

Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk.

En teoretisk og empirisk studie av betydningen
forebyggende hjemmebesøk kan ha for å fremme
helsen hos seniorer.

Svenja De Smedt

Mastergradsoppgave i helsefag
Institutt for helse- og omsorgsfag
Det helsevitenskaplige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2011

FORORD:

Det har vært et privilegium og en glede å være masterstudent på helsefag. Jeg takker samtlige medstudenter og forelesere for to spennende studieår.

Hjertelig takk til de fem seniorenene som var villig til å bruke sin tid og dele sine opplevelser med meg. Uten Dere ville jeg ikke kunne gjennomføre ideen om å skrive denne masteroppgaven. Jeg vil også takke sykepleierne i de aktuelle kommunene, for deres hjelpsomhet med rekruttering av informanter.

Til slutt vil jeg rette en stor takk til min veileder, Aud-Mari Sohini Fjelltun, for den gode og systematiske veiledningen du har gitt meg.

Tusen takk.

Svenja

SAMMENDRAG:

Antallet eldre forventes å øke kraftig de neste årene. Derfor er det et behov for å iverksette tiltak av forebyggende og helsefremmende karakter til eldrebefolkningen. Forebyggende hjemmebesøk (FHB) er et tilbud der målet er å støtte seniorene, slik at de kan mestre eget liv lengst mulig. På tross av at det anses som viktig at seniorene selv er aktive medspillere i planleggingen og utformingen av tilbudet, viser seg å være lite forskning som beskriver hvordan seniorene opplevde å få FHB.

Hensikten med denne studien var å belyse seniorenes opplevelse av FHB, og undersøke om tilbudet kunne bidra å fremme seniorenes helse. Hvordan seniorene *forstod* tilbudet, hvordan de *håndterte* informasjonen som ble gitt under FHB, og om livet opplevdes som *meningsfullt* i nåtid og framtid, ble sentralt i dette arbeidet. Begrepene har sitt utspring i Antonovskys (2009) teori om salutogenese og danner også oppgavens analytiske inngang. Studien har en kvalitativ tilnærming, der det empiriske materialet er samlet inn gjennom intervju av fem hjemmeboende seniorer som hadde mottatt FHB i løpet av 2011. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide i henhold til formålet med oppgaven, men i en åpen form som inviterte informantene til å fortelle om hvordan de mestrer hverdagslivets utfordringer.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009) har en sentral plass i denne studien. Gjennom reformen, som iverksettes i 2012, legges føringer som resulterer i at kommunene får et større ansvar for det forebyggende arbeidet. Dette kan få implikasjoner for den videre praksisen i forhold til FHB.

Studiens hovedfunn er at ressurssterke seniorer også kan ha et behov for FHB. De øvrige funnene viser at mer informasjon i forkant kan være gunstig for forståelsen av hva tilbudet innebærer. Det er viktig å etablere et tillitsforhold mellom senioren og sykepleieren for å nå fram med helseinformasjonen. Oppfølgingsbesøk kan være av betydning også for ressurssterke seniorer, da det kan fungere som en påminner om risikofaktorer. Samtidig gir det en mulighet til å oppdatere informasjonsmappen som blir utlevert ved første møte. Disse

funnene kan være av betydning for hvordan senioren håndterer råd og veiledning som blir gitt under FHB og om senioren opplever FHB som betydningsfullt og nyttig. Jeg antyder at det kan være hensiktsmessig å tilby intervensjonen ved 75-årsalder, da det er ønskelig å komme på et tidspunkt der senioren fortsatt har mulighet til å ta noen grep om sitt eget liv.

Nøkkelord: Forebyggende hjemmebesøk, ressurssterke seniorer, Samhandlingsreformen, Salutogenese.

SUMMARY:

The number of elderly people is expected to increase during the years to come. That is why there is a need to implement preventive and health promoting measures to the elderly population. Preventive home visits (PHV) aims to support the elderly to cope their own life for as long as possible. Even though it is considered important that the elderly participate in the planning and forming of the home visits, there are few studies describing how they experience them.

The purpose of this study was to illuminate how the elderly experienced PHV and to examine if PHV could contribute to health promotion in the elderly population. The essence/ of this paper/theses is How do the elders *comprehended* the offer of home visitors, how they *managed* information given from PHV and as a result of this, if they experienced the present and the future in a more *meaningful* way is central questions in this theses. These terms origin from Antonovskys (2009) theory about salutogenesis, and they also form the analytical framework of this study. The study had a qualitative approach where the empirical material was collected through interviews with five elderly who still lived in their own home and had received PHV during 2011. The interviews were performed using an interview guide according to the purpose of the study, but had an open form which invited the informants to tell how they handled the challenges of everyday life.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009) is central in this study. This reform, which will be implemented in 2012, will have implikations for the municipality (kommune) who has to take more responsibility for this kind of preventive work. This might affect the further practice of PHV.

The main finding of this study is that resourceful seniors also might need PHV. Other findings shows that more information prior to PHV can be beneficial to the understanding of what the resourceful seniors imply. It is important to establish a trusting relationship between the senior and the nurse to ensure that the information is understood. Follow-up visits might be of

importance also to resourceful seniors because they can be reminded of risk factors. Follow-up visits can also be used to update the information folder which is given out at the first PHV. These findings might have significance to how the elderly understand the advice and guidance which is given during PHV and to if they see PHV as meaningful. I indicate that it can be advantageous to offer the PHV intervention at the age of 75 years which is a time where the elderly still has the opportunity to make changes in their own life.

Keywords: Preventive home visits, resourceful seniors, Samhandlingsreformen, salutogenesis

INNHALDSFORTEGNELSE:

1.0 INNLEDNING.....	8
1.1 Bakgrunn for undersøkelsen.....	8
1.2 Presisering av problemstilling og forskningsspørsmål.....	9
1.3 Oppgavens struktur.....	10
2.0 TEORETISK FORSTÅELSESRAMME.....	11
2.1 Forebyggende hjemmebesøk.....	11
2.2 Beskrivelse av FHB i to mellomstore norske kommuner.....	13
2.3 Samhandlingsreformen.....	15
2.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid til eldre.....	16
2.5 Helsefremmende atferd.....	20
2.6 Salutogenese.....	21
3.0 TIDLIGERE FORSKNING.....	24
4.0 METODOLOGI OG METODE.....	26
4.1 Bakgrunn for valg av metode.....	26
4.2 Forforståelse og vitenskapsteoretisk ståsted.....	27
4.3 Forberedelser og gjennomføring av intervju.....	29
4.3.1 Gjennomføring av intervjuene.....	30
4.4 Transkribering av intervjuene.....	31
4.5 Ethiske overveielser.....	34
4.6 Studiens troverdighet og overførbarhet.....	35
4.7 Presentasjon av informantene.....	36
5.0 PRESENTASJON AV FUNNENE I DET EMPIRISKE MATERIALET.....	37
5.1 Å forstå hensikten med FHB.....	38
5.1.1 Å undre seg og føle en usikkerhet over å bli kontaktet.....	38
5.1.2 Å se eget eller andres behov for FHB.....	39
5.1.3 Hovedinntrykket av FHB.....	40
5.2 Å håndtere informasjon og veiledning.....	41
5.2.1 Å få muntlig og skriftlig informasjon av sykepleieren.....	41
5.2.2 Å ta forhåndsregler av preventiv art.....	44
5.2.3 Å forstå sin egen alder.....	46

5.2.4	Å følge opp råd fra sykepleieren.....	46
5.2.5	Å delta på aktivitetstilbud som ble presentert under FHB.....	48
5.3	Å oppleve livet meningsfullt i nåtid og framtid.....	49
5.3.1	Tidligere erfaring med sykdom og helsehjelp, fra eget liv eller som pårørende.....	50
5.3.2	Forventninger om helsehjelp i framtiden.....	51
5.3.3	Å tro på egne ressurser i nåtid og framtid.....	52
5.3.4	Betydningen av å ha ressurser i omgivelsen	53
6.0	DRØFTING AV BETYDNINGEN FHB HAR FOR HELSEFREMNING HOS SENIORER.....	55
6.1	Seniorer- en sammensatt gruppe.....	55
6.2	Ressurssterke seniorer kan også ha nytte av FHB.....	57
6.3	Betydningen av FHB påvirkes av relasjonen mellom senioren og sykepleieren.....	61
6.4	God informasjon i forkant av FHB kan styrke forståelsen av tilbudet.....	64
6.5	Det er behov for oppfølgingsbesøk hos ressurssterke seniorer.....	65
6.6	Målgruppen for FHB bør være 75 åringer.....	68
6.7	Implikasjoner for videre praksis av FHB.....	72
6.8	Styrker og svakheter ved oppgaven.....	76
7.0	AVSLUTNING.....	78
	REFERANSELISTE	
	VEDLEGG	
	Godkjenning fra REK	
	Godkjenning fra NSD	
	Forespørsel til sykepleier	
	Forespørsel til senioren	
	Intervjuguide	

1.0 INNLEDNING

“Forebygging er et viktig element i Samhandlingsreformen. Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap med bortfall fra skole og yrkesliv, og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling” (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-09:83).

1.1 Bakgrunn for undersøkelsen

Etter 2010 (når de store etterkrigskullene blir pensjonister) vil andelen eldre (67 år og over) øke til 19 prosent av befolkningen i 2030 og 22 prosent i 2050. Det betyr at i 2060 kan antallet eldre nå om lag 1,5 millioner (Statistisk sentralbyrå 2010). Dette kan medføre et økt behov for forebyggende og helsefremmende arbeid også i den eldre delen av befolkningen. Derfor ser man behovet for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå raskt faller. Men selv om det er alminnelig enighet blant fagfolk om at forebyggende arbeid er viktig i eldre år, er en av utfordringene å finne overbevisende dokumentasjon for nytten av slikt arbeid (Rubenstein og Stuck 2001).

Forebyggende helsearbeid blant eldre er ikke lovpålagt norske kommuner, og det har derfor i liten grad blitt vektlagt. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47, er en begynnelse på en nytenkning der forebygging anses som viktig i alle faser av livet, og man antar at forebygging vil ha positive individ- og samfunnsøkonomiske virkninger. I reformen vises til et behov for bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt, og å kartlegge påvirkningsfaktorer for god og henholdsvis dårlig helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-09).

Veenstra, Daatland og Lima (2009) viser til at helse henger sammen med helseatferd, derfor er helseatferd viktig også i høy alder. Samtidig vet vi lite om hvilke sider av helsen og helseatferden som er av særlig betydning i eldre år (Veenstra mfl. 2009). Dette gjør det vanskelig å vite om helsetjenester til gamle prioriteres rett, eller om man gir for mye av unyttige og for lite av nyttige helsetjenester. Derfor er det et behov for mer kunnskap om forebyggende- og helsefremmende arbeid rettet mot den eldre delen av befolkningen.

Forebyggende hjemmebesøk (FHB) er et tiltak som er iverksatt på bakgrunn av den forventede eldrebølgen¹, og de utfordringer dette vil medføre. Forebyggende hjemmebesøk er et helsetjenestetilbud der målet er å forebygge mer for å reparere mindre. Det er et tiltak der man ønsker å støtte den eldre delen av befolkningen i deres hverdag, der en tar sikte på å fremme helse og å hindre sykdom.

Som sykepleier med praksis både fra medisinsk spesialisert avdeling og kommunehelsetjenesten, er møter med de eldre en del av min arbeidshverdag. Bekymringene rundt framtidens eldreomsorg engasjerer meg. Jeg ble derfor både nysgjerrig og interessert da jeg fikk kjennskap til tilbudet FHB. Hensikten med denne studien er å belyse fenomenet FHB, senioren opplevelse av FHB, og betydningen FHB kan ha for å fremme seniorennes helse.

1.2 Presisering av problemstilling og forskningsspørsmål:

En kartlegging av FHB til eldre i norske kommuner konkluderer med at de eldre selv burde inkluderes mer i planleggingen av tilbudet (Pettersen og Wyller 2005). Det forsterket min tanke om at masteroppgaven måtte bli en studie som belyste seniorennes egen opplevelse av FHB. Oppgavens problemstilling er;

Hvordan opplevde fem seniorer å få forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning kan fenomenet forebyggende hjemmebesøk ha for å fremme helse hos seniorer?

¹ Befolkningsframskrivninger gjort av Statistisk sentralbyrå viser at Norge på lang sikt (2010-2060) vil få en betydelig eldre befolkning. Årsaken til dette er høye fødselskull fra midten av 1940-tallet til midten av 1970-tallet og høyere levealder (Statistisk sentralbyrå 2010)

Problemstillingen søktes besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplevde senioren å få et forebyggende hjemmebesøk, og mener senioren selv at besøket har ført til noen endringer i hans/hennes tankemønster og levesett som kan virke forebyggende og/eller helsefremmende?

Forskningsspørsmålet belyses gjennom intervjuer med seniorer som har fått FHB. Intervjuene utgjør det empiriske materialet i studien. Problemstillingen søkes besvart gjennom analyse av det empiriske materialet, tidligere forskning og studiens teoretiske forankring.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven består av syv kapitler. I første kapittel har jeg presentert bakgrunnen for studien og min hensikt med å gjennomføre den. Deretter introduser jeg studiens problemstilling og derunder forskningsspørsmålet som har fungert som et redskap for å få kjennskap til de fenomener som undersøkes.

I kapittel 2 forankrer jeg studiens teoretiske ståsted, og avgrenser samtidig oppgavens fokus. Først presenteres teori om FHB, deretter beskriver jeg hvordan FHB gjennomføres i to middelstore norske kommuner. Dette ble gjort fordi det viste seg å være forskjeller i hvordan FHB praktisertes i kommunene. Presentasjonen er dog kortfattet og beskriver ikke alle forskjellene, men hensikten er å gi leseren en innsikt i hva tilbudet kan omhandle. Jeg presenterer så deler av Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009), som legger føringer på organiseringen av det forebyggende arbeidet i kommunene. For å forstå hva som menes med forebyggende arbeid til eldre viser jeg til politiske dokumenter og annen relevant teori om temaet. Jeg valgte å ha et eget avsnitt om etablering av relasjoner og aspekter ved helseatferd, da det ville være av betydning for hvordan preventive råd ble håndtert etter FHB. Tilslutt presenterer jeg Aron Antonovskys (2009) teori om salutogenese. Sentralt i teorien er begrepene forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Disse begrepene legger grunnlaget for opplevelse av sammenheng (OAS) og vil være en rød tråd gjennom hele oppgaven.

I kapittel 3 viser jeg til tidligere forskning som er gjort på feltet, og plasserer denne studien i en større sammenheng. Herunder synliggjør jeg hvorfor studien var av betydning å gjennomføre. Deretter presenteres den metodologiske tilnærmingen i kapittel 4. Her redegjør jeg for min forforståelse og mitt vitenskapsteoretiske grunnsyn, som er hermeneutisk. Det salutogenetiske perspektivet (Antonovsky 2009) vil også her synliggjøres. I samme kapittel gjør jeg rede for metoden, kvalitativt intervju, som er anvendt for å samle inn og analysere det empiriske materialet. Jeg viser til hvordan informantene ble rekruttert, hvordan intervjuene ble gjennomført og transkribert. Det var et bevisst valg å vie god plass til analyseprosessens ulike faser, da det kunne gi leseren mulighet til å følge meg i mitt arbeid. Dette kan styrke oppgavens troverdighet. Videre redegjør jeg for etiske overveielser før jeg til slutt kort presenterer informantene, med ønske om at leseren bedre forstår presentasjonen av studiens empiri.

Kapittel 5 er en presentasjon av de empiriske funnene i materialet. Kapitlet er delt inn i tre temaer som videre deles inn i sub-temaer. Jeg har lagt vekt på at seniorennes stemmer skal framkomme av materialet, sitatene deres er merket med kursiv. De viktigste funnene i studien drøftes i kapittel 6. Drøftingen løftes fram ved hjelp av tidligere forskning og studiens teoretiske forankring. I denne delen drøfter jeg også hvilken aldersgruppe som kan være hensiktsmessig å tilby FHB til, før jeg tilslutt drøfter hvordan funnene kan få implikasjoner for videre praksis av FHB. I kapittel 7 avrunder og oppsummerer jeg sentrale aspekt ved studien før jeg helt til slutt drøfter styrker og svakheter ved oppgaven.

2.0 TEORETISK FORSTÅELESERAMME

2.1 Forebyggende hjemmebesøk:

Forebyggende hjemmebesøk til seniorer pågår i flere norske kommuner (Pettersen og Wyller 2005). Intervensjonen tilbys seniorer som ikke mottar hjelp fra kommunehelsetjenesten, der en via informasjon, veiledning og råd ønsker å støtte opp under den enkeltes ressurser. Målet er at senioren skal kunne opprettholde og utvikle helse, trivsel og trygghet. I samtalen(e) tar en utgangspunkt i den enkeltes liv, ønsker og forventninger til hverdagen og fremtiden. Som oftest er det sykepleiere som gjør besøkene, men det kan også være andre kvalifiserte

personer. Det overordnede fokuset i FHB er den eldre funksjonsmessige, psykologiske, medisinske og sosiale ressurser og problemer (Pettersen og Wyller 2005, Vass, Avlund, Henriksen, Philipson og Riis 2007, Fagerström, Wikblad og Nilsson 2008).

Pettersen og Wyller (2005) sammenfattar svensk, dansk og internasjonal forståelse av hva virksomheten "FHB" omhandlet:

"Besøket skal være uoppfordret og oppsøkende, foregå i hjemmet og praktiseres individuelt. Intervensjonen skal fungere som en individuelt tilpasset råd- og veiledningstjeneste og ha en mangesidig agenda overfor hvert individ, slik at ulike problemer og ressurser kan drøftes. Besøkene skal følges opp og gjentas med regelmessig tidsintervall, ivaretas av personell med bred kunnskap om sosiale og helsemessige forhold og ha som hovedmål å bevare funksjonsevne og helse" (Pettersen og Wyller 2005:10).

I juli 1995 fikk Danmark en egen "lov om forebyggende hjemmebesøk til eldre m.v". Loven forplikter kommunene å tilby FHB minst 2 ganger i året til alle som er fylt 75 år minst. Formålet med loven er å skape trygghet og trivsel, yte råd og veiledning om aktiviteter og støttemuligheter (Lov 1995-12-20 nr. 1117).

I 1999-2002 vakte Sverige oppmerksomhet rundt sin statlige satsing på 46,25 mill. kroner til forsøksvirksomhet med FHB. Forsøket inkluderte et tjuetalls kommuner som iverksatte FHB. I en av kommunene ble det skilt ut en kontrollgruppe. Resultatene viste at det i besøksgruppen var færre akutte legebesøk, behovet for hjemmesykepleie gikk ned, og det ble registrert bedre mosjonsvaner. Erfaringene fra forsøket bidro til at svenske kommunale og statlige myndigheter begynte å betrakte eldreomsorgen fra en mer helsefremmende synsvinkel (Pettersen og Wyller 2005).

I Norge fikk vi i 1982 "lov om helsetjenester i kommunen". I lovens formålsparagraf (§1-2) heter det at "kommunen skal ved sin tjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold". Der formålet er å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Helsetjenesten skal også spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og

allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen (Helse- og omsorgsdepartementet 1982). Norge har altså en overordnet lovgivning, men ingen konkret lov om FHB til eldre², slik som Danmark har. Sosialkomiteens innstilling nr. 157 (2000-2001) viser imidlertid velvilje til å prøve ut ”oppsøkende og forebyggende hjemmesykepleie i eldreomsorgen”, også i Norge (Arbeids- og Sosialkomiteen 2001).

2.2 Beskrivelse av FHB i to mellomstore norske kommuner

For å gi leseren et innblikk i hvordan FHB kan gjennomføres i praksis, har jeg valgt å beskrive hvordan dette gjøres i to mellomstore norske kommuner. Jeg presenterer kort bakgrunnen for tilbudet, intensjonen med FHB, hvordan seniorene ble kontaktet, hvordan besøket utarter seg og hvilke oppfølging seniorene fikk i etterkant av besøket.

Intensjonen med FHB var i begge kommunene å gjøre folk i stand til å bo hjemme så lenge som mulig, samt å støtte senioren til å håndtere utfordringer i hverdagen. Ved å iverksette FHB kunne de kartlegge seniorens ressurser, men også bidra med råd og veiledning der en så utfordringer. Dette mente sykepleierne kunne bidra til økt trygghet hos seniorene.

Målgruppen i den første kommunen var seniorer på 75 år som tilhørte et geografisk område i kommunen som hadde få tilbud til seniorer. I den andre kommunen ble tilbudet gitt til 80 åringer, fordi man hadde erfart at det ikke var hensiktsmessig å gi tilbudet tidligere. Via et brev henvendte kommunene seg til målgruppen. Det ble presisert av sykepleierne at dette ikke var et lovpålagt tilbud, og at det var frivillig deltakelse. Seniorene ble informert om at det kun var en person som kom på besøk og at personen hadde taushetsplikt om alt som ble snakket om. Brevet i begge kommunene var utformet slik at senioren selv måtte takke nei hvis han/hun ikke ønsket FHB, da erfaringene tilsa at dette kunne føre til høy deltakelse. I brevet var det satt opp et tidspunkt for besøket som kunne endres hvis det ikke passet for senioren.

² En ny lov om folkehelse kommer i 2012, se punkt 2.4

Sykepleierne startet besøkene med å presentere seg og fortelle om bakgrunnen for FHB. Deretter ble det fortalt om erfaringer med FHB i andre kommuner og land, slik som at besøkene kunne ha en helsegevinst for denne målgruppen på sikt. Ulike aktiviteter kommunen kunne tilby, ulike hjelpemidler og måter å sikre hjemmet ble så presentert. Sykepleierne hadde med seg et samtaleskjema som støtte. Samtaleskjemaet var utarbeidet i samarbeid med andre norske kommuner. Det ble likevel lagt til rette for at senioren selv kunne bestemme innholdet i besøket. I utgangspunktet var det satt av en time til samtalen, men noen ganger var besøket kortere, og andre ganger adskillig lengre enn en time.

Under besøket ble det samlet opp data om kjønn, hvor mange som hadde mottatt brev, hvor mange som takket ja eller nei, hvor mange som bodde i enebolig, hvor mange som bodde i leilighet, om de hadde heis eller trapper, om de bodde alene eller sammen med noen, om de hadde barn, om de var sosialt aktive, om de deltok i organiserte fritidssystemer, var med i lag og foreninger, eller om de hadde noen hobbyer. De eldre samtykket til at denne informasjonen kunne lagres i en database i anonymisert form.

I tillegg hadde kommunene utarbeidet et informasjonshefte om noen av tilbudene og aktivitetene som de kunne tilby. Informasjonsheftet fikk senioren tildelt på besøksdagen. Sykepleieren og senioren diskuterte hvilke aktiviteter senioren kunne delta på. I den første kommunen varierte tilbudene fra trimgrupper, gågrupper på forskjellig nivå og kulturelle innslag i samarbeid med aktuelle aktører. I den andre kommunen presenterte de aktivitetene som var tilgjengelig på det godt etablerte seniorsenteret. Sykepleierne la vekt på fysisk aktivitet med trening av balanse og muskelstyrke. Det viste seg å være store forskjellene på hvor sosialt aktiv senioren var.

Under besøket hadde sykepleierne og senioren i tillegg dialog om sikkerheten i hjemmet. De så på ting som fungerte godt, og det som ikke fungerte så bra. Senioren fikk også informasjon om ulike typer hjelpemidler. Dette gav senioren en mulighet til å orientere seg på markedet og få ideer om hjelpemidler som kunne gi økt trygghet i hverdagen. I løpet av samtalen kunne

sykepleieren komme med forslag om sklisikring av trapper og gulv, gelender på trappen eller bedre lysforhold. Sykepleierne informerte også om risikofaktorer som ”eselører” på teppene, matter på gulvene, ledninger på gulvet, eller håndveska som ble plassert på gulvet og som kunne føre til fallulykker. I en av kommunene hadde de også med seg antiskli for å vise fram til seniorene. De samtalte også om brannforebyggende tiltak som brannvarslere, tilgjengelighet av brannslukningsapparat og komfyrvakt. Seniorene måtte selv utbedre problemområdene, hvis det var noen. Seniorene ble også oppfordret til å være deltakere i å utforme aktivitetstilbudene.

2.3 Samhandlingsreformen.

Framtidens helsepolitikk og norske kommuner står ovenfor store utfordringer som ikke bare handler om å forhindre sykdom, men også om å fremme og vedlikeholde helse. Samhandlingsreformen, er av spesielt stor betydning for min studie, ettersom et av reformens hovedmål er å sette i gang forebyggende tiltak i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Reformen er styrende for hvordan forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunene skal utføres og prioriteres. Reformen beskriver at det er mange forhold som er med på å skape samhandlingsproblemer i helse- og omsorgstjenestene³. Under skisseres noen av hovedutfordringene:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld 47: 21-24).

I Stortingsmeldingen forsøker en å identifisere problemene og å formulere tiltak. Punkt nummer 2 og 3 er spesielt relevante i forhold til denne studien.

³ Helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen uttalte, 25 mai 2010, at Samhandlingsreformen kom fordi det var den beste og kanskje eneste oppskriften på hvordan en kunne redde det norske helsevesenet. Ideologien var enkel og hadde bred oppslutning. Med eldrebølgen måtte sykdom forebygges, og flere friske leveår for alle sikres. Spesialisthelsetjenestene skulle kun brukes når det ikke var andre alternativer (Tale ved Samhandlingskonferansen i Tromsø 2010).

Tidligere politiske føringer har hatt et sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner. Med Samhandlingsreformen ønsker en å få et større fokus på primærforebygging og tidlig intervensjon. Dette begrunnes med at en tilrettelegging av tjenestetilbudet tidlig i forløpet i mange tilfeller kan hindre sykdomsutvikling. Dette kan gi befolkningen en helsegevinst, og samtidig gi en samfunnsøkonomisk gevinst, fordi kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn dyre spesialisthelsetjenester (St.meld 47:24). Befolkningsframskrivninger viser at vi vil få en betydelig økning i antallet eldre (SSB 2010). Dette forsterker argumentet, ettersom flere eldre sannsynligvis vil medføre at flere blir syke og får behov for helse- og omsorgstjenester. Økt levealder og antall eldre vil føre til store omsorgsutfordringer i framtiden, og utgiftene til den kommunale omsorgstjenesten vil øke kraftig.

Gjennom Samhandlingsreformen ønsker en å forsterke de kommunale ansvarsområdene⁴. Dette medfører at kommunene organisatorisk må ruste seg opp til å ivareta forebygging på systemnivå. Herunder spisse forebyggingsinnsatsen inn mot områder og med tiltak som gir dokumentert effekt og raskest mulig resultat i forhold til færre sykehusinnleggelses og mindre omfattende behandling (St.meld 47: 29). En sterkere kommunerolle enn det som er i dag kan fylle ambisjonene om forebygging og innsats tidlig i sykdomsforløpene. Ambisjonene er at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Kommunene skal styrke pasientenes mestring av eget liv og oppgradere sitt tilbud av helsetjenester til å komme “før” i stedet for “etter” sykehusopphold (St.meld 47: 24).

2.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid til eldre.

Bedre levekår og sunnere helseatferd er viktige forebyggende og helsefremmende tiltak i en politikk som ønsker å legge til rette for flere leveår med god helse (Veenstra mfl. 2009). Forebyggende hjemmebesøk har både et sykdomsforebyggende og helsefremmende motiv. Mæland (1999) skriver at det er vanskelig å se på sykdomsforebyggende og helsefremmende

⁴ Pressemeldinger fra Helse- og omsorgsdepartementet viser til at det skal lønne seg for kommuner og helseforetak å bygge opp tilbud nærmere der pasientene bor (Nr. 56/2010). I 2011 har regjeringen totalt bevilget 580 millioner til samhandlingstiltak (Nr. 08/2011).

arbeid som motsetninger. Man bør heller betrakte dem som komplementære tilnærminger, fordi det ene ofte forutsetter det andre. For å lette den språklige fremstillingen bruker derfor Mæland fellesbetegnelsen forebyggende helsearbeid på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid.

Verdens helseorganisasjons Ottawa-Charter (1986) definerer helsefremmende tiltak som en prosess som gjør mennesker i stand til å være herre over og forbedre sin helsetilstand. Helsefremmende tiltak omfavner både politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige, atferdsmessige og biologiske faktorer, som både kan fremme helsen eller skade den. Helsefremmende tiltak skal styrke og fremme livskvaliteten og den allmenne helsetilstanden (WHO 1986).

Ottawa-Charteret (WHO 1986) danner grunnlaget for tre strategier innenfor helsefremmende arbeid. For det første ønsker man å arbeide for å påvirke beslutninger som har å gjøre med levede forhold i samfunnet (advocacy). For det andre vektlegges samarbeid med enkeltindivider og grupper så de kan utnytte sitt helsepotensial (enabling), og for det tredje er det viktig å knytte sammen gode krefter i samarbeid for helse gjennom samarbeidskoalisjoner (mediating) (Mæland 1999:18).

Mæland (1999:13) skisserer forebyggende helsearbeid i 4 punkter:

- Å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling
- Å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold
- Å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll.
- Å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig.

En rekke NOUer og stortingsmeldinger omtaler strategier innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid. Stortingsmelding 47⁵, Samhandlingsreformen, legger opp til en økt

⁵Grunnlaget for Samhandlingsreformen (St.meld 47) ble presentert i juni 2009 og trer i kraft den 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

innsats på forebyggende helsearbeid i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). I tilknytning til St.meld 47. kom forslag om Lov om folkehelsearbeid⁶; *“Folkehelseloven er et viktig verktøy for å kunne nå Samhandlingsreformens intensjoner om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden gjennom å dreie innsats mot forebygging og folkehelsearbeid”* (Prop. 90 L 2010-2011:12). NOU 1991:10 *”Flere gode leveår for alle- Forebyggingstrategier”* belyser hvilke forhold som bør bedres i samfunnet for å hindre at sykdom, skade eller sosiale problemer oppstår (Sosialdepartementet 1999:17). Stortingsmelding 25 (2005-2006) påpeker at; *“den forebyggende strategien er nødvendig for å møte en situasjon som ellers vil gi sterk behovsvekst og raske endringer i omsorgstjenesten om noen år”* (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-2006:14). Det må derfor satses på en helhetlig eldreomsorgspolitikkk der; *“den enkelte får leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre”* (Helse- og omsorgsdepartementet 2005-06:13). I Stortingsmelding 16. trekkes det opp strategier for et sunnere Norge. Det konkluderes med at: *“Ved å forebygge mer kan vi reparere mindre”*(Helse- og omsorgsdepartementet 2002-2003:5).

Som oftest er det først i høy alder at helsen svikter i en grad som gjør det vanskelig å klare seg selv (Veenstra mfl 2009). Forebyggende arbeid for eldre kan ikke legges opp etter samme modell som forebyggende arbeid for yngre aldersgrupper, fordi det oppstår andre problemer i alderdommen enn i yngre år. Det kan synes å ha liten hensikt å satse på forebyggende tiltak hos eldre, dersom disse først gir resultater etter mange år. Johansen definerer målet med forebyggende arbeid til eldre som; *Å bidra til bedre livskvalitet i alderdommen ved å forebygge, utsette, begrense eller avhjelpe fysiske og psykiske funksjonshemming, uønsket sosial isolasjon og inaktivitet* (Johansen 1995:11).

Aldringsprosesser skjer forskjellig og på forskjellige tidspunkt, avhengig av arv, bakgrunn, livsform og levevilkår (Vass, Avlund og Henriksen 2005). Naturlige biologiske prosesser vil

⁶ Loven ble vedtatt 8. April 2011. Bakgrunnen for loven er at det fortsatt er et stort potensiale i å fremme helse og forebygge sykdom og tidlig død. I forslaget antydes det at grunnlaget for god helse først og fremst legges utenfor helsetjenestene. Loven vil erstatte folkehelsebestemmelsene i kommunehelsetjenestene, inkludert miljørettet helsevern, og lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Prop. 90 L 2010-2011).

føre til alderdomssvekkelse hvis en lever lenge nok. I tillegg vil det skje en endring i sosiale og familiære relasjoner, enten ved at barn vokser ut av foreldrenes omsorg og at ektefeller og venner gradvis faller fra (Johansen 1995). Forebyggende arbeid til eldre må ta utgangspunkt i disse realitetene. Likevel er det fullt mulig å forebygge noe. Studien til Markle-Reid mfl. (2006) viser at tiltak som jevnlig helsevurdering, kartlegging av risikofaktorer, undervisning, koordinering av tjenestetilbud og relasjonsbygging mellom den eldre og omsorgsgiveren til sammen gav positive helseeffekter i form av forbedret mental helse, økt sosial støtte og økt livskvalitet.

Vass mfl. (2007) argumenterer for at FHB har en gunstig helsefremmende effekt hos eldre, spesielt oppegående eldre vil ha nytte av FHB. Det forutsetter et multidimensjonalt tilbud som ikke kun fokuserer på helsen, men har et helhetsperspektiv. FHB må derfor inkludere alle aspektene ved individets velbefinnende; det vil si funksjonsevne, velferd, livsinnholdet, hjemmeforhold og muligheter for selvbestemmelse, men også gjennomgang av medikamenter, rehabiliterende støtte, samvær og henvisninger til spesialist eller andre omsorgspersoner og fagfolk om nødvendig (Vass mfl. 2007). Forebygging deles tradisjonelt inn i primære, sekundære og tertiære strategier (Mæland 1999). Tabell 1 gir eksempler på hva disse tre forebyggingsstrategiene kan inneholde når det gjelder eldre mennesker.

Primær forebygging	Sekundær forebygging	Tertiær forebygging
<p>Informasjon om aktivitetsmuligheter i lokalmiljøet</p> <p>Råd og veiledning om individuell fysisk aktivitet for å styrke muskler, sener og balanseevne med henblikk på å forebygge fall og eventuelle knokkelbrudd</p> <p>Råd om daglig inntak av vitaminpille med D-vitamin og Calcium for å redusere risiko for svekkede knokler og feilernæring samt å styrke muskler</p> <p>Veiledning om muligheter for forbedring eller tilpassing av bolig for å forebygge fall.</p> <p>Forslag om influensavaksine en gang</p>	<p>Tilbud om og oppfordring til mosjon for å forebygge smerter ved slitasjegikt i knær og hofter.</p> <p>Hurtig innsatsbehandling av ukomplisert urinveisinfeksjon for å forebygge forvirringstilstand og eventuelle fall på grunn av væskemangel.</p> <p>Forslag om kontakt med dagsenter, pensjonistforening eller besøksvenn til ufrivillige sosialt isolerte</p> <p>Blodtrykkskontroll hos mennesker med sukkersyke for å forebygge senkomplikasjoner som nedsatt syn/blindhet og nedsatt nyrefunksjon.</p>	<p>Tilbud om gjenopptrening og vedlikeholdstrening ved funksjonsnedsettelse etter sykdom.</p> <p>Formidling av gode transportordninger og hjelp til sosialt samvær for handicappete</p>

årlig for å unngå infeksjoner		
-------------------------------	--	--

Tabell 1.

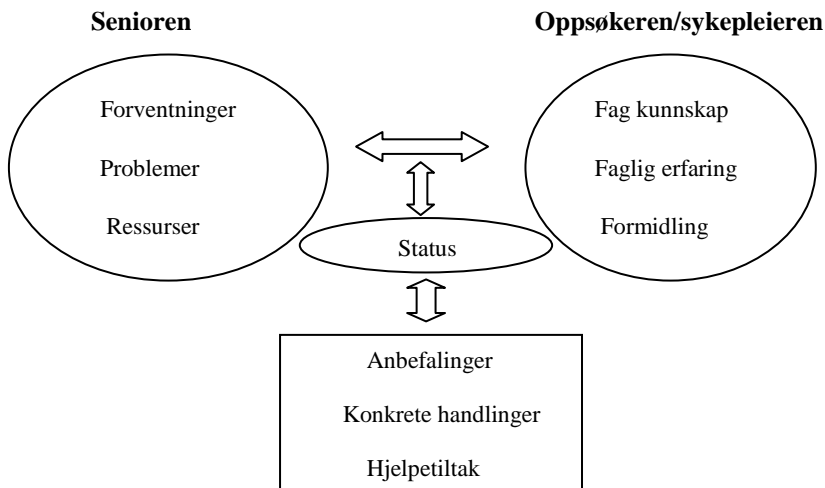
(Kilde: Vass mfl. 2005: 17)

Ved stigende alder øker risikoen for sykdom (Vass mfl. 2005), risikoen for fallulykker (Helbostad, Granbo og Sletvold 2010), og den sosiale deltakelsen kan reduseres (Skaar, Fensli og Söderhamn 2010). FHB vil derfor være et tilbud som berører alle de tre forebyggingsstrategiene, men FHB må først og fremt betraktes som et primærtiltak der målet er å forhindre, eventuelt utsette, et sykdomsforløp hos definerte grupper i befolkningen.

2.5 Helsefremmende atferd:

Det kan være utfordrende å stimulere enkeltpersoner eller grupper til å ta vare på helsen. Mæland og Aarø (1993) skriver at forebyggende helseinformasjon kun i begrenset grad kan forutsi eller påvirke helserelatert atferd. Det har de siste 15 årene skjedd store ideologiske endringer i helseopplysningsarbeidet og planlagt påvirkning av atferd. For å stimulere til helsefremmende arbeid har en nå et større fokus på dialog, brukermedvirkning og mobilisering (Sørensen og Graff-Iversen 2001).

Forebyggende hjemmebesøk beskrives som en dynamisk prosess som tilstreber at det bygges en relasjon mellom senioren og den som oppsøker senioren (Vass mfl. 2005). Denne dynamikken forklares ut i fra følgende modell:



Modell 1.

(Kilde: Vass mfl 2005:39)

I følge Vass mfl. (2005) skal senioren normer og forventninger alltid vurderes nøye ved kontakt med helse- og omsorgsvesenet. Seniorens selvbestemmelse og definisjon av eget problem må være utgangspunktet for tiltak som iverksettes. Oppsøkeren (sykepleieren) må bruke profesjonell formidling som har øye for den enkeltes ressurser. Den som utfører besøkene må ha en bred faglig erfaring og kunnskap om relevante tilbud. En må også ha kjennskap til aktuelle hjelpetilbud og helt klare retningslinjer for hva en kan tilby. Sammenfattet kan en si at en innsikt i alderens muligheter og begrensninger avspeiles i eventuelle forslag og råd (Vass mfl. 2005:39).

2.6 Salutogenese:

Begrepet salutogenese kommer fra det latinske ordet for helse, *salus*, og det greske ordet for opphav, *genesis*. Mannen bak begrepet salutogenese, altså helsens opphav, er Aron Antonovsky (2009). Antonovsky var professor i medisinsk sosiologi. Han var opptatt av å forklare hvorfor noen mennesker beholdt en god helse til tross for livets påkjenninger. Han mente at opphavet til god helse har med våre holdninger til livet å gjøre, og hvordan vi takler det som skjer av uventede og stressende forhold. Antonovsky påviste i sitt arbeid faktorer, både på individ og samfunnsnivå, som skapte en helsefremmende holdning (Walseth 2009).

Ut i fra et salutogent perspektiv skriver Antonovsky (2009) at sykdomsorienteringen og risikotenkningen i den vestlige verden er for sterk, og at klassifiseringen “syk- ikke syk” ikke er beskrivende for hvordan virkeligheten oppleves for mennesker med eller uten diagnoser. Slik jeg forstår dette, må et patologisk og salutogent perspektiv utfylle hverandre for å få en helhetlig forståelse av helse. Hvilket perspektiv en vektlegger vil så variere mellom ulike tilstander og ulike pasienter (Walseth 2009). Mye av forskningen omkring FHB har allikevel

et sykdoms- og problemorientert perspektiv (Fagerström mfl. 2008). Det foreligger lite systematisert kunnskap om helsefremmende eldreomsorg i et salutogent perspektiv (Fermann og Torp 2007). Det jeg fant om kunnskap om FHB i et salutogent perspektiv var i Ældre Forums publikasjon, utarbeidet av Vass mfl. (2007). I publikasjonen gis det anbefalinger om hvordan FHB kan tilrettelegges, og de referer til Antonovsky når de skriver; *“Sundhed er fx at føle sammenhæng, dvs. at opleve begripelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i tilværelsen”* (2007:16). Westlund og Sjøberg (2005) hevder at en salutogen tilnærming i eldreomsorgen er nødvendig for å støtte opp om Eldres livsverdier, bidra til en prosess som øker deres innsikt i egen livssituasjon, og bidra til et godt dagligliv, til tross for stor avhengighet av hjelp. Høie (2004) viser i sin studie til Eldres muligheter og potensiale i livets siste fase, fordi mestringssevnen økte med alderen.

Å bli eldre fører med seg mange endringer. Hvordan kan disse forenes med ”opplevelsen av sammenheng” (OAS) i tilværelsen og livet? Begrepet OAS er sentralt i Antonovskys teori om salutogenese. Antonovsky (2009:33-37) forklarer at OAS i livet består av tre hovedkomponenter som er avgjørende for *vellykket mestrings* av de tilstedeværende belastningene. Dette passer godt i forhold til utgangspunktet for FHB, der målet er å styrke senioren til å leve et selvstendig liv så lenge som mulig. De tre hovedkomponentene i OAS: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* danner oppgavens teoretisk utgangspunkt.

Begripelighet, heretter kalt forståelighet, viser til hvordan man oppfatter de stimuli man konfronteres med i det indre eller ytre miljø, som kognitivt forståelig, som ordnet, sammenhengende, strukturert og ryddig informasjon, i stedet for støyende, kaotisk, uordnet, tilfeldig, uforklarlig. Den som har en sterk opplevelse av forståelighet, forventer at de stimuli han eller hun kommer til å møte i framtiden er forutsigbare, eller når de kommer som en overraskende, likevel kan plasseres inn i en sammenheng og forklares. Selv om stimuliene er forståelig, trenger de ikke å være ønskelig. Sykdom og død kan beskrives som ikke ønskede hendelser, men en person kan likevel gjøre dem forståelige. Forståelsens kognitive aspekt forklares som en grunnleggende evne til å bedømme virkeligheten, i stedet for en mer følelsesmessig og tillitsfull “ting skal nok gå godt”. Forståelse er nært knyttet til det å ha

kunnskap, som er en forutsetning for å kunne ta hånd om det som skjer i det praktiske livet (Antonovsky 2009:34-35).

Håndterbarhet er å ha tro på at en kan finne frem til løsninger og finne de nødvendige ressursene til å mestre livets utfordringer. Det handler om i hvilken grad man oppfatter at det står ressurser til ens rådighet: ressurser som er tilstrekkelige til å klare de krav man blir stilt ovenfor av de stimuli man bombarderes med. "Til ens rådighet" kan bety ressurser man selv har, eller de kan kontrolleres av en legitim annen: ektefelle, venn, nabo, gud, historien, lege eller sykepleier som man føler man kan stole på og har tillit til. Personer som har en sterk opplevelse av håndterbarhet føler ikke at de er ofre for omstendighetene, eller at livet har behandlet dem urettferdig. Uheldige ting skjer, men de håndterer dem, og det hjelper ikke å sørge (Antonovsky 35-36).

Meningsfullhet er et uttrykk for begrepets motivasjonselement. Det handler om at å finne mening i å løse problemene. Meningsfullhet anses som en forutsetning for at en opplever livet forståelig. Det referer til hvorvidt en person føler at livet er logisk følelsesmessig, at det er verdt å spandere tid og engasjement på å løse problemene, og at problemene anses som utfordringer snarere enn byrder (Antonovsky 2009:36-37). Antonovsky (2009) gjorde flere studier som blant annet involverte mennesker som hadde sittet i konsentrasjonsleir. Han viste at mennesker som hadde en sterk OAS i sitt liv, alltid snakket om områder i deres liv som betydde mye for dem, som de var meget engasjert i, og som gav mening for dem "følelsesmessig, og ikke kun i kognitiv forstand" (Antonovsky 2009:44-46).

Opplevelse av sammenheng sier noe om hvordan vi plasserer oss inn i den sammenhengen vi lever i, ut i fra personens syn på livet og kapasitet til å bruke ressursene til å respondere på stress-situasjoner (Lindström og Eriksson 2005). Lav OAS vil for eksempel føre til håpløshet og oppgitthet, i motsetning til høy OAS som gir tro på at det er en logisk forklaring på det som skjer, og at en evner å gjøre noe med det for å påvirke utfallet. Dette betyr ikke at en person med en sterk OAS gleder seg over hendelser som en nærståendes død eller å skulle gjennomgå en alvorlig operasjon, men når disse ting skjer tar hun/han villig utfordringen på seg, er besluttet på å finne en mening med hendelsen, og gjør sitt beste for å klare seg

gjennom den på en verdig måte. Lav og høy OAS har sammenheng med motstandsressurser, som også er et kjernebegrep i teorien (Antonovsky 2009:46). Motstandsressurser defineres som potensielle ressurser som et menneske med sterk OAS kan mobilisere og anvende i forsøket på å finne en løsning på det instrumentelle problemet (Antonovsky 2009:16). Motstandsressursen påvirkes av våre livsbetingelser, slik som sosiale relasjoner, god økonomi, høy grad av egostyrke eller gode opplevelser. Disse salutogene faktorene er ressurser som gjør oss mennesker mer motstandsdyktige (Walseth 2009).

3.0 TIDLIGERE FORSKNING

Litteratursøk ble gjort på databasene PubMed, SveMed, og CINAHL med søkeordene; ”preventive home visits”, som enkeltsøk og med: ”older people” som sammensatt søk. Søkeordene ”preventive home visits” gav 438 treff. Kombinert med med ”older people” gav søket 63 treff. De fleste artiklene var kvantitative og gjorde rede for effekten av FHB (f.eks van Rossum mfl. 1993, van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte og Crebolder 2000, Theander & Edberg 2005, Markle-Reid mfl. 2006, Vass mfl. 2007). Der Vass mfl. (2007) har vist at det å forebygge sykdom hos eldre har god effekt, og at FHB ikke bare er en helsesjekk, men også en mulighet til å møte individuelle behov, noe som kan bidra til et selvstendig liv hos den eldre. Disse funnene står i kontrast til Hèrbert, Robichaud, Roy, Bravo og Voyer (2001) som fant at FHB ikke bidro til bedring av funksjon eller opprettholdelse av autonomi. Rubenstein og Stuck (2001) har sammenlignet resultatene fra ulike randomiserte studier, og kritiserer Hèrbert mfl. (2001) for at de har ekskludert eldre som ikke var i fare for funksjonsnedsettelse. Van Haastregt mfl. (2000) stiller spørsmål ved om så ulike resultater kan være skyldes ulike metodologiske tilnærminger.

Rødovreprosjektet fra 1980 har spesielt vært en inspirasjon til videreutvikling av det oppsøkende arbeidet blant eldre. I Rødovre kommune (Danmark) ble det gjort en randomisert studie av 600 hjemmeboende eldre. Hypotesen var at tillit til en profesjonell helsearbeider kombinert med en bred kunnskap om støttemuligheter kunne skape økt trygghet og tro på seg selv, helsemessig og sosialt. Dette ville igjen redusere bruken av institusjoner. Studien viser gunstige menneskelige og økonomiske resultater. Forbeholdt at intervensjonen inneholdt

medmenneskelig kontakt, rådgivning om eksisterende offentlige og private støtte- og aktivitetsmuligheter, konkrete forslag til handlingsmuligheter og at oppsøkeren ut i fra skjønn vurderte behovet for endring i deltakernes hverdag. Studien konkluderer med at samtalen var det viktigste redskapet i det oppsøkende arbeidet og at regelmessige besøk av samme person økte tilliten og var en motivasjon for økt aktivitet (Henriksen, Lund og Strømgård 1984).

“Hvorfor, hvordan, av hvem og når” er viktige spørsmål i forhold til hva man kan oppnå ved FHB (Vass mfl. 2007). Stuck, Egger, Hammer, Minder og Beck (2002) gjorde en sammenfatning av 18 primærstudier (europeiske, amerikanske, kanadiske og australske). Der Stuck mfl. (2002) konkluderte med at dersom virksomheten skulle forventes å ha påvisbar effekt, måtte FHB omfatte en multidimensjonal vurdering av den eldres situasjon, bestå av mange oppfølgende besøk og rettes mot personer som er relativt friske. Vass mfl. (2007) mente at FHB måtte rettes mot friske eldre, andre studier viser imidlertid at intervensjonen må rettes mot ressurssvake seniorer (Johansen 1995b, Pettersen og Laake 2002:29). Mæland (1999) påpeker at det kan være problematisk å dokumentere effekten av forebyggende tiltak gjennom randomiserte, kontrollerte forsøk. Dette skyldes dels at det kan være uetisk eller praktisk umulig å tilby forebyggende tiltak til kun en del av befolkningen, men også at forebyggende intervensjoner kan kreve lang tid før virkningen kan måles (Mæland 1999:22).

Jeg fant fire reviewartikler om effekten av FHB (van Haastregt mfl. 2000, Stuck mfl. 2002, Markle-Reid mfl. 2006, Fagerström mfl. 2008). Fagerström mfl. (2008) skriver at det er påfallende at av 18 utvalgte artikler, hadde kun en artikkel kvalitativt design⁷. Mesteparten av forskningen på området har vært medisinsk forankret, altså ut fra et sykdom- og problemorientert perspektiv (Fagerström mfl. 2008). Dette er interessant med tanke på at FHB i utgangspunktet har som målsetting å fremme det friske og selvstendige individet.

Doktorgradsarbeidet til Grethe Johansen (1995) omhandler forebyggende arbeid for eldre på kommunalt nivå. Den retter seg mot screeningsmetoder og funn, men også hvordan de eldre

⁷ (Byles JE, Francis L, McKernon M, 2002)

opplevde verdien av screening, deres synspunkter på tjenester og ulike screeningstrategier. Avhandlingen inneholder 4 artikler. Der tre av disse benyttes i drøftingen av studiens funn.

Jeg fant frem til noen kvalitative studier som beskriver hvordan senioren selv har opplevd å få FHB (Nielsson 1997, Johansen 1995b). Nielsson (1997) beskrev erfaringer fra Slagense kommune i Danmark der FHB har vært praktisert siden 1989. De eldre hadde opplevd besøkene som betryggende, og det hadde vært positivt og lærerikt for dem å få en forståelig forklaring på kroppens funksjoner og eventuelle skavanker. Boken bygde på fortellinger og erfaringer fra sykepleiere og spørreskjema som var sendt ut til deltakerne. Boken var ment som en hjelp for kommunene som tenkte å innføre FHB.

Det påpekes at seniorennes innspill er viktige bidrag til utformingen av tilbudet (Pettersen og Wyller 2005). Derfor kan denne studien være et bidrag til å belyse fem seniorers opplevelse av FHB. Deres fortellinger belyser hvordan de opplevde det å bli kontaktet, det å få FHB og hvilken betydning FHB hadde for deres liv i etterkant av besøket.

4.0 METODOLOGI OG METODE

I dette kapitlet redegjør jeg for hvorfor og hvordan jeg har brukt kvalitativ metode i denne oppgaven, og jeg synliggjør studiens vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter beskriver jeg hvordan datamaterialet er transkribert og analysert. Så kommer en redegjørelse for aktuelle forskningsetiske problemstillinger, før jeg til slutt vurderer studiens troverdighet og overførbarhet. Metodedelens omfang forklares ved at en grundig beskrivelse av framgangsmåten innenfor kvalitativ forskning kan styrke funnenes troverdighet.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Ut i fra oppgavens problemstilling har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Kvalitativmetode bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud 2003:31). Studien var egnet for kvalitativ tilnærming da den har som mål og utforske seniorennes opplevelser direkte. Denne innsikten måtte skaffes gjennom senioren selv. Den kvalitative forskningstradisjonen tar utgangspunkt i virkeligheten slik den framstår

for hver enkelt. Den har til hensikt å finne ulike sider ved og vinne større forståelse for fenomenet, så som sosiale relasjoner, opplevelser, tanker, meninger, motiver og holdninger (Malterud 2003:32). Kvalitativt intervju er en velegnet metode for å få informasjon om hvordan informanten opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thaagard 2010:61).

4.2 Vitenskapsteoretisk ståsted og forforståelse:

Oppgavens vitenskapelige forankring er hermeneutisk. Hermeneutikken er humanistisk orientert og forsøker å forstå grunnbetingelsene for menneskelig eksistens gjennom deres handlinger, livsytringer og språk (Dalland 2006:50). Den fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart er innlysende (Thaagard 2010:39). I denne oppgaven forsøker jeg å fortolke fenomenet FHB, og å beskrive vilkårene for hvordan FHB oppleves.

Ved økt alder vil det foregå aldringsprosesser. I en tradisjonell helseforståelse knyttet til et patologisk perspektiv vil eldre menneskers helse trolig måles etter funksjonssvikt i ulike organer og tap av funksjon. Svenaeus (2005) skriver at; *I og med fremveksten av moderne medisinsk vitenskap, vinnes langsomt økt innsikt om de biologiske prosessenes natur, og derigjennom åpnes også mulighetene for å gripe inn og temme og stoppe dem*” (2005:23). Det å gripe inn og temme de biologiske prosessene står i kontrast til å akseptere aldringsprosessene som en del av livet.

Denne studien bygger på en alternativ måte å forstå helse på, inspirert av Aron Antonovsky (2009). Han mener at helse er noe annet enn fravær av diagnostiserte sykdommer, som f.eks fysiske plager. Ved hjelp av motstandsressurser (eks. temperament og sosial rolle) og mestringsressurser (evne til å overvinne det som allerede er patogent) foregår det en dynamisk prosess som bestemmer hvor på skalaen, helse (disease) og uhelse (ease) vi befinner oss. Antonovskys (2009) sentrale begrep, OAS belyser hvordan menneskets tilpasningsevne er avgjørende for hvorvidt individet opprettholder en så god helse som mulig. Studien kan sies å ha et positivt menneskesyn, der seniorennes ressurser og muligheter trekkes fram.

Det synes å være et generelt trekk ved mennesket at vi forstår verden ut i fra våre forforståelser (Kvale 2010:244). Malterud (2003) bruker ryggsekk som metafor for å beskrive forforståelsen. Noen ganger inneholder ryggsekken næring og styrke til prosjektet. Andre ganger er den så tung at turen må avbrytes, fordi vi allerede har så mye med oss og derfor ikke klarer å ta med oss noe på veien. I forkant av dette prosjektet inneholdt min ryggsekk tanker om at FHB var en type kartlegging, der målet var å samle inn data om senioren. Jeg trodde at hensikten med FHB i hovedsak var et ønske om reduksjon av sykehusinnleggelse og behov for sykehjemsplasser (patologisk perspektiv). Samtidig tenkte jeg at FHB kunne bidra til økt trygghet hos senioren, hvis informasjonen senioren fikk var relevant, og at de opplevde det som meningsfullt å mobilisere sine ressurser.

I forkant av studien hadde jeg liten kjennskap og ingen erfaring med FHB. *“The background may suggest to the researcher to expand her/his understanding, for example by the help of relevant literature”* (Dahlberg, Dahlberg og Nyström 2009:174). Når forskeren har liten erfaring med fenomenet, kan det være behov for mer kunnskap. Som forsker innså jeg at jeg måtte starte prosjektet med å øke mine kunnskaper om fenomenet FHB for å kunne forstå det senioren fortalte meg under intervjuene.

Først leste jeg en rekke artikler og litteratur om FHB. I tillegg fikk jeg mange nyttige innspill da jeg deltok på en konferanse om FHB. Hovedinntrykket i etterkant av konferansen var at FHB praktisertes forskjellig, og prioriteringen og satsningsområdene var også ulike. Tidlig tegn til demenssykdom, fysisk aktivitet og trimgrupper, kosthold og å fremme sosial deltagelse er noen eksempler på ulike fokusområder.

For å styrke mine kunnskaper deltok jeg også som observatør på to FHB. Å være observatør gav meg innsikt i hvordan FHB kunne foregå, hvilke spørsmål som ble stilt, og hvilke råd som ble gitt. Jeg fikk se senioren umiddelbare respons på spørsmålene, og jeg hørte deres svar og fortellinger. Disse observasjonene gav meg styrke og trygghet til å gå i gang med mine egne intervju, og det gjorde meg bevisst på hvor sårbar en intervjusituasjon kan være.

Siste trinn i min forberedelsesprosess var å gjennomføre uformelle samtaler med to sykepleiere som pleide å foreta FHB. Jeg spurte dem om hvilke tanker og intensjoner FHB bygget på, hvilke råd og veiledning som ble gitt, og hvilke tiltak som ble iverksatt etter et FHB. Konferansen, observasjonene og samtalene med sykepleierne økte min for forståelse for FHB, og de inngår ikke i studiens empiriske materiale.

4.3 Forberedelser og gjennomføring av intervju

Umiddelbart etter konsesjon fra REK tok jeg kontakt med en sykepleier som utfører FHB i en middels stor kommune i Norge (se vedlegg). Sykepleieren ble forespurt muntlig og skriftlig om å være behjelpelig med å gjøre et strategisk utvalg og sende brev til aktuelle informanter. Jeg valgte å rekruttere informantene strategisk fordi det i denne studien var viktig å oppnå variasjon og bredde i datamaterialet. Dette finner jeg støtte i hos Dahlberg mfl. (2009). Jeg valgte følgende kriterier for mitt utvalg:

- 1) Seniorer mellom 75 og 80 år som har hatt FHB i 2010.
- 2) Seniorer som under hjemmebesøket hadde sagt eller gjort noe som sykepleieren trodde kunne belyse oppgavens problemstilling og bidra til ny kunnskap om hvordan seniorer kan oppleve FHB.

Det første kriteriet valgte jeg fordi dette er alderen på personene som får tilbud om FHB. Det andre kriteriet valgte jeg fordi jeg ønsket informanter som kunne bidra til ny kunnskap og belyse oppgavens problemstilling. Dette skulle være informanter der sykepleieren visste at de eldre hadde noen utfordringer i sin hverdag, og der FHB kunne hatt en viss betydning. I denne delen hadde jeg en dialog med sykepleierne.

For å rekruttere informanter sendte først sykepleieren i den aktuelle kommunen ut fire brev. Ingen av senioren svarte på forespørselen. Det viste seg videre at rekruttering av informanter var vanskelig. Av elleve utsendte brev, var det kun to som ønsket å delta. Dette medførte endringer i den opprinnelige planen med å holde seg til en kommune. En ny kommune som utførte FHB ble kontaktet, og kort tid etter gav de meg samtykke til å gjøre studien i deres

felt. De ville også hjelpe meg med rekruttering av informanter. Fordi mine to første informanter var kvinner, og jeg ønsket å få variasjon i utvalget, bad jeg om at de forsøkte å rekruttere menn som informanter. Etter litt tenking fra deres side ble det sendt ut to brev. Seniorene besvarte brevet med at de ønsket å være med på studien.

I brevet lå det en svarslipp der informantene skulle fylle ut kontaktinformasjon og underskrive samtykke i å delta i studien (se vedlegg). Dette ble returnert til meg i en ferdig frankert konvolutt. Det var først når jeg mottok svarslippen at informantens navn ble kjent for meg. Jeg tok så kontakt med informantene gjennom telefon. Under telefonsamtalen presenterte jeg meg selv og studien, fordi jeg ville forsikre meg om at informantene hadde oppfattet det som stod i brevet. Jeg forsikret meg om at informantene hadde hatt FHB, at de var informert om min taushetsplikt, og at de var klar over at de opplysningene som de eventuelt gav ville bli anonymisert. De fikk også informasjon om deres mulighet til å trekke seg fra studien. Jeg var hele tiden åpen for at senioren kunne stille spørsmål angående intervjuet og studien.

4.3.1 Gjennomføring av intervju:

Alle informantene ønsket at intervjuet skulle foregå i deres hjem. Dette skapte en trygg ramme. Jeg ble møtt med et smil og gjestfrihet hos samtlige informanter. I begynnelsen av møtet var praten lett og uformell, og vi snakket om nøytrale tema som reise og vær. Jeg viste min takknemlighet over at de hadde invitert meg til sitt hjem. Etter jeg hadde presentert meg selv, prosjektet og godkjenningen, fortalte jeg om deltakernes rettigheter. Jeg fikk informantenes samtykke til å bruke båndopptaker under intervjuet, og jeg presiserte at materialet ville bli oppbevart på forsvarlig måte og slettet ved prosjektets slutt. Jeg sa også at materialet skulle anonymiseres tilstrekkelig, og at samtalen kunne gå fritt. Jeg opplevde ikke under noen av intervjuene at informantene lot seg påvirke av at samtalen ble tatt opp på bånd.

Under intervjuene brukte jeg en intervjuguide (se vedlegg). Guiden var utformet ut i fra mitt teoretiske ståsted: - et salutogenetisk perspektiv, og spørsmålene tok utgangspunkt i begrepene *forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* (Antonovsky 2009). Spørsmålene

hadde samtidig en åpen form som inviterte informanten til å fortelle fritt. Jeg spurte for eksempel; “Kan du fortelle om.....”. Deres fortellinger og opplevelser ble fulgt opp med tilleggs- eller oppfølgingsspørsmål. Den åpne intervjuformen bidro til at informanten på eget initiativ kom med fortellinger og det gav en god flyt i samtalen.

4.4 Transkribering og analyse av intervjuene

Jeg har i organiseringen og analysen av det empiriske materiale latt meg inspirere av Graneheim og Lundmans (2004) retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse. Fortløpende etter hvert intervju ble det skrevet et sammendrag av intervjuene. Dette gjorde jeg for å bevare førsteinntrykket av intervjuet og danne meg et helhetsinntrykk. Umiddelbart etter dette ble intervjuene transkribert. Jeg lyttet igjennom lydfilene flere ganger for å forsikre meg om at alt var tatt med. Pauser og latter ble markert. Trykk på ord ble uthevet, og observasjonsnotater av bevegelser som peking, klapping eller blikk som ble sendt i rommet ble notert i teksten. Dette ble gjort for å få helhetsinntrykket og det følelsesmessige aspektet i samtalen med i materialet og for å etterstrebe lojalitet mot det informantene fortalte meg. Jeg valgte å transkribere intervjuene til bokmål. Hvert av de fire intervjuene varte i overkant av en time. Til sammen utgjorde dette 35 879 ord. Et av intervjuene skiller seg fra de øvrige ved at informantens kone kommer inn under intervjuet. Det følte uanormalt å stoppe intervjuet for å presisere at det var mannen jeg ville intervju, så samtalen fortsatte med konen tilstede. Dette skapte store utfordringer i transkriberingen, da de ofte avbrøyt hverandre og ikke alltid var enige med hverandre i det som ble sagt. Jeg valgte å transkribere intervjuet med konas uttalelser for seg selv. Dette intervjuet ble naturlig nok også det lengste intervjuet på 11 183 ord.

Det var god lyd kvalitet på intervjuene, men utfordringer som gjentakelser, hvisking og latter gjorde transkriberingen tidkrevende. Det første intervjuet ble transkribert før jeg utførte neste intervju. Dette gav meg mulighet til å se på min egen rolle som intervjuer, og da spesielt hvordan jeg bedre kunne følge opp temaer informanten snakket om. De to siste intervjuene foregikk i løpet av to dager. Disse ble transkribert de påfølgende dagene.

Jeg delte intervjuteksten i meningsbærende enheter. Deretter kondenserte jeg disse enhetene. Å kondensere teksten er, i følge Graneheim og Lundman (2004), å forkorte teksten uten at meningen forsvinner. Jeg valgte å holde meg til et lett abstraksjonsnivå, da dette var min første erfaring med analyse av kvalitative data. Abstraksjon er både beskrivelse og tolkning (Graneheim og Lundman 2004). Ved å kondensere meningsenhetene ble det empiriske materialet straks mer oversiktlig og lettere å håndtere. Denne tolkningen var en dialog mellom meg og teksten, der mitt fokus ble avgjørende for hvordan jeg tolket den. Dette er i tråd med hermeneutisk tilnærming som vektlegger at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at en tekst kan tolkes på flere ulike måter (Thaagard 2010:39).

Deretter kodet jeg de kondenserte enhetene. Også kodene var nært knyttet til den opprinnelige teksten. Jeg forsøkte å være grundig når jeg kodet, slik at jeg i det videre analysearbeidet hadde koder som jeg lett kunne identifisere ut fra teksten. Dette førte til et stort antall koder. Hvert intervju fikk en egen farge. Dette bidro også til oversikt over materialet. Bak hver kode ble også sidetallet plassert, slik at jeg lett kunne finne tilbake til det som opprinnelig var sagt. Under hele prosessen, og etter hvert som jeg så likheter og ulikheter i tekstene, noterte jeg i et eget dokument stikkord om hva som kunne være aktuelle temaer (fortolkning og analyse). Jeg var her inspirert av den hermeneutiske filosofien som beskriver oppdelingen av enheter og helheter som en spiral. Fortolkningen tar aldri slutt, men fører fram til ny forståelse (Thornquist 2003). Kodene ble så gruppert i ulike temaer. Temaet ble da en fellesbetegnelse for en gruppe meningsenheter (Graneheim og Lundman 2004). Tabell 2 gir noen eksempler på hvordan jeg beveget meg fra meningsbærende enheter til temaer.

Meningsbærende enhet	Tekstkondensering	Kode	Tema
<p><i>“Og om hun har sagt nå går du ut og så tar du og legger de rosettene i badekaret, så er de der til neste dag. <u>Ja</u>, jeg skal gjøre det, men <u>først</u> skal jeg bare gjøre det. Så nei, jeg har ikke endret hverdagen min, det er i så tilfelle ubevisst”</i></p>	<p>Er sta og gjør andre ting før rådene fra sykepleieren følges. Endringer i etterkant av FHB er i så tilfelle ubevisst</p>	<p>Rådene ikke prioritert</p>	<p>Å informasjon håndtere og</p>

<p><i>“Det har vel lett for å bli sånn at først når du har falt, så kommer tapen....men det er vel en vanlig menneskelig svakhet at man ikke tar sine forhåndsregler før dagen etter det har skjedd deg noe, en ulykke eller et uhell altså, det det jeg er redd for det”</i></p>	<p>En vanlig menneskelig svakhet å ikke ta forhåndsregler før dagen etter det har skjedd en ulykke</p>	<p>Menneskelig svakhet å ikke ta forhåndsregler</p>	
<p><i>“Og det er klart hun ramset jo opp en masse, noe har jeg jo, det glir naturlig inn i hverdagen...men jeg kan ikke huske at det var noe hun sa jeg burde få...i vert fall har jeg lagt det bak i den skuffa og glemt nøkkelen som de sier..”</i></p>	<p>Mange råd, noen glir naturlig inn i hverdagen. Husker ikke om det var noe som burde anskaffes.</p>	<p>Noe av rådene glir naturlig inn i hverdagen</p>	

Tabell 2. Analyse fra meningsenhet til tema.

Temaene som jeg anvender for å strukturere datamaterialet i denne oppgaven, har jeg dannet på grunnlag av begreper fra et salutogenetisk perspektiv. Dette perspektivet la også grunnlag for utformingen av intervjuguiden. Idealet med kvalitative intervju er å la temaene komme fram fra teksten (Malterud 2003:83). Min intervjuguide var imidlertid utformet med ønske om å få fram opplevelsen av FHB i et salutogenetisk perspektiv. Dette ble fulgt opp i analysen av materialet. Begrepene som brukes er; Forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Min analyse kan derfor beskrives som ”teoriavhengig” (Thaagard 2010:41). Dette innebærer at jeg i større grad har vært påvirket av mitt teoretiske ståsted når jeg lette etter strukturer i datamaterialet. Nivået av fortolkning må sies å være erfaringsfjern, fordi det går utover den forståelsen som informantene selv hadde (Thaagard 2010:41).

Det neste jeg gjorde var å abstrahere kodene videre innenfor hvert tema og gruppere dem. Etter en del bearbeiding kom jeg fram til 12 sub-temaer. Sub-temaene er dannet på grunnlag av trekk ved datamaterialet uten at det er direkte knyttet til teorien. Her har jeg i større grad brukt erfaringsnære begreper, begreper som informantene selv brukte om sine opplevelser (Thaagard 2010:41). Det er viktig å påpeke at analyseprosessen har foregått underveis og kan ikke betraktes som en lineær prosess. Tabell 3 gir en oversikt over temaer og sub-temaer.

Tabell 3. Temaene og sub-temaer:

Tema	Å forstå hensikten med FHB	Å håndtere informasjon og veiledning	Å oppleve livet meningsfullt i nåtid og framtid
Sub-tema	<ul style="list-style-type: none"> -Å undre seg og føle en usikkerhet rundt det å bli kontaktet -Å se eget eller andres behov for FHB -Hovedinntrykket av FHB 	<ul style="list-style-type: none"> -Å få muntlig og skriftlig informasjon av sykepleieren -Å ta forhåndsregler av preventiv art -Å forstå sin egen alder -Å følge opp råd fra sykepleieren -Å delta på aktivitetstilbudene som ble presentert under FHB 	<ul style="list-style-type: none"> -Tidligere erfaringer med sykdom og helsehjelp, fra eget liv eller som pårørende. -Forventninger om helsehjelp i framtiden -Å tro på egne ressurser i nåtid og framtid -Betydning av å ha ressurser i omgivelsen.

Temaene og sub-temaene ovenfor blir brukt som overskrifter videre i de påfølgende kapitlene: presentasjon av empiri og drøftingen av funn.

4.5 Etiske overveielser

Søknad om gjennomføring av studien ble sendt til NSD (24853/3) og REK (2010/2300-5) (se vedlegg). I tråd med krav fra NSD og REK Midt-Norge er personopplysninger om informantene aidentifisert, og opplysninger som kunne koble data sammen er oppbevart separert og innelåst. Datamaterialet ble lagret på en ekstern hardisk.

I brevet til senioren ble det spesifisert at jeg ikke kjente til hvem som hadde mottatt brev før et eventuelt svar fra dem. Dette ble gjort for at senioren som mottok brevene, skulle forstå at sykepleieren som hjalp meg med rekrutteringen ikke hadde gitt meg deres navn, og på denne måten brutt sin taushetsplikt. Det var også viktig for meg at senioren ikke skulle føle seg presset til å samtykke i tilfelle de skulle trenge videre kontakt med sykepleieren. Informasjon om deltakerens rettigheter og mulighet til å trekke seg fra studien ble gitt både skriftlig og muntlig. Det ble også informert om at alt av data ble oppbevart på forsvarlig vis og skulle slettes ved studiens slutt, innen 31.12.2011.

Etiske prinsipper ble overholdt for å ivareta opplysninger som framkom om livet, helsen og private forhold. Lett identifiserbare opplysninger som gis om seniorennes helse anonymiseres ved å omskrive dem til mer generelle problemer som kan være vanlige hos den gitte aldersgruppen. Ingen av informantene i denne aldersgruppen tilhørte et spesielt samfunnslag, men for å sikre seniorennes anonymitet har jeg likevel unnlatt å oppgi deres yrkesbakgrunn. Deler av seniorennes sosiale nettverk, boligforhold og ressurser i omgivelsen inkluderes i studien, men dette skapte ingen etiske problemer da navn og gjenkjennbare detaljer utelates.

Jeg mente det var viktig at senioren kunne få videre oppfølging i etterkant av intervjuene. Jeg gjorde derfor en avtale med sykepleierne at seniorenne kunne ta kontakt med dem ved behov. Det ble ved en anledning aktuelt å gjøre senioren oppmerksom på denne avtalen.

4.6 Studiens troverdighet og overførbarhet:

Selv om det er mange måter å tolke en tekst på, er ikke teksten åpen for all tolkning. I den filosofiske hermeneutikk er tolkerens egen horisont og forståelse inkludert i erkjennelsesprosessen. Som forsker er man deltaker i feltet materialet hentes ut i fra. Det mellommenneskelige samspillet blir en del av det organiske materialet, og forskerens person vil på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater (Malterud 2003:44). Thornquist skriver at; *“mennesket alltid er situert, forskere som andre samfunnsmedlemmer, er historiske og sosiale vesener- preget av sin samtid og sin sammenheng”* (2003:197). Temaene jeg bringer fram i intervjuet legger føringer på samtalen. Dette innebærer at jeg som forsker ikke er nøytral, fordi det er min forforståelse som er opphavet til spørsmålene. Jeg har imidlertid vektlagt åpne spørsmål som gir rom til informanten å snakke fritt. Slik jeg forstår det, kan dette styrke studiens troverdighet, da jeg unngår ledende spørsmål, som igjen kan påvirke respondentenes svar. Svarene skal i størst mulig grad gjenspeile informantenes egne opplevelse og erfaringer. Ved å bruke tilleggs- eller oppfølgingsspørsmål som; *“Forstår jeg deg rett at du sier...”* kunne utsagn utdypes, bekreftes eller avkreftes av informanten. Dette styrker studiens troverdighet ved at jeg etterstrebet en riktig oppfattelse av det informanten fortalte.

Møtene med informantene var etter mitt skjønn preget av åpenhet, noe som økte sjansen for at vesentlig informasjon ikke ble holdt tilbake. Ved å redegjøre for min rolle som forsker, forforståelse, utvalget av informanter, etiske overveielser og behandlingen og analyse av materialet inviterer jeg leseren til å følge og vurdere tolkningen av data ut i fra mitt ståsted som forsker (Thagaard 2010). Dette kan også styrke troverdigheten i oppgaven.

Det kan være både en styrke og en svakhet i forhold til studiens troverdighet at jeg i rollen som forsker er utenforstående til fenomenet som undersøkes. Når forskeren i utgangspunktet er innenfor miljøet, vil man ha et særlig godt grunnlag for forståelse av de fenomenene som det forskes på. Observasjonene og intervjuene med sykepleierne som utførte FHB gav meg innsikt i hva fenomenet FHB innebar. Forberedelsene før intervjuene styrker studiens troverdighet, ettersom det gav meg et større grunnlag for å forstå og gjenkjenne det senioren fortalte meg.

Det strategiske utvalget av informanter førte til variasjon i materialet i form av alder, boligforhold, kjønn og sivilstatus. Variasjonen i utvalget er av betydning for om funnene i studien kan overføres til lignende settinger. Det viste seg at alle mine fem informanter var personer som jeg vurderte til å være ressurssterke seniorer. Studien sier derfor først og fremst noe om hvordan ressurssterke seniorer har opplevd FHB. Deres opplevelse og mine analyser kan likevel være overførbare til andre seniorer. Studien kan således være relevant for de som utfører og planlegger FHB på kommunalt nivå, fordi funnene sier noe om hva som kan være av betydning for å oppleve FHB som et *meningsfullt* tilbud. Når det er sagt, kan det være en svakhet ved studien at jeg ikke har belyst hvordan mindre ressurssterke seniorer kan oppleve tilbudet, og om de kan ha nytte av FHB eller ikke. Dette kan være interessant å undersøke i videre studier. Troverdigheten i mine funn styrkes også ved at jeg gjør bruk av annen forskning og litteratur på området.

4.7 Presentasjon av informantene

Jeg vil her kort redegjøre for forhold som kan være av betydning for svarene som ble gitt under intervjuet. Informantene presenteres med fiktive navn av hensyn til anonymitet.

Informant 1: Agnes var en dame på 75 år. Hun bodde alene i en eldre blokkleilighet på et plan. Agnes hadde slekt som bodde i nærheten, men hennes to barn bodde et stykke unna. Det sosiale nettverket til Agnes var stort. Agnes ble tidlig uførepensjonist. Bak seg hadde hun en spennende yrkeskarriere med mye reising, i tillegg til en jobb innenfor helsevesenet. Agnes hadde et feriested i utlandet. Der var hun så mye som mulig. Agnes hadde noen helseplager som hemmet henne fysisk, deriblant luftveisproblemer som skapte hindringer på vinterstid.

Informant 2: Elsa var en dame på 75 år. Hun var enke og hadde i mange år bodd alene i en stor enebolig. I underetasjen hadde hun en leieboer som var til god hjelp. Elsa hadde en datter som bodde i nærheten, men som planla å flytte. Sønnen bodde en flyreise unna. Elsa hadde hofteproblemer som kunne gjøre hverdagsaktiviteter utfordrende.

Informant 3: Tor var 80 år og bodde i en leilighet sammen med sin kone. Tors største bekymring var at konen nylig hadde fått en demenssykdom. Tor hadde ingen barn i nærheten. Han hadde likevel et godt sosialt nettverk av venner og bekjente. Tor var svært aktiv, både fysisk og i lag og foreninger.

Informant 4: Ola var 80 år og bodde i en ny leilighet sammen med sin kone. De hadde også en hytte som de brukte mye. Ola var aktiv og jobbet fortsatt litt som hjelpeverge. En tidligere sykdom gjorde at han måtte spise en del medisiner. Gjennom sin tidligere og nåværende jobb hadde han god kjennskap til helsevesenet. Ola og kona hadde to døtre, svigerbarn og flere barnebarn i nærheten.

Informant 5: Kona til Ola var i slutten av 70 årene. Hun var noe plaget med svimmelhet og hadde dårlig syn. Gjennom mannens arbeid hadde hun fått god oversikt over de ulike helsetilbudene.

5.0 PRESENTASJON AV FUNNENE I DET EMPIRISKE MATERIALET

Ut i fra følgende tre temaer presenteres det empiriske materialet; “Å forstå hensikten med FHB”, “Å håndtere informasjon og veiledning”, og “Å oppleve livet som meningsfullt i nåtid og framtid”. Hvert av temaene presenteres ut fra sine av sub-temaer (Se tabell 3, side 30).

5.1 Å forstå hensikten med FHB:

Å forstå hensikten med FHB presenteres ut i fra 3 sub-temaer: “Å undre seg og føle en usikkerhet rundt det å bli kontaktet”, “Å se eget eller andres behov”, og “Hovedinntrykket av FHB”. Innenfor disse sub-temaene beskrives seniorenes opplevelse av FHB. Det beskrives også om seniorene anså det som relevant og nyttig å takke ja til tilbudet.

5.1.1 Å undre seg og føle en usikkerhet rundt det å bli kontaktet:

“Herreverden, hva skal hun gjøre her!?”

Det å bli kontaktet av kommunen og å få tilbud om FHB skapte ulike følelser hos informantene. Ingen av informantene hadde hørt om FHB før de ble kontaktet. De uttrykte en usikkerhet om hva tilbudet innebar. De undret seg over hva hensikten var og hva tilbudet skulle føre til. For tre av informantene ble den første kontakten tatt via brev. Brevet inneholdt en kort informasjon om hva FHB var, hvem som skulle komme på besøk og klokkeslett for besøket. Seniorene ble bedt om å ta kontakt hvis de ikke ønsket besøk, eller hvis tidspunktet ikke passet. Denne måten å henvende seg på var, i følge sykepleierne, en gunstig måte å nå fram til seniorene på. I brevet ble det også presisert at tilbudet var gratis og frivillig.

Jeg startet intervjuet med å spørre hvordan seniorene opplevde å få tilbud om FHB. De fortalte at de ble overrasket og forbauset over å motta et brev fra det offentlige. Agnes sin første tanke var: “Jeg tenkte, hva er årsaken til dette?! Tar de kontakt med meg? Jeg har ikke tatt kontakt med dem.” Men etter å ha tenkt litt kom hun fram til at det var en ny form for eldreomsorg og det fikk hun også bekreftet under hjemmebesøket. Elsa sin første reaksjon

var: *“Oi, tenkte jeg...er du nå blitt så gammel!”*. I likhet med Tor som tenkte *“Jøss, er jeg blitt så gammel?”*.

Informantene fortalte at det var for lite informasjon i brevet til å forstå hva besøket skulle omhandle. En av informantene fikk brevet lest opp av sin søster på telefon, da hun selv ikke var hjemme. Det gikk flere måneder før hun fikk FHB, og forut for besøket forstod hun ikke hensikten med tilbudet. En informant ble oppringt i forkant av besøket, det ble beskrevet som oppklarende. Da en kunne få utdypende informasjon om hva tilbudet gjaldt.

Årsaken til henvendelsen var uklar for senioren. Elsa beskrev denne følelsen som; *“...en liten herreverden hva skal sykepleieren gjøre her? Jeg trenger henne jo ikke!* Etter å ha tenkt litt forstod hun sin egen alder og derav også årsaken til henvendelsen. Hun tenkte også på at sykepleieren hadde en jobb å gjøre og takket derfor ja til FHB.

Senioren fortalte at de fra tidligere hadde god kjennskap til kommunens tilbud. Det hadde de fått gjennom jobb, fritidsaktiviteter og når familiemedlemmer hadde hatt behov for helsehjelp, derfor kom tilbudet om FHB som en overraskelse. Senioren fikk en informasjonsmappe utdelt på besøksdagen. Noen ønsket at de fikk den i forkant, slik at de kunne ha forberedt noen spørsmål før de møttes. Mangel på informasjon i forkant skapte også en usikkerhet hos Ola som fortalte; *“Jeg var ikke klar over hva vi skulle snakke om i det hele tatt. Informasjonsmappen fikk jeg først den dagen hun var her”*.

5.1.2 Å se eget eller andres behov for FHB

“Å kartlegge og å se helsetilstanden rundt om”

Senioren mente hensikten med FHB var en kartlegging av velviljen til å ta i mot hjelp, og å skaffe oversikt over hjelpebehovet. De fortalte at mange eldre ikke tør å spørre om hjelp og at de ikke vet hvor de kan ta kontakt for å få hjelp. Tor fortalte hva han mente var årsaken til

tilbudet om FHB; *“En ønsker å registrere viljen hos folk til å ta i mot hjelp. Samt å få en oversikt over hva slags hjelp det kan bli aktuelt å sette inn, umiddelbart eller på et senere tidspunkt”*.

Informantene mente FHB var en ny type eldreomsorg. Dermed tok kommunen høytidelig løftet om en god eldreomsorg. Ved å innføre FHB kunne kommunen se hver enkelt senior og om forholdene de hadde rundt seg var egnet for deres framtid.

Det vesentlige med besøket var å få beskjed om hvilke hjelpeapparat som fantes. Kommunen ønsket å presentere hvilke tilbud seniorene kunne benytte seg av. Hensikten med FHB var også å få gitt seniorene informasjon og råd av preventiv art. I tillegg oppfattet en informant at hensikten med FHB var rekruttering til trimgruppe.

Ola hadde opplevd det å bli pensjonist som å bli mer anonymisert. Da han fikk tilbud om FHB var det plutselig noen som tenkte på han, og han fortalte;

“..det som gjorde mest inntrykk var at de hadde begynt med dette her, altså, at folk er begynt å forstå, at noen var interessert i ditt beste...det synes jeg var det absolutt beste, altså...At noen brydde seg om det...for med en gang en blir pensjonist, så blir man mer sånn anonymisert,...så er det plutselig noen som begynner å tenke på deg og gjøre noe, så begynner du å vokse til litt”.

5.1.3 Hovedinntrykket av FHB

“Å se menneskene, at det ikke bare er en statistikk som skal lages”

Seniorene sa at de var en sammensatt gruppe, og de så utfordringene med å skille ut de som hadde behov og de som ikke hadde behov for FHB. Sykepleierne visste ikke noe om seniorenens bakgrunn i forkant av FHB, og de hadde derfor ikke kjennskap til hvor mye kunnskap den enkelte senior hadde om forebyggende og helsefremmende tiltak i hverdagen. Sykepleieren og Tor hadde felles bekjente, og under dette besøket unnlot sykepleieren noen spørsmål, fordi hun allerede visste svaret. Det faktum at alle som fylte 75- eller 80 år i 2010

fikk tilbud om FHB, opplevdes av informantene som en trygghet, og at det derfor ikke var grunn til å føle tilbudet som nedverdiggende på noen måte.

Seniorene fortalte at det var en stor gruppe med ulike behov som nå kom, og at det i denne alderen var forskjeller på livssituasjonen. Noen var friske og raske, mens andre var svært dårlige. Informantene fortalte også om ensomhet som et kjent problem blant eldre. Alle seniorene hadde kjennskap til yngre personer som var på sykehjem. Sykdom ble fremhevet som den ødeleggende faktoren.

Informantene fortalte at de egentlig ikke hadde behov for FHB, men at det helt sikkert var mange rundt om som hadde nytte av FHB. De takket ja til tilbudet av nysgjerrighet, og fordi de ikke visste hvilke behov de selv ville få i framtiden. Agnes ønsket at tilbudet ble fulgt opp, og at det ikke bare ble et prøveprosjekt. Når jeg spurte Agnes hva hun mente med å følge opp, svarte hun; *“Å se menneskene som er rundt om kring, at det ikke bare er en statistikk som skal lages. Du må se hvert enkelt menneske, for vi er ei sammensatt gruppe”*.

Tor fortalte at han ganske raskt tenkte at han selv ikke hadde utbytte av FHB. Han takket likevel ja til tilbudet, fordi han ønsket mer informasjon om sosialavdelingen; *“Jeg har hatt mye å gjøre med kommunen, men det har vært teknisk avdeling og kulturavdelingen. Sosialavdelingen kjenner jeg lite til, så det kan være greit å kunne litt om det. Jeg er sprek og kjekk nå, men jeg vet jo ikke hvor lenge det varer”*.

5.2 Å håndtere informasjon og veiledning:

Å håndtere informasjon og veiledning presenteres ut i fra fem sub-temaer; “Å få muntlig og skriftlig informasjon av sykepleieren”, “Å ta forhåndsregler av preventiv art”, “Å forstå sin egen alder”, “Å følge opp råd fra sykepleieren” og “Å delta på aktivitetstilbudene som ble presentert under FHB”. Disse sub-temaene virket å være av betydning for hvordan senioren

håndterte informasjonen og om FHB var av helsefremmende betydning som styrket seniorenes mestringsevne.

5.2.1 Å få muntlig og skriftlig informasjon av sykepleieren

”Jeg synes det var ganske informativt det her”

For å se på hvilket utbytte senioren kunne ha av FHB spurte jeg mine informanter hva de fikk informasjon om. Seniorene fortalte at sykepleieren hadde informert dem om brannsikkerhet i hjemmet, lys og gelender i trappene og ulike aktivitetstilbud. Av den informasjonen senioren fikk, ble forebygging av fall hevet. Sykepleieren informerte om risikoen med løse ledninger, glatte gulv og badekar, krøll på tepper og å bruke ustødige stoler for å nå opp til skapene. Ola fortalte meg om informasjonen de hadde fått i forhold til sikkerhet i hjemmet; *“...om matter og saker og ting, om lys og alt sammen, at det er glatte matter og om å klatre opp i skapene”*.

De fikk informasjon om at det var et tildelingskontor og hvor kontoret var. Der kunne de få hjelpemidler som heis til trappene, håndtak og sete til å forhøye toalettet. Tildelingskontoret kunne også være behjelpelig med hvor de skulle henvende seg videre for hjelp. Tor bladde i informasjonsmappen når han fortalte om informasjonen som ble gitt under FHB;

“..vi har et tildelingskontor og det meste skal gå innom der. De vet hvor du, eller den du er gift med, skal henvende deg. Hvilket kontor de skal kontakte, for at du skal få den relevante hjelpen. Vi har et slikt kontor, og det ligger der. Her er et tilbud fra aktivitetssenteret, som jeg for øvrig bruker mye selv, og det er du kjent med, som sykepleieren sa. Men dette er en brosjyre som viser alt som de driver på med der. Sykepleieren gjorde meg oppmerksom på det”.

Flere av senioren sa at det ble gitt mye informasjon, og at de ikke husket alt som ble sagt. Noe av informasjonen ble også gått raskt igjennom. Det ble utlevert en telefonliste med aktuelle telefonnummer. Her var blant annet hjelpemiddelsentralen, diabetesforbundet og demenslinjen oppført. Informasjonsheftet kunne være en ressurs. Det var derfor en trygghet å ha den tilgjengelig. For disse informantene var ikke informasjonen aktuell per dags dato, men

de visste ikke hvordan situasjonen ville være om 2-5 år. Informasjonsmappen inneholdt mange løse ark i forskjellige størrelser, og den var en blanding av offentlige og private tilbud. En av informantene opplevde det som rotet. Ola opplevde ikke informasjonsmappen som rotete. Han syntes det var prisverdig å få informasjonen i en samlet mappe og fortalte; *“Sykepleieren har jo satt opp en oppgave her, over telefonene de skal bruke. Jeg synes det var ganske informativt det her (leter i papirene.) Her har hun laget en sånn (viser meg listen). Det er jo det her du kommer borti (vi ser på listen)”*.

Besøket skulle vare en time, men hos flere av senioren varte det mye lengre. Selv om mye av informasjonen var kjent, syntes de at det var godt å snakke om det en gang til og bli minnet på hva de skulle være forsiktige med.

Informantene fortalte at samtalen med sykepleieren var interessant, positiv og informativ. En av informantene følte at samtalen var privat og fortalte om sitt liv og sin historie. Tre av informantene opplevde ikke samtalen som privat, men at sykepleieren hadde en agenda. Det virker også som om senioren var opptatt av at sykepleieren fikk den informasjonen hun trengte under besøket. En av informantene var redd for at hun hadde pratet for mye tull. Selv om Ola ikke forstod det som en privat samtale, mente han det var som å prate med en de kjente, og han hadde åpnet seg fullstendig. Tor derimot stolte ikke helt på at det som ble sagt forble mellom de to, og han opplevde samtalen som to tredjedeler “kjenningsprat” og en tredjedel prat om praktiske forhold.

Senioren fortalte at det var sykepleieren som styrte samtalen, men at hun la til rette for at de fikk fortelle om sitt tidligere arbeidsliv, sin hverdag, helseplager, medisiner, boligforhold og sitt sosiale nettverk. Senioren fikk en følelse av at de kunne fortelle om hvordan de hadde det, og hvilke planer de hadde for å tilrettelegge i hjemmet i nær framtid eller hvis deres helsesituasjon skulle endre seg. Agnes fortalte fra besøket og samtalen med sykepleieren; *“...vi pratet om min skade og mitt arbeidsliv. Vi gikk rundt og så på leiligheten.*

Jeg sa mine tanker som jeg har hatt forut, det at jeg har hatt hus som jeg solgte. Vi fant ut at her kan jeg leve, her kan jeg bli gammel”.

Seniorene fortalte at det var et hyggelig og positivt hjemmebesøk. De mente at sykepleierne passet til jobbene sine, fordi de hadde mye positiv energi, virket trygge, rolige og var lette å prate med. Ingen av informantene satt igjen med følelsen av at det var noe informasjon som manglet i under FHB. De ville heller ikke hatt noen problemer med å kontakte sykepleieren i etterkant hvis det hadde vært noe.

Tor hadde fått beskjed om å ta kontakt, hvis det var det minste han lurte på;

“Du treffer meg på det og det telefonnummeret. Jeg må si at det er fullgodt nok altså, for man kan jo nesten ikke vente at 80åringer skal huske alt av det som blir sagt av mange, mange opplysninger. Det vesentlige er at vedkommende får beskjed om at hjelpeapparatet finnes der, og det du har bruk for finner du sannsynligvis svar på i den bunken her (klapper på mappa). For fra den samtalen finner sted til du får bruk for det, kan det kanskje gå fire-fem år. Da er det greit at det er noen som har skrevet det opp.”

5.2.2 Å ta forhåndsregler av preventiv art:

“Kommunikasjonen mellom hjernen og musklene i beina går på slow nå”

Informantene mente det var viktig å ta forhåndsregler, men samtidig vanskelig. Noen av mine informanter hadde flyttet fra enebolig til leilighet. Alle informantene mente deres bolig var egnet for framtiden. De fremhevet at god plass med mulighet for både rullestol og rullator var viktig. Seniorene fortalte om planer om å utbedre dusjforholdene, antiskli under teppene og komfyrvakt. Noen av informantene fortalte også om hvordan de tidlig begynte å planlegge alderdommen. For en informant hadde det lønt seg å planlegge alderdommen allerede da de bygde hus, da hun nå ved enkle grep kunne hun få alt på et plan. For å klare hverdagen var det viktig å senke kravene til hvor ryddig det skulle være, og akseptere at gjøremålene tok lengre tid.

Agnes fortalte om sine planer for et nytt dusjkabinett; *“Jeg vet at jeg har et for trangt dusjkabinett. Det er ikke trangt for meg nå, men jeg vet at hvis jeg skulle ha behov for mer...jeg vil ha et som går helt ned til gulvet, slik at du ikke trenger å løfte føttene så høyt”*.

I de nye leilighetene var det avrundede dørstøkker, god bredde på dørene, store bad og heis med bårestørrelse. Ola og kona fortalte at det hadde vært et tungt valg å selge eneboligen. Men når valget var tatt, måtte de bare se framover. En av de mannlige informantene fortalte at de første månedene i leiligheten føltes som et midlertidig hotellopphold. Å ha en enebolig så ut til å være mer arbeidskrevende enn å bo i leilighet. Vedlikehold innvendig og utvendig kunne by på utfordringer. Disse utfordringene kunne øke hvis en var eller ble alene, eller ikke hadde andre personer som kunne være til hjelp. Kona til Ola fortalte om salget av eneboligen;

“...hvis vi ble alene en av oss, uansett om det ble han eller jeg, så kunne vi ikke bo der vi bodde før. // For jeg ser bare nå...vi ville ikke ha klart det ute, og det samme inne. Det var mye. Han(Ola) sa støvsuge, men det var mye å vaske... og skulle du beise huset...så stod jeg og holdt i stigen. Jeg ville ikke at han skulle gå opp, for du vet jo aldri.. Så det var veldig mye, men det var et valg å ta”.

Seniorene mente at det var vanskelig å ta forhåndsregler når man følte seg frisk og oppegående. De mente derfor at endringene ofte kom etter at ulykken var skjedd. En av informantene mente at det var en vanlig menneskelig svakhet. Elsa fortalte at hun var blitt dårligere til beins og hadde lettere for å snuble, bare en liten ting som krøll på teppene kunne føre til fall. Elsa fortalte;

“Jeg ser det teppet der (peker på et teppe med krøll) ...bare en sånn liten ting altså, så får jeg ikke foten opp og fort fram... Kommunikasjonen mellom hjernen og musklene i beina går på slow nå...så det er noe der...og det må jeg være veldig forsiktig med...Jeg har ramlet så mange ganger ute... ankelen kan gi etter eller sånn.. en gang datt jeg på svarte asfalten...det kaller jeg for en teknisk prøve, for å se om jeg har beinskjørhet”.

Når jeg spurte Elsa om hva som skulle til for å gjøre endringer svarte hun; *“Jeg tror egentlig at jeg takler det enda, helt til den dagen jeg ikke...det der skulle du jo hatt for fem år siden! Og så vet jeg ikke hvor jeg får tak i det...for man tror jo at...så lenge man ikke trenger det, så tenker man ikke på det det er vel heller det...”*

Samtlige informanter mente at de hadde tatt en del forhåndsregler, men at det ikke var et resultat av FHB. Forhåndsreglene var gjort på bakgrunn av erfaringer gjennom livet, jobben og i stellet av egne foreldre. De hadde iverksatt tiltak av preventiv art på eget initiativ.

5.2.3 Å forstå sin egen alder

“Jeg stoppet på 39 og av og til er jeg 14”

Det å forstå sin egen alder opplevdes av mine informanter som vanskelig. De opplevde det å bli eldre på ulike måter. Informantene beskrev alderdommen som en trinnvis prosess og at aldringsprosessen ikke var samkjørt kognitivt og fysisk. En av damene fortalte om at andre oppfattet henne som gammel, men at det ikke stemte overens med hennes egne tanker. Noen av informantene vekslet også mellom å snakke om “de gamle” og om seg selv som gammel. Det å føle seg yngre enn alderen tilsier kunne være et handikap, i følge Else, hun fortalte:

“Jeg stoppet på 39 og av og til er jeg 14. Det er sant det! Og det kan faktisk være en form for handikap, for man kan skade seg selv, utfordre seg litt...man tror ikke...//...Det merker jeg med meg selv, jeg har alltid ligget to foran skjema når det gjelder hurtighet, ikke bare når jeg snakker. Og jeg sa det til han (fastlegen)...det er skummelt å bli gammel, kroppen følger årene, men hodet mitt i hvert fall...stoppet på 39. Dermed skjønner man ikke at man ikke klarer”.

Hvordan man opplevde sin egen alder, var i følge senioren, av betydning for om en tok forhåndsregler, og om en valgte å følge rådene. Når aldersprosessen innhentet en, kunne det derfor være vanskelig å se sine begrensninger. Tor fortalte om aldersprosessen og det å ta forhåndsregler:

“...jeg har ikke merket det så godt før. Det begynte rundt i fjor, da var jeg 79, og nå er jeg 80, at aldringen kom veldig mye raskere på enn det gjorde da jeg var oppover i 70årene. Jeg tror aldringen går litt sånn i trapper. Jeg tror ikke det går jevnt hele tiden. Av og til rekker man kanskje ikke, eller ikke er tilstrekkelig oppmerksom på å følge opp tiltak som er av preventiv art. Hadde utviklingen gått litt mer jevnt, så hadde man kanskje vært litt flinkere til å følge opp”.

5.2.4 Å følge opp råd fra sykepleieren

“Vi har ikke gjort noe fra eller til”.

Seniorene oppfattet at sykepleieren informerte om generelle risikofaktorer, men opplevde ikke at sykepleieren kom med konkrete råd som var av betydning på nåværende tidspunkt. Besøket var likevel en god påminner om risikofaktorer. Samtlige informanter fortalte om ting i hjemmet som kunne vært endret som for eksempel håndtak på badet, dusjforhold, antiskli i badekaret og å fjerne mattene som lå midlertidig på gulvet. En av informantene fortalte at sykepleieren kom med et råd om å fjerne elektriske ledninger slik at en ikke snublet i dem. Dette oppfattet informantene som et godt råd. Tor hadde gulvtepper som kunne være en risiko for fallulykker;

“Og sånn med tepper også, selvfølgelig litt på grensen her nå...de fleste ulykker skjer jo i hjemmet, og veldig mange skjer jo ved at man snubler i tepper, så det er egentlig sånn som vi vurderer litt og ser det an...å ha sånn selvklebende eller dobbeltsidig tape langs teppene, at du ikke går og snubler i dem”.

På spørsmålet mitt om de skulle gjøre noe med teppene, svarte Tor: *“ Ja. Det vurderer vi. I alle fall går jeg og vurderer det (latter). Men vi har vært ganske gode til beins hittil...på mange måter”.*

Alle informantene fikk inntrykk av at sykepleieren syntes boligen deres var godt egnet for alderdommen. Seniorene var kjent med ulike typer hjelpemidler for å lette og sikre hverdagen, men de anså det ikke som nødvendig å anskaffe det ennå. De fleste rådene sykepleieren kom med gled naturlig inn i hverdagen, og noen av seniorene oppfattet av den grunn ingen behov for endring. Tor mente de var oppmerksomme på risikoer i hverdagen og at de tok forhåndsregler. Han oppfattet ikke at sykepleieren kom med noen råd som var av stor betydning for dem; *“Og det er for det vi oppfyller en god del ting og kanskje de fleste her, sånn som med trapper og stoler og alt dette her om å gå i høydene. Så det aller meste har vi oppfylt, så vi har ikke gjort noe fra eller til og hun påpekte heller ingenting som hun rådet oss til å endre på, det gjorde hun ikke”.*

Alle informantene fikk råd om forebygging av fall. Antiskli under mattene og i badekar ble fremhevet. Noen av informantene fortalte at de hadde gode krakker til å klatre opp i skapene. Seniorene hadde hørt om risikoen for fall blant eldre, og de fortalte om bekjente som hadde falt fra stoler når de skulle vaske. Elsa hadde badekar, og hun fikk råd av sykepleieren om å legge antiskli i badekaret slik at det var klart neste gang hun skulle bade. Elsa hadde ikke fulgt rådet, og hun fortalte hvorfor; *“Og om hun har sagt, nå går du ut og så tar du og legger de rosettene i badekaret, så er de der til neste dag. Ja, jeg skal gjøre.., men jeg skal bare gjøre dette først”*.

Ola og kona fortalte at leiligheten var godt tilrettelagt, og at det ikke var behov for endring. Det fikk meg til å stille spørsmålet om noen av rådene kunne overføres til livet de levde på hytta. Ola fortalte om forholdene på hytta;

” ...vi har varme i gulvet, vi har bad, vi har vann og alt sammen, så det er samme forhold, så vi må bare ta de samme forhåndsreglene (latter) Ikke tenne på noen ting (latter)//... og når det gjelder størrelsen, så er det like stort som her. Og vi kjører jo helt til døra så, nei, vi har ikke noen andre tanker der”.

Noen av informantene fulgte opp rådet om å starte på trim etter besøket. Det var et tilbud som vekket interesse.

5.2.5 Å delta på aktivitetstilbudene som ble presentert under FHB

“For jeg har ikke undersøkt hva slags aktiviteter, for jeg har gått for meg selv, ja!”

I intervjuene kom det fram hva seniorene deltok på av aktiviteter og hva som skulle til for at de skulle delta. Noen av seniorene fikk tilbud om å være med i en trimgruppe, delta på opplesing av sagn på biblioteket, gåturer i marka og historiske fortellinger på museum. De mannlige informantene hadde god kjennskap til aktivitetssenteret for seniorer. Seniorsenteret tilbydde flere aktiviteter som treskjæring, språkkurs, datakurs og forelesninger. En av informantene benyttet seg mye av foredragene på seniorsenteret. Det var også mange kulturelle tilbud, og konserter ble fremhevet. Noen av seniorene var selv svært fysisk aktive, og de nevnte ikke trim som et aktuelt tilbud. Alle informantene fortalte at de hadde mange

interesser som tok mye av deres tid. En av årsakene til at seniorenene ikke benyttet seg av tilbudene som ble presentert var tidsmangel.

To av damene begynte på trim etter FHB. Da sykepleieren presenterte trim som et tilbud til seniorenene, var det en aktivitet som vekket interesse. Ingen av damene hadde kjennskap til dette tilbudet før besøket. Det var viktig at trimmen var tilpasset deres nivå og foregikk i nærmiljøet slik at de i mindre grad var avhengig av transport. Damene trekker også fram det sosiale aspektet med trimmen som en motiverende faktor. Kaffepausen i etterkant av trimmen beskrives som et høydepunkt. Over en kaffekopp kunne de diskutere hvordan de opplevde trimmen, og gi hverandre råd om hvordan de kunne mestre trimmen bedre. Agnes fortalte om det sosiale på trimmen;

“..men som jeg sier at å gå på trim og møte andre mennesker som jeg har gjort i denne tid. Det synes jeg, du blir ei gruppe, for du møter hverandre i en alderdom og skulle kunne si mer enn ”hei”. Det blir det når du er i en sånn liten trimgruppe, også har du kaffe etterpå. Så får du et sosialt nettverk rundt deg på den måten og du kan møtes og prates og sånn”.

Det viste seg at det kunne være vanskelig å motivere seg for trim alene. Trimgrupper, lag og foreninger, husdyr og ektefeller nevnes som motiverende faktorer. Ektefellene fortalte også at de presset hverandre til å være fysisk aktive. Elsa som bodde alene, fortalte at hun ble med på trimmen, fordi det var vanskelig å motivere seg for trim på egenhånd;

“Jeg hadde ikke sittet hjemme her og sparket, slengt med, trampet og gått.. Jeg har jo en trimsykkel som står der inne, men jeg sier som damen sa; ja, han er nydelig som stumtjener der inne på soverommet. Så det har gjerne lett for å bli det, man starter med den entusiasmen...og så får man det i hus, og så prøver man det også...en annen gang. Og så glemmer man, når sa du en annen gang først? Det kan jo være to år siden!”

Noen av seniorenene fortalte at de er i god fysisk form og at de derfor ikke deltok på organisert trim, men de visste at det var mange på deres alder som var på seniorsenteret veldig ofte.

5.3 Å oppleve livet meningsfullt i nåtid og framtid:

Det å oppleve FHB meningsfullt i nåtid og framtid presenteres ut i fra 4 sub-temaer: “Tidligere erfaringer med sykdom og helsehjelp, fra eget liv eller som pårørende”, “Forventninger om helsehjelp i framtiden”, “Å tro på egne ressurser i nåtid og framtid” og “Betydningen av ressurser i omgivelsen”. Positive og negative erfaringer fra å få helsehjelp, kunne være av betydning for senioren forventninger om hjelp i framtiden. Det å ha tro på seg selv og ressurser i omgivelsen, viser til hvordan senioren mestret sitt eget liv. Samtlige sub-temaer viser til hvordan senioren indirekte kunne oppleve et behov eller nytte av FHB i nåtid eller framtid.

5.3.1 Tidligere erfaringer med sykdom og helsehjelp, fra eget liv eller som pårørende:

“Hvorfor kan de ikke bare gi de tabletter så de slipper å plages med dem, tenkte jeg”

Noen av senioren hadde selv opplevd å få helsehjelp fra det offentlige. Samtlige av informantene hadde erfaringer med alderdom og sykdom fra egne foreldre, naboer, venner og bekjente. Erfaringene var både positive og negative.

Informantene fortalte om erfaringer med dårlig smertelindring, og om ikke å bli tatt på alvor av hjemmesykepleien når man som pårørende klaget på helsehjelpen, om brutte avtaler og om dårlig behandling på sykehjemmene. En av informantene fortalte om de negative erfaringene hun hadde som pårørende for sin mor på sykehjem. Denne erfaringen opplevdes fortsatt som traumatisk for henne. Disse erfaringene hadde for noen av informantene skapt en mistillit til hjelpeapparatet. En av informantene fortalte også om bekymringen og uroen over at ektefellen var blitt syk og han undret seg over hvilken hjelp de ville få i framtiden. Elsa fortalte om behandlingen moren fikk på sykehjemmet da hun ville på do;

“Jeg kom hit ti over to, og nå er klokken ti på tre sa jeg, og mamma ville på do da jeg kom...og hun (sykepleieren) var og hentet den andre jenta og de røsket henne opp, ut av sengen, i en stol og kjørte henne, altså, for de måtte være to stykker på henne...vel vel, hvorfor kan de ikke bare gi de tabletter, så de slipper å plages med dem, tenkte jeg”.

Det å se sine egne foreldre bli gamle, gav forventninger til hvordan egen alderdom kunne bli. En av informantene så klare likhetstrekk mellom seg selv og sin mor, og hun forventet derfor at alderdommen kunne bli svært lik morens.

5.3.2 Forventninger om helsehjelp i framtiden

“Mer håp enn forventninger”

Forventningene seniorene hadde om helsehjelp i framtiden, var knyttet til rett bruk av ressurser og om de rette personene ble brukt til å vurdere helsetilbudet i framtiden. Seniorene ønsket at kommunene i framtiden kunne opprettholde de ressursene som var. Tor og Ola hadde inntrykk av at de bodde i en god kommune som så behovet, men de ble samtidig forvirret av mediens historier om dårlig eldreomsorg. Dette skapte usikkerhet hos informantene.

Tor fortalte om medias framstilling av kommunen og den forvirringen det skapte hos han;

“..en kommune som så behovene i framtiden, det virket jo veldig hyggelig for oss som er i en slik situasjon at vi kan komme til å få bruk for de kommunale tjenestene (sender blick mot kona.) Men så leser du i avisene om hvor misfornøyd folk er som ikke får den hjelpen og den hjelpen. Jeg må si at det nesten er forvirrende og jeg er veldig i tvil om hva slags oppfølging som man kan få, altså i forbindelse med...alderdommen”.

Seniorene fortalte at de hadde kjennskap til flere sykehjem. En av informantene fikk inntrykk av at betjeningen var veldig hyggelig. Dette gav forhåpninger om at det skulle gå bra hvis han måtte på sykehjem. Informantene hadde også kjennskap til hjemmetjenesten på godt og vondt. En av informantene hadde sett at naboen fikk hjelp av hjemmetjenesten. De kom regelmessig og var punktlig noe som gav forhåpninger om å få god hjelp. I motsetning til dette mente noen av informantene at det de kunne forvente av hjemmetjenesten var begrenset hjelp, lite punktlighet og slurvete husvask.

Flere eldre og dårligere hjelp gav dem skremmende prognoser for framtiden. Elsa fortalte om forventningene hun hadde til hjelp i framtiden;

“Nei, vet du jeg forventer meg ikke så mye. Jeg forventer at jeg må forstå at de ikke gjør mer enn høyst nødvendig. Det klages over at de har det veldig travelt...ja, det har de...men det er vel kommunen som er skyldig i at de ikke vil ansette flere, jeg vet ikke...men etter prognosene så ser det ut som det blir flere gamle, og dårligere hjelp så...Derfor sier jeg, så lenge jeg klarer det, så skal jeg altså...”

5.3.3 Å tro på egne ressurser i nåtid og framtid:

“Man reiser seg opp, og så prøver man fem ganger til”

Viktigheten av å tro på at man ville klare seg og at man hadde de ressursene som trengtes for å mestre eget liv, kom fram i intervjuene med informantene. Elsa omtalte denne troen på seg selv som en indre aggressivitet, og en stahet som hun har hatt fra barns alder. Elsa fortalte;

“..jeg gir ikke opp heller, jeg er så sta, JA, jeg er det. Du store verden hva mamma hadde å stri med da jeg var liten! Jeg gav meg aldri. Og det kommer igjen når man er eldre, heldigvis! Som eldre bør man være litt...jeg kan ha litt aggressivitet, det er at man ikke setter seg ned og sier; nei, jeg orker ikke. Man reiser seg opp, og så prøver man fem ganger til!”

Seniorene mente det var viktig å ha tro på at man ble hørt som gammel og å føle at man var av betydning. Det var en trygghet å vite at en klarte å tilkalle hjelp hvis det var behov. Ut i fra tidligere erfaringer og historier om dårlig eldreomsorg i media var det viktig å kunne kjempe for sin sak og være sterk. Om de dårlige erfaringene fra morens behandling og tanker om selv å få hjelp fortalte Elsa:

“Det er ufattelig mange som har det på samme viset som mamma, at du er ikke noe når du blir gammel. Du skal ikke høres på, dine ord er bare tøv...Men jeg skal nok klare å fikse det der når jeg blir gammel.//Det finnes alltid en utvei, om ikke annet så går jeg på veien og roper på hjelp”

Noen av informantene hadde selv opplevd sykdom og det å ha redusert funksjon en periode. Denne erfaringen gav dem tro på at de kunne mestre utfordringene som måtte komme. Det var

av betydning å ha tro på at man klarte seg i hverdagen og i hjemmet, og at man hadde muligheten til å skaffe seg hjelpemidler. Alle seniorenene hadde et sterkt ønske om å få bo hjemme lengst mulig. Kreative løsninger, hjelpemidler og å bruke den tiden en trengte på de ulike gjøremålene var viktige faktorer for å klare seg i hverdagen. Helsen var også av betydning for hvordan en ville mestre framtiden. Informantene forsøkte å bevare helsen ved å være i aktivitet. Damene deltok på trim, og mennene var mye ute i marka. Seniorenene mente at å få beholde vett og forstand var av større betydning enn å opprettholde den fysiske kapasiteten. Ola syntes at han hadde vært heldig i livet sitt. Om det å bo hjemme og bevare helsen fortalte han;

“Så hvis jeg kan få leve her og bo her til jeg er ferdig, ha et godt liv og få være litt i mosjon og ha litt å gjøre, passelig å gjøre, og bruke tiden min som jeg trenger på det. Jeg har ikke noen andre ønsker. Jeg synes vi har det., vi har ikke problemer med verken økonomien eller...jeg vet ikke hvilke problemer vi har?”.

5.3.4 Betydningen av ressurser i omgivelsen:

“Det er barna som har slått alarm”

Det å ha bil for å komme seg rundt, en hjelpsom leieboer, god økonomi, internett, velegnet bolig for framtiden, pensjonistkurs, familie og venner, fastlege, og trimgruppe var viktige ressurser i seniorenenes omgivelser.

Alle informantene nevnte sine barn som en mulig ressurs i alderdommen. Det var en stor hjelp og trygghet å ha barna i nærheten. Nære sosiale relasjoner til barn, svigerbarn og venner viste seg å være viktig. Når barna og andre nære relasjoner planla å flytte skapte det en utrygghet. Behovet for å ha barna i nærheten ble også sterkere ved sykdom hos dem selv eller ektefellen. Betydningen av å ha venner økte ved alderen, i følge en av informantene. Bekymringene for at vennene skulle bli rammet av sykdom økte også med alderen.

Ola fortalte om det nære båndet til sine barn og svigerbarn;

“..vi har et veldig godt forhold i familien, for begge jentene og familiene bor i nærheten.... og svigersønnene mine, om jeg skal si det, så er det som om jeg skulle valgt dem selv, for de har jo blitt mine beste kamerater. Det høres litt solskinnssaktig ut det her, men et faktum er det!”.

Seniorene fikk ulike beskrivelser av eldreomsorg gjennom media. Samtidig ble det av politikere lovet god eldreomsorg og økte ressurser. Informantene fortalte om eldre som ikke ble hørt og om eldre som ikke turte å spørre om hjelp. Det var derfor av stor betydning å være ressurssterk den dagen en trengte helsehjelp. I avisene leste Tor om barn som kjempet for sine foreldres rettigheter og som banet vei for dem. Tor mente at det ikke var sikkert at de var ressurssterke nok til å kjempe på egenhånd den dagen de kunne trenge hjelp;

“Så akkurat da er det som melder seg ut det her at, hadde jeg nå bare hatt noen barn i byen...ikke som kunne pleie en, men som kunne liksom....ta støyten og bane vei for en hvis det opptrer noe....Jeg har inntrykk av at...det som står i avisa at, det er barna som har slått alarm”.

To av informantene hadde deltatt på pensjonistkurs gjennom jobben, der de fikk nyttig informasjon om det å bli pensjonist. To av de kvinnelige informantene hadde ulik oppfatning av fastlegens betydning. En av damene mente at det var en trygghet at fastlegen brydde seg om sine pasienter og at han ikke ventet med å henvise til videre behandling/utredning. Agnes fortalte om fastlegen sin;” *Det betyr en lege som ser deg. Og en lege som har tid til deg, han sitter ikke og ser på klokken. Han ser hele menneske, og det betyr noe...når du skal blir gammel”.* Elsa, derimot, følte at hun ikke ble hørt av sin fastlege, og hun anså ikke han som en ressursperson.

Samtlige informanter hadde datamaskin, og de brukte internett som informasjonskilde. En av informantene hadde deltatt på et datakurs som sykepleieren hjalp henne med å finne frem til. Denne informanten fortalte også at hun brukte Skype for å holde kontakten med barnebarna. Da jeg spurte om det var noe informasjon senioren ønsket, men ikke fikk under besøket, svarte Elsa; *“Jeg leser mye, og kan gå på internett å se om jeg finner noe. Der finner jeg ut hva jeg skal..og er det ikke noe der, så kan jeg jo spørre...”*

Vinteren skapte utfordringer for senioren. Snømåking av innkjørselen kunne være tung og utfordrende. Det førte til at senioren ble mer avhengig av hjelp fra leieboer eller andre

personer. For en informant var utfordringene med snømåkingen også en av grunnene for å selge eneboligen. Kulde og snø kunne også føre til mindre sosial og fysisk deltagelse. Blant annet glatte veier kunne være et hinder for å bevege seg utendørs.

Elsa fortalte om en vinter med mye snø. For å bli kvitt snøen måtte hun gå ut på en stor snøkant for å tippe den; *“...også gikk jeg igjennom, og klarte ikke å komme opp..for når jeg går i gulvet, så klarer jeg ikke å komme meg opp...jeg må til en stol, og så må jeg heise meg opp...jeg måtte krype opp til det treet her og klatre. Det måtte være et syn for Guder! Det gamle mennesket...med snøskuffen i hånda (latter)”*.

Det å kunne hjelpe andre betydde mye for informantene. Seniorene hjalp venner, naboer, slekt og familie på ulike måter. De nevnte henting og bringing av familie, baking, vasking og å gjøre innkjøp. Deres hjelpsomhet var ikke kommet med alderen, det var noe de hadde gjort hele livet. For en av informantene var det å hjelpe andre meningen med livet.

6.0 DRØFTING AV BETYDNINGEN FHB HAR FOR HELSEFREMNING HOS SENIORER:

Studien hadde som mål å belyse hvordan fem seniorer opplevde å få FHB, og undersøke hva det hadde å si for deres helse. I presentasjonen av funnene i forrige kapittel, fulgte jeg analysens inndeling av begrepene *forståelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* (Antonovsky 2009). I denne delen skal jeg drøfte noen av mine viktigste funn og begrepene settes inn i en større sammenheng. Årsaken til dette er at Antonovsky (2009) selv beskriver begrepene som teoretisk atskillelige, men uatskillelige i praksis (2009:102). Før jeg drøfter studiens hovedfunn som er at ressurssterke seniorer også kan ha nytte av FHB, vil jeg innlede med noen generelle betraktninger omkring det å bli eldre. Deretter drøfter jeg mitt neste funn som er at god informasjon i forkant av besøket kan øke forståelsen av hva tilbudet omhandlet, og derav også styrke følelsen av at tilbudet var meningsfullt. Et annet viktig funn er at det kan være behov for oppfølgingsbesøk også hos ressurssterke seniorer. Det siste funnet som drøftes er at relasjonen mellom senioren og sykepleieren er av betydning for en god individuell

veiledning på seniorenens premisser. Jeg vil også drøfte hvilken aldersgruppe som kan være mest hensiktsmessig å oppsøke.

6.1 Seniorer- en sammensatt gruppe.

Det virker å være knyttet mange fordommer til alderdommen, ofte basert på entydig diskriminerende og direkte misvisende informasjon på mange områder. Forskjeller mellom seniorer er store både fysisk, mentalt og sosialt. Et eksempel er at helseproblemer som oppstår seint i livet ofte relateres til aldring (Veenstra mfl. 2009). Daatland (2005) skriver at aldring primært dreier seg om biologiske prosesser, og at forklaringer derfor primært må søkes i biologien. Men han påpeker at siden levealderen stadig stiger, må dette være et uttrykk for at det fortsatt finnes reserver som vi ikke har kunne realisere på grunn av dårlige levekår, uheldige miljøpåvirkninger og/eller et usunt levesett. Daatland (2005) mener med dette at utenom den naturgitte (biologiske) aldringen finnes det sekundære aldringsprosesser som er resultater av ytre påvirkninger (2005:71-76). Det er disse sekundære aldringsprosessene, de prosessene senioren selv kan påvirke med eller uten hjelp fra omgivelsene, som i denne studien er av interesse.

Åge Eitungjerde (1997) skriver om alderdommens komplekse prosess:

“...ingen av oss veit korleis det oppleves å bli eldre, før alderen så å seia kjem oss i møte. Aldringa er ikkje som ein arbeidsprosess vi kan ta lærdom av og gjere betre neste gong. For kvar einskild er aldringa ei ny oppleving som vi møter utan personleg erfaring, slik sjølve livet er det” (Eitungjerde 1997:21).

Sitatet ovenfor illustrerer aldringens ukjente sider. Ingen kan med sikkerhet vite hvordan alderdommen blir. Vi vil alle ha en subjektiv opplevelse av aldringsprosessen, fordi hvert enkelt individ er unikt og spesielt. Samtidig vil vår historie og tidligere erfaringer gjennom livet være med på å påvirke vår personlighet livet igjennom.

Flere ulike teorier har vært av betydning for aldersforskningen. Daatland (2005) beskriver i sin artikkel noen ulike teorier som ofte benyttes; Tilbaketrekningsteorien er en teori som

postulerer at individet har et behov for å disengasjere seg fra den ytre verden. Aktivitetsteorien hevder at aldri fører til sosial passivitet og en mer innadventt orientering. Eriksons utviklingsteori består av åtte faser, der hver fase preges av en sentral psykologisk utfordring (krise) som individet må mestre for å utvikle seg videre mot modenhet. I denne teorien representeres den gode alderdommen ved at en i eldre år kan dra nytte av erfaringene gjennom livet og forsone seg med at livet ble som det ble (Daatland 2005:76-77). Men selv om teorien har fått kritikk for et noe rigid bilde av utviklingsfasene, kan teorien sies å ha et positivt syn på alderdommen nettopp fordi den inkluderer hele livsløpet. Antonovskys teori om OAS har imidlertid også møtt på kritikk fordi han hevder at mestringssevnen stabiliserer seg i begynnelsen av voksenlivet, og at en deretter kun i begrenset grad kan gjøre endringer (Antonovsky 2009:123). Teorien kan likevel være hensiktsmessig å bruke når man diskuterer forebyggende helsearbeid til eldre, selv om det ser ut til at OAS generelt blir styrket med alderen og er påvirkelig gjennom hele livet (Walseth 2009).

6.2 Ressurssterke seniorer kan også ha nytte av FHB:

Hovedfunnet i studie er at også ressurssterke seniorer kan ha behov for og nytte av FHB. Det begrunnes blant annet med at FHB var en påminner om risikofaktorer. Tilbudet skapte også en følelse av å bli sett, og tillit til at politikerne tok på alvor det de hadde lovet om en god eldreomsorg. Disse følelsene framkom selv om seniorene ikke opplevde å være i målgruppen som sykepleieren ønsket å komme i kontakt med. Seniorene i denne studien framstod som svært ressurssterke og med høy OAS i sine tilværelser. Dette viste seg blant annet gjennom måten de håndterte utfordringer i hverdagslivet.

Det er delte meninger om hvem som har mest nytte av FHB. Pettersen og Laake (2002) hevder at det er de med dårligst helse og trivsel som har størst behov for FHB og videre oppfølging. Nyere dansk forskning gjort av Vass mfl. (2007) konkluderer med at det spesielt er ressurssterke seniorer som har utbytte av denne innsatsen. Derfor kom det også endringer i den danske loven om FHB, der de som mottar både personlig og praktisk hjelp unnlates av loven (Vass 2005:5). I denne studien ønsker jeg ikke å vurdere hvem som kan ha mest nytte av FHB, men jeg konkluderer ut i fra studiens funn med at også ressurssterke seniorer kan ha

et behov for og nytte av FHB, fordi denne gruppen fortsatt har mulighet til å ta noen grep om sitt eget liv.

Tabellen under gir en oversikt over salutogene faktorer (Antonovsky 2009) som framkom av materialet individuelt eller i seniorennes omgivelser. Med denne skjematisk framstillingen ønsker jeg å illustrere hvorfor jeg mener seniorenne i denne studien framstod som ressurssterke. De hadde mange salutogene faktorer, både i sine omgivelser og individuelt. Jeg ønsker likevel å tydeliggjøre hvorfor de kan ha behov for og nytte av FHB.

Tabell 4. Salutogene faktorer:

Salutogene faktorer i omgivelsene:	Individuelle salutogene faktorer:
Å ha noen å hjelpe	Tro på seg selv
Nære relasjoner	Selvstendighet
Tillitsforhold til helsevesenet/ fastlegen	Autonomi
Trimgruppe	Intelligens og kreativitet
Kulturelle tilbud	Indre aggressivitet
Tilpasset bolig	Fysisk kapasitet
God økonomi	Optimisme og fremtidstro
Kjøre bil	

Tabellen angir forhold som kan skape sterke motstandsressurser hos en person. De salutogene faktorene i omgivelsene belyser hva som var av betydning for at senioren mestret hverdagen og opplevde livet som meningsfylt. Det å ha noen å hjelpe handler i eldre år ikke bare om å motta hjelp, men også å kunne gi tilbake. Daatlands (2007) artikkel tar utgangspunkt i at eldre foreldre ikke er passive mottakere av hjelp og tjenester, men de er aktive medspillere. De er ofte både givere og mottakere av hjelp. Han konkluderer med at det ofte føles bedre å være den som gir, enn den som tar i mot hjelp. Dette stemmer overens med det som kommer fram i intervjuene, at å kunne hjelpe andre var svært meningsfullt. Dette framkom også ved at en av

årsakene til at informanten takket ja til FHB, var ønsket om å gi den informasjonen sykepleieren trengte i jobben sin.

Nære relasjoner til familie, venner, naboer eller leieboere var viktig. Walseth (2009) skriver at dårlige sosiale nettverk synes å slå sterkt ut i negativ retning. Med dette forstår jeg at et godt sosialt nettverk vil være en viktig motstandsressurs. Derfor kan trimgrupper, kulturelle tilbud som skaper gode opplevelser eller andre sosiale aktiviteter i nærmiljøet være en god forebyggende strategi. I kombinasjon med et tillitsforhold til helsevesenet eller fastlegen kan det skape en trygghet. Antonovsky (2009) hevder at høy mestringsevne også inkluderer den "*legitime andre*", som for eksempel hjemmesykepleien eller fastlegen. Med høy mestringsevne innebærer det at den "*legitime andre*" kan ivareta og overta uten at livet oppleves som uhåndterbart (Høie 2004). Forebyggende hjemmebesøk kan bidra til å skape et tillitsforhold til helsevesenet og skape en trygghet for seniorene om at en vil få hjelp den dagen et behov eventuelt oppstår. Dette mener jeg er et godt argument for å tilby FHB til ressurssterke seniorer.

God økonomi, muligheten til å kunne kjøre bil og tilrettelagt bolig var viktige salutogene faktorer i seniorennes omgivelser. God økonomi gav frihet til å skaffe hjelpemidler og tilrettelegge boligen. Muligheten til å kunne kjøre bil var viktig for å kunne gjøre innkjøp og opprettholde sosiale relasjoner. Det å bo i en tilrettelagt bolig og å bo hjemme lengst mulig framkommer av materialet som svært viktig. Det opplevdes som meningsfullt å få tilbakemelding fra sykepleieren på at boligen var godt egnet for framtiden, fordi dette virket å styrke troen på å mestre eget liv over et lengere tidsperspektiv. Dette kan forstås som et eksempel på at seniorenns individuelle salutogene faktorer ble styrket gjennom FHB. Tilbakemelding fra en fagperson på at boligen var egnet kan dermed være et argument for at også ressurssterke seniorer kan ha behov for FHB.

Høie (2004) inviterer til videre forskning i det hun stiller seg spørsmålet om det å bo i eget hjem er en motstandsressurs i seg selv, som medvirker til høy grad av mestring og

stresshåndtering. Hjemmet virker å være av stor betydning for informantene. Når hverdagslige ting ble for utfordrende, som snømåking eller vedlikehold av hus, evnet de å finne løsninger på problemene, enten ved salg av enebolig eller ved å senke kravene for hvor rent og ryddig det måtte være. Ribe og Høyland (2005) mener at det som danner bakgrunnen for ønsket om å bli boende i sitt hjem er tilknytning til lokale forhold og tryggheten knyttet til en bolig som har vært ens hjem en stor del av livet. Vi blir stadig færre som kan bidra, samtidig som omsorgsutgiftene utgjør en vesentlig post på budsjettene, dette fører til at en må, så langt det er mulig, bygge videre på stimulering til egenmestring. Dette gjelder både i hverdagslige gjøremål og ved å ivareta sosiale nettverk. Boligpolitikk vil derfor være et vesentlig virkemiddel for å kunne nå dette målet (Ribe og Høyland 2005). Jeg mener at å tilpasse boligsituasjonen i eldre år kan vise til både forståelse av hvilke utfordringer som i framtiden kan bli et faktum, og en evne til å ta noen valg som kan være avgjørende for å håndtere eget hverdagsliv lengst mulig. I tillegg brukte senioren sine egne erfaringer med at boligen krevde mye og var stor og tungvint, til å se at vedlikehold av hus og hage ville bli en uoverkommelig jobb. Ribe og Høyland (2005) skriver at presseoppslag tyder på at eldres livsløp er i ferd med og endres fra stabilitet og vekt på plikt, til større grad av selvrealisering. De mener at hvis det er riktig, kan det bety at eldre i større grad nå vurderer å flytte før de må gjøre det av hensyn til helse og førlighet (2005:122). Det kan tyde på at det er hensiktsmessig å gi råd om endringer i boligsituasjonen når helsen er god nok til å gjennomføre noen endringer.

Prognosene for framtiden synes å være avhengig av å få beholde en god helse. Men selv med fysiske helseplager, kan en framstå som ressurssterk og håndtere livets utfordringer (Antonovsky 2009). Dette understreker at på tross av fysiske plager som kunne skape utfordringer i hverdagen, kan den subjektive opplevelse av helsen være god. Thorsen (1999) skriver at for mange oppleves helse som det viktigste ved levekårene, ved siden av sosial kontakt. Helse er altså et komplekst samspill mellom kropp og sinn, nettopp fordi helse er vår opplevelse av kroppen slik den fungerer i forhold til omgivelsene.

I denne studien framkommer det at senioren så løsninger på utfordringer som kanskje mange andre ville opplevd som håpløse. Dette viste seg når de fortalte om planer for utbedring av

bad, tanker om hjelpemidler og hvordan de ville anskaffe hjelp ved et eventuelt behov. Mæland og Aarø (1993) skriver at personlige holdninger er sammensatt av oppfatninger (hva man selv tror) om et saksforhold og hvordan man evaluerer dette. En felles oppfatning hos senioren var at de mestret hverdagslivet godt, samtidig som de hadde kjennskap til tilgjengelige ressurser i omgivelsene. De fortalte at mange andre i samme alder kunne ha større behov for FHB enn dem selv. Mæland og Aarø (1993) beskriver videre subjektive normer som bestående av to aspekter: normative oppfatninger (hva man tror andre nære eller viktige personer mener om en sak) og motivasjon til å handle i samsvar med normene. Oppfatningen av at FHB var en form for nytenkning innen eldreomsorgen, og at kommunen dermed ønsket å ta sine løfter høytidelig kan beskrives som normativ. Motivasjon var her i hvilken grad senioren opplevde det meningsfylt å handle i samsvar med sykepleierens informasjon om forebygging og helsefremmende tiltak. Hvilken tilnærming sykepleieren benyttet når helseinformasjonen ble gitt og hvilke råd som ble gitt, virker derfor å være av betydning for senioren sin motivasjon til å håndtere rådene. En kan i tillegg tenke seg at individuelle salutogene faktorer som å ha tro på seg selv, en indre aggressivitet, optimisme og framtidstro også kan være avgjørende for om senioren finner mening med å ta i mot råd av preventiv art.

6.3 Betydning av FHB påvirkes av relasjonen mellom senioren og sykepleieren:

Et viktig funn i denne studien er betydningen av å etablere en relasjon mellom senioren og sykepleieren. Her kan dialog være et viktig salutogent hjelpemiddel. I dialogen virker det å være av stor betydning at sykepleieren identifiserer og spiller på lag med senioren sine selvopplevde ressurser (Walseth 2009). Med utgangspunkt i senioren sine motstandsressurser kan senioren og sykepleieren ha en dialog og sammen utforske mulighetene for mestring av hverdagens utfordringer. Jeg mener denne gjensidigheten som en dialog forutsetter, vil være sentral for å bevare senioren sin autonomi. Vass mfl. (2005) påpeker at alle tiltak som iverksettes eller oppfordringer om endret helseatferd må være tuftet på senioren sin egen definisjon av problemet og selvbestemmelse. Jeg mener derfor at kontakten mellom sykepleieren og senioren implisitt påvirker opplevelsen og betydningen av FHB.

Relasjonen påvirkes av om sykepleieren ser på senioren som et unikt individ som angår han/henne. Dette finner jeg støtte i hos Heap (2002) som skriver at samtalen med den eldre handler om sykepleierens evne til å; *“..erkjenne hva problemet betyr for akkurat den senioren, med akkurat han eller hennes livssituasjon og erfaringer, hans eller hennes personlighet, mestringsmønster og væremåte- og med hans opplevelse av å bli hjulpet”* (2002:22). Individualisering vil i så måte være viktig for de som utfører FHB, fordi det vil ha betydning for den enkeltes seniors nytte av å få FHB. Det kan også øke seniorenens mulighet til å bruke informasjonen og rådene som blir gitt, da rådene oppleves relevant for akkurat den senioren. Et eksempel på dette er å ta hånd om løse ledninger, slik at en ikke snubler i dem. For en senior var det et nyttig råd fordi det var en aktuell risiko i deres hjem.

McNaughton (2000) viser i sin artikkel at suksessen bak intervensjonen FHB, avhenger av oppnåelse fra tidligere hjemmebesøk, det å bygge et forhold til klienten (senioren) og det å bli kjent med senioren. Dette er komplekse flerdimensjonale prosesser som må være i orden. Vass mfl. (2005) har utarbeidet en modell⁸ som framstiller prosessen med å etablere et forhold. Den dynamiske prosessen forklares ut i fra at senioren bringer med seg forventninger, problemer og ressurser inn i forholdet. Seniorene i denne studien ble tilbydd ett besøk med varighet på en time, der besøket var første møte mellom senioren og sykepleieren kan ha vært begrensende for å etablere en god relasjon. Jeg mener at å tilby kun ett besøk med en tidsramme på en time, ikke kan betegnes som en prosess. På grunn av tidsrammen kan en da tenke seg at sykepleieren må velge ut noen områder som vektlegges hos den enkelte senior. I stor grad vil det innebære at sykepleieren må ha faglig erfaring, faglig kunnskap og evne til å tolke seniorenens individuelle behov. Samtidig må sykepleieren kunne formidle budskapet, men også ha god oversikt og kjennskap til aktuelle hjelpetilbud (Vass mfl. 2005:39). I dialogen mellom partene diskuteres ressurser og utfordringer i seniorenens liv, og sykepleieren må gjøre opp status og komme med eventuelle anbefalinger, iverksette konkrete handlinger eller hjelpetiltak. Seniorenens egen selvbestemmelse må likevel være utgangspunktet i dialogen. Ved oppfølgingsbesøk må det på nytt gjøres opp status og nye tiltak vurderes. I tilfeller som kan være en direkte fare for senioren eller andres liv og helse, må lovverket følges. Da kan fastlegen være en naturlig medspiller i oppfølgingen.

⁸ Se modell 1, side 18.

Positive eller negative erfaringer med sykdom og helsehjelp, fra eget liv eller som pårørende er med på å danne holdninger til helsetjenestene. I kraft av det livet vi har levd og de menneskene som har påvirket oss, utvikler vi et omfattende og komplisert nett av holdninger og oppfatninger (Heap 2002). Vass (2005) påpeker at det er viktig å være oppmerksom på de sosiale og kulturelle forandringene som eldre mennesker har gjennomlevd, da disse erfaringene vil ligge til grunn for forholdet som etableres. For eksempel kan det være viktig å ha kjennskap til at eldre som er født rundt 1920 var barn og ungdommer under depresjonstiden. Arbeidsløshet, konkurser, krakk og fattigdom rammet mange familier. Erfaringer med at det var lurt å ha noe i bakhånd ved eventuelle kriser førte til nøysomhet og forsiktighet. På denne tiden fantes det knapt et offentlig sikkerhetsnett og velferdsstaten var ikke bygget ut. Det ble viktig å stole på seg selv, egne krefter og eventuelt den hjelpen de kunne få fra den nærmeste familie (Thorsen 1999:18).

Thorsen (2005) skriver; *“Aldring er akkumulerte og reorganiserte livserfaringer. Fortiden er forløperen til nåtiden, og alderdommens mening og reaksjonsmåter bare kan forstås i lys av det liv som er levd, i den spesielle historiske tidsperioden”* (2005:105). Årsaken til at en person fortsatt ville måke snø bort fra sin eiendom, til tross for at dette bød på store fysiske utfordringer, slik en av informantene fortalte, kunne derfor kanskje forklares ut i fra det levde liv. Kjennskap til seniorens historie, som det å bli enke midt i livet, alene med ansvaret for eneboligen, samt stahet fra barndommen og opplevelsen av å være “bukke og bjørn” for familien, kan fortelle oss noe om hvorfor hun fortsatt ønsket å utføre snømåking. I dialogen må en derfor ta hensyn til tidligere erfaringer, forventninger og opplevelser, fordi det vil ha betydning for om senioren oppfatter FHB som nyttig i deres liv. Seniorenes følelser har altså en sentral plass i deres opplevelse av sitt eventuelle problem, hva som betraktes som et behov for hjelp og hva som ikke gjør det. Vår tilfredshet og misnøye har sammenheng med hvor høye forventninger vi har, og hvor store krav vi stiller både til omgivelsene og oss selv (Thorsen 1999:34). Følelsesaspektet virker dessuten sterkt inn på om vedkommende evner å delta i egen problemløsning og på utformingen av løsninger (Heap 2002).

Jeg mener at en ideell intervensjon til eldre, i et salutogent perspektiv, vil være å tilrettelegge og støtte senioren, slik at oppgavene er tilpasset den enkeltes mestringsnivå. Relasjonen mellom senioren og sykepleieren vil være avgjørende for å kunne gi gode individuelle råd som av senioren oppleves meningsfull i deres liv og som kan bidra til å håndtere utfordringer og mestre eget liv best mulig, i nåtid og framtid. Gode råd, tilpasset hver enkelt senior, kan bidra til at senioren selv forstår at med litt innsats så er oppgaven både forståelig, overkommelig og påvirkelig. Dialogen bør derfor ha fokus på hva senioren faktisk mestrer, samtidig som at råd og veiledning bør settes inn mot utfordringer det er mulig å løse. Dette kan gi en utviklende og stimulerende situasjon som gir positive ringvirkninger og kan danne et viktig grunnlag for god helse (Walseth 2009).

6.4 God informasjon i forkant av FHB kan styrke forståelsen av tilbudet:

Forståelse er nært knyttet til det å ha kunnskap, som er en forutsetning for å kunne ta hånd om det som skjer i det praktiske livet (Antonovsky 2009). Det å forstå handler her om i hvilken grad tilbudet ble oppfattet som strukturert, klar og relevant. Studiens funn framhever at mer informasjon i forkant av besøket kan styrke forståelsen av tilbudet for ressurssterke seniorer.

Antonovsky (2009) mener at den som har en sterk opplevelse av *forståelighet*, forventer at de stimuli han eller hun kommer til å møte i framtiden er forutsigbare, eller når de kommer som en overraskelse, likevel kan plasseres inn i en sammenheng og forklares. Jeg tolker dette som at individets stresstoleranse har betydning for hvordan en mestrer stimuliene. Her vil det være store individuelle forskjeller. I denne studien hadde senioren god kjennskap til utfordringene og risikofaktorer de kunne møte i framtiden. Dette tyder på en høy forståelighet. Samtidig kan deres evne til å forklare stimuliene ha medført at tilbudet om FHB kom som en overraskelse. Men når senioren satte FHB i sammenheng med sin egen alder, eget behov, andres behov og lovnadene om en god eldreomsorg, forstod de også hensikten med tilbudet, og dette førte til at tilbudet opplevdes som positivt.

Det at seniorenne ikke hadde kjennskap til FHB og fikk lite informasjon i forkant av besøket kan ha forsterket undringen om hva tilbudet innebar. Jeg mener derfor at hvordan man henvender seg til seniorenne kan være av betydning. Mer informasjon om tilbudet i forkant av besøket eller en førstekontakt på telefon kunne ha gjort henvendelsen mer forståelig i kognitiv forstand. Mer informasjon i forkant kunne også ha vært nyttig slik at seniorenne fikk forberedt noen spørsmål om ulike temaer de var interessert i. På den andre siden kan for mye informasjon i skriftlig form øke forvirringen hos noen seniorer. Her kan en tenke seg at personer med begynnende demenssykdom, lite kjennskap til å lese offentlige dokumenter eller dårlig syn kunne latt være å svare på tilbudet, som igjen kunne ført til at seniorer som ville ha hatt nytte av FHB ikke kom i kontakt med sykepleieren. Dette ville være uheldig da denne gruppe er viktig å nå.

Et sentralt spørsmål i drøftingen om mer informasjon om hensikten med et tilbud kan styrke forståelsen av det, er hvordan helseinformasjon påvirker oss mennesker. Mæland og Aarø (1993) viser til at forskning om forebyggende helseinformasjon tilsier at kunnskap kun i begrenset grad kan forutsi eller påvirke helse relatert atferd. Veenstra mfl. (2009) viser i sin studie til at helseatferden endres gjennom hele livet, og at endringene kan variere med alder og livsfase. Tidligere hypoteser antyder at sannsynligheten for at adferd skal endres, er avhengig av to faktorer; For det første personens forventninger om at den gitte atferd vil føre til et spesielt resultat. Og for det andre, den verdi personen knytter til resultatet (Mæland og Aarø 1993:51). Et eksempel fra det empiriske materialet er her deltakelse på trimgruppe, der en kan tenke seg at ønske om bedre styrke og balanse også var et ønske om å mestre eget hverdagsliv lengst mulig. Mæland og Aarø (1993) skriver videre at dersom en tenker seg at en har små muligheter til å påvirke egen fremtid, vil det være mindre sannsynlig at den enkelte vil ta helsemessige hensyn.

6.5 Det kan være et behov for oppfølgingsbesøk også hos ressurssterke seniorer:

Et av funnene i denne studien fastslår at det kan være et behov for oppfølgingsbesøk også hos ressurssterke seniorer. Det begrunnes med at seniorenne opplevde FHB som en påminner om risikofaktorer og at informasjonsmappen som ble delt ut på besøksdagen ble ansett som en

ressurs den dagen et behov eventuelt oppstod. Som nevnt tidligere vil det å etablere et forhold kreve tid og kontinuitet, dette vil også være et argument for oppfølgingsbesøk. Dette funnet kan være spesielt viktig for de ressurssterke senioren da tidsaspektet for når et reelt behov for støtte inntreffer ikke er kjent.

Informasjonsmappen kan altså være en støtte til senioren den dagen de eventuelt får et behov for hjelp, ønsker å sikre hjemmet sitt eller delta på aktivitetstilbud. Fra besøket finner sted til et behov oppstår kan det gå flere år før informasjonsmappen blir tatt i bruk. Det vil da være vesentlig at informasjonsmappen fortsatt inneholder gyldig informasjon. Her kan en tenke seg at informasjon om ulike telefonnummer og aktivitetstilbud kan endre seg over tid. Dette kan få konsekvenser for hvilken ressurs informasjonsmappen faktisk vil være. I så måte vil det være et behov for oppfølgingsbesøk for å oppdatere aktivitetstilbudene og aktuell kontaktinformasjon. Det vil være svært uheldig og lite tillitsskapende hvis senioren møter opp på aktiviteter som er presentert i informasjonsmappen, men som har endret tidspunkt, klokkeslett eller til og med er avsluttet. Argumentet forsterkes ved at det i etterkant av FHB er opp til senioren å gjøre endringer eller delta på aktiviteter.

Kontinuerlig vurdering av hjelpebehov og påminning om risikofaktorer kan ha en gunstig forebyggende effekt. Ved å tilby FHB ønsket kommunen å komme i forkant av eventuelle hjemmeulykker. Senioren fortalte at det var vanskelig å ta forhåndsregler og ingen av senioren i denne studien hadde gjort endringer etter besøket, på tross av at samtlige fortalte om ting i hjemmet som kunne vært endret. Dette tydet på at seniorennes OAS (Antonovsky 2009) kunne være av betydning for hvordan de håndterte rådene. Høie (2004) refererer til Antonovsky når hun forklarer at fordi individer med høy OAS har en global evne til å organisere stimuli i mønstre som gir mening, vil disse oftere tolke stimuli som ikke-truende enn en person med lav OAS. Når en av informantene ikke følger rådet om å legge antiskli i badekaret for å unngå fallulykker, og begrunner det med at hun tar det som ei treningsøkt, kan en tolke det som at informanten opplevde badesituasjonen som et ikke-truende stimuli. Mange gjør som de alltid har gjort, fordi det har gått bra så langt. Dette antyder at ønsket om å klare seg selv og mestre eget liv, kan redusere ønske om å ta til seg råd fra helsepersonell. Således

vil også antall besøk være av betydning også for de ressurssterke seniorenne, ved at relasjonen mellom partene kan forsterkes og således også ønsket om å ta til seg råd fra en person man har tillit til.

Det finnes flere modeller for å beskrive faktorer som påvirker helseatferd, en av disse er "Health belief modellen" som bygger på et mentalt regnskap hvor følgende forhold avveies mot hverandre. For det første avveies alvorlighetsgraden av den tilstanden man ønsker å unngå. For det andre sannsynligheten for å bli rammet, for det tredje den antatte risikoreduksjonen handlingen medfører, og for det fjerde de omkostninger som er knyttet til handlingen (Mæland og Aarø 1993). Denne modellen har særlig rettet oppmerksomheten mot de mentale barrierene som sperrer for atferdsendring. Men hindrene trenger ikke å ha direkte med helsen å gjøre. Det kan for eksempel være langt viktigere for en person å ha det rent og ryddig i hjemmet enn å tenke på eventuelle konsekvenser av å klatre opp på kjøkkenbenken eller stoler. Likeså kan det være viktigere å framstå som selvstendig og fysisk sterk ved å trene på egenhånd, i stedet for å delta på seniortrim.

Mæland og Aarø (1993) skriver at ofte overskygger de umiddelbare omkostningene ved en atferdsendring eventuelle gevinster, som ved start av fysisk trening der en møter barrierer som tidsbruk, transport eller andre fysiske plager. Den fysiologiske tilstanden kan ha ulik effekt på mestringsforventningene og tilhørende effekt. I følge Mæland og Aarø (1993) er det ikke sjeldent at folk avstår fra å gjennomføre positive handlinger, som for eksempel fysisk trening, fordi de tolker signaler fra kroppen som forbundet med fare eller manglende evne til å gjennomføre handlingen. Det kan være en av årsakene til at trimmen opplevdes som positiv, fordi den var tilpasset seniorennes nivå, og derfor førte til opplevelse av mestring.

Erfaringer var av betydning for hvordan seniorenne håndterte (Antonovsky 2009) informasjonen og rådene som ble gitt under FHB. Fortellinger om bekjente som hadde falt fra stoler, svimmelhet og fysiske plager hadde ført til atferdsendring hos seniorenne. Dette viste seg ved at de hadde investert i en stødig krakk, var oppmerksom på krøll på tepper, løse

ledninger og deltagelse på trim. I følge Mæland og Aarø (1993) påskyndes ofte beslutningen om forebyggende atferdsendring av en ytre hendelse. Eksempler på dette kan være egen sykdom, å få påvist en medisinsk risikofaktor hos legen, eller sykdom/ulykke i nære omgivelser. På bakgrunn av dette mener jeg at ressurssterke seniorer kan ha et behov for oppfølgingsbesøk, fordi helseatferd/atferdsendring ofte er en prosess som skjer over tid.

6.6 Målgruppe for FHB bør være 75 åringer:

Helseth (2010) skriver i sin artikkel at selv om eldre er friskere enn før, så vil mange ha behov for omsorg og behandling. Uavhengig av gjennomsnittlig levealder vil det største behovet være i livets siste måneder. Hovedutfordringen for framtidens helsetjenester i Norge vil være at de nye årskullene som trer inn i arbeidslivet samtidig blir mindre. Romøren (2007) skriver at antallet mottakere av hjemmetjenestene har økt, og konstaterer en fordobling av mottakere under 67 år og over 80 år. Samtidig har andelen mottakere i alderen 67-79 gått ned. Alderssammensetningen i befolkningen kan være årsaken til det endrede behovet, etterspørselen og tilbudet. Endring i tilbudet kan dreie seg om kapasiteten i hjemmetjenesten, hvilke oppgaver den tar på seg og hvilke oppgaver den blir pålagt, for eksempel gjennom helse- og sosialpolitiske reformer (Romøren 2007). Ut i fra prognosene om økt antall eldre, mangel på arbeidskraft, og uvissheten om hvilken helse morgendagens eldre vil ha, vil et sentralt spørsmål være hvilken aldersgruppe som er mest hensiktsmessig å oppsøke gjennom FHB.

Vi eldres forskjellig og på forskjellige tidspunkt, avhengig av våre arvemessige egenskaper, vår bakgrunn, vår livsform og våre levevilkår (Vass 2005). Thorsen (1999) mener det er større forskjeller i alderdommen enn i yngre år, ettersom at livsløpet har gitt særegne kombinasjoner av roller, faser og erfaringer. Hun mener at utviklingen skjer i en vifteform, med stadig større individuell spredning. Planlegging og tilrettelegging av en god og meningsfull alderdom må derfor vektlegge prinsipper og verdier som variasjon, mangfold, muligheter, valg, ansvar, tilhørighet, deltagelse, trygghet og velferd (Thorsen 1999:14).

I denne studien utgjorde ikke aldersforskjellen mellom 75 og 80 år en stor forskjell på det egenopplevde behovet av FHB. Pettersen og Laake (2002) konkluderer i sin studie med at forhold som kjønn, alder og det å bo alene ikke har sammenheng med behov for trivsel og helsetiltak. I denne studien fortelles det at alderdommen kom forttere i slutten av 70-årene. Selv om dette kun beskrives av en informant, vil det være realistisk å tenke at differansen mellom å være 75 og 80 år kan være større enn det fem år utgjør i 20-30 årsalderen.

I Samhandlingsreformen vises det til at eldre pasienter ofte har sammensatte lidelser. Pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig (St.meld 47:41). De helsemessige og sosiale forholdene kan altså endre seg mye i denne fasen av livet. Noen eksempler på dette kan være nære relasjoner som faller fra, barn som flytter, og hverdagslige gjøremål som tar lengre tid. Disse faktorene kan være indisier på at intervensjonen bør rettes mot 75-åringene.

Johansens (1995b) studie om målgruppens erfaringer med intervensjonen “oppøkende forebygging” tar utgangspunkt i en intervensjon der eldre kom til helsestasjonen for screening. Dette ligner mye på den oppøkende virksomheten FHB er. Resultatene av denne studien viste at av 60 intervjuede personer med registrert intervensjonsbehov var det 30 % som mente at en registrering av behov ikke fikk noen praktisk betydning. For 26 % av de registrerte med behov, hadde den eldre selv planlagt å oppsøke hjelpeapparatet. I den samme studien var det et stort antall som mente at tilbudet var godt. Det ble begrunnet med at en ble sikret tilsyn og hjelp når alderdommen satte inn, og en ikke kunne ordne opp for seg selv, og at en kunne finne fram til de rette instansene i hjelpeapparatet.

Tabell 1⁹, angir hvordan forebyggingsstrategier til eldre kan se ut (Vass mfl. 2005). Primærforebygging til eldre vil ut i fra tabellen omfatte individuell veiledning om fysisk aktivitet for å forhindre fallulykker, tilrettelegging av bolig, kostveiledning, råd om inntak av vitaminer og informasjon om aktuelle aktivitetstilbud. Her vil være viktig å ta individuelle

⁹ Tabell 1, side 18.

hensyn, noe som fordrer sykepleieren til å gjøre en totalvurdering på relativ kort tid. Av tabellen kan FHB plasseres som en primærforebyggende strategi. Funnene i denne studien viser også til at samtalene, i større eller mindre grad, berørte de fleste av punktene innen primærforebygging.

Fallforebygging er en av intervensjonens satsningsområder. Det vil da være viktig å komme i forkant av en ulykke. En av tre 65-åringer og omtrent halvparten av personer på 80 år og eldre faller årlig. Det er 9000 hoftebrudd årlig i Norge, derav de fleste kvinner med høy alder. Av disse gjenvinner de fleste ikke funksjonsnivået de hadde før bruddet (Helbostad mfl. 2010). En kraftig økning i falltendens ved høy alder vil således være et argument for å tilby FHB til 75-åringer. Ved å rette tilbudet mot 75-åringer kan samtidig sjansen økes for at deres funksjonsnivå er godt nok til å delta på organisert trim. Helbostad mfl. (2010) skriver i sin artikkel om balanseproblemer og falltendens, at fysisk aktivitet med vekt på balanse og muskelstyrke er det enkelttiltaket som har vist seg å ha best effekt.

Følelsen av “å være gammel”, som informantene fortalte om, kan si noe om egen opplevelse av hvor de befinner seg i livet. Seniorene følte seg ikke gammel til en hver tid, men å få tilbudet om FHB kan ha forsterket følelsen. Det var vanskelig å forstå sin egen alder, selv om en så ytre tegn til alderdom, at kroppen og hodet ikke samspilte som før, eller høre andres betraktninger om at en var blitt gammel. Disse følelsene kunne risikere i at seniorene tok risikable sjanser. Når en av informantene forteller om fall ute under snømåkingen, viser dette til en oppgave som vedkommende har gjort gjennom livet, og som hun gjerne fortsatt vil klare. En kan tenke seg at en oppkjørsel full av snø kan oppleves som et ytre tegn på ikke å mestre hverdagens utfordringer, selv om den fysiske anstrengelsen med å måke snø er allmenn kjent. Alderdom er altså noe mer enn en fase i livet eller en kategori mennesker.

På den andre siden kan en tenke seg at ved å tilby FHB til seniorer som selv ikke opplever å ha nytte av intervensjonen, vil være bortkastet bruk av ressurser. Ved å gjøre en screening (Johansen 1994b, Pettersen og Laake 2002) i forkant av besøkene kan en samtidig risikere å

“miste” de seniorenene som spesielt kan ha nytte av intervensjonen. En screening kan også oppleves som en selektering med etiske implikasjoner. At norske helsetjenester mangler arbeidskraft, kan likevel være et argument for en utslising av behov for FHB hos seniorenene.

Screening er en aktuell metode for å finne dem som antas å profitere mest på intervensjonen. Det innebærer en systematisk siling for å identifisere personer med en bestemt tilstand, ofte uten klare kjennetegn som kan føre til helseproblemer (Pettersen og Laake 2002). I noen kommuner brukes “Postkort” som første henvendelse til seniorenene. Postkortet inneholder noen få spørsmål og seniorenens helsetilstand og livskvalitet og skal returneres helsestasjonen. Dette er en form for screening. Pettersen og Laake (2002) gjennomførte forsøket med “Postkort” i et avgrenset distrikt i Oslo til hjemmeboende som var 67 år eller eldre. Formålet var å undersøke om et postkort for egenrapportering av trivsel og helse, brukt som sileinstrument, kunne være en egnet arbeidsmetode, som gjorde at knappe ressurser ble brukt mer hensiktsmessig. Postkortet skulle i følge Pettersen og Laake (2002) representere en “sjekk”, slik at en kunne identifisere personer som hadde tydelige problemer knyttet til trivsel og tilby dem FHB. Resultatene viste at de som takket ja til å bli oppsøkt, viste tendens til dårligere trivsel og helse enn de som takket nei. Konklusjonen av studien var at ved å sende ut “Postkort” i forkant av FHB kunne kommunene effektivisere det forebyggende arbeidet ved å konsentrere ressursene om personer på “OBS- nivå” (størst risiko).

Johansen (1994a) gjorde en lignende studie der hun så på ulike screeningsformer som ble benyttet ved FHB til eldre. Studien hadde som formål å se på om spørreskjema kunne erstatte personlig intervju. Hun antyder at samlet sett så kan spørreskjema være hensiktsmessig måte å foreta screening av eldre på. Spørreskjemaet må da være bearbeidet slik at en unngår ulik tolkning. I en annen artikkel beskriver Johansen (1995b) imidlertid en mer helhetsorientert innfallsvinkel av screening (kartlegging), hvor en ikke bare leter etter sykdommer eller symptomer, men hvor en forsøker å danne seg et bilde av den enkeltes situasjon ut fra en helhetstenkning. Hun mener at en intervjuform nesten var uunngåelig i tillegg til andre mer kliniske undersøkelser for å danne seg et bilde av den enkeltes opplevde situasjon (1995:26).

Risikoen med screeningsmetoder i form av spørreskjema (postkort) vil være det uidentifiserbare behovet hos non-respondentene. Pettersen og Laake (2002) viser til en rekke studier som tyder på at frafallsproblem ved screening gir særlig grunn til bekymring, fordi de som ikke svarer eller faller av underveis i intervensjonen, kan være dem som har høyest sannsynlighet for helsesvikt og størst udekket behov for tjenester.

Seniorene i denne studien forstod at det kunne være vanskelig å differensiere en så stor og sammensatt gruppe. De mente samtidig at tilbudet ikke opplevdes som nedverdiggende fordi alle fikk det. Det at alle innenfor en gitt aldersgruppe fikk tilbudet kunne dermed skape en trygghet og opplevelse av at tilbudet ikke var diskriminerende på noen måter. Denne etiske utfordringen kan være et argument mot å foreta screening før FHB.

En screening av behovet for FHB fører oss tilbake til hva som var hensikten med besøket, ettersom de fem senioren som deltok i denne studien, trolig ikke ville ha fått tilbud om FHB etter en eventuell screening. Som nevnt tidligere var hensikten med FHB blant annet å møte individuelle behov, noe som kan bidra til et selvstendig liv hos den eldre. Jeg mener at screening og postkortundersøkelse som konkluderer med at det er de svakeste eldre som har størst utbytte av FHB kan tyde på en sterkere forankring mot sekundære og tertiære strategier: strategier der målet er å forhindre sykdom og gjenkjenne symptomer. Dette står i motsetning til det holistiske og salutogene perspektivet (Antonovsky 2009) der en ønsker å støtte opp rundt enkeltindividets muligheter til å klare hverdagen.

På bakgrunn av dette mener jeg mener at det er mest hensiktsmessig å rette intervensjonen mot 75-åringer. Argumentet taler for at hovedmålet med intervensjonen er å styrke senioren i deres hverdagsliv. Intervensjonen må derfor inntreffe på et tidspunkt der senioren fortsatt har mulighet til å ta noen grep om sitt eget liv. Ut i fra et salutogenetisk perspektiv (Antonovsky 2009) vil det være viktig å spille på lag med senioren og framheve de motstandsressursene senioren besitter og styrke disse. Jeg antyder at dette vil være en god forebyggende og helsefremmende intervensjon.

6.7 Implikasjoner for videre praksis i forhold til FHB:

På bakgrunn av mine funn i denne studien har jeg følgende syv råd til videre praksis av FHB.

Ressurssterke seniorer bør også få tilbud om FHB.

Å identifisere et udekket behov for trivsels- og helsetiltak hos eldre er vanskelig. Vurderingene vil i stor grad være knyttet til skjønn, og påvirkes av den eldres egne synspunkter (Pettersen og Laake 2002). Dette er forståelig da tilstanden til mange eldre er sammensatte, ikke alltid så tydelig og vanskelig å presisere. Vass mfl. (2005) viser at funksjonsevne kan økes i meget høy alder. Høye (2004) framhever at mestringssevnen kan øke med alderen, og poengterer dermed eldres mulighet og potensiale også i livets siste fase. Det er disse mulighetene og potensialene som jeg mener bør være fokuset i det forebyggende arbeidet til senioren. Ved å tilby FHB til ressurssterke seniorer med høy OAS kan en påminne om risikofaktorer, samtidig som hver enkelt senior blir sett. Dette kan skape tillit til helsevesenet og skape en trygghet hos senioren om at en vil få hjelp den dagen en eventuelt trenger det.

God informasjon i forkant og en oppdatert informasjonsmappe er viktig:

God informasjon i forkant av besøket kan styrke de ressurssterke senioren sin forståelse av hva tilbudet omhandler og derav også opplevelsen av at tilbudet er av relevans. Informasjonsmappen som blir utlevert ved første møte med sykepleieren kan være en ressurs og støtte den dagen et eventuelt behov oppstår. Dette forutsetter at aktivitetstilbudene og aktuelle kontaktpersoner fortsatt er gyldig. Spesielt vil det være viktig for de senioren der det går lang tid fra FHB til et eventuelt behov for støtte oppstår.

Det bør tilbys oppfølgingsbesøk også til ressurssterke seniorer:

Kommunene bør tilby oppfølgingsbesøk. Funn i studien viser til oppfølgingsbesøk kan være viktig også for ressurssterke seniorer da det å bygge en god relasjon er en prosess som

forutsetter flere møter mellom partene. Relasjonen kan være av betydning for hvordan seniorene håndterer råd av preventiv art og vil implisitt påvirke betydningen og nytten av FHB. Ved oppfølgingsbesøk kan tilliten til sykepleieren styrkes. I tillegg kan gjentatte påminninger føre til at senioren finner mening med å håndtere råd av preventiv art. Ved å tilby oppfølgingsbesøk kan også informasjonsmappen oppdateres, da en kan tenke seg at aktivitetstilbud og aktuelle kontaktpersoner kan endre seg over tid.

Interkommunale samarbeid kan være en god løsning:

Når Samhandlingsreformen iverksettes, får kommunene et større ansvar for de forebyggende tilbudene i kommunene. Det kan være vanskelig fordi det krever at kommunene må prioritere og fordele midlene ut i fra det behovet som eksisterer og de ressursene de har til rådighet. Her kan en tenke seg at knapphet på ressurser i form av kvalifisert personell til å ta hånd om intervensjonen presser kommunene til å gjøre noen valg. Dette kan føre til at en nedprioriterer tilbudet om å støtte opp under de ressurssterke seniorennes muligheter til å mestre eget liv. Kanskje vil flere kommuner benytte utsiling (postkortundersøkelsen) av ressurssterke seniorer. Da må kommunene selv utrede hvem som har behov for helsetjenestene. Resultatet kan føre til at en beveger seg bort fra strategien om primærforebygging til eldre og vender seg mot sekundær- og tertiærforebygging som raskere kan vise kostnadseffektive resultater. Regjeringen forutsetter gjennom Samhandlingsreformen interkommunale samarbeid der det er nødvendig. Det innebærer bedre samhandling på kryss av profesjoner og kommunegrenser. Her kan en tenke seg at mindre kommuner, med et begrenset antall seniorer innenfor målgruppen bør samarbeide. Regjeringen legger derfor til grunne at;

“Kommunene selv vil måtte finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Eksempelvis ved at samarbeidende kommuner har ansvaret for hver sine sykdomsgrupper og dekker hele befolkningen for de samarbeidende kommuner. Ved vurdering av de enkelte funksjoner vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus mv. Regjeringen forutsetter at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig” (St.meld 47:28).

I praksis vil det fordre at avstandene ikke blir for lange, at det gjøres lokale tilpasninger og en god koordinering av den som utfører besøkene. Et interkommunalt samarbeid kan i så måte

være en god økonomisk løsning og svært dagsaktuell med tanke på framtidens organisering av de kommunale helsetjenestetilbudene.

Når det kun tilbys ett besøk, blir det desto viktigere å ha aktiviteter utenom som senioren kan delta på. Dette kan få implikasjoner i praksis, fordi det fordrer at kommunen har en klar strategi for hvordan oppfølging senioren kan gis i etterkant av besøket. Det er ikke de personene med dager fulle av aktiviteter som anses som viktigst å få med på aktivitetene, men de med lavere egeninitiativ og som trenger noen som kan motivere dem. Det kan da være et paradoks at den største svakheten i dagens omsorgstilbud peker på dagligliv, måltider, aktivitet, sosiale og kulturelle forhold (St.meld. 25:11) når en samtidig oppfordre senioren til sosiale aktiviteter og trim. Kommunene vil da stilles til ansvar for at de har noe å tilby. Gode tilbud i og mellom kommunene direkte rettet mot senioren, vil derfor være av relevans for om en gjennom FHB klarer å rekruttere seniorer til aktiviteter som kan fremme helsen både fysisk og sosialt.

I et salutogent perspektiv kan FHB være en god forebyggende og helsefremmende strategi:

Ofte forstås helse ut i fra en patologisk tankegang om å være enten frisk eller syk (Fermann og Torp 2007). Forskjellige disipliner definerer verdien av primær, sekundær og tertiær forebygging ulikt. Samhandlingsreformen understreker at det er viktig å få en oversikt over befolkningsutviklingen. Helsetilstand og påvirkningsfaktorer på utvikling av god eller dårlig helse er grunnleggende for å kunne prioritere og å målsette tiltakene effektivt. Det ønskes blant annet en bedre oversikt over behovet for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller raskt (St.meld. 47:72). Markle-Reid mfl. (2006) viser til resultater av FHB som kostnadseffektive i form av redusert bruk av sykehjem og sykehusinnleggelser. Modellene som ofte brukes av sykepleiere i primærhelsetjenesten har imidlertid fokus på empowerment, autonomi, selvstendighet til å ta egne valg, økt selvopplevelse og selvtilit, faktorer som i følge Clark (2002) er mye vanskeligere å måle enn sykdom og dødelighet.

Sosialkomiteens innstilling. nr 157 (2000-2001) fremhever FHB som en god helsefremmende strategi til eldre. Dermed antydes det at forebyggende strategier til eldre forutsetter en annen

tankegang enn til den yngre delen av befolkningen. Fermann og Torp (2007) mener at det som kan bidra til en aktiv og helsefremmende eldreomsorg er å legge til rette for og igangsette prosesser som gir eldre mulighet til å møte hverdagens utfordringer, på en måte som passer den enkelte. En må derfor være oppmerksom på at den enkeltes evne til å håndtere livet med de problemer og påvirkninger som oppstår, er av betydning for hvordan vi klarer oss når vi blir eldre. Dette medfører at sykepleierne må kunne tenke og vurdere hvert enkelt individ på en helhetlig måte. En må utvide perspektivet og se på sammenhengen mellom levekår, livsstil, psykiske mestringsstrategier og helse i vid forstand. Disse faktorene lar seg vanskelig vurdere i kostnadseffektivitet. Hensikten med FHB er at det skal favne både fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utfordringer. Hvordan seniorene opplever egen helse og derav behovet for FHB synes i denne studien å være avhengig av individuelle verdier og subjektive opplevelser. Som Thorsen (1999:34) uttrykker det; *“Vår funksjonsevne og livskvalitet er ikke bare avhengig av hvordan vi har det, men hvordan vi tar det”*. En salutogen tilnærming i FHB kan være nødvendig for å støtte opp om seniorenens livsverdier og avgjørende for om sykepleieren kan bidra til å øke seniorenens innsikt i egen livssituasjon. For den videre praksisen av FHB kan det bety at en bør ta utgangspunkt i seniorenens motstandsressurser i dialogen. På denne måten kan sykepleieren og senioren sammen utforske mulighetene for mestring av hverdagens utfordringer.

Det er hensiktsmessig å tilby FHB til 75-åringer

Falltendensen øker betraktelig mellom 65 og 80 år (Helbostad mfl. 2010). Pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig (St.meld. 47:41). Dette tyder på at de helsemessige forholdene kan endre seg mye i eldre år. Samtidig kan de sosiale forholdene også endre seg ved for eksempel at barna flytter, og nære relasjoner blir rammet av sykdom eller død. Ved å tilby FHB ønsker en å komme i forkant av eventuelle ulykker, og på et tidspunkt der senioren fortsatt har mulighet og finner mening med å ta noen grep om sitt eget liv. Jeg konkluderer derfor med at det er hensiktsmessig å tilby FHB til 75-åringer. Dette kan være av betydning for de som utformer tilbudet om FHB, da det er de som avgjør hvilken målgruppe som skal oppsøkes.

Implikasjoner for videre forskning:

Mye av forskningen som er gjort omkring FHB har vært medisinsk forankret ut i fra et sykdom- og problemorientert perspektiv (Fagerström mfl. 2008) Denne studien kan danne utgangspunkt for videre forskning og utvikling av intervensjonen. For eksempel kunne det vært interessant å gjennomføre en lignende studie i et større omfang, der en ser på hvordan senioren muligheter og ressurser kan styrkes ved å tilby FHB. Det kunne også ha vært spennende å undersøke hvordan mindre ressurssterke seniorer med lavere OAS ville oppleve å få FHB.

6.8 Styrker og svakheter ved oppgaven:

I denne studien er det gjort kvalitative intervju med fem seniorer. Deres opplevelse av FHB sett i sammenheng med hvordan de mestret sitt eget liv må betegnes som unike historier, som det ikke er mulig å generalisere. Funnene i studien kan likevel være et bidrag til at helsepersonell eller andre som utformer tilbudet, bedre kan sette seg inn i og forstå de ressurssterke seniorennes behov for og nytte av FHB. I kvalitativ forskning er det også viktigere med et passende utvalg enn antallet informanter (Malterud 2003).

Jeg oppfattet de fem informantene i denne studien som ressurssterke seniorer med høy OAS. Dette gir likheter i det empiriske materialet. Det kan være en styrke ved studien at den undersøker hvorvidt det er hensiktsmessig å tilby FHB til ressurssterke seniorer. Informantene var engasjerte i temaet og fortalte fritt og åpent om temaet og hvordan de mestret sin egen livssituasjon. Dette kan være en styrke med studien, da den direkte belyser seniorennes opplevelse av å få tilbudet.

En svakhet med studien kan være at kun to kommuner er representert, ettersom det viser seg å være forskjeller mellom hvordan FHB utføres. Målet var imidlertid ikke å se på forskjellene mellom kommunene, det var derfor ikke av avgjørende betydning for studien. En annen svakhet kan være kriteriet om at senioren skulle ha hatt FHB i løpet av 2011, da dette for noen av senioren innebar at det var flere måneder siden de hadde hatt besøket, og derfor

husket de ikke alle detaljene fra besøket, men jeg mener at heller ikke dette var av avgjørende betydning for studien.

Forskerens rolle er mye debattert i kvalitativ forskning. Jeg hadde da jeg begynte med denne studien, noe som var min første erfaring som forsker, ingen kjennskap til FHB eller seniorer som hadde mottatt FHB. Samtidig forstod jeg at det var viktig som forsker å tilegne meg kunnskap om temaet. Derfor deltok jeg på en konferanse om temaet, gjorde to observasjoner og leste en rekke artikler om FHB. Dette kan være en styrke i studien ved at forberedelsene bidro til at jeg bedre kunne forstå det seniorene fortalte meg om sin opplevelse av FHB.

7.0 AVSLUTNING

Målet med denne studien var å belyse hvordan fem seniorer opplevde å få FHB og hva det hadde å si for deres helse. Studien kan være et bidrag i den videre utformingen av tilbudet da det anses som viktig at seniorene selv er deltagere i planleggingen av FHB. Jeg konkluderer med at seniorene som ble rekruttert og intervjuet i denne studien framstod som ressurssterke. Dette framkom på bakgrunn av seniorenes fortellinger om hvordan de mestret hverdagslivets utfordringer. Seniorene taklet også uventede hendelser og plasserte dem inn i en sammenheng i sine liv. Tilbudet om FHB ble beskrevet som en slik uventet hendelse som førte til en undring om hva tilbudet innebar. Ut i fra dette framkom det at mer informasjon i forkant av FHB kan bidra til større *forståelighet*, og derav økt sjans for at tilbudet oppleves som relevant. Seniorene viste imidlertid stor *forståelighet* ved at de klarte å plassere egen alder, kjennskap til jevnaldrende som kunne ha behov for støtte og løftene fra politisk hold om en god eldreomsorg i sammenheng med tilbudet om FHB. Deres forståelse medførte at selv om de ikke anså eget behov for FHB som stort, opplevdes dette likevel som et positivt tiltak som kunne være av betydning for svært mange.

Hovedfunnet i studien var at også ressurssterke seniorer kan ha behov for og nytte av FHB. Dette framkom av materialet, da FHB opplevdes som *meningsfullt* fordi en ble sett, som igjen skapte en følelse av å bety noe. Forebyggende hjemmebesøk kunne derfor øke tilliten til helsevesenet, noe som kan være viktig da seniorenes forhåpninger om helsehjelp i framtiden

var både positive og negative. Seniorene opplevde det også som *meningsfullt* å få en påminner og en oversikt over om aktivitetstilbud, risikofaktorer og hjelpeinstanser som kunne kontaktes. I tillegg var samtlige av seniorene bevisst på at et behov kunne melde seg i framtiden, noe som bidro til at FHB gav mening. Seniorene fortalte om ytre ressurser som bidro til *mestring* av utfordringer i hverdagen, i tillegg viste seniorene en indre styrke og tro på seg selv. Dette presenteres i studien som individuelle salutogene faktorer og som salutogene faktorer i omgivelsene. Til sammen bidro disse salutogene faktorene til at seniorene evnet å finne løsninger på utfordringer som mange andre kunne ha opplevd som håpløse. Spesielt fremheves det å ha nære relasjoner som familie, venner eller naboer i nærheten som en trygghet. Det handlet ikke bare om tryggheten om å kunne få hjelp, men også det *meningsfulle* ved å kunne gi hjelp.

Jeg viser i studien til at å *håndtere* råd og veiledning av preventiv art forutsetter en god relasjon mellom sykepleieren og senioren. At sykepleieren ble kjent med senioren personlighet og historiske kontekst virket å være avgjørende for en helhetlig og individuell rådgivning. Derfor måtte rådene om endringer gis på senioren premisser, noe som bevarte deres autonomi ut i fra den enkeltes senioren behov, da det kan være en forutsetning for å oppleve rådene som *meningsfulle*. I tillegg framkom det at forståelse av sin egen alder og problemer med å ta forhåndsregler var av betydning for hvordan senioren *håndterte* rådene. På bakgrunn av dette konkluderer jeg med at oppfølgingsbesøk kan være viktig, også for ressurssterke seniorer, da gjentatte påminninger av en person man har tillit til kanskje kan føre til at en tar problemområdet på alvor. Ved oppfølgingsbesøk kan også aktivitetstilbudene som ble presentert i informasjonsmappen korrigeres, hvis det i løpet av en tidsperiode er gjort endringer i tilbudene.

Jeg har belyst hvilken betydning FHB kan ha for å fremme seniorennes helse ut i fra Antonovskys (2009) teori om salutogenese. Ut i fra studiens funn virker et salutogenetisk perspektiv å være en god innfallsvinkel i det forebyggende arbeidet rettet mot seniorer, da det handler om å støtte opp under de motstandsressursene som seniorene allerede besitter og utbedre problemområder som er realistiske å gjøre noe med. Utfordringen med å tilby FHB til

ressurssterke seniorer kan være at forebyggende helsearbeid til eldre ofte etterstreber resultater i form av mindre bruk av helsetjenester eller tydelige helsegevinster. Gevinsten av FHB til ressurssterke seniorer kan være økt tillit til helsevesenet, påminning om risikofaktorer og økt mestringsfølelse, altså fenomener som vanskelig lar seg måle. Når Samhandlingsreformen iverksettes blir det kommunene som får ansvaret for å prioritere og å iverksette forebyggende helsetjenester. Det vil også være kommunene som må stå til ansvar for hvordan de disponerer midlene som er avsatt til formålet.

Mitt ønske er at denne studien kan bidra til at fagfolk som utformer intervensjonen og gjennomfører FHB tydeligere kan se hvorfor ressurssterke seniorer med høy OAS også kan ha nytte av FHB. Jeg ønsker samtidig at det salutogenetiske perspektivet får en større plass i det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot eldre. Ved å “rette blikket” mot ressursene og mulighetene kan en støtte senioren til å mestre eget liv lengst mulig. Det å etablere en god kontakt og opprettholde denne kontakten ved å tilby oppfølgingsbesøk kan øke tilliten til helsevesenet, samtidig kan det skape en trygghet om at en vil få hjelp den dagen en eventuelt trenger det. På denne måten kan studien bidra til å belyse at strategiene i det helsefremmende arbeidet, i større grad en det som er tilfellet i dag, bør bevege seg bort fra patogenese mot salutogenese, fordi det å bli sett, tatt på alvor, skape tillit og gode relasjoner i seg selv virker å være en god helsefremmende strategi også for ressurssterke seniorer.

REFERANSELISTE:

- Antonovsky,A (2009) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Byles JE, Francis L, McKernon M. (2002) The experience of non-medical health professional undertaking community-based health assessments for people aged 75 years and over. *Health soc Care Community*; 10: 67-73
- Clark, J. (2001) Preventive home visits to elderly people- Their effectiveness cannot be judged by randomized controlled trials. *BMJ* Vol. 323 PP 719
- Dahlberg, K. Dahlberg, H. Nyström, M. (2008) *Reflective Lifeworld Research*. Sverige: Studentlitteratur
- Dalland, O. (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Daatland, O. (2005) Teorier om aldring og eldre år- psykologiske og samfunnsvitenskapelige perspektiver. I: Bjerkreim, T. (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Daatland, S.O. (2007) Generasjoner på spill. *Aldring og livsløp-3*
- Eitungjerde, Å (1998) *Alderdom og livskvalitet. Miljøsjukepleie i teori og praksis*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Fagerström,L, Wikblad,A, Nilsson,J (2008) An integrative research review of preventive home visits among older people- is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scand J Caring Sci*; 23; 558-568.
- Fermann, T. Torp, S (2007) Helsefremmende eldreomsorg: Aktiv omsorg i et salutogent perspektiv. I: "*Helsefremmende arbeid til eldre*" FGD-nytt
- Graneheim, U.H, Lundman, B. (2003) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24; 105-112.
- Heap, K. (2002) *Samtalen i eldreomsorgen- kommunikasjon- minner- kriser-sorg*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Hèbert, R. Robichaud,L, Roy.P-M, Bravo.G, Voyer.L (2001) Efficacy of a nurse-led

- multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline. A randomized controlled trial. *British Geriatrics society. Age and Ageing* 30: 147-153.
- Helseth, A (2010) Samhandlingsreformen er generasjonspolitik. *Utposten* nr. 8
- Henriksen, C. Lund, E. Størmgård, E (1984) Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. *British medical journal*: 289; 1522-1524.
- Høie, M (2004) Mestringsevne, helseplager og tilfredshet. En surveyundersøkelse blant hjemmeboende eldre. *Vård i Norden Publ, NO. 73 Vol. 24 No. 3 PP 38-43*
- Johansen, G. Abelsen, B. (1994a) Health screening among elderly. A comparison between a postal questionnaire and personal interview. *European journal of public health*; 4:301-303
- Johansen, G. (1994b) Health-Care Screening among the elderly. A comparison between Participants and Non-Participants. *Scan J Caring Sci*; 8: 169-172
- Johansen, G. (1995) *Forebyggende arbeid for eldre. Om screening- funn- kostnader og opplevd verdi*. Gøteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan
- Johansen, G. (1995b) Forebyggende arbeid for eldre- hva skjedde etter screeningen? *Nordisk medicin* Vol. 110; 129-5
- Kvale, S. Brinkmann, S (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lindström, B. Eriksson, E (2005) Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*; 59:440-442.
Doi:10/1136/jech.2005.034777
- Malterud, K (2008) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Markle-Reid, Browne.G, Weir.R, Gafni.A, Roberts.J, Henderson.R.S (2006) The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Med Care Res Rev* 63/5;531-569
- Mæland, J.G. Aarø, L, E. (1993) Atferdsteori og forebyggende helsearbeid i praksis. *Tidsskr Nor Lægeforening* nr.1; 113:51-55
- Mæland, J.G (1999) *Forebyggende helsearbeid- i teori og praksis*. Bergen: Tano Aschehoug.
- Nielsson, M (1997) *Tak, fordi du kom! Erfaringer med forebyggende hjemmebesøk i Slagelse*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag
- NOU 1991:10 *Flere gode leveår for alle- Forebyggingsstrategier*. Oslo: Sosialdepartementet

Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv. (1995). Lov 1995-12-20 nr 1117.

Danmark: Sosialdepartementet. Hentet fra:

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=53900> (Dato: 20.05.10)

Lov om helsetjenester i kommunen (1982). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html> (Dato: 15.03.11)

Pettersen A.M, Laake K. (2002) *Postkort som forløper for forebyggende hjemmebesøk til eldre*. Eldresenterprogrammet. Oslo: Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri.

Pettersen.A.M, Wyller.T.B. (2005) *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Norge- med blikk mot Sverige og Danmark*. Oslo: Forlaget aldring og helse.

Ribe, Å. Høyland, K (2005) *Boligpolitikk for eldre- mer enn vegger og tak*. I: Bjerkreim, T. (red.) *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pressemelding Nr. 56/2010 (18.10.2010) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressecenter/pressemeldinger/2010/det-skal-lonne-seg-a-bygge-opp-helsetilb.html?id=621267> (04.04.11)

Pressemelding Nr. 08/2011 (17.02.2011) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressecenter/pressemeldinger/2011/133-millioner-kroner-til-samhandling.html?id=633708> (04.04.11)

Lov om ny folkehelselov (Folkehelseloven) (2010-2011) Prop. 90 L 2010-2011. Oslo: Helse- og

omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503> (06.05.11)

Rubenstein.L.Z, Stuck.A.E (2001) Preventive home visits for older people: defining criteria for success. *British Geriatrics Society. Age and ageing*: 30; 107-109.

Skaar, R. Fensli, M. Söderhamn, U. (2010) Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt- En intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Vård i Norden* 2/2010. Publ. No. 96
Vol. 30 No. 2 PP 33-37

Statistisk sentralbyrå (2010) *Befolkning- Et aldrende samfunn*.

- Hentet fra: <http://www.ssb.no/vis/emner/00/norge/bef/main.html>, (Dato: 12.05.10)
- Statistisk sentralbyrå (2010) Befolkningsframskrivninger -Nasjonale og regionale tall, 2010-2060. Hentet fra: <http://www.ssb.no/folkfram/>, (Dato: 15.08.10)
- Stuck.A.E, Egger.M, Hammer.A, Minder.C.E, Beck. J.C (2002) Home Visits to prevent nursing Home Admission and Functional Decline in elderly people- systematic review. *JAMA*; 287: 1022-1028.
- St. meld. nr. 16. (2003) *Resept for et sunnere Norge- Folkehelsepolitikken*.
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St. meld. nr. 25. (2006) *Mestring, muligheter og mening- Framtidas omsorgsutfordringer*.
Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- St.meld. nr. 47. (2008-09) *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted-til rett tid*.
Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet
- Sosialkomiteens innstilling nr. 157: Forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Harald T. Nesvik om å innføre oppsøkende og forebyggende hjemmesykepleie i eldreomsorgen. Dokument nr. 8:29. Oslo: Arbeids- og sosialkomiteen
- Svenaesus, F (2005) *Sykdommens mening- og møte med det syke mennesket*.
Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sørensen, M. Graff-Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?
Tidsskr Nor Lægeforening nr. 6; 121:720-724
- Tale ved Samhandlingskonferansen i Tromsø av Helse- og Omsorgsminister Anne- Grete Strøm- Erichsen (26.05.2010)
Hentet fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/helse-og-omsorgsminister-stroem-erichsen/2010/Kommuner-og-helseforetak-foren-dere-Slik-blir-takten-og-retningen.html?id=605623 (05.05.2011)
- Thagaard, T (2010) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*.
Bergen: Fagbokforlaget
- Theander. E, Edeberg. A.K. (2005) Preventive home visits to older people in southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*: 33; 392-400.
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*.
Bergen: Fagbokforlaget.

- Thorsen, K (1999) *Eldre inn i den nye tid. Mangfold, muligheter, mening.*
Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen
- Thorsen, K (2005) Nye tider, nye eldre, nye selvforståelser. Aldring og alderdom i sin tid. I:
Bjerkreim, T. (red.) *Eldre i en brytningstid.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- van Haastrengt, JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM (2000)
Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic
review. *British Medical Journal* 320: 754 – 758
- van Rossum.E, Frederiks.C, Philipsen.H, Portengen.E, Wiskerke.J, Knipschild.P (1993)
Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal* 307: 27-
32
- Vass.M, Avlund.K, Henriksen.C, Philipson.L, Riis.P (2007) Preventive home visits to older
people in Denmark- Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriat*: 40; 209-216.
- Vass.M, Avlund. K, Henriksen, C (2005) Ældre og forebyggende hjemmebesøg. Utgitt av:
Ældre forum.
- Veenstra, M, Daatland, S.O, Lima, I.A. (2009) I det lange løp. Blir det ulikhet i helse og
helseatferd med alderen? *Aldring og livsløp*-1 16-21
- Walseth, L,T. (2009) Salutogenese. *Utposten* nr. 8 25-28
- Westlund, P. Sjöberg, A. (2005) *Antonovsky inte Malow- för en salutogen omsorg och vård.*
Solna : Fortbildningsförlaget
- WHO (1986) Ottawa- Charter for Health Promotion. Genève: World Health Organization.
Hentet fra :http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HPR/ottawa_charter.pdf
(Dato: 18.05.10)

Vedlegg:

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [mailto:post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: on 03.11.2010 10:07

Til: Fjelltun Aud-Mari Sohini; rek-4@medisin.ntnu.no

Emne: Endelig godkjenning 2010/2300

Viser til tilbakemelding mottatt 12.10.10 for prosjektet "Forebyggende hjemmebesøk til seniorer". REK Midt-Norge vil med dette bekrefte at prosjektet er endelig godkjent med de endringene som er gjort (jf. 2010/2300-5).

Vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
leder, REK Midt

Hilde Eikemo
rådgiver, REK Midt



Aud-Mari Sohini Fjelltun
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 09.09.2010

Vår ref: 24853 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.08.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 26.08.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

24853	<i>Forebyggende hjemmebesøk til Seniorer.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Aud-Mari Sohini Fjelltun</i>
<i>Student</i>	<i>Svenja De Smedt</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, vedlagte prosjektvurdering - kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Svenja De Smedt, Uranusveien 50, 9024 TOMASJORD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Vedlegg -Forespørsel til seniorenene.

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave:

Jeg er masterstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er forebyggende og helsefremmende arbeid til eldre, der jeg vil se på hvordan forebyggende hjemmebesøk oppleves for senioren.

For å finne ut av dette trenger jeg mer kunnskap om hva et forebyggende hjemmebesøk er. Jeg ønsker derfor å intervju deg som utfører hjemmebesøkene. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan et hjemmebesøk planlegges, gjennomføres og hvilken oppfølging senioren eventuelt får i etterkant av besøket. Jeg vil også spørre om hvordan du oppfatter at tilbudet blir mottatt av senioren. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Hvis du samtykker i å delta, ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring, fyll ut din kontaktinformasjon og returnere erklæringen til meg i vedlagte konvolutt. Så tar jeg kontakt med deg for å avtale tid og sted for et møte.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på telefonnummer 41122297, eller du kan sende en e-post til sde023@uit.no. Du kan også kontakte min veileder Aud-Mari Sohini Fjellton ved Avdeling for helsefag på telefonnummer 776 23215

Studien er meldt til Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Svenja De Smedt

Uranusveien 50

9024 Tomasjord

Klipp her.....

Samtykkeerklæring:

Ja, jeg ønsker å delta på prosjektet ”Forebyggende hjemmebesøk til seniorer”.

Jeg kan treffes på:

Telefon:.....

Dato/ Navn:

Vedlegg – Forespørsel til sykepleierne

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave:

Jeg er masterstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er forebyggende og helsefremmende arbeid til eldre, der jeg vil se på hvordan forebyggende hjemmebesøk oppleves for senioren.

For å finne ut av dette trenger jeg mer kunnskap om hva et forebyggende hjemmebesøk er. Jeg ønsker derfor å intervju deg som utfører hjemmebesøkene. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan et hjemmebesøk planlegges, gjennomføres og hvilken oppfølging senioren eventuelt får i etterkant av besøket. Jeg vil også spørre om hvordan du oppfatter at tilbudet blir mottatt av senioren. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Hvis du samtykker i å delta, ber jeg deg underskrive vedlagte samtykkeerklæring, fylle ut din kontaktinformasjon og returnere erklæringen til meg i vedlagte konvolutt. Så tar jeg kontakt med deg for å avtale tid og sted for et møte.

Hvis det er noe du lurer på, kan du ringe meg på telefonnummer 41122297, eller du kan sende en e-post til sde023@uit.no. Du kan også kontakte min veileder Aud-Mari Sohini Fjelltun ved Avdeling for helsefag på telefonnummer 776 23215

Studien er meldt til Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen
Svenja De Smedt
Uranusveien 50
9024 Tomasjord

Klipp her.....

Samtykkeerklæring:

Ja, jeg ønsker å delta på prosjektet ”Forebyggende hjemmebesøk til seniorer”.

Jeg kan treffes på:

Telefon:.....

Dato/ Navn:

Vedlegg -Intervjuguide:

- 1) Kan du fortelle om hvordan du opplevde det å få tilbud om forebyggende hjemmebesøk?
 - Hva du tenkte om å få brev
 - Hvordan du ble kontaktet
 - Om det var noe du hadde behov for

- 2) Kan du fortelle om hjemmebesøket og hvordan du opplevde det?
 - Hva fikk du informasjon og veiledning om?
 - Passet informasjonen, veiledningen og rådene inn i din livssituasjon

- Blir du til å følge rådene?
- Hva skal til for å følge rådene?
- Hvem styrte samtalen
- Var det noe du ønsket informasjon om som du ikke fikk?
- Hvorfor ble ikke det tatt opp?
- Hva er i dag viktig for deg for at du skal ha det bra i hverdagen?(jf. Begripelighet)
- Hva kan du selv gjøre for å bevare en så god helse som mulig? (j.f Håndterbarhet, Begripelighet, Meningsfullhet)
- Snakket dere om dette på FHB?

3) Hva tenker du i etterkant om besøket?

- Er noe i hverdagen din, tanker om egen helse eller praktiske gjøremål som har blitt endret etter dette besøket? (jf. Meningsfullhet, Håndterbarhet, Begripelighet)
- Hvordan er det i så fall blitt endret? Hvorfor har det ikke blitt endret?
- Hvilke endringer/ hvorfor ikke endring?
- Hva oppfattet du som hensikten med besøket?
- Kunne du tenke deg flere besøk? Hvorfor/hvorfor ikke? (jf. Meningsfullhet, Håndterbarhet)
-

4) Hva vil være det viktigste for deg for at du skal ha en god alderdom?(jf. Begripelighet)

5) Hvordan tanker og forventninger har du om å få hjelp av den offentlige helsetjeneste den dagen du eventuelt får behov for det? (jf. Begripelighet, Håndterbarhet)

