plass i helsevesenet, og forskning viser at behandlingen av pasienten kan bli bedre når kommunikasjon mellom faggruppene, og kunnskap om hverandres jobb, blir større (Zwarenstein et al., 2009). Selv om det er mye som tyder på at tverrfaglig samarbeid er et fornuftig prinsipp å jobbe etter, forteller flere av informantene at det er utfordrende å gjennomføre. Målet er, som samhandlingsreformen fastslår, mer helhetlig behandling og mer fornuftig bruk av ressurser, og da er tverrfaglig samarbeid en viktig faktor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Likevel beskriver informantene at det er utfordrende å få til tverrfaglig samarbeid i praksis. Tiden strekker ikke til, eller de daglige rutinene er for forskjellige for de ulike helsearbeiderne til at det lar seg gjennomføre. Det kan tenkes at selv om det skjer store omveltninger både politisk og i forskningen, så tar det tid før det blir dannet nye vaner og rutiner rundt om på landets sykehjem. De som utdanner seg i helsefag i dag lærer fra begynnelsen at det er viktig å jobbe

tverrfaglig, de får kunnskap om hva andre faggrupper kan bidra med, og hvordan man kan utfylle hverandre (World Health Organization, 2010). Men hva med dem som har jobbet i et helseyrke i mange år, og ikke har fått den samme grunnforståelsen av tverrfaglig samarbeid? En av informantene trakk frem at de som jobbet på sykehjemmet ikke hadde en forståelse av hva en fysioterapeut kunne bidra med, og hun opplevde at pasienter ikke ble henvist til henne. Erfaring vil alltid være en viktig faktor for fagutøvelsen, og hvordan jobben utføres vil være preget av innarbeidede rutiner. Rutiner er som regel en god ting og sørger for effektiv bruk av tid, men det kan muligens føre til problemer når de vanlige rutinene forandrer seg. Et uttrykk sier at en gammel hund kan ikke lære nye triks. Satt på spissen kan det kanskje også føles slik når nye rutiner eller faggrupper skal etablere seg i et miljø som har vært lenge. En av informantene drar frem at det er en sammenheng mellom hvor lenge fysioterapitjenesten har holdt til på et sykehjem, og hvor godt samarbeidet er der. Ut fra intervjuene kan det virke som om det er en sterk sammenheng mellom hvor godt informantene følte det tverrfaglige samarbeidet var, og hvor lenge det hadde vært knyttet fysioterapeut til sykehjemmet. Kanskje holder det ikke å høre fra høyere hold at målet er å jobbe tverrfaglig. De som jobber ute i feltet må få vite mer om hvorfor dette samarbeidet er viktig, og ikke minst bli opplært i hva de andre faggruppene kan bidra med.

### **5.3.3 Syn på fysisk aktivitet – kunnskap og effektivisering**

Hvem har ansvar for å tilrettelegge for beboeres fysiske aktivitet? Informantene uttrykte at fysioterapeut og ledelse spiller en viktig rolle, men trolig spiller de som er med beboerne hver eneste dag en mye større rolle. Ofte skilles det mellom forskjellige nivå av forbyggende tiltak. Det som kalles for den primære forebyggingen, kan omhandle generell aktivitet som alle kan være med å legge til rette for (Naidoo & Wills, 2016, s. 76). Den fysiske aktiviteten er med på å forebygge sykdom, fremme livskvalitet og sørger for at beboerne kan være mer selvstendige (Roberts et al., 2017). Hvordan den enkelte handler kan ofte styres av kunnskapen han eller hun besitter. Flere av informantene mente at kunnskapen om fysisk aktivitet hos pleiepersonellet var varierende, og at dette fikk utslag på om de så verdien av fysisk aktivitet eller ikke. Et av aspektene som ble dratt frem av informantene var ulike syn på hva god alderdom er blant de andre ansatte. Noen tenkte at det er best å hjelpe beboerne med alt, mens andre vil få dem til å gjøre mest mulig selv. Alle ønsket nok å gjøre det beste for de eldre, men med gjeldende kunnskap om hva fysisk aktivitet har å bidra med for denne aldersgruppen, kan man spørre seg om en passiv tilnærming blir en bjørnetjeneste. Samtidig tyder opplevelsene til en av informantene på at det har blitt et større fokus på den fysiske

aktiviteten og tilrettelegging for at de eldre skal få gjøre mest mulig selv. Foreløpig er nok endringene størst på områder som går på hygiene og stell, men flere av informantene peker på at sykehjemmene også har ulike tiltak som sittegym og aktivitetløyper som skal fasilitere til mer aktivitet. Stortingsmeldingen «Lev hele livet» gir eksempler på måter eldreomsorg er gjennomført forskjellige steder i landet, og som får god respons hos beboerne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Mye er gjort hvis alle som er ansatt på sykehjem ser sin rolle som bidragsyter for å skape et godt aktivitetstiljø for dem som bor der.

## 6. Konklusjon

Problemstillingen som er besvart i denne oppgaven er:

*«Hvordan opplever fysioterapeuter som jobber med beboere/brukere med langtids plass på sykehjem å skulle bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet?»*

Fysioterapeuter som jobber på sykehjem opplever at hjelpemiddelformidling og rådgivning er en stor del av jobben. Det blir løftet frem at fysioterapeuten ikke kun må få en rolle som rådgiver, men få brukt hele sin faglige kompetanse. Individuell behandling er hyppig brukt som behandlingsform for de mest prioriterte beboerne, mens gruppetrening nevnes som en måte å gi tilbud til dem som er for friske til å bli prioritert. Noen av fysioterapeutene trekker frem tidsmangel, og bruker begreper som brannslukning for å beskrive jobben som blir gjort.

Hvor lett det var å tilrettelegge for fysisk aktivitet på sykehjemmet varierte. Strukturelle forutsetninger i form av daglige rutiner og tilgjengelige fasiliteter, ble nevnt som viktige faktorer. Lite utstyr og treningsfasiliteter hadde påvirkning på hvilken behandling man kunne tilby. Beboernes motivasjon var en viktig forutsetning, og de fleste fysioterapeutene hadde en opplevelse av at flesteparten av beboerne ønsket mer fysisk aktivitet. Samtlige fysioterapeuter ser et behov for flere fysioterapeuter på sykehjem, og at lave stillingsprosjenter gjør det vanskelig å gjennomføre den ønskede jobben.

Flere av fysioterapeutene pekte på at ledelsen har en viktig rolle for å skape mer fysisk aktivitet blant beboerne. Samarbeid og relasjon med de andre faggruppene ble også nevnt som utslagsgivende. Lite kunnskap om hva en fysioterapeut kan bidra med, kunne være en barriere for tilrettelegging av fysisk aktivitet. Kulturforskjell og hva som regnes som god aldring, kan påvirke hvor mye beboerne gjør selv og hva som blir gjort for dem. Kunnskap om effekt av fysisk aktivitet ble beskrevet som varierende hos pleiepersonell, men en av fysioterapeutene syntes det hadde blitt bedre den siste tiden.

Å tilrettelegge for fysisk aktivitet for alle beboere på sykehjem er viktig og nødvendig. Forskningen viser at fysisk aktivitet gir både fysiske og psykiske goder, og kan være med å øke livskvalitet hos mange eldre. Er målet med eldreomsorg å være mest mulig kostnadseffektiv, eller å ha en eldreomsorg som har individet i sentrum, og fokus på at hver enkelt skal ha en verdig og god alderdom?

Andre aktuelle områder som kunne vært interessante å belyse ut fra problemstillingen er velferdsteknologi, virkning av musikk eller sosiale tiltak. Grunnet oppgavens fysiske rammer ble disse ikke tatt med, men er relevante for videre forskning.

## 7. Refferanseliste

- Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling– for økt deltakelse og mestring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/869af6e38d594020a851ace0b11dc12e/en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelformidling.pdf>
- Baert, V., Gorus, E., Guldemont, N., De Coster, S., & Bautmans, I. (2015). Physiotherapists' Perceived Motivators and Barriers for Organizing Physical Activity for Older Long-Term Care Facility Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(5), 371-379. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.010>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 464-474. doi:<https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Bahr, R. (2018). fysisk aktivitet. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 25. april 2019 fra [https://sml.snl.no/fysisk\\_aktivitet](https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet)
- Baker, L., Egan-Lee, E., Martimianakis, M. A., & Reeves, S. (2011). Relationships of power: implications for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 25(2), 98-104. doi:10.3109/13561820.2010.505350
- Beyer, N. (2010). Problemstillinger i forbindelse med aldring. I N. Beyer, H. Lund, & K. Klinge (Red.), *Trøning i forebyggelse, behandling og rehabilitering* (s. 183-190). København: Munksgaard.
- Blix, H. S., Berg, C. L., Hjellvik, V., & Husabø, K. J. (2018). Helse hos eldre. Hentet 06. mai 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#legemiddelbruk>
- Bryhn, R. (2017). trening. In *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 18. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/trening>
- Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale. (2017). Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav for fysioterapeuter med kommunal driftsavtale (FOR-2017-09-01-1334). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-01-1334>
- Franco, M. R., Tong, A., Howard, K., Sherrington, C., Ferreira, P. H., Pinto, R. Z., & Ferreira, M. L. (2015). Older peoples perspectives on participation in physical activity: a



- systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *British Journal of Sports Medicine*, 49(19), 1268-1276. doi:10.1136/bjsports-2014-094015
- Franklin, B. A., & O'Connor, F. G. (2019). Exercise for adults: Terminology, patient assessment, and medical clearance. I K. B. Fields & J. Grayzel (Red.), *UpToDate*. Hentet 08. mai 2019 fra [https://www.uptodate.com/contents/exercise-for-adults-terminology-patient-assessment-and-medical-clearance?search=balance&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H2267182685](https://www.uptodate.com/contents/exercise-for-adults-terminology-patient-assessment-and-medical-clearance?search=balance&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2267182685)
- Hansen, B. H., Anderssen, S. A., Steene-Johannessen, J., Ekelund, U., Nilsen, A. K., Andersen, I., . . . Kolle, E. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge - Nasjonal kartlegging 2014-2015 (IS-2367)*. Oslo:Helsedirektoratet.
- Hart, P. D., & Buck, D. J. (2019). The effect of resistance training on health-related quality of life in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Health promotion perspectives*, 9(1), 1-12. doi:10.15171/hpp.2019.01
- Helbostad, J. L. (2016). Forebygging av funksjonstap og falltendens. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre (s.111-144)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- På rett sted- Til rett tid*. (St. meld. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Rom for omsorg: Behov for utbygging og fornyelse av landets sykehjem og omsorgsboliger*. Hentet fra

[https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115\\_rom\\_for\\_omsorg.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/bdba889a5fad49db9485f688551cebee/161115_rom_for_omsorg.pdf)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve Hele Livet: En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2018-12-20-113). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens* (IS-2658). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>
- Helsedirektoratet. (2019, 29. april). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Hunter, G. R., McCarthy, J. P., & Bamman, M. M. (2004). Effects of resistance training on older adults. *Sports medicine*, 34(5), 329-348. doi:10.2165/00007256-200434050-00005
- Jensen, A., & Ekornrud, T. (2019, 22. mars). Færre institusjonsplassar i omsorgstenesta. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/faerre-institusjonsplassar-i-omsorgstenesta>
- Jette, M., Sidney, K., & Blumchen, G. (1990). Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clinical cardiology*, 13(8). doi:<https://doi.org/10.1002/clc.4960130809>
- Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. (2015). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330-339. doi:10.1111/scs.12249
- Kohrt, W. M., Malley, M. T., Coggan, A. R., Spina, R. J., Ogawa, T., Ehsani, A. A., . . . Holloszy, J. O. (1991). Effects of gender, age, and fitness level on response of VO<sub>2</sub>max to training in 60-71 yr olds. *Journal of applied physiology*, 71(5). doi:<https://doi.org/10.1152/jappl.1991.71.5.2004>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A., & Tønnessen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018 Modeller, forutsetninger og resultater*. Hentet fra [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/354129?\\_ts=1643ab45088](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/354129?_ts=1643ab45088)
- Lexell, J., Frändin, K., & Helbostad, J. L. (2017). Fysisk aktivitet for eldre. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 62-71). Bergen: Fagbokforlaget.
- Li, Z., Peng, X., Xiang, W., Han, J., & Li, K. (2018). The effect of resistance training on cognitive function in the older adults: a systematic review of randomized clinical trials. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(11), 1259-1273. doi:10.1007/s40520-018-0998-6
- Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety*, 13(1), 57-65. doi:10.1517/14740338.2013.827660
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morey, M. C. (2019). Physical activity and exercise in older adults. I K. E. Schmader (Red.), *UpToDate*. Hentet 07 mai 2019 fra [https://www.uptodate.com/contents/physical-activity-and-exercise-in-older-adults?search=aerobic%20training&source=search\\_result&selectedTitle=4~150&usage\\_type=default&display\\_rank=4#H4894184](https://www.uptodate.com/contents/physical-activity-and-exercise-in-older-adults?search=aerobic%20training&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H4894184)
- Mura, G., & Carta, M. G. (2013). Physical activity in depressed elderly. A systematic review. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 9, 125-135. doi:10.2174/1745017901309010125

- Naidoo, J., & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4. Utg.). Amsterdam: Elsevier.
- Roberts, C. E., Phillips, L. H., Cooper, C. L., Gray, S., & Allan, J. L. (2017). Effect of different types of physical activity on activities of daily living in older adults: systematic review and meta-analysis. *Journal of Aging and Physical Activity, 25*(4), 653-670.  
doi:<https://doi.org/10.1123/japa.2016-0201>
- Selmer-Anderssen, I. (2018). Over halvparten av oss blir over 80 år, og stadig sprekere. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/over-halvparten-av-oss-blir-over-80-ar-og-stadig-sprekere>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. & Haug, E. (2001) *Menneskets fysiologi* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Sletvold, O. (2016). Aldring som normalforandring. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (s. 19-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Smith, P. J., Blumenthal, J. A., Hoffman, B. M., Cooper, H., Strauman, T. A., Welsh-Bohmer, K., . . . Sherwood, A. (2010). Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosomatic medicine, 72*(3), 239-252. doi:10.1097/PSY.0b013e3181d14633
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 15. juni). *Omsorgstjenester*. Hentet 25. april 2019 fra <https://www.ssb.no/pleie>
- Sullivan, J., Feigenbaum, J., & Baraki, A. (2019). Strength training for health in adults: Terminology, principles, benefits, and risks. I F. O'Connor & J. Grayzel (Red.), *UpToDate*. Hentet 05. mai fra [https://www.uptodate.com/contents/strength-training-for-health-in-adults-terminology-principles-benefits-and-risks?search=strength%20training&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1742516708](https://www.uptodate.com/contents/strength-training-for-health-in-adults-terminology-principles-benefits-and-risks?search=strength%20training&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1742516708)
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Toppe, K., & Greni, H. (2015). *Representantforslag 34S*. (8:34S). Hentet fra <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/representantforslag/2015-2016/dok8-201516-034.pdf>

- World Health Organization.(2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Hentet fra [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- Wyller, T. B. (2016). Den gamle pasienten. I J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (pp. 145-168). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Zacho, M. (2010). Kondisjonstræning. I N. Beyer, H. Lund, & K. Klinge (Red.), *Træning i forebygging, behandling og rehabilitering* (s. 139-148). København: Munksgaard.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2
- Østerås, H., & Helbostad, J. L. (2016). Fysisk aktivitet og trening som helsefremming, forebygging og behandling. In J. L. Helbostad, R. Granbo, & H. Østerås (Red.), *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre*(s. 61-81). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

## Intervjuguide til Bacheloroppgave

- Fortell hvilken utdanning du har
  - o Jobberfaring
  - o Jobber med nå
- Hva er viktig for deg i jobben som fysioterapeut?
- Kan du fortelle om stillingen din og hvilke arbeidsoppgaver du har?
  - o Bare sykehjem eller korttidsavdeling
  - o 100% eller lavere stillingsprosent
- (Hvis vedkommende jobber ved korttidsavdeling også) Hvordan vil du si at er tidsbruken din er mellom disse avdelingene?
  - o Ressursbruk, prioritering
- Hvordan ville en perfekt arbeidsdag på sykehjemmet vært, hvis du fikk velge fritt?
- Hvordan opplever du arbeidshverdagen din, med tanke på å skulle rekke over alle arbeidsoppgavene?
- Hva tenker du om tilretteleggingen av fysisk aktivitet blant de eldre på sykehjemmet? Har du noen tanker om hva som kan være fasilitatorer og barrierer?
- Hva er utfordringen med å skulle legge til rette for mer fysisk aktivitet på et sykehjem?
  - o Tidsklemmen
  - o Motivasjon
  - o Selvbestemmelse
- Hvilke yrkesgrupper jobber på dette sykehjemmet?
  - o Aktivitører?
- Hvordan er samarbeidet mellom de forskjellige yrkesgruppene?
  - o Tverrfaglig samarbeid
  - o Betydning av struktur og organisering
- Hvem har størst ansvar for å legge til rette for fysisk aktivitet på sykehjemmet?
  - o Rådgiving om fysisk aktivitet
- Er det et fokus på å jobbe kunnskapsbasert for din egen del og de andre som jobber her?
  - o Hva er den vanligste kunnskapskilden
- Er det noe annet som jeg har utelatt å spørre om som du vil fortelle inn mot dette temaet?

# Informert samtykke

1. Presentasjon av student og oppgave

Dette er en del av bacheloroppgaven til 3. årsstudent Ole Martin Bønes ved bachelor fysioterapi ved Høgskulen på Vestlandet, og er en del av den endelige vurderingen i studieretningen. I forbindelse med dette har jeg interesse av å intervju 2 fysioterapeuter som jobber i tilknytning til langtids plassene ved et sykehjem.

2. Problemstilling

Hvordan opplever fysioterapeuter å skulle bidra til fysisk aktivitet hos beboere/brukere med langtids plass på sykehjem?

3. Metode

For å belyse denne problemstillingen blir kvalitativ metodologi brukt, gjennom semistrukturerte intervju av 2 fysioterapeuter som jobber inn mot langtidsbeboere på sykehjem. Intervjuene vil bli tatt opp på lyd bånd, og videre transkribert (fra tale til tekst) og analysert.

4. Hensikt

Gjennom denne bacheloroppgaven håper jeg å få en større innsikt i hvordan det er å jobbe som fysioterapeut på sykehjem og hva som kan gjøre jobben givende og hva som gjør den utfordrende.

5. Tidspunkt for datainnsamling og frist for innlevering av ferdig oppgave

Oppgaven skal skrives i perioden 23.03- 22.05. Datainnsamling skal foregå i den første delen av denne perioden.

6. Taushetsplikt

Intervjuene vil bli anonymisert og innhentet data vil bli slettet etter at bacheloroppgaven er blitt godkjent. Som informant har du rett til å trekke deg fra å delta i oppgaven. Grunnet praktisk gjennomføring av oppgaven, settes det en frist til 20. April med å trekke seg som informant. Som student har jeg skrevet under på taushetserklæring som hindrer at den informasjonen som du bidrar med blir brukt til noe annet enn bacheloroppgaven.

Vennlig hilsen

Dato:

---

## Samtykkeerklæring:

Under skriver du under på at du som informant samtykker til å bli intervjuet. Dette innebærer også at du har fått informasjon og har forstått hva oppgaven går ut på, og at du er positiv til å være med som informant.

Navn:

Dato:

---

---

Signatur:

---



## Vedlegg 3

### Transkripsjon- Informant 1

Intervjuer: A

Informant: B

A: Kan du fortelle litt om hvilken utdanning du har?

B: Ja- Jeg er utdannet fysioterapeut. Har ikke noen videreutdanning.

A: Nei. Jobberfaring og sånt?

B: Jeg har jobbet i bydel i (navngitt kommune 1) i ja, 3, 3 og et halvt år kanskje. Og så i turnusen var jeg jo da også et halvt år i bydel og et halvt år på sykehus. Så har jeg jobbet litt på helsehus. Eeh, Og ja, det er kanskje det som er mest relevant for fysioterapi-linket da.

A: Og nå jobber du med?

B: Nå jobber jeg også i bydel, med hjemmeboende da. Fra 18 år og oppover, altså voksne. Og det var også det jeg gjorde i (navngitt kommune 1).

A: Men så har du også hatt en stilling der du har jobbet på sykehjem.

B: Ja, jeg hadde en stilling ja, cirka et halvt år da. Der jeg jobbet på sykehjem da, på tre sykehjem. Så 50% på ett og 25% på to andre.

A: Men hva, det er jo det jeg er mest interessert i da, denne herre jobben din på sykehjemmet. Eh, så da snakker vi nok litt i fortid, hvordan det var for deg å jobbe *der*, i den perioden, og så kanskje litt kontra hvordan det er å jobbe her.

B: Mhm, ja

A: Men så lurer jeg på, hva er viktig for deg i jobben som fysioterapeut?

B: Ja, det som er viktig for meg, det er å kunne hjelpe andre folk og ja, ha det bedre, og mestre mer selv, og da også eventuelt tilrettelegge for at de skal kunne klare dette bedre på egenhånd da. Hva det enn nå måtte være. Eh, så ja, å hjelpe mennesker til å ha det bedre eller klare seg bedre på egenhånd da.

A: Mhm. Ehm, ja. Jeg lurer litt på, kan du sammenligne hvordan det er å jobbe her kontra det å jobbe 100% på sykehjem?

B: Ja, altså det som kanskje er den største forskjellen da, når jeg jobbet på sykehjemmene var det veldig mye tid som gikk med til hjelpemidler, eh, siden jeg var 50 % et sted og 25% på de andre, spesielt de stedene jeg bare var 25%, så var jeg der så lite at jeg ikke fikk tid til å gjøre noen på en måte verdifull treningsoppfølging da. Så tiden der gikk til hjelpemidler, ta mål og søke rullestoler og ja, ganghjelpemidler, og så veiledning av personalet. Kanskje lage et lite oppsett som de da kunne følge opp, og eventuelt forflytningsveiledning da. Det var på en måte det jeg fikk gjort. På (navngitt sykehjem 1) der jeg jobbet 50% hadde jeg en balansetreningsgruppe eller en styrke- og balansetreningsgruppe to ganger i uken, for der var jeg på en måte 2-3 dager i uken så da fikk jeg gjort en del mer oppfølging enn å bare hjelpemidler omtrent. Mens her når jeg jobber ute, har jeg jo *mye* mindre hjelpemidler og mye mer oppfølging i behandling og trening da.

A: Ja, er du ofte inne på sykehjem?

B: Nå?

A: Ja

B: Ja, ofte og ofte. Vi får jo de henvendelsene som vi på en måte priorit... De blir prioritert på lik linje som dem som bor hjemme da, så vi får jo de. Så jeg er jo innom der jevnt og trutt da hvert fall.

A: Ja. Så da er det ikke så mye hjelpemidler, det er mer konkret..

B: Jo, da er det mest hjelpemidler egentlig.

A: Da er det mest hjelpemidler.

B: De henvendelsene vi får fra sykehjem er i størst grad hjelpemidler.

A: Okei

B: Og så kanskje noen trenings- eh,-veiledning. Eh, men ellers er det lite fast oppfølging av, eh, beboere som er på langtid. De blir, det blir mer ansvar lagt over på de ansatte, at de skal følge det opp. Det blir ja.. Så de er ikke så veldig prioritert målgruppe da.

A: Nei. Eh, du snakket litt om det når du jobbet der, at du fremdeles, det var mest hjelpemidler som du fikk tid til, hadde du noe, eh, individuell behandling? Eller var det..?

B: Ja, jeg hadde noen individuell behandling på noen beboere, gjerne da hvis det hadde vært et lårhalsbrudd sant, at man fikk dem litt opp da, eller hvis de trengte lungefysio eller ja, forflytningstrening etter funksjonsfall, så prøvde jeg på en måte å være tilgjengelig og de fikk jo mye mer enn det de som ikke har fysio knyttet til sykehjemmet får, vil jeg anta hvert fall. Eh, men hvert fall de stedene jeg bare var 25%, så var jeg der altfor lite til å kunne gi den oppfølgingen som jeg egentlig ønsket å gi da. Eh, så der manglet, kjente jeg veldig på tidsmangel, og at jeg gjerne skulle fulgt opp mer enn det jeg hadde mulighet til da. Det var mye sånn, ah, her skulle jeg gjerne fulgt opp to ganger i uken hvert fall kanskje. Eller, og der måtte jeg bare gi ansvaret videre til de ansatte og så er det jo veldig mange ansatte, og det er garantert at det er noen andre som er på jobb neste gang jeg kommer på jobb så ble det liksom samme opp igjen, at jeg må gjøre den samme opplæringen på nytt, og så gjør man gjerne det 4-5 uker før kanskje en rutine er etablert, så ting tar enormt lang tid å få på plass da. Eh, så det var dårlig utnyttet stilling, å være såpass lite, det jeg fikk på en måte gjort bra, var på en måte å få hjelpemidler raskt på plass. Eh, annen behandling var dårlig.. dårlig lagt likom tilrettelagt til å få til da. Og det var nok derfor, og så er jeg nok egentlig ikke, eh, det var nok derfor jeg sa opp stillingen, den stillingen der, for jeg følte ikke jeg fikk gjort den jobben jeg ønsket å gjøre. Eh, som jeg føler at jeg får mer får gjort for brukere i den stillingen jeg har nå da, for nå kan jeg følge opp og vurdere litt mer hvor jeg skal bruke tiden min. Mens der hadde jeg en dag i uken der jeg var på et sykehjem og da fikk du ikke gjort det du ikke klarte å gjøre på den dagen. Og noe sånn særlig trenings, eh, behandling, oppfølging fikk man ikke gjort.

A :Hm. Eh, hvis du skulle, hvis du skulle hatt en perfekt arbeidsdag på et sykehjem da, på et av sykehjemmene, hvordan ville den vært?

B: Nei, altså sånn som jeg jobbet på (navngitt sykehjem 1), der jeg jobbet 50% så følte jeg at jeg fikk gjort veldig mye mer. Det var veldig stor kontrast å jobbe 50% på (navngitt sykehjem 1), mot å jobbe 25% på (navngitt sykehjem 2) og (navngitt sykehjem 3). Så på (navngitt sykehjem 1) følte jeg at det fungerte veldig bra, der hadde jeg på en måte muligheten til å ta unna alt av hjelpemidler ganske effektivt, men også ha mer trening- og behandlingsoppfølging da. Der hadde jo jeg balansegruppe to ganger i uken som på en måte rullet og gikk, og så hadde jeg da oppfølging av de enkelte og personalet, det var mye lettere å bli kjent med personalet og de ble kjent med meg, og de visste hvilken dager jeg var der og så, sånn at de også henvendte seg mye mer til meg, der også da. Så ja, hvis jeg skulle sagt en ideell dag da, er jo på en måte at man kommer, er gjerne med på noen av morgenmøtene, eh, til sykepleierne og så er jo det å komme i gang med eller ja på morgentimene blir det ofte til at man skriver søknader eller bestillinger på hjelpemidler eller får unna de tingene, de type kontortingene og så kan man da komme i gang med, få i gang en balansegruppe rett etter frokost, få unnagiort en effektiv styrke- og balansegruppe og så er det på en måte da individuell behandling resten av dagen da. Eh, så det fungerte mye bedre, ja, hvis man hvert fall bare har 2 dager på ett sykehjem da. Eh, så kan man gjøre veldig mye mer, en dag så blir det liksom litt for knapt til at du får noe ut, eller at beboerne får noe utbytte av, av treningen, det blir litt sånn svakt vedlikehold enn noe mer effekt da.

A: Ja. Eh, jeg lurert litt også på det sånn, fordi nå har du jo snakket litt om trening og sånt, men hva tenker du om tilretteleggingen for fysisk aktivitet på sykehjemmene? Er det noe som du ser er, eh, hjelper til, er sånne fasilitatorer for fysisk aktivitet og noen som er barrierer?

B: Ja, altså nå har jeg jo vært litt borte på sykehjemmene i (navngitt kommune 1) også, siden jeg jobbet der og kan da melde det litt sånn rett frem at det er veldig mye mer tilrettelagt i (navngitt kommune 1) enn det er i (navngitt kommune 2). Eh, det vi har på de sykehjemmene her, er at de har disse sittesyklene, og det er kjempebra, det har jo på en måte (navngitt kommune 2) satset mye på og fått på plass, de siste par årene. Eh, og det er et veldig godt tiltak, men annet enn det så er det, ja, hvis du er heldig så er det en gangbane, kanskje, men det er ikke noe rom der den passer inn så du må gjerne gjøre dette i gangen eller i et fellesområde eller et møterom. Eh, og kanskje det har noen treningsstrikker, men det er på en måte det du har å rutte med av utstyr da. Så det er *ikke* tilrettelagt for at man skal gjøre noe behandling i det hele tatt, det er ingen behandlingsbenker, det er ingen treningsrom, eh, ingen ribbevegger eller balanseputer eller, det er ingenting utstyr. Ikke noe trimrom med, ingen tredemølle, ingen vanlige sykler, ingenting sånn på de sykehjemmene jeg har vært på. Eh, så den behandlingen eller treningen, altså du har jo trappen, det er alltid en trapp tilgjengelig, eh og så er det ofte rekkverk i gangene som man kan benytte seg av. Og ellers er det jo stoler som man kan jobbe mye forflytning inn og ut av seng og ut av stoler og så videre. Eh, så det blir mer en sånn der funksjonell ADL-trening. Og det er jo nyttig, men hvis man skulle gjort noe mer eller hatt en, at man trente 3-4 stykker på en gang i et treningsrom opplevelse, så er ikke det tilrettelagt for å gjøre det da. Så sånn som på (navngitt sykehjem 1) når jeg hadde balansetrening der, så måtte jeg bære inn en gangbane, inn i et møterom, man måtte booke møterommet, jeg måtte rydde møterommet for det var jo fullt i kontor, eh, møbler og pulter og stoler, så det måtte jeg rydde vekk, få inn gangbane, få inn andre stoler, så måtte jeg løpe bort på dagsenteret og stjele noen, eller låne noen balanseputer, eh, og samme når jeg var ferdig, så måtte jeg da rydde vekk alt mitt, rydde på plass igjen alle kontormøblene, eh, så brukte veldig mye mer tid, enn hvis jeg hadde hatt et rom som var tilgjengelig og satt av til meg da. Og hvis det var annen møtevirksomheten så måtte jeg vike da, gjerne. Eh, så, det var ikke et sånn veldig godt tilrettelagt, i motsetning til kanskje sykehjemmene som jeg har vært på i (navngitt kommune 1) der det stort sett har vært et trimrom, der de har litt forskjellig utstyr og apparater, beinpress, sykler, ribbevegg, eh, ja, sånne småhjelpemidler eller utstyr som strikker og baller og ja, sånne type ting, det har de ikke her da. Så det kunne (navngitt kommune 2), skjerpet seg på syns jeg da.

A: Ja, er det noe som kan motivere til fysisk aktivitet, noe som har vært til stede på sykehjemmene som du har..

B: Ja, de har jo ofte sånn, aktivitetene er jo ofte inne i bilde. Og de har jo også på avdelingene litt sånn varierende, men ja, stort sett på alle sykehjemmene så regner jeg med at de har noen sånne aktivitets eh, tiltak med sittegym eller sånn ballonglek, eh, eller noe bevegelse med musikk. Eh, og de har også på flere av sykehjemmene sånne aktivitetsløyper i gangen, der det gjerne er sånn at du skal gå i korridoren og så er det gjerne en plakat, kanskje sånn ta 10 knebøy, eller ta reis og sett deg fra denne stolen, eh, men det er jo det at det bare henger der, og...

A: Det blir ikke fulgt opp?

B: Det blir kanskje ikke fulgt opp så godt som det kunne gjort da. Eh, det er litt sånn varierende fra sted til sted, eller fra sykehjem til sykehjem, om det er noen som er flink til å igangsette tiltaket da. Eh, men man kan jo ofte se at det henger litt alene de tingene da. Men det er, hvert fall hengt opp noen plakater her og der. Ja.

A: Du snakket litt om tid og sånt, og så er det jo veldig kjent med tidsklemmen. Kan du snakke litt om hvordan det er, hvordan det føles å skulle legge til rette for fysisk aktivitet.

B: På sykehjemmene?

A: Ja.

B: For fysioterapeuten eller for personalet?

A: Jeg tenkte først og fremst på deg.

B: Ja, altså det blir jo, ja, det er jo en tidsklemme så du må jo prioritere hvor du vil bruke tiden din, og det er jo opp til den enkelte fysioterapeut i utgangspunktet, men det er jo klart at det, ja, ferske brudd og eh, og liksom hvis de er alvorlig syke, blir jo prioritert. Og hvis det er lungefysio eller, eh, noe som kan på en måte kan gjøre at de umiddelbart får en bedring. Eller en bedre velvære hvert fall, eh, så er jo det første pri på en måte, å få på plass da. Eh, og da blir jo på en måte disse mer vedlikehold trenings eh, og ja det kan man på en måte, alle har jo behov for en oppfølging egentlig. Alle har jo behov for aktivitet og trening, eh, men mange av de som på en måte egentlig er litt friske og klarer seg egentlig ganske godt selv, kanskje bare er dement og derfor har fast plass, eh, de blir jo ikke prioritert. Fordi de er god nok til å liksom gå kanskje med rullator. Eh, men de hadde jo egentlig hatt veldig godt av å ha den treningen sånn at de hadde vedlikeholdt den, sånn at de ikke plutselig falt og ble dårlig og så skulle man da ta og plukke dem opp igjen. Eh, så.. det blir et litt sånn dilemma det der, eller at du hele tiden sånn brannslukking da, du tar på en måte det du må ta, og de tingene eller de pasientene som klarer seg noen lunde greit, de klarer seg noen lunde greit helt til de ikke greier seg og så kommer du inn i bildet der da. Eh, litt bedre der jeg jobbet 50%, der kunne jeg ha denne balansegruppen for der jeg kunne inkludere de som var litt sprekere, og kunne liksom gå litt selv eller gå hvertfall med ganghjelpemiddel da. Eh, så der fikk jo de som på en måte ofte da ikke ble prioritert ellers et tilbud. Eh, men der jeg bare var 25%, der ble, så fikk de ingenting.

A: Nei. Men hvordan opplever du at de som bor på sykehjemmet, eh, hvordan er deres motivasjon for å være fysisk aktiv?

B: Det er jo, det varierer jo litt fra person til person, men de aller fleste setter veldig pris på å få litt tid med fysioterapeutene, jeg tror det er ingen som, svært få som klager på det. Eh, så de fleste vil jo bli sett og at det skjer noe liksom, synes de aller fleste er kjekt, og de vil gjerne. Så absolutt ser jeg at det er motivasjon eh, så lenge det er tilrettelagt deres funksjonsnivå. Eh, ja. At det er mange som vil, men og det er mange som etterspør og sånn som når jeg startet i gang for eksempel den balansegruppen så var jo det etterlengtet og ja. Det er flere som syns at det var et veldig kjekt tiltak da. Eh, der de som kom seg ut av avdelingen, der det var, det var jo på tvers av avdelingene sant, så da kom de fra de ulike avdelingene og møtte kanskje litt de du ikke møtte så veldig ofte hvert fall. Og fikk gjort noe både sosialt og funksjonelt viktig da. Så, jeg tror absolutt motivasjonen for langtidsbeboere for å bevege seg eller trene eller være i mer aktivitet er der, det bare på en måte bare det at det ikke alltid er så gode tilbud da, og hvert fall de sykehjemmene som, stort sett da ikke har noe fysioterapi eller fysioterapeut knyttet til seg fast de, jeg vet ikke om de tenker på det, for de liksom aldri fått opplevd det. Sant, så de vet ikke at det er noe de skulle fått eller forventet. Og så er det jo en generasjon som kanskje ikke spør, sånn generelt sett så spør de ikke om for mye da. De er liksom ikke vant til at de skal kunne få eh, trening som en selvfølge. Så det.. Det blir kanskje litt annerledes om 20 år. Da er det en annen forventning.

A: Da vet de hva de skal ha?

B: Mhm

A: Eh, du snakket litt om aktivitetene. Er det et stort fokus på det å jobbe tverrfaglig på sykehjem?

B: Mm, Nei, det er det nok ikke. Det er nok litt også fordi sånt som de der denne prosjektstillingen var knyttet opp, der jeg var 25% så var de jo ikke vant til å ha fysioterapeut, så de var jo egentlig ikke vant til å spille på lag med fysio. Eh, så derfor så, tok det, det var veldig trott å komme i gang med noe samarbeid, fordi de tenkte ikke på det. Hvis du spurte en hvem som helst på avdelingen om hva en fysioterapeut kunne bidra med, så var det sånn; søke rullestol? Det var på en måte det de tenkte en fysioterapeut gjorde. Eh, å ha noe videre tverrfaglig samarbeid eller å se hvilke pasienter som kunne hatt utbytte av fysioterapi i annen grad enn å søke en komfortrullestol, det, det liksom slet jeg fremdeles med når jeg sluttet med, jeg kunne sende mail på mail ut at, ja hvis dere har en pasient som har den eller den eller den problematikken så må dere bare henvise det også. Og det var det sånn; åja, kan du gjøre det? Det var liksom ofte den tilbakemeldingen man fikk da. Eh, aktivitetene tror jeg jeg aldri har fått nesten noen henvendelse fra. Eh, i forhold til fysioterapi, så det er nok absolutt en vei å gå. Eh, å få et bedre samarbeid, eh, både sykepleierne, avdelingslederne, assistentene, hjelpe, altså, generelt alle arbeidsgruppene da. Eh, ja. Kunne vært bedre samarbeid. Det var litt bedre på (navngitt sykehjem 1) for der var jeg mye mer så der ble jeg litt mer synlig, og der kunne jeg også jobbe litt tettere med aktivitetene da. Men ellers på de andre sykehjemmene så var det så vidt man så dem. Man jobbet veldig separat da.

A: Så det var egentlig, det var ikke en tanke om et felles mål med fysisk aktivitet med aktivitetene da?

B: Nei. Det var, kanskje mest på (navngitt sykehjem 1) der jeg var 50%, der hadde vi mye mer kommunikasjon. Eh, på de andre stedene så var jeg der, så var jeg der for lite, når jeg først var der så løp jeg for å slukke den ene brannen etter den andre, så det å på en måte tenke større og inkludere, eh, de tingene det blir på en måte aldri prioritert da.

A: Nei. Var det, tror du at det kommer til å forandre seg, nå er det jo større fokus på i utdanningen på at, på tverrfaglig samarbeid, og det å vite hva de andre arbeidsgruppene kan bidra med. Tror du at det kommer til å forandre en slik situasjon? Det at du møter folk som vet mer hva fysioterapi er?

B: Ja, det håper jeg hvert fall, fordi er jo nyttig. Så jeg håper at, og det var jo noe man på en måte bare må prøve igjen og igjen på en måte bare understreke og prøve å pushe frem, selv da. Men det er jo litt sånn at det er mange som har jobbet lenge på disse sykehjemmene som på en måte, ting har gått i samme duren i år etter år, og når de egentlig er litt fornøyd med at det, sånn de trives å ha det på jobb, og det er det de er vant med, så er det veldig vanskelig å påvirke når man kommer som ny inn og prøver å, eh ja, å etablere noe så er det ofte ganske tungvint å nå igjennom da. Eh, så selvfølgelig etter hvert når ting blir skiftet litt ut og nytt blod kommer inn så blir det nok mer åpenhet for det, men sånn som det var når jeg jobbet, så var det liksom litt sånn; men aktiviteten de holdt på med det og det har fungert i alle år, så det var jo greit. Og så var det litt vanskelig å komme med innspill, eh, og så var det liksom ikke tid eller noen møtearena der jeg så de heller, så da, da ble det til at den tiden jeg jobbet der så ble det ikke tatt opp noe særlig da. Hvert fall ikke, eller det ble mer tatt opp på (navngitt sykehjem 1), for der jobbet jeg, der klarte jeg å ta litt mer tak i dem, men ikke der jeg jobbet i 25% på hvert sted. Da ble det liksom ikke ja, noe rom for det da eller hva man skal si. Eh, men at det er nyttig, det er ikke noe tvil om. I fremtiden da.

A: I fremtiden

B: Du kan håpe at det er litt mer, eh, men jeg tror at du må være litt mer til stede da. Det er akkurat det samme, psykologene som gjerne er inne bare en dag her og der på hvert sykehjem, de kjenner også på de samme erfaringene som jeg sitter med. At de når ikke igjennom, de får ikke noe samarbeid, de fast... eller legene henviser ikke eller, eh, avdelingene de henviser altfor seint eller ja, man blir koblet inn for seint hver gang da. Eh, og det er nok litt sånn, når de tjenestene er litt nyere i sykehjemmene så, det tar lang tid å etablere den kontakten da. Selv om man kommer inn der og tenker men bare bruk meg til det, så bruker de som allerede har jobbet der de bruker lang tid på å innarbeide nye rutiner da.

A: Mhm. Jeg lurer litt på, hvem er det som har det største ansvaret for, eh, beboerne sin fysiske aktivitet, syns du?

B: Mm. Det kommer jo litt an på da. Sånn som, ja nei, det der var jo vanskelig da. Men sånn som de når jeg bare var der en gang i uken og en uke i måneden var jeg der 2 dager, så er det veldig vanskelig å ta på seg det ansvaret for (et gitt antall) beboere da. Som det gjerne var på disse sykehjemmene. Så når du er der en gang i uken og har (et gitt antall) beboere du skal ta hånd om, og du har ikke kjangs, og må tilfredsstille det fysiske kravet, så det jeg kunne gjøre i størst grad da, på en måte det bortsett fra liksom den brannslukkingen jeg drev på med, så var jo det en på en måte å prøve å oppmuntre eh, hver enkelt avdeling til å stimulere til aktivitet da. Eh, og da faller det liksom litt på avdelingslederne, og der var det jo veldig stor variasjon fra avdeling til avdeling. Så hvilken holdning avdelingslederne hadde, det gjenspeilet seg i personalgruppen, og hva de gjorde som da er resultatet på beboerne da, eh, det er jo de pleiepersonellet som er med beboerne og på en måte kan påvirke mest, men da kommer det igjen fra avdelingslederne, eh, hvilken innstilling de har og hva de mener at man skal prioritere. Så jeg kan komme med mine anbefalinger til avdelingslederne, men hvis de ikke bryr seg om det så vil ikke det resultere i noe. Og det var kjempestor forskjell fra avdeling til avdeling, så noen avdelinger så kan man ha en god tone med en avdelingsleder og vi er veldig på bølgelengde, hun også ser eller han ser viktigheten av at folk skal komme seg ut av sengen om morgningen for eksempel, og du kan komme inn i den avdelingen der alle er, stort sett alltid oppe av sengen, og så kan du ha en som har en annen kultur eller holdning der; neimenn i dag var hun litt tufs så da for hun heller ligger i sengen. Og så ligger halve avdelingen i sengen. Eh, så det, og da kan du jo prøve å påvirke, men da er det ikke gjort på en samtale. Da må man liksom være der, og det var jo på en måte den påvirkningen jeg prøvde å gjøre da. Hvor sånn hovedansvaret for fysisk aktivitet, det er nok vanskelig å si at hvem som har det hele, liksom hovedansvaret, men enhetsleder og avdelingsleder må i hvert fall komme med en holdning om hva de tenker er det minimale da. Og så må det plantes ut, tenker jeg. Og så får fysioterapeuten prøve å påvirke sine meninger inn i det da.

A: Du tenker at den viktigste oppgaven blir da den rådgivende biten til fysioterapeutene?

B: Ja, enn så lenge man bare jobber såpass litt da hvert fall. Eh, fordi at hvis du er der en gang i uken på (et gitt antall) beboere, så har du ikke kjangs til å vedlikeholde den fysiske aktiviteten i det daglige til hver enkelt. Så du på en måte bare prøve å påvirke hvordan de som er med brukerne eller beboerne i daglige tenker. Og prøve å få de til å skjønne at trening er forflytning ut av seng eller trening og aktivitet er å komme ut av sengen om morgningen, og være oppe noen timer og så heller legge seg igjen og stå opp igjen eller ja, det er jo lavt nivå på mange av disse beboerne sant, så det er jo det å tilrettelegge deretter da. Men at de har en sånn holdning, til funksjon og det er veldig varierende, hva folk tenker er det beste for beboerne.

A: Opplever du at folk har, altså ansatte på sykehjem har mye kunnskap om fysisk aktivitet, og hva som er positivt med å bevege seg og hva som er negativt med ikke bevege seg?

B: Eh, det er jo veldig stor variasjon, sykepleierne har nok, eh, mer kunnskap om det, men det er jo stort sett ikke sykepleierne som jobber, det er stort sett hjelpearbeidere eller assistenter, og der er jo fagkunnskapen ganske varierende. Eh, og så er det ganske store kulturelle forskjeller. Det er liksom kan ikke man stikke under en stol at enkelte kulturer har en mer hjelpe til å hvile holdning enn andre. Sant, her i Norge så har man kanskje sånn generelt at det litt mer sånn der opp og stå og komme i gang med dagen- holdning, mens enkelte andre kulturer er mer sånn, å man skal hjelpe de eldre og man skal kle på dem og passe på dem og dulle med dem og børste tennene deres og gjøre alt for de og tilrettelegge og eh, ja. Veldig hjelpende da. Eh, så der er det liksom sånn en liten kulturkonflikt ofte, eh, og det at man mener godt men at effekten ikke alltid er så god da. Eh, så det er ingen som duller med pasientene for å være slem sant, det er i beste hensikt, de bare vet gjerne ikke, eh, at det er bedre hjelp for pasienten å lære dem hvordan de skal stå opp selv enn å alltid bare løfte de ut av sengen da, eh, for eksempel. Så ja, det er nok veldig stor variasjon i kunnskapen og det er mange som jobber som har knapp kunnskap, vil jeg si.

A: Dette som du snakket om forskjellig kultur, opplever du at dette er noe som blir snakket om og reflektert over, eller er det litt sånn, tabubelagt at det ikke blir..

B: Nei, jeg vet ikke om det er tabubelagt, eh, hvert fall når jeg nevnte det, jeg snakket med liksom snakket med andre, fagsykepleiere og sånn hvert fall, og det er nok ganske allment. Selv om det kanskje ikke er noe som det snakkes altfor høyt om heller. Mer sånn observasjoner som flere kanskje har gjort seg og eh, ja, sånn sett kanskje sånn, noe som noen av oss er mer eller mindre bevisst på, eh, men det er noe med at ja, folk blir liksom lært til hva som, eller når man er inne hos en beboer, så har jo man en viss slingring på hvordan man ønsker å utføre en ting, og noen er da mer «pushy» og spør liksom, eh, motiverer kanskje litt mer brukeren til å delta mer selv enn andre da. Eh, og det kan jo være, det kan jo være norsk eller skandinavisk eller afrikansk, det kan jo være på tvers av det i tillegg, men gjennomsnittlig så har jeg liksom hvert fall, mine egne og de jeg har snakket med sine observasjoner sett at det ofte er en kulturell forskjell på holdningene vi har i forhold til, eh, hvor mye man hjelper og *hvordan* man hjelper beboere da. Men om det er noe som blir lagt noe særlig fokus på eller, det tror jeg ikke da. Annet enn at kanskje, eh, det kommer jo an på den enkelte da, om noen er bevisst på at man skal etterlære på en spesiell måte, men jeg tror, jeg tror det er veldig sånn personavhengig da. Egentlig.

A: Ja. Er det mye fokus på det å skulle jobbe kunnskapsbasert på de sykehjemmene som du har jobbet på?

B: Ja, skal vi se. Eh, jeg, altså jeg kan jo snakke for meg selv at jeg er bevisst på å gjøre det. Eh, men om, de er jo forskningsbasert i forhold til, det kommer litt an på hvilke, eh, felt du tenker nå da. Sant, de jobber kunnskapsbasert i forhold til det medisinske og sykepleierfaglige og tingene der og, ja. Hvor kunnskapsbasert de alltid er i forhold til funksjon og aktivitet, er vel i mer varierende grad da. Sant, det er derfor du ofte ser at de ligger i sengen når man selv kanskje tenker at de burde vært oppe. Fordi de tenker at det er behagelig for pasienten, men det er kanskje ikke så bra for sykdomsforløpet.

A: Nei

B: Så der faller det nok igjennom noen steder, men de er jo opptatt av fag og helse, så de gjør nok sitt beste, men det skorter litt på en del av den funksjonsdelen da. Og det kan jo på en måte gjenspeiles i at det har vært lite fysio involvert, fordi det stor, altså det merket jeg jo at det er stor kontrast i forhold til hvordan det har vært i (navngitt kommune 1). Der har det liksom bestandig, eh, vært fysio i sykehjemmene. Så der har de lengre kultur med det, en litt mer langvarig påvirkning enn sånn som på (navngitt sykehjem 2) og (navngitt sykehjem 3) der det har vært en fysio involvert det siste halvannet året. Eller noe sånt. Der er det, og en gang i uken. Påvirkningen har liksom ikke vært så stor enda.

A: Det trenger litt mer tid?

B: Ja, jeg tror det. Jeg tror det er en sånn langvarig, det må gjentas til det kjedsommelige. De enkleste ting, og så er det så stor utskiftning av personalet, og så er det mange avdelinger og det er natt og dag og kveld. Så du møter stadig nye ansatte da, så du da må fortelle det samme igjen, for det blir ikke, de tingene som man gjerne sier blir ikke alltid gjenfortalt på riktig måte, så du begynner på nytt igjen hver gang. Eh, og de er kanskje absolutt ikke så flink til å lese alle journalnotater som man skriver sant, for de er kjapt innom og gjør det de skal gjøre. Som er på sin arbeidsliste. Så ja, det tar nok litt tid. Bedre på (navngitt sykehjem 3) for der var de mer vant til fysio, og litt bedre kultur i avdelingene på aktivitet. Så de var en differanse der.

A: Eh, da har jeg gått gjennom det jeg har på listen min, men jeg lurar på om det er noe annet som du tenker at eh, at jeg burde vite, noe som du har lyst å fortelle inn mot temaet, mot sykehjem.

B: Mm, nei jeg føler vi fikk dekket ganske bredt altså. Eh, jeg kan jo bare understreke at jeg syns det er et behov for mer fysioterapi i sykehjemmene, at det burde vært en større prioritering på det. Eh, at det er en gruppe mennesker som blir *veldig* nedprioritert, og at de absolutt har nytte av, og ville nok hatt bedre livskvalitet sine siste år hvis de fikk en tettere oppfølging av fysioterapi da. Eh, og det var nok det jeg kjente veldig mye på, at jeg fikk ikke gjort den jobben som jeg ønsker, å få gitt en behandling som jeg syns var god nok, og derfor, jeg kanskje ikke trivdes så godt i den stillingen da, og også at jeg var veldig isolert som fysioterapeut, det var jo kun meg. Hadde jo ingen kollegaer, ingen ergoterapeuter engang, å spille på lag med. Eh, så ja, sånn som den tjenesten i (navngitt kommune 2) er organisert nå så tror jeg at den stillingen som jeg satt i, vil det være en stilling med mye gjennomtrekk i, så lenge den er organisert på den måten den er, for det er litt sånn utilfredsstillende å jobbe på den måten der du liksom alltid kommer til kort. Eh, og du får ikke på en måte gitt nok behandling til de som får behandling, og det er så mange som du bare må se forbi, fordi at du har ikke tid. Så det er en gruppe som hvert fall i (navngitt kommune 2) blir nedprioritert, og ikke sett. Eh, det er sånn brannslukking hele veien. Eh, og lagt ansvaret, og ansvaret blir lagt over på personalet, pleiepersonalet som kanskje ikke har kunnskapen da. Så det, ja.

A: Ja. Men da sier jeg tusen takk for intervjuet.



## Vedlegg 4

### Transkripsjon- Informant 2

Intervjuer: A                      Informant: B

A: Mm, ja. Har du, kan du fortelle hva slags utdanning du har?

B: Utdanningen min det er fysioterapihøgskolen, og det var for lenge siden, det var den gangen det var to og et halvt år, og vi var vel ferdig i (et gitt årstall) med påfølgende turnus i (et gitt årstall)

A: Ja.

B: Og siden da har jeg jobbet som fysioterapeut, eh, har tatt en god del kurs sånn underveis. Har også videreutdanning innen, tverrfaglig videreutdanning innen palliasjon. Eh, og så har jeg også litt i forhold til kommunikasjon og veiledning.

A: Okei, og nå jobber du med?

B: Nå jobber jeg i en kommune, da plassert på et sykehjem og jobber da med eldre i kommunen og eldre på sykehjemmet. Og da er det uteboende ute, over 16 år, og så er det inne på huset er det alt her, fra korttidsavdeling til palliativ avdeling, til somatisk avdeling, og dagavdeling, og to demente.

A: Okei, mye forskjellig.

B: Veldig mye forskjellig. Veldig variert.

A: Jeg lurer på, hva er det som er viktig for deg i jobben som fysioterapeut?

B: Det er å prøve å, la den personen som er blitt gammel, få lov til å, kan vi si eldres med på en måte verdighet gjennom det å bevare de funksjonene som man vil bevare så lenge en kan. Altså få delta i det samfunnet, om en det er blitt litt innsnevret, så få være med så lenge det går. I forhold til de ønsker som den personen måtte ha.

A: Eh, ja. Du sa, sa jo at du hadde litt sånn forskjellige arbeidsoppgaver. Eh, hvor, hvor stor andel av jobben er knyttet opp mot sykehjem og hvor mye er knyttet opp mot ute?

B: Eh, cirka carum så er det vel fem og tyve prosent ute og fem og sytti inne, for vi har en sånn samarbeidsavtale med kommunen, så vi var ansatt på sykehjemmet før. Så på grunn av fastlønnstilskudd da at kommunale fysioterapeuter måtte være ansatt i kommunen for å få fastlønnstilskudd, så ble vi omorganisert. Mens, derfor har fortsatt det, avtalen om det gjør vel at vi er mer inne i forhold til de somatiske pasientene som bor her fast. Enn kanskje resten av de vi jobber sammen med i kommunen. Når det gjelder ergo- og fysioterapitjenesten.

A: Hvordan vil du si at tidsbruken er mellom det å jobbe ute kontra det å jobbe inne?

B: Veldig vanskelig å si, sånn på årsbasis når vi skriver hva vi har holdt på med, så viser det seg at sånn tid sånn sett er altså fra tredve-sytti, fem og sytti- fem og tyve. Men det er jo veldig forskjellig i forhold til perioder vi har her. Det kan være mye på noen, eh, uker, lite ute da, lite inne da, det kommer litt alt etter tilgang på pasienter og den kan jo ikke vi styre så veldig mye med. Så, varierer veldig. Absolutt.

A: Ja. Det som jeg er mest ute etter da er jo inn mot sykehjem og din stilling der. Eh, men så lurer jeg på da, hvordan vil en perfekt dag på sykehjemmet vært, hvis du kunne valgt fritt?

B: En perfekt dag på sykehjemmet. Ofte er det ganske mange perfekte, det er jo en dag der da, hvis du føler at da, der du føler at samarbeidet med alle fungerer, altså det som er utfordrende er jo, dette er et stort sykehjem. Mange faggrupper, mange folk, eh, så det å få det til å gå rent tverrfaglig, det er jo absolutt en utfordring. Eh, en utfordring er kanskje det at en har kanskje lyst til å gjøre mye med den enkelte pasient/beboer, men at det blir kanskje litt, det blir kanskje litt mye sånn konsulentbasis på grunn av, det er ikke så mange pleiere på avdelingene, så det å følge opp ofte blir litt vanskelig. Det er også en utfordring. En perfekt dag. Det kan jo være en kommentar fra en pasient, kan være at en pasient synes at dette var kjekt. Kan være at du hører at pårørende setter pris på ting. Andre kollegaer kan gi tilbakemelding på noen felles ting som vi har gjort i forhold til en av pasientene, at det har vært kjekt. Eh, ja, en kjekk dag. Ellers er jo det en utfordring eller ikke en utfordring, men det vi har, eller det vi fysioterapeuter som har jobbet her lenge da, eh, har sett det, det er det at de somatiske pasientene som kommer inn på sykehjemmet, er jo mye sykere nå enn hva de var for tyve år siden. Så det blir en litt annen måte å jobbe på enn hva vi kanskje gjorde til å begynne med. Da kunne vi ta tak mye mer i grupper og få pasientene til å komme ned selv og sånne ting. Nå er det mer kanskje én til én.

A: Så det er mye individuell behandling?

B: Det er en del individuell ja.

A: Mm. Eh, hvordan er det, hvordan opplever du arbeidshverdagen din, eh, med tanke på å skulle rekke over alle arbeidsoppgavene du har?

B: Nå har nå jeg jobbet så lenge at jeg er ganske flink til å skille akkurat de tingene. Eh, så stort sett i forhold til arbeidsoppgavene, du må bare ta det som, du må lage en plan for deg selv, og så må du ta det som er viktig da. Så har jo vi i tillegg en sånn prioriteringsnøkkel som en sånn hjelp for alle i kommunen og litt også på landsbasis, og da har vi sånn 1. prioritering, 2. prioritering, 3., 4. for å rydde opp i dette her, eh, tidsbruket. Og da 1. pri da er det nye brudd, nytt slag, palliative pasienter. Det er alltid, og da begynner vi innen en uke. Og så har vi, eh, de som kommer på korttidsavdelingen som er litt mer utskrivning fra sykehus, trenger litt opphold før de skal hjem igjen, eh, men som har en funksjonsnedgang og kanskje skal løftes litt opp, da har vi pri 2. Da må vi begynne innen to uker.

A: Okei.

B: Så har vi pri 3 som er mange utepasienter. Kan være noen som kanskje har falt for noen uker siden og så kommet hjem og trenger litt oppfølging, det kan være noen som, eh, trenger et løft ute og falltendens hjemme, da blir det pri 3. Og da kan vi vente en måned. Og så har vi det siste da som bare kanskje trenger et lite løft, men som kanskje egentlig, litt vondt her litt vondt der, trenger kanskje en transportrullestol, hjelpemidler ute som ikke er sånn akutthjelpemidler, da er det pri 4. Da har vi 3 måneder på oss. Så det er sånn for å rydde litt opp i, i dagen da.

A: Hvor mye til.., eller hvor mye fysioterapi har de beboerne som er her på huset? Hvor mye har de tilgang til?

B: Egentlig så har de tilgang til, så det må altså det blir en prioriteringssak alltid. Eh, så, skjer det nå et nytt brudd, eh, på langtidsavdelingen så kommer vi like fort inn der som om det skjer på en palliativ pasient som kommer rett i fra sykehus sant?

A: Okei.

B: Så prioriteringen blir den samme, så vi kommer forttere inn her, eh, og tar tak i dem i forhold til de andre sykehjemmene vil jeg tro. For da tror jeg at det blir så harde prioriteringer at de har rett og slett ikke tid til å gå inn, altså de gjør ikke det. Det blir prioritert litt mer aktive pasienter for å si det sånn.

A: Hm

B: Samme om politikerne egentlig har de siste to årene har egentlig har lagt vekt på at det skal egentlig komme litt mer rehab, eller ergo- fysioterapitjeneste inn i sykehjem. Så ser det ikke ut som det blir det, sånn rent ehh..

A: Praktisk?

B: Stillingsmessig og praktisk så ser det ikke ut som det blir det. Altså, enn så lenge så har vi ikke merket at det har gått opp, heller ned rett og slett.

A: Hva tenker du om tilrettelegging av fysisk aktivitet her på sykehjemmet?

B: Tilrettelegging av fysisk aktivitet, ja der sa du noe. Eh, det vi har gjort sånn i forhold til organisering da, det er det å liksom dele opp dagen litt. Så vi har liksom noen formiddager på korttids- og palliativ avdeling, for de må jo vi ta. Og så har vi liksom de somatiske avdelingene på to andre dager for å få det til å gå opp, og så har vi stor sett ute på ettermiddagene. Eh, tilrettelegging. Vi har jo da når det gjelder fysioterapi, vi har jo for eksempel gruppe, at de kan være med på gruppe. Eh, vi har en gruppe som går kontinuerlig en gang i uken som heter (et gitt navn), det er altså da fysioterapi og musikkterapi i sammen. Og da vi samler, det er et lavterskeltilbud, der vi samler pasienter som må være i stand til å ta instruksjon, så ikke demente. Hvert fall ikke mye demente. Og som greier å delta, og da er det for å bruke musikk til å stimulere til bevegelse, du får sånn kraftig stimuli for å få tak i dem, og da er det bevegelse og da er det sang. Og det er, det har vi en gang i uken. Det er noe som fanger, og da får det med mange som egentlig bare blir sittende stort sett, i en stol. Og så er det jo egentlig gjennom møter, gjennom at du har dine avdelinger og så prøve å si hvor viktig det er det her med at alle får beholde den aktiviteten de har, prøve å lage sånne planer når de får fast plass da, for da er de ganske oppegående så hvis ikke du tar tak i dem da så faller de veldig fort, og rett og slett hvor mye greier den å gjøre, hva skal vi begynne med allerede da. Sant, kan den være med på gruppe, trenger den en liten fysioterapiøkt så den for beholde den funksjonen den har til å begynne med, og så sjekke opp på dem med jevne mellomrom og se om det er noe å hente. Og det er jo mange som trenger for eksempel veiledning i forhold til nye ganghjelpemidler, mange som trenger rullestoler etter hvert som de kan ta ut på tur, prøve liksom å holde tilbake de store komfortullestolene og gi dem noe sånn lett sånn at de må bevege seg litt. For at dette er et stort sykehjem, så veldig lett for at hvis du blir satt i en rullestol, som egentlig skal være til utebruk, så blir de trillet overalt, og da faller gangfunksjonen og forflytningsfunksjonen veldig fort.

A: For nå er vi jo litt inn på sånn hva som kan være utfordrende, eh (kremt), vil du si at, eh, eller hvordan syns, hvordan vil du si at fasilitetene her, legger de til rett for fysisk aktivitet?

B: Ja, på en måte så er det store ganger, det er store uteområder, eh, litt dårlig med balkonger, de er litt små. Balkonger som er, de har sånn skjerming at du ser ikke ut, men det skal du gjøre noe med. Og det skal bli en ny, en takterasse der du kan benytte mer, eh, utemiljøet da, aktivt. Så jeg tror nok at her er det ganske bra egentlig. Det er ganske flott så du kan ta turer rundt omkring i nærmiljøet hvis du sitter i en rullestol. Ikke for tungt for de pårørende, såå ja. Og det som er også er at de har ganske mye aktiviteter her, for de har frivilligtjeneste og når vi da samarbeider med dem så tilrettelegger vi sammen for deltakelse og da litt fysisk aktivitet også da. Sant, at man, rullestolene kan parkeres ute og så kan de gå og sette seg og se en konsert for eksempel. Så det er det her med å få fokus på aktivitet så lenge det er mulig.

A: Mhm. Du snakket litt i sted om, eh, litt forskjellige faggrupper og sånt. Kan du si litt om hvilke faggrupper som jobber her på sykehjemmet?

B: Her på huset? Ja, du har jo da i, ja, du har jo sykepleiere, pleiemed..., mange sykepleiere mange hjelpepleiere, eh, alle dem. Så har du leger, det er flere leger som er her som er ansatt ikke tilsynsleger. Det er per i dag da vi er fire fysioterapeuter, men vi er ansatt i kommunen men vi er her som sagt. Vi har en ergoterapeut, vi har en frivillighetskoordinator med ganske mange frivillige under seg, og vi har en ergoterapeut og vi har en musikkterapeut. Prest, frisør, fotterapeut, og så har vi også aktivitetstjeneste ved dagavdelingen. Og der har vi er det 11-14 beboere som kommer hver dag, altså forskjellige dager da, men det er åpent hver dag. Og de er fra, de hentes fra klokka 9 og kjøres tilbake klokka 14, fra nærområde her. Ja.

A: Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet mellom faggruppene?

B: Eh, det fungerer ganske bra. Altså det er alltid en utfordring, eh, for det er et stort sykehjem, eh, så det kan alltid bli bedre. Det er kanskje litt hva som er, eh, det er jo litt hvilke briller man ser det med sant? Det er jo klart at hvis du er frivillighetskoordinator så tenker du kanskje mest på litt sånn passiv underholdning som vi som ergo- fysio vi er kanskje litt mer på altså at de skal delta litt mer, ikke bare sitte og høre på, men også delta litt fysisk da.

A: Så det fungerer egentlig bra, men det kan bli bedre?

B: Det kan alltså bli bedre. I perioder fungerer det veldig bra. Så er det litt personavhengig også sant? Det merker vi ganske ofte, så det er jo noe en kan jobbe med.

A: Ja (kremt) Hvem syns du har det største ansvaret for å legge til rette for fysisk aktivitet på sykehjemmet?

B: Absolutt alle.

A: Absolutt alle?

B: Ja. Men selvfølgelig fysioterapeuter må jo bare altså ja, vi må bare bruke den til å skape den forståelsen for, eh, for hvor viktig det er, vi har jo begynt med litt sånn konsulentbasis igjen at vi har noen forflytningsteknikker, sånne ting. Der gjennom å få forflytningsteknikk, pasienten skal være med så lenge som mulig. Eh, så gjennom alle de tingene der så prøve å skape informasjon, hvor viktig ting er. Eh, prøve å fortelle litt om sykdommer, for eksempel hvis du har parkinson så er det veldig viktig at en ikke kommer inn og blir sittende fire og tyve timer i døgn, men at du hele tiden får de der...

(Intervjuet blir imidlertid avbrutt av at en person kommer inn i rommet)

B: Eh, ja, nå kom jeg litt ut av det, hva var det vi snakket om nå?

A: Eh, nå snakket vi om fysioterapeuter og det med rådgivning og ja.

B: Ja, riktig ja. Så det å sette opp fokus på, eh, vi ønsker jo oss mange flere fysioterapeuter, mange flere ergoterapeuter, altså flere også innen pleie så de kan gjøre tingene sammen sant? For de springer på, på avdelingene. Så ja. Så i en ideell verden så er det jo kanskje det at en pasient kommer inn og får fast plass, kartlegges, settes opp plan, hvor mye skal han gjøre selv? Kanskje skal han gå hver dag inn fra rommet inn på kjøkkenet med rullatoren, og så sette opp det. Men så er det såpass få pleiere på avdelingen at de har for lite tid til å følge det opp. Så sånn sett så burde det være flere for å tenke på akkurat de tingene. Det er liksom det går bare på hogg og belegg sant?

A: Opplever du (kremt) at de som er på avdeling tenker over i forskjellige aktiviteter, altså adl-aktiviteter viktigheten av å være i aktivitet?

B: Veldig forskjellig, men jeg syns at det faktisk litt dårlig akkurat det, jeg syns, jeg syns det er veldig rart for jeg syns at det stort sett er ergo- fysio som har den, altså aktive rollen da, mens de andre mer passiv. Du skal bare ha det godt, altså du skal, altså den pleie, pleie blir er være i ro. Så, så den å få mantra der, den er, vi kan ikke gi opp.

A: Er det vanskelig å være fysioterapeut i den situasjonen kontra det, eller det å skulle rådgi noen så som ikke ville følge det opp eller?

B: Altså, jeg syns at det er litt viktig jeg på mange måter at man ikke bare gir råd og er konsulent, men at man faktisk bruker fysioterapiutdannelsen aktivt, til å være aktiv fysioterapeut. For gir vi fra oss den så tror jeg ikke det blir så mange fysioterapeuter til slutt. Da kan liksom alle gjør, det er en ting som vi er litt bekymret for, for det er veldig mange som vil eie oss og som gjerne vil bruke tjenestene våres, men de vil ha dem og så vil de bare ha beskjed av meg og så følger de det videre. Så vi tror, jeg tror vi må være litt obs på akkurat de tingene der også. Og da er det en gyllen mulighet å bruke sykehjem der det egentlig trengs mange fysioterapeuter. Til å fremme den, ja. Eh, du har jo også, eh, egentlig så er det mye i forhold til, eh, kontrakturprofylakse sant? Når, når pasientene blir så dårlig at de ligger i seng, eh, liggstilling, hvilke hjelpemidler som er godt å ha da, så det blir litt mer sirkulasjon kan du si på en måte. Eller hvis det blir kanskje mindre smerte, kanskje du blir litt bedre, selv om du ikke kan bevege deg så mye, så vil jo, ganske viktig der også. Kanskje enda mer enn egentlig ja.

A: Lurer litt (kremt) på dette med, nå har vi jo snakket litt om hvordan det er med ansatte og det å legge til rette for fysisk aktivitet, men hvordan vil du si at beboerne eller brukerne, er det sånn at de har lyst til å være fysisk aktiv, eller er det litt sånn?

B: Mange har veldig lyst til å være fysisk aktiv, og mange har i dag av de som begynner å komme nå, de har også vært veldig fysisk aktiv. De har sprungt.., særlig innfødte her har ofte sprunget på fjellene. Veldig mange som er turgåere, skigåere, deltatt på sportsarrangement til de ikke har greid det lenger. Og så er det noen som sier nei takk, jeg har gjort nok. Nå vil jeg ha fred og ro.

A: Merker du forskjell på det å være dement kontra ikke dement, hvordan er det?

B: Det er en vanskelig utfordring, demente er jo, eh, du har to sett med demente egentlig. Du har de som er ganske fysisk aktiv, altså nesten for mye, de vandrer. Og så har du de som blir veldig veldig, litt i fosterstilling. Men der også, så lenge du kan bevege deg, så har jo forskning vist da, med endorfiner som frigis, så får du jo mer mindre smerte. Altså du har bedre.

A: Legges det mye vekt på at de, de som har en demensdiagnose også er fysisk aktiv?

B: Ja, og her har de, altså de er veldig flink med demente. De har to avdelinger og de, eh, dementavdelingene da som er her, de legger veldig mye vekt på å ta de med ut på tur, eh, for eksempel nå, den ene dementavdelingen, (Navngitt person) som kom inn nå har en gruppe med dem to ganger i uka. Litt, tyve minutter og det fungerer, altså du merker at, som om at det er vanskelig å få samlet dem, at du må ha små økter for de er jo ikke så, eh, så konsentrert så har det effekt. De begynner å se at å her har jeg vært før, og de på avdelingene sier at de kan være roligere, men samtidig greier de å gå mer, skjønner du?

A: Mhm.

B: Ja, såå, eh, å gi dem et tilbud der de er aktiv så lenge som mulig, det tror jeg er alfa og omega. For da er de også roligere i den settingen når de er urolig.

A: Ja

B: Ja. Men å noen sånne store, sånn kjempestore trimgrupper og sånn med demente, det er ikke det store. De må ha få, 3-4 gjerne.

A: Eh, er det fokus på det å jobbe kunnskapsbasert, eh, for din egen del og for de andre som jobber på sykehjemmet her?

B: Det er jo noe som er kommet de siste årene. Men er tror nok at det, absolutt men er, vanskelig å si for andre yrkesgrupper. Eh, de vi jobber mest med, musikkterapeut og ergoterapeut, så er det jo ganske mye det samme som oss, at ganske mye opptatt av forskning og kunnskapsbasert og holde oss oppdatert i forhold til tiden.

A: Mhm. Hva vil du si er den største kunnskapskilden, eh, til informasjon?

B: Ja, jeg syns jo at erfaringsbasert er mye som vi jobber etter, altså vi har jo jobbet lenge. Men så har vi jo nye, eh, nye fysioterapeuter som kommer, eller nye, nye arbeidskollegaer og det gjør jo at de er mye mer inne i nye ting, så da går vi jo sant, setter litt mer på agendaen mer sånn, eh, gå gjennom artikler, holde oss litt mer oppdatert i forhold til ting. Så vi har det på sånne møter da, vi kaller det for fagmøter. Vi, vi lager faktisk det. Det må vi nesten, for det er ganske mye som skjer. Men det er veldig mye forskning og forskning på små ting sant, og fysioterapi uansett hvor du er er det et, du får ikke et direkte svar sant? Der er, det er jo et, du bruker hendene sant? Bruker syn, hørsel. Så det er jo vanskelig sånn å forske på.

A: Eh, nå er jeg kommet igjennom listen, men det siste punktet jeg har, er om du har noe du tenker at jeg har unnlatt å spørre om som du tenker er viktig for deg å fortelle inn mot dette temaet?

B: Eh. Ja, hva skal jeg si? Eh, ønsker meg flere folk, for jeg ser at de fleste eldre som er her, de kommer lite ut, de føler at de er veldig alene når du kommer på sykehjem. Så det med å ha samtaler og det med å komme ut, det er liksom de to tingene som nesten alle sier de savner.

A: Mhm.

B: Og det å få gjøre ting selv. Såå, å løfte det altså, at det er viktig å jobbe med eldre, og at det er ganske kjekt å jobbe med eldre. Eh, det er jo fantastisk å få være med, eh, på livets vei som går helt mot slutten, vi har jo palliativ avdeling her som vi har langt kommende kreftpasienter som kommer hit for å dø, så vi får jo være med fra sant? Og det er jo, du skal være ganske ydmyk for du får, du kommer veldig nært på personene så du får jo, du får veldig mange fine samtaler.

A: Mhm.

B: Det gjør du. Så jeg ønsker meg flere innen eldreomsorgen, og særlig av ergo- fysio. De snakker så mye om alle de hendene som er så viktig der, men man må ha de rette hendene.

A: Ja

B: Sant, ellers så er det ikke hjelp. Så kunnskap, jeg tror nok at, du snakket om det med kunnskap, jeg tror nok det at, det vi ser litt det er jo det at du får ikke tak i arbeidskraft så mange kommer jo som kanskje er, pleiemedhjelpere eller aktivitører eller, de bare henger med over tid, og da vet du at de ikke har så mye bakgrunn i det faglige, det å jobbe med eldre. Så å få opp kunnskapen om generelt eldre, både sykdomsmessig og den generelle aldringen, det tror jeg er viktig for alle som jobber innen eldreomsorgen. Det tror jeg kan bevisstgjøre, det der med å ta vare på pasienten/beboeren mentalt og fysisk så lenge som rå er, sant? Og klart at sengen den dreper, så store avstander her, veldig lett at du blir, hehe, da blir sittende i en rullestol, over i seng for at det, det går så fort. Det er litt misforståelser at det går så fort. Og istedenfor da, vi har jo tatt tiden på da, hvis du tar og så tar en person opp fra sengen og går noen skritt over til en rullestol, eller at du bruker heis. Og du bruker faktisk kortere tid med å gjøre det manuelt av og til. Sånne ting og faktisk gjøre det og bevise litt så blir det sånne aha- opplevelser. Rett og slett. Og så fremme det at det er kjekt å jobbe med å, med å eldre. Tungt også, men kjekt. Ja, jeg tror..

A: Tror det dekker det?

B: Tror det dekker det ja.

A: Men da sier jeg takk for bidraget.

## Vedlegg 5

### Transkripsjon- Informant 3

Intervjuer: A                      Informant: B

A: Kan du fortelle litt om hva slags utdanning du har?

B: Jeg har fysioterapeututdannelse bachelor, eh, har også et år på idrett. Det er det jeg har av videre utdanning. Mhm.

A: Ja. Hva jobberfaring og sånt har du?

B: Eh, nå har jeg jobbet her i (navngitt kommune) i fhhhh fem år. Jeg har også jobbet, også jobbet på et rehabiliteringssenter, eh, og har jobbet privat.

A: Ja.

B: I to år. Mhm.

A: Hva er det som er viktig for deg i jobben som fysioterapeut?

B: Hva som er viktig? Eh, det er jo det å føle at en, at en er til hjelp. At en kan utøve noe, at eh, at pasienten har utbytte av det en har å tilby rett og slett. Eh, og det er jo mange forskjellige aspekter, altså noen er jo det trening og hard trening, rehabilitering og andre så er det en tur ut så ja. Så lenge en ser pasienten har glede av det så, så tenker jeg at da gjør vi noe viktig.

A: Mhm. Kan du fortelle litt om stillingen din og hvilke arbeidsoppgaver du har nå?

B: Jeg er 100%. Eh, som er oppdelt i tre arbeidsoppgaver. Jeg er 20% her på (navngitt sykehjem), eh, som er en gang i uken, og så er jeg 30% hjemme, hjemmebehandling altså fysioterapi til de som bor hjemme, eh, i hele kommunen, og så er jeg 50% i frisklivssentralen.

A: Okei. Eh, hvordan er det med, hvordan vil du si at tidsbruken er mellom de forskjellige delene av stillingen din?

B: Hva tenker du på med tidsbruk?

A: Da tenker jeg på litt ressurser, hva som blir prioritert i de forskjellige delene.

B: Ja, nå er jo og litt allerede bundet i forhold til prosent i stillingen så det er på en måte allerede satt litt der, eh, at den er delt opp i forhold til prosentstilling, dager og tidsbruk der av. Eh, effektiviseringen her ute vil jeg jo si egentlig er ganske høy fordi en har en dag og da skal en liksom ta over alles behov, og det hjelpemidler, det er oppfølging, det er andre behov, eh, mange opplever det at når fysioterapeuten kommer inn så er det endelig tid for å gjerne prat litt andre ting ikke bare, eh, daglige ting men også bli litt bedre kjent, at de føler en har tid til å sette seg ned og prate litt dypere da. Eh, ja. Men tidsbruk, ja, jeg vet ikke helt hvordan jeg skal svare på det.

A: Nei.

B: Nei.

A: Eh, hvordan vil du, hvis du skulle hatt en perfekt dag her på sykehjemmet, hvordan ville den dagen vært da?

B: Oi, i fysioter..., i fysioterapeutens øyne?

A: Mhm.

B: Eh, da tenker jeg at da må alt være, alt fra morgenstell til, eh, frokost, alt skal være tilrettelagt med tanke på egen kapasitet. Eh, at det, klarer en å flytte foten opp på fotbrettet på rullestolen så skal en gjøre det. Eh, det er ned i de små detaljene, at alle har, eh, har sa.. samme tanke, tankesett da. Eh, og gjerne at de får frokost litt tidligere, hehe, så jeg har litt bedre tid, eh, nå er jeg litt bundet i forhold til måltider og andre arrangementer som skjer her. Eh, så effektiviseringen da er vi kanskje litt tilbake til forrige spørsmål, men effektiviseringen, eh, kunne jo vært bedre i den forstand at en hadde sett litt på måltider, eh, at avdelingene ikke hadde hatt måltider på samme tidspunkt. Eh, at en da kan være til stede flere timer. Mhm

A: Mhm. Eh, hvordan opplever du, du har jo snakket litt om det, men hvordan opplever du arbeidsdagen din med tanke på det å skulle rekke over alle de tingene som du skal gjøre?

B: Det er ganske travelt til tider, eh, spesielt når en kun har en dag. Men til gjengjeld så, så er det kun dette jeg har denne dagen.

A: Mhm.

B: Eh, det som er utfordringen det er jo egentlig det å klare å strukturere dagen opp sånn at en, at pasienten er tilgjengelig når du er tilgjengelig, eh, at en prøver å tilpasse seg best mulig, og så kan det jo skje at ting kolliderer, plutselig får pasienten besøk, pasienten skal er dårlig en dag, eh, det er mange ting som kan komme i veien for det en hadde opprinnelig tenkt da. Eh, så at ting gjerne blir litt utsatt. Eh, men men det å ha en god dialog med pleie det er jo alfa og omega egentlig, at en er det noe viktig en skal, eller noe som er viktig så at man avtaler det på forhånd da. Mhm.

A: Mhm. Eh, hva tenker du med sånn fysisk aktivitet, eh, føler du at det er lagt til rette på sykehjemmet for fysisk aktivitet og er da noe du tenker da er som er fasilitatorer, noe som legger til rette for fysisk aktivitet og noe som kanskje er barrierer for fysisk aktivitet?

B: Jeg synes de har blitt flinkere for å legge til rette, de har også blant annet kjøpt inn en sånn her motomed-sykkel med TV-skjerm på en avdeling, og de har blitt superflinke til å bruke den. Eh, de har også tanke, tankegangen om å kjøpe inn en til. Det som er barrieren der er jo nettopp denne her hovedpersonen som gjerne er litt sånn der pågangsdriver til og at det faktisk blir brukt, noe som er en sånn utfordring også som en ser. Eh, det er absolutt forbedringspotensiale, eh, med tanke på det å gå inn til måltider istedenfor å bli trillet inn i en rullestol når en faktisk har gangfunksjon at en ikke utnytter det optimalt. En er jo gjerne litt rask på labben med tanke på denne personen at denne personen trenger en komfortrullestol fordi gangfunksjonen er blitt redusert og så er en litt mer føre var, og det er jo godt i den forstand det også, men noen ganger så må en holde litt tilbake fordi en opplever det at dersom en for en komfortrullestol så er det mer behagelig og komfortfullt å bli trillet inn til måltidene kontra det å, å gå inn. Eh, så det er litt såne som en gjerne kunne forbedret absolutt. Men så er det jo det også at det er tross alt mennesker vi har med å gjøre, eh, det er ganske høy alder på noen, eh, de som er opp imot 100 år, eh, og de har kanskje ikke ønske om å, nei de ønsker å ha det behagelig og da må man ta det også med i betraktning. Det viktigste er jo egentlig at det er pasienten sine behov og ønsker som kommer igjennom da, at det ikke er våres sterke ønsker som fysioterapeuter, at jo gangfunksjonen den må vi vedlikeholde litt lenger.

A: Mhm

B: Eh, det er tross alt, ja, det er menneskelig det er snakk om og veldig viktig å beholde, å beholde det også i tankene. Mhm.

A: For da kommer vi inn på litt dette her med hva som kan være utfordringer, eh, med, det er jo mennesker vi snakker om og opplever du, eller hvordan opplever du motivasjonen til beboerne til å være fysisk aktiv?

B: Veldig laber (latter).



A: Ja.

B: Det er ikke noe som er i fokus for dem. Det er ikke det.

A: Nei.

B: Med mindre, man har gjerne, med mindre en har smerter, eh, hvor en merker eller opplever at bevegelse lindrer disse smertene, der er de gjerne motivert.

A: Mhm.

B: Men det er veldig få som er motivert for trening, det er det. Det er jo personalet og oss som fysioterapeuter som må inn og pushe litt på, eh, og det er da jeg tenker det er viktig å ta inn pasientene sine ønsker og behov. Her også er det faktisk dette de skal bruke siste tiden i livet på, eh, og er det nå en skal sette inn støtet, eh, men så er det til gjengjeld så er det ikke alle som er i kognitiv stand til å ta den vurderingen selv heller. Så det er jo også noe man må vurdere. Eh, så du har jo mange faktorer som spiller inn, det er jo det.

A: Eh, du snakket jo litt om pleiepersonell og sånt, hvilke yrkesgrupper er det som jobber her på sykehjemmet?

B: Det er jo sykepleier og helse, altså helsefagarbeidere, eh, vi har også en, guri hva heter det? Aktivitør! Og hun er jo utrolig flink til å, eh, til å stille i stand, eh, sosiale aktiviteter for dem, eh, og hun er også ansvarlig for sittedans som de har ja, kanskje en gang i måneden. Litt oftere også av til, det varierer litt. Eh, så hun også er inne og hjelper på med dette aktivitetsbilde da. Ellers, nei, det er stort sett sykepleiere og helse, eh, helsefagarbeidere. Mhm.

A: Mhm. Hvordan er det tverrfaglige samarbeidet på sykehjemmet?

B: Jeg vil jo si at det er godt, eh, og så er det jo, det kunne kanskje vært litt mer jevnt over godt. Godt på alle pasientene, det er gjerne de, eh, store vanskelige casene hvor en samarbeider eller blir nødt til å samarbeide enda tettere, men jeg tenker at det kunne nok jevnt vært over bedre. Absolutt. Men der har en det litt igjen det også at en er til stede en gang i uken, eh, og da blir en litt, eller jeg blir presset i forhold til min tidsbruk, med tanke på det å få sett igjennom alle pasientene på dagen og da er det ikke alltid at det klaffer med deres plan og kalender. Eh, legene de er på to andre dager, så de ser jeg jo ikke noe til, eh, så da blir det bare å oppdatere seg på journalsystem. Eh, ja. Så det er absolutt forbedringspotensiale med tanke på tverrfaglig samarbeid. Det er det.

A: Hvordan er samarbeidet mellom deg som fysioterapeut og aktiviteten?

B: Eh, vi har egentlig ikke så mye samarbeid der. Det er, vi er klar over hverandre sine oppgaver og ja. Og igjen så, så er det litt, jeg ser det at den dagen jeg jobber på uken er en dag der det ofte er aktiviteter, fellesaktiviteter. I dag er det påskesamling, og det er jo også noe aktiviteten er ansvarlig for, eh, så hun blir jo ofte veldig opptatt på disse dagene med, med å arrangere dette igjen så, ja. Det er jo veldig beklagelig egentlig, at det blir sånn som det blir.

A: Hva vil du si er forskjellen på den jobben som du som fysioterapeut gjør kontra den jobben en aktivitør gjør inn mot sykehjemmet?

B: Det er jo fokus på det fysiske rett og slett, eh, jeg er ofte inne hos de, de pasientene jeg har hovedansvar for her det er jo individuell oppfølging med, eh, nye slag, hoftebrudd ja, allslags brudd. Det er sekvele etter slag, eh ja. Det er jo det er jo individuell oppfølging som fysioterapeuter har god erfaring med og har kunnskap om da.

A: Mhm.

B: Mhm. Kontra aktivtørene er gjerne litt mer på individnivå med tanke på samtaler og sosiale, ja. Mhm.

A: Tilstelninger?

B: Ja.

A: Eh, hvordan, eh, struktur og organisering av bygningsmassen og sånt. Er det noe som legger til rette eller hemmer fysisk aktivitet for beboerne?

B: Du tenker på, altså bygget, hvordan det er lagt opp?

A: Ja.

B: Jeg vil absolutt si at det er godt tilrettelagt for aktivitet, eh, det er det. Det er egentlig veldig fint at det, det er en lang gang og så er stuen den er i enden, så det er jo beklageligvis for de som bor lengst ned i enden at de har jo heldigvis kanskje (latter) lengst vei å gå. Så ja. Eh, jeg tenker at hvis det hadde vært midt på så hadde det kanskje vært litt mer rettferdig for alle, der alle kunne klart å gå den distansen, eller hvert fall flere. Men godt tilrettelagt, gode store rom, det er enkeltrom alle rommene. Eh, så jeg tenker at de har det veldig godt de som, de som er her. Mhm. De har god oppfølging og, eh, av pleiepersonell og ja. Har eget kjøkken, eh, nei, de har det, jeg tror alle som er her ute har det veldig godt.

A: Ja.

B: Mhm

A: Hvem tenker du har størst ansvar når det kommer til å, eh, legge til rette for fysisk aktivitet på sykehjemmet?

B: (Sukk) Størst ansvar? Jeg tenker at vi alle egentlig er litt ansvarlig, jeg vil ikke legge alt ansvaret på en egentlig. Eh, for det er noe med dette tankesettet igjen, at jeg kan komme her en gang i uken og gi aktivitet og fremme aktivitet, men men effekten i det er jo fint lite hvis ingenting blir gjort de andre dagene, eh, så tankesettet til leder, institusjonsleder, avdelingssykepleier, ned på sykepleiernivå og så forplanter det seg videre, eh, så jeg tenker at det ligger litt i tankesettet hos alle egentlig. Eh, det er veldig vanskelig å ansvarliggjøre en, men absolutt ser jo man effekten når forespørselen kommer fra ledere, leder institusjonsleder, eh, avdelingsleder, da blir jo fortere, eh, effekten større. Mhm.

A: Opplever du at det er tilfellet?

B: Ja egentlig, jeg synes de er flinke til å tilrettelegge for aktivitet, for som sagt så synes jeg at det er blitt litt bedre den siste tiden. Eh, litt større fokus på det kanskje, men men det er alltid forbedringspotensial (latter).

A: Mhm.

B: Det er det. Det tror jeg det alltid kommer til være også, ting blir ikke som i den ideelle verden.

A: Nei.

B: Nei.

A: Nå har vi jo snakket litt om aktivitet, eh, så du gjør, altså en ytre aktivitet, men hvordan er det med, med ADL-aktiviteter, er det noe som de ansatte er opptatt av, fokuserer på?

B: Eh, en fokuserer vel litt i forhold til stellsituasjoner, ellers så er det jo mye som blir gjort for dem, eh, men i stellsituasjonen så prøver en å tilrettelegge sånn at en har størst mulig, eh, ADL-funksjon der. Eh, men sant, så får de måltider servert, de får ja. Nei, det blir ofte stell, stell, hygiene, påkledning, eh, men de har fokus på det men jeg er ikke inne i de situasjonene så jeg kan ikke, jeg kan ikke utdype hvor mye fokus de har på det.

A: Mhm. Jeg lurer på, hvordan ser du din rolle som rådgiver ovenfor de andre, eh pleiepersonellet og de andre som jobber her, eh når det kommer til fysisk aktivitet?

B: Eh, ofte så blir det, eh, de som har behov for daglig, daglig aktivitet. Eh, ofte blir jo det de som skal ha opptrening etter for eksempel lårhalsbrudd eller sekvele slag, og så mobilisering. Eh, og da er de ofte inne og er nysgjerrig på hvordan de skal gjøre det og det, hva de skal passe på, eh, at de ikke skal gjøre noe galt. Eh, og igjen så syns jeg at de har blitt mye flinkere til å faktisk følge opp det som en faktisk legger opp til. Jeg lager gjerne et treningsprogram, eh, eller et mobiliseringsprogram, at de faktisk utfører det, at det ikke bare blir et papir som blir hengende på veggen eller ligger nede på nattbordet uten at det, uten at en ser hva det egentlig er for noe. Eh, så der også har det skjedd, skjedd noe i det siste. Mhm.

A: Eh, jeg lurer på, kan du ta meg igjennom en vanlig arbeidsdag her?

B: Jeg kommer klokken 8 og så blir det litt journalskriving og lese seg opp på journaler, hva som har skjedd den siste uken, om det er noe nytt. Eh, og så blir det gjerne ferdigstille noen søknader, hjelpemiddelsøknader fra forrige uke. Eh, halv 10-10 tiden så går jeg opp på avdelingene og så tar jeg de som er ledig (latter). Eh, litt sånn tilfeldig rekkefølge egentlig, eh, alt ettersom hvem som er ledig. I 12-tiden så er det lunsj på avdelingene, og den varer gjerne til 13- halv 14 og da er det mange som skal hvile middag (latter), så da igjen er det på en måte å prøve å ta de som er tilgjengelige. Eh, og prøve å avtale med pleiere og så er arbeidsdagen slutt i ja, 15-tiden. Mhm.

A: Mhm. Er det fokus på det å jobbe kunnskapsbasert, eh, for din egen del og for de andre som jobber her?

B: Eh, jeg kan ikke svare for de andre, jeg vet at de har internundervisninger og litt sånt. Eh, for min del så syns jeg det er viktig å holde seg oppdatert på forskningsartikler og det som blir lagt ut, eh, men det kommer jo litt sånn på generell basis, kanskje ikke akkurat bare knyttet til her, institusjonsarbeid men jeg tenker litt mer generelt gjerne. Mhm.

A: Mhm. Hva vil du si er den største kunnskapskilden?

B: Eh, jeg pleier ofte å bruke Fysioterapeuten rett og slett, for jeg vet at de har mye av de siste gode artiklene ute, eh, og bruke det som, som grunnlag og så hvis det er noe jeg synes er ekstra spennende så går jeg inn på Pubmed eller ja. Mhm.

A: Mhm. Eh, ja. Da er jeg kommet igjennom det som jeg har skrevet opp her, men jeg lurer på er det noe som jeg har utelatt å spørre om som du tenker er viktig når det kommer til denne tematikken?

B: Mm, tenker kanskje tidsbruk, hjelpemidler og fysioterapi. Hvor mye tid som faktisk går med i hjelpemiddelformidling. Det er en ganske stor del av jobben. Eh, og det er jo ikke direkte fysioterapeut. Det er jo ikke noe vi har i utdanningen vår

A: Nei.

B: Så det er noe en må lære seg, eh, jeg vet ikke, det kan godt være at det er noe mer om det på utdanningen nå enn det det var i min tid, men det går ekstremt mye tid med til hjelpemidler, og det er tilpasninger, det er reparasjoner, det er søknader ikke minst, utprøvinger, ja. Så det går nok med et par timer hver dag på det altså. I hjelpemiddel, formidling. Mhm.

A: Hva synes du om det?

B: Nå er jeg blitt litt vant til det, for nå har jeg på en måte jobbet med det såpass lenge at nå er det greit. Eh, synes ikke at det er sånn kjempespennende direkte (latter), men jeg ser jo at det har en kobling til jobben vår for at de skal få opprettholde funksjon best mulig, lengst mulig. Så ser jeg absolutt at det er en overgang der, en overlapping, eh, så jeg tenker jo også at det er naturlig er vår jobb, men noen tilfeller så tenker jeg at det, dette er litt utenfor mitt arbeid, litt utenfor mitt felt men ja. Det får en bare lære seg å leve med og så ja. Suge til seg mest mulig informasjon og kunnskap om hjelpemidlene som er.

A: Mhm.

B: Mhm.

A: Ja, da tror jeg vi sier oss ..

B: Fornøyd?

A: Fornøyd.

B: Veldig bra.