

*Hvilke faktorer påvirker sykepleiere i
hjemmesykepleien til å bruke fysisk aktivitet som et
sykepleietiltak?*

Kandidatnummer: 1042

Bachelor i sykepleie, SYK-322

Kull: 11sykhel

Antall ord: 10803

Dato: 13.03.2014

Sammendrag:

Problemsstillingen: *Hvilke faktorer påvirker sykepleiere i hjemmesykepleien til å bruke fysisk aktivitet som et sykepleietiltak?*

Teori: Orems egenomsorgsteorier er valgt som teorireferanse.

Metode: En fokusgruppe bestående av fem sykepleiere i hjemmesykepleien ble intervjuet.

Intervjuguiden inneholdt følgende spørsmål; Hva er fysisk aktivitet? Hva er sykepleierollen?

Hva er fremmende og hemmende og faktorer for å bruke fysisk aktivitet som tiltak i hjemmesykepleien?

Funn: Fokusgruppen hadde forståelse for fysisk aktivitet som et grunnleggende behov og som verktøy for forebygging og behandling. Fysisk aktivitet har god effekt på flere livsstilsykdommer, og fokusgruppen var positive til å gi det større plass som et sykepleietiltak i hjemmesykepleien.

Konklusjon: De viktigste faktorene som påvirker bruken av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien er holdninger, kunnskaper, vedtak, samarbeid, tid, prioriteringer og kvalitet og samfunnsansvar.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av eget faglig ståsted	6
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.4 Begrepsavklaring.....	7
1.4.1 Fysisk aktivitet.....	7
1.4.2 Fysisk inaktivitet.....	7
1.4.3 Hjemmesykepleie.....	7
1.5 Avgrensning av problemstillingen	8
1.6 Oppgavens disposisjon.....	9
2.0 Teori	9
2.1 Menneskets grunnleggende behov.....	9
2.1.1 Menneskets behov for fysisk aktivitet.....	10
2.2 Fysisk aktivitet og egenomsorg	11
2.2.1 Universelle egenomsorgsbehov.....	11
2.2.2 Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov.....	12
2.2.3 Helseviktrelaterte egenomsorgsbehov.....	12
2.3 Ivaretagelse av behovet for fysisk aktivitet.....	13
2.3.1 Menneskesynets innvirkning	13
2.3.2 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse	14
3.0 Ivaretagelse av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien – et sykepleieansvar	14
3.1 Fremmede faktorer	16
3.1.1 Fysisk aktivitet som nødvendig helsehjelp	17
3.1.2 Fysisk aktivitet som et hjemmesykepleietiltak	17
3.1.3 Fysisk aktivitet som forebygging og behandling	17
3.1.4 Fysisk aktivitet og mental helse.....	18
3.1.5 Fysisk aktivitet og samfunnsøkonomi.....	18
3.2 Hemmende faktorer	18
4.0 Metode	18
4.1 Valg av metode.....	19
4.2 Fokusgruppeintervju.....	19
4.3 Utvikling av intervjuguide.....	20
4.4 Utvalg av respondenter	20
4.5 Forberedelser.....	20
4.6 Gjennomføring	21
4.7 Analyse.....	21
4.8 Litteratursøk og søkestrategi	22
4.9 Metodekritikk.....	23
4.10 Ethiske refleksjoner.....	24
5.0 Funns	24
5.1 Fysisk aktivitet.....	24
5.2 Sykepleierollen	25
5.3 Fremmede faktorer	27
5.4 Hemmende faktorer	27
5.5 Oppsummering av funn.....	28
6.0 Drøfting	29
6.1 Fysisk aktivitet som et grunnleggende behov	29
6.2 Sykepleierollen i hjemmesykepleien.....	30
6.3 Fremmede og hemmende faktorer	31

6.3.1 Holdninger.....	31
6.3.2 Kunnskaper.....	33
6.3.3 Vedtak.....	34
6.3.4 Tid og prioriteringer.....	34
6.3.5 Samarbeid.....	35
6.3.6 Kvalitet og samfunnsansvar.....	35
7.0 Avslutning.....	37
Litteraturliste.....	38
Vedlegg 1 Søknad om fokusgruppeintervjutillatelse	42
Vedlegg 2 Invitasjon til intervju.....	43
Vedlegg 3 Kriterier for vedtak om hjemmesykepleie	44

1.0 Innledning

I løpet av studietiden har jeg hatt flere interessante oppgaver i hjemmesykepleien, i rusomsorgen og med flyktninger. Dette har gitt meg erfaringer og opplevelser jeg har lært av og reflektert over. Noen ganger har jeg blitt forundret og trist, andre ganger har jeg blitt begeistret og glad.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Fysisk aktivitet er et uttalt sykepleietiltak både i forebygging og behandling. Det er et aktuelt tema når en snakker om livsstilssykdommer, ernæring, overvekt, belastningsplager og psykiske lidelser. De fleste er enige om at fysisk aktivitet har mange positive virkninger og så å si ingen bivirkninger (Helsedirektoratet, 2008a).

I studietiden har jeg opplevd at fysisk aktivitet i liten grad har blitt viet særlig oppmerksomhet som et selvstendig sykepleietiltak. Det nevnes alltid i en rekke av tiltak, men synes å komme litt i annen rekke til fordel for medisiner, ernæring, stell, hygiene, eliminasjon og en del praktiske gjøremål. Dette har forundret meg, og jeg har stilt meg selv spørsmål som:

- Er det slik at fysisk aktivitet er for ”enkelt” til å ha førsteprioritet i behandling og forebygging av dårlig helse?
- Er fysisk aktivitet som sykepleietiltak for krevende å gjennomføre?
- Skal andre enn sykepleiere stå for fysisk aktivitet som forebygging og behandling?
- Dreier dette seg om motivasjon, holdninger, interesse eller kunnskap?

Det var en hendelse på en institusjon som inspirerte meg til å velge teamet: Fysisk aktivitet i hjemmesykepleien. Det var som følger: En mann med lammelser i underekstremitetene fikk en økt med mobilisering daglig. Pleiepersonalet hadde fått opplæring og skriftlig informasjon om hvordan passive bevegelser av hofte-, kne og ankelledd skulle utføres. I tillegg fikk mannen periodevis trening av fysioterapeut. Mange pleiere syntes det var tungt å hjelpe pasienten med utførelsen av passive bevegelser. De mente også at dette var noe de egentlig ikke hadde tid til. Etter hvert oppstod det en diskusjon om dette var en oppgave for hjemmesykepleien i det hele tatt. De fleste mente nei, og spørsmålet ble hvem som skulle utføre denne trening. Det ble i tillegg diskutert hvor ofte dette måtte gjøres og hvorfor? I diskusjonene var hele personalgruppen med; noen sykepleiere, hjelpepleiere og flere ufaglærte assistenter.

Selv om denne beskrevne opplevelsen skjedde på en institusjon, kan en stille følgende spørsmål:

- Hva om dette hadde vært en hjemmeboende?
- Hadde det vært naturlig å gjøre et vedtak på daglig trening som går ut på passive bevegelser av underekstremitetene utført av hjemmesykepleiere?

Dessuten er fysisk aktivitet forankret i lovverket gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) som nødvendig helsehjelp.

1.2 Presentasjon av eget faglig ståsted

Jeg har alltid vært glad i fysisk aktivitet for egen del og har trent regelmessig. I flere år trente jeg mye som toppidrettsutøver. Siden skolerte jeg meg teoretisk og ble trener. Dessuten har jeg erfart hvordan fysisk aktivitet kan lindre smerter, redusere ubehag og gi fysisk og psykisk overskudd (Tønne, 2011). Jeg har også gjennom egen erfaring kjent hvor mye en kropp tåler av trening forutsatt riktig ernæring og tilstrekkelig hvile. I tillegg har jeg stor interesse og tro på fysisk aktivitet som behandling og forebygging (Helsedirektoratet, 2008a).

For meg er det derfor naturlig å knytte fysisk aktivitet til sykepleie. Sykepleie er for meg helhet, sammenhenger, observasjon, basale behov og forebygging/behandling som inkluderer tiltak som blant annet fysisk aktivitet. Det er godt dokumentert at livsstil påvirker sykdommer som diabetes og hjerte/karsykdommer for å nevne to store sykdomsgrupper (Helsedirektoratet, 2008a og Hjort, 1997). Ifølge litteraturen er det vanskelig å overvurdere helseeffekten av fysisk aktivitet for den enkelte og for folkehelsen.

Tiltakene fra hjemmesykepleien skal gjøre mennesker i stand til å bo hjemme så lenge som mulig med livskvalitet, verdighet og trivsel (Fjørtoft, 2012). Dette har jeg stor tro på og synes det er meningsfullt å arbeide for (Brunborg, 2012). Hjemmesykepleie er en arena der en treffer pasienter over tid med ulike plager som jeg tror kan bedres ved fysisk aktivitet.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Jeg ønsker å rette fokus mot et sykepleietiltak som jeg tror er et aktuelt tema i hjemmesykepleien. Formålet er å diskutere, finne faktorer, og drøfte funn i forhold til teori omkring et tema jeg synes er interessant.

Når jeg stiller spørsmål som hva, hvor, hvordan, hvorfor, når og hvem rundt det jeg ønsker å se nærmere på, kommer jeg fram til følgende problemstilling:

Hvilke faktorer påvirker sykepleiere i hjemmesykepleien til å bruke fysisk aktivitet som et sykepleietiltak?

1.4 Begrepsavklaring

Det er noen begreper jeg bruker ofte i besvarelsen som krever nærmere forklaring. Disse gjennomgås i det følgende.

1.4.1 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet blir flere steder i litteraturen med litt ulike ord, beskrevet som aktivitet utover hvilenivå og kan omfatte f. eks trening, hagearbeid og dagliglivets aktiviteter (Kirchhoff, 2006). En av de mest brukte definisjonen er denne:

Med fysisk aktivitet forstås vi all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå (Kristoffersen m fl, bind 2, 2005:274 og Helsedirektoratet, 2009a:9)

Nivåene på fysisk aktivitet kan variere med funksjonsnivå, sykdom, målsetting, innsikt og vilje.

1.4.2 Fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet er beskrevet som det å være mindre aktiv enn en gang hver 14. dag (Helsedirektoratet, 2009b).

1.4.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en del av kommunens helsetjeneste som går inn under nødvendige helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Hjemmesykepleie kan forstås slik:

Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid (Fjørtoft, 2012:19).

Det overordnede målet med hjemmesykepleie er at hjemmeboende skal få hjelp til å bo hjemme lengst mulig (Fjørtoft, 2012).

1.5 Avgrensning av problemstillingen

Jeg forutsetter en enighet om at mer fysisk aktivitet i alle aldersgrupper har en gunstig helsegevinst. Dette er allerede godt dokumentert (Helsedirektoratet, 2008a). Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved å fokusere på sykepleieres ansvar og finne ut hva sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien egentlig tenker om fysisk aktivitet som er sykepleietiltak. Videre vil jeg forsøke å finne ut hva de gjør med fysisk aktivitet som et sykepleietiltak i hjemmesykepleien.

Stikkordsmessig blir fokuset slik:

- Sykepleieres vilje til og forståelsen for å bruke fysisk aktivitet som sykepleietiltak i hjemmesykepleien
- Sykepleieres synspunkter
- Generelt om brukere i hjemmesykepleien
- Hva er hjemmesykepleie?
- Fysisk aktivitet som bevegelse for behandling og forebygging

Oppgaven avgrenses mot, og utelater dermed følgende temaer:

- Fysisk aktivitet og demens/kognitiv svikt
- Fysisk aktivitet og barn/ungdom
- Fokus på spesifikke sykdommer/lidelser
- Problemstillinger om fysisk aktivitet i andre deler av helsevesenet enn hjemmesykepleien

Det er noen områder jeg tangerer, men ikke vektlegger annet enn at jeg berører det fordi jeg anser det som interessante momenter:

- Hva er fysioterapioppgaver og hva er sykepleieroppgaver?

- Aktivitet inkluderer gjøremål som ikke nødvendigvis stiller store fysiske krav, men mer til sanseapparatet. Dette er også viktig, men i denne oppgaven er fokuset på ulike nivåer av fysisk aktivitet (Kristoffersen m fl, bind 2, 2005).
- Avgrenser litteratur til å gjelde sykepleierrelaterte artikler i mest mulig grad

1.6 Oppgavens disposisjon

Innledning består av bakgrunn for valg av problemstilling, problemstillingen, definisjoner og hensikten med oppgaven. I teoridelen ser jeg på problemstillingen og de fire spørsmålene jeg stiller til sykepleierne i lys av sykepleierteoretiker Dorothea Orem. Metoden jeg har valgt for informasjonsinnhenting er et fokusgruppeintervju med fem sykepleiere. Funnene presenterer jeg i kapittel fem. Deretter drøfter jeg funnene opp mot teori og relevant litteratur, før jeg runder av med en avslutning.

2.0 Teori

Teori er en måte å se og systematisere virkeligheten på. Sykepleierteoretikere ser sykepleiens utvikling og hensikt noe ulikt, men felles for dem alle er at de ønsker å si noe om hva som er spesifikt sykepleierfaglig. Dette danner grunnlag for hvordan sykepleiere utøver sin praksis (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005).

2.1 Menneskets grunnleggende behov

Virginia Henderson beskriver sykepleie ut fra pasienters svikt i krefter, evne, vilje og kunnskaper for å kunne dekke egne behov. Hennes 14 punkter sammenfatter sykepleieres ansvar, oppgaver og rolle for å hjelpe en pasient til å dekke grunnleggende behov:

1. *å puste normalt*
2. *å spise og drikke tilstrekkelig*
3. *å få fjernet kroppens avfallsstoffer*
4. *å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står og med å skifte stilling*
5. *å sove og hvile*
6. *å velge passende klær og sko, og kle av og på seg*
7. *å opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsestemperatur*
8. *å opprettholde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet*

9. *å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre*
10. *å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser*
11. *å praktisere sin religion og handle slik han mener er rett*
12. *å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe (produktiv sysselsetting)*
13. *å finne underholdning og fritidssysler*
14. *å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005:36)*

Orem er inspirert av Henderson og bygger sin teori på menneskesyn, omgivelser, helse og sykepleie. Et viktig begrep i hennes teori er egenomsorg. Egenomsorg er omsorg som enkeltindividet iverksetter av egen fri vilje og med en klar hensikt (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005). Fysisk aktivitet er eksempel på egenomsorg. Selv om vi vet at fysisk aktivitet er bra som forebygging og behandling, fortsetter mange å være inaktive. Videre er vi generelt mindre aktive enn vi tror (Hjort, 1997 og Kirchhoff, 2006). En kan spørre seg hva som svikter; krefter, evne, vilje eller kunnskaper?

Det er i teorien sagt at omsorgsattferd må læres (Cavanagh, 2008). Skal en person få forståelsen av at fysisk aktivitet er viktig, må vedkommende ha kunnskap, innsikt og etter hvert erfaring med de gunstige effektene av fysisk aktivitet (Cavanagh, 2008). Et eksempel på dette kan være bevegelse umiddelbart etter en lårhalsoperasjon. Selv om det kan være ubehagelig og smertefullt, er det viktig med tidlig mobilisering. Egenomsorg hos Orem omfatter også evne og vilje. I eksemplet med fysisk aktivitet etter et lårhalsbrudd, vil atferden i stor grad avhenge av pasientens vilje. Helsepersonells oppgave er å motivere, støtte, veilede og oppmuntre til en atferd som vil være gunstig for helsen. Det er ikke snakk om tvang, men informasjon om å forebygge følgesykdommer som kan oppstå etter inaktivitet og som kan fremme tilhelingen.

2.1.1 Menneskets behov for fysisk aktivitet

Som Hjort (1997) uttrykker det, er en daglig dose med fysisk aktivitet noe alle mennesker har behov for. Han hevder at mennesket er skap for aktivitet og at inaktivitet fører til livsstilsykdommer og mistrivsel.

Syke hjemmeboende har en fordel i at de kan trene på å utføre dagliglivets aktiviteter selv. Selv om det tar lang tid, har de ofte anledning til å plundre noe før de får det til. Når det gjelder fysisk aktivitet som krever litt mer enn dagliglivets aktiviteter, kan det være mange hindre for hjemmeboende å være fysisk aktive; trapper, ingen heis, liten leilighet, dårlig vær, glatt føre, korte dager og tidlig mørkt, engstelse for å gå ut alene, manglende hjelpemidler, lite

sosialt nettverk, vansker med transport, lavt selvbilde, depresjon, manglende initiativ og kulturelle hindre.

Ulike former for aktivitet er viktig for å opprettholde egenomsorgen. For å beholde en balanse mellom aktivitet og hvile, er det ifølge Orem viktig å:

- a) å velge aktiviteter som stimulerer, engasjerer og opprettholder balanse mellom fysisk bevegelse, følelsesmessig respons, intellektuelle evner og sosial interaksjon*
- b) å oppfatte og reagere på behovet for hvile og aktivitet*
- c) å utnytte personlige evner, interesser, verdier og kulturelle normer for å utvikle et personlig aktivitets- og hvilemønster (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005:42).*

Hjemmesykepleiens hjelp til egenomsorg kan under punkt a) omfatte motivasjon, kommunikasjon, veiledning og informasjon. I punkt b) kan det være å bevisstgjøre bruker og få vedkommende til å kjenne etter hva som er riktig mengde, form og intensitet på fysisk aktivitet. Under det siste punktet er det greit å ta utgangspunkt i brukers tidligere erfaring med fysisk aktivitet, ha fokus på brukermedvirkning og finne det som er mest hensiktsmessig i den gjeldende situasjonen.

2.2 Fysisk aktivitet og egenomsorg

Egenomsorgsbehov inndeles ofte i følgende kategorier:

- universelle egenomsorgsbehov
- utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov
- helserelaterte egenomsorgsbehov

Selve begrepet egenomsorg er definert som: *..individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve (Cavanagh, 2008:17).*

2.2.1 Universelle egenomsorgsbehov

Det er beskrevet 8 egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker:

1. Behov for nok luft
2. Behov for nok vann
3. Behov for nok mat
4. Behov for eliminasjon
5. Behov for balanse mellom aktivitet og hvile

6. Behov for sosial kontakt og alenetid
 7. Behov for trygghet
 8. Behov for utvikling i en gruppetilhørighet
- (Cavanagh, 2008 og Kristoffersen m fl, bind 4, 2005)

Ivaretagelse av basale behov som luft, vann, mat, hvile, aktivitet, alenetid, sosialt samvær trygghet og utvikling ligger til grunn for enkeltmenneskers eksistens og representerer normen i samfunnet. Dette er behov som hjemmesykepleiere daglig hjelper til med gjennom tiltak som skal dekke behov for nødvendig helsehjelp (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Siden balansen mellom aktivitet og hvile er et viktig basalt behov, synes det hensiktsmessig og logisk at fysisk aktivitet skal ha en sentral plass i hjemmesykepleien. I noen tilfeller kan en tenke seg at en gåtur kunne være et tiltak som hjemmesykepleien skal utføre sammen med bruker.

2.2.2 Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov

I kraft av samfunnsutviklingen har ovennevnte egenomsorgsbehov blitt presisert og spisset i forhold til livsfaser og livssituasjoner (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005). De fleste brukere av hjemmesykepleie er eldre med multiple diagnoser. Det som særpreger eldre er at utviklingen er over og at funksjoner som syn, hørsel, muskelstyrke og bevegelse vanligvis er redusert. Dette er noe hjemmesykepleiere må ta hensyn til når de arbeider med fysisk aktivitet og andre tiltak til eldre i hjemmesykepleien, f. eks ved å passe på at de har briller eller høreapparat på og at de eventuelt bruker gåhjelpemidler. Det dreier seg om å finne et hensiktsmessig nivå å starte fysisk aktivitet på.

2.2.3 Helseviktrelaterte egenomsorgsbehov

Når et menneske blir sykt, endrer funksjon og livssituasjon seg. Det kan bli behov for tilpasninger, hjelp fra helsevesenet og endringer av vaner. Dette i seg selv kan være en omveltning i hverdagen som kan bli vanskelig å takle. Ved kronisk og alvorlig sykdom kan det være behov for å få medisinsk oppfølging og hjelp til å akseptere, reflektere og leve så godt som mulig med sykdommen. Dette stiller krav til den omsorg og hjelp sykepleiere i hjemmesykepleien skal yte for å bidra til egenomsorg på et mentalt plan (Cavanagh, 2008).

Helsesvikt kan skje på mange nivåer og ha ulik alvorlighetsgrad. Helsedirektoratet (2008a) gir anbefalinger om ulike treningsformer, kontraindikasjoner og forventet treningseffekt ved ulike sykdommer. For eksempel kan egenomsorgsbehovet for en bruker i hjemmesykepleien med nyoppdaget diabetes være å få kostveiledning og motivasjon til å bli mer fysisk aktiv. Hjemmesykepleiens oppgaver med å dekke egenomsorgsbehovene når helsen svikter, vil være mangfoldig. Det vil variere med helsesviktens art og omfang, samt enkeltmenneskets krefter, evner, vilje og kunnskaper (Kristoffersen, bind 4, 2005).

2.3 Ivaretagelse av behovet for fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har vært og er kanskje fortsatt et område som de fleste mener den enkelte skal ivareta selv. Mennesker har både frihet til å velge sin egen livsstil og ansvar for egen helse (Mæland, 2012). Dette innebærer frihet til å drive fysisk aktivitet, men samtidig en frihet til å være fysisk inaktiv. Likevel forventer samfunnet at mennesker gjør en egeninnsats for å oppnå god helse. Helsedirektoratet (2008a) forklarer i detalj hvordan fysisk aktivitet kan forebygge sykdom generelt og hvordan det innvirker spesielt på ulike sykdommer. Dette er informasjon helsevesenet gir gjennom kampanjer og informasjonspåvirkning. Sykepleiere er sentrale i dette arbeidet og har fysisk aktivitet som ett av sine sykepleietiltak når dette er det mest hensiktsmessige tiltaket (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005).

2.3.1 Menneskesynets innvirkning

Grunnlaget for utøvelsen av sykepleie ligger blant annet i synet på mennesket.

Det er faktorer som er viktige for sykepleieutøvelsen:

These views are (1) person, (2) agent, (3) user of symbols, (4) unitary human being or embodied person, and (5) as individuals (objects) subject to physical forces (Orem, 2001:129).

*Theses five **broad views of humankind** are as relevant for nurses viewing themselves as they are for nurses viewing persons in need of nursing. At times nurses must help persons under their care to view themselves in one or more of these ways (ibid).*

De ovennevnte punktene representerer et positivt syn på mennesker med ressurser til å tenke, uttrykke seg og abstrahere. Beskrivelsene ovenfor forutsetter at mennesket er aktivt og fritt, samtidig som det noen ganger trenger hjelp til å ta vare på seg selv (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005).

2.3.2 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse

Helse er et begrep med flere definisjoner. Verdens helseorganisasjon, WHO, har sin velkjente definisjon som stiller høye krav til fullstendig fravær av sykdom, skade eller lyte. Helse kan også defineres som det å mestre hverdagens mange krav (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005). Helse er også et relativt begrep, noe som vil si at helse kan endre seg med alder, livssituasjon og forventninger. Dermed er helse et omfattende begrep som inkluderer fysiske, mentale, sosiale og åndelige behov:

Health, then, must include that which makes a person human (form of mental life), operating in conjunction with physiologic and psychologic mechanisms and a material structure (biologic life) and in relation to coexistence with other human beings (interpersonal and social life). The meaning of the term health changes as views about people's human and biologic characteristics change (Orem, 2001:182).

I en helhet av mange faktorer er fysisk aktivitet ett av flere vesentlig momenter for å beholde eller gjenvinne god helse. For brukere i hjemmesykepleien er helse knyttet til mestring, derfor er helsedefinisjonen til Hjort og Orem den mest aktuelt å bruke i hjemmesykepleien.

3.0 Ivaretagelse av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien – et sykepleieansvar

I hjemmesykepleien er det mange oppgaver å ivareta, men fysisk aktivitet som ett av flere sykepleietiltak burde ha en sentral plass i forebygging og behandling (Helse- og omsorgstjenesteloven og Kristoffersen m fl, bind 2, 2005).

Selv om en definerer fysisk aktivitet som energiomsetning utover hvilenivå, vil nivået variere ut fra tilstand, evner og vilje. Aktivitet en av de viktige forutsetningene for egenomsorg (Cavanagh, 2008) som hjemmesykepleien kan være en arena for.

Fysisk aktivitet for syke som ikke greier å bevege seg i det hele tatt, kan i noen tilfeller være at andre utfører passive bevegelser av kroppsdelene for å øke sirkulasjonen og hindre kontrakturer.

Helsedirektoratet (2008a) gir anbefalinger for ulike aldersgrupper om type fysisk aktivitet og mengde. For voksne er det anbefalt å ha 30 minutter moderat aktivitet daglig. Det positive er

at det meste hjelper, selv lav grad av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2009a). Undersøkelser viser at informasjon og veiledning om fysisk aktivitet også fører til helsegevinst (Helsedirektoratet, 2009b).

Sykepleie er en hjelpetjeneste i samfunnet som krever utdanning, praktisk trening og erfaring (Cavanagh, 2008). Målet med assistanse fra hjemmesykepleier kan være å gjenvinne eller vedlikeholde funksjon og uavhengighet. Det kan uttrykkes på ulike måter:

Sykepleiens overordnede mål er å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005:41).

Den enkelte skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2012:19)

...den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Fjørtoft, 2012:20)

Sykepleieteorien uttrykker at det er vanskelig å utføre noe for andre: *Det kompliserte består i at behovene er pasientens behov (Kristoffersen, bind 4, 2005:47).*

Sykepleiere i hjemmesykepleien møter kanskje denne utfordringen mer i hverdagen enn mange andre i helsevesenet fordi de arbeider på brukernes hjemmearena. Arbeidsoppgavene er mange. De fem virkemidlene sykepleierens hjelpemetoder består av, gjelder også for hjemmesykepleien:

*å gjøre noe eller handle for en annen
å veilede og rettlede en annen
å sørge for fysisk og psykisk støtte
å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
å undervise (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005:48)*

Sykepleiernes ansvar og funksjonsområder danner grunnlag for hva sykepleiere skal gjøre og hvilke tiltak de kan sette i verk. I den forbindelse kan følgende områder nevnes:

- forebyggende og helsefremmende arbeid
 - behandle
 - lindre
 - rehabilitere/habilitere
 - undervise
 - administrere
 - fagutvikle
- (Almås m fl, 2011)

Hva som faktisk gjøres avhenger av pasientens ønsker og behov for bistand i eget hjem og er knyttet til søknad om hjelp. Ut fra vedtak tilbys ”nødvendig helsehjelp” for å dekke basale behov slik at en kan greie seg i eget hjem (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Behovene er mange, og noen kommuner presiserer tiltakene i en kravspesifikasjon. Vedlegg 3 er et eksempel på det.

Ovennevnte oppgaver for hjemmesykepleien er ikke uttømmende. Sykepleiekunsten består av mer enn teori, praksis og erfaringer. En sykepleier må bruke sin klokskap og sitt intellekt til å vurdere hvert enkelt tilfelle og handle ut fra sitt kliniske blikk og sine moralske overbevisninger. Det dreier seg om kommunikasjon, relasjonsbygging og empati. Selv om teorien sjelden bruker begrepene brukermedvirkning og medbestemmelse, er dette inkludert i egenomsorgsteorien om pasientens behov (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005 og Cavanagh, 2008).

Sykepleie kan defineres på følgende måte:

Nursing is an art through which the nurse, the practitioner of nursing, gives specialized assistance to persons with disabilities of such a character that more than ordinary assistance is necessary to meet daily needs for self-care and to intelligently participate in the medical care they are receiving from the physician. The art of nursing is practiced by "doing for" the person with the disability, by "helping him to do for himself" and/or by "helping him to learn how to do for himself." Nursing is also practiced by helping a capable person from the patient's family or a friend of the patient to learn how "to do for" the patient. Nursing the patient is thus a practical and a didactic art (Orem, 2001:18).

Denne forklaringen kan danne grunnlaget for videre betraktninger om sykepleierrollen og pasienters egenomsorgsbehov.

3.1 Fremmede faktorer

Krefter, evne, vilje og kunnskaper er fortsatt nødvendige egenskaper for at enkeltmennesket skal kunne ivareta egenomsorg. Fysisk aktivitet som tiltak kan være noe tyngre å komme i gang med fordi det krever initiativ og forståelse for viktigheten av det som tiltak. Motivasjon og kunnskaper er avgjørende på individnivå både for bruker og pleier. Som tidligere nevnt må fysisk aktivitet tilpasses funksjonsnivå. Helsepersonell må gi klar og entydig informasjon og noen ganger vil helsepersonell ha en rolle som en type personlig trener, iallfall i startfasen.

3.1.1 Fysisk aktivitet som nødvendig helsehjelp

I Helse- og omsorgstjenesteloven kreves det at kommunen yter nødvendig helse- og omsorgshjelp til de som befinner seg i kommunen. Nødvendig helse- og omsorgshjelp omfatter ”skal”-tjenester som for eksempel helsetjenester i hjemmet og medisinsk rehabilitering. Fysisk aktivitet er et naturlig tiltak i disse tjenestene.

Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3 omhandler forebygging. Det siteres her fra bestemmelsen: *Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.*

Hvis fysisk aktivitet regnes for å være viktig, er dette et tiltak pasienter skal få tilbud om. Slik kan en hevde at loven støtter fysisk aktivitet som et nødvendige tiltak.

3.1.2 Fysisk aktivitet som et hjemmesykepleietiltak

Hjemmesykepleie ble innført på midten av 1960-tallet, samtidig med at norske myndigheter startet utviklingen av velferdsstaten slik vi kjenner den i dag (St.meld 25). Helse- og omsorgstjenesteloven er rammen for helsetjenestens innhold, men kriterier for tildeling av tjenester, bestemmer kommunene selv. Behov, krav og forventninger fører til en kontinuerlig diskusjon om hva tjenesten skal inneholde (Helsedirektoratet, 2004 og Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Kultur, sosial gruppetilhørighet, forventninger og ideer om hva som er normen, har stor betydning for mennesker generelt, men spesielt når de er syke og må ha assistanse til å dekke sine behov (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005). Fysisk aktivitet er et sykepleietiltak og bør være et naturlig tilbud til hjelpetrengende hjemmeboende.

3.1.3 Fysisk aktivitet som forebygging og behandling

Folkehelsemeldingen er tydelig på at forebyggende helsearbeid i alle deler av helsevesenet, er viktig:

Regjeringen vil videreutvikle en helse- og omsorgstjeneste i tråd med målene i samhandlingsreformen og nye utfordringer knyttet til livsstilssykdommer, en økende andel eldre, flere som lever med kroniske lidelser og utfordringer knyttet til psykisk helse og rusproblemer. Det innebærer at forebyggende tjenester vil få en tydeligere rolle i helse- og omsorgstjenesten (St.meld nr 34, kapittel 5).

Fysisk aktivitet er en anbefalt behandlingsform ved en rekke sykdommer, deriblant livsstilsykdommer. Ikke alle sykdommer kan helbredes, men tilstanden kan ofte bedres med fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2008a).

3.1.4 Fysisk aktivitet og mental helse

Det skal bare nevnes at det finnes mange studier som beskriver gunstig innvirkning på mental helse (Helbostad, 2005). Her er ett eksempel på dette: *Otränade individer är helt enkelt sämre rustade att tåla såväl psykisk som fysisk stress* (Börjesson og Jonsdottir, 2004:1394).

3.1.5 Fysisk aktivitet og samfunnsøkonomi

Det kan være vanskelig å beregne de økonomiske gevinstene av fysisk aktivitet, men litteraturen er peker stadig på positive helseeffekter av fysisk aktivitet: *De positive helseeffekter av fysisk aktivitet er trolig betydelig større enn det som hittil er inkludert i samfunnsøkonomiske analyser* (Helsedirektoratet, 2008b). Likevel er den viktigste effekten bedre helse for den enkelte person.

3.2 Hemmende faktorer

En kan kanskje si at de faktorene som hemmer fysisk aktivitet er det motsatte av det som fremmer fysisk aktivitet. Uten å besvare spørsmålet før det er stilt til fokusgruppen, kan en tenke seg at mangel på informasjon, lite erfaring med fysisk aktivitet, lite kunnskap, dårlige holdninger, liten evne og vilje kan være hemmende faktorer.

4.0 Metode

Metode er en oppskrift på hvordan en strukturerer den delen av virkeligheten en ønsker å undersøke. I teorien beskrives metode som: *..en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare* (Dalland, 2010:83).

4.1 Valg av metode

Metoder deles inn i kvalitative og kvantitative, der kvalitative metoder skriver observasjoner, og kvantitative metoder tallfester observasjoner. Den hermeneutiske retning forsøker å fortolke, forklare og forstå data, mens den positivistiske retning bygger på objektivitet, fornuft, pålitelighet, gyldighet, årsak/virkning og foretar målinger av data (Dalland, 2010).

I problemstillingen spørres det om hvilke faktorer som påvirker en sykepleier til å anvende fysisk aktivitet overfor pasienter i hjemmesykepleien. I og med at det ikke finnes mye forskning på tiltaket, valgte jeg å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien fordi det kan være med på å belyse oppgavens problemstilling.

I første omgang vurderte jeg å intervju sykepleiere enkeltvis, men jeg fant etter hvert ut at et fokusgruppeintervju ville være enda mer interessant fordi en slik gruppe vil dele erfaringer og forhåpentligvis inspirere hverandre til komme med nye og flere synspunkter enn om de hadde besvart spørsmålene en og en.

4.2 Fokusgruppeintervju

Et fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode for å samle inn data. En moderator og en assistent samarbeider om intervjuet, opptak og referat. Gruppestørrelsen er anbefalt å være fra fire til åtte personer. Metoden innebærer en interaksjon mellom deltakerne og intervjuere der erfaringer, opplevelser og synspunkter danner grunnlag for data (Dalland 2010). Konsensus er ikke målet, men å få fram ideer, oppnå meningsutveksling og eventuelt avdekke nye momenter (Glasdam, 2011).

Utfordringene kan være ustrukturerte samtaler med avbrytelser der informantene ikke får sagt det de mener. Etter intervjuene er gjennomført, er etterarbeidet omfattende. Intervjuene bør tas opp på bånd, transkriberes og analyseres. Dette innebærer tolkninger for moderator og assistent, som i tillegg er deltakere, ikke bare observatører.

I et fokusgruppeintervju kan deltakerne påvirkes til å mene det samme fordi det kan være vanskelig å divergere fra flertallet. Deltakerne kan dessuten virke mer opptatt av temaet under intervjuet enn det de virkelig er.

4.3 Utvikling av intervjuguide

For å få synspunkter på problemstillingen, er det laget en intervjuguide. Jeg startet med å analysere ordlyden i problemstillingen samtidig som jeg forsøkte å sette meg inn i en hjemmesykepleiers hverdag. Begrepene fysisk aktivitet, roller og faktorer fremsto som nøkkelbegreper og etter hvert kom jeg fram til følgende spørsmål:

- Hva er din forståelse av fysisk aktivitet som et sykepleietiltak i hjemmesykepleien?
- Hvordan ser du din rolle som sykepleier for å ivareta fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva fremmer bruken av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva hemmer bruken av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?

4.4 Utvalg av respondenter

For å gjøre et valg av deltakerne til fokusgruppeintervjuet måtte jeg kombinere det praktiske og det ønskelige. Kriteriene for utvalg ble som følger:

- sykepleiere på jobb torsdag 6. februar
- sykepleiere som frivillige stilte opp i arbeidstiden
- sykepleiere som arbeidsgiver kunne avse i tidsrommet 13.45 – 14.45
- sykepleiere som arbeider kommunalt i hjemmesykepleien

Mange av sykepleierne har lang erfaring, interesse for temaet og er ansett for å være dyktige. Slik utvalget ble gjort, medførte kanskje at det ble mer representativt enn om jeg skulle ha valgt det ut selv. Gruppen besto til slutt av sykepleiere med erfaring fra ulike arbeidssteder i kommunen, både institusjonserfaring og hjemmesykepleierfaring.

4.5 Forberedelser

Selv om det å intervju andre sykepleiere ikke krever spesiell tillatelse, valgte jeg likevel å få aksept av pleie- og omsorgsleder. Brevet til pleie- og omsorgsleder ble godkjent av veileder, vedlegg 1.

Forespørselen ble positivt mottatt, informasjon ble videreformidlet av pleie- og omsorgsleder og jeg valgte tid og sted for fokusgruppeintervjuet. De sykepleierne som skulle være på jobb 6. februar fikk invitasjon til deltakelse to dager i forveit med spørsmålene presentert. I alt fem

sykepleiere ønsket og hadde anledning til å delta. Dette brevet ble også godkjent av veileder før utlevering, vedlegg 2.

I og med at det i teorien anbefaler å ha en fokusgruppe fra fire til åtte personer (Dalland, 2010 og Glasdam, 2011), og at det den aktuelle dagen var åtte sykepleiere på jobb, var jeg fornøyd med en fokusgruppe bestående av fem personer.

Av praktiske hensyn valgte jeg å finne et kontor på arbeidsplassen der vi kunne oppholde oss uforstyrret i ca 1 time. Det gjorde det enklere å få sykepleierne til å møte og enklere å avvikle intervjuet.

4.6 Gjennomføring

Vi satt uforstyrret i ca 45 minutter på arbeidsplassen fra kl 13.45. Assistenten, som skulle ha som hovedoppgave å skrive referat, og som jeg hadde gjort avtale med på forhånd, meldte om sykdom samme dag. Jeg hadde tenkt ut en løsning om dette skulle skje og hadde en plan om å spørre en av deltakerne om å fylle den rollen. Dette gikk greit, og vi hadde en intervjusamtale med fem sykepleiere, hvorav en fikk rollen som assistent og meg selv som moderator. Vi var i alt seks personer. To av sykepleierne har en koordinerende rolle mellom avdelingsleder og hjemmesykepleiere. Begge går i turnus og arbeider også med brukere.

Felles for deltakerne var:

- alle var aktive og bidro i intervjuet
- de virket interesserte i temaet
- de var erfarne med arbeid i hjemmesykepleien

Samtalen var preget av engasjement, eksempler, en og en snakket om gangen, aktiv lytting, innsikt og humor. Vi merket at spørsmålene henger sammen og at det er lett å gå fra det ene til det andre. Likevel greide vi å holde en struktur og fikk en konstruktiv samtale der jeg opplevde ærlighet, selvironi, humor, refleksjon over systemer, holdninger og tanker rundt egen praksis. Det ble brukt båndopptaker under intervjuet, og det ble skrevet referat.

4.7 Analyse

Analysen følger de fire spørsmålene i intervjuguiden.

Første spørsmål om forståelse av fysiske aktiviteter innledet fokusgruppeintervjuet.

Jeg stilte spørsmål: *Hva sykepleierne mener om fysisk aktivitet og hva det betyr for dem relatert til arbeidet i hjemmesykepleien?* Vi brukte en del tid på spørsmålet: *Hva betyr fysisk aktivitet som sykepleietiltak i hjemmesykepleien?*

Dette ble etter hvert en naturlig overgang til å snakke om sykepleierollen. *Hva er en sykepleiers oppgaver i hjemmesykepleien? Hva har sykepleiere ansvar for å initiere av fysisk aktivitet?*

Det ble også et spørsmål om grensegangen til andre yrkesgruppers arbeidsoppgaver og spesielt i forhold til fysioterapeuter. *Hva er tydelig og klart en sykepleierrolle i denne sammenheng? Hva er det som legger til rette for at sykepleiere skal bruke fysisk aktivitet i sitt arbeid og velge dette som ett av flere sykepleietiltak?* Samtalen dreide seg om muligheter og begrensninger for sykepleieoppgaver, tverrfaglig samarbeid og hvem gjør hva og til hvilken tid?

Fremmende og hemmende faktorer er ofte samme sak, men med forskjelling fortegn. Det avhenger av hvordan en ser på utfordringer, hvordan en takler uforutsette hendelser, fleksibilitet hos den enkelte sykepleier og forhold i omgivelsene. Fokusgruppen pekte på flere interessante faktorer som kan spille inn når en skal samarbeide om komplekse oppgaver i hjemmesykepleien. Det tas opp i drøftingen.

4.8 Litteratursøk og søkestrategi

For å finne artikler som kunne være relevante for mitt tema, startet jeg å søke på Cinahl.

Søkene ga følgende resultat:

- physical activity* ga 47150 treff
- physical activity* and nursing* ga 15811 treff
- sistnevnte søk og regrensning til tidsrommet 2004-2014, ga 13161 treff

Jeg endret søkeord til:

- physical activity* and home care nursing* i tidsrommet 2004-2014 som ga 274 treff
- physical activity* and home care service* 10 år tilbake i tid, ga 197 treff
- physical activity* and home care nursing* not mental health* i samme tidsrom og artikler med full tekst, ga 79 treff

Jeg valgte å gå gjennom abstraktet til alle 79 treffene og valgte ut alle de som jeg kunne tenke å ha relevans for min problemstilling og intervju spørsmål. Det ble i alt 8 artikler.

Deretter utførte jeg søk i Novart og fant følgende:

- fysisk aktivitet* ga 56 treff, hvorav jeg fant 8 relevante artikler
- fysisk aktivitet* og hjemmesykepleie* ga null treff
- aktivitet* og hjemmesykepleie* ga også null treff

Andre artikler har jeg funnet ved å se på litteraturlister i artikler og bøker. I ettertid fant jeg ut av flere av disse var perifere for min oppgave, men de har vært en del av bakgrunnsteppet og gitt inspirasjon. De jeg har referert til i besvarelsen, har jeg ført på litteraturlisten.

4.9 Metodekritikk

Det hadde vært mulig å gjøre andre valg på alle punkter, men jeg vil kommentere noen punkter spesielt.

Intervju med enkeltpersoner kunne ha gitt et mer presist uttrykk for hva hver enkelt sykepleier mente. I gruppeintervju er deltakerne ulikt aktive og det kan være forhold som gjør at noen føler seg ufrie til å uttrykke sin mening. Spørreskjema var ikke aktuelt fordi det er for komplisert å utforme med den tiden jeg hadde til disposisjon. En litteraturstudie ville ha gitt få treff, derfor valgte jeg en intervjumetode.

Deltakerne i fokusgruppen kjente hverandre, og det tror jeg gjorde at de følte seg noe friere til å snakke. Det virket som de likte å delta. Kanskje ble utvalget preget av personer som hadde interesse for temaet? Kanskje viste de seg mer interesserte i fysisk aktivitet enn de i virkeligheten er?

Det er alltid interessant å vite om frafallsgruppen. Selv om det bare var tre sykepleiere som ikke kom, hadde det vært interessant å vite om hvorfor de ikke kunne eller ønsket å delta.

Utvalget kunne ha vært gjort annerledes. Jeg kunne ha tenkt meg å ha en sammensetning ut fra alder, erfaring, interesse for hjemmesykepleie, fysisk aktivitet, rehabilitering, forebygging, kjønn, stilling og ansvar. For å få gjennomført fokusgruppeintervjuet måtte jeg imidlertid ta

praktiske valg, og jeg oppdaget raskt at utfordringer kunne oppstå både med møterom, tid, deltakere og gjennomføring.

Utfordringen med at assistenten meldte sykefravær sent, kunne jeg ha forebygget enda bedre og funnet en reserve på forhånd.

4.10 Etiske refleksjoner

Det viktigste er at alle dataene er anonymisert og ikke kan spores. I forhold til deltakerne i intervjuet, informerte jeg om at samtalen ble tatt opp på bånd og at det vil bli slettet etter at sensuren har falt. Informasjonen har jeg forsøkt å håndtere med respekt slik at ingen har blitt satt i et dårlig lys. All deltakelse i fokusgruppen var frivillig.

5.0 Funn

I det følgende gjennomgås de kommentarer fokusgruppen på fem sykepleiere hadde til spørsmålene som ble stilt.

5.1 Fysisk aktivitet

Alle syntes fysisk aktivitet er et aktuelt sykepleietiltak i hjemmesykepleien. En av deltakerne startet med å fortelle at ofte flettes elementer av fysisk aktivitet inn i andre gjøremål, f.eks i stell. Imidlertid avhenger dette ofte av sykepleiers interesse og fokus på betydningen av fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet kan omfatte trening på relativt høyt nivå og bevegelse på meget lavt nivå. Fokusgruppen mente fysisk aktivitet kommer mye an på funksjonsnivå, målsetting, tid og holdninger.

Funksjonsnivå varierer og kan være så mangt, derfor er det viktig med enkle øvelser, motivasjon og å jobbe ut fra det nivået personen er på. Fokusgruppen hadde erfart at heldige bivirkninger av fysisk aktivitet, er bedre humør og fornøydhets hos brukere.

En av deltakerne mente at utgangspunktet burde være spørsmålet: Hva er målet for brukeren? Fysisk aktivitet er for det første nødvendig for å oppnå et mål om funksjonsforbedring. Det kan dreie seg om å bevege seg innen egen bolig, gå i trapper, bevege seg utendørs med hjelpemidler, kle på seg, etc. For det andre er målet å styrke kjernemuskulaturen for å oppnå

god balanse og forhindre fall. Det er også aktuelt å trene etter en operasjon eller langvarig inaktivitet. De var enige i at funksjonsnivå og målsetting er individuelt.

Fokusgruppen uttrykte at tid er et tveegget sverd. På den ene siden oppleves det som om hjemmesykepleien skal gjøre alt. På den andre siden er det uheldig å nedprioritere fysisk aktivitet selv om forventningene til andre arbeidsoppgaver øker. Det kan ta tid å motivere og bevisstgjøre til aktivitet. Fysisk aktivitet kan lett bli nedprioritert på grunn av tidspress siden det er så mye annet som også er viktig. Flere av sykepleierne i intervjuet kjente på dilemmaet om å utføre forebyggende tiltak og det de kaller ”brannslukking”. En av dem uttrykte det slik: ”Vi vet det jo, men gjør vi det...?”

Fokusgruppen mente at interessen og kunnskapen til sykepleier har stor betydning. Dette kan raskt påvirke hva hjemmesykepleien gjør og hvordan kollegaer og pasienter tenker. Holdninger både til pleier og pasient er avgjørende. Hvis en sykepleier er flink til å se sammenhenger og helheter, kan det medføre at små tiltak som innebærer fysisk aktivitet, flettes inn i daglige gjøremål. Slik kan faktisk et enkelt treningsopplegg starte.

Vedtak om nødvendig helsehjelp gir føringer på hvilke tiltak som iverksettes og hva som prioriteres. På dette nivået kan fysisk aktivitet som forebyggende tiltak raskt bli nedprioritert til fordel for behov for bistand til personlig hygiene, praktisk hjelp til ernæring og medisiner. Sykepleierne var klare på at fysisk aktivitet er nødvendig og at det blir enda mer nødvendig framover som forebygging til en økende eldre befolkning.

Det å bygge opp motivasjon kan ta tid. Hvis personen har drevet idrett eller en form for fysisk aktivitet tidligere i livet, oppleves motivasjonsarbeidet mye enklere.

Et par sykepleiere i gruppen hadde spesiell interesse for fysisk aktivitet, noe jeg ikke visste på forhånd. Alle var enige i betydningen av fysisk aktivitet, men de innrømmet at i en hektisk hverdag, er det vanskelig å prioritere.

5.2 Sykepleierollen

I samtalen kom vi inn på faktorer som tid, grensesetting, tverrfaglig samarbeid, kunnskaper, holdninger og motivasjon hos brukere og pleiere.

For hjemmesykepleien er det lite aktuelt å fokusere på fysisk aktivitet om morgenen. I dette tidsrommet er oppgavene mange, og mye tid går med til å hjelpe folk opp om morgenen. Det er fortsatt en selvfølge at brukerne skal gjøre så mye som mulig selv i stellet, men ren gåtøring eller annen form for fysisk aktivitet som det er gitt vedtak på, må eventuelt skje senere på dagen. Da er spørsmålet med en gang: Hvem gjør hva?

Tverrfaglig samarbeid er viktig, men fordi de fleste opplever tidspress i arbeidshverdagen, kan tverrfagligheten lett bli til negativt stress. Gruppen påpekte at de ikke var negative til fysisk aktivitet, men synes det er vanskelig å prioritere fordi alt er viktig.

Hjemmesykepleien opplever ofte å bli spurt av kollegaer og andre om hjelp til praktiske gjøremål som henting av medisiner, resepter, utstyr, hjelpemidler og akutte, nødvendige gjøremål. Alle mente de strekker seg langt for å samarbeide godt. De tror selv de er serviceinnstilte fordi de ofte svarer ja på spørsmål. Dette opplever de kan utnyttes etter hvert, og det forventes at de alltid kan gjøre en liten tjeneste. Dette gjelder også i noen grad overfor fysioterapitjenesten ved at fysioterapeutene lager treningsprogram til brukere, som de forventer at hjemmesykepleien følger opp.

I intervjuet uttrykte noen av deltakerne usikkerhet knyttet til øvelser og trening. Det kan være vanskelig å vite hvor langt en kan presse brukerne, hvor mye en skal ta hensyn til smerte, hva som er forskjell på smerte og stølhet og hvordan en skal veilede utførelse av øvelser. Noen mente de ikke hadde kompetanse nok på området, mens andre følte seg mer komfortable.

Holdninger og motivasjon hos brukere kan være et stort hinder. Noen brukere har bestemt seg for å "ha det godt", ikke gjøre noe og høste av sine tidligere innbetalte skattepenger. Deltakerne opplevde at det er lett å ty til en snillistisk atferd og godta en inaktiv holdning hos bruker. Dette er et dilemma også fordi hjemmesykepleiere arbeider i private hjem. En sykepleier mente de ikke hadde startet arbeidet med å forebygge enda. Fortsatt holdt de på med brannsløkkingsarbeid.

For å få brukere med på samarbeid om tiltak, som vi vet er helsefremmende ut ifra dagens kunnskap, kreves ofte tid til å kommunisere på brukers nivå, mye informasjon og motivasjon til å forsøke noe nytt.

5.3 Fremmende faktorer

Gruppen mente at faglig interesse, fokus i hverdagen, kompetanse, holdninger, prioriteringer og vedtak var viktige fremmende faktorer.

En av deltakerne håpet at fysisk aktivitet skulle bli mer anerkjent og akseptert som et prioritert tiltak i hjemmesykepleien. For å få dette til, vil det trolig være nødvendig å formalisere tiltaket ved å skrive vedtak på det og få det inn i mål- og tiltaksplaner.

Deltakerne trodde at mer kompetanse vil være veien å gå for å få mer fysisk aktivitet inn i hjemmesykepleien. Selv om vedtak ligger til grunn for arbeidet en hjemmesykepleier utfører, har den faglige interessen og de personlige kvalifikasjonene stor innvirkning på fokuset og valgene som en sykepleier foretar i en så uavhengig og selvstendig jobb. Prioriteringer, noe som alltid er en utfordring når det er knapt om tid, er også en utfordring i denne forbindelse.

Deltakerne opplever at fysisk aktivitet og trening er viktig for mange unge og voksne i dag, noe som de håper kan gi resultater på sikt, slik at de positive effektene av fysisk aktivitet blir mer synlig i framtiden.

Skadevirkningene av inaktivitet er omfattende. Deltakerne påpekte at brukere som aldri har vært aktive, er vanskeligere å motivere i eldre i alder. En var spesielt oppmerksom på at fysisk aktivitet skal gjøres morsomt og enkelt. En annen tilføyde at det er behov for å gå gjennom og diskutere med enkelte brukere for å se om det er nye tiltak som kan gjøres av hjemmesykepleien. Det er et poeng at når disse tiltakene er bestemt, bør de gjennomføres så likt som mulig av alle hjemmesykepleiere.

5.4 Hemmende faktorer

Gruppen var samstemt på at det er de holdningsmessige faktorene både hos bruker og hjemmesykepleier som er de viktigste hemmende faktorene for fysisk aktivitet som et sykepleietiltak. Sykepleiernes bevissthet, kommunikasjon og organisering av egen hverdag spiller videre inn. Hos brukere med liten motivasjon og forståelse for å holde seg i form, er

det ofte en kamp om å få de til å gjøre mest mulig selv. Når en bruker spør om hjelp til noe en greier selv, er det viktig å sette grenser og vennlig forklare hvor viktig det er å holde seg i aktivitet selv. Noen sykepleiere er konsekvente og flinke til dette, mens andre lettere gir etter for press. Det er uheldig, ikke bare for brukers funksjonsnivå og trening, men også for oppfattelsen av ”snille” og ”slemme” hjemmesykepleiere. Når slike ”kamper” er ubehagelige eller tidkrevende å gjennomføre, er det lett å gi etter og velge den enkleste løsningen når en står midt i en slik situasjon. Sykepleierne syntes dette er uheldig og ønsket seg diskusjoner rundt brukere og avgjørelse på hvordan en skal takle de brukere og situasjonene som medfører at sykepleierne gjør mer enn det de skal for å spare tid og unngå diskusjon med brukere. En av deltakerne uttrykte at hun mente de ikke var flinke nok til å arbeide med forebygging og mestring. En annen tok opp begrepet ”nødvendig helsehjelp”, økonomi, forventninger og hvordan vi tenker ulikt på hva dette innebærer. Hun pekte på hvor vanskelig det er å tenke forebyggende og rehabiliterende når brukere sier at de forventer service etter mange år som skattebetalere. Samtidig er det sykepleiere som ikke synes det er greit å motsi denne type tilbakemeldinger dette eller ta opp en diskusjon om samfunnsansvar og velferdspolitik. Når en sitter i en mellomlederposisjon som sykepleier, er disse spørsmålene aktuelle. Presset fra brukere, pårørende og hjemmesykepleiere i felt på den ene siden og presset fra andre ledere om økonomistyring, fordeling og sparing på den andre side, kan by på spesielle utfordringer i arbeidshverdagen til hjemmesykepleiere. Sykepleieren som uttrykket dette, ønsket at alle kunne se på hverandre som samfunnsborgere og dra lasset sammen.

5.5 Oppsummering av funn

Sykepleierne forsto begrepet fysisk aktivitet meget vidt fra det å utføre daglige gjøremål til målrettet trening for å øke kondisjon og styrke.

Sin egen rolle betraktet de på en åpen og reflektert måte. De hadde en klar mening om sin rolle, men var ærlige om at de ikke bestandig lykkes i å gjøre det de vet hjelper. Samtidig preker de på hvor altomfattende hjemmesykepleien er og hvor utfordrende det noen ganger er med høye forventninger fra flere hold.

Fokusgruppen betraktet seg selv som ansvarlige og viktige for tjenesten, men likevel var de ganske selvkritiske. Holdninger, verdier, prioriteringer, kompetanse, faglig interesse og fokus var de viktigste faktorene de trakk fram under intervjuet.

Skjematisk kan dette framstilles slik:

Fysisk aktivitet	Sykepleierollen	Fremmede faktorer	Hemmende faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • avhengig av funksjonsnivå • avhengig av mål • er så mangt; ADL – målrettet trening • redskap for å nå mål om mestring, selvstendighet, kondisjon, bevegelighet og styrke 	<ul style="list-style-type: none"> • har kunnskap, men trenger mer • avhengig av holdninger og interesse • må tenke forebygging, mestring og behandling • viktig med god kommunikasjon • motivere • grensesette • se helheter og flette fysisk aktivitet inn i stell 	<ul style="list-style-type: none"> • positiv til fysisk aktivitet • interesse • prioritering • mer fellestrening • flere vedtak på fysisk aktivitet • bevissthet • tverrfaglig samarbeid 	<ul style="list-style-type: none"> • negativ til fysisk aktivitet • lite interesse • lavt prioritert • ikke vedtak • lite fokus • dårlig til å se sammenhenger og helhet • lite samfunnsbevissthet • økonomiske hindre • urealistiske forventninger

6.0 Drøfting

Denne delen følger intervjuguiden og drøftes med utgangspunkt i funn og teori.

6.1 Fysisk aktivitet som et grunnleggende behov

I fokusgruppen diskuterte vi hvordan fysisk aktivitet kan omfatte mange ulike aktiviteter som å gå turer og bevegelse fra seng til stol. Dette bekreftes også i teorien (Kirchhoff, 2006). Ulik litteratur (Helsedirektoratet, 2009a og 2008a) viser at det meste av fysisk aktivitet hjelper og at de anbefalte 30 minuttene i moderat tempo, kan deles opp i mindre tidsbolker og fortsatt ha effekt. En norsk kartlegging viser at det anbefalte aktivitetsnivået kun gjennomføres av 15-20% (Helsedirektoratet, 2009a). Forståelsen av hvor viktig fysisk aktivitet er syntes å være godt til stede i fokusgruppen, og anbefalingene fra Helsedirektoratet var godt kjent. En positiv holdning til fysisk aktivitet kan være til stede uten at det nødvendigvis fører til praktisering av fysisk aktivitet (Kirchhoff, 2006).

Det ser ut til at mennesker ikke bestandig handler slik det vet er til det beste for seg selv både på kort og lengre sikt. Selv om myndighetene gir helseopplysninger på flere arenaer, ser det ut til å være behov for å beholde denne informasjonsaktiviteten. Hjemmesykepleierne i fokusgruppen mente de av og til greier å motivere til litt mer fysisk aktivitet hos noen hjemmeboende gjennom å informere, støtte og oppmuntre. Helsedirektoratet gir også ut spesifikk kunnskap om fysisk aktivitet og hvordan bruke det som forebygging og behandling. Det påpekes at fysisk inaktivitet er et stadig økende problem for folkehelsen og at inaktiviteten øker i alle aldersgrupper. Det er mange hindre for å være fysisk aktiv, og mange

har en passiviserende livsstil foran TV, PC og i bil (Helsedirektoratet, 2009a). Ett av de tiltak som vil ha størst positiv effekt på folkehelsen, er ulike former for fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2008a, 2008b, 2009a, 2009b, 2012).

Det var ingen diskusjon i fokusgruppen om fysisk aktivitet er et grunnleggende behov slik Kirkevold også fastslår. Her beskrives fysisk aktivitet som et grunnleggende behov, og konsekvensene av inaktivitet gjennomgås ganske detaljert (Kirkevold m fl, 2008).

Fokusgruppen fortalte at de ofte opplever at brukerne har en negativ holdning til å gjøre dagliglivets aktiviteter, bevege seg og trene, noe som stemmer overens med Helsedirektoratet, (2009a), som viser til at eldre i alderen 70-75 år er klart mindre aktive enn andre aldersgrupper. Hvorfor det er slik, er vanskelig å si, men Kirchhoff (2006) forklarer dette med dårligere helse og redsel for å falle. Med en slik holdning er det lett å komme inn i en ond sirkel hvor fysisk aktivitet avtar og helsen reduseres. Hjort (1997) som var aktiv i forskning og helseopplysning på 1990-tallet, hevder fysisk inaktivitet er en risikofaktor på linje med høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå, hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes type 2, osteoporose og noen kreftformer.

Til tross for kunnskap om helsegevinst av fysisk aktivitet og risikoene ved fysisk inaktivitet, handler de fleste av oss ikke som anbefalt.

6.2 Sykepleierollen i hjemmesykepleien

Ifølge fokusgruppen er det opp til hver enkelt hjemmesykepleiers initiativ, interesse og fokus hvorvidt en integrerer fysisk aktivitet i andre daglige gjøremål. Noen av sykepleierne er bevisst på rehabilitering i sitt arbeid og opplyser at de greier å arbeide for at bruker skal bli uavhengige og selvhjulpne:

Jeg bruker meg selv veldig mye i arbeidet.... og min interesse for å trekke inn flere ting som ernæring og fysisk aktivitet. F. eks mens jeg venter på noe, kan jeg snakke om hvor bra det er å bevege seg og så kan vi gjøre noen øvelser også. Jeg er ganske opptatt av fysisk aktivitet.

En slik tilnærming viser at hjemmesykepleieren bruker flere av hjelpemetodene som Orem beskriver (Cavanagh, 2008) i sitt daglige arbeid. Hun underviser, veileder, støtter og tilrettelegger. Møte med brukere i eget hjem kan være uforutsigbar og krever allsidig

kompetanse og evne til å ta selvstendige avgjørelser. Det er i slike situasjoner at sykepleieren må utøve det Orem kaller *kunsten å være sykepleier* (Kristoffersen m fl, 2005 og Cavanagh, 2008). Det dreier seg om å bruke sine praktiske ferdigheter, sine kunnskaper og sin pedagogiske kreativitet for å bedrive hjelp til selvhjelp.

Sykepleierne i fokusgruppen var kritiske til egen praksis, noe som denne uttalelsen viser: *Jeg tror det er veldig individuelt hvordan vi jobber. Det er liksom så mye annet vi må gjøre først. Vi kan nok bli mye mer bevisste på hva vi gjør og hvordan vi jobber.*

Tradisjonelt er sykepleieteoretikere opptatt av omsorg og lindring, (Kristoffersen m fl, bind 4, 2005), men deres teorier innebærer også betydningen av bevegelse. En sykepleier i fokusgruppen uttrykte det slik: *Hvis du ikke får flettet fysisk aktivitet inn i stedet, er det veldig vanskelig å få det gjort. Vi er mest opptatt med å håndtere medisiner og få folk opp om morgenen.*

Orem vektlegger i sin teori viktigheten av balansen mellom aktivitet og hvile. Utover det er det lite som går konkret på fysisk aktivitet som et tiltak, (Orem, 2001).

Observasjoner som nevnt over medfører raskt flere spørsmål:

- *Er det slik at hjemmesykepleien generelt ikke har så klart fokus på fysisk aktivitet til tross for at fysisk aktivitet er et grunnleggende behov?*
- *Er sykepleietradisjonen slik at sykepleiefokuset oftest prioriterer andre tiltak enn fysisk aktivitet?*
- *Blir dermed fysisk aktivitet egentlig i ytterkant av det som sykepleie dreier seg om?*
- *Er det slik at fokuset på fysisk aktivitet ikke er sterkt nok fra sykepleieteoretikere via opplæring og til daglig praksis?*
- *Er det faktorer i omgivelsene som påvirker?*
- *Er det greit at andre yrkesgrupper tar seg av fysisk aktivitet generelt, også i hjemmesykepleien?*

Dette er spørsmål som en naturligvis kan stille, men det er ikke så enkelt å finne svar uten å se nærmere på forskning.

6.3 Fremmende og hemmende faktorer

6.3.1 Holdninger

Fokusgruppen kom stadig tilbake til holdninger, verdier og atferd. De mente at mye kan forandres ved refleksjon over egen praksis og bevisstgjøring på hva en gjør og hva en bør

gjøre. Til tross for hva de vet er best, handler de ofte ikke i samsvar med sine kunnskaper: *Vi vet jo hva vi bør gjøre, men gjør vi det? Det er det store spørsmålet. Det handler litt om tid og fokus også, tror jeg.* Dette er et interessant moment sett i lys av artikkelen til Brunborg der hun beskriver hjemmesykepleiens negative holdninger til at studentene skulle ha aktiviteter som et prosjekt i sin hjemmesykepleierpraksis. De ansatte mente det ikke var tid til slike aktiviteter i hjemmesykepleien.

Dette står på mange måter også i sammenheng med etikk og etiske dilemmaer.

Et eksempel på dilemmaer er hva en skal gjøre når en bruker krever noe han egentlig kan greie selv, slik følgende utsagn viser: *Hver dag når jeg skulle hjelpe ham med morgenstell sa han: Vask meg. Han kunne fint greie det selv, men ville ikke...han sa han ville ha den servicen fordi han var blitt 83 år.*

Hverdagen i hjemmesykepleien har mange eksempler på etiske dilemmaer, (Fjørtoft, 2012). Er det etisk forsvarlig å hjelpe en bruker med noe han fint greier selv? Den raskeste og enkleste løsningen kan være å utføre arbeidet selv og så haste videre framfor å kommunisere, veilede, undervise og motivere. På sikt er det tvilsomt om denne løsningen er hensiktsmessig for noen parter.

Etikk er et tema som hver enkelt sykepleier må reflektere over i sin yrkesutøvelse.

Hjemmesykepleiere har en spesiell utfordring når de arbeider i andres hjem (Fjørtoft, 2012). Det dreier seg om brukers autonomi og verdighet samtidig som han/hun mottar hjelp av en person med ”ekspertmakt”. Sykepleiere bør være bevisst sitt moralømfintlige yrke der avstanden mellom sykepleier og bruker kan være stor på grunn av asymmetrisk maktfordeling (Johannessen m fl, 2007).

Fokusgruppen var enige om at det i slike tilfeller er vanskelig å sette grenser og stille krav til bruker om å yte egenomsorg i forhold til evner. Når viljen er det som setter en stopper for egenomsorg, var de enige om at de burde ha tid til å diskutere en felles strategi for kommunikasjon og motivasjon til egenomsorg. Ellers ville brukerne raskt stemple pleierne som ”snille” og ”slemme” og stille krav: *Jeg har betalt skatt i alle år, så nå ønsker jeg å få igjen litt i form av hjelp uavhengig om jeg greier det selv eller ikke. Den servicen fortjener jeg.* I slike tilfeller må hjemmesykepleien velge den mest hensiktsmessige hjelpemetoden for å hjelpe best mulig i den konkrete situasjonen (Cavanagh, 2008).

Hjemmesykepleierne uttrykte ønske om en diskusjon på høyere nivå om hvordan takle slike saker når de ser at ressursene er knappe og at andre trenger hjelp mer enn de som har den ovennevnte holdningen.

6.3.2 Kunnskaper

Deltakerne i fokusgruppen hadde interesse for fysisk aktivitet som et sykepleietiltak, men uttrykte også noe usikkerhet:

For hvis de får øvelser av fysioterapeut så vet jeg ikke helt hvordan ting skal gjøres. Bøy og tøy er greit nok det, men jeg blir usikker hvis de får vondt...er det bare stølhet eller...? Hvor mye skal en presse på? Og pluss at det er mange øvelser som er uvant for meg.... og så er det nesten slik at jeg selv får belastningsskader av det og får vondt i rygg og skuldre....

De stilte spørsmål om de egentlig har kompetanse til å veilede brukere med spesielle treningsprogram, og de fleste mente de ikke hadde det. Det er forståelig at spesiell opptrening kan høre fysioterapien til, men i sykepleiepensumet ved høyskolen (Kristoffersen m fl, bind 2, 2005 og Kirkevold m fl, 2008) finnes flere gode og grundig beskrivelser av prinsipper for fysisk aktivitet, og hvordan fysisk aktivitet kan forebygge og behandle problemer som trombose, obstipasjon, dårlig respirasjon, problemer fra nyrer og urinveier, ernæring, ortostatisk hypotensjon og mental understimulering.

Fokusgruppen mente at de kunne bli flinkere til å fokusere på fysisk aktivitet. De trodde at sykepleiere med spesiell interesse for temaet, var flinkere enn andre til å bruke fysisk aktivitet og integrere det i daglige gjøremål. Mer kunnskap om indikasjoner og kontraindikasjoner for ulike sykdomstilstander mente de ville trygge mange til oftere å bruke fysisk aktivitet som tiltak. De visste at lite skal til for å oppnå resultater.

En studie viser at en intervensjonsgrupp som fikk individuell, motiverende rådgivning om fysisk aktivitet, fikk redusert sitt behov for hjemmesykepleie. Videre viste funnene at det er et økende behov for å satse på fysisk aktivitet blant eldre, (von Bonsdorff m fl, 2009).

Helsedirektoratet (2008a) gir omfattende informasjon om hvordan fysisk aktivitet virker på ulike sykdommer, fysisk form og mental helse. Den er grundig og omfattende i beskrivelsen av de gunstige effektene fysisk aktivitet har. Mitt inntrykk er at de gunstige effektene av fysisk aktivitet nesten ikke kan overdrives.

6.3.3 Vedtak

Vedtak på tjenester er styrende for hvilke oppgaver hjemmesykepleien utfører. Deltakerne i fokusgruppen var opptatt av helhet og utfører oppgavene ut fra faglige kunnskaper. De mente det ofte kan oppstå dilemmaer: *Men hvis du ikke har vedtak og ikke får flettet fysisk aktivitet inn i stellet, er det vanskelig å få gjennomført det.*

På spørsmål om det er mulig å få et hjemmesykepleievedtak på gåtur ute, besvarte fokusgruppen bekreftende at det burde være mulig, men de hadde ikke noe eksempel på at det er blitt gjort.

I praksis er det slik at vedtak ofte bestemmes av en gruppe som vurderer ut fra søknader. Fjørtoft (2012) beskriver Bestiller-utfører-modellen som er et resultat av forretningstenkning med prinsipper fra New Public Management, og resultatet er at kommunen skiller mellom forvaltning og drift. Dette er nå vel etablert i hjemmesykepleien ved at brukere må søke om tjenester, motta vedtak på hva som er innvilget og så motta tjenestene, (Fjørtoft, 2012). Kommunene kan til en viss grad selv bestemme hva nødvendig helsehjelp er (vedlegg 3) og hvordan organisere tjenestene.

Fokusgruppen fortalte at hjemmeboende har mange ulike behov. Antall brukere er stadig økende. Brukerne finnes i alle aldre og noen har et meget lite sosialt nettverk. Noen ganger kan arbeidsmengden være stor slik at harde prioriteringer må gjøres.

6.3.4 Tid og prioriteringer

Det var overraskende hvor lite deltakerne i fokusgruppen snakket om tidspress som et stor problem. De nevnte det som en utfordring spesielt om morgenen:

Dette med morgenstell og tid...selv om en kan og vet, så er det ikke å ta seg en halv time ekstra på den tiden. Da må en vurdere å bruke andre tider på døgnet til andre gjøremål enn å få folk opp og gi medisiner.

En annen sa følgende:

Det er dumt å glemme fysisk aktivitet - biten også, fordi vi har dårlig tid eller iallfall skylder på det. Fysisk aktivitet kan gjøre dem bedre og da tror jeg vi må ta en diskusjon på dette.

Artikkelen til Brunborg forteller hvordan begrepene *tidspress* og *har ikke tid til* var godt festet på den arbeidsplassen som sykepleiestudentene hadde praksis. Studentene selv opplevde ikke tidspress slik de hadde fått inntrykk av gjennom media (Brunborg, 2012).

Selv har jeg ofte reflektert over hvordan sannheter blir til og om sannheter kan oppstå ved at den uttales mange nok ganger.

Fokusgruppen innrømmet at enkelte dager var meget travle, men nevnte i liten grad tid som et stort problem. De hjelper hverandre til de er ferdige med oppgavene. Deres virkelighet står i kontrast til det en ofte hører og leser i media. Temaet tid er utfordrende fordi det blant annet avhenger av prioriteringer, kunnskap og organisering (Fjørtoft, 2012). Etter min oppfatning kan en også føye til personlig innstilling.

6.3.5 Samarbeid

Samfunnet krever at aktører i helsevesenet samarbeider, ikke bare på grunn av økonomi, men for at brukeren skal få rett behandling, på rett sted til rett tid, (Fjørtoft, 2012 og St.meld. nr 47). Hjemmesykepleien kan ha mange samarbeidspartnere avhengig av situasjonen til brukeren. Fokusgruppen oppfatter seg som positive og hjelpsomme, men blir ofte tatt for gitt, og dette irriterer. De uttrykte vilje og evne til å utføre vedtak om fysisk aktivitet både som forebygging og som behandling, men stilte spørsmål om fordeling av arbeidsoppgaver mellom sykepleiere og annet helsepersonell.

Samarbeid i helsesektoren generelt handler mye om respekt og tillit til at andre yrkesgrupper også har innsikt, kunnskap og kompetanse til å se sammenhenger og helhet. Tverrfaglige grupper er ofte nyttige i forebygging, mestring og rehabilitering (Gustafsson m fl, 2012).

6.3.6 Kvalitet og samfunnsansvar

Fokusgruppen fortalte at medisiner, stell og praktiske gjøremål er det som tar det meste av tiden. En sykepleier i fokusgruppen mente tiden var moden for å få vedtak på fysisk aktivitet:

Det er veldig sjelden vi har vedtak på fysisk aktivitet. Jeg tror ikke vi har hatt noen faktisk, men det kommer. Det kommer nok ganske fort også, fordi stadig flere må bo hjemme lenger. Mestring og forebygging er blitt bare viktigere og viktigere.

Forventninger er et interessant tema som gjelder brukere, pårørende, helsepersonell og samfunnet. Orem forventer at egenomsorg utøves med frivillighet og målrettethet fra brukeren selv (Cavanagh, 2008), mens brukerne på sin side har sine forventninger til velferdssamfunnet

om ivaretagelse når behovet for det foreligger. Dette omtales også i en artikkel (Tønnessen og Nortvedt, 2012) som stiller spørsmål om hva som er forsvarlig hjemmesykepleie. Her fastslås det at hjemmesykepleien skal ivareta grunnleggende behov. De legger vekt på omsorgsfull og forsvarlig helsehjelp, samt god relasjon mellom bruker og sykepleier. Konklusjonen er at behovene ikke blir dekket av det Kvalitetsforskriften krever. I artikkelen kritiseres det at psykososiale og åndelige behov ikke blir dekket, men behov for fysisk aktivitet nevnes ikke, (Tønnesen og Nortvedt, 2012).

Fysisk aktivitet som grunnleggende behov kan være et primærforebyggende tiltak mot at sykdom skal oppstå. Sekundær- eller tertiærforebygging skjer i etterkant av at sykdom eller skade har skjedd (Kirkevold m fl, 2008). I Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det at kommunen har ansvar for både forebygging og behandling. Det virker som det mest utfordrende, er å gi tilbud om tiltak som kan forebygge før sykdom oppstår. I Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011), § 3-3, står det følgende: *Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.*

Forventningene det norske samfunnet har til helsevesenet, er høye. Det ser ut til å være en rød tråd gjennom lovverk, forskrifter og anbefalinger når det gjelder helse og velvære. Fysisk aktivitet er et virkemiddel som det er stort fokus på.

I St.meld. nr 34, (2013), God helse-felles ansvar, nevnes de mest alvorlige sykdommer og lidelser som fører til dårlig helse. Dette er samtidig livsstilssykdommer som mange eldre sliter med. Livsstilssykdommene vet vi øker med økende fysisk inaktivitet, derfor er det spørsmål om det er etisk forsvarlig å unngå den omsorgen det er å arbeide for økt fysisk aktivitet.

To av deltakerne i fokusgruppen har et koordinerende ansvar mellom avdelingsledere, de som gjør vedtak og de sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter som arbeider ute i hjemmesykepleien. De får føringer på å tenke økonomi, sparing og initiere lønnsomme tiltak. Begge uttrykte håp om å komme over fra ”brannslukking” til forebygging, noe de andre også sluttet seg til.

I fokusgruppen fortalte en av sykepleierne om dansekvelder arrangert for og av eldre. Dette er et populært tiltak der aktivitetsnivået er høyt, har en viss varighet og er morsomt. Her tar enkeltmennesker og grupper i samfunnet ansvar selv for trivsel i hverdagen, dvs egenomsorg.

Flere faktorer skal til for å få god kvalitet i hjemmesykepleien, men det mest avgjørende er hjemmesykepleiens viktigste ressurs; nemlig personalet og den enkeltes holdning og verdier til arbeidet, brukeren og systemet. Det dreier seg om å styrke bruker og pleier, forbedre ledelse, organisasjon og kunnskapsnivå, samt evaluere tjenesten, (Fjørtoft, 2012).

7.0 Avslutning

I innledningen fortalte jeg om min undring fordi fysisk aktivitet ikke synes å ha større fokus i utdanningen og i praksis. Jeg stilte spørsmål om det er et for enkelt tiltak, men følgende uttalelse kan tyde på det motsatte: *.....hvis fysisk aktivitet fantes i pilleform, ville den vært mest brukt av alle medikamenter*, (Fosse, 2001:12).

Etter å ha lest en del litteratur, sett på sykepleieteorier, gjennomført et fokusgruppeintervju og reflektert over fysisk aktivitet i hjemmesykepleien, har jeg inntrykk av at fysisk aktivitet som et tiltak har for lite fokus hos de fleste. Vi vet hvor viktig det er, men veien fra teori til praksis, virker lang.

Jeg ble gledelig overrasket over fokusgruppens positive holdninger til å vektlegge fysisk aktivitet som et tiltak i hjemmesykepleien. Mitt inntrykk er at hinderet for å bruke fysisk aktivitet som et sykepleietiltak, kan ligge et sted mellom lovgivningen og utøvende sykepleiere, dvs ledere med økonomiansvar og de som gjør vedtak om tjenester i hjemmesykepleien. Dette hadde vært interessant å undersøkt nærmere.

Noen ganger har jeg hatt vanskeligheter med å se Orems teorier inn i den norske velferdsmodellen, men det er mulig vi i større grad trenger Orems tanker om den enkeltes ansvar for egenomsorg.

Utfordringene med å få mer fysisk aktivitet inn i hjemmesykepleien er trolig den samme som ellers i samfunnet. I likhet med fokusgruppen tror jeg mye avhenger av holdninger, kunnskaper, initiativ og vilje.

Litteraturliste

- Börjesson, M., Jonsdottir I.H. (2004). *Fysisk aktivitet som profylax och terapivid stressrelaterade tillstånd*, Klinikk og vetenskap, Läkartidningen nr 15-16, vol 101
- Brunborg, B. (2012). *Aktiv praksis i hjemmesykepleien*, Sykepleien 11/2012
- Cavanagh, S.J., (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Norsk forlag, Oslo
- Dalland, O., (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget AS, Bergen
- Fosse, E. (2001). *Hvis fysisk aktivitet fantes i pilleform...*, Helsenytt for alle, 1/2001
- Glasdam, S. (2011). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Dansk Sygeplejeråd – Nyt Nordisk Forlag.
- Gustafsson, S. et al. (2012) *Health-Promoting Interventions for Persons Aged 80 and Older Are Successful in the Short Term – Results from the Randomized and Three-Armed Elderly Persons in the Risk Zone Study*, Jags, March 2012-vol. 60, NO3, doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x
- Helbostad, J.L. (2005). *Fysisk trening av sykehjemsboere – har det noen hensikt?* Tidsskr Nor Lægeforen nr. 9, 2005; 125: 1195–7
- Helsedirektoratet, (2008a). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, rapport IS 1592, Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Sider/default.aspx> , nedlastet 29.01.2014
- Helsedirektoratet, (2004). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester*. Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx>, nedlastet 29.01.2014

Helsedirektoratet, (2009a). *Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge*. Resultater fra en kartlegging i 2008--2009, rapport IS 1754, Hentet fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet--blant--voksne--og--eldre/Sider/default.aspx>, nedlastet 06.02.2014

Helsedirektoratet, (2010). *Fysisk form blant voksne og eldre i Norge*.

Resultater fra en kartlegging i 2009-2010, rapport IS 1816, hentet fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-form-blant-voksne-og-eldre-/Publikasjoner/fysisk-form-blant-voksne-og-eldre.pdf>, nedlastet 29.01.2014

Helsedirektoratet, (2009b). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive og hva motiverer til økt fysisk aktivitet?*, rapport IS 1740, hentet fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet.pdf> , nedlastet 06.02.2014

Helsedirektoratet, (2008b). *Positive helseeffekter av fysisk aktivitet*, rapport IS 1562,

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/positive-helseeffekter-av-fysisk-aktivitet/Sider/default.aspx> , nedlastet 02.02.2014

Helsedirektoratet, (2012). *Råd om fysisk aktivitet* Hentet fra:

[http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Nasjonale--anbefalinger--for--fysisk--aktivitet/Eldre--voksne--\(65--år--og--eldre\).aspx](http://helsenorge.no/Helseogsunnet/Sider/Nasjonale--anbefalinger--for--fysisk--aktivitet/Eldre--voksne--(65--år--og--eldre).aspx), nedlastet 02.02.2014

Helse- og omsorgsdepartementet, (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar* (2012-2013). St.meld nr 34, hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818> , nedlastet 29.01.2014

Helse- og omsorgsdepartementet, (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer* (2005--2006). St. Meld. Nr. 25. Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld--nr--25--2005--2006--.html?id=200879> , nedlastet 30.01.2014

Helse- og omsorgsdepartementet, (2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (2008-2009). St.meld. Nr. 47, hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>, nedlastet 02.02.2014

Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet fra: <http://www.lovdatabank.no/all/nl--20110624--030.html>, nedlastet 29.01.2014

Johannessen, K. I., Molven, O. & Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig- etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe

Kirchhoff, J.W. (2006). *Fysisk aktivitet blant eldre I: Sykepleien Forskning nr 1. 2006 s. 16-22*, Hentet fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/eavis/759294/sykepleien--forskning--1--2006>, nedlastet 02.02.2014

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H., (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. J. (2005). *Grunnleggende sykepleie*, bind 2 og 4, Gyldendal Norsk Forlag

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis*. (3.utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Orem, D. E. (2001). *Nursing Concepts of Practice*, USA: Mosby, Inc.

Oslo kommune, helseetaten, (2011). *Del II: Kravspesifikasjon til tjenestekonsesjon innen hjemmetjenesten av 1.11.2012*, hentet fra http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/getfile.php/Del%202_Kravspesifikasjon%20til%20tjenestekonsesjon%20innen%20hjemmetjenesten.pdf, nedlastet 30.01.2014

Sosial- og helsedirektoratet, (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgsomsorgstjenestene*, Veileder IS 1201 <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og->

[omsorgstjenesten/Publikasjoner/kvalitet-i-pleie-og-omsorgstjenesten.pdf](#), nedlastet
30.01.2014

Tønne, T. (2011). *Fysisk aktivitet og smerte*, Frisk&Aktiv, hentet fra:
<http://www.tillerfysioterapi.no/artikler/135-fysisk-aktivitet-og-smerte>, nedlastet 29.01.2014

Tønnesen, S., Nortvedt, P, (2012). *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Forskning nr 3,
2012; 7: 280-285 doi: 10.4220/sykepleienf. 2012.0134, hentet fra
http://www.sykepleien.no/Content/1076503/12fo3_essay_tonnesen_817.pdf, nedlastet
02.02.2014

Vedlegg 1 Søknad om fokusgruppeintervju tillatelse

Eget navn

Sted, 03.02.2014

Til Pleie- og omsorgsleder ikommune, distrikt

Fokusgruppeintervju i forbindelse med bacheloroppgave

Jeg er i ferd med å avslutte sykepleiestudiet og skriver for tiden bacheloroppgave. Temaet er valgfritt, og jeg har valgt å skrive om fysisk aktivitet i hjemmesykepleien.

Jeg ønsker å intervju sykepleiere i hjemmesykepleien om følgende:

- Hva er din forståelse av fysisk aktivitet som et sykepleietiltak i hjemmesykepleien?
- Hvordan ser du din rolle som sykepleier i forhold til ivaretagelsen av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva fremmer bruken av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva hemmer bruken fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?

Informasjonen som kommer ut av dette, vil bli anonymisert slik at det ikke kan spores tilbake. Jeg vil gjerne velge ut 6 sykepleiere fra hjemmesykepleien til dette fokusgruppeintervjuet og ber om tillatelse til å gjøre dette i løpet av nærmeste framtid. Utvelgelsen vil basere seg på erfaring i hjemmesykepleien og frivillighet.

Hvis dette er i orden, ber jeg om underskrift som bekrefter at du er informert og har gitt tillatelse.

Med vennlig hilsen

Eget navn

Jeg bekrefter at jeg er informert og at dette er i orden.

Sted, dato

Underskrift

Pleie- og omsorgsleder

Vedlegg 2 Invitasjon til intervju

Eget navn

sted, 03.02.2014

Til sykepleier i hjemmetjenesten

Fokusgruppeintervju i forbindelse med bacheloroppgave

Som sykepleiere i hjemmesykepleien inviterer jeg deg til å delta på et fokusgruppeintervju som jeg ønsker å gjennomføre i forbindelse med min bacheloroppgave i sykepleie.

Temaet er valgfritt, og jeg har valgt å skrive om fysisk aktivitet i hjemmesykepleien. Hensikten med et fokusgruppeintervju er å belyse sykepleietiltak som retter seg mot et basalt behov og få en diskusjon blant utvalgte sykepleiere om opplevelser, meninger og erfaringer.

Jeg ønsker å intervju gruppen om følgende:

- Hva er din forståelse av fysisk aktivitet som et sykepleietiltak i hjemmesykepleien?
- Hvordan ser du din rolle som sykepleier i forhold til ivaretagelsen av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva fremmer bruken av fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?
- Hva hemmer bruken fysisk aktivitet i hjemmesykepleien?

Informasjonen som kommer ut av dette, blir anonymisert slik at det ikke kan spores tilbake.

Jeg håper de sykepleierne som er jobb torsdag 6. feb har lyst og anledning til å delta. Vi kommer til å være på og tidspunktet er 13.34-14.45.

Med vennlig hilsen

Eget navn

Vedlegg 3 Kriterier for vedtak om hjemmesykepleie

Oslo kommune har følgende kriterier for tildeling av hjemmesykepleie:

- Søkeren har behov for nødvendig helsehjelp
- Søkeren har et sammensatt sykdomsbilde der helsefaglig kompetanse er nødvendig for å utføre pleie og omsorg

Innholdet er inndelt i følgende grupper:

- Personlig stell
- Eliminasjon
- Ernæring
- Legemiddelhåndtering
- Sykepleiefaglige prosedyrer
- Andre tjenester; bl.a. tilsyn, forebygging, informasjon og veiledning til bruker/pårørende m.v.

Disse punktene er igjen spesifisert slik:

Personlig stell og egenomsorg:

dusj/bad/kroppsvask

på/avkledning

ut/inn av seng, forflytting

fullt stell i seng

tannstell/munnstell

barbering

hårvask

fotbad

smøre kropp

følge/hjelp til toalettbesøk

skifte inkontinensutstyr

tømme toalettbøtte/urinflaske

TED strømper av/på, støttestrømper rekvirert av lege

skifte bandasjer

forebygge sengeleiets komplikasjoner

nødvendig rydding/renhold/sengeskift ved hjelp til stell

Eliminasjon:

Kateterisering

stell av kateter

tarmtømming/klyx

stell av stomi

hjelp med inkontinensutstyr

Ernæring:

Kostveiledning

forebygge/behandle underernæring/feilernæring

tilberede mat

tilrettelegge måltid

mating
sondeernæring
intravenøs ernæring
veiting
nødvendig rydding og vasking ved mattilberedning
bestille matvarer

Legemiddelhåndtering:

administrere legemidler
dosere legemidler
hente legemidler på apotek
dryppe øyne/øre
gi insulin og andre injeksjoner
smertebehandling som smertepumpe, skifte smertepaster
og lignende

Sykepleiefaglige prosedyrer:

forskjellige målinger som blodtrykk, puls, temperatur og blodsukker
prøvetaking
stell av glassøye
sårstell
stell av CVK, PEG, respirator og annet - andre prosedyrer

Andre tjenester:

tilsyn ved telefonhenvendelser og/eller besøk
observasjon
informasjon/veiledning/opplæring
brannvernssjekk
kaste søppel
rydde, bestille varer og utstyr