

BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan hjemmesykepleien benytte seg av nasjonalforeningen for folkehelsen i møte med samhandlingsreformen?

KANDIDATNUMMER: 854

Antall ord: 8750

Dato: 9.mai. 2011

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title:	How could homecare services make use of the Nationalassociation of public health in the face of coordination reform?	Date: 9. May 2011
Participants/ Candidate number*:	Candidate number: 854	
Supervisor(s)	Kari Hugsted	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nationalassociation of public health, Health- and prevention, Voluntary workers, Homecare services, NGO.	
Number of pages/words: 8750	Number of appendix:0	Availability: confidential

Short description of the bachelor thesis:

The Nationalassociation of public health works so less people gets a serious disease, and more people could get a better life with good health.

They work after 4 areas: dementia, heart disease, tuberculosis, and familiy and children.

I have put my focus on what this organization can do for elderly abowe 67 years and older, when it comes to health- and prevention?

They work especially with heart disease and dementia.

I'm writing about Torpa and Nordre Land healthteam to limit the bachelor thesis, they are the voluntary workers.

10 000 norwegians gets dementia every year, and half of these lives in their own home.

Not everyone gets help from homecare services, they get help from relatives.

In that case the Nationalassociation of public health has dementia organizations for they who are involved. There they can learn about the disease and swap experience.

When it comes to heart disease they organize courses to stop smoking and to change their living habits.

They also do a major job for lonely elderly, because they have visitors service and arrange social evenings. They also build apartments for elderly so they can live more central and comformed.

The Coordination Reform starts 1.january 2012 and the people are treated trough the BEON principle – Best effective level of care.

That means people should be treated in the best ways on their domicile as far as their disease allows, and not in the hospital.

That means more pressure on the homecare service, that already has small resources.

That's why it's important to look for other options to help. Nationalassociation of public health can help with fysical activity, nutrision, loneliness and instruction to change peoples life style.

Homecare services also do this, but they have little time to do it.

Statistics shows that there are going to be more elderly people against 2030 because the lifeage is increased. The population live longer with their disease, enjury and function inhibition.

Acording to a intervju study the elderly are in need of practicle help and social contact with a informal net-work. They can get this with help from the nationalassociation of public health and homecare services.

SAMMENDRAG AV BACHELOROPPGAVEN

Tittel:	Hvordan kan hjemmesykepleien benytte seg av Nasjonalforeningen for folkehelsen i møte med Samhandlingsreformen?	Dato: 9.mai.2011
Deltaker(e)/ kandidatnr:	Kandidatnr: 854	
Veileder(e):	Kari Hugsted	
Evt. oppdragsgiver:		
Nøkkelord (3-5 stk)	Nasjonalforeningen for folkehelsen, helsefremmende- og forebyggende arbeid, frivillig arbeid, hjemmesykepleie, NGO	
Antall ord:8750	Antall vedlegg:0	Publiseringsavtale inngått: nei

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Nasjonalforeningen for folkehelsen arbeider for at færre skal bli rammet av alvorlig sykdom, og flere skal få et godt liv med god helse. De har 4 satsingsområder: Demens, hjerte og karsykdommer, tuberkulose og familie og barn. Jeg har lagt fokus på hva denne foreningen kan gjøre for eldre i aldersgruppen 67år og eldre, når det gjelder helsefremmende og forebyggende helsearbeid.

De arbeider spesielt med hjerte- og karsykdommer, og demens.

Jeg har lagt vekt på Torpa og Nordre Land helselag for å begrense oppgaven, det er disse som er en del av de frivillige arbeiderne.

10 000 nordmenn blir hvert år rammet av demens/alzheimer og halvparten av disse bor i eget hjem, men ikke alle har hjelp fra hjemmesykepleie. De får hjelp fra pårørende. Derfor har nasjonalforeningen demensforeninger for de som blir rammet. Der kan de lære mer om sykdommen, og utveksle erfaringer.

Når det gjelder Hjerte og karsykdommer har de røykeslutt- og bra mat kurs, for å endre levevanene til befolkningen.

De gjør også en stor innsats for eldre som er ensomme, fordi de har besøkstjeneste og arrangerer sosiale tilstelninger, de har også bygget opp aldersboliger som gjør at eldre kan bo sentralt med tilpasset bolig.

Med samhandlingsreformen som trer i kraft 1.januar 2012 er det meningen at de fleste skal behandles med BEON prinsippet = beste effektive omsorgsnivå. Det innebærer at de skal behandles så langt det er mulig på hjemstedet, og ikke på sykehusene. Dermed innebærer dette større press på hjemmesykepleien som allerede har for lite ressurser. Derfor er det viktig å se etter andre muligheter for hjelp. Nasjonalforeningen kan ta seg av fysisk aktivitet, ernæring, ensomme og de som trenger undervisning for å få en bedre livsstil. Dette er oppgaver som hjemmesykepleien også har, men på grunn av lite tid, så blir de noen ganger tilsidesatt. I tillegg viser statistikk at det kommer til å bli flere eldre imot 2030 fordi levealderen øker. Nå lever befolkningen lengre med sine sykdommer, skader og funksjonshemninger.

I følge en intervjustudie som har blitt foretatt så har de eldre behov for praktisk hjelp og sosial kontakt med et uformelt nettverk, dette kan de få ved hjelp av en kombinasjon med nasjonalforeningen og hjemmesykepleien.

FORORD

Denne oppgaven henvender seg til studenter, ansatte innen helsevesenet på kommunenivå og frivillige arbeidere. Men også andre som har interesse for folkehelsen, og hvordan de kan styrke den ved hjelp av helsefremmende og forebyggende arbeid.

Denne oppgaven gir ingen konkrete svar på hvordan man skal forebygge eller fremme helsen. Hvert helselag som Nasjonalforeningen for folkehelsen har, bruker ulike metoder for å nå samme mål: At færre skal bli rammet av alvorlig sykdom, og at flere skal få et godt liv med god helse. Og i denne oppgaven er konsentrasjonen lagt til områdene Torpa og Nordre Land.

I løpet av arbeidet med oppgaven har jeg snakket med ulike mennesker og disse fortjener en takk. Da tenker jeg spesielt på medlemmer av helselagene i Torpa og Nordre Land. Leder for frivilligsentralen, Kjell Rønningen og enhetsleder for omsorg og rehabilitering i Nordre Land Kommune, Kjetil Holmen.

Også til familie, venner og kollegaer som kritisk har lest oppgaven og gitt meg tilbakemeldinger.

Men mest av alt takker jeg for god veiledning av Kari Hugsted, lærer på Høgskolen i Gjøvik, men som samtidig er en engasjert person når det gjelder Nasjonalforeningen for folkehelsen, og har vært medlem der i mange år.

Det har vært en lærerik periode, som jeg kan benytte i mitt arbeid som sykepleier i hjemmesykepleien.

Gjøvik, mai 2011

INNHOOLDSLISTE:

1.0.	INNLEDNING	s.7-8
1.1	Problemstilling	s.7
1.2	Begrepsavklaring	s.7
2.0.	METODE	s.9-10
3.0.	TEORI OG DRØFTING	s.11-32
3.1.	Hjemmesykepleie	s.11
	3.1.1. Ulike boliger	s.11
	3.1.2. Omfanget av hjemmesykepleie	s.12
	3.1.3. Kvinners rolle	s.13
	3.1.4. Hjerte- og karsykdommer	s.14
	3.1.5. Tuberkulose	s.15
	3.1.6. Demens	s.16
	3.1.7. Helsefremmende og forebyggende funksjon	s.18
3.2	Frivillig arbeid	s.21
3.3	Nasjonalforeningen for folkehelsen	s.23
	3.3.1. Eldre og fysisk aktivitet	s.25
	3.3.2. Organisering	s.26
	3.3.3. Behovet for praktisk hjelp og sosial kontakt	s.27
3.4	Samhandlingsreformen	s.29
	3.4.1 Hjemmesykepleiens rolle	s.29
4.0	KONKLUSJON OG AVSLUTNING	s.33
5.0	ETTERORD	s.34
6.0	LITTERATURLISTE	s.35-37

1.0 INNLEDNING:

Tema jeg valgte til Bachelor oppgaven var Nasjonalforeningen for folkehelsen. Temaet er kanskje litt originalt, men jeg ville sette fokus på det frivillige arbeidet som finnes i lokalsamfunnet. Samtidig har jeg interesse for historie og hva lokalmiljøet arbeider med. Jeg har studert slektsgranskning i mange år, og fant i løpet av tiden jeg har jobbet med oppgaven ut at en av slektningene mine var med og startet helselaget i Torpa for 100 år siden. Jeg jobber også som tilkallingsvikar i hjemmesykepleien, som gjør at jeg har egne erfaringer fra feltet, og trives godt i kommunehelsetjenesten.

Jeg har alltid visst at Nasjonalforeningen for folkehelsen har eksistert, men ikke hva de har arbeidet med. Deres målsetting er at færre skal bli rammet av alvorlig sykdom, og at flere skal få et godt liv med god helse. Nasjonalforeningen for folkehelsen har hovedkontoret sitt i Oslo, og ellers har de fylkeslag og lokallag.

Ved å ha kunnskap om de ressurser som finnes i nærområdet kan jeg i min fremtidige jobb som sykepleier benytte meg mer av disse. Jeg har hovedsakelig tenkt å holde fokus på Nasjonalforeningen for folkehelsens helselag i Torpa og Nordre-Land fordi disse sammen med Etnedal har en del samarbeid. De er nasjonalforeningen for folkehelsens største helselag i Oppland fylkeslag.

Hva kan de gjøre for eldre når det gjelder helsefremmende og forebyggende helsearbeid?

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive drøfting og teoridelen sammen for å få mer flyt i teksten. Oppgaven er sett fra en kvinnelig synsvinkel, siden de er de største deltagerne i frivillig arbeid og jeg forutsetter at leseren har kunnskaper om hjerte- og karsykdommer og demens hos eldre.

1.1 Problemstilling:

Hvordan kan hjemmesykepleien benytte seg av nasjonalforeningen for folkehelsen i møte med samhandlingsreformen?

1.2. Begrepsavklaring:

Når jeg benytter ordet helselag mener jeg Nasjonalforeningen for folkehelsens lokallag, som er de frivillige arbeiderne. Helselag er navnet på de fleste lokallag med stedsnavn

foran, for eksempel Nasjonalforeningen for folkehelsen Nordre Land helselag. I oppgaven forkorter jeg dette som Nordre Land helselag.

NFF er forkortelse for Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Nasjonalforeningen betyr nasjonalforeningen for folkehelsen.

Eldre er i oppgaven definert som 67år og oppover, som er offisiell pensjonsalder.

2.0 METODE:

Metode er en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer ved systematisk gjennomgang og frembringe ny kunnskap (Dalland 2000, s.71).

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode i denne oppgaven fordi all oppgaveskriving starter med en gjennomgang av litteratur. Litteraturstudie består av å ha en systematisk gjennomgang av litteraturen og finne det som er relevant for problemstillingen. Når man velger allmenn litteraturstudie ønsker man å finne andre synsvinkler på allerede eksisterende kunnskapsbaser, og dermed å finne ny kunnskap. I forbindelse med en studie som tar utgangspunkt i litteraturstudie så møter man sjelden informanter og får derfor ikke så lett reaksjoner på problemstillingen. Derfor har jeg fått tilbakemelding fra kollegaer, veileder, familie og medstudenter. Men jeg har også foretatt uformelle samtaler med ressurspersoner slik som medlemmer av Nasjonalforeningen for folkehelsen, leder av frivilligsentralen og enhetsleder for omsorg og rehabilitering som har anbefalt litteratur. Disse har godkjent at jeg kunne bruke deres samtaler i oppgaven ved å skrive under på samtykkeskjema.

Jeg har deltatt på foredrag og møter som Nasjonalforeningen har hatt, deriblant hundre års jubileet til Nordre Land helselag. Derfor er oppgaven også basert på erfaringskunnskap og egne erfaringer.

I den forbindelse er det viktig å være bevisst etikken, fordi kilder skal egentlig anonymiseres. Dette anser jeg som forskningsetikk (Brinchmann, 2005) og de jeg har hatt samtaler med har fått informasjon om hva studien går ut på og hensikten. De fleste har stilt seg positive og frivillige til å delta, og ser på det som en måte å reklamere for det de driver med. Det er det særegne i dette området jeg har lyst til å skrive om, dermed kan jeg ikke anonymisere for mye, fordi det kan bidra til at andre helselag kan bli bedre.

Jeg kunne også ha valgt historisk metode siden mye av den litteraturen jeg har benyttet meg av kommer fra eldre utgivelser. Når det gjelder historiske bøker så baserer mye seg på tanker om sammenhengen mellom historien som fortidig virkelighet og historien om viten og tanker om hvordan dette forholdet blir skapt av samspillet mellom levningene fra fortida og historikeren (Kjeldstadli 1992, s. 41). Men jeg har ikke lest gamle dokumenter med gammel bokstavskrift (gotisk skrift), slik at jeg har måttet ta hensyn til feiltolkninger. Jeg har valgt å tro på det tidligere medlemmer av nasjonalforeningen har skrevet i sine jubileumsutgivelser, og når de har vært med på utviklingen anser jeg de

som pålitelige kilder, og ikke historikere som har hatt noen spredte biter fra fortiden og diktet opp resten.

Jeg har brukt PICO-skjema og databasen SveMed+. Prøvde også andre databaser som for eksempel British nursing index, Embase, Medline, PubMed og Ovid nursing database, men synes ikke jeg fant noe jeg kunne bruke der.

Patients/population/ problem HVEM?	Intervention/initiativ/ action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT EFFEKT?
Elderly (eldre) Aged Loneliness (ensomhet) Dementia	Voluntaries (frivillige) Voluntary workers Homecare services	Relationships (relasjoner) Friends Family	Quality of life (livskvalitet) public health (Folkehelse)

Ikke alle søkene gav like gode resultater, men eldre hadde 123 treff, voluntary workers 10 treff og folkehelse 7 treff i SveMed+. Men det endte bare opp med at jeg har brukt en artikkel jeg fant ved hjelp av Pico skjema og databasene, som jeg synes var relevant for min oppgave.

I tillegg har jeg valgt ut en artikkel fra VG, dette er ikke noe akademisk litteratur. VG har over 1 million lesere, og dermed vil mange bli påvirket av nettopp det som står i avisen. Men man kan ikke veie litteraturen så tungt, selv om noe av det er sant.

Jeg har også brukt brosjyrer som nasjonalforeningen for folkehelsen har produsert, disse står ikke på litteraturlisten for de har ingen egen forfatter. De er enkelt skrevet og utgitt som informasjonsskriv til befolkningen, og ikke akademisk litteratur. Jeg har brukt de som retningslinjer for hva nasjonalforeningen jobber med.

3.0 TEORI OG DRØFTING:

3.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en viktig del av dagens helsetjeneste og 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. Det er ingen begrensning når det gjelder alder eller sykdom. Hjemmesykepleiens overordnede mål er at *"Brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem og at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig"* (Fjørtoft 2006, s.15-16).

3.1.1. Ulike boliger

Stadig flere bor hjemme og mottar hjelp i sitt eget hjem, og omfanget av hjemmesykepleie har økt drastisk de siste 10-15 årene. Fra 1992-2004 har andel mottakere av hjemmesykepleie økt med 11 %. Dette på grunn av avinstitusjonalisering (se s.29) og økt bygging av omsorgsboliger. Antall omsorgsboliger firedoblet seg fra 1997-2004. I tillegg finnes det ulike kommunale boliger til pleie og omsorgsformål for eksempel trygdeboliger og serviceboliger med hel døgnservice.

Nasjonalforeningen har også bygget aldersboliger rundt om i landet som er universelt utformet for funksjonshemmede og eldre. Dette varierer fra lokallag til lokallag, men Dokka helselag har 8, mens Torpa helselag har 13 leiligheter. 46 200 beboere bodde i boliger i pleie- og omsorgsformål i 2004 (statistisk sentralbyrå, 2005). For de som bor i aldersboliger er det lettere med sosial kontakt fordi flere jevnaldrende bor i nærheten med felles uteareal. For eksempel at de ber hverandre på rundgang til formiddagskaffe og prat. De kan også hjelpe hverandre med små ærender og realitetsorientere de lett demente. Helselaget arrangerer dugnader med felles servering og førjulstreff for beboerne, som gjør det sosialt. Til de som ikke kommer seg ut, tar helselagets venner med seg mat inn til dem.

Nordre Land og Torpa helselag har kjøpt inn trygghetsalarmer som i det senere har gjort det tryggere for brukere å bo hjemme. Praksisen for bruk av trygghetsalarmer er erfaringsvis forskjellig fra kommune til kommune. Noen bruker kun trygghetsalarmen hvis de er alvorlig syke eller har falt på gulvet, fordi mottaker er en felles alarmsentral. De må da bruke telefon å ringe til hjemmesykepleien ved andre behov eks. toalettbesøk.

Andre kommuner har mindre terskel på trygghetsalarmen, fordi alarmen kommer direkte til hjemmesykepleien. Slik er det i Nordre Land.

Når det gjelder aldersboligene til helselagene i Torpa så har de en stiftelse som ordner med disse; Stiftelsen Torpa aldersboliger. Hvis noen skal flytte inn må de sende en søknad til stiftelsen. Stiftelsen annonserer i avisa om at det finnes ledig leiligheter. Men helselaget kan også samarbeide med kommunen ved at tildelingskontoret får beskjed om at det er ledig leilighet, og kan tilby disse til brukere som står på venteliste for å få omsorgsbolig. Hjemmesykepleien kan også informere brukere om at det finnes ledige aldersboliger, hvis de har ønske om å flytte til en mer sosial og praktisk bolig.

Dette er et eksempel på godt samarbeid mellom kommunen og helselaget. Da jeg var på 100 års jubileum sa ordføreren at samarbeidet mellom helselagene og kommunen var god, men jeg tror nok at det kunne vært bedre. Den erfaringen jeg fikk var at medlemmer av helselagene ikke visste hvem enhetsleder for omsorg og rehabilitering i kommunen var. Det burde jo være en viktig brikke i forhold til samarbeid når det gjelder spesielt de eldre i befolkningen. Enhetsleder har tilbudt seg å komme på temakvelder og fortelle litt hva de driver med i kommunen og hva de eventuelt kan samarbeide om. Dette har han ikke fått noe respons på ennå.

Men det er fint å bo i små kommuner, for befolkningen er stort sett oppdatert på tilbudene som finnes i kommunen. For eksempel er de som sitter i eldrerådet i kommunen, medlem av pensjonistforeninger og dermed får kommunen lettere ut informasjon til de eldre i befolkningen, og eldre får lettere ytret sine meninger.

Eldrerådet er et talerør for den eldre befolkningen og skal sikre best levelige vilkår, og engasjerer seg spesielt i pleie og omsorg. Eldrerådet i Nordre Land kommune består av 7 representanter, hvor 4 av dem er medlem av hver sin pensjonistforening, dermed sikres meninger og informasjon til alle kanter.

3.1.2 Omfanget av Hjemmesykepleie

Det er ca. 200 000 mottakere av hjemmebaserte tjenester, og ca. 120 000 av dem mottar hjemmesykepleie. Resterende 80 000 mottar kun hjemmehjelp. Den største gruppen brukere er over 80 år og $\frac{3}{4}$ av dem er kvinner. Dette på grunn av den gjennomsnittelige levealder og at de lever lengre med alvorlige helseproblemer og funksjonstap på slutten av livet enn menn. Dette kommer til å jevne seg ut i de neste 50 år, fordi det forventes en sterkere vekst i levealderen til menn enn for kvinner fram mot 2050. Det er sterkest

vekst i gruppen under 67 år og blant de yngste eldre (67-79 år) har det vært en nedgang (Helse og omsorgsdepartementet 2005; statistisk sentralbyrå, 2005).

Grunnen til at så mange får hjemmebaserte tjenester kan være fordi pårørende bor langt unna, eller har fulltidsarbeid. Det er ikke lenger vanlig å ta vare på de eldre i familien i følge Edith Roth Gjevjon (foredrag HIG 07.01.2011). Hjemmesykepleiens pasienter har også blitt sykere og mer pleietrengende. Pasientene har behov for både omfattende pleie og omsorg og spesialisert behandling og oppfølging (Fjørtoft 2006, s.9).

3.1.3 Kvinners rolle

Økt levealder har ført til sammensatte kroniske sykdommer og aldersdemens. I følge statistisk sentralbyrå levde kvinner i 2009 gjennomsnitt 83,1 år, og mennene 78,6 år. Den forventede levealderen har økt med 30 år siden 1900 (Folkehelseinstituttet 2011). Kvinner lever i gjennomsnitt lengre enn menn og dette kan føre til ensomhet når ektefellen dør. Mange eldre er enslige, bor alene og har et redusert nettverk. Dette kan føre til sosial isolasjon. Torpa helselag arrangerer derfor arbeidsstue hver onsdag, fotpleie hver 14.dag, besøkstjeneste en gang i måneden og sommertur. Helselaget skaper på den måten relasjoner, mindre ensomhet og sosial isolasjon.

Ved å være medlem av en organisasjon får man et sosialt nettverk med kjærighet, respekt og sosial støtte. Kvinner er mer aktive når det gjelder deltakelse i frivillig arbeid, det er en stor overtall av kvinner i frivillige organisasjoner. Når det gjelder Nordre Land helselag er bare ca. 15 av 141 medlemmer menn.

Det positivt hvis man er medlem av en slik organisasjon når ektefellen faller bort, for da har de et nettverk og falle tilbake på. Ordføreren mener at spørsmål etter frivillighet kommer til å øke med årene, og at de i større grad kan brukes til å kompensere for ensomhet hos mange.

Kvinner har lett for å ta på seg ansvar hvis det skulle skje noe med ektefellen, og de har lett for å få skyldfølelse. Kvinner har et stort behov for nære relasjoner med familie, venner og kollegaer, og har lett for å tilsidesette sine egne behov for å hjelpe andre, det kan være en helserisiko. Kvinner har flere kroniske sykdommer som osteoporose, revmatoid artritt, cancer mammae, depresjon og angst, og kroniske muskel og skjelettlidelser enn menn. Begge kjønn er utsatt for diabetes og hjerte- og karsykdommer.

Kvinner har et annet syn på helse enn menn har, og reagerer annerledes på sykdom. Ordet helse har flere definisjoner, så jeg synes det er viktig å ta med den definisjonen som jeg synes er relevant. Jeg vil velge å bruke WHO's helsedefinisjon fra 1946: *"Helse er ikke frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære"* (Kristoffersen 2005, bd.1).

3.1.4. Hjerte- og karsykdommer

Kvinner setter sine hverdagslige gjøremål som husarbeid foran sykdommen. Hvis en kvinne får infarctus cordis, kan det gå dager før hun reiser til lege, fordi hun oppfatter ikke symptomene som farlige og vil ikke uroe sine nærmeste.

I Nasjonalforeningens brosjyre om kvinner og hjerte- og karsykdommer har de intervjuet Anne Larsen som er hjertespesialist og overlege ved medisinsk avdeling Buskerud Sentralsykehus. Hun sier at kvinner kan føle lett ubehag i brystet, kaldsvette, dyspnoe med kvalme og brekninger. Kvinner kan i større grad enn menn føle dyspnoe ved fysisk aktivitet, dermed kan også hjertesykdommer hos kvinner bli feiltolket som astma eller fibromyalgi. Men de kan også ha smerter i brystet, ikke bare ved fysisk anstrengelse, men også under hvile.

Et eksempel fra praksis var at en kvinne i 60 åra gikk med smerter mellom skulderbladene i flere måneder, hun hadde også vært hos lege som hadde undersøkt henne, men ikke kunne finne noe som var årsaken til smertene. Hun hadde ikke hatt brystmerter, men allikevel endte det opp med at hun fikk et stort infarctus cordis med stans. Hun overlevde ved at det tilfeldigvis var noen i nærheten som kunne gi hjertelunge redning. Dette styrkes ved Mona Løvlien sin studie (2010) at flere kvinner enn menn erfarer symptomer relatert til hjertesykdom det siste året før det akutte infarctus cordis.

Kvinner venter ofte for lenge før de kontakter lege, og det kan føre til at de kommer for seint på sykehus til å benytte seg av moderne infarktbehandling. Hvis ikke kvinnen kommer seg til lege kan det medføre en stor helserisiko, hun kan få arytmi, insufficientia cordis, kardiogent sjokk, hjerteruptur, perifere embolier, eller død (Jacobsen m.fl. 2001, s.73).

Hjerte- og karsykdommer er årsaken til flest dødsfall i Norge. Nasjonalforeningen er en stor bidragsyter til norsk hjerteforskning, og finansierer rundt 60 % av forskningen (Grindheim, 2010 s.315) og de er interessert i å halvere antallet infarctus cordis. I den

forbindelse har de samlet inn 1,7 milliarder til hjerte- og karforskningen og har finansiert over 280 doktorgrader (ibid, s.20).

Røyking, usunn mat og passiv livsstil som mange lever med i dag er risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. I dag ser vi at psykisk sykdom og lidelser forårsaket av overvekt, fysisk passivitet og mistrivsel øker (Helse og omsorgsdepartementet 2005, s.29). Fysisk aktivitet styrker hjertemuskelen og ved hjelp av kostholdsendringer, og avvenning av tobakk kan man tilføre livet sitt noen ekstra leveår.

Nordre Land/Fluberg helselag arrangerte i vår et kurs "Bra mat – for bedre helse" for de som hadde lyst til å gjøre endringer i kostholdet sitt. Kurset bygget på helsedirektoratets anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet, og inneholdt en blanding av faktainformasjon, diskusjon, matlaging og praktisk utprøving. Fylkeslaget har som mål og arrangere ti "Bra mat" kurs i året. Sunne matvaner er et solid vern mot overvekt, cancer og, hjerte- og karsykdommer.

Røykesluttkurs tilbys også som oppdragskurs til bedrifter og kommuner, men i Oppland driver de åpne kurs for befolkningen. Målet for fylkeslaget er at de skal arrangere 10 kurs i året, samtidig som det også skal dreie seg om snus.

De har foredrag om infarctus cordis og hjerte- og karsykdommer som alle i bygda kan delta på. Under hjerteaksjonen 2009 så var Nordre Land ambulansetjeneste innleid for å demonstrere hjerte-lunge redning (HLR), da deltok ca. 90 stykker. I 2010 hadde ambulansetjenesten samme temamøte om "Hva kan vi gjøre når noe skjer hjemme?". Vi vet at hvis noen får infarctus cordis så er det de første minuttene som teller for å hindre store skader i ettertid. Viktig at så mange som mulig kan HLR slik at de kan redde liv.

Ellers var Nasjonalforeningens hjerteaksjon uken før jeg skulle levere bachelor oppgaven, da arrangerte de "hjertemarsj" i Dokka. De gikk med bøsser og solgte hjertelodd for å samle inn penger til hjerte- og kar forskingen.

3.1.5. Tuberkulose

Befolkningens sykdomsbilde har endret seg i vårt århundre. Tidligere hadde brukerne dødelige infeksjonssykdommer, for eksempel tuberkulose, men dette har avtatt. Men på grunn av en økt innvandring i Norge, har det ført til at antallet tuberkulosesmittede har økt igjen, og hjemmesykepleien har fått ansvar for DOT (Directly Observed Treatment). Dette innebærer at sykepleieren skal direkte observere at tuberkulose

medisinen blir tatt, for hvis det går mer enn 24 timer mellom hver dose, så kan det være fare for at pasientene blir smittsomme. Behandlingen går som regel over 3-6 måneder og krever økt ressurser fra hjemmesykepleien (Hånes, 2010). Dette kan være en utfordring på grunn av språkproblemer fordi denne behandlingen hovedsakelig gjelder innvandrere. Pasienten kan ta dosen fast enten morgen eller kveld. Men på grunn av bemanning i hjemmesykepleien er det å foretrekke at pasienten får medisinen på dagtid. De fleste gangene reiste vi to ansatte for å levere medisinen, fordi enkelte ansatte følte seg utrygge når vi skulle på asylmottaket. Det kan være at unge tuberkulosepasienter skal på skole, det kan da gå utover at sykepleieren som skal levere medisinen får dårligere rapport fra nattevakt om andre brukere på grunn av tidspress.

Nasjonalforeningen var tidligere med på å bekjempe tuberkulose, og klarte nesten å utrydde den i Norge. Nasjonalforeningen har alltid hatt fokus på de store folkesykdommene, og tuberkulose er ikke lenger en av dem. Blant dagens nordmenn er det cancer, allergi, diabetes, luftveisinfeksjoner (astma/kols), muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser, demens og hjerte- og karsykdommer som dominerer sykdomsbildet (Fjørtoft 2006, s.19). Nasjonalforeningen har vært med og styrket folkehelsen i hundre år, og dermed har de også måtte endre fokus ettersom hva det har vært behov for i samfunnet, og hva slags sykdommer befolkningen har hatt. De begynte med å forebygge tuberkulose, fortsatte med hjerte- og karsykdommer, eldres helse og velferd, og nå er demens den mest aktuelle saken.

3.1.6 Demens

10 000 nordmenn blir hvert år rammet av Alzheimer eller annen demenssykdom, og halvparten av dem bor hjemme. I 2006 bodde 2 900 av dem i Oppland fylke.

Ca.250 000 mennesker er pårørende til noen med demens i Norge, og fordi vi stadig blir eldre kommer flere til å rammes av demens. Det store antallet blir en utfordring, både med å planlegge og å tilrettelegge et faglig forsvarlig og individuelt tilrettelagt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s.45).

Nasjonalforeningen bidrar til forskning på området og pr. i dag finnes det ingen behandling eller medisin som kan stoppe sykdommen. Men Norden har kommet langt i forhold til forskningen (Grindheim 2010, kap.9).

Nasjonalforeningen har 130 demensforeninger over hele landet som har informasjon og aktiviteter for mange i en vanskelig livssituasjon. Tilværelsen til personer med demens

kan bli preget av angst, usikkerhet og bekymring. Torpa og Nordre Land har begynt å danne en slik forening for pårørende. Hensikten er å lære mer om sykdommen og å utveksle erfaringer for å takle hverdagen bedre, bryte isolasjon, dele sorger/gleder og ha sosialt samvær. I gruppa er det personer som har kjennskap til og kunnskap om sykdommen. Møtene holdes en gang i måneden og innefor gruppa har de taushetsplikt. I tillegg arbeider Hedmark og Oppland i samarbeid med Nasjonalforeningen med de lokale demensforeninger, Sykehuset Innlandet og kommuner om å avholde pårørendeskoler i ulike regioner. Der vil pårørende lære mer om sykdommen og hvordan de skal takle den nye livssituasjonen.

Kommunen har søkt helselagene om de kan kurse ansatte eller dekke kurs for de som jobber på skjermet enhet innen demens, fordi mange med demens lider av adferdsvansker og humørsvingninger som kan være utfordrende å takle. Der har kommunen fått positivt svar og flere har vært på kurs dekket av helselaget.

Avdelingslederen for skjermet enhet var med på å opprette demensforeningen, dette er også et eksempel på bra samarbeid med kommunen og nasjonalforeningen.

Hovedproblemet i disse dager er å nå ut til befolkningen, og i den forbindelse har nasjonalforeningens demenslinje kommet på Facebook for å nå ut til flere mennesker. Demenslinjen er en informasjonstelefon og en nettportal for spørsmål fra pasienter, pårørende eller andre. Det er stort sett pårørende som observerer de første adferdsendringene, og dermed får mistanke om sykdom, og må søke medisinsk bistand for personen som har demens.

Halvparten av alle med demens bor i eget hjem, men ikke alle får hjelp av hjemmesykepleie, mange får hjelp av slektninger. Dette er en 24 timers arbeidsdag, og krever ressurser deretter. Hvis de pårørende får tidlig informasjon og kunnskap kan det virke forebyggende og angstdempende i forhold til sykdomsutvikling og livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2005, s.45).

Det er viktig med en tidlig diagnostisering for å få tidlig hjelp og oppfølging på utviklingen av sykdommen. Da jeg var i praksis i kommunehelsetjenesten utarbeidet veilederen min demensplan for kommunen, dette skal alle kommuner ha innen 2015.

Da skulle de kartlegge hva slags tilbud det var for hjemmeboende demente i kommunen. Kommunen skulle sette fokus på å lette pårørendes omsorgsbyrde og finne ut hva som trengte og forbedres. Deriblant tilrettelagte dagtilbud, boliger, kompetanse blant helsepersonell, samarbeid med frivillige slik som nasjonalforeningen og

pårørende. Målet i Torpa og Nordre Land er å opprette en demensforening og delta på demensaksjonen hvert år som er på høsten.

3.1.7. Helsefremmende og forebyggende funksjon

I hjemmetjenesten arbeider mange faggrupper sammen. Det er viktig at sykepleieren er bevisst sitt faglige ståsted, og kunnskap utgjør forskjellen framfor de andre faggruppene. Det arbeider enkelte steder for få sykepleiere i hjemmesykepleien.

Sykepleierens funksjon er å bidra til den enkeltes mestring av en vanskelig livssituasjon. Det innebærer alt fra fysisk assistanse til å styrke ressurser og livsmot. Sykepleieren må ha kunnskap om pasienten, om hva som skal til for å oppnå best mulig helse og livskvalitet og empati (Fjørtoft 2006, s.10).

Sykepleieren har som jobb å informere brukere om tilbud som finnes i nærområdet. De kan sette brukerne i kontakt med helselag og informere om de aktivitetene som disse tilbyr og hvor de holder til. Erfaringsmessig blir ikke dette gjort. Helsepersonell oppfordrer lite til slik aktivitet, men mange av brukerne i hjemmesykepleien er oppegående og benytter seg av tilbudet likevel. Men problemet er kanskje at de som har mest behov for det, ikke benytter tilbudet. Stort sett er det de samme menneskene som deltar på aktiviteter, og deriblant er kvinner en stor andel.

Hjemmesykepleie er en generell, omfattende tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjoner (ibid s.15).

I denne oppgaven fokuserer jeg på den helsefremmende og forebyggende funksjonen. Helsefremmende arbeid baserer seg på at mennesker gjør en innsats selv for å få en bedre helse, de benytter seg av ressursene de allerede har, for eksempel være i aktivitet, spise sunt, slutte å røyke og begrense inntak av alkohol.

Forebyggende helsearbeid tar sikte på risikoer for eksempel ved røyking. Poenget er å forhindre at sykdom eller skade oppstår. Dette kan deles inn i to typer: befolknings- eller massestrategi og høyrisikostrategi. Befolknings- eller massestrategien er tiltak rettet mot hele befolkningen, eller grupper av befolkningen for eksempel svineinfluensa vaksinen. Helselaget i Nordre Land deltok i 2009 med flere hjelpere under massevaksinasjonen av svineinfluensaen. Høyrisikostrategien er tiltak rettet mot en del av befolkningen som er spesielt utsatt for eksempel at helselaget i Torpa hadde temakveld i 2010 om osteoporose og hva befolkningen kunne gjøre for å unngå det

(Mæland 2005, s.15). De samme metodene som brukes for å fremme helse kan også brukes for å forebygge og behandle sykdom, samtidig som å forbedre livskvaliteten. Sykepleiere har en helsefremmende og forebyggende funksjon til mennesker som er friske, som er utsatt for helsesvikt, og utsatt for komplikasjoner av ulike årsaker. I følge sykepleieteoretiker Virginia Henderson skal friske personer få sykepleie når de av ulike årsaker ikke makter utføre gjøremål som er nødvendig for å bevare helsen, eller hvis de mangler tilstrekkelig kunnskap, krefter eller vilje (Kristoffersen 2005, s.35).

Mange mennesker mangler kunnskap til å endre livsstilen sin når det gjelder for eksempel kosthold og trening i forhold til Hjerte- og karsykdommer, dette kan sykepleier i samarbeid med NFF hjelpe til med. Sykepleier kan også informere pasienter om NFF slik at de får kunnskap om hvordan de skal endre sin livsstil og hvilke tilbud som finnes i nærmiljø.

Andre mangler vilje til å endre livsstil eller komme seg ut etter å ha vært isolert over lengre tid, derfor må de oppfordres og motiveres til dette. Sykepleier kan opprette kontakt med besøkstjenesten.

Når det gjelder krefter kan mange mangle dette på grunn av sykdom eller funksjonshemming. I den forbindelse kan NFF komme hjem til brukeren og det samme med hjemmesykepleien. De kan også trenes opp til å få mer krefter ved å delta på mandagstrim og gågruppe.

Forebygging kan deles inn i primær-, sekundær-, og tertiærforebyggende tiltak:

- Primærforebygging handler om å forhindre helsesvikt hos friske og utsatte personer og grupper ved å påvirke eller fjerne helsetruende forhold eller faktorer allerede før de har oppstått. Sykepleieren har en undervisende og veiledende funksjon, hun kan undervise pasienter hvordan de kan unngå fallulykker i sitt eget hjem for eksempel ved å fjerne gulvtepper og bruke innesko. En annen ting er hygieniske tiltak ved smittsomme sykdommer som for eksempel gastroenteritt og forkjølelse. Helselagets foredrag om osteoporose, og kostholdsendringer og fysisk aktivitet for å forhindre aterosklerose.
- Sekundære tiltak er å identifisere helsesvikt på et tidlig stadium, og deretter sette inn tiltak for å stoppe, hindre eller forsinke økt risiko for helsesvikt, komplikasjoner og eventuell sykdom. Eks. at sykepleieren lærer pasienter med angina og slappe av når de kjenner et anfall. Endring av livsstils vaner

etter hjerteinfarkt for å forebygge nye. Helselagene har besøkstjenester som kan benyttes hos demente som bor hjemme for å unngå at de blir deprimerte, glemmer å spise, og dermed blir dårlig ernært.

- Tertiærforebyggende tiltak tar sikte på å lære mennesker med kroniske sykdommer, funksjonssvikt eller sosiale problemer å fungere med de problemene de har, men også hindre at nye oppstår. Eks. at pasienten læres opp til å forebygge sengeleiets komplikasjoner selv, eller være bevisst på fotstell når man har diabetes. Torpa helselag har fotpleier hver 14.dag som kan benyttes, hvor de betaler deler av summen (Mæland, 2005; Johannessen, 1995).

All god sykepleie omfatter helsefremmende og forebyggende oppgaver (Kristoffersen 2005, s.17, bd.1) og i følge den politiske plattformen 2009-2013 må det forebyggende helsearbeidet prioriteres langt høyere enn det gjøres i dag (Arbeiderpartiet, 2009).

3.2 Frivillig arbeid

Frivillig arbeid utføres av en eller flere personer som arbeider ulønnet av egen fri vilje, basert på fritid, utenfor egen husholdning. De er som regel organisert i en hjelpeorganisasjon, og støtten gis ikke som en uformell nabo-tjeneste i følge Olav Garsjø (forelesning HIG 26.10.2010). Frivillige kan være pensjonister som synes dagene blir for lange, eller andre som bare har lyst til å være et medmenneske. Frivillige organisasjoner yter uvurderlige bidrag til samfunnet, både gjennom tjenesteproduksjon og omfattende ulønnet innsats. Verdien i denne innsatsen er enorm. Frivillige er grunnpilar i velferdssamfunnet og demokratiet. Over halvparten av den norske befolkning deltar i frivillig arbeid i løpet av et år. Det utføres i overkant av 113 000 frivillige årsverk for frivillige organisasjoner. Tenk hvor mye disse sparer det offentlige i når det gjelder lønninger (Kultur- og kirke departementet 2006, s.13). Enhetsleder for omsorg og rehabilitering er interessert i å kunne tilrettelegge slik at brukere kan delta på aktiviteter helselagene tilbyr, men mange av de eldre trenger følge. Da kan enhetsleder leie inn vikarer for eventuelt de ansatte som bistår brukerne. Da kommer et spørsmål om økonomi; er det lønnsomt, har kommunen råd til dette? Et alternativ er å arrangere ledsagerkurs for de frivillige i helselagene slik at disse kan bistå de eldre på arrangement i stedet for de ansatte i kommunen. Dette kan staten spare på, fordi de frivillige ikke blir lønnet. Og de utgjør jo allerede et stort antall årsverk. Men det kan også være et spørsmål om tillit mellom pasienten og den frivillige, ikke alle vil stole på ukjente mennesker. Men dette kan bedres ved at de frivillige har besøkstjeneste på sykehjemmet slik at pasientene blir kjent med dem. Eller for de som er hjemmeboende kan helselagene arrangere åpne temakvelder, slik at de blir kjent med hverandre der. Det kan bli spørsmål om transport til disse kveldene, det kan ordnes via frivilligsentralen.

For å opprettholde en omfattende frivillig sektor i Norge, er det nødvendig med flere tiltak for å sikre rekruttering av aktive og tillitsvalgte, men det er ikke så mange som er interessert i å jobbe gratis, uten å få noe igjen. Politikken skal tydeliggjøre frivillig sektor som en selvstendig sektor i samfunnet. Derfor vil regjeringen sikre en helhetlig frivillighetspolitikk gjennom:

- Å sikre frivillighetens uavhengighet og mangfold.
- Å legge til rette for at alle kan delta i frivillig arbeid
- Å sørge for bedre vilkår for frivillig virke lokalt

- Å øke kunnskapen og oppmerksomheten om frivillighetens rolle og betydning for samfunnet.
- Å samordne og utvikle statlig frivillighetspolitikk (ibid, s.11).

Samhandling og samarbeid mellom frivillig sektor og myndighetene er viktig for økt dialog og medvirkning. Staten gir tilskudd til Frivillighet Norge som er et samarbeidsforum for hele den frivillige sektoren, hvor blant annet nasjonalforeningen for folkehelsen er medlem (ibid, s.12). Regjeringen vil satse sterkere på sykdomsforebyggende arbeid, og i samarbeid med frivillige organisasjoner vil de fortsette arbeidet mot rusmiddelbruk, tobakksbruk, og økt fokus på fysisk aktivitet og kosthold (ibid, s.69). Å være medlem av en organisasjon og delta på arbeidet vil i seg selv virke helsefremmende fordi det er meningsfullt og gir sosiale fellesskap.

Deltakelse i frivillige organisasjoner fremmer sosialt fellesskap, gir læring og kunnskap og bidrar til å utvikle demokratisk kompetanse. Frivillig arbeid gir mennesker muligheter for å bruke og utvikle seg selv, føle seg til nytte og få mening med tilværelsen. Frivillighetspolitikken skal bidra til å legge forholdene til rette slik at flest mulig har mulighet til å delta i frivillige aktiviteter og organisasjoner (ibid, s.12).

Innen sosiale tjenester driver frivillig sektor tilbud for eldre, syke og personer med nedsatt funksjonsevne (ibid, s.70) og de bidrar i vesentlig grad til at personer med nedsatt funksjonsevne får en bedre livskvalitet. Med nedsatt funksjonsevne menes tap av eller skade på kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. For eksempel nedsatt bevegelse, syn eller hørsel, kognitiv funksjon eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- og lungesykdommer. Mennesker med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom skal ha en livskvalitet på samme linje som resten av befolkningen. De skal ha muligheter til personlig utvikling, aktiv deltakelse og livsutfoldelse (ibid, s.73).

3.3 Nasjonalforeningen for folkehelsen

Mitt første møte med Nasjonalforeningen var da jeg fikk matpakke av dem på barneskolen. De arrangerer hvert år matpakkedag, hvor de deler ut sunn mat for å bevisstgjøre barna på hva de bør spise. Det er ikke alltid like belyst hvem som fortar de forskjellige aktivitetene i bygda. En i helselaget hadde blitt spurt av en sambygding om helselaget fortsatt var i drift, for hun hadde hørt så lite om det. I tillegg visste ikke helselaget hva som ble fortalt på skolene når de var der og delte ut matpakker, for de er ikke fysisk tilstedet i klasserommene. Derfor burde de reklamere og informere litt bedre om hva de driver med og at de fortsatt er aktive, spesielt når det gjelder rekruttering av nye medlemmer. Dette kan de gjøre under hjerte- og demensaksjonene som foregår henholdsvis på vår og høst. Nordre Land helselag har ”stand” i Dokka hvor de selger lodd og står med bøsser. Den anledningen kan de benytte til å informere hva de jobber med og eventuelt rekruttere nye medlemmer.

Nasjonalforeningen har vært med på å utforme helsetjenester fra barn til ungdom, voksne, eldre og syke mennesker igjennom mange år. Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig humanitær organisasjon som ble stiftet i 29.juni 1910 av Dr. Klaus Hanssen overlege ved Bergen sykehus, da het de Den norske nasjonalforening mot tuberkulose. Han fant ut at han ikke klarte å bekjempe tuberkulosen ifra hovedstaden alene, det måtte skje lokalt. I bygdene hadde de allerede begynt å samle foreninger for å bekjempe tuberkulosen. I 1900 døde 354 mennesker per 100 000 av tuberkulose i Norge. Tuberkulosen rammet familie, naboer og venner. Alle var engasjerte for å bli kvitt denne sykdommen (Grindheim 2010, s.25).

Nasjonalforeningens logo er det dobbelte røde kors, opprinnelig et korsfarersymbol fra 1099, og tegn på fred og broderlig samhold. Man måtte arbeide sammen for å bekjempe tuberkulosen. Korset kalles Lothringerkorset, patriarkkorset eller erkebiskop korset, og er et internasjonalt tuberkulosemerke. Logoen spiller på foreningens første satsingsområde og navn. Nålen vi får utdelt etter endt utdanning bærer dette korset, og er et tegn på at Nasjonalforeningen for folkehelsen var de som opprinnelig startet sykepleierutdanningen i 1928 (Høgskolen i Gjøvik, 2004).



I Torpa ble det stiftet diakonisseforening av distriktslege Dr. Gustav Lundby som senere skulle bli Torpa helselag i 1910 og de hadde 100-års jubileum i fjor. 26. Mars 1911 startet en sykepleieforening under Røde Kors med distriktslege Einar Hoff som formann, noe som senere skulle bli Nordre Land helselag.

I 1951 hadde de 1024 medlemmer.

Nedenfor er bilde av de første damene som sto bak helselaget i Torpa i 1910.



Det var de frivillige i helselagene som stort sett startet tiltak som det offentlige ikke hadde tenkt på, men som de senere overtok. Jeg kan nevne spedbarn- og skoleundersøkelser, lekestuer, helsestasjoner, sykepleierutdanning, syketransport, hjemmehjelp, og eldrecentre. Alle disse ble grunnlagt av nasjonalforeningen, men har nå blitt statlige og fått andre navn (Grindheim, s.17-21). Bortsett fra at Nasjonalforeningen har igjen 33 eldrecentre spedt over hele landet som de driver selv. De er den frivillige organisasjonen som driver flest eldrecentre i Norge. Men ingen av

disse befinner seg i de kommunene som jeg har hatt fokus på. Eldresentre er et særdeles viktig forebyggende og helsefremmende tilbud som betyr mye for trivsel, mat- og mosjonsvaner for hjemmeboende eldre (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Nasjonalforeningen for folkehelsen bidrar til velferdsproduksjon. De er en av pionerene i arbeidet med å styrke den norske befolkningens helse. Først kampen mot tuberkulosen og andre smittsomme sykdommer, nå har de fokus på kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes og sykdomsutvikling som følge av fysisk inaktivitet og overvekt. NFF har delt inn arbeidet sitt i 4 arbeidsområder: tuberkulose, hjerte- og karsykdommer, eldre (herunder demens) og familie og miljø (Grindheim 2010, s.17-21).

Nasjonalforeningen har vært aktive når det gjelder forebyggende og helsefremmende arbeid. Siden de startet har levealderen økt med 30år, dette på grunn av at de har stått på når det gjelder utdanning av sykepleiere, hygieniske tiltak, helseundersøkelser, vaksiner, forskning i forhold til hjerte- og karsykdommer og demens. Arrangert trivselstiltak som kurs, fysisk aktivitet og informert om helsefarer ved å spise usunt og røyke. Hvis dette helsefremmende og forebyggende arbeidet fortsetter som det har gjort kommer levealderen til å øke ytterligere. Denne eldrebølgen er en utfordring i seg selv.

3.3.1. Eldre og fysisk aktivitet

Statistikk viser at vi kommer til å bli eldre mot 2030 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Ved å drive fysisk aktivitet kan vi forebygge og bli hjelpetrengende i tidlig alder. Det bidrar til sterkere muskler, bedre hjerte og at vi føler oss mer opplagt. Bare enkle oppgaver som det å gå i trapper, bære handleposer, komme seg opp av senga eller vaske gulvet selv hjelper mye i det å klare seg selv. Kvinner er for eksempel utsatt for osteoporose på grunn av biologien. Økt alder fører til økt kalsiumtap i knoklene og de blir sprøere og dermed har vi lettere for å få brudd. Det sto senest en artikkel i VG 10.04.11 om at eldre bør trene styrke, dette gjelder både kvinner og menn fordi etter passert 50 år mister man muskelmasse. Styrketrening styrker beinvev og forebygger osteoporose. Etter fylte 30 år minker styrken med 1 % hvert år for kvinner, og når vi blir 60 år så er 30 % av den opprinnelige styrken borte ifølge VG. Dette kan hindres ved å utføre styrketrening. Hvis man får mindre muskler, synker også stoffskiftet og det kan føre til rask og stor vektøkning. Mange eldre er overvektige har jeg sett gjennom tiden jeg har jobbet i helsevesenet og det kommer muligens av en del passiv og stillesittende aktivitet.

Torpa helselag tilbyr mandagstrim som inneholder styrke og kondisjonstrening for alle aldersgrupper. Dette hjelper mot å forebygge belastningslidelser, og det deltar 15-20 deltakere hver gang. Ved å foreta trening i grupper kan man følge opp og motivere hverandre. Dette gjør at flere deltar aktivt, samtidig som det er sosialt. I tillegg arrangerer de gågrupper og de har opptil 9 gågrupper i aktivitet. Tidligere organiserte de utleie av gåstaver på Korsvold omsorgssenter. De har også markerte turstier i Torpa, og i Nordre Land har de 10 forskjellige ruter som kan benyttes av alle. Det selges turmappor over stiene som de tjener litt på, og de har knyttet til seg pensjonister til å rydde, merke og følge opp løypene. Disse er ikke nødvendigvis medlem av helselaget. Det finnes turbøker hvor turister kan skrive seg inn og bli med i trekning av premie. I 2010 var det 5040 registrerte navn i turbøkene, og det var ny rekord. I tillegg arrangeres det noen fellesturer i sommerhalvåret. De har også opprettet noen vinterbøker på noen av turstiene. I Nordre Land jobber de for å få laget en folkesti med asfalt slik at den skal være framkommelig for mennesker med og uten hjelpemidler. Den skal stå klar iløpet av 2011. Mandager har også Nordre Land stavgang-gruppe (tur og trugegruppe), og de prøver å få til en gågruppe på sykehjemmet. Gågruppene er for alle enten de går selv eller sitter i rullestol og bare trilles.

3.3.2. Organisering

Nasjonalforeningen har hovedkontoret sitt i Oslo og er delt inn i fylkeslag og lokallag. Nasjonalforeningen har i dag 36 000 medlemmer og antall helselag og demensforeninger er 565 (Grindheim 2010, s.17). Fylkeslaget jeg setter fokus på er Oppland, og lokallagene er Torpa og Nordre Land. Nordre Land helselag har 141 medlemmer, Torpa helselag 230 medlemmer og totalt har fylkeslaget 2123 medlemmer i 2011. Jeg nevner også at Etnedal helselag har 313 medlemmer, fordi Torpa og Nordre Land har litt samarbeid med dem. Når man ser på Oppland som helhet er det Torpa som har flest medlemmer i fylket, og det er litt rart å tenke på når de ikke har så stort antall innbyggere. Totalt i Nordre Land kommune bor det 6680 innbyggere pr.01.10.08, hvor ca.3000 bor i Dokka sentrum (Nordre Land kommune, 2009).

Torpa og Nordre Land helselag startet også opp Frivilligsentralen i 1991, da det ble lagt ut midler til dette ifra staten. Frivilligsentraler er vanligvis kommunalt eid og en selvstendig organisasjon, men de kan også være eid av en stiftelse eller forening slik den er i Land. Men de mottar likevel kommunale og statlige tilskudd for å drive

sentralen. Frivilligsentralen er en base som organiserer frivillig arbeid og setter de som har lyst til å arbeide frivillig i kontakt med de som trenger hjelp. De kan tilby gågrupper, besøkstjeneste, en til en hjelp med snørydding, hagearbeid, handlehjelp eller følgevenn til lege, frisør og lignende. Transport til arrangementer for eksempel tirsdagstreffet på helselagets hus på Dokka. De har ca.40 møter i året og det pleier å møte opp 20-25stk hver gang. Møtene avsluttes alltid med 30 minutter fysisk aktivitet. Frivilligsentralen er også med og arrangerer Livsglede for eldre en gang i måneden. Flere er interessert i å være med i en frivilligsentral framfor en organisasjon, for da kan de bestemme mer selv. I en organisasjon så plikter du å ha bestemte arbeidsoppgaver til en bestemt tid. Mens i en frivilligsentral disponerer du tiden mer selv, du sier fra når du har tid til å hjelpe noen. I følge stortingsmelding nr.25 (2006) kommer fremtidens eldre til å bli friskere og mer ressurssterke enn dagens. Disse kan da delta på frivillig arbeid og være med å hjelpe de som er eldre enn seg selv som trenger mer hjelp. Da får de yngre eldre fylt dagene med noe meningsfylt, samtidig som de gjør en god gjerning for de som ikke er så spreke. Dermed vil det også si at framtidens eldre vil være mer aktive når det gjelder egeninnsats for sine levekår og sin velferd, og vil ikke nødvendigvis kreve mer hjelp og service, men vil prøve å ta ansvar for egen helse og egne omsorgsbehov.

3.3.3. Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt

Dette er i følge Ragnhild Skaar m.fl. intervjustudie (2010) det de eldre har behov for. De har behov for praktisk hjelp og sosial kontakt med et uformelt nettverk. Dette får de ikke dekket fullt ut med bare hjelp fra hjemmesykepleien. De eldre som mottar hjemmesykepleie i tillegg til et uformelt nettverk opplever økt sosial støtte og samvær. Dermed kan det bety at de som ikke mottok dette opplevde ensomhet og sosial isolasjon. Studien baserte seg på enslige eldre. Mange av de fikk hjelp fra familie og naboer for å dekke disse udekkede behovene. Dette er ikke i tråd med forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten (2004), for der står det at personer som mottar kommunale tjenester skal få ivaretatt alle sine grunnleggende behov. Pasienten skal få de tjenester som han har behov for til rett tid, men at pårørende kan være med på utføring og endring av tjenestetilbudet. I følge sykepleieteoretiker Virginia Henderson har et menneske 14 grunnleggende behovsområder som blant annet fremmer helse (Kristoffersen 2005, bd.4, s.36). Jeg nevner noen i forhold til punktet ovenfor:

- Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser
- Å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe (produktiv sysselsetting)

Dette er eksempler på behov pasienten ikke får dekket ved hjelp av hjemmesykepleie, men må ty til familie og naboer. Dette skal de egentlig ikke behøve å gjøre, for dette skal hjemmesykepleien sørge for. Hvis familie og pårørende bruker mye tid hos pasienten har de egentlig rett på en form for kompensasjon fordi de gjør arbeidsoppgaver som hjemmesykepleien skal gjøre. En mulighet er omsorgslønn som er en kommunal betaling for pårørende eller frivillige omsorgsyttere. Men det gjelder bare ved omsorg for pasienter med stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom. Og det går ikke under den kategorien at pasienten har behov for kontakt med andre. Men her kunne for eksempel de i frivillige organisasjoner vært benyttet mer. Men Virginia Henderson mener at pasientens nærmeste bør trekkes inn i sykepleien når det kan bidra til å dekke pasientens behov, men da kanskje i mindre grad, slik at man ikke bruker opp ressursene deres.

3.4 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trer i kraft 1.januar 2012, men deler av den har allerede begynt å ta form i enkelte kommuner. I samhandlingsreformen setter de fokus på frivillige organisasjoners rolle, og hva som er aktuelle samarbeidsområder og samarbeidsmønstre mellom det offentlige og organisasjonene. De frivillige kan delta i kommunens rolle, og arbeid med forebyggende tiltak, og at pasienter/brukere skal mestre sine livssituasjoner. Framover må man få klare retningslinjer på hva man kan bruke frivillige til, og hva de kan bidra med. Vi må ta hensyn til taushetsplikten, frivillige skal ikke få tak i personlig informasjon. De må samtidig vite noe om pasienten for at det skal være forsvarlig. For eksempel må frivillige få vite om pasienten har diabetes, epilepsi, angina eller astma slik at de kan hjelpe dem, i tilfelle pasienten skulle få et anfall.

Endringer i samfunnslivet kan utvikle nye typer behov eller grupper med behov, og de frivillige kan bringe de "ikke sette" behovene inn til prioritering. Nasjonalforeningen har vært tidlig ute og sett behov hos befolkningen før staten har. I tillegg kan de bidra sterkt til å videreutvikle likemannsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet kontakt med frivillige organisasjoner. De vil diskutere hvordan de skal fordele ansvaret mellom offentlige myndigheter, virksomheter og de frivillige organisasjonene for å få til et bedre samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

3.4.1. Hjemmesykepleiens rolle

Tidligere ble hjemmesykepleien ansett som et supplement til sykehus, noe som kommer fram i retningslinjene for hjemmesykepleien fra 1971:

"Virksomhetens formål er å yte sykepleie i hjemmet når pasientens lege finner at behandling og/eller observasjon på forsvarlig måte kan finne sted utenfor sykehus eller annen helseinstitusjon som omfattes av sykehuslovens bestemmelse"

(Sosialdepartementet, 1971).

Nå har hjemmesykepleien fått en mer sentral plass på grunn av avinstitusjonalisering og desentralisering. Avinstitusjonalisering innebærer at de fleste institusjonene ikke lenger er i bruk, pasientene skal i stedet få hjelp i hjemmet. Institusjonsplasser bygges ned, men samtidig skal vi stadig behandle dårligere pasienter i kommunen. Noen steder har de bygd omsorgsboliger, som skal gjøre at pasientene føler de bor hjemme, men at boligene er bedre tilrettelagt. Det er en selvstendig boform, og hjemmesykepleien gir hjelp etter behov, i likhet med andre hjemmeboende (Fjørtoft 2006, s.16-17). De gjør en

vesentlig forskjell for hjemmesykepleien når det gjelder tidsbesparing. Som regel er det de pasientene som trenger mye hjelp og bor langt ifra hjemmesykepleiebasen som får disse boligene. Boligene er samlet på ett sted, noen også med fellesarealer og måltider med de andre boligene. Det varierer også om boligene har heldøgnsbemanning eller ikke. Desentralisering betyr at det er billigere for kommunen og behandle pasienter på et lavere forvaltningsnivå. Oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten har blitt lagt til kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) (ibid, s.16-17). Dette baserer seg på LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) som hadde blitt innført før 1980. Det vil si at behandlingen av pasienter skal styres til laveste nivå av helsetjenester som kan håndtere sykdommen, og det har vært sentralt i norsk helsetjeneste i lengre tid. LEON baserer seg på at det skal være effektivt for pasienten og økonomisk for kommunen. Men man må ikke bare tenke økonomi, men også på livskvaliteten til pasientene. For å kunne gjennomføre LEON prinsippet må man samarbeide med andre instanser, det vil gjelde pasienten selv og pårørende, helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten, andre kommunale etater, NAV, fylkeslegen, frivillige organisasjoner og Media i følge Marianne Skistad (forelesning HIG 18.10.2010). Men med samhandlingsreformen kom en endring til dette prinsippet, som i stedet ble kalt BEON (beste effektive omsorgsnivå) - best mulig behandling og omsorg på hjemstedet, eller sykehjemmet. De fleste eldre vil bo hjemme, og da er det vårt ansvar å gjøre det best mulig. Men med samhandlingsreformen vil det bli vanskeligere å få lagt inn eldre på sykehus, dermed vil ikke de eldre få et tilstrekkelig helsetilbud og kunne få riktig diagnose. De skal så langt det er mulig behandles innad i kommunen. Dette kan bli vanskelig når vi mangler kvalifisert personale og sykehjemsplassene blir omgjort til omsorgsboliger. Da får man ikke opprettet et forsterka kommunalt sykehjem som samhandlingsreformen vil vi skal ha. Liggetiden på sykehuset har blitt kortere, og stadig flere behandles poliklinisk. De siste 20 årene har gjennomsnittlig liggetid på sykehus blitt redusert fra 7,5 døgn til 4,6 og polikliniske konsultasjoner økte i 2008 i følge statistisk sentralbyrå. Flere kommer hjem fra sykehus og har behov for omfattende medisinsk og sykepleiefaglig oppfølging og pleie, for eksempel injeksjoner, sondeernæring, smertepumpe, kateterisering, stell av trakeostomi og hjemmerespirator. Dette krever at kommunen har utdannet personell, og dermed vil sykepleieren få en mer viktig rolle i hjemmetjenesten.

Vi hadde en pasient i kommunehelsetjenesten som ble sendt ut fra sykehuset over på sykehjemmet og deretter til sitt eget hjem med sondeernæring på grunn av for lite sykehjemsplasser. Dette tok masse ressurser i hjemmesykepleien. Han bodde i omsorgsbolig sammen med kona i nærheten av hjemmesykepleiebasen. Det sparte hjemmesykepleien for mye kjøring. Han skulle ha sondeernæring to ganger om dagen, som innebar at vi måtte innom der for å koble den på og for å koble den av. Han trengte også hjelp med å få følge til toalett og personlig hygiene. Dette innebar at hjemmesykepleien brukte flere timer på hver vakt på en pasient, som gikk utover de andre på ruten. Vi fikk ikke observert han i forhold til sondeernæringen, og han var mye plaget med luft smerter og han følte seg oppblåst. I tillegg var det mye arbeid med å få dekket kostnadene for sondeutstyr og ernæring, for det var en lang prosess som innebar mye kontorarbeid. Jeg tror kommunen kunne ha benyttet ressursene sine bedre om han hadde hatt en sykehjemsplass siden han krevde mye hjelp.

Dette gikk på bekostning av en annen hjemmeboende dement bruker som forvirret seg ut i tøfler midt på vinteren. I tillegg var han dårlig til beins som gjorde at naboer hadde observert han krabbende etter veggen. Han hadde tydelig blitt urolig når vi ble forhindret fra vårt vanlige besøk. Her kunne NFF bidratt med for eksempel besøkstjeneste, dermed hadde det beroliget brukeren og muligens hindret han i å gå ut.

Sykepleieren i hjemmesykepleien må bruke mer tid på de pasientene som har avansert medisinsk behandling, og får dermed ikke brukt så mye tid på de andre som kanskje trenger det like mye for den psykiske delen (Demente/psykisk syke). Ressursene i hjemmesykepleien er ofte knappe og tilstrekkelig kapasitet i omsorgstjenesten er nødvendig for å yte god demens omsorg. Det er lite folk på jobb, og mye å gjøre. Det er vedtakene som bestemmer hvor lang tid man skal bruke hos hver bruker. Det kan også komme uforutsette alarmer fra andre brukere som gjør at hjemmesykepleien får mindre tid hos andre brukere. I by-kommuner virker det som de har mer tilmålt tid enn på bygdene, for eksempel ½ time til morgenstell, og ½ time til dusjing. Men det samme gjelder også på bygdene, bortsett fra at det er vanskeligere å gjøre dette fordi brukere og sykepleiere kan ha nære relasjoner til hverandre, og dermed kan det bli vanskeligere å avgrense tiden hos hver bruker.

Den medisinske utviklingen har redusert dødeligheten av sykdommer som hjerneslag, kreft og hjerte- og lungesykdommer. Nå lever befolkningen lengre med sine sykdommer, skader eller funksjonshemninger (Fjørtoft 2006, s.18). Dette takket være

forskning, som også er en stor del av det Nasjonalforeningen jobber med. De finansierer spesielt forskning på demens og hjerte- og karsykdommer, og har finansiert 280 doktorgrader.

4.0 KONKLUSJON/AVSLUTNING:

Nasjonalforeningen har alltid hatt fokus på kosthold, fysisk aktivitet og sosialt samvær, og vi ser hvordan utviklingen har blitt.. Siden de startet opp i 1910 har gjennomsnittelig levealder økt med 30 år, mye på grunn av deres hjelp mot folkesykdommene.

Hjemmesykepleien har fra før lite ressurser, og med samhandlingsreformen kommer ressursene muligens til å bli ytterligere redusert fordi hjemmesykepleien får mer avanserte oppgaver som de må ta seg av, slik som respiratorbehandling, sondeernæring, katetrisering og stell av trakeostomi.

Sykepleier har en undervisende og veiledende rolle hvor NFF kan benyttes i større grad. Nasjonalforeningen kan ta seg av fysisk aktivitet, ernæring, ensomme og de som trenger undervisning for å få en bedre livsstil.

Ensomme – kan få besøk av besøkstjenesten eller delta på tirsdagstreffen og arbeidsstue slik at de får et nettverk.

Hjerte- og karsykdommer – Pasienter som har gjennomgått hjerte- og karsykdommer kan delta på informasjonsmøter og kurs om ernæring, røykeslutt og delta på fysisk aktivitet som gågrupper, mandagstrim og gå i turstier.

Demente - Hjemmesykepleien får ikke tid til å ta seg av brukere som trenger hjelp i forhold til psykiske behov, og da tenker jeg spesielt på Demente, fordi halvparten av de med demens bor i eget hjem, og antallet demente kommer til å øke. Her kan NFF benyttes ved hjelp av besøkstjeneste og arbeidsstue. Ca. 250 000 mennesker er pårørende til noen med demens, og her kan NFF bidra med pårørendeskole og demensforeninger.

Regjeringen vil satse sterkere på sykdomsforebyggende arbeid, og i samarbeid med NFF og andre frivillige organisasjoner fortsette arbeidet mot rusmiddelbruk, tobakksbruk, og økt fokus på fysisk aktivitet og kosthold. Det kan gjøre at befolkningen lever lengre, holder seg lenger friske og i større grad klarer seg selv.

Nye problemstillinger kan være å forta studier på hvordan kommunehelsetjenesten skal møte den økende brukergruppen av demente i fremtiden. Kunne også vært moro å se hvordan andre frivillige organisasjoner vil møte utfordringene med samhandlingsreformen. Røde Kors sin besøkstjeneste er blant annet nevnt i samhandlingsreformen.

5.0 ETTERORD:

Jeg har arbeidet alene, dette synes jeg var en veldig befriende måte å arbeide på. Det negative er at jeg ikke har hatt noen å drøfte oppgaven sammen med. Jeg har benyttet meg av familie, venner og kollegaer som har gitt kritisk tilbakemelding på det jeg har skrevet, men det har vært vanskeligere å se saken fra flere sider. Jeg visste nesten ikke noe om Nasjonalforeningen for folkehelsen før jeg begynte å skrive denne oppgaven. Mye av det jeg har skrevet om er nytt materiale for meg, bortsett fra samhandlingsreformen og hjemmesykepleien. Jeg hadde kanskje hatt en fordel hvis jeg hadde vært medlem av foreningen før jeg begynte med oppgaven, men alle i helselagene har vært behjelpelig med informasjon. Jeg kunne kanskje med fordel ha delt inn oppgaven etter de 4 hovedområdene som Nasjonalforeningen jobber med: tuberkulose, hjerte- og karsykdommer, eldre, og barn og familie ser jeg i ettertid for å få mer oversiktlig oppgave. Jeg ville også kanskje ha valgt et annet tema, for jeg syntes det var litt vanskelig å få med sykepleierens funksjon inni det hele.

6.0 LITTERATURLISTE:

* Arbeiderpartiet (2009) *Politisk plattform 2009-2013*.

URL: <http://arbeiderpartiet.no/Politikken/Politisk-plattform-2009-13> [02.04.11]

Brinchmann, Berit Støre red.(2005) *Etikk i sykepleien*. 1.utgave, 3.opplag 2007.
Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utgave 2000,
6.opplag 2006. Gyldendal Akademisk.

* Folkehelseinstituttet (2011) *Helsetilstanden i Noreg: Levealder*.

URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70805> [04.04.2011]

Fjørtoft, Ann-Kristin (2006) *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*
2.opplag 2007. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

* Grindheim, Jan Erik (2010) *I menneskets og samfunnets tjeneste –
Nasjonalforeningen for folkehelsen 1910-2010*. Universitetsforlaget AS.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006) St.meld.nr.25 (2005-2006) *Mestring,
muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015*.

Helse- og Omsorgsdepartementet (2009) St.meld.nr.47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen – Rett behandling, på rett sted, til rett tid.

URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201> [10.04.2011]

Helse- og Omsorgsdepartementet (2008) *A new health sector reform – The
Coordination Reform*. URL:

<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/BHH%20ppt%20Trondheim%20en%2024%2009%2008.pdf> [02.05.11]

Høgskolen i Gjøvik (2004) *I livets tjeneste – sykepleierutdanningen i Oppland 75år! Jubileum 29.januar 2004*. Fri & frank reklamebyrå.

* Hånes, Hanna red. (2010) *Tuberkulose – faktaark*.

URL:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:50435::1:5647:39:::0:0

[25.03.11]

Jacobsen, Dag m.fl. (2001) *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 1.utgave 2001, 5.opplag 2006. Gyldendal Akademisk

* Johannessen, Berit (1995) *Forebyggende sykepleie*. 2.opplag 1999. TANO AS.

* Kjeldstadli, Knut (1992) *Fortida er ikke hva den en gang var – en innføring i historiefaget*. 3.opplag. Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl. (2005) *Grunnleggende sykepleie* 1.utgave, 1.opplag 2005. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kultur- og kirke departementet (2006) Stortingsmelding nr.39 *Frivillighet for alle*.

URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-39-2007-.html?id=477331> [29.03.11]

Løvlien, Mona (2010) *When every minute counts – From symptoms to admission for acute myocardial infarction with special emphasis on gender differences*. NTNU 2010:144

Mæland, John Gunnar (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis* 2.utgave 2005, 3.opplag 2007. Universitetsforlaget AS

Nordre Land Kommune (2009) *Om kommunen*. URL: <http://www.nordre-land.kommune.no/index.php?id=535710> [03.05.11]

* Skaar, Ragnhild, Marthe Fensli og Ulrika Söderhamn (2010) *Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt- En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge.* ++++++

Sosial og helsedirektoratet (2007) *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen.*

URL: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/304657-kosthold.pdf>

[29.03.11]

Sosial og helsedirektoratet (2004) *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene: veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.* IS-1201.

Oslo: Sosial og helsedirektoratet

* Statistisk Sentralbyrå (2005) *Pleie og omsorgstjenester – Flere eldre mottar*

hjemmesykepleie. URL: [http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-](http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-09-27-01.html)

[2005-09-27-01.html](http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200504/05/art-2005-09-27-01.html) [21.04.11]

* Statistisk Sentralbyrå (2010) *Statistisk årbok 2010.*

URL: <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-137.html> [30.03.2011]

* VG (2011) *Eldre bør trene mer styrke- her er øvelsene.*

URL: <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10092020> [10.04.11]