

Forebyggende hjemmebesøk - eldres opplevelser



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Diana Gramstad

Veileder: Karina Aase, Professor

01.06.2018

Forord

Jeg vil gjerne takke alle medstudenter på studiet. Uten samholdet i og utenfor skolen, hadde jeg ikke klart å holde motivasjonen oppe. Og takk til alle flinke og kunnskapsrike lærere, som har gjort dagene på skolen noe å glede seg til.

Tusen takk til helsepersonellet i forbyggende hjemmebesøk som bidro med rekrutteringen. Og en stor tusen takk til alle syv informantene som tok seg tid til å møte meg, som åpnet sitt hjem for meg og som delte sine opplevelser med meg.

Så vil jeg takke min kjære mamma, for at tok deg tid til å lese igjennom side for side og se det jeg ikke så.

Tusen takk til min veileder Karina Aase, for konstruktiv og systematisk veiledning!

Og sist, takk til min kjære mann, Tom. Det har ikke alltid vært like lett, men med din støtte til å stå på og holde ut så klarte jeg det!

Tusen takk!

Diana

Sammendrag

Bakgrunn: Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 fikk kommunene mer ansvar, blant annet ved å jobbe forebyggende. Tilbudet forebyggende hjemmebesøk er en samtale mellom helsepersonell og eldre om fysisk aktivitet, kosthold og andre områder som er aktuelle for den enkelte. Hjemmebesøkene skal bidra til at flest mulig eldre kan bo hjemme lengst mulig.

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke eldre sine opplevelser av informasjonen som blir gitt under forebyggende hjemmebesøk og om informasjonen var tilstrekkelig for å dekke deres behov.

Metode: I studien ble det anvendt kvalitativ metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Den inkluderte fem semistrukturerte intervjuer med syv eldre over 80 år. Informantene var to ektefeller, to enker og en enslig. Intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Resultatene i studien viste at den konkrete informasjonen knyttet til blant annet fysisk aktivitet og kosthold var tydelig og ble lett forstått og husket av 80-åringene. Informasjon som var mer abstrakt og lite konkret, som kommunenes tjenester, var vanskeligere å forholde seg til. De eldre uttrykte behov for endringer innen to områder, et for den enkelte eldre (detaljert fremgangsmåte ved behov for helse- og omsorgstjenester) og et for større grupper (informasjonsforedrag for borettslag).

Konklusjon: Studien konkluderer med at 80-åringene vurderer informasjonen som blir gitt i forebyggende hjemmebesøk som tilfredsstillende. På tross av at de selv mener de har fått god informasjon, var det likevel fremtredende at de eldre ikke husket mye av informasjonen fra besøkene. Det bør derfor tilbys hyppigere besøk eller andre former for informasjonsarbeid og/eller forebyggende arbeid for å bidra til kommunens målsetning om at eldre kan bo hjemme lengst mulig.

Nøkkelord: *forebyggende hjemmebesøk, eldre, informasjon*

Summary

Background: Following the Coordination Reform (2012), municipalities received more responsibility for working preventively. Preventive Home Visit is a conversation between healthcare professionals and elderly about physical activity, diet and other areas that are relevant for the individual. Preventive Home Visits aim at making elderly people live at home as long as possible.

Purpose: The purpose of this study was to examine older people's experiences with the information provided in Preventive Home Visits and whether the information was sufficient to meet their needs.

Methods: The study applied a qualitative method with a phenomenological hermeneutical approach. It included five semi-structured interviews with seven older people over 80 years. The informants were two couples, two widows and one single. The interviews were analyzed using systematic text condensation.

Result: The results of the study documented that specific information related to physical activity and diet was perceived as clear and easily understandable and was remembered by the 80-year-olds. Information that was more abstract and less concrete, as available municipal services, was more difficult to relate to. The elderly expressed the need for changes in two areas, one for the individual elderly (detailed procedure when need for health and care services) and one for larger groups of elderly (information lecture for cooperatives).

Conclusion: The study concludes that the 80-year-olds value the information provided during Preventive Home Visits as satisfactorily. Despite the fact that they assess the information as good it was nevertheless prominent that the elderly could not remember much of the information given during the visits. Therefore, more frequent visits or other forms of information work and / or preventive work should be offered to contribute to the municipality's goal of older people living at home as long as possible.

Keywords: *preventive home visits, elderly, information*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn.....	8
1.2 Studiens hensikt	11
1.3 Problemstilling.....	11
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	12
2.1 Tidligere forskning	12
2.2 Informasjon og kommunikasjon	15
2.3 Eldres kognisjon	18
3.0 METODE.....	22
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	22
3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted	22
3.3 Forforståelse.....	22
3.4 Innsamling av data	23
3.4.1 Intervju	23
3.4.2 Intervjuguide.....	23
3.4.3 Rekruttering.....	24
3.4.4 Utvalget	24
3.4.5 Gjennomføring av intervju er.....	26
3.5 Transkribering.....	26
3.6 Analyse	27
3.7 Studiens troverdighet og overførbarhet	29
3.8 Ethiske overveielser	30
3.9 Metodekritikk.....	31
5.0 RESULTATER	33
5.1 Informasjon gitt i FHB.....	33
5.2 Tjenestebehov	36
5.2.1 Behovet for hjelp.....	36
5.2.2 Familiens betydning	37
5.2.3 Tjenester fra kommunen	38
5.3 Konkret informasjon	39
5.3.1 Sikkerhet i hjemmet.....	40
5.3.2 Fysisk aktivitet.....	41
5.3.3 Kosthold.....	42
5.4 Informasjonens påvirkning	44

5.4.1 Hjemmebesøket.....	44
5.4.2 Å bli eldre	45
5.4.3 Fremtidsbehov	47
6.0 DISKUSJON.....	49
6.1 Informasjonselementer.....	49
6.2 Forståelsen av informasjonen	50
6.3 Informasjonens påvirkning	52
7.0 KONKLUSJON	54
7.1 Svar på forskningsspørsmål	54
7.2 Implikasjoner for praksis	55
7.3 Videre forskning	55
LITTERATURLISTE	56

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

1.0 INNLEDNING

Norges befolkning har stadig blitt eldre som følge av økt velstand og bedre helse, og andelen eldre mennesker øker, og den vil fortsette å stige (Heap, 2012; Romøren, 2005). For å møte den demografiske utviklingen har det blitt nødvendig med forebyggende helsearbeid for eldre, der forebyggende hjemmebesøk er et av tiltakene som kommunene iverksetter. Besøket legger mer vekt på helsefremming enn tidligere, for å redusere innleggelse på sykehjem og minske dødelighetene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2011; Sjøbø, 2014; Vik, 2015). Forebyggende hjemmebesøk skal bidra til at eldre kan bo hjemme lengst mulig, og dermed utsette behovet for helse- og omsorgstjenester (Skumsnes, Sønnøve, Alsvåg & Førland, 2015; Vik, 2015).

Forebyggende hjemmebesøk, som videre vil bli omtalt som FHB, er et helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til 80-åringene (i den aktuelle kommunen i denne studien), som bor hjemme uten helsetjenester. Besøket er et gratis tilbud til alle innbyggere som fyller 80 år i løpet av året hvor hensikten er å etablere en motiverende samtale som tar utgangspunkt i den eldre hverdag og ønsker for fremtiden (Vik, 2015). Samtalen kan omhandle fysisk aktivitet, kosthold og fallforebygging. Det blir også gitt informasjon om kommunens tjenester og hvor en kan henvende seg om en skulle få behov for det (Skumsnes et al., 2015).

I Norge begynte FHB i noen få norske kommuner allerede på 1980-tallet. Samtidig ble det også startet "helsestasjoner for eldre", som et alternativ eller som en tilleggstjeneste (Førland & Skumsnes, 2017). I 2003 var det 8 % av kommunene i Norge som hadde FHB som et kommunalt tilbud til eldre, mens det i 2012/13 var 25 % av kommunene som hadde tilbudet, ifølge en nasjonal kartlegging. 40% av kommunene som ikke hadde FHB, planla oppstart (Skumsnes et al., 2015).

I Danmark ble FHB etablert etter på eget initiativ, og i 1996 ble det lovpålagt å tilby FHB til alle 75-åringene for å kartlegge fremtidig behov og for å indentifisere eldre som har behov for forebyggende tiltak. Det ble også lovpålagt å tilby FHB til eldre mellom 65 og 79 år, dersom de er i risiko for å få nedsatt sosial, psykisk, eller fysisk funksjonsevne. 80-åringen skal tilbys ett besøk årlig og kommunen kan velge om de ønsker å tilby besøket også til eldre med helse- og omsorgstjenester i fra før. Andre land

som har liknende tilbud til eldre er Australia, Sverige, Tyskland, Nederland, USA, Canada, og Japan (Førland & Skumsnes, 2017).

I det videre vil jeg presentere bakgrunn for denne studien, før det gis en kort beskrivelse av nordiske studier gjort innen forebyggende hjemmebesøk. Til slutt presenteres problemstilling og forskningsspørsmål

1.1 Bakgrunn

Etter Samhandlingsreformen (2012), kom det i 2016 et rundskriv fra Helse og omsorgsdepartementet om hvordan kommunene kan bruke FHB som et tilbud til eldre. Her går det frem at FHB skal fungere som et verktøy i kommunenes forebyggende arbeid slik at flere eldre kan bo i egen bolig lengre og oppleve mestring for å få økt livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I 2017 ga Helsedirektoratet ut en veiledningsmateriale for å stimulere kommunene til etablering og gjennomføring av FHB. Veilederen for etablering gir råd om kartlegging av tilbud og behov, forankring og organisering, utvelgelse av målgruppe, kompetansebehov, kontakt med andre aktører, informasjon om tilbudet og etablering. Veilederen for gjennomføringen legger vekt på hvordan kommunen kan invitere, forberede og gjennomføre besøket, temaer det kan snakkes om, journalføring og dokumentasjon i etterkant av besøket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

I den nye Stortingsmeldingen fra Helse- og omsorgsdepartementet har regjeringen valgt å lansere reformen "Leve Hele Livet" (2018). Reformen tar for seg fem satsningsområder i eldreomsorgen;

1. Et aldersvennlig Norge
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltider
4. Helsehjelp
5. Sammenheng i tjenestene

Til sammen har de kommet frem til 25 løsninger som er utprøvd og som man vet fungerer. Reformen skal ta sikte på å gi eldre muligheten til å mestre eget liv der de bor, hele livet. FHB er et av tiltakene som skal bidra til å forebygge det økende hjelpebehovet. Regjeringen mener FHB ikke bare må tilbys når den eldre har nådd en viss alder, men

også ved alvorlige hendelser, ved tap av ektefelle, ved utskrivning av sykehus og ved nye kroniske diagnoser (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementet mener videre at FHB er et verktøy som kan bidra til at flere kan leve lengre i egen bolig og oppleve økt livskvalitet med større mestring av egen hverdag. Formålet med FHB er å hente frem den enkeltes ressurser, tilrettelegge omgivelser, styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. FHB kan bidra til gode levevaner som kan bidra til en mer aktiv hverdag og opprettholde helse og funksjonsevne (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016, 2018).

FHB kan defineres på følgende måte:

”Oppsøkende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har(eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltagelse” (Førland & Skumsnes, 2017).

Den aktuelle aldersgruppen blir kontaktet via brev med fastsatt tidspunkt og dato for besøket. Kommunen ringer ca. en uke før for å bekrefte tidspunkt dersom den eldre ikke har svart. FHB gjennomføres av kvalifisert helsepersonell (sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut). Kommunens representant presenterer seg og forklarer hensikten med besøket. Deretter går en igjennom brosjyrer, alt etter hvilken modell for gjennomføringen og informasjon kommunen har valgt. Det snakkes om forskjellige temaer blant annet brannsikkerhet, kosthold og fysisk aktivitet (Førland & Skumsnes, 2017).

Tilbudet om FHB finnes i mange forskjellige land, som blant annet Danmark og Sverige, og modellene er ulike og forandrer seg gjennom årene. Fellestrekkene for de alle er at målsetningen skal være å opprettholde funksjonen og bevare helsen til de eldre. Målet er å utsette behovet for offentlige helse- og pleietjenester, enten hjemme eller på institusjoner. De nordiske modellene har lagt mest vekt på samtaler om helse, fysisk- og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester (Skumsnes et al., 2015).

Skumsnes et al. (2015) har beskrevet fire ulike profiler og modeller for FHB som viser hvordan besøkene kan forløpe. Modellene kan brukes for å styre temaene i besøket og hvilken informasjon som er aktuell å gi.

Profiler og modeller for forebyggende hjemmebesøk:

- a) Forebyggende besøk for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov;** her vil metodene dreie seg om screening og ulike tester, feks.: blodtrykk, blodsukker, lungekapasitet, ernæringsstatus, bevegelse, balanse, ADL- funksjon, demensscreening,
- b) Forebyggende besøk for å forebygge skader og ulykker;** her legges det vekt på fallforebygging og brannsikkerhet. En går igjennom brosjyrer fra brannetaten om anbefalt utstyr og en undersøker tilstanden til utstyret i hjemmet, røykvarslere, brannslukningsutstyr etc. Innen fallforebygging vil oppfordring til fysisk aktivitet for å styrke muskulatur og trene balansen være i fokus. En ser også på indre risikofaktorer(fysisk funksjon, medikamentbruk, syn, ernæringsstatus) og ytre risikofaktorer(snublefeller, belysning).
- c) Forebyggende besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester,** hvor det legges vekt på tips og gode råd om fysisk aktivitet, kosthold og å opprettholde sosial kontakt. Informasjon om kommunale tjenester og informasjon om hjelpemidler og velferdsteknologi tas ofte opp. Det gis også råd om hvordan en kan legge til rette i boligen slik at en kan møte utfordringer som kan komme i eldre år.
- d) Forebyggende besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale,** hvor ”den gode” samtalen er i fokus. Samtalen har en (salutogen) tankegang, hvor en fokuserer på det positive og på den enkeltes styrke og ressurser.

De fleste kommunene praktiserer FHB ved å tilby elementer fra alle de nevnte modellene. I den aktuelle kommunen i denne studien har de ikke som fokus å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov ved tester og ulike screeninger, men de henviser brukeren videre dersom helsepersonellet ser behovet for det.

Førland & Skumsnes (2017) konkluderer med syv punkter hvor det mangler forskning rundt FHB. Blant annet er det behov for forskning på hvilke modeller og profiler på besøket som har best helseeffekt og samfunnsøkonomisk effekt, og det trengs mer forskning på hvilken betydning kompetansen for de som gjennomfører hjemmebesøket har for resultatene i besøkene. Førland og Skumsnes (2017) mener det er nødvendig

med mer forskning på hvilke elementer i FHB som er særlig virksomme og betydningsfulle for ulike grupper. Et av elementene kan være informasjonen som blir gitt under besøket. Det denne studien skal undersøke er derfor hvordan eldre opplever informasjon som blir tatt opp under hjemmebesøkene.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke informasjonen som blir gitt under forebyggende hjemmebesøk i en kommune. Studien ønsker å se om de eldre er tilfredse med informasjonen som blir gitt, om det er mangler i informasjonen, eller om det er forhold som kan forbedres. Forskningsresultater i denne studien, kan ha relevans for utøvelsen av FHB i den aktuelle kommunen, samt andre kommuner som har dette tilbudet, og på den måten bidra til økt kvalitet i tjenesten.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av tidligere forskning har jeg valgt følgende problemstilling;

Hvordan opplever eldre på 80 år informasjonen som blir gitt under forebyggende hjemmebesøk og hva bidrar informasjonen til for de eldre?

Forskningsspørsmål:

- Hvilken informasjon blir gitt under FHB?
- Hvordan forstår eldre informasjonen som blir gitt i FHB?
- Hvordan påvirker informasjonen eldres hverdagsrutiner?

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

FHB er i hovedsak en samtale mellom helsepersonell og bruker. Informasjonen som blir gitt under besøkene har som hensikt å skulle kunne bidra til at den eldre kan bo hjemme lengst mulig (Førland & Skumsnes, 2017). Kommunikasjonen mellom helsepersonell og brukeren er avgjørende for hvor mye av informasjonen som blir husket og hvordan det påvirker 80-åringene. Graden av kognitiv svikt hos eldre er varierende og veldig individuell og trenger ikke være aldersbetinget (Bondevik, 2009). I dette kapittelet vil teori innen informasjon og kommunikasjon presenteres, samt Eldres kognisjon. Først om tidligere forskning som er gjort på området FHB.

2.1 Tidligere forskning

Litteratursøk ble gjort i databasene Cinahl, Medline, Helsebiblioteket, Idunn.no, Pubmed og Google Scholar. Søkeord som ”forebyggende hjemmebesøk”, ”eldre”, ”informasjon”, ”kommunikasjon”, ”preventive home visits”, ”elderly”, ”information” og ”communication” ble brukt i forskjellige kombinasjoner i de ulike databasene. Tidligere forskning er hovedsakelig basert på nordiske studier som er gjort i løpet av de siste 10 årene rundt temaet FHB.

Sjøbø (2014) gjorde en studie der de Eldres erfaring og betydning med FHB ble undersøkt i form av semistrukturerte intervjuer. Studien antyder at de eldre ikke forsto hensikten med besøket, men også at de eldre syntes besøkene var en positiv opplevelse. De eldre følte FHB var mest nyttig for kommunen, og det ble konkludert med at besøkene kunne avdekke tidlig funksjonssvikt (Sjøbø, 2014).

I Heggelund (2012) sin masteravhandling ble det gjort intervju med ti eldre om Eldres erfaringer med førstegangs hjemmebesøk. Studien konkluderte med at de eldre hadde uklare forventninger til besøket, men at de ikke hadde behov for besøket og at de syntes det var betryggende å ha et sted å henvende seg til i kommunen. Noen mente besøket hadde som hensikt å kartlegge Eldres helsetilstand i kommunen.

I en annen kvalitativ studie gjort av Smedt (2011) var fokuset også på hvordan de eldre opplevde FHB, men her var fokuset også på hvordan de eldre *forsto* tilbudet, hvordan de *håndterte* informasjonen som ble gitt under hjemmebesøket og om livet opplevdes som *meningsfullt* i nåtid og framtid og hva FHB hadde å si for deres helse.

Konklusjonen var at ressurssterke seniorer også hadde behov for FHB. Dette er en studie som hadde flere elementer i seg, men som ikke sier noe om utfallet av besøkene, selv om noe av fokuset var å se på hva FHB hadde å si for deres helse (Smedt, 2011).

Tøien med flere har gjort to studier med kvalitativ tilnærming av FHB. I den første studien har de sett på hvordan eldre forstår hensikten med FHB, etter et besøk. De konkluderte med at de eldre hadde vanskelig for å forstå hensikten med besøket og forsto ikke hva helsefremming og forebygging var. Allikevel opplevdes besøket som positivt, og de eldre syntes det var trygt å få en kontaktperson i kommunen (Tøien, Heggelund & Fagerström, 2014).

I den andre studien handler det om hva eldre mener er fordelene med hjemmebesøkene på lang sikt. Det ble gjort intervjuer av ti eldre som hadde fått flere besøk over en periode på seks til åtte år. Det ble konkludert med fire kategorier som viste fordelene ved besøkene;

- de eldre opplevde at besøkene bidro til å skape trygghet for dem ved at de fikk en kontaktperson i kommunen de kunne henvende seg til dersom de skulle trenge det
- besøkene bidro til mestring i hverdagslivet, ved at de fikk råd om hvordan de kunne fortsette med dagligdagse gjøremål ved å ta i bruk hjelpemidler, påminning om å holde seg aktive og tips om hvordan forebygge fall
- besøkene bidro til følelsen av å ha det bra ved at de bidro til at de eldre fikk hjelp til å gjenoppta kontakt med familie og venner
- å føle seg som noen, der noen opplevde at de fikk hjelp til å opprettholde sosial kontakt og aktiviteter (Tøien, Bjørk & Fagerström, 2015).

De fant også to utfordringer; det å leve med en underliggende bekymring om en usikker fremtid og det å streve med å forbli som en egen person. Studien fokuserte på den eldres erfaring ved å få FHB over en lengre periode (Tøien et al., 2015).

Ålesund kommune er den kommunen som har lengst erfaring med FHB, og som har hatt tjenesten siden 2001. Skovdahl, Blindheim og Alnes (2015) publiserte en fagartikkel som blant annet inneholder resultat fra individuelle intervju med 30 eldre som har fått slike besøk de siste årene, samt et fokusgruppeintervju med fagpersoner og

ledere om deres erfaringer fra FHB. Hensikten med denne studien var å peke på utfordringer tjenesten FHB står overfor. Resultatene ble at de eldre opplevde besøkene som en trygghet selv om de er friske, og de mente det var en god måte å få informasjon fra kommunen på. Samtidig opplevdes besøkene nyttige for å styrke eldre sine egne ressurser og evne til å ta vare på sin helse. Videre fremhever studien at det krever spesialkompetanse av de som gjennomfører hjemmebesøkene, spesielt når det gjelder kunnskap om aldring og aldersforandringer. De som gjennomfører besøkene må også ha en evne til å styrke den Eldres tro på egen mestring (Skovdahl, Blindheim & Alnes, 2015).

Førland og Skumsnes (2017) har utarbeidet en litteraturgjennomgang av forskning som finnes på temaet FHB, og blant annet sett effekten av hjemmebesøkene. Forskingen er både av nordiske og internasjonale studier. De har tatt for seg 89 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeidet og offentlige dokumenter om emnet FHB. De har delt inn forskning på FHB i åtte undertemaer:

- effekt på personens erfaringer med hjemmebesøkene (mest norske studier)
- effekt på funksjon, dagliglivets aktiviteter og helsetilstand
- effekt på sykehusinnleggelses og behov for sykehjem
- effekt på egenopplevd helse og livskvalitet
- effekt på fall
- effekt på tidspunktet for død
- effekt på offentlige kostnader
- effekt på eldre sine ressurser og egen evne til å møte utfordringer i alderdom

De fleste effektstudiene undersøkte hjemmebesøksmodellene med screening av risikofaktorer, sykdom, funksjon og avdekking av hjelpebehov. De viste god effekt på helse, funksjon og forbruk av helsetjenester sammenliknet med de som ikke fikk FHB, men de kan ikke konkludere med at besøkene gir bedre effekt enn å ikke få FHB når de oppsummerer systematiske studier. I og med at FHB praktiseres ulikt fra land til land og kommunene til kommune, er det et komplisert tiltak. Derfor blir det vanskelig å sammenlikne effekter (Førland & Skumsnes, 2017). Førland og Skumsnes (2017) utelukker allikevel ikke at FHB gir en positiv helseeffekt.

I motsetning til utenlandsk forskning, hadde de nordiske modellene en annen profil for fokuset i FHB. Det var vanligere med helsefremmende og ressursorientert fokus på samtalen, hvor en forsøkte å fokusere på de eldre sine ressurser og mestring for å kunne møte utfordringer i alderdom på best mulig måte. Det er ikke funnet noe effektforskning på slike modeller (Førland & Skumsnes, 2017).

Tidligere forskning har sett på erfaringer med og betydningen av FHB, og erfaringer med førstegangs hjemmebesøk samt sett det i lys av Antonovskys salutogenese teori. Det har blitt undersøkt hva eldre tenker er hensikten med besøket etter et besøk og sett på hvilke fordeler eldre tenker FHB har på lang sikt. En har også sett på hvilke utfordringer tjenesten FHB står overfor, med perspektiver fra både brukere og utøvere. Systematiske effektstudier har ikke vist klare resultater, og det er ikke funnet effektforskning på de nordiske modellene i FHB.

2.2 Informasjon og kommunikasjon

En viktig del av denne studien er å vurdere hva som anses som ”viktig” informasjon ut i fra brukerens perspektiv. Informasjon kan sees på som riktig eller korrekt kunnskap som kan være med på å tilføre kunnskap som er realistisk. Å informere innebærer å skape, forme og tilpasse, og det kan også defineres som undervisning eller opplysning (Selmer, 1997). Informasjon er ofte saksorientert og har en hensikt som skal gi brukeren en oversikt og krever mindre interaksjon og diskusjon med brukeren, men kan også forstås som formidling av kunnskap om sentrale forhold som omhandler brukeren eller pasienten. Informasjon kan enten være planlagt eller spontan (Granum, 2003).

Mølstad (2004) mener informasjon kan bety å opplyse eller formidle og at det kan beskrives som enveis-kommunikasjon; fra sender til mottaker. Vifladt og Hopen (2004) mener informasjon er å gi mening eller legger den til grunn for å skape mening. De definerer informasjon slik; *”Informasjon er ikke det som er sagt, men det som er oppfattet”* (Vifladt & Hopen, 2004, s. 103). Granum (2003) mener informasjon handler om et rutinemessig budskap, og ser en sammenheng med informasjon og undervisning. På bakgrunn av dette er det ikke tilstrekkelig å forholde seg utelukkende til informasjon når vi vet FHB er en motiverende samtale mellom bruker og helsepersonell (Skumsnes et al., 2015), vi må også se på kommunikasjon som foregår.

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet ”communicare” og betyr å gjøre noe felles (Hjort, 2010). Bang og Rød (2003) mener informasjon er en prosess uten interaksjon mellom sender og mottaker, og at informasjon er en enveis flyt fra en part til en annen der senderen koder inn og mottakeren avkoder. Kommunikasjon derimot er en toveis handling, der det reflekteres en interaksjon mellom leddene, en dialog mellom to parter. Kommunikasjon er altså en dialog mellom en avsender og en mottaker (Hjort, 2010; Mølsted, 2004). (Heap, 2012) mener kommunikasjon er en bro ut av den enes isolasjon over til den andres isolasjon, og at kommunikasjon derfor er forutsetningen for felleskap så vel som for forståelse. Kommunikasjon skjer i samspill mellom mennesker, der samtalen justeres gjensidig og ut ifra det utvikles det en dialog (Nygaard, 2006). Kommunikasjon er i denne studien et verktøy for at informasjonen som blir gitt (helsepersonell med ansvar for FHB) også blir oppfattet og forstått (brukeren).

Informasjon skal bidra til å bygge bro mellom makt (FHB) og avmakt (brukeren). Den skal øke brukerens maktgrunnlag og gi brukeren rett til økt kontroll over egne betingelser. Informasjon vil gi brukeren muligheten til å kunne velge mellom alternativer, for eksempel hvilke øvelser som styrker benmuskler eller hvilken aktivitet som passer best til brukerens dagligliv (Selmer, 1997).

Hjort (2010) mener det er tre betingelser for hvordan kommunikasjonen mellom helsepersonell og brukere kan bygge opp et godt forhold for å bygge bro mellom to parter:

1. Bygge opp relasjonen: Møt hverandre og sørg for at den andre føler seg møtt.
2. Skape tillit: Være til å stole på.
3. Kommunisere: Skape noe sammen

Noe av det viktigste med å kommunisere med eldre er å bygge bro mellom det den eldre snakker om, og det helsepersonellet snakker om. Helsepersonellet kan ha fokus på det rasjonelle og objektive, mens brukeren kan ha behov for informasjon som tar hensyn til det subjektive og følelsespregede hos hver enkelt (Hjort, 2010). Videre mener Hjort (2010) at en må tilpasse kommunikasjonen til hvert enkel person og situasjon, og at en ikke kan bruke samme mal for alle.

Hver enkelt bruker er et unikt individ og for at hjelpen som gis skal brukes konstruktivt, bør kontaktforholdet med brukeren være preget av individualisering. Informasjonen til brukeren må ikke bare være viktig og meningsfull, men må også være tilpasset den enkelte slik at brukeren kan føle seg erkjent som et unikt individ. Informasjonen må tilpasses hver enkelt individ ut ifra brukerens livssituasjon og erfaringer, hans eller hennes personlighet, mestringsmåter og væremåte, og viktigs av alt - med hans/hennes opplevelse av å bli hjulpet (Heap, 2012; Hjort-Hansen, 2001).

Heap (2012) sier vi må erkjenne at brukere opplever like problemer ulikt og at det har en sammenheng med menneskers ulike verdiprioriteringer, varierende ressurser og ulike mestringssevner og -måter. Han skriver at helsepersonell bør gjenspeile brukerens behov for informasjon ut i fra brukernes ulike ressurser og evner til egenomsorg, som kan være en vanskelig vurderingsoppgave for helsepersonell.

For å bygge opp en relasjon, kan det å stille spørsmål samtidig som vi har øyekontakt gjøre sannsynligheten større for å få et svar enda, enn om vi skulle unngå øyekontakt. For å fremme samtale er øyekontakt og helsepersonellens initiativ til å prate, en invitasjon til kommunikasjon (Heap, 2012). Heap (2012) mener vi som helsepersonell må stimulere til samtale før vi kan avskrive den eldre fra å kunne kommunisere med oss. Han viser til forskning som tyder på at stimuli (lysmengde, kontakt med andre mennesker) og kommunikasjon er godt for Eldres psykiske helse og sosiale funksjon. Forandringer i sansene som syn og hørsel hos eldre, er noe som vi som helsepersonell må ta hensyn til å kommunisere med eldre. Det er vår oppgave som helsepersonell å sørge for at den vi snakker med ser og hører oss så godt som mulig (Heap, 2012) .

For å sikre god kommunikasjon må vi sørge for at den vi snakker med ser oss best mulig, er det viktig å sette seg i riktig forhold til lys, ved at vi ikke setter oss i vinduet eller i sollyset. Dersom den eldre bruker briller, kan praktisk hjelp som å pusse de, før samtalen, være til hjelp for at den eldre ser oss bedre. For å sikre at den eldre med redusert hørsel, eller høreapparat, hører oss best mulig foreslår Heap (2012) at helsepersonell må artikulere konsonantene (som er høyfrekvenslyder), holde hender vekk i fra munnen, snakke dypere og saktere. Dersom noe må gjentas, bør vi si det

samme på en annen måte den andre gangen. Vi må også unngå fremmedord, da munnnavlesning forutsetter at ordene er kjente (Heap, 2012).

At ting tar lengre tid hører med i aldringsprosessen, som reaksjonstid, mestring av ukjente oppgaver og praktiske gjøremål. Derfor må vi også ta hensyn til tempoet vi prater i når vi kommuniserer med eldre for å ikke overlesse Eldres mottakerapparat. Eldre menneskers evne til persepsjon blir redusert når de får for mange ting å forholde seg til på samme tid (Heap, 2012).

2.3 Eldres kognisjon

Gerontologi handler om alle sider ved aldring og eldre menneskers liv. Aldring er en kompleks prosess med biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle påvirkninger (Daatland & Solem, 2011). For å forstå 80-åringene bedre vil teori om hvordan det kognitive forandres med årene gi en bedre forståelse av hvordan eldre best kan ta til seg informasjon som en læringsprosess.

En av utfordringene ved å bli eldre, er hvordan en må tilpasse seg den kroppslige aldringen. Mange eldre opplever at kroppen forandres og bremser utviklingen, mens tanken, modenheten, visdommen og intellektet utvikles videre (Bondevik, 2009). Sinnet som styres av hjernen påvirkes av aldersforandringene. Dette fører til at eldre er langsommere i tenkningen og bruker lengre tid på ting. Eldre kan bli kognitivt svekket, på en normal og godartet måte ved at de blir mer glemsomme, og spesielt for navn, men de er ikke sløve (Daatland & Solem, 2011; Hjort, 2010). Personligheten forblir den samme, men på grunn av mindre ”ork” til å ta initiativ kan det føre til at de blir deprimerte. Det sosiale rundt eldre forandrer seg ved at de slutter å jobbe, venner og familie dør rundt dem og mange blir ensomme. Sansning og persepsjon gjør det vanskelig å følge med i sosiale sammenhenger og å gjøre seg orientert om alle detaljene i omgivelsene på samme måte som før (Daatland & Solem, 2011; Hjort, 2010). Hjort (2010) mener eldre ikke blir syke av aldersforandringer, men av reservene som minsker og at sårbarheten øker ved høyere alder.

Flere eldre lider av kognitiv svikt, svikt i intellektuelle prosesser som sanser, tankevirksomhet, hukommelse eller læringsprosesser. Når kognitiv svikt skjer ved høy

alder, er det lett å avskrive personen som en ikke-interessert samfunnsdeltager (Elster, 2001).

Glemsomhet kan anses som kognitiv svikt, og er det de fleste forbinder med psykologisk aldring. Allerede i 50-årsalderen syntes flertallet det er vanskelig å huske navn. Glemsomhet er allikevel lite dramatisk ved normal aldring. Hukommelsen er en følsom mekanisme som kan forstyrres av både aldersforandringer og av ugunstige situasjoner. Dermed kan hukommelsen også forbedres under gunstige betingelser (Daatland & Solem, 2011). Ved normal aldring svekkes hukommelsen i et begrenset omfang, ofte ikke før etter at en har passert 75-80 år. Allikevel finnes det 90 åringer som husker bedre enn 20-30 åringer, så variasjonen er stor og individuell (Daatland & Solem, 2011).

Hukommelse og glemsel henger nært sammen med læring, slik at for å huske noe, må kunnskapen først ha vært lært og registrert. Så må kunnskapen ”oppbevares” til den skal hentes fram og brukes på et senere tidspunkt. I en vanlig modell for informasjonsprosessering er det ulike systemer som ivaretar oppbevaringen, en for korttidshukommelse (KTH) og en for langtidshukommelse (LTH). Læring er prosessen fra en sansepåvirkning starter og frem til stoffet er godt forvart i LTH (Daatland & Solem, 2011).

Arbeidshukommelsen kan sammenliknes med datamaskinens område for oppbevaring og lagring av informasjon. Dersom en skal kunne huske stoffet mer enn noen minutter må det overføres til LTH, der det i prinsippet er ubegrenset med lagringskapasitet. Det er her minner oppbevares hele livet. Dermed er det ikke sikkert en vil hente fram minner slik de var, og at en vil kunne huske feil, at for eksempel at en blir usikker på om det var en politibil eller en brannbil en så eller hørte (Daatland & Solem, 2011).

Hukommelse er en betegnelse for evnen til å lagre og gjeninnhente informasjon, via flere prosesser i hjernen. Området i fremre del av hjernen er viktig for det som kalles arbeidshukommelsen. En konsekvens ved forandringer i arbeidshukommelsen som følge av økende alder, er opplevelsen av ”å bli glemsk”. Ved økende alder kan arbeidshukommelsen ha mindre kapasitet til å gjøre flere ting samtidig. For den eldre vil det føre til at det kan bli mer anstrengende å tilpasse seg nye situasjoner og lære seg nye

ting. Det kreves en aktiv holdning for å kompensere ved slike prosesser (Bondevik, 2009; Nygaard, 2006).

Hukommelsestap som følge av økende alder fører med seg noe redusert kapasitet når det gjelder reaksjons- og hukommelsesevne, men ikke når det gjelder språkfunksjon og tilgang på livserfaring. En kan derfor mistenke mental svikt dersom hukommelsestap og orienteringsevne går ut over evnen til å klare seg i det daglige livet (Dahl, 2005).

Forandringene som skjer i en aldringsprosess som blant annet påvirker lærings- og lagringsevne, er som regel av beskjeden karakter. Ut fra hvilke mentale forandringer og aldersforskjell, med store individuelle forskjeller, kan en se tilbakegang og fremgang i ulike aldersgrupper. Prestasjoner som krever språkferdigheter holder seg gjennomgående stabile med økende alder. Oppgaver med faste løsningsfremgangsmåter viser seg også å være noe som holder seg stabilt ved økende alder, og hos enkelte en viss forbedring. Dette viser at de oppgavene vi har lært å mestre, har en tendens til å vare ved. Til motsetning vil tester hvor forskjellige fremgangsmåter og løsninger er riktige, stort sett mestres noe dårligere ved økende alder. Som eldre vil vi tape smidighet og fleksibilitet med hensyn til å forholde oss til nye ting. Den største forskjellen mellom yngres og Eldres oppgave- og problemløsning er tempo. Eldre trenger mer tid, både ved praktiske og mentale oppgaveløsninger, men til gjengjeld har de færre feil (Bondevik, 2009; Heap, 2012; Nygaard, 2006).

Forskning viser små aldersforskjeller i det sensoriske registeret, selv om visuelle etterbilder blir hengene igjen noen millisekunder lengere hos eldre. Derfor har eldre vanskeligere for å oppfatte svært raske skiftninger i stimulusbildet slik at mengden av registrert informasjon i slike tilfeller blir mindre (Daatland & Solem, 2011). Det ser ut som eldre også kan ha problemer med å overse og å hemme forstyrrelser som kan ødelegge for konsentrasjonen. De har derfor mindre arbeidshukommelse igjen for å kunne sørge for sikker lagring av relevant informasjon, slik at det kan overføres til LTH. Overføringsprosessen krever energi, oppmerksomhet og konsentrasjon som er avhengig av fysiologiske (blod til hjernen) og psykologiske prosesser (motivasjon, interesse) (Daatland & Solem, 2011).

Hukommelse skilles ikke fra kunnskap. Det vil si at vi kan anta at vi husker våre kunnskaper så vel som våre personlige opplevde historier. På den ene siden av hukommelse har vi det vi vet (kan) og det vi husker. Det vi vet kan vi begrunne med at det er som det er fordi vi vet det eller fordi vi husker at det er sånn (Helstrup, 2005).

3.0 METODE

I dette kapitlet vil jeg presentere hvorfor og hvordan kvalitativ metode ble brukt i denne studien. Først vil jeg ta for meg bakgrunnen for valg av metode, for så å synliggjøre forforståelsen og studiens vitenskapelige ståsted. Jeg vil så beskrive prosessen i FHB i den aktuelle kommunen, gå igjennom prosessene med rekruttering, innsamling av data, transkribering og analyse. Deretter tar jeg for meg studiens troverdighet og overførbarhet, før forskningsetiske problemstillinger blir lagt fram. Til slutt tar jeg for meg metodekritikk til denne studien.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Ut ifra studiens problemstilling med fokus på eldres opplevelse av informasjonen i FHB, har jeg valgt en kvalitativ tilnærming, som bygger på teorier om menneskelig erfaringer(fenomenologi) og tolkning(hermeneutikk) (Malterud, 2017). Kvalitativ metode egner seg best når en ønsker å avklare hva som ligger i et begrep eller fenomen og der målet er forståelse snarere enn forklaring. Kvalitativ metode vil være med på å få fram hvordan de eldre opplever informasjon under hjemmebesøket som tjenesten tilbyr (Jacobsen, 2015a; Malterud, 2017). Metoden vil også bidra til å kunne få fram subjektive erfaringer samtidig som vi får vite mer om menneskelige egenskaper i form av opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Studiens vitenskapelige forankring er fenomenologisk, da hensikten er å få de eldres subjektive opplevelse av informasjonen som blir gitt i FHB. Fenomenologien søker å oppnå en dypere mening i enkeltpersonens erfaringer, og prøver å forstå fenomener, som i denne studien er FHB, på grunnlag av perspektivene til de personene vi studerer for å kunne beskrive omverdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2016).

3.3 Forforståelse

Forforståelsen er den kunnskapen om fenomenet som skal undersøkes jeg som forsker bringer med meg inn i studien, før studien har startet. Det vil påvirke studien på måten jeg samler, leser og tolker dataene på. I bestefall kan forforståelsen min bidra til å gi næring og styrke til studien og i verste fall kan det bidra til at forforståelsen handler om det jeg bærer med meg og ikke det jeg ser langs veien (Malterud, 2017). Jeg er utdannet

sykepleier og har lang erfaring innen hjemmetjenesten og det å arbeide med eldre. Allikevel hadde jeg ingen kjennskap til tjenesten FHB. Jeg leste meg derfor opp på tidligere forskning på dette området og på kommunens hjemmesider om hva tjenesten innebar. Jeg hadde også et par møter med de som foretok besøkene i den aktuelle kommunen for å øke min forståelse av tjenesten. Møtene bidro til at jeg fikk vite generelt hva tjenesten gikk ut på, og hvem det var som foretok besøkene. Jeg ble mer kjent med hva de snakket om under besøkene og fikk et eksemplar av de brosjyrene de går igjennom med brukeren under besøket. Informasjonsskrivet som blir sendt ut fra kommunen fikk jeg også med. Dette bidro til at jeg fikk mer forståelse for hva FHB er, og hvordan de jobber for å informere 80-åringene om viktige temaer som kan bidra til at de kan bo hjemme lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

3.4 Innsamling av data

3.4.1 Intervju

Det finnes flere måter å samle inn kvalitative data på, blant annet ved individuelle intervju, fokusgruppeintervju eller observasjon (Jacobsen, 2015b). Da hensikten med fokusgruppeintervju kan være å få fram fordeler og ulemper ved en tjeneste, felles erfaringer, var ikke det egnet for min studie som fokuserte på eldre sine opplevelser og subjektive meninger (Jacobsen, 2015b; Malterud, 2017). Jeg ønsket å få fram Eldres opplevelser rundt informasjonen i FHB, og på bakgrunn av dette egnet individuelle intervju seg best. Ved individuelle intervju ønsket jeg å få fram informantenes egne holdninger og oppfatninger rundt informasjonen i FHB uten å ta hensyn til den sosiale sammenhengen. Det var også med å på få fram individuelle synspunkter og opplevelser (Jacobsen, 2015b).

3.4.2 Intervjuguide

Jeg ønsket å intervju mine informanter ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide, for best å sikre at vi kom inn på de temaene som var viktige for å belyse problemstillingen (Jacobsen, 2015a). En semistrukturert intervjuguide tillot meg å sette opp temaer og spørsmål som ville dekke problemstillingen, uten at jeg måtte følge rekkefølgen som spørsmålene stod i (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Ved semistrukturert intervju får informanten større frihet til å uttrykke seg, enn det et spørreskjema tillater (Johannessen et al., 2011).

Temaene i intervjuguiden var satt opp ut ifra hva som ble ansett som viktig informasjon i de forskjellige modellene for etablering av FHB i kommunene (Vedlegg 1). Noen av temaene var om funksjonssvikt og hjelpebehov, kosthold, aktivitet og hva de tenkte om å bli eldre. Informantene ble spurt om hva de husket av informasjonen, hvordan de opplevde å snakke om de forskjellige temaene og om informasjonen hadde bidratt til forandringer i hjemmet i etterkant av hjemmebesøket.

3.4.3 Rekruttering

For å rekruttere informanter tok jeg kontakt med helsepersonellet i FHB i den aktuelle kommunen jeg ønsket å studere. De, to ansatte med helsefaglig bakgrunn, var positive til å bidra i rekrutteringen av informanter. Etter at studien ble tilrådd av NSD startet rekrutteringsprosessen.

Etter endt besøk fra FHB sin side, informerte helsepersonellet om denne studien. Brukeren fikk spørsmål om de ønsket å delta, etter muntlig og skriftlig informasjon (Vedlegg 2). Dersom brukeren ønsker å delta fikk han/hun informasjonsskrivet om studien med kontaktinformasjon til student og veileder. Jeg fikk kontaktinformasjonen til brukerne som ønsket å bli kontakt via helsepersonellet i FHB, men de fikk ikke vite hvem det var som ble intervjuet eller hvem som takket nei. Brukerne ble informert om at de ville bli kontaktet av studenten kort tid etter hjemmebesøket for å bekrefte deltagelse og sette dato for intervju.

Rekrutteringen ble gjort i løpet av januar og februar måned 2018. Det viste seg at rekruttering skulle ta tid, da de fleste brukerne vegret seg for at samtalen skulle bli tatt opp på lydbånd. Jeg ba helsepersonellet i FHB spesifisere at det var kun jeg, som student, som skulle lytte til lydopptakene. Etter dette gikk rekrutteringen raskere.

3.4.4 Utvalget

I rekruttering av informanter ble det gjort et strategisk utvalg, som er med på å styrke troverdigheten, da et strategisk utvalg er ”deltagere som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens

teoretiske perspektiver” (Thagaard, 2016). Utvalget er med for å belyse problemstillingen i best mulig grad (Malterud, 2017).

Inklusjonskriteriene i denne studien var alle 80 åringer (som fylte/vil fylle 80 år i 2018) som fikk FHB i løpet av januar/februar 2018. Kjønn var også et av kriteriene, der kravet var at det skulle være deltagere av begge kjønn for å få deres opplevelser av informasjonen som blir gitt under hjemmebesøkene. Studien inkluderte de som bor alene, og de som bor med ektefelle. Eksklusjonskriteriene var de som ikke hadde tatt imot FHB, da de dermed ikke hadde kjennskap til studiens fokus.

I alt var det åtte deltagere som ønsket å delta i studien som fikk informasjonsskrivet om studien og samtykte i at jeg kunne kontakte dem. Tre av disse kunne ikke stille til intervju når jeg kontaktet dem for å avtale dato og tid. Det var fem som til slutt ønsket å bli intervjuet, hvor vi avtalte dato og sted for intervju. I to av de fem tilfellene var det ektepar, hvor det i utgangspunktet var den yngste av dem som fikk besøket. I disse tilfellene ble begge regnet som informanter, da begge samtykket muntlig i å bli kontaktet av meg. Begge ekteparene hadde avslått besøk fra FHB året før eller tidligere, da de var sikre på at den yngste av dem kom til å få tilbud om det samme besøket året etter eller senere. To av informantene var enker og en av informantene var enslig, alle tre bodde alene. For å ivareta informantenes anonymitet vil de i presentasjonen av funn få fiktive navn, slik tabell 1 viser.

Informant	Alder	Kjønn	Sivil status	Fiktive navn
1	79 ½ år	Mann	Gift	Erik
2	80 år	Kvinne		Tove
3	79 ½ år	Kvinne	Gift	Solfrid
4	83 år	Mann		Morten
5	80 år	Kvinne	Enke	Agnes
6	79 ½ år	Kvinne	Enslig	Josefine
7	80 år	Kvinne	Enke	Eva

Tabell 1: Utvalget

3.4.5 Gjennomføring av intervju er

I løpet av februar 2018 gjennomførte jeg fem intervjuer med 7 informanter.

Informantene fikk selv velge hvor de ønsket å bli intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomførte hjemme hos informantene etter eget ønske. Jeg presenterte meg selv, og studien før samtalen tok form. De fikk også muntlig informasjon om rettighetene til å trekke seg når som helst i prosessen, og at dataene skulle anonymiseres og slettes ved studiens slutt. Jeg fikk samtykke til å ta opp intervjuet på lydbånd og forklarte samtidig at det var kun jeg som skulle høre på opptakene.

Under intervjuene brukte jeg intervjuguiden (Vedlegg 1) for å holde meg til de temaene som på forhånd var bestemt ut ifra de fire modellene som er nevnt i kapittel 1.1. Under intervjuene med ekteparene fikk begge parter mulighet til å svare på spørsmålene eller supplere hverandres svar. Tross intervjuguiden var det lett å spore ut av problemstillingen og jeg prøvde etter beste evne, på en diskret måte, å rette fokus på spørsmålene jeg ønsket svar på. Jeg tok notater underveis i intervjuene for å dokumentere nonverbal kommunikasjon som ikke fremkommer på lydbånd.

Intervjuene varte fra 20 min til 45 min. Noen informanter var korte i svarene og det hendte at jeg som forsker måtte legge til spørsmål uten at jeg la svar i munnen på dem. Det mest utfordrende for en uerfaren forsker, var å spørre med åpne spørsmål og ikke ja/nei spørsmål.

Intervjuene ble satt til en uke etter besøket fra FHB, for de fleste. I ett tilfelle hadde vedkommende hatt besøkt fem uker før intervjuet, uten at det hadde noe å si for studien.

3.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med muntlig samtykke fra informantene før intervjuene startet. Jeg valgte å transkribere intervjuene selv for å unngå at det ble noen misforståelser eller feilregistrering av data (Malterud, 2017). Det var også viktig at den nonverbale kommunikasjonen, som ble notert underveis i intervjuene, ble ivaretatt for å få et helhetsbilde av intervjusituasjonen. Det var god lyd på opptakene, og transkripsjonen ble gjort samme dag som intervjuet for å få med alle detaljer som ikke

var hørbare på opptakene. Dette lot seg gjøre med de fire første intervjuene. Det siste intervjuet ble transkribert i løpet av en uke etter at intervjuet hadde funnet sted.

Transkripsjon ble gjort i tre omganger. I første omgang lyttet jeg igjennom intervjuene som hadde blitt tatt opp på lydbånd for å få et helhetsinntrykk, kort tid etter intervjuene hadde funnet sted. Deretter skrev jeg ned det som ble sagt, både verbalt og nonverbalt (notatene). Til slutt lyttet jeg til lydbåndet igjen for å forsikre meg om at alt var tatt med. På denne måten var jeg sikker på at jeg ikke gikk glipp av viktige detaljer i intervjuene. Da jeg var ferdig med transkripsjonen av alle intervjuene skrev jeg de om til skriftspråk og bokmål for å gjøre analyseprosessen enklere og for å ivareta informantenes anonymitet (Thagaard, 2016).

3.6 Analyse

Jeg valgte å analysere teksten med en induktiv tilnærming inspirert fra Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering. Analysemetoden egner seg ved mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring, og er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017). Analysemetoden innebærer fire trinn:

1. Helhetsinntrykk - fra villnis til foreløpige temaer
2. Meningsbærende enheter - fra foreløpige temaer til koder og sortering
3. Kondensering - fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese - fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I første omgang gikk jeg over intervjuene flere ganger for å få et helhetsbilde av hva de eldre hadde snakket om. Slik ble jeg godt kjent med innholdet i teksten. Jeg noterte ned forskjellige temaer som ble tatt opp etter gjennomgangen, som ble de foreløpige temaene i analysen, og som dannet grunnlaget for kodegruppene (Malterud, 2017). De foreløpige temaene var: hjelpebehov, sikkerhet i hjemmet, kosthold, aktivitet, tanker om det å bli eldre, samtalen og forslag til forbedringer. Slik kunne jeg sortere tekst ut ifra temaene for å finne fellestrekk, men også for å finne en variasjonsbredde.

Neste trinn i analysen var å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er korte eller lange setninger eller replikker fra temaene i første trinn. I dette trinnet kunne jeg sile ut tekst som handlet om sykehusinnhold og andre temaer som ikke handlet om informasjonen i FHB, for best kunne belyse problemstillingen min (Malterud, 2017). For å finne tekst som ga de foreløpige temaene mer kunnskap og informasjon, hadde jeg temaene i bakhodet underveis i den systematiske gjennomgangen.

Tredje trinnet i analysen innebar å abstrahere den sorterte teksten ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Det ble systematisk hentet ut meningen fra teksten ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Kodene ble slått sammen i en tabell som utviklet undertemaer under hovedtemaene (Malterud, 2017).

I det siste trinnet ble bitene satt sammen igjen og sammenfattet og formidlet på en måte som var lojal mot informantenes stemme. Kondensatene ble brukt til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe med et treffende gullsitat som konkretiserte hovedfunnene (Malterud, 2017). Tabell 2 nedenfor viser et eksempel fra analyseprosessen for ett av hovedtemaene:

Meningsbærende enheter	Kode	Undertema	Tema
Så sa jeg til henne, jeg kunne kanskje tenkt meg å hatt en hjelp til å vaske i huset.	Kunne tenkt seg hjelp i huset	Behovet for hjelp	Tjenestebehov
Jeg sa jeg hadde hjelp til hagen. Og døtrene hvis det er noe, så hjelper de og. Jeg vil helst klare meg selv, men de er så snille de vet ikke det beste de skal gjøre.	Familien kan hjelpe, vil helst klare seg selv	Familiens betydning	
Vi fikk beskjed hvor vi skulle henvende oss <i>hvis</i> det var et eller annet som skjedde, første plassen vi skulle henvende oss.	Første plassen å henvende seg	Tjenester fra kommunen	

Tabell 2: Analyse

Analysen resulterte i tre hovedtemaer:

1. Tjenestebehov
2. Konkret informasjon
3. Informasjonens påvirkning

Temaene med tilhørende undertemaer vil bli presentert i kapittel 5.

3.7 Studiens troverdighet og overførbarhet

Jacobsen (2015a) skriver at når en skal samle inn empiri i en studien er det særlig to krav som må tilfredsstilles;

1. Empirien må være gyldig(validitet) og relevant
2. Empirien må være pålitelig(reliabilitet) og troverdig

En måte å styrke gyldigheten på er ved å sørge for at en får de riktige kildene til det en ønsker å studere (Jacobsen, 2015a), som i dette tilfelle var eldre som hadde fått FHB. Å møte informantene med åpenhet, ble også viktig for å øke sjansen for at informantene ikke holdt informasjon tilbake. Den lille samtalen før opptakene startet, var med å på gi informantene litt tid til å bli kjent med meg og tillot dem å snakke fritt og åpent.

For å styrke denne studiens troverdighet ble det jobbet en del med å stille de riktige spørsmålene i intervjuguiden, som hadde utgangspunkt i de fire modellene for etablering av FHB (Skumsnes et al., 2015). Det ble jobbet en del med intervjuguiden på egenhånd, med veileder, med medstudenter og lærere på skolen. På den måten styrker dette studiens troverdighet ved at det blir stilt spørsmål som gir informantene muligheten til å snakke fritt, og på den måten unngå ledende spørsmål, som kan påvirke informantenes svar. For å få bekreftelse på at jeg forsto svarene rett ble det stilt oppfølgingsspørsmål med ”Forstår jeg det rett...” eller ”Er det slik å forstå...”. Dette er med på å få den riktige oppfattelsen av det som blir sagt.

En grundig beskrivelse av forskningsprosessen (innsamling av data, sanalyse etc.) som har blitt gjort av forskeren selv, er også med på å styrke studiens troverdighet, som kan styrke tilliten til studien (Jacobsen, 2015a). Det ble også jobbet en del med analysen av intervjuene, hvor jeg først og fremst sørget for at viktig informasjon ikke gikk tapt ved

at jeg transkriberte intervjuene selv, kort tid etter at de fant sted. Noe av analysen ble gjort på egenhånd, og noe i samarbeid med veileder. Ved å bruke fiktive navn på informantene i resultatene vil det vise hvor mye hver enkel informant bidro med, slik at det ikke er noen som bidro med mer enn andre (Thagaard, 2016).

Resultatene i denne studien er fra syv informanter, og en kan derfor ikke si at disse funnene er allmenngyldige, da det er et lite utvalg og informasjonen de har bidratt med kan derfor ikke sies å gjelde alle 80 åringer som har fått FHB. Utvalget i denne studien bidrar med troverdighet ved at de rette personene ble intervjuet, og som har bidratt med informasjon om deres subjektive opplevelser av informasjonen i FHB (Jacobsen, 2015a; Malterud, 2017).

3.8 Ethiske overveielser

Det er tatt hensyn til at informasjon ble gitt både muntlig og skriftlig og i den grad at informantene forsto hensikten med studien og intervjuene. Anonymitet er tatt hensyn til både i transkriberingen ved at teksten er omgjort til bokmål og at gjenkjennbare detaljer er tatt bort (Johannessen et al., 2011; Kvale & Brinkman, 2015). Steder som er nevnt er gjort om til ”i nærheten av”, ”nabobyen” eller slike betegnelser, for å ivareta anonymiteten. Sykdommer er gjort om til mer generelle sykdommer, og navn er byttet ut, eller tatt vekk uten at det har påvirket datamaterialet.

Informantene ble gjort oppmerksom på studiens hensikt både muntlig og skriftlig og kunne på bakgrunn av det avgjøre selv om de hadde noe å bidra med da de ønsket å bli kontaktet av meg for å avtale dato for intervju. Det var flere som avslo, begrunnet med at de mente de ikke kunne bidra med noe, og det ble ingen konsekvenser av det (Malterud, 2017; NSD, 22.03.2017).

Jeg måtte forsikre informantene om at personopplysninger kom til å bli anonymisert ved at navn og opplysninger ikke kunne kobles til informantene. Lydopptak slettes når studien er ferdig slik at de ikke kan identifiseres i data på noen som helst måte.

Datamaterialet har blitt oppbevart låst og utilgjengelig for utenforstående.

Informantene fikk informasjon om at de kunne delta i undersøkelsen vel vitende om at ingen data kunne tilbakeføres til dem. Informantene fikk informasjon om at de data som

ble samlet kun skulle brukes til det formålet som det var ment for, og skulle ikke brukes i andre sammenhenger (Johannessen et al., 2011; Malterud, 2017).

For å sikre god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning, måtte jeg forholde meg til § 1 i Lov om medisinsk og helsefaglig forskning før jeg kunne starte denne studien. Det innebar at jeg måtte forholde meg til kravet om forsvarlighet, organisering og taushetsplikten. Forhåndsgodkjenning fra regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og lover om samtykke og samtykkekompetanse var også noen av punktene som jeg var pliktig til å følge i følge helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2008).

Da denne studien ønsket å undersøke 80-åringene sine opplevelser av informasjonen som ble gitt i FHB, og ikke hadde til hensikt å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom var den ikke søknadspliktig til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (REK, 26.06.2015). Studien var meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) på grunn av at studien skulle behandle personopplysninger, som alder, kjønn og andre personidentifiserbare kjennetegn. NSD tilrådte studien med prosjektnummer 58042 (NSD, 22.01.2018), se vedlegg nummer 3.

3.9 Metodekritikk

Kvalitative studier er tidkrevende når det gjelder planlegging, både, før, under og etter ferdig datainnsamling. Også det å ta på seg forskerrollen var nytt, og utfordrende. Å stille spørsmål med åpne svaralternativer var noe som viste seg å være krevende. Selve samtalen med 80-åringene gikk fint og jeg følte de åpnet seg raskt for meg og var villige til å gi denne studien verdifull informasjon.

Under det første intervjuet oppdaget jeg at det lønnet seg å forklare informantene utgangspunktet for spørsmålene (de fire modellene). Informantene ble mer bevisst på hva de skulle spørres om. Det viste seg også at åpne spørsmål ble en vanskelig oppgave for informantene å svare på, noe som kan ha gått ut over svarene de ga. I ett av intervjuene viste også informanten tydelig tegn til ubehag ved lydbåndopptakeren, selv om dette gikk over i løpet av intervjuet. Ubegag og mangel på informasjon om grunnlaget for spørsmålene kan ha påvirket kvaliteten på resultatet i dette intervjuet.

Studien burde gjerne ha hatt flere menn som deltagere. Det er uvisst om enslige menn i første omgang ikke ønsker å ta imot FHB, og heller ikke ønsket å delta i denne studien.

Det kunne også ha vært anvendt fokusgruppe-intervju for å få flere nyanser av opplevelsen av informasjonen, da ikke alle eldre er like ressurssterke som informantene i denne studien var.

Det kunne også vært spennende og sett om utvalget hadde blitt annerledes, dersom det var andre enn helsepersonell med ansvar for FHB som rekrutterte informanter. Av det jeg vet så ble alle spurt om å delta etterhvert som de foretok besøkene, og de som takket ja var tilfeldig

5.0 RESULTATER

Først i resultatkapittelet presenteres den konkrete gjennomføringsmåten for, og informasjonen gitt under hjemmebesøket i den aktuelle kommunen. Deretter presenteres de tre hovedtemaene fra analysen med tilhørende undertemaer.

5.1 Informasjon gitt i FHB

I den aktuelle kommunen studien har undersøkt, er det to personer med helsebakgrunn som deler på å utføre besøkene hver for seg. I første omgang innhentes det en oversikt over de som fyller 80 år det kommende året som ikke har helsetjenester, dette gjøres via folkeregisteret. Brukere med trygghetsalarm og de som har hjelpemidler regnes ikke som brukere av helse- og omsorgstjenester og inkluderes derfor i oversikten. De som har avsluttede helsetjenester, og de som har hjemmehjelp inkluderes også.

Kommunen sender ut et skriv med satt dato og klokkeslett for når FHB ønsker å komme hjem til brukeren. I skrivet står det hvorfor tilbudet gis den aktuelle, og også hvilke temaer det kan være aktuelt å snakke om, og at informasjonen kan være nyttig i fremtiden selv om brukeren nå er frisk og uavhengig av hjelp. Brukere som ikke gir beskjed om at de ikke ønsker å benytte seg av tilbudet blir ringt opp ca. en uke i forveien for å høre om det er interesse for besøket eller ikke. Dersom dato og klokkeslett ikke skulle passe, finner de en dato som passer for brukeren. Svarprosenten av de som takker ja til tilbudet er på 70 % i denne kommunen, som tilsvarer fra 400 til 500 besøk i året.

Selve besøket begynner med presentasjon av kommunens representant og kort hensikten med besøket. Så får brukeren en mappe med fire forskjellige brosjyrer i. Den første brosjyren er fra kommunen hvor det står hva FHB er og hvem som får tilbud om besøket. Her står det også navn og kontaktinformasjon til helsepersonellet som har ansvar for FHB, og steder som tilbyr aktiviteter for eldre, med navn og telefonnummer. I brosjyren fra kommunen er det også en oversikt over sosialkontorene i de forskjellige bydelene med telefonnummer.

Neste brosjyre er om aktivitets- og treningstilbud i kommunen. Her er det informasjon om bydekkende tilbud, med hvilke tilbud kommunen har, med telefonnummer og

åpningstider. Det er også informasjon om gruppetilbud (som krever henvisning fra lege), hvor tilbudene er del inn i sykdomsgrupper, f.eks. ”hjertegruppe”, ”KOLS gruppe” etc., med åpningstider og telefonnummer. Videre vises det til hva hver bydel tilbyr av aktiviteter for eldre, med hvilke aktiviteter, åpningstider og telefonnummer. På slutten av denne brosjyren er det en oversikt med hvor en kan få matsservering, og nyttige numre som f.eks. ”Demenslinjen”, ”Hjertelinjen” osv.

En av brosjyrene er fra Helsedirektoratet (2012) med 12 kostråd og er basert på systematiske kunnskapsoppsummeringer av forskning på området:

1. Variert kost med grove kornprodukter og fisk. Mindre av bearbeidet kjøtt, rødt kjøtt, salt og sukker.
2. God balanse mellom hvor mye energi du får i deg gjennom mat og drikke, og hvor mye en forbruker igjennom aktivitet.
3. Spis fem porsjoner grønnsaker, frukt, bær hver dag.
4. Spise grove kornprodukter hver dag.
5. Spis fisk til middag to til tre ganger i uken. Bruk gjerne fisk som pålegg.
6. Velg magert kjøtt og magre kjøttprodukter og begrens mengden bearbeidet kjøtt og rødt kjøtt.
7. La magre meieriprodukter være en del av det daglige kostholdet.
8. Velg matoljer, og margarin fremfor smør.
9. Velg matvarer med lite salt, og begrens bruken av salt i matlagingen.
10. Unngå mat og drikke med mye sukker til hverdags.
11. Velg vann som tørstedrikk.
12. Vær fysisk aktiv i mins 30 minutter hver dag (Helsedirektoratet, 2012).

Til slutt anbefaler Helsedirektoratet å se etter Nøkkelhullet når en handler mat.

En brosjyre til, denne også fra Helsedirektoratet, er om fysisk aktivitet. Brosjyren inneholder hvordan en kan komme i gang med trening, nasjonale anbefalinger for voksne, oppvarming, smerte og trening, bevegelighet, balanse, kondisjon, styrke, aktivitetsplan og 20 konkrete øvelser til de som ønsker å være i fysisk god form. I midten av brosjyren har de en plakat med åtte øvelser som kan gjøres i hjemmet hver dag. Øvelsene er blant annet å reise seg opp og ned fra en stol, kneløft og armhevinger langs en vegg. Brosjyren legger opp til at en kan planlegge ulike øvelser fra dag til dag og hvor de anbefaler fire til sju øvelser til treningsprogrammet sitt (Helsedirektoratet, 2016).

Den siste brosjyren er om trygghet i hjemmet for eldre, fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Brosjyren tar for seg hvilke tiltak eldre kan gjøre for å

øke tryggheten i hjemmet, på kjøkkenet, på stua, på bad og toalett og på soverommet. Noen av tiltakene de anbefaler er f.eks. anti-skli under tepper og i trapper, at en må huske å ta ut kontakter som i kaffetraktere, bruke stødig gardintrapp dersom en skal opp i høyden og at en må ha røykvarslere i hver etasje. Til slutt har de en oversikt over hva som er viktig å huske på i forhold til brannsikkerhet og elsikkerhet samt en oversikt over hvem som kan gi råd og hjelp med henvisning til hvem de skal kontakte (dsb, 2012).

Kommunen har også med seg andre brosjyrer som de gir ut dersom de ser at brukeren kan ha behov for det. Det er spesielt tre brosjyrer som er aktuelle. En av brosjyrene er fra Helsedirektoratet der det gis råd for hvordan en kan få i seg nok næring dersom man spiser lite mat. De to andre brosjyrene er fra kommunen, der den ene gis ved sterkt nedsatt hørsel og syn, og den siste ved behov for tidlig oppfølging i forhold til demens.

Besøket kan vare fra 1 til 2 timer. Brosjyrene gjennomgås med brukeren, men ikke side for side. Det blir tatt hensyn til hva den enkelte har behov for å snakke om. En av kommunenes representant fra FHB har med seg et nettbrett for å kunne svare på spørsmål dersom det er behov for det. Under besøket blir brukeren anbefalt å gjøre endringer hvis det kan bedre hverdagen for brukeren og ellers blir det gitt råd for hvordan brukeren kan sikre at det ikke oppstår ulykker i hjemmet. Kommunens representant legger igjen visittkortet, eller annen kontaktinformasjon før en forlater hjemmet.

Etter hjemmebesøket har denne kommunen som praksis å dokumentere at de har vært hos brukeren i en sakbehandlingsjournal. De tar kontakt med andre tilbud dersom det er gjort en avtale med brukeren om det.

I det videre presenteres resultatene med utgangspunkt i hovedtemaene ”Tjenestebehov”, ”Konkret informasjon” og ”Informasjonens påvirkning” med undertemaer som belyser informantenes erfaringer med informasjonen i FHB.

5.2 Tjenestebehov

En del av informasjonen som blir gitt under FHB er om hvilke tjenester kommunen kan tilby i form av hjelp til hverdagslige oppgaver, og generelt om hjemmesykepleien i hver enkelt bydel. Noen av informantene hadde erfaring med innleide tjenester, mens andre ikke hadde hatt det behovet til nå. De fleste hadde god hjelp fra familien, mens andre var nesten avhengig av familien for at ting skulle gå rundt. Ingen av informantene hadde til nå behov for tjenester fra kommunen, men noen kunne godt tenkte seg det i nærmeste fremtid. Informantenes opplevelser av hjelp og tjenester uttrykkes i undertemaene ”Behovet for hjelp”, ”Familiens betydning” og ”Tjenester fra kommunen”.

5.2.1 Behovet for hjelp

”Hvis du klarer det, så vil jeg anbefale deg å gjøre det selv”

Flere av informantene hadde ikke behov for å ta i bruk offentlige tjenester, men de visste hvilke tjenester de kunne benytte seg av når den tid kom. Eva, som hadde vært inne på tanken om å skaffe seg hjemmehjelp ble anbefalt å gjøre det hun klarte selv, for å kunne strekke seg etter noe. Også Agnes sa det var viktig å kunne gjøre mye selv, og heller skaffe seg hjelp til det man ikke klarte; *”Hvis jeg nå satt her og ingenting kunne selv, nå kan du gjøre sånne ting litt hver dag, da klarer du å holde det”*. Hun hadde erfaring med hjemmehjelp fra før, men syntes ikke den hjelpen var tilstrekkelig;

”Ja, for hun gjorde så lite. Så lite at det ble psykisk, og jeg var jo frisk og oppgående, men hadde hatt hjerteproblemer. Det hadde bare med helsen å gjøre, det hadde ikke med hodet. Sånn at når hun vasket rundt en stol, så satt jeg å telte til ti og holdt på å miste pusten. Så jeg hadde ikke henne så lenge” (Agnes, enke)

Videre fortalte Agnes om begrunnelsen for at hun ikke kunne ha hjemmehjelp lenger; *”...det som hun gjør, det kan jeg gjøre, det som hun ikke gjør, det må jeg ha hjelp til”*. Agnes var ikke fornøyd med maten som ble levert hjem på døren, og syntes det var lite smak i maten. Hun syntes det var synd at maten ikke var noe god, og forstod at eldre ble underernærte; *”Hvis du skulle trenge å få mat på døren, skulle jeg trenge den hjelpen i 10 år, fra 80 til 90, hvis jeg skal leve til jeg er 90 og skulle trenge å få mat i 10 år, så er*

det ikke rart at det er underernærte folk, for maten går an i to år, men han går ikke an i 10” (Agnes, enke)

Både Agnes og Eva mente det var viktig å kunne bruke litt penger på å leie inn hjelp til det de ikke klarte å gjøre selv, selv om de syntes det var dyrt, og at det handlet om prioritering. Eva poengterte at det var viktig for henne å leie inn hjelp til det hun ikke klarte selv, noe hun hadde gjort for noen år siden, både hjemmehjelp og til stell av hagen. Nå hadde hun tatt over husvasken selv, da hjelp en gang annenhver uke ikke holdt; ”*Jeg mener det er viktig for mitt eget å ha det noenlunde ryddig*”. Det var allikevel ikke alle som hadde behov for å leie inn hjelp ennå, slik som Josefine. Selv om hun var godt fornøyd med hvordan formen hennes var nå, var hun ikke langt unna å måtte trenge hjelp i hagen;

”Jeg har jo vært veldig aktiv i hagen og sånn, så der må jeg være mye mer forsiktig nå. Så der trenger jeg hjelp til å klippe hekken og sånn. Hekksaksen blir nok for tung for mine fingre og hender og ledd nå” (Josefine, enslig)

Informantene var opptatt av å gjøre mest mulig selv, men så også begrensningene ved å bli eldre. Selv om det var mulig å betale for den hjelpen de trengte, så virket ikke det som den beste løsningen for alle.

5.2.2 Familiens betydning

”Vi sitter godt trygt den veien, med stor familie, så vi er ikke alene”

Å ha familie i nærheten til å hjelpe til i hverdagen, hadde stor betydning for alle informantene. Spesifikt hva de fikk hjelp til gikk vi ikke inn på, men alle var enige om at familien var viktig for dem. Begge ekteparene hadde ”*god kontakt*” med barna og barnebarna og de hadde også stor familie som bodde i nærheten. Erik fortalte at familien kom for å hjelpe når han og Tove hadde behov for det, mens Morten og Solfrid hadde familie som de hadde besøk av hver dag og som de snakket med på telefonen ofte.

Josefine hadde også ”*god kontakt*” med barna og et av barna bodde i samme gate, men som hun sa selv; ”*Jeg går ikke der nede hver eneste dag, jeg vil klare meg selv*”, noe

som hun var veldig bevisst på å klare helt siden hun ble enke for mange år siden. Hun hadde to barn som gjerne hjalp til, men hun ville helst klare seg mest mulig uten å trenge dem. Agnes, som også hadde vært enke i mange år, kjente også på hvor viktig det var med familie som kunne hjelpe til. Hun hadde en eks svigerdatter og to barnebarn som nærmeste familie. Og hun fortalte hvor viktig de hadde vært for henne i en flytteprosess; *”Så flyttet jeg opp her. Og da med hjelp av barn og barnebarn, ellers så hadde jeg bare sittet der nede og ikke klart trapper. Ja, for sånne ting får du ikke hjelp til”* (Agnes, enke)

Eva, som alltid hadde vært alene, syntes det var viktig å ha noen å ringe til hvis hun trengte hjelp. Hun hadde to søsken, men det var broren som bodde nærmest. Broren var den som hun oftest tok kontakt med ved behov.

Å ha familie å ringe til ved behov, lot til å være veldig viktig for alle informantene. Selv om ekteparene hadde hverandre, var familien også viktig når de trengte hjelp. Informantene som bodde alene, hadde også et stort behov for familien rundt seg, men de klarte allikevel å gjøre mye selv.

5.2.3 Tjenester fra kommunen

”Vi vet jo ingenting, for vi har jo aldri hatt behov for det”

Selv om noen av informantene hadde erfaring med å ta imot ulike tjenester, var det flere som hadde liten eller ingen erfaring med hvilke tjenester kommunen hadde å tilby. Noe av det som Erik og Tove syntes var mest nyttig med besøket var at de nå hadde en plass i kommunen å henvende seg til når behovet skulle oppstå;

”Vi fikk beskjed hvor vi skulle henvende oss hvis det var et eller annet som skjedde, første plassen vi skulle henvende oss. Det har vi krysset av. Det syntes jeg det var det viktigste av alt. At vi kunne begynne en plass” (Erik og Tove, gift)

Og Tove fortsetter å poengtere hva hun syntes er viktig med den nye informasjonen; *”Vi vet jo aldri hvilke behov vi kommer til få, hva som vil skje med oss, så da må vi begynne på den plassen som hun sa”*. Erik syntes det var godt de var oppegående slik

som de var og at de visste de kunne kontakte kommunen dersom de skulle ha behov for hjelp, i og med at de var *”såpass oppegående”*.

Agnes, som hadde erfaring med hjemmehjelp etter en sykehusinnleggelse, visste at kommunen kunne tilby hjelp med eldresenter hvor man kunne samles på dagen, og at man kunne få mat hjem på døra. Eva husket hun fikk informasjon om hjemmehjelp og hjemmesykepleie som kommunen kunne tilby, dersom det hadde vært nødvendig for henne. Både Morten og Solfrid kunne ikke huske konkret hva de hadde sagt om kommunens tjenester, men nevnte at de syntes det ble mye informasjon på en gang, så de husket ikke alt som hadde blitt sagt. Josefine kunne heller ikke huske helt hva de hadde sagt om hvilke tjenester kommunen kunne tilby, men sa hun husket mye av det fra da hun selv jobbet som sykepleier; *”Jeg vet jo selv at det er hjelpemiddelsentral og alt dette, det er jo sånn som jeg har jobbet med selv. Jeg vet hvor jeg skal henvende meg”* (Josefine, enslig)

Hvilke tjenester kommunen kunne tilby, er noe de fleste av informantene visste om, enten de husket det fra besøket eller om de hadde erfaring med det fra før. Det viktigste for Erik og Tove var at de nå hadde en plass de kunne begynne når det skulle bli behov for det. For Agnes virket det ikke som om det var nødvendig å vite hvor eller hvem hun skulle kontakte ved behov, mens Josefine visste hvem hun skulle kontakte ved behov. Flere av informantene hadde problemer med å huske konkret hva som hadde blitt fortalt om kommunens tjenester.

5.3 Konkret informasjon

Noe av informasjonen i FHB går på sikkerhet i hjemmet, som blant annet brannvarslere og brannslukningsutstyr. Annen informasjon er om andre risikofaktorer som kan føre til helseskade i hjemmet, som blant annet fallfeller og dårlig balanse. For informantene i denne studien viste det seg at det var mye av informasjon som de hadde kunnskap om i fra før, og som de mestret godt. Dette belyses i undertemaene ”Sikkerhet i hjemmet”, ”Aktivitet” og ”Kosthold”.

5.3.1 Sikkerhet i hjemmet

”Vi er nokså klar over det, så lenge vi er såpass oppegående som vi er”

Informasjonen om sikkerhet i hjemmet, så ut til å være noe alle visste om og var klar over. Samtlige hadde varslere og brannslukningsutstyr tilgjengelig, og de fleste visste hvordan de selv kunne forebygge skader i hjemmet. Erik hadde i sin tid vært brannleder og poengterte hvordan han unngikk å falle i hjemmet; *”... sånn som gardintrapp når du skal gå opp og gjøre ett eller annet i høyden, og slike ting”*. Flere av informantene nevnte at de hadde blitt anbefalt å ha brannslukningsapparatet på soverommet da de hadde hatt tilsyn fra brannvesenet. Solfrid og Agnes hadde kaffetraktere som slo seg av automatisk, enten ved at det var koblet på lyset eller etter 40 minutter. I og med at Agnes bodde i blokk, var det jevnlig kontrollert i leiligheten i regi av byggelaget som sørget for at varslere fungerte som de skulle. Josefine, som alltid hadde vært alene, beskrev en vanlig rutine før hun gikk å la seg;

”... når det gjelder dette med å ta runder om kvelden, det er sånt som ligger i meg fra så lenge jeg kan huske. Nå ser jeg etter; er alt slukket, er komfyren av, går og ser på bryteren og døren og litt av hvert. Dette er kjent stoff, men veldig nyttig hvis mange ikke har den runden altså” (Josefine, enslig)

Hun var også bevisst på å bruke hjelpemidler når hun skulle gjøre noe i høyden, som en krakk med håndtak. Både Josefine og Eva hadde hatt fall tidligere og ble gjort oppmerksomme på å holde seg i rekkverket når de skulle opp og ned trapper, og selv om de visste det fra før, hjalp det med en påminnelse. Josefine beskrev seg selv når hun ble for ivrig;

”Jeg vet jo selv at jeg er veldig aktiv, hurtig i mine bevegelser, og det bemerket de seg og sa ”prøv å være litt roligere når du gjør noe”. Og det vet jeg selv og, så tar jeg meg selv i det, så sier jeg, nå må du passe deg (navnet sitt)” (Josefine, enslig)

Både Erik og Tove opplevde ikke informasjonen om sikkerhet som noe nytt; *”Det meste av det hun sa, det tenker vi selv”*, slik Tove sier det og også bemerker at de er så oppegående at det meste har de tenkt ut selv.

Informantene hadde en del kunnskap om hvordan de kunne unngå skader i hjemmet og ved hjelp av andre tjenester (brannvesen, jevnlig kontroller), så var mye av sikkerheten ivaretatt.

5.3.2 Fysisk aktivitet

”Minnet meg på hvor viktig fysisk aktivitet er”

Informasjon om fysisk aktivitet var også noe informantene kunne mye om. Heftet med øvelser til de over 65 år, som innebærer informasjon om trening og øvelser for å styrke muskulatur og hvordan en kan komme i gang med trening, var særlig til nytte for flere av informantene.

Begge ekteparene var flinke til å komme seg ut å gå turer hver dag. I tillegg til å gå lange turer, var det hytten som utfordret Erik og Tove til å holde seg enda mer aktive, ved at det ble *”mye bøy og tøy”*. Solfrid og Morten var også glad i å gå turer, men gikk hver for seg, slik Morten beskrev: *”Vi går turer hver dag. Så går vi hver for oss. Vi går ikke sammen. Av og til går vi sammen. For vi er jo sammen hele veien. Hun går med sine tanker og jeg går med mine tanker”*. Solfrid satt pris på å gå tur alene, for da kunne hun bestemme selv hvor hun ville gå og slapp å ta hensyn til noen andre. De forteller også at de har begynt å ta bussen for å komme seg litt ut av området de bor i for å oppleve noe nytt, som en ny aktivitet, som Solfrid forteller:

”Vi er jo sammen hele veien. Når vi snakker om aktivitet. Vi har jo nå begynt å ta bussen. Første gangen gikk vi ned til byen og gikk rundt i byen en god stund. For at det ikke skulle bli så kjedelig og for å ha noe å se, tok vi bussen hjem. I slutten av forrige uke, tok vi bussen til nabobyen, og gikk bare rundt i byen en god tid og tok bussen hjem igjen. Det er våres aktiviteter” (Solfrid og Morten, gift)

Eva, som forteller at hun pleide å våkne opp og ta seg en joggetur om morgenen, men som nå ikke tør det lenger på grunn av en øyesykdom, var bevisst på å holde seg i aktivitet ved å gå på bassengtrening og å arbeide i hagen, spesielt hadde hun godt av bassengtreningen; *”Etter trening i bassenget er jeg så utpumpet og da er jeg trett, men så kjenner jeg at det har gjort godt, for dagen etterpå kan jeg være bedre”* (Eva, enke)

Agnes, som var hjertesyk, forteller at hun gikk to dager på trim i uken, og at det var nok for henne slik tilstanden hennes var nå, siden hun snart skulle inn på sykehuset igjen. Også Josefine var glad i å gå turer. Hun var glad hun ble minnet på det igjen etter besøket; *”Noe som jeg egentlig vet innerst inne veldig godt. Ja, du har godt av en liten sånn en push, ja du har det”* (Josefine, enslig)

Samtlige informanter visste det var viktig å være i aktivitet, og alle var det i den grad det passet for deres livssituasjon nå. De hadde forskjellige måter å holde seg aktive på, og noen prøvde til og med nye aktiviteter, mens Josefine trengte litt ”push” for å komme i gang igjen.

5.3.3 Kosthold

”Kostholdet må jo ha gjort noe med oss”

Under informasjonen om kosthold får brukerne kostråd fra Helsedirektoratet om hvordan de kan spise sunt og hvordan de kan få i seg nok mat. Det later til at å få i seg nok mat ikke var noe problem for informantene i denne studien, og at de var bevisste på å ha et sunt og næringsrikt kosthold. De fleste var også opptatt av å ha gode måltidsrutiner, der Morten og Solfrid fortalte at de spiste frokost hver for seg, mens resten av måltidene spise de sammen. Både Agnes og Eva fortalte de spiste en god frokost mens de så på fjernsyn og at det var viktig for dem å lage en god middag. Josefine fortalte hun så frem til hver måltid og gjorde noe spesielt ut av situasjonen når hun måtte spise alene; *”Når jeg spiser formiddagsmat på kjøkkenet dekker jeg bordet med duk og levende lys og lager liksom litt kos rundt det, og jeg gleder meg hver dag når jeg skal ha formiddagsmaten. Og det gjør jeg med middagen og, spiser og koser meg med mat altså”* (Josefine, enslig)

Erik og Tove hadde hatt diabetes i mange år. Tove fortalte de alltid hadde hatt et godt kosthold og mente kostholdet hadde gjort at de var så spreke som de var og at diabetesen ikke kom på grunn av det;

”Det var akkurat sånn som vi spiser. Bare grønnsaker og frukt og ja, vi kan ikke ha et bedre kosthold enn vi har det, men det er vel gjerne derfor vi er 80 år og oppegående. Kostholdet må jo ha gjort noe med oss. For det at vi alltid har vært flinke med

grønnsaker, ja, vi har spist sunn kost alltid. Og det at vi har fått diabetes, det kan ha vært arvelig så det er sånn som vi ikke kan hjelpe for, det er i hvert fall ikke kosten som har gjort det”(Erik og Tove, gift)

Josefine og Eva var også opptatt av å ha et godt kosthold og fortalte hvor viktig det var for dem. Josefine ”brenner” for å formidle til andre hvor viktig et godt kosthold er. Eva foreldre, som var fra landet, lagde god ”landsens” mat og vokste opp i et hjem hvor god mat var viktig.

En annen ting som var viktig for informantene var å lage maten selv og helst i fra bunnen av. Spesielt Agnes var bevisst på at det var det beste for henne, da hun syntes maten som ble servert på sykehus og det som en kunne få levert hjem på døren ikke hadde nok smak. Hun fortalte om en historie som illustrerte hvorfor hun lagde maten selv;

”Mor til ei venninne av meg, hun måtte få mat på døra for da var det slutt med å lage mat, da var hun blitt 85 år. Så fikk hun mat hjem på døra, også kom ungene hjem for å se at hun hadde spist maten, også fant de maten i søppelet. Hun likte ikke maten. Det tror jeg jeg og hadde gjort. Så for meg, så lenge som jeg kan stå, så lager jeg mat”
(Agnes, enke)

Både Josefine og Eva nevnte at de ikke kjøpte ”fabrikkert” mat og at begge lagde mat i fra bunnen av, hver dag. Eva fortalte om venninner som ikke kunne forstå hvorfor hun orket å lage mat og å bake, noe Eva mente var viktig for henne for at hun ikke skulle ”stupe”, noe som hadde vært viktig for henne siden mannen hennes døde. Hun ville sørge for å få i seg næringsrik mat, og er bevisst på å ha middager med en til to forskjellige grønnsaker og lager mat som hun liker.

Selv om mange av informantene hadde et godt forhold til riktig kost, var det noen som måtte ta hensyn til sykdommer. Noen måtte ta hensyn til hjertesykdom, andre til diabetes og noen til begge deler. Josefine var veldig bevisst på å ikke spise mettet fett på grunn av hjertesykdommen. Erik fortalte at diabetesen var arvelig i hans familie, men at han ennå ikke har hatt noe særlig behov for medisiner mot det; ” Vi har ikke brukt noe medisiner i 25 år, vi har gått turer og holdt oss fysisk aktive sånn at vi har

sluppet det, fram til nå. Agnes syntes ikke det var noe problem å ha et godt kosthold for hun hadde ”matliste” over hva hun kunne og ikke kunne spise på grunn av diabetesen. Allikevel tenkte hun; ”noe må jeg få lov til”, når det kom til å spise litt ”for mye” snacks på kvelden når hun satt alene, og sier; ”Jeg koser meg og vantrives ikke”.

Et godt og riktig kosthold var ikke noe nytt for informantene, og selv om flere hadde sykdommer å ta hensyn til, var kostholdet sunt og næringsrikt. Ingen av informantene hadde problemer med å få i seg nok mat. Det var allikevel en som syntes det måtte være lov å kose seg litt ekstra, spesielt siden hun var mye alene.

5.4 Informasjonens påvirkning

FHB inneholder mye informasjon om forskjellige temaer, hvor vekten på hva som blir snakket om i hvert hjemmebesøk avhenger av brukeren og hva han/hun har behov for. Det er derfor variabelt hvilke opplevelser og tanker brukerne sitter igjen med etter besøket. Besøkets påvirkning belyses ut fra undertemaene ”Hjemmebesøkene”, ”Å bli eldre” og ”Ønsker for fremtiden”.

5.4.1 Hjemmebesøket

”Hun kunne vel egentlig ikke gi oss mer”

FHB innebærer et besøk på ca. 1-2 timer hvor brukeren får informasjon om litt forskjellig og etter behov for den enkelte. Informantene i denne studien var fornøyde med besøket, både med den som representerte kommunen og med innholdet i besøket. Erik og Tove var fornøyde med samtalen de hadde og syntes de fikk de opplysningene de trengte, for selv om de visste mye av det fra før så syntes Erik det var ”*greit å få det muntlig sagt*”. Josefine syntes besøket var ”*bare positivt*” og at utøveren var en ”*behagelig person*”. Hun likte godt rådet om å fortsette med ”*såne ting som gjør deg positiv og glad*”. Eva syntes besøket var ”*allright*” og mener hun fikk en bekreftelse på at hun ”*gjorde det rette*”.

Josefine syntes informasjon ble gitt på en saklig og rolig måte ved at utøveren tok frem brosjyrene og viste dem hver for seg. Erik syntes det var lett å forstå det som ble sagt, og nevnte at de hadde brosjyrene liggende til ”*når den tid kommer*”. Morten syntes en

av de positive tingene ved å takke ja til besøket var at de fikk sagt det de hadde på hjertet og at det var ”kjekt” å vite hva FHB var, spesielt siden de var to.

Informantene mente de ikke hadde gjort mange endringer hjemme hos seg selv en uke etter FHB, men noen hadde gjort seg tanker om hva de skulle gjøre. Solfrid og Morten fortalte de hadde blitt vist et brannteppe, som de ble anbefalt å ha, og som de nå skulle gå til innkjøp av. De hadde også gjort seg tanker om å begynne å ta noen øvelser hjemme i stuen for å styrke kroppen der de skulle ha hver sin stol og følge brosjyren om styrkeøvelser. Josefine hadde begynt å ta øvelser for hele kroppen, noe hun gjorde før, men hadde nå begynt med det igjen;

”Nå når jeg fikk dette heftet, så må jeg si jeg gjør det hver dag. Så de øvelsene driver jeg på med altså. Jeg tar i grunnen over hele jeg, altså. For jeg tenker at kroppen min har godt av å bevege seg både inne og ute” (Josefine, enslig)

Erik og Tove følte ikke det var noe de kunne gjøre annerledes; *”Vi er akkurat de samme som vi alltid har vært og lever akkurat sånn som vi alltid har levd. Og vi har funnet ut at det er jo det som må være det rette. Vi kan ikke gjøre noe når vi har blitt 80 år, nei”* (Erik og Tove, gift)

Ingen av informantene kom på noe de savnet av informasjon i besøket, og de fleste satt igjen med en positiv opplevelse etter besøket. Noen hadde gjort seg tanker om hva de kunne kjøpe inn og andre hadde blitt minnet på viktigheten med å ta øvelser, og syntes det var godt å bli minnet på det igjen. Andre hadde ikke gjort seg noen tanker over hva som kunne forandres da de følte de gjorde det rette.

5.4.2 Å bli eldre

”Hva skal de eldre gjøre fordi de kan ikke hjelpe for at de blir eldre?”

Et av temaene i FHB er hvordan eldre kan legge til rette for å møte utfordringene som kan komme ved å bli eldre. Informantene hadde mange tanker om det å bli eldre, og felles for dem alle var at de ønsket å bo hjemme lengst mulig. På spørsmål om hva hun selv tenkte om det å bli eldre, var det spesielt en ting som Tove reagerer på, begrepet eldrebølgen. Hun mente eldrebølgen hørtes ut som om de eldre skulle *”oversvømme”*

en hel by, og spurte seg selv om de skulle sperres inne eller hva som ville skje med alle som bare ble eldre. Hun var redd det ikke skulle være ”råd” til å ha eldre og at de måtte forsvinne på et vis. Erik, på den annen side kjente ikke på det samme om det å bli eldre, slik Tove gjorde. Han tenkte; ”... at det blir en løsning på oss og, sånn så det har vært oppgjennom hele veien. Vi kan ikke gå å gruble på det”. På tross av sine tanker rundt ”eldrebølgen” var ikke det å bli eldre noe Tove gikk rundt og tenkte på, og det fordi de ikke hadde hatt noe behov for hjelp fra noen. Hun fokuserte på å holde seg frisk, men innså nå at hun måtte ta en dag av gangen på grunn av alderen sin; ”Det er jo sånn det er når du har passert 80 år, så vet du jo ikke fra dag til dag. Men du kan jo ikke gå å tenke sånn. Du må jo bare tenke fremover” (Tove, gift)

Etter å ha fulgt to ”mødre” på sykehjem og sett hva det det gikk ut på, var det den siste plassen Agnes ønsket å havne i. Hun fortalte om da tanten hennes, som fungerte som en mor for henne, kom på hjem:

”Hun var klar i hodet, men kroppen ga opp. Hun kom på et hjem. Og de dekker bord og skal spise. De har hvert sitt rom, men de skal spise på dagligstua. Og tante ble matt av å se på de andre som spiser ”grisete”. Så tanta sa ”de er jo syke, de kan jo ikke hjelpe for det, men jeg klarer ikke mat”. Så var det gjerne en tallerken med pålegg, og så skal du ta en gaffel for å ta et stykke pålegg, men så kommer det en hånd som tar alt, sant? For de er ikke med. Tanta mistet vekt og ble mett av å se på de andre. Så begynte hun å spise alene inne på rommet” (Agnes, enke)

Agnes fortalte at så lenge hun var klar i hodet skulle hun ikke på hjem, og hadde fortalte tydelig til barnebarna sine hva hun ønsket;

”Før dere setter meg på et hjem, så må dere altså kjøpe en ganske god hammer og slå meg i hodet. For jeg skal ikke ned der. Nei, det skal jeg skal ikke, for det har jeg sett så mye negativt på. Sånn som jeg vet det nå, så håper jeg at jeg ikke kommer der. Så jeg vil være hjemme” (Agnes, enke)

Morten syntes det var trist at eldre som trengte sykehjemsplass ikke fikk det, spesielt når vi bodde i ”en velferdsstat som Norge”. Solfrid, som hadde jobbet i hjemmesykepleien selv, syntes det var trist at brukere fikk så mange forskjellige hjem

til seg, og det var en av de tingene hun fryktet ved å bli eldre. Begge syntes også det var for mye fokus på eldre med demens, og ikke nok på alle andre som trengte sykehjemsplass, eller annen form for hjelp.

Ikke alle var negativt innstilt til det å bli eldre, andre fokuserte på det positive ved å bli eldre og få noen år til, noe Josefine hadde gjort seg noen tanker om. Og hun syntes det var godt at kommunen hadde tilbud som FHB, som sa hva eldre kunne gjøre for å bli boende hjemme lengst mulig. Hun håpet å kunne bo hjemme så lenge hun kunne, men visste utfordringene ville komme og mente det var greit å snakke om det. Hun håpet å kunne ha den gode kroppen hun hadde, som kunne *"springe"* rundt og være i bevegelse, og hadde gjort seg noen tanker om hvordan hun ville følt det hvis det hadde oppstått noe; *"Hvis det blir noe, så ville jeg blitt litt ja... det vil jeg tro nok ville blitt litt leit. Hvis at jeg ikke lenger kunnet gå og kose meg... uten å gå turer og høre på fugler og bekken og reise og..."* (Josefine, enslig)

Eva hadde også en positiv innstilling på det å bli eldre, ved at hun var åpen for å ha hjemmesykepleie, når den tid kom. Hun ønsket å bo i huset, som hun og mannen hadde skapt sammen, så lenge som mulig og var bevisst på at det var et ønske fra kommunen også.

Det å bli eldre var noe de fleste informantene ikke hadde problemer med å snakke om. Noen så på det å bli eldre som litt skremmende, mens andre prøvde å tenke positivt, og noen andre tenkte ikke så mye på det og tok heller en dag av gangen. Felles for de fleste var ønsket om å få bo hjemme så lenge som mulig.

5.4.3 Fremtidsbehov

"Det hadde vært voldsomt attraktivt for de eldre"

Informantene kunne ikke komme på noe informasjon som manglet i besøket, men noen hadde allikevel noen ønsker for fremtiden på hva som kunne gjøres for å bedre tilbudet, både på individuelt nivå og gruppenivå. Morten, som hadde vært i styret i et borettslag og sett eldre som ikke kom seg ut og som levde i ensomhet, mente de hadde hatt godt av et foredrag som tok for seg de samme temaene som i FHB. Han ønsket at det skulle være et frivillig tilbud for sameier og borettslag, for å få eldre *"engasjert i noe"*. Han

mente ensomheten ved å bli igjen etter tap av ektefelle var vanskelig for mange eldre; *”Den ensomheten, når du er alene spesielt, har mistet han eller hun, den oppleves forferdelig for mange”*. Solfrid hadde selv hatt ei venninne som hadde opplevd å miste ektefelle og som ofte kom på besøk når hun hadde *”tunge dager”*, men som var en ressurssterk person, noe Morten poengterte at det ikke gjaldt alle eldre.

En annen som også hadde gjort seg noen tanker om hva som kunne gjøres annerledes i FHB, var Josefine. Hun hadde ikke tenkt over det under besøket, men kom på det når hun hadde gått igjennom brosjyrene etter besøket. Hun etterlyste mer *”konkret”* informasjon over hvor eller hvem de kunne ringte når de skulle få behov for det;

”Det tror jeg mange gamle kunne ha veldig bruk for. For eksempel hvis du trenger hjelp til ett eller annet. At du kunne vite konkret hvor går du hen. Jeg kan ringe til hjemmesykepleien der, hvis det var noe jeg skulle trenge hjelp til. Det kunne godt stått konkret nummer og liksom hvordan du gikk fram, det tror jeg mange kunne ønsket”
(Josefine, enke)

Josefine, som i sin tid jobbet som sykepleier, visste hvor hun skulle henvende seg, men hun var også klar over at ikke alle visste det; *”Mye av det kan jo jeg, for jeg vet av erfaring da jeg var på sykehjemmet hvor viktig det var å fortelle folk dette. Hvor de kan få konkret hjelp, derfor burde det kommet frem mer”*.

Informasjonen i FHB later til å være ganske komplett, da ingen av informantene kom på noe de savnet. Det er allikevel to gode eksempler som informantene kommer med på hva som kunne gjøres for å gjøre noe for eldre som bor alene og generelt for alle som skulle ha vanskeligheter med å forstå hvor eller hvem de skal henvende seg til når de skulle ha behov for det.

6.0 DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke eldre sine opplevelser av informasjon som blir gitt i FHB og å se på hva informasjonen kan bidra med for den eldre. Ved å intervju syv eldre kort tid etter hjemmebesøket ble ulike sider av hvordan eldre opplever informasjonen i besøket belyst. I dette kapittelet vil noen av hovedresultatene diskuteres ut fra tidligere studier og det teoretiske rammeverket presentert i kapittel 2.

6.1 Informasjonselementer

Noen av informantene hadde erfaring med hvilke tjenester en kunne benytte seg av i kommunene, mens andre først fikk informasjon om det i besøket fra FHB. De fleste informanter var allikevel oppegående og følte de ikke hadde behov for hjelp fra noe hold. De ønsket å klare seg mest mulig selv, og de fleste benyttet seg av nærmeste familie dersom de hadde behov for det. Det at eldre ikke vet hvilke tilbud kommunen har som de kan benytte seg av, kommer også frem i flere andre studier, der man har diskutert hvordan en kan forbedre både informasjonen om hensikten med FHB og hvilke tilbud kommunene har for eldre (Sjøbø, 2014; Smedt, 2011). Førland og Skumsnes (2017) foreslår at kommunene kan gjøre FHB bedre kjent ved at en informerer om tilbudet i lokalavisen, sosiale medier, kommunenes nettside, fastlegekontorer og ellers der eldre ferdes, som ved offentlige kontorer og pensjonistforeninger. En enveis-kommunikasjon for å gjøre FHB mer kjent for målgruppen, vil kunne bidra til at eldre blir mer informert om både FHB og om tilbudene kommunen kan bidra med (Mølstad, 2004). Det blir også anbefalt å få eldre selv til å gi innspill til informasjonsmateriale og til hvordan tilbudet kan kommuniseres best mulig til den aktuelle målgruppen (Førland & Skumsnes, 2017). Det kan virke som om informasjon om kommunens tjenester ikke er av stor interesse for de eldre, og at de ikke klarer å konsentrere seg om det, eller om det er for avansert for de eldre å sette seg inn i (Bondevik, 2009; Daatland & Solem, 2011; Heap, 2012).

Det viser seg at informantene har en del kunnskap i fra før om kosthold, fysisk aktivitet og sikkerhet i hjemmet. Denne informasjonen, som er mer konkret, viser seg å være noe som alle informantene er klar over og at de prøver etter beste evne å leve et sunt og aktivt liv. Dette kommer også frem i Skovdahl et al. (2015) sin studie gjort av 75-åringer og fagpersonell, der de eldre oppgir at de var godt informert om viktigheten av fysisk aktivitet og kosthold. Sjøbø (2014) oppgir også at hennes informanter var aktive

og hadde et godt og sunt kosthold. En av årsakene til at noen av kommunene tilbyr 80-åringene FHB, er på bakgrunn av erfaringer med at det er for tidlig å tilby 75-åringene FHB, da de føler seg for spreke og for friske til å motta tilbudet, og ser ikke på seg selv som "eldre" (Skovdahl et al., 2015; Skumsnes et al., 2015). På den annen side kan det også være for sent å tilby 80-åringene FHB, da mange kanskje allerede har tjenester fra kommunen (Helsedirektoratet, 2017). Det viser seg at informasjon om kosthold og fysisk aktivitet er noe som blir formidlet på en slik måte at 80-åringene tar det til seg og klarer å anvende det i det daglige livet, eller at det er kunnskap som de har tilegnet seg igjennom årene, og bare "vet" at det er slik (Helstrup, 2005). Det var tydelig at informantene kunne huske informasjonen om kosthold og fysisk aktivitet, da det virket å være viktig for de fleste. Dette kan være kunnskap som de har tilegnet seg igjennom livet og som har blitt lagret i hukommelsen slik at de kan bringe det frem og bruke det riktig for å holde seg spreke og sunne (Daatland & Solem, 2011).

6.2 Forståelsen av informasjonen

Selv om de fleste informantene ikke husker hvilken informasjon de fikk, en uke etter besøket, var det flere som visste hvilke tjenester kommunen hadde å tilby. Noen visste det fra tidligere erfaring etter sykehusinnleggelse, mens andre hadde blitt kjent med tjenestene via venner og familie som hadde hatt behov for helse- og omsorgstjenester. Så hvordan skal en da sørge for at informasjon som blir gitt i FHB, kommer til nytte for 80-åringene, når de ikke husker den? Ved å legge vekt på kommunikasjonen med den eldre og en form for kartlegging i forkant av besøket, kunne det ha bidratt til at de eldre hadde husket informasjonen mer, ettersom det hadde vært mer av interesse for dem. På den måten vil informasjonen kunne bidra til at den eldre kan bo hjemme lengst mulig og ivareta funksjonsevnen og helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Skumsnes et al., 2015). Det er også et krav at helsepersonell som gjennomfører besøkene bør ha spesialkompetanse i form av både kunnskap om aldring og aldersforandringer. Fagpersoner (geriatiske sykepleiere) rapporterer om at de er opptatt av å skape en god dialog for å kunne snakke om det som er av betydning for den eldre. Slik kan fagpersonene løfte frem personens ressurser for å kunne fremme opplevelsen av mestring hos den enkelte (Skovdahl et al., 2015).

Noen informanter gir utrykk for at de føler det viktigste for dem med besøket er at de nå vet hvem de skal kontakte ved behov for helse-og omsorgstjenester. For dem var kontaktinformasjon til kommunen viktig, selv om de ikke følte de hadde behov for det ennå. Andre syntes besøket var positivt og de fleste var enige om at det var ingenting de savnet av informasjon i besøket. Studier viser ulike opplevelser eldre har med FHB (Førland & Skumsnes, 2017; Sjøbø, 2014; Skovdahl et al., 2015; Smedt, 2011). Noen opplevde at besøket førte til en styrking av tro på sin evne til å ta vare på egen helse, mens andre ikke følte besøket hadde noe verdi, da de anså seg selv som friske og spreke og ikke var motivert til å ta til seg informasjon om helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter (Førland & Skumsnes, 2017). I Tøien et al. (2014) sin studie fant de ut at eldre hadde vanskelig for å forstå hensikten med besøket og de etterlyste informasjon i forkant for å kunne forberede seg mer (Smedt, 2011), mens resultatene etter jevnlig hjemmebesøk over seks til elleve år, viste at FHB bidro til å skape trygghet ved at de hadde en fast kontaktperson de kunne henvende seg til når de skulle trenge det (Sjøbø, 2014). Disse resultatene samsvarer med denne studien der flere eldre synes det er godt å ha en plass å kontakte i kommunen når de skulle få behov for det.

Informantene er godt fornøyd med samtalen med kommunens representant og bemerket at de syntes samtalen var god og saklig, med tydelig kommunikasjon over det de fikk informasjon om. Selv om noen mente de ikke hadde behov for all informasjonen de fikk, så mente de at det var godt å få det sagt muntlig og at det var kjekt å vite hva besøket gikk ut på. Flere studier viser til at eldre rapporterer om tilfredsstillende samtale med kommunens representant og at de er godt fornøyd med FHB. I Sjøbø (2014) sin studie fikk de eldre en opplevelse av at noen viste omsorg for dem og at de ikke var glemte. Tøien et al. (2015) konkluderte med at de eldre opplevde besøkene som betryggende og at besøket bidro til at eldre kunne føle mestring i eget hjem. På den annen side rapporteres det også om at besøket kan bidra til at de eldre føler seg overvåket og at de eldre tenker besøket er for at kommunen skal holde oversikt over sine eldre innbyggere (Heggelund, 2012; Sjøbø, 2014). Samtalen skal stimulere til god helse, mestring og deltagelse, og for å kunne oppnå det, er det viktig at kommunikasjonen mellom bruker og helsepersonell bygger opp en relasjon som bidrar til å skape tillit for å nå fram med helseinformasjonen (Førland & Skumsnes, 2017; Heap, 2012; Smedt, 2011). Eldre har også gitt uttrykk for at de syntes det har vært greit

å opprette ”kontakt” med kommunen mens de ennå var friske, da alt kan bli mer komplisert når en først blir syk (Skovdahl et al., 2015).

6.3 Informasjonens påvirkning

En informant ønsker seg en oversikt med informasjon over hvor en kan henvende seg i kommunen når en har behov for helse- og omsorgstjenester. Hun etterlyser en brosjyre, slik de andre brosjyrene som er vanlige å gi ut ved FHB, men med mer konkrete navn de kan spørre etter og med telefonnummer de kan ringe. Hun mener eldre har behov for detaljert informasjon om hvordan de skal gå frem, når de trenger det. Selv om brosjyren med kommunens aktiviteter og tjenester er ganske detaljert, kommer det ikke alltid frem like mye detaljer som informanten ønsker. Dette behovet for konkret og skriftlig informasjon kan sees i sammenheng med at eldre har vanskeligere for å lære seg nye ting, og å tilpasse seg nye situasjoner (Bondevik, 2009). Ikke minst kan det være krevende for en 80 åring å ta til seg all den informasjonen som blir tatt opp i hjemmebesøket. En av informantene nevnte at hun syntes det var mye informasjon på en gang, og at det var derfor hun ikke kunne huske alt. Mye stimuli, i form av en stor mengde informasjon på en gang, kan føre til at eldre trekker seg tilbake. Dette kan føre til at de blir forvirret og dermed mister konsentrasjonen, slik at de går glipp av viktig lagring i LTH (Daatland & Solem, 2011; Heap, 2012).

Selv om ingen av informantene savner noe informasjon i besøket, så er det likevel et ønsket om å få samme type informasjonstilbud til eldre som bor i borettslag og sameier. Det kommer frem at mange eldre sitter mye alene, og at de må få noe å bli engasjert i. Et foredrag med samme informasjonsinnhold som i FHB, vil få eldre til å komme seg ut og bli engasjert i noe. Det har i noen kommuner blitt praktisert felles samlinger for 75-åringene, eller andre års grupper etter hvem kommunen anser som aktuelle. Seniorene får invitasjon via brev hvor de blir invitert til seniorkonferanse. Konferansen skal informere om kommunens helsefremmende arbeid og hvordan eldre selv kan planlegge fremover for å ivareta egen helse (Modum Kommune, 2017; Stavanger Kommune, 2017). Andre alternativer til informasjonsarbeid slik som det etterlyses, er helsestasjon for eldre, slik de har i Harstad kommune. Helsestasjonen er rettet mot eldre over 67 år som bor hjemme, og har tilbud som hjemmebesøk til alle 80-år og temakvelder for 70- og 75-åringene. Helsestasjonen er et forebyggende og helsefremmende tilbud (Helse-og

omsorgsdepartementet, 2018). Andre årsaker til at informantene ikke savnet noe informasjon, kan være at de selv er engasjert i sosiale medier og via der blir informert om det som de trenger. Både tv og radio er viktig for eldre, fordi de føler et forpliktelse til og et samfunnsansvar for å følge med (Vik, 2015).

Ingen av informantene har gjort noen endringer i etterkant av besøket, selv om noen sier de har gjort seg noen tanker om hva de skal gjøre. Noen har tenkt å begynne med øvelser på en stol, og andre skal gå til innkjøp av brannteppe som de ble anbefalt under besøket. De fleste er godt fornøyd med hvordan de har det, og kommer ikke til å gjøre noen endringer i hverdagslivet i etterkant av besøket. Mesteparten av informasjonen er de fleste eldre klar over, og en uke etter besøket, er det ingen av informantene som har latt seg påvirke til å gjøre noen endringer. Noen kommer allikevel med forslag over hva de har *tenkt* å gjøre i etterkant av besøket, så det viser at de har lært noe som de husker, som de skal gjøre noe med.

7.0 KONKLUSJON

Avsluttende vil det svares på studiens forskningsspørsmål, før det til slutt gis en redegjørelse for hvilke implikasjoner funnene kan ha for videre forskning og praksis. Denne studiens problemstilling er:

Hvordan opplever eldre på 80 år informasjonen som blir gitt under forebyggende hjemmebesøk og hva bidrar informasjonen til for de eldre?

7.1 Svar på forskningsspørsmål

Hvilken informasjon blir gitt under FHB?

Under FHB blir det gitt informasjon om aktivitets og treningstilbud i kommunen, om kosthold med 12 råd fra Helsedirektoratet, fysisk aktivitet med diverse øvelser en kan gjøre i hjemmet, hvordan sørge for trygghet i hjemmet og generell informasjon om FHB med kontaktinformasjon. I tillegg kan det være behov for informasjon ved sterkt nedsatt hørsel/syn, behov for ekstra næring eller ved tidlig oppfølging når en har fått demens.

Hvordan forstår eldre informasjonen som blir gitt i FHB?

Informasjonen som blir gitt under FHB er noe alle 80-åringene var fornøyd med. Ut fra deres opplevelse med informasjonen, var det mye av informasjonen som de forsto godt. Spesielt konkret informasjon som fysisk aktivitet og kosthold var noe de benyttet seg godt av. De er også flinke til å ta sikkerheten i hjemmet på alvor og viser kunnskap om hvordan de kan forebygge ulykker i hjemmet selv. Informasjon som handlet om kommunens tjenester, var de mer usikker på og kunne lite om før hjemmebesøket.

Hvordan påvirker informasjonen eldres hverdagsrutiner?

Informasjonen ser ut til å ha påvirket 80-åringenes hverdagsrutiner i liten grad. De fleste eldre er godt fornøyd med hvordan de lever, og mener de gjør det rette slik de har det i dag. Resultatene viser at noen har latt seg påvirke i den grad det de har blitt ”minnet” på det som de egentlig visste fra før. Ellers har de eldres erfaringer med informasjonen i forebyggende hjemmebesøk tydeliggjort deres behov for ønsket om detaljert fremgangsmåte ved behov for helse- og omsorgstjenester og informasjonsforedrag for borettslag.

Oppsummert erfarer eldre 80-åringer informasjonen i forebyggende hjemmebesøk som tilfredsstillende, selv om de husker lite av den. Informasjonen bidrar ikke til store forandringer i eldres hverdagsliv, men kan i noen tilfeller ha en positiv innvirkning som en påminnelse om betydningen av fysisk aktivitet og kosthold for å kunne bo hjemme lengst mulig.

7.2 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av resultatene til i denne studien anbefales følgende for praksisfeltet knyttet til forebyggende hjemmebesøk:

- Se på muligheten for å kartlegge den eldre i forkant av besøket
- Tilpasse informasjonen med brosjyrer ut fra hva den enkelte anser som nødvendig
- Detaljert brosjyre med fremgangsmåten dersom behov for helse- og omsorgstjenester
- Dele ut informasjon om kommunens tjenester for det distriktet den enkelte hører til, og ikke generelt for hele kommunen
- Større fokus på individualisering av informasjonen

7.3 Videre forskning

Denne studien har ikke dekket data knyttet til hvordan samtalen foregår mellom brukeren og helsepersonellet i det forebyggende hjemmebesøket. Det bør gjennomføres observasjonsstudier som kan utdype kommunikasjonen mellom partene når den foregår i sann tid. Det bør i tillegg gjennomføres forskning knyttet til effekten av besøket i forhold til i hvor stor grad besøket fører til endringer etter besøket umiddelbart og over tid, samt kartlegging av hvilke endringer som er mest fremtredende. Det kan også være behov for mer forskning på hvorfor eldre ikke ønsker besøket, og hva de begrunner det med, når vi vet at de får informasjon om at helsesamtalen kan være nyttig selv for de som er friske og har god helse.

LITTERATURLISTE

- Bang, T. & Rød, A. (2003). *Informasjon og samfunnskontakt*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Bondevik, M. (2009). *Gammel og frisk. Om gerontologi og hundreåringer*. Bergen: Filio forlag.
- Dahl, T. E. (2005). Gammel og glemsk- kanskje bare gammel eller bare glemsk. I R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 177-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- dsb, D. f. s. o. b. (2012). Tønsberg: Justis og beredskapsdepartementet.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Elster, E. (2001). *Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker...* Oslo: Kommuneforlaget.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. En oppsummering av kunnskap.
- Granum, V. (2003). *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon-minner-kriser-sorg* (4 utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Heggelund, M. (2012). *Eldres erfaringer med med førstegangshelsefremmende og forebyggende hjemmebesøk* (Mastergradsavhandling). Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/142082/Master2012Heggelund %282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/142082/Master2012Heggelund%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. (2011-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2016). *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. (1-2/2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48b0a60f9bf04acdad5b/rundskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf>.
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Helsedirektoratets kostråd* [Brosjyre].
- Helsedirektoratet. (2016). *Øvelser som holder deg i form, 65+* [Brosjyre]. Trondheim: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2017). *Etablere forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok/etablere-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning m.v. 20 juni 2008*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
- Helstrup, T. (2005). *Persnlig kognisjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdøm. Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjort-Hansen, J. (2001). I N. C. Gulmann (Red.), *Gerontopsykiatri*. København: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D. I. (2015a). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse-og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2015b). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ModumKommune. (2017). *Seniorkonferanse for 75- og 76- åringer*. Hentet fra <https://www.modum.kommune.no/seniorkonferanse-for-75-og-76-aaringer.6019901-316479.html>
- Mølstad, S. (2004). *godt informasjonsarbeid*. Oslo: Landbruksforlaget.
- NSD. (22.01.2018). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet 14.04.2018 fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- NSD. (22.03.2017). *Informasjon og samtykke*. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/
- Nygaard, H. A. (Red.). (2006). *Tverrfaglig geriatri. En innføring (2 utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- REK. (26.06.2015). *Eksempler på virksomheter som skal søke REK*. Hentet fra https://helseforskning.etikk.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dim=34998

- Romøren, T. I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid* (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Selmer, Å. W. (1997). Pasientinformasjon-undervisning. En utfordring for sykepleiere. *SAGE journals*, 17(1), 11-17. doi: 10.1177/205715859701700103
- Sjøbø, B. A. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Hvordan eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem* (Mastergradsavhandling, Diakonhjemmet høgskole, Lovisenberg diakonale høgskole). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/225692/Masteroppgave2014BjoergAspenesSjoeboe.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015b). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 62-71 ER.
- Skumsnes, R., Sønnøve, T., Alsvåg, H. & Førland, O. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger*. Senter for omsorgsforskning vest: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester.
- Smedt, S. (2011). *Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk. En teoretisk og empirisk studie av betydningen forebyggende hjemmebesøk kan ha for å fremme helse hos seniorer*. (Mastergradsavhandling Universitetet i Tromsø). Hentet fra <http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/3517/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- StavangerKommune. (2017). *Seniorkonferanse for 75- åringer*. Hentet fra <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehuset-stavanger/forebyggende-hjemmebesok/-seniorkonferanse-for-75-ringer>
- Thagaard, T. (2016). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tøien, M., Bjørk, I. T. & Fagerström, L. (2015). Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700-712. doi: 10.1177/1049732314553595
- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A study of Experiences after a first visit. *Nursing Research and Practice*, 2014, 8. doi: 10.1155/2014/640583
- Vifladt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk- samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltagelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Intervjuguide:

Bakgrunnsinformasjon:

Kan du fortelle litt om alderen din og bosituasjon?

Kan du fortelle litt om ditt familie og sosiale nettverk?

Hvilke fritidsinteresser har du?

Hvem fikk du besøk av (sykepleier eller fysioterapeut)?

1)Forebyggende besøk for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov

Hva slags informasjon fikk du for å avdekke funksjonssvikt?

Hvilken informasjon fikk du for å avdekke hjelpebehov?

Hvordan opplevdes det å snakke om funksjonssvikt og hjelpebehov?

Hva har denne informasjonen bidratt til?

2)Forebyggende besøk for å forebygge skader og ulykker

Hvordan opplevde du informasjonen om sikkerhet i hjemmet(brannsikkerhet, fallrisikoer, indre/ytre risikoer)?

Hva har informasjonen om sikkerhet i hjemmet bidratt til?

3)Forebyggende besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester,

Hvordan opplevde du rådene om fysisk aktivitet?

Hvordan opplevde du å snakke om kostholdet ditt?

Hvordan opplevde du å snakke om ditt sosiale nettverk?

Hvilken informasjon fikk du om kommunens tjenester?

Hvordan opplevdes det å snakke om utfordringene som kan komme i eldre år?

Hva har denne informasjonen bidratt til?

4)Forebyggende besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtalen

Hvordan opplevdes samtalen med kommunenes representant?

Hvordan syntes du informasjon ble formidlet?

Har du noen eksempler....

Kan du fortelle meg om det var noe du savnet av informasjon?

Hadde du behov for informasjon utover det som var fastlagt?

(demens, kostholdsråd, nedsatt syn/hørsel....)

Til slutt, har du noe du vil legge til? Noe som du ikke har blitt spurt om? Noe du vil tilføye?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Informasjon gitt i forebyggende hjemmebesøk- opplevelser og hva det kan bidra til”

Bakgrunn og formål

Studiens hensikt er å undersøke hva informasjonen som blir gitt på hjemmebesøkene bidrar til for eldre som får forebyggende hjemmebesøk. Studien ønsker å se om de eldre er tilfreds med informasjonen som blir gitt og om det er noen mangler, eller noe som kan forbedres. Studiens problemstilling:

”Hvordan opplever eldre informasjonen som blir gitt under forebyggende hjemmebesøk og hva kan det bidra til?”

Dette er en selvstendig masterstudie som gjøres ved Universitet i Stavanger, uten samarbeid med andre oppdragsgivere eller institusjoner.

Du som har tatt imot tilbudet Forebyggende hjemmebesøk spørres om å delta i denne studien på bakgrunn av studiens formål. Utvalget blir gjort av de som jobber i Forebyggende hjemmebesøk.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Innsamling av data vil skje ved et forskningsintervju der formålet er å få frem respondentene sine opplevelser av den informasjonen de får under hjemmebesøkene. Intervjuene vil ta ca 1-1 1/2 time. Intervjuene vil skje ved hjelp av en intervjuguide. Temaer som blir aktuelle å fokusere på i denne studien vil være hvordan de eldre opplevde informasjonen, og om informasjonen god nok og eventuelt om det er noe som kan tilføyes for å bedre informasjonen som blir gitt under hjemmebesøkene. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. De som vil ha tilgang til innsamlet data vil være masterstudenten selv og veileder. Lydbånd, koblingsnøkkel og transkribering skal ikke oppbevares sammen, og skal låses med brukernavn og passord og være utilgjengelige for utenforstående.

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenningse opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven når den er ferdig og resultatene ferdigstilles. Prosjektet skal etter planen avsluttes 1 juni, 2018. All datainnsamling (lydfil og øvrig data) slettes i slutten av 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Diana Bjorkan mobil nr: 416 159 59, eller veileder Karina Aase nr: 51831434.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.



Karina Aase

4021 STAVANGER

Vår dato: 23.01.2018

Vår ref: 58042 / 3 / LAR

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 29.12.2017 for prosjektet:

<i>58042</i>	<i>Informasjon gitt i forebyggende hjemmebesøk- opplevelser og hva det kan bidra til</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Karina Aase</i>
<i>Student</i>	<i>Diana Bjørkan</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
 NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no