



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre

Sykepleieres erfaringer og vurderinger

Eirin Sofie Pedersen

HEL-3904 Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg

Antall ord: 24 085

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	7
1.1	Bakgrunn.....	8
1.2	Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	10
1.3	Studiens oppbygging	11
2	Litteratursøk og tidligere forskning	11
3	Teoretisk rammeverk	16
3.1	Aldring og eldre	16
3.2	Forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre	18
3.3	Kommunikasjon og personlig kompetanse.....	21
4	Metode	24
4.1	Bakgrunn for valg av metode.....	24
4.2	Forforståelse.....	25
4.3	Innsamling av data.....	27
4.3.1	Intervju og intervjuguide	27
4.3.2	Rekruttering og utvalg.....	29
4.3.3	Gjennomføring av intervju	30
4.4	Transkribering.....	31
4.5	Etiske overveielser	32
4.6	Analyse	33
5	Resultater.....	36
5.1	Sykepleierens erfaringer ved å arbeide forebyggende og helsefremmende for eldre	36
5.1.1	Sykepleieren bruker sine egenskaper, kunnskaper og erfaringer i arbeidet med FHB	37
5.1.2	Kommunikasjon	38
5.1.3	Organisering av FHB i de tre kommunene	39
5.2	Sykepleierens erfaringer fra møtet med de eldre	41

5.2.1	Gleder i alderdommen	42
5.2.2	Alderdommens vanskeligheter.....	42
5.2.3	Å bestemme selv	44
5.2.4	Å være to i alderdommen	46
5.3	Sykepleierens opplevelser av nytteverdi ved FHB	47
6	Drøfting.....	48
6.1	Sykepleieres erfaringer med kommunens arbeid med FHB	48
6.2	Sykepleieres erfaringer av nytteverdi ved FHB.....	56
7	Avslutning	61
7.1	Metodiske overveielser.....	62
7.2	Videre forskning.....	63
	Referanseliste	65
	Vedlegg 1	68
	Vedlegg 2.....	70
	Vedlegg 3.....	71
	Vedlegg 4.....	73
	Vedlegg 5.....	76
	Vedlegg 6.....	77

Forord

Jeg vil gjerne takke alle mine medstudenter på studiet for alle timer vi har delt sammen i klasserommet, ved forberedelser til oppgaver og eksamen. Uten dere hadde dette vært en ensom og vanskelig vei å gå. Tusen takk til alle lærere, foredragsholdere og veiledere for en ustanselig flom av kunnskap, erfaring og utfordringer gjennom disse årene. Dere har vært en inspirasjon for meg hele veien, selv om det av og til har vært vanskelig å se målet.

Tusen takk til alle sykepleiere som takket ja til å delta i studien. Dere er gull verdt og gjør en viktig jobb for å forebygge og fremme helse hos de eldre i Norge.

Min familie, mine kollegaer og venner har vært uvurderlige i disse tre årene. Dere har heiet, støttet og kommet med konstruktive innspill hele veien. Jeg hadde ikke klart å fullføre studiet uten dere.

De som spesielt har fått lide for dette det siste året, er min kjæreste, min sønn og min bonus datter. Tusen takk til dere.

Spesielt takk til min leder Bodil Skotnes ved Nordøya hjemmetjeneste for støtte gjennom studiet og som har sett studiens relevans for fremtidens hjemmetjeneste.

Tusen takk til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Troms og Finnmark fylke for økonomisk støtte, veiledning og tro på meg og at min masteroppgave er viktig for tjenesten.

Til mine veiledere, Toril Agnete Larsen og Kristin Voie sender jeg en stor takk. Deres kunnskap, erfaring, motivering og veiledning gjorde at denne studien ble en realitet.

Til slutt vil jeg takke og dedikere denne studien til mine kjære avdøde besteforeldre Ivanna og Sigurd Lenanger, min «mor og far». De støttet og heiet på meg gjennom sykepleiestudiet og uten deres støtte hadde det vært vanskelig å fullføre min sykepleierutdannelse. Far hadde et stort ønske om at jeg skulle ta videreutdanning i sykepleiefaget og jeg rakk akkurat å fortelle at jeg var kommet inn på masterstudiet i 2017 før han døde. Jeg skulle så gjerne ønske at de kunne se meg fullføre mastergradsstudiet.

Sammendrag

Bakgrunn: Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre er et tilbud for eldre som i utgangspunktet ikke har andre tjenester fra helse- og omsorg. Danmark har vært et foregangsland med tanke på etablering og videreutvikling av tilbudet og det er nå en lovpålagt tjeneste. Norge har praktisert forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre siden 1980-tallet, men i varierende grad i kommunene. Felles for de fleste FHB er at samtalen er rettet på hva enkelte selv kan gjøre for å opprettholde god helse, funksjonsevne og sosial deltakelse.

Hensikt: Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av hvordan sykepleieren arbeider med FHB, hvilke vurderinger de gjør og hvordan de erfarer FHB. Slik kunnskap kan komme til nytte for kommuner som holder på med FHB og for de kommuner som er i oppstartsfasen av et slikt tilbud.

Metode: I studien anvendes kvalitativ metode. Det ble gjennomført 6 semistrukturerte intervju i løpet av perioden oktober 2019 – januar 2020. Intervjuene ble transkribert og det ble benyttet tematisk analyse i analyseprosessen. Funnene er drøftet i lys av tidligere forskning på forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre, teori om forebyggende og helsefremmende arbeid og personlig kompetanse.

Resultat: Funnene i studien viser at kompleksiteten av FHB er stor og at det er mange elementer som medvirker til hvordan tilbudet organiseres og utføres i kommunene. Funnene viser at sykepleierne erfarer mange eldre som friske og spreke som mestrer alderdommen godt, mens andre eldre oppleves som mer sårbare og behøver mer oppfølging.

Konklusjon: Funn i studien viser at eldre som mottar FHB setter pris på å motta et tilbud om FHB og at de føler seg sett. Sykepleierne erfarer positive helsegevinster ved FHB som økt trygghet i hjemmet, kontaktperson i kommunen, informasjon om kommunale og frivillige tilbud, råd og veiledning og ulike tema som har betydning for eldre og en samtale som er rettet mot ressurser, mestring og beslutninger i eget liv. Funn viser også at sykepleierne vektlegger bred kompetanse, erfaring fra eldreomsorg, livserfaring og personlig egnethet som viktige faktorer for sykepleiere som skal arbeide med FHB.

Nøkkelord: forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk, eldre, sykepleier, erfaringer

Summary

Background: Preventive home visits for home-dwelling elderly are an offer for the elderly who in principle do not have other services from health and care. Denmark has been a pioneer in terms of establishing and further developing the offer and it is now a statutory service. Norway has practiced preventive for home-dwelling elderly since the 1980s, but to varying degrees in the municipalities. Common to most FHBs is that the conversation is focused on what people can do themselves to maintain good health, functional ability, and social participation

Purpose: The purpose of the study is to gain a deeper understanding of how the nurse works with PHV, what assessments they make and how they experience such PHV. Such knowledge can be useful for municipalities that work with PHV and for those municipalities that are in the start-up phase of such an offer.

Method: In the study, qualitative method is used. Six semi-structured interviews were conducted during the period October 2019 - January 2020. The interviews were transcribed, and thematic analysis was used in the analysis process. The findings have been discussed in the light of previous research on preventive and health-promoting home visits for the elderly, theory of preventive and health-promoting work and personal competence.

Result: The findings of the study show that the complexity of PHV is great and that there are many elements that contribute to how the service is organized and carried out in the municipalities. The findings show that the nurses experience many elderly people as healthy and fit who master old age well, while other elderly people are perceived as more vulnerable and need more follow-up.

Conclusion: Findings in the study show that older people who receive PHV appreciate receiving an offer of PHV and that they feel seen. The nurses experience that PHV can give elderly positive health benefits such as increased security in the home, contact person in the municipality, information about municipal and voluntary services, advice and guidance and various topics that are important for the elderly and a conversation that focuses on resources, coping and decisions in their own lives. Findings also show that the nurses emphasize broad

competence, experience from elderly care, life experience and personal suitability as important factors for nurses who are to work with PHV.

Key words: preventive home visits to home-dwelling, elderly, nurses, experiences

1 Innledning

Den demografiske utviklingen i Norge krever at man ser på flere løsninger enn bare å bygge ut dagens tjenestetilbud for å møte behovene for de nye eldregenerasjonene. Det er en nasjonal satsing på å skape et mer aldersvennlig samfunn der eldre og innbyggerne ellers inviteres mer for å skape et slikt samfunn der eldre kan være mer aktive og selvstendige. Den eldre befolkningen utfordres til å engasjere seg i planlegging av sin egen alderdom og utforming av sine omgivelser (Meld. St. 15, 2017-2018).

Stadig flere eldre er friskere og lever lenger enn før, men samtidig vil det bli flere mennesker som får aldersrelaterte helseutfordringer. Dette øker betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid som kan legge til rette for at eldre kan opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i tillegg til å leve et så aktivt og meningsfullt liv som mulig (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 25).

Flere helse- og omsorgsdokumenter fremhever forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre, heretter kalt FHB, som en måte å fange opp eldre personer som har risikofaktorer for funksjonsfall. FHB er et uoppfordret og oppsøkende tilbud for hjemmeboende eldre med et mål om forebygging ved å sette søkelys på selvstendighet og mestring i eget liv hos den eldre personen (Helsedirektoratet, 2019; Meld. St. 15, 2017-2018; Rundskriv, 1-2/2016; Solvoll, Devik, Løkken & Moe, 2020). Norge har praktisert FHB siden 1980- tallet, men i et fåtall av kommuner (Wyller & Pettersen, 2005, s. 5). De siste ti årene har FHB hatt en økende utbredelse i Norge og myndighetene sendte ut i 2016 et rundskriv, og i 2017 en veileder, for å stimulere flere kommuner til å etablere tilbudet.

Danmark har vært et foregangsland når det gjelder FHB og i 1995 ble det pålagt ved «Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre» som et tiltak for å forebygge nedsatt sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne (Wyller & Pettersen, 2005, s. 7). Flere andre land har prøvd ut og gjort erfaringer med ulike varianter av FHB. Dette er land som England, Sverige, Tyskland, Nederland, USA, Canada, Australia og Japan (Skumsnes, Teigen, Alvsvåg & Førland, 2015)

Jeg er utdannet sykepleier og har over ti års arbeidserfaring fra somatisk hjemmetjeneste og arbeid med eldre hjemmeboende. Inspirasjon til denne studien fikk jeg etter at jeg og en annen sykepleier i 2016 fikk et oppdrag å lede et lite prosjekt kalt «Årskontroll for hjemmeboende

eldre som et forebyggende tiltak». Hensikten var å teste ut FHB for å se om slike hjemmebesøk kan være med på å legge til rette for at den enkelte eldre kan bo hjemme lenger der behov, ønsker og ressurser kan være i sentrum. Prosjektet var av liten størrelse, men vi konkluderte med at de vi besøkte ønsket å klare seg selv lengst mulig i egen bolig, men at de hadde behov for en kontaktperson for å orientere seg i kommunens tilbud. Interessen for forebyggende hjemmebesøk for eldre har vært med meg gjennom hele mastergradsutdannelsen og jeg visste at dette var noe jeg ønsket å se nærmere på i mitt mastergradsstudium.

1.1 Bakgrunn

Samhandlingsreformen legger vekt på at forebygging er viktig for å redusere, og til dels motvirke, risiko for funksjonstap. Det er ønskelig med søkelys på egenmestring, livskvalitet og redusere risiko for sykdomsutvikling. Med utgangspunkt i de fremtidige helseutfordringene er det behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene (Meld. St. 47, 2008-2009).

Rundskriv (1-2/2016) beskriver hvordan kommunene kan bruke forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk som del av sitt tjenestetilbud til eldre. Rundskrivet er del av regjeringens satsning på å styrke de elders ressurser, og å sikre dem gode og trygge helse- og omsorgstjenester. FHB er et oppsøkende besøk som kan være med på å fremme helse og mestring, og kan gi eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert. Hjemmebesøkene kan bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring og trygghet i hverdagen (Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson & Riis, 2007, s. 209). Kommunene er forpliktet til at helse- og omsorgstjenestene arbeider forebyggende, ved at de setter inn tiltak på riktig tidspunkt i et utviklingsforløp av sykdom, funksjonstap eller sosiale problemer (Folkehelseloven, 2012). Dette må sees opp mot det som er mest effektivt for å redusere lidelse og oppnå best mulig helse, levekår og funksjonsevne. For å hjelpe kommunene med å starte opp med FHB, kom Helsedirektoratet ut med veilednings- og undervisningsmateriale i 2017 (Helsedirektoratet, 2019).

I 2018 kom Helse- og omsorgsdepartementet ut med *Leve hele livet*, som er en kvalitetsreform for eldre (Meld. St. 15, 2017-2018). Reformen er ment som for å skape helse- og omsorgstjenester med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Dette er for å støtte de eldre sine egne ressurser og mestring i viktige beslutninger som handler om dem

selv. Reformen viser til at eldre ikke får ivaretatt de grunnleggende behov for helsehjelp og hjelp til å forebygge sykdom og funksjonssvikt. Et tiltak for å redusere dette, er forebyggende og helsefremmende tjenester. Reformen viser at ved bruk av FHB kan kommunene legge til rette for et godt proaktivt tilbud som fremmer helse og mestring og å sikre dem gode og trygge helse- og omsorgstjenester når de behøver det. Å bo i eget hjem kan ha mye å si for egenopplevd livskvalitet, mestring og aktivitet.

Jeg har valgt å bruke Førland og Skumsnes (2017, s. 11) sin definisjon av FHB:

«Oppsøkende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har (eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse».

Innhold og utførelse av FHB kan variere mye fra kommune til kommune og til andre land. Felles for de fleste modellene er å bidra til god helse og mestring, og dermed utsette helsetjenester i hjemmet og innleggelse i institusjon. Fokus under hjemmebesøkene er på hva den enkelte selv kan gjøre for å opprettholde god helse, funksjonsevne og sosial deltakelse. I tillegg bidrar hjemmebesøkene til en kontakt mellom kommunens helse- og omsorgstjenester og den eldre som ikke har hatt kontakt tidligere (Førland & Skumsnes, 2017, s. 12).

R. Skumsnes, Teigen, Alvsvåg og Førland (2015) viser til fire modeller som brukes ved FHB. Det er glidende overganger mellom modellene og det kan være en blanding av flere elementer samtidig.

1. Besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov

Denne modellen søker og identifiserer risikofaktorer og tidlige tegn på sykdom og hjelpebehov for å forebygge disse. Ulike tester og screening blir ofte brukt.

2. Besøk for å forebygge skader og ulykker

Dette hjemmebesøket har hovedfokus på å forebygge hjemmeulykker, som for eksempel fall og brann. Forebygging kan dreie seg om rådgivning om fysisk aktivitet, ernæring, medikamentbruk og utforming av hjemmet for å unngå fallulykker.

3. Besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester

Denne tilnærmingen vektlegger ulike former for rådgivning og informasjon om offentlige, frivillige og kommersielle tilbud den eldre kan benytte seg av i kommunen.

4. Besøk for å ha en ressursforsterket helsesamtale

I den fjerde modellen fokuseres det på den eldre sine ressurser og potensiale for mestring i eget hjem. Samtalen søker svar på «hva er viktig for deg?», «hva gjør deg bra?» og «hva holder deg frisk?».

Hovedmålgruppene for FHB er eldre mennesker, men kommunene velger gjerne ulike målgrupper. Noen kommuner velger bestemte årskull eller til utvalgte grupper av eldre som er spesielt utsatt for å utvikle sykdom og funksjonstap. Dette kan være eldre som nylig har vært innlagt på sykehus, eldre som har opplevd tap av ektefelle, eldre med innvandrerbakgrunn og liknende (R. Skumsnes et al., 2015, s. 13). I de siste årene har flere kommuner valgt å tilby gruppemøter med hensikt å sikre tidlig kontakt med eldre, slik at refleksjon rundt egen helse og livssituasjon kan starte. I tillegg kan slike gruppemøter bidra til økt trygghet og tillit til hjelpeapparatet (Slåtsveen, Hellebergshaugen, Sveen & Sogstad, 2015).

Det er ingen klar grense for når alderdommen inntreffer og når man regnes som eldre. Definisjonen av eldre har endret seg de siste årene, og kompliserer bildet ytterligere. I velferdssamfunnet blir en ofte definert som eldre ved sin status som pensjonist, men på grunn av at pensjonistalderen varierer over tid og mellom land, varierer dette (Daatland & Solem, 2011, s. 27). I denne studien brukes begrepet eldre om de som tilbys FHB.

1.2 Studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

I forbindelse med studien har jeg utført seks individuelle intervju med sykepleiere som arbeider med FHB. Jeg gikk inn i denne studien med et ønske om å se på hvordan sykepleiere arbeider, erfarer og vurderer FHB som et forebyggende og helsefremmende tiltak for eldre. Jeg mener at en slik kunnskap kan være relevant i etablering, utvikling og videreføring av et slikt tilbud i kommunene. Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av hvordan sykepleieren arbeider med FHB, hvilke vurderinger de gjør og hvordan de erfarer slike FHB. Slik kunnskap kan komme til nytte for kommuner som holder på med FHB og for de kommuner som er i oppstartsfasen av et slikt tilbud.

Den endelige problemstillingen har kommet frem gjennom arbeidet med studien. Den har blitt endret og justert underveis, men utgangspunktet har hele tiden vært et ønske om å se på de erfaringer og vurderinger sykepleiere gjør seg i arbeidet med FHB.

Problemstillingen jeg ønsker å finne svar på gjennom studien er:

«Hvordan erfarer sykepleiere å arbeide med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre?».

For å besvare problemstillingen har jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

1. Vurderer sykepleiere at det er fordeler ved hjemmebesøk for eldre? I så fall, hvilke?
2. Erfarer sykepleierne at FHB gir økt mestring hos de eldre som får tilbudet?
3. Hvordan bruker sykepleieren sin personlige kompetanse i arbeidet med FHB?

1.3 Studiens oppbygging

Studien er bygd opp i syv kapitler. Kapittel to vil vise til litteratursøk og tidligere forskning gjort på FHB. Deretter følger et kapittel som tar opp det teoretiske rammeverket som benyttes i studien. Teori som benyttes handler om aldring og eldre, forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre og til slutt kommunikasjon og personlig kompetanse. Kapittel fire viser til metodiske valg som har blitt foretatt i studien. Resultatene fra studien legges frem i kapittel 5 for deretter å drøftes i kapittel seks. Drøftingen baseres på problemstillingen for studien, forskningsspørsmålene, teori, tidligere forskning og funnene. Til slutt kommer avslutning og anbefaling om videre forskning.

2 Litteratursøk og tidligere forskning

Ved litteratur søk i databasen Cinahl med søkeordene *preventive home visits to home-dwelling elderly people AND nurse AND experience* fikk jeg 81 treff. Ut av disse treffene fant jeg tre relevante artikler for dette studiet.

Ved søk i PubMed med søkeordene *preventive home visits to home-dwelling elderly people AND nurse AND experience* fikk jeg 0 treff. Deretter endret jeg søkeordene til *preventive home visits AND elderly people AND home-dwelling* og fikk opp 15 treff. Ut av dette fant jeg seks relevante artikler til min studie.

SveMed+ kom opp med tre treff med søkeordene *forebyggende hjemmebesøk for eldre*. Med søkerordene *sykepleieres erfaringer med forebyggende hjemmebesøk* fikk jeg 0 treff. Søkeordene *preventive home visits to elderly people* gav 4 treff. Alle artiklene fra SveMed+ var relevante for studien.

Ved litteratursøk i Helsebiblioteket med søkeordene *forebyggende hjemmebesøk for eldre* fikk jeg totalt 72 treff. Jeg leste overskriftene og deretter sammendrag på artikler, kunnskapsoppsummeringer, veiledningsmateriale og rapporter og fikk til slutt 30 treff. Jeg utelukket artikler som handlet om kartlegging av eldre ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy, hjemmebesøk med hensikt å forebygge fall som eneste fokus, hjemmebesøk etter sykehusinnleggelse og hjemmebesøk for spesifikke sårbare grupper.

Litteratursøk i Oria med søkeordene *preventive home visits to home-dwelling elderly people* OG *nurse* OG *experience* gav 146 treff. Etter en gjennomgang med å lese overskriftene og sammendrag fikk jeg 13 artikler som jeg mener er relevante for denne studien.

Jeg fant få artikler som skriver spesifikt om sykepleierens erfaringer og vurderinger ved FHB. Noen av artiklene jeg har valgt å bruke i dette studiet nevner sykepleierens kompetanse, erfaringer og eldre menneskers tilbakemelding på faktorer som de verdsetter når det gjelder helsepersonellet som skal utføre FHB. Jeg har brukt prinsippene fra sjekklister som ligger på Helsebiblioteket for å sjekke kvaliteten på artiklene før jeg brukte dem i studien (Helsebiblioteket, 2016).

Jeg vil nå presentere noe av det utvalget jeg har gjort av tidligere forskning på FHB og de ulike faktorer som påvirker hjemmebesøket. Forskningen jeg viser til inkluderer oversiktsartikler, kvalitative studier, en doktorgradsavhandling med flere delstudier, RTC-studier og studier gjort på forebyggende hjemmebesøk i skandinaviske og andre land. Jeg anser studiene som relevante for mitt mastergradsstudium.

En systematisk oversiktsartikkel (Skumsnes, Larum & Langeland, 2013) der hensikten var å gå gjennom forskningslitteratur om forebyggende hjemmebesøk og effekten det har på egenopplevd helse og livskvalitet, viser sprikende funn. Studiens konklusjon viser at FHB kan ha en positiv effekt på helse og livskvaliteten til de eldre dersom de som utfører besøkene jobber i tverrfaglig team og har spesialkompetanse.

En norsk kvalitativ studie har sett på de eldre menneskers erfaringer med FHB, med fokus spesielt rettet på betydningen selve besøket. Det ble gjennomført 15 semistrukturerte intervju av eldre som hadde mottatt FHB. Resultatet av studien viser at de eldre opplevde

hjemmebesøket som noe positivt, til tross for at det var noen uklare forestillinger til innholdet av besøket. Å få informasjon om kommunens helsetjenester og å få en kontaktperson var også noe de eldre opplevde som nyttig (Sjøbø, Teigen, Alvsvåg & Førland, 2016).

Ålesund kommune arbeidet med FHB siden 2001 og var en av de første kommunene i Norge som startet opp dette tilbudet. En kvalitativ studie ble gjennomført av Skovdahl, Blindheim og Alnes (2015) i Ålesund kommune. De utførte 30 individuelle intervju med eldre som hadde mottatt FHB i tillegg til et fokusgruppeintervju med fagpersoner og ledere som hadde ansvaret for å planlegge og gjennomføre FHB i perioden 2001-2013. Resultatene fra studien viser at FHB kan være med på å skape større grad av trygghet for friske eldre. Gjennom samtalen kan eldre få tillit til en person som de kan kontakte i etterkant dersom livssituasjonen endrer seg. Hjemmebesøket fungerer også som en informasjonskanal om kommunens tilbud, private aktører og frivillighet. Funn fra studien viser at FHB ikke kan stå alene, men må knyttes opp til allerede eksisterende tilbud. Det blir fremhevet at for å gjennomføre FHB kreves det spesialkompetanse av de som skal besøke de eldre. Dette med tanke på kunnskap om aldring og aldersforandringer og evnen til å styrke Eldres tro på seg selv og egen mestring.

Bogsti, Sveen, Sogstad og Norbye (2020) gjennomførte i 2017 en kvalitativ studie der fem norske kommuner som tilbys FHB til sine eldre innbyggere. Det ble gjennomført 15 individuelle intervju med fagpersoner fra tre ulike nivå. Informantene var: helse- og omsorgslederen, ledere for enhet for FHB, samt en utøver av FHB fra hver av kommunene. Hensikten med studien var å bidra til økt kunnskap om betydningen av organisering av FHB. Resultatene fra studien viser at valg av organisering av tilbudet vil ha betydning for hvordan tilbudet fremstår med tanke på mål og innhold.

Tøien (2019) har i en doktorgradsstudiet undersøkt hvordan langsiktige FHB påvirker eldre menneskers helse og mulighet for et godt liv i sine egne hjem. Studien konkluderte med at eldre mennesker som mottok FHB anså dette som verdifullt. De som utførte hjemmebesøkene støttet de Eldres bestrebelser på å opprettholde seg selv som personer, gav personlige skreddersydd støtte som bidro til at eldre følte sikkerhet, egenverd og evne til å håndtere hverdagen og til å leve et godt liv i eget hjem. Undersøkelsen bekreftet at mange eldre som har mottatt FHB verdsatte tjenesten høyt. Sosialdemografiske og helserelevante forhold hadde liten innvirkning på opplevelsen av FHB, og det lå ingen støtte i resultatene om å begrense

tjenesten til spesielle grupper av eldre mennesker (Tøien, 2019). Som et ledd i denne doktorgradsstudiet ble et det gjennomført et delstudium der de skulle undersøke eldre menneskers perspektiver på fordeler av FHB undersøkt. Inklusjonskriteriene var at deltakerne måtte ha mer enn seks års erfaring med FHB samt at de ikke var kognitivt svekket. Totalt møtte 370 eldre disse kriteriene og det ble utført ti individuelle intervju med eldre. Konklusjonen av studien er at langtidsoppfølging av FHB gir de eldre en trygg og stabil støtte for de eldre på veien mot alderdommen. At de som utførte FHB tilpasset hjemmebesøket til hver enkelt eldre, slik at trygghet, selvstendighet og verdi ble vektlagt gjorde at deltakerne vurderte FHB som noe høyt verdsatt (Tøien, Bjørk & Fagerström, 2015).

En annen delstudium som ble gjennomført som en del av doktorgradsstudiet til Tøien (2019) hadde til hensikt å beskrive sykepleierens erfaringer med fordeler ved langtidsoppfølging av FHB. De utførte ni individuelle intervju der deltakerne hadde 7-11 års erfaring med å utføre FHB. Studien konkluderer med at langsiktig oppfølging med årlig FHB utført av godt kvalifiserte sykepleiere kan gi mulighet for å skreddersy og tilpasse langsiktig støtte for eldre menneskers endring av behov under aldringsprosessen. Dette kan være med på å opprettholde god helse og selvstendighet. Studien viser også at personlig og profesjonell kompetanse og kontekstuelle og strukturelle faktorer påvirker sykepleierens evne til å skape fordeler for de eldre (Tøien, Bjørk & Fagerström, 2019). Dette sammenfaller med det (Tøien, Heggelund & Fagerström, 2014) finner i sin studie. De konkluderer med at FHB som utføres av erfarne og kompetente sykepleiere, kan bidra til økt trygghet for hjemmeboende eldre mennesker. Dedikerte og dyktige sykepleiere kan bidra til at eldre får tillit til helsevesenet og dermed danne et godt grunnlag for videre samarbeid.

Theander og Edberg (2005) gjorde en undersøkelse i Sverige der hensikten var å beskrive en svensk modell for FHB og effekten et slikt besøk hadde på de eldre menneskers fysiske og sosiale velvære. Et annet mål med studien var å beskrive deltakernes og besøkendes opplevelse av hjemmebesøket. Tre årlige hjemmebesøk ble gjennomført og inkluderte 150 eldre som var 78 år ved første hjemmebesøk. Strukturerte intervju ble gjennomført for de eldre og spørreskjema ble delt ut til de som utførte hjemmebesøkene. Studien konkluderte med forsiktighet effekten av FHB, da studien ikke hadde en kontrollgruppe. Derimot var tilbakemeldingene at besøkene hadde positivt inntrykk på de eldre og på de som utførte hjemmebesøkene.

Danmark har siden 1998 vært lovpålagt å tilby to årlige hjemmebesøk for alle hjemmeboende eldre over 75 år, men det har tidligere ikke vært forsket på om invitasjon til FHB har noe å si for at eldre takker ja til et slikt hjemmebesøk. Målet med denne studien var å beskrive og undersøke om ulike invitasjonsprosedyrer var assosiert med eldre sin aksept for det første hjemmebesøket (Ekmann, Vass & Avlund, 2010). Studien var basert på sekundære analyser fra den danske intervensjonsstudien på FHB, der data ble samlet inn fra 1998 til 2002. Av de 4060 deltakerne som var med i hovedstudien, meldte 3245 eldre at de hadde mottatt et tilbud om et FHB, hvorav 2399 ga fullstendige data for hoved analysen i denne studien. Studien identifiserte tre forskjellige prosedyrer for invitasjon: 1. brev med foreslått dato, 2. telefonsamtale og 3. brev uten foreslått dato. Studien viser at menn hadde lavere aksept enn kvinner for det første hjemmebesøket og at flere aksepterte et hjemmebesøk når de fikk et brev med foreslått dato.

Liimatta, Lampela, Laitinen-Parkkonen og Pitkala (2016) har gjort en systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (RCT) angående effektiviteten av FHB for eldre ved bruk/ og eller kostnader for helse- og omsorgstjenester. Kostandsendringer oppnådd ved eldre menneskers funksjon, livskvalitet eller dødelighet ble også evaluert. Av de 3219 artiklene som ble funnet med litteratursøk, oppfylte 19 artikler inklusjonskriteriene. 12 av studiene vurderte de totale kostnadene for helse- og sosialtjenester, men ingen av disse studiene klarte å vise til signifikante forskjeller i de totale kostnader mellom intervensjons – og kontrollgrupper. Seks studier antydte at FHB kan redusere sykehjems – eller sykehusinnleggelse. Syv studier viste noe positiv effekt på fysisk funksjon, livskvalitet eller dødelighet uten å øke de totale helsekostnadene. Gjennomgangen viser at det er få studier som utforsker de økonomiske effekter ved FHB og at slike hjemmebesøk ikke gir samlet kostnadsbesparelser. Noen intervensjoner kan gi positive effekter på eldre menneskers funksjon, livskvalitet og dødelighet.

Mayo-Wilson et al. (2014) gjorde en systematisk gjennomgang og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier (RCT) for å vurdere effektiviteten av FHB for eldre over 65 + år uten demens. 64 studier med 28642 deltakere ble inkludert og analyser på effekter på dødelighet, institusjonalisering, sykehusinnleggelse, fall, skader, fysisk- og kognitiv funksjon, livskvalitet og psykisk sykdom ble gjort. Studiene ble gjennomført mellom 1981 og 2012 i 13 land, men de fleste ble gjennomført i USA, Storbritannia og Canada. Mayo-Wilson et al. (2014) konkluderer med at de ikke konsekvent kan se forskjeller i dødelighet eller

selvstendighet i hverdagen med FHB, men at de ikke kan utelukke muligheten for at noen måter å gjennomføre FHB kan ha positive effekter.

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Aldring og eldre

Befolkningskremskrivninger gjort av Thomas, Syse og Gleditsch (2020) viser at det stadig blir flere eldre og at antallet som er over 65 år eller eldre, vil dobles fra dagens 940 000 frem mot 2075. Antallet som er 80 år eller eldre vil stige fra 230 000 og vil øke til 720 000. Antallet 90 og 100 åringer vil gå fra 45 000 til 210 000 før 2060. Innen bare 10 år vil det for første gang være flere eldre som er 65+ år enn barn og unge i aldersgruppen 0-19 år i Norge.

Framskrivningen viser at det i 2060 vil være mer enn 500 000 flere eldre over 65 år enn barn og unge. Utviklingen viser at det vil være personer i alderen 20-69 år vil utgjøre en betraktelig mindre andel av befolkningen i årene som kommer. Fra midten av 2020 årene vil økningen eldre tydeliggjøres ved at de store etterkrigskullene begynner å komme inn i denne aldersgruppen (Thomas et al., 2020). Den betydelige økningen av eldre i årene som kommer gjør at Norge må se på hvordan de skal sikre ordninger, tjenester og løsninger som er bærekraftige i møtet med de demografiske utfordringer som kommer. De nye eldre har andre ressurser å møte alderdommen med enn tidligere generasjoner. Dette med tanke på at de har høyere utdanning, bedre boliger, bedre økonomi og de har vokst opp under bedre vilkår. Dette er medvirkende årsaker til at flere eldre lever lengre, opplever en bedre helsetilstand og funksjonsevne og muligheter for å mestre egen hverdag (Meld. St. 15, 2017-2018).

Mange eldre lever gode liv med god helse og livskvalitet, og deltar aktivt i samfunnet og i familieliv og deltar i sosiale fellesskap som kultur og organisasjoner. Det er viktig å legge til rette for at eldre kan oppleve flere gode leveår der de beholder god helse, opplever god livskvalitet og at de i større grad opplever at de mestrer eget liv i eget hjem. Eldre som behøver helsehjelp skal motta dette når den tiden kommer, men det skal legges vekt på hva som er viktig for den enkelte og det skal gis hjelp til å mestre egen hverdag til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne. Eldre skal føle seg verdsatte og involveres i beslutninger som omhandler dem (Meld. St. 15, 2017-2018). Det vil være en lite bærekraftig løsning å bare bygge ut tjenestetilbudet for helsetjenester i takt med den demografiske utviklingen. Med bakgrunn av dette er det behov for å satse på forebyggende og helsefremmende tjenester der

den eldre befolkning selv er med på å si hva som er viktige for dem og å planlegge egen alderdom. En viktig arena for forebyggende og helsefremmende arbeid er lokalsamfunnene der det kan legges til rette for aktiv deltakelse og hverdagsmestring (Mæland, 2016, s. 17).

Aldersforløpet viser stor variasjon mellom individer og mellom aldringens forløp når det gjelder funksjoner og egenskaper. Noen kan «se yngre» ut enn andre på grunn av bedre medfødte forutsetninger i livet eller på grunn av bedre levevilkår, mens andre kan se eldre ut enn de egentlig er (Daatland & Solem, 2011, s. 21,52; Wyller, 2015, s. 24). Aldring kan forstås både som biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosesser (Daatland & Solem, 2011, s. 22-24). Biologisk og fysiologisk aldring handler primært om de kroppslige forandringer som skjer når en blir eldre. Disse forandringene skjer i celler, vev og organer og i samspillet mellom organene (Daatland & Solem, 2011, s. 25, 54). Kjennetegn på kroppslig aldring er redusert muskelstyrke, endringer i blodtrykk og redusert syn og hørsel. Denne reduksjonen fører ikke nødvendigvis med seg sykdom, men har sammenheng med forventet gjenstående levetid, toleranse for behandling og evne til å overkomme sykdom og fysiologiske påvirkninger (Wyller, 2015, s. 25). Psykologisk og kognitiv aldring dreier seg om endringer i mentale evner og karakter, selvbilde, følelsesliv, i behov og væremåte. Langsommere reaksjonsevne, langsommere tempo og glemsomhet er tegn på kognitiv aldring (Wyller, 2015, s. 25). Sosial aldring viser til hvordan samfunnet organiserer og presenterer alder og aldring. Sosial kontakt med andre, deltakelse i samfunnslivet, i arbeid, nabolag og familie er med på å fortelle oss hvem vi er og hva vi bør være i kraft av vår alder og utseende (Daatland & Solem, 2011, s. 26).

Ordtak som «Borte bra, men hjemme best» viser at for de fleste av oss så har hjemmet en spesiell betydning. Begrepet hjem har mange aspekter og assosiasjoner og betydningen av det vil variere for hver enkelt eldre. (Thorsen, 2008, s. 15). Hjemmet kan være en arena med gode følelser der familie og venner kommer sammen for hyggelige sammenkomster, men hjemmet kan også være et sted for konflikter, sjalusi og vanskelige følelser. Hvor et hjem befinner seg kan variere fra person til person og det kan endre seg gjennom tiden (Thorsen, 2008, s. 15). Hjemmet er ikke statisk, men vil endre seg i takt med livsløpet og har en kulturell og personlig betydning. Det gir også en ramme for og innhold i hverdagen. Det er der de daglige rutinene skal utføres og det skaper stabilitet. Kvinner og menn har ofte ulike oppgaver og roller i et hjem, ulikt ansvar og de er forskjellige i hva de er opptatte av i hjemmet (Thorsen, 2008, s. 16). For mange eldre representerer hjemmet et sted for identitetsdannelse og

identitetsbevaring. Hjemmet er et sted der man kan være seg selv, slappe av og la «masken falle litt». Hvordan hver enkelt ønsker å åpne opp for andre og verden vil variere ved at vi kan kontrollere hvem vi slipper inn i hjemmet. Ens personlighet kommer frem i hvordan et hjem presenteres og er av stor betydning for mange. Hva hjemmet symboliserer kan endres når man blir avhengig av hjelp utenfra, og det blir fylt opp med hjelpemidler, medisiner og mennesker som anser det som sin arbeidsplass (Thorsen, 2008, s. 19). For mange eldre kan det være vanskelig å ta imot hjelp fra andre utenfra, da det blir tydelig både for dem selv og omverden at de ikke er like selvstendige som før. Hjemmet blir mindre privat enn før. For eldre mennesker vil hjemmet symbolisere både for dem og andre at de har levd et langt liv. Det vises blant annet gjennom møbler, pyntegjenstander, håndarbeid, bilder av familie og gaver. Disse tingene har symbolverdi med stor betydning. Etter hvert som eldre trekker seg fra ulike arena, forlater arbeidslivet og tilbringer mer tid i hjemmet, blir det mer sentralt som livsområde og får en større betydning. Hjemmet blir det viktigste symbolet på et selvstendig liv og en livsform og blir truet når behovet for hjelp øker (Thorsen, 2008, s. 17-19).

Eldre blir ofte sett på som de som mottar hjelp og bistand, men de er også i stor grad de som yter hjelp. Dette kan være til barn og barnebarn, men også til sin partner, nabo, venn, kollega eller annen nærkontakt (Thorsen, 2008, s. 19). Pårørende til eldre er ofte opp i årene selv og kan være utsatt for en betydelig belastning. Mange opplever det som givende og meningsfullt å kunne bidra og hjelpe andre, men over tid kan denne studien bli for krevende og oppleves som belastende. Ved sykdommer med adferdsmessige forandringer eller store fysiske funksjonsnedsettelse kan blandingen mellom de fysiske og emosjonelle utfordringene over tid bli for store for pårørende å håndtere (Wyller, 2015, s. 169). Pårørende er en uvurderlig ressurs og det er viktig å anerkjenne og støtte dem for deres innsats og behov, slik at de mestrer å stå i en krevende hverdag.

3.2 Forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre

Forebyggende og helsefremmende arbeid handler om å fremme folks helse og livskvalitet og om å redusere risiko for sykdom og skade. Å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet er viktige aspekter med arbeidet med forebyggende og helsefremmende tiltak (Mæland, 2016, s. 15). Ifølge Mæland (2016, s. 27) har begrepet *helse* flere ulike oppfatninger. Verdens helseorganisasjon slo fast i 1948 at helse er «*mer enn fravær av sykdom og svakhet*». Helse ble definert som «*fullstendig fysisk, mentalt og sosialt*

velbefinnende». Denne måten å definere helse på har blitt kritisert for å være idealistisk og uoppnåelig, og Verdens helseorganisasjon kom derfor med en mer avdempet definisjon, der helse beskrives som «*evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv*». Mæland (2016, s. 26) viser til den norske lege Peter F. Hjorts definisjon av helse som «*helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav*». Kort oppsummert handler disse tre oppfatningene av helse om: helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende. Helsedirektoratet definerer forebygging slik:

«Begrepet forebygging anvendes på den ene siden om innsatser og tiltak der formålet er å hindre eller begrense skade, sykdom eller problemer (det sykdomsforebyggende perspektivet). Forebygging betegner på den annen side innsatser, tiltak og prosesser som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (det helsefremmende perspektivet)» (Helsedirektoratet, 2013).

Forebyggende arbeid har tidligere vært opptatt av sykdomsforebyggende arbeid, der fokuset har vært på å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade og død (Mæland, 2016, s. 76). Den senere tid har skillet mellom forebyggende og helsefremmende arbeid blitt mindre og komplementerer hverandre i større grad. Sykdomsforebyggende arbeid deles gjerne inn i primær sykdomsforebygging (forhindre eller utsette sykdom hos friske mennesker), sekundær sykdomsforebygging (hindre at en sykdom kommer tilbake eller utvikler seg videre og tertiær sykdomsforebygging (minske de følgende sykdommen får for funksjon og livskvalitet) (Mæland, 2016, s. 16).

Mæland (2016, s. 15) skriver at målsettingene for helsefremmende arbeid innebærer å legge til rette for best mulig helseutvikling, å styrke befolkningens motstandskraft mot livstruende forhold, å stimulere folks evner til fleksibel fungering, mestring og kontroll og til slutt skal arbeidet bidra til at folks livskvalitet kan bli best mulig. Denne måten å arbeide på tar ikke utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer, men de faktorer som styrker og støtter opp under ressursene for god helse, både sosialt og også den enkeltes muligheter for økt kontroll og makt over forhold som virker inn på eget liv og helse (Mæland, 2016, s. 17).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremmende arbeid som:

«En prosess som gjør det mulig for mennesker å øke kontrollen over og forbedre helsen deres. For å nå en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, må en person eller gruppe kunne identifisere og realisere ambisjoner, tilfredsstillende behov og endre eller takle miljøet. Helse blir derfor sett på som en ressurs for hverdagen, ikke målet for å leve. Helse er et positivt begrep som vektlegger sosiale og personlige

ressurser, samt fysisk kapasitet. Derfor er helsefremmende ikke bare helsesektorens ansvar, men går utover sunne livsstiler til velvære»
(World Health Organization, 1986).

Grunnlaget for helsefremmende arbeid dannes av tre strategier basert på Ottawa- Charter (World Health Organization, 1986). Den første strategien handler om beslutninger som har med leveforhold i samfunnet å gjøre. Slike helsefremmende tiltak har som mål å gjøre leveforhold gunstige gjennom å fremme helse. Den andre strategien legger vekt på likeverd i helse, der målet er å redusere forskjeller i helsestatus og sikre like muligheter og ressurser for alle mennesker. Ved å styrke menneskers mulighet til å få tilgang til informasjon, ha et støttende miljø, livsferdigheter og muligheter til å ta sunne valg. Dette er elementer som er med på å gi mennesker kontroll over valg når det kommer til egen helse. Den tredje strategien krever samordnet handling fra flere parter. Regjering, helsesektoren, private aktører, frivillige organisasjoner, enkeltpersoner og samfunn har alle et stort ansvar for å være med på å fremme god helse (World Health Organization, 1986).

Livet utsetter mennesket for mange store påkjenninger og dette kan vi ikke unngå. Forebyggende og helsefremmende arbeid kan ikke utlukkende fokusere på sykdomsfremkallende faktorer (patagonese), men må også arbeide for å styrke helsen og dermed motstandskraften mot de negative faktorer (salutogenese). Helse beror på noen medfødte egenskaper, men mest på hvilke omstendigheter mennesker lever sitt liv under (Antonovsky, 1996; Mæland, 2016, s. 78). Sosiologen Aron Antonovsky (1923-1994) hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar, sammenhengende og meningsfull («*sense of coherence*») Begrepet «*sense of coherence*» kan oversettes til begreper som trygg identitet, opplevelse av kontroll og optimisme (Antonovsky, 1996; Mæland, 2016, s. 78). Antonovsky (1996) sin teori «*sense of coherence*» (SOC), handler om at alle har en mestringssevne. Teorien legger vekt på menneskets evne til å mestre stress og utfordringer på en måte at helse fremmes. Sentrale elementer i teorien er tre begreper; forståelig, håndterbar og mening. For at en situasjon eller erfaring skal være ha en helsefremmende tilnærming, må den ha en eller flere av disse komponentene. For å forstå en situasjon eller erfaring må det være en kognitiv kapasitet tildele og for å håndtere situasjonen må en kjenne igjen situasjonen. Den tredje komponenten handler om å skape mening, der gjenkjennelsen av en følelse eller en opplevelse av at situasjonen er gjenkjennbar, men også om opplevelsen er god eller dårlig. Daglivet kan være stressende, men dette er ikke

nødvendigvis farlig eller skadende. Stress kan være med på å fremme mestring hos den enkelte ved at den åpner opp for ny læring og mening i en endret livssituasjon.

3.3 Kommunikasjon og personlig kompetanse

Vi mennesker kommuniserer med hverandre hele tiden og dette er helt avgjørende for våre møter med hverandre. Heap (2012, s. 46) definerer kommunikasjon slik: «å formidle mening ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art». Med signaler mener han ikke bare ord som er vårt verbale talespråk, men også ikke-verbal og halv-verbal kommunikasjon som formidles ved hjelp av tegn, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, fakter og grynt. Disse ulike kommunikasjonsformene supplerer hverandre og kan være med på å forsterke eller så tvil om budskapet, dersom det man forsøker å formidle er motstridende.

Ifølge Thornquist (2009, s. 23) er:

«Kommunikasjon er alle de måter vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Kommunikasjon dreier seg om utveksling av budskap. Budskap springer alltid ut fra en meningsammenheng, og de fortolkes i en meningsammenheng, men ikke nødvendigvis den samme som de springer ut av».

Det betyr at i all kommunikasjon kan det oppstå misforståelser eller fortolkninger av et budskap som ikke var ment slik som det ble oppfattet. Atferd kan også bli sett på som kommunikasjon. Det vi gjør, hvordan vi handler signaliserer vår vilje, intensjoner og våre prioriteringer. Dersom det er forskjell i det vi sier og det vi gjør, kalles det motstridende eller inkongruent kommunikasjon (Heap, 2012, s. 47,48). For å skape trygghet og tillit må det vi formidler med våre ord samsvare med det resten av kroppen formidler til den vi snakker med.

Kari Martinsen kaller den vanlige hverdagssamtalen for allmennsamtalen. Denne samtalen danner grunnlaget for fagsamtalen i helseyrkene (Martinsen, 2005, s. 23). «*Hvordan kan vi møte hverandre i språket og hvordan møter vi hverandre i språket når vi samtaler?*» er spørsmål Kari Martinsen stiller. Vi kan møte hverandre på ulike måter i samtalen og vi kan ha ulike måter å snakke på. En dialog bør være en samtale mellom den eldre og sykepleieren der de snakker og henvender seg til hverandre. I samtalen bør partene bytte på å snakke og lytte og dermed skape mening ved at begge bidrar. (Thornquist, 2009, s. 19). Det handler om å lytte aktivt til hva den andre forteller, slik at en kan forsøke å sette seg inn i den andres sted. I dialogen er vi ikke bare konsentrert om det som tas opp, men også om hverandre. Forholdet til den andre bestemmer ikke bare hva vi ønsker å snakke om, men også om hvordan vi

snakker om det som vi ønsker å ta opp. Ubevisst velger vi måter å uttrykke oss på, slik at den andre forstår det vi snakker om, ut fra sine forutsetninger. Tilpasninger og justeringer av eget bidrag skjer underveis i samtalen mens vi legger merke til hvordan det mottas og fortolkes av den andre parten (Thornquist, 2009, s. 19.20).

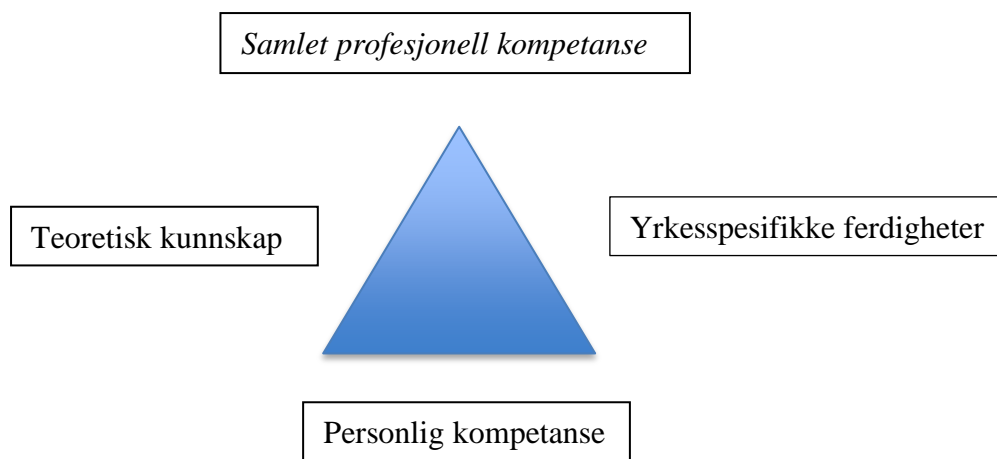
Å arbeide med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre betyr å tilbringe store deler av arbeidshverdagen sammen med eldre og deres liv. Slike møter krever stor kompetanse av sykepleierne både innen eldreomsorg, kommunikasjon og relasjoner, men også et reflektert forhold til etikk, verdier, erfaringer og holdninger. En slik personlig kompetanse utvikles i skjæringspunktet mellom fag og person, gjennom verdier, erfaringer, holdninger, tenkesett og væremåte (Skau, 2017, s. 11,12). Som en del av sykepleieryrket møter man stadig på mennesker i sårbare situasjoner, der vi kan være med på å styrke den andres selvfølelse eller er vi med på å skape en følelse av underlegenhet og mindreverd (Skau, 2017, s. 30). For å lykkes som pådriver for forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre er det viktig at sykepleierne utvikler sin personlige kompetanse og bruker den i møtene med de eldre.

Skau (2017, s. 31,32) skriver at «gode møter» ikke alltid innebærer at den andre, i dette tilfelle de eldre får viljen sin. I noen tilfeller kan slike møter skape motstand, sinne og frustrasjon, men gjennom samhandling der sykepleieren får vise at de virkelig bryr seg om den andre ved å være engasjert, villig, kompetent og medmennesker. Ved å bruke sin faglige kompetanse og medmenneskelighet kan sykepleieren være med på å hjelpe andre til å utvikle seg, bruke egne ressurser og komme styrket ut av vanskelige situasjoner. Som sykepleier ønsker en gjerne at alle møter skal oppleves gode og meningsfulle. Det kan være hensiktsmessig at sykepleieren også gjør møtet til betydningsfullt for seg selv og ser seg selv i et lærings – og utviklingslandskap, der vi ikke allerede vet det meste og oppfører oss som bedrevitere. Dersom vi møter andre mennesker som bedrevitere, fratar vi oss selv viktig læring samtidig som vi fratar andre muligheter til å frigjøre egne ressurser og utvikle deres egne personlige kompetanse til å være selvstendige og mestre egen hverdag (Skau, 2017, s. 33).

Faktorer som er med på å legge til rette muligheten for å få til gode og meningsfulle møter med eldre er mange. Dette kan være mangel på erfaring, engasjement, mangel på tilstedeværelse eller empati. Det kan også være ytre faktorer slikt som hvordan arbeidet er

organisert og planlagt (Skau, 2017, s. 34). Dersom sykepleieren opplever å ha altfor stramme arbeidslister, kan det være vanskelig å legge til rette den gode samtalen der en er mentalt til stede og lytter til det den eldre forteller. I sykepleierens hode kan planleggingen av neste besøk allerede være på gang og dermed forstyrre samtalen. Relasjonen mellom sykepleier og den eldre er også av betydning for hvordan møtet oppleves. Relasjonen skal tjene til fordel for den eldre og ikke sykepleieren selv, slik at interessene til den eldre settes først, ikke ens egen agenda og mål for besøket. Når en sykepleier setter sine egne behov først, kan møtet oppleves som krenkende og tilliten blir brutt (Skau, 2017, s. 35, 36). Å klare å komme i posisjon for å gjøre endringer eller hjelpe den eldre til å sette egne ressurser i kraft, vil være vanskelig. Krav om personlig egnethet kommer stadig opp forbindelse med ulike oppgaver og profesjonsutøvelse. Hva som ligger i personlig egnethet, er ikke alltid like enkelt å definere og dokumentere og vil kunne variere i ulike situasjoner. Å være gode fagfolk krever at en er villig til å innhente ny kunnskap, opparbeide seg nye ferdigheter og utvikle seg som person (Skau, 2017, s. 54).

Skau (2017, s. 57,58) beskriver modellen «Kompetansetrekanten» som har en helhetlig tilnærming til hvordan vi møter hvert enkelt menneske i vårt arbeid. Modellen består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Aspektene henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengige av hverandre.



Kilde: (Skau, 2017, s. 58)

Teoretisk kunnskap består av fakta- og forskningsbasert viten. Tradisjonelle akademiske miljø- og utdanningsinstitusjoner setter denne kunnskapen høyt. I de senere år har også profesjonsutdanninger hatt en sterk fremmarsj innen denne type kunnskap (Skau, 2017, s. 59).

Yrkesspesifikke ferdigheter omfatter det spesifikke for en profesjon, altså «håndverket»; dette er praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som er spesielt for yrket og som brukes i utøvelsen av det (Skau, 2017, s. 59). Den siste siden i kompetansetrekanten handler om den personlige kompetanse. Dette handler om hvem vi er som personer og vårt samspill med andre mennesker; hvem lar vi andre være i møtet med oss? Det er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter som vi mer eller mindre intuitivt tilpasser ulike situasjoner vi kommer i (Skau, 2017, s. 60). Ved å ta i bruk alle tre aspektene ved kompetansemodellen kan sykepleieren ta i bruk nødvendige og hensiktsmessige kunnskaper i utøvelsen av FHB.

4 Metode

I dette kapittelet presenteres metoden som er valgt for studien. Deretter følger en beskrivelse av studiens gjennomføring. Fra forforståelse, innsamling av data, utvalg og rekruttering, gjennomføring av intervju, til bearbeidelse av det muntlige innholdet over til skriftlig form, slik at det kan analyseres.

4.1 Bakgrunn for valg av metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode i studien for å forsøke å finne svar på hvilke erfaringer sykepleiere har med å arbeide forebyggende og helsefremmende ved bruk av hjemmebesøk for eldre. Denne tilnærmingen egner seg godt når man skal se på sosiale fenomener, personlige erfaringer, tanker, følelser og holdninger, og dette var nettopp det jeg søkte svar på i dette studiet (Thagaard, 2009, s. 11,12). Jeg ønsket å ha en direkte kontakt med sykepleierne for å gå i dybden av deres fortellinger.

Jeg hadde et ønske om å snakke med sykepleiere for å lære av deres erfaringer, vurderinger, opplevelser og følelser i arbeidet med eldre. For å få svar på dette gjennom min problemstilling og forskningsspørsmålene for studien, vurderte jeg intervju som en egnet metode. Gjennom intervju kunne jeg personlig møte, og snakke med en og en sykepleier for å få kunnskap om den enkeltes opplevelser, erfaringer og refleksjoner ved deres arbeid med FHB.

4.2 Forforståelse

Forforståelse er den kunnskapen jeg har om de fenomener som jeg skal undersøke, før studien starter. Dette er med på å prege studien ved måten jeg samler, tolker og analyserer data på. Min forforståelse kan være med på å bidra til å styrke studien eller det kan være med på å gjøre meg forutinntatt slik at viktige funn blir oversett i analysen og tolkning og dermed ikke tatt med (Thagaard, 2009, s. 203).

Min forforståelse er preget av at jeg har arbeidet med hjemmeboende eldre gjennom store deler av min yrkeskarriere som sykepleier. I tillegg har jeg deltatt i prosjekt som har hatt som mål å teste ut en modell for FHB i egen kommune og tilbakemeldingene fra de eldre som fikk et slikt hjemmebesøk var udelt positive og har vært med på å prege min forforståelse både før og underveis i arbeidet med studien. Jeg hadde lest en del artikler og annen relevant litteratur om FHB, men jeg fant ikke så mange artikler der sykepleierens perspektiv kom frem. Jeg ble nysgjerrig på å se på denne vinklingen og valgte derfor studiens problemstilling.

Hovedtyngden av forskning lå på eldre sine erfaringer, nytteverdi av FHB og hvordan de ulike modellene kunne sees opp mot hverandre og hvilke erfaringer sykepleiere og eldre hadde med disse. Underveis i arbeidet med studien kom Mette Tøien ut med sin doktorgradsavhandling der hun la frem forskning fra FHB sett fra både fra eldre og sykepleieres ståsted (Tøien, 2019). Jeg deltok også på konferansen «Forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre» i 2019, der blant annet Mette Tøien la frem sin doktorgradsavhandling.

Samtidig som jeg har arbeidet med denne studien, har jeg vært prosjektleder for prosjektet «Forebyggende og helsefremmende tjenester for eldre i Tromsø kommune» fra september 2019 til desember 2019. Dette prosjektet ble videreført med navnet «Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre» fra 2020 med hensikt å opprette FHB i Tromsø kommune. I forbindelse med arbeidet i disse to prosjektene, har jeg hatt en del samtaler med eldre for å få tilbakemeldinger på hvordan de opplever å være eldre, hvilke behov de erfarer at eldre har og hva de mener mangler av tilbud i kommunen. Disse tilbakemeldingene har jeg tatt med meg i prosjektet og det har vært med på å forme min forforståelse. Å forske i eget felt ser jeg på som en styrke og en begrensning. På den ene siden vil jeg ha et godt grunnlag for å forstå de fenomener og det miljø jeg skal se nærmere på, men det kan også være en begrensning med tanke på at jeg kan bli forutinntatt og overser det som er forskjellig fra min egen erfaring. Resultatet er at jeg vil være mindre åpen for de nyanser i det som jeg skal

studere (Thagaard, 2009, s. 203). Tolkning utvikles gjennom mine egne erfaringer og det materialet som kommer frem i studien. Det har vært viktig å reflektere og diskutere denne posisjonen gjennom hele prosessen med studien. Summen av alle erfaringene fra arbeidet med studien og prosjektarbeidet har endret forforståelsen min fra å være udelt positiv til at jeg stiller spørsmål om slike hjemmebesøk er noe som helsepersonell og politikere tror at de eldre behøver, eller er dette noe de selv ønsker? Kan det tenkes at slike hjemmebesøk kan være med på å sykeliggjøre de eldre ved å insinuere at de er gamle og hjelpetrengende, eller kan FHB faktisk bidra til å fremme helse og forebygge skade og sykdom hos eldre?

Hermeneutikk handler om å forstå og fortolke, i all hovedsak om å tolke og forstå tekster. I denne studien har jeg tolket og analysert det skriftlige materialet jeg fikk etter å ta transkribert intervjuene (Thornquist, 2018, s. 167). Jeg har brukt en kvalitativ metode i denne studien siden den egner seg til å undersøke fenomener, erfaringer, vurderinger, holdninger for å få en dypere innsikt. Hermeneutikk egner seg til å studere og forsøke å forstå meningsfulle fenomener. Thornquist (2018, s. 170,171) skriver at vi alltid har en fordom eller en forforståelse til en sak, tekst, handling, omgivelser og situasjon med en «*bagasje*» som er med på å bestemme hvordan vi tolker og fortolker. Hermeneutisk sirkel er et viktig fortolkningsprinsipp som betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Det er en dynamisk prosess der vi forsøker å forstå deler og helheten best mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten vil dette påvirke vår forståelse av helheten (Thornquist, 2018, s. 171). Den hermeneutiske sirkel kan forstås som en spiral som gjør at hver gang vi får en økt forståelse fører til en dypere forståelse av mening og innsikt (Thornquist, 2018, s. 171). Hans-Georg Gadamer (1900-2002) hevder at fordi vi er historiske vesener vil våre for-dommer aldri kun være private og individuelle. Våre fortolkninger vil være preget av oss selv og våre omgivelser (Thornquist, 2018, s. 193). Gadamer bruker begrepet *fordom* nøytralt og det viser til noe som går foran og forut: for-dom. Ordet skrives ofte med bindestrek, slik at det skal skilles fra det negativt ladet ordet *fordom* (Thornquist, 2018, s. 171). Min forforståelse var preget av at jeg hadde erfaring og kjennskap til det fenomenet jeg skulle studere, men gjennom hele prosessen med studiet gikk jeg flere runder i den hermeneutiske sirkel der jeg stadig fikk en større forståelse og innsikt.

4.3 Innsamling av data

4.3.1 Intervju og intervjuguide

I kvalitativ tilnærming kan intervju eller observasjon benyttes som metode for å samle data (Thagaard, 2009, s. 61). Formålet med det kvalitative forskningsintervju er å få utfyllende og fylldig informasjon om hvordan andre mennesker oppfatter en situasjon eller et fenomen, og å få tak i deres synspunkter, tanker, følelser og erfaringer. Gjennom studien søkte jeg en dypere forståelse og innsikt fra sykepleiere som arbeidet med FHB, og jeg valgte derfor en kvalitativ metode med intervju som inngangsport til datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21; Thagaard, 2009, s. 87).

Intervjusituasjonen preges av at det er gjenfortellinger av deltakernes forståelse og tolkninger av det de har opplevd. Et intervju kan sees på som en samtale mellom to mennesker der intervjueren stiller spørsmål til intervjudeltakeren svarer med egne ord om sine erfaringer, holdninger og livsverden. Selv om man forsøker å ta hensyn til at intervjusamtalen skal være gjensidig, vil samtalen ikke være en åpen og fri dialog likestilt mellom den som utfører intervjuet og deltakeren. Et kvalitativt forskningsintervju er en profesjonell samtale med et asymmetrisk maktforhold mellom intervjueren og den som blir intervjuet. Dette ble tydelig ved at det var jeg som hadde forhåndsbestemt temaet for intervjuet, stilte spørsmålene og tok avgjørelser om hvilke svar som jeg ønsket skulle følges opp (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51).

Målet mitt var å skape en tone mellom oss som gjorde at deltakeren følte seg trygg nok på å snakke fritt ut fra intervjuguiden og eventuelt det som deltakeren ønsket å dele med meg. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at kunnskapen som kommer ut av intervjuet, vil være avhengig av relasjonen mellom intervjuer og intervjudeltaker. Det krever kunnskap og interesse for forskningstemaet og den menneskelige interaksjonen under intervjuet. Hvordan intervjueren stiller spørsmål og følger opp svar, vil åpne opp for mange interessante muligheter for en økt kunnskap om de tema det stilles spørsmål om. Intervjueren må kunne rette sin fulle oppmerksomhet på intervjueren og intervjutemaene og stille spørsmålene på ulike måter alt etter hvem som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 166). Ved at jeg hadde kjennskap til miljøet og det tema som det skal forskes på, kan bli sett på som en styrke og en begrensning. På den ene siden vil jeg som intervjuer forstå deltakernes situasjon, og erfaringer fra eget arbeid kan bidra til å bekrefte den forståelsen jeg utvikler. Faren ved en slik

kjennskap eller erfaring kan bidra til at jeg ikke er tilstrekkelig åpen og ser de nyanser ved miljøet eller de tema som ikke er i samsvar med min egen erfaring (Thagaard, 2009, s. 203).

Det finnes flere måter å utføre intervju på; dette kan være fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Individuelle intervju foregår mellom to personer, mens ved et fokusgruppeintervju samler en flere personer som ledes av en moderator. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 176). Fokusgruppeintervju kjennetegnes ved en ikke-styrende intervjustil, der hensikten er å få frem mange forskjellige synspunkter om temaet som diskuteres. Moderator legger frem temaene som skal diskuteres og legger til rette for en rettferdig ordveksling. Kvale og Brinkmann (2015, s. 179,180) viser til at fokusgruppeintervju kan være hensiktsmessig ved at den kollektive ordvekslingen kan bringe frem flere spontane og emosjonelle synspunkter. Et uheldig trekk ved fokus-gruppeintervju er at gruppesamspillet gjør det vanskelig for moderator å ha kontroll over intervjuet og det livlige samspillet i intervjuet, kan føre til at det får et visst kaotisk preg over seg. På grunn av min manglende erfaring ved intervjusituasjoner, og fordi det ville være egnet til å besvare min problemstilling, bestemte jeg meg for å utføre individuelle intervju.

Jeg brukte en delvis strukturert tilnærming i intervjuene, der jeg hadde laget en semistrukturert intervjuguide. Formålet med en semistrukturert intervjuguide er at jeg har fastlagt noen tema på forhånd, men at rekkefølgen på temaene bestemmes underveis i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162-165; Thagaard, 2009, s. 89). Jeg ønsket å ha mulighet til å følge deltakernes fortelling og å stille oppfølgingsspørsmål der jeg ønsket at de skulle utdype et tema eller et utsagn de kom med underveis i intervjuet. Ved å bruke en delvis strukturert tilnærming i intervjuene kunne jeg stille de samme spørsmål til alle deltakerne, men samtidig ha en fleksibilitet som gjorde at de kunne fortelle om ting som var viktige for dem.

Etter de to første intervjuene, så jeg at jeg måtte endre intervjuguiden litt, da jeg opplevde at noen av de opprinnelige spørsmålene gikk inn i hverandre og at de svarte på det jeg lurte på før jeg kom til selve spørsmålet. Dette hang sammen med at jeg hadde flere spørsmål som handlet om hjemmebesøket fra forberedelser, gjennomføring og etterarbeid. Disse spørsmålene satte jeg sammen til et mer åpent spørsmål der jeg ba dem beskrive et hjemmebesøk fra begynnelse til slutt. Noen av spørsmålene i den opprinnelige intervjuguiden var et rent ja/nei svar. Dette var for eksempel på spørsmålet om «Har du tidligere erfaring

med å arbeide tverrfaglig?». Dette ble endret til «Arbeider dere tverrfaglig? Hvis ja, kan du beskrive sykepleierens kompetanse og vurdering sammenliknet med de andre profesjonene». Endringene førte til at det ble mer flyt i intervju situasjonen og at spørsmålene ble besvart mer utfyllende på en naturlig måte. Min uerfarenhet med å utføre intervju preget også de to første intervjuene ved at jeg i mindre grad lot samtalen løpe.

4.3.2 Rekruttering og utvalg

Jeg undersøkte hvilke kommuner i Norge som tilbyr forebyggende hjemmebesøk for eldre og valgte deretter tre kommuner som jeg kontaktet med en forespørsel om å få gjennomføre studien (vedlegg 3). De tre kommunene som jeg sendte en forespørsel til å delta i studien var på bakgrunn av deres erfaring med FHB og på grunn av kommunenes beliggenhet med tanke på lang reisevei når jeg skulle intervju sykepleierne. Alle tre kommunene var mellomstore bykommuner med distrikt. Etter å ha fått tillatelse fra leder i Helse- og omsorg i kommunene, sendte jeg e-post til nærmeste leder for avdelingene som organiserer FHB med en forespørsel om hjelp til å rekruttere deltakere til prosjektet ut fra inklusjonskriteriene jeg hadde satt. Inklusjons-kriteriene jeg hadde satt i denne studien var at deltakerne måtte være sykepleier, ha erfaring fra eldreomsorg, foretatt hjemmebesøk for eldre som et helse-fremmende og forebyggende tiltak i minst ett år og ha gode norske muntlige språk-ferdigheter.

Rekrutteringen ble gjort i løpet av september – november i 2019. Det viste seg å ta litt tid da det var vanskelig å få tilbakemelding fra ledere i de aktuelle kommunene om forespørselen min om hjelp til å rekruttere deltakere, var kommet dit den skulle. I begynnelsen av november 2019 gjennomførte jeg to intervju av sykepleiere fra en av kommunene som jeg kontaktet i september. Disse to sykepleierne var veldig positive til prosjektet og ønsket gjerne å bidra. Etter å ha fått oppklart en misforståelse fra min side om hvordan jeg skulle kontakte den andre gruppen som jobbet med forebyggende hjemmebesøk, kunne jeg intervju to nye sykepleiere som gjerne ville bidra med deres kunnskap og erfaring. Disse to intervjuene ble gjort i desember 2019. Den tredje gruppen som jeg kontaktet i september hadde en stor arbeidsmengde høsten 2019, men de ville gjerne bidra til prosjektet så vi avtalte intervju i begynnelsen av januar 2020, slik at jeg fikk gjort de to siste intervjuene.

FHB i de tre kommunene jeg besøkte var organisert i en egen avdeling under Rehabiliterende tjeneste. Alle tre gruppene jeg snakket med hadde som hovedoppgave å arbeide med FHB. To

av gruppene hadde jevnlig møter med ledere og andre samarbeidspartnere i enheten, noe som bidro til å ha et felles fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid for de eldre. Ingen av gruppene hadde et tett samarbeid med hjemmetjenesten, annet enn ved behov.

De seks deltakerne ble rekruttert til denne studien på to måter. Tre deltakere ble rekruttert ved strategisk utvalg da de hadde egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske med tanke på å svare på problemstillingen for studien. Disse personene var navngitt på internettsidene til kommunen eller at jeg fikk deres navn fra deres ledere i helse- og omsorg (Thagaard, 2009, s. 55-57). Rekruttering av de andre tre deltakerne skjedde med hjelp av snøballeffekten (Thagaard, 2009, s. 56). Dette er en metode som kjennetegnes ved at jeg først tar kontakt med noen som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er relevante for problemstillingen og deretter ber om navn på andre som kan være aktuelle å kontakte. Dette ble ikke en etisk utfordring, da tre av deltakerne hadde spurt tre andre sykepleiere om deltakelse før de ble navngitt til meg for kontakt. Tre av deltakerne hadde arbeidet med FHB i mindre enn ti år og tre av deltakerne hadde arbeidet med FHB i mer enn ti år. Alle deltakerne hadde lang erfaring fra eldreomsorg og flere av dem hadde relevant videreutdanning innen helsefremmende arbeid, eldreomsorg og veiledning.

4.3.3 Gjennomføring av intervju

Kvale og Brinkmann (2015, s. 148) skriver at ved intervju må man må «*intervjue så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite*». Jeg syntes det var vanskelig å vite hvor mange intervju jeg skulle gjennomføre, men på grunn av tiden jeg hadde til rådighet med studien og ressurser for å reise bestemte jeg meg for å intervju tre til fem sykepleiere for å samle nok relevant data om prosjektets tema. Etter å ha sendt ut en forespørsel til de tre aktuelle kommunene, fikk jeg raskt svar fra seks sykepleiere om ønske å delta i mastergradsprosjektet. I perioden november 2019 til januar 2020 gjennomførte jeg derfor seks individuelle intervju med seks forskjellige sykepleiere med erfaring fra forebyggende hjemmebesøk. Jeg reiste til de tre aktuelle kommunene og møtte sykepleierne på deres arbeidsplass. Møterom hadde deltakerne booket til oss på forhånd. Jeg presenterte meg selv og studien før intervjuet startet. Deltakerne fikk muntlig informasjon om at alt materiale ville bli anonymisert og slettet ved studiens slutt. De fikk vite sine rettigheter om at de når som helst i studiet kunne trekke seg. Skriftlig samtykke var underskrevet i forkant, men ble bekreftet før intervjuet startet. Jeg fikk samtykke til at intervjuet ble tatt opp på båndopptaker

og at det var kun jeg som skulle lytte til båndene. Jeg informerte om at intervjuene ville bli lagret på en kryptert minnepenn som ville bli låst inne i et låsbart skap på min veileders kontor. Informasjon om at samtykkeskjema også ble låst inne i et skap på min veileders kontor ble også gitt muntlig før intervjuene startet.

Jeg minnet om taushetsplikten vi har som helsepersonell og om at de måtte være spesielt oppmerksomme på om det ville komme frem informasjon om en tredjepart. Denne informasjonen måtte i så fall gir anonymisert og ikke gjenkjennbart. Under intervjuene brukte jeg intervjuguiden (vedlegg 6) for å holde meg til de tema som jeg ønsket å ta opp. Under intervjuene fikk deltakerne mulighet til å svare utfyllende og på det som de tenkte var viktig og relevant å få frem. Jeg stilte utfyllende spørsmål der jeg mente at det var hensiktsmessig i forhold til det de fortalte.

For å kunne rette oppmerksomheten min på deltakerne og det de fortalte meg, valgte jeg å bruke båndopptaker på alle intervjuene. På den måten unngikk jeg å bli forstyrret ved å måtte skrive ned hele intervjuet underveis. Jeg tok enkelte notater dersom det var noe jeg ville spørre utfyllende om på et senere tidspunkt. I etterkant av intervjuene kunne jeg lytte til dem flere ganger. Etter hvert intervju så jeg på hvilke notater jeg hadde gjort med underveis i intervjuet og jeg skrev ned tanker og refleksjoner som jeg gjorde meg i etterkant.

Intervjuene varte mellom 47 minutter til 57 minutter og jeg opplevde stemningen under intervjuene som god. Noen av deltakerne var litt nervøse i begynnelsen, men dette gikk raskt over da vi begynte å snakke. Jeg opplevde at alle deltakerne snakket veldig varmt og positivt om sitt arbeid og deres erfaringer med FHB.

4.4 Transkribering

Hvert intervju ble transkribert for å få all data fra muntlig til skriftlig form, slik at materialet ble tilgjengelig for analyse. Jeg lyttet til lydopptakene flere ganger for å huske tilbake til hvert enkelt intervju når det gjaldt det som ble sagt, tonefall og det jeg satt igjen med av erindringer og jeg transkriberte selv for å gjenoppleve intervjuene en gang til og å se om det ble sagt noe som jeg i selve intervjuet ikke hadde fått med meg. Selve transkriberingen tok lang tid og det var til tider krevende å høre hva som ble sagt siden noen av deltakerne hadde annen dialekt. Jeg valgte å transkribere på bokmål og jeg valgte å ta med alle ord som ble sagt. Pauser markerte jeg som og latter markerte jeg i parentes i teksten. Ved

transkribering av det første intervjuet ble det tydelig for meg at jeg la inn mange små ord underveis i intervjuet. Dette var ord som «ja», «mmm» og «ikke sant». De var ment som en oppmuntring på det deltakeren fortalte meg og at jeg gjerne ville høre mer. I tillegg husker jeg at jeg nikkete en gode underveis i alle intervjuene og på denne måten forsøkte å vise deltakerne at jeg var interesserte i det de fortalte meg. I boken «Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode» skriver Thagaard (2009) at slike små ord kalles «prober» og at de er en viktig respons på at intervjueren viser interesse for det som blir sagt. Likevel kan de lage brudd i fortellingen til den som blir intervjuet. Jeg var i utgangspunktet ikke klar over at jeg brukte ordene «ja ...» «hmmm ...» og «ikke sant» så mange ganger i de to første intervjuene, før jeg lyttet til dem på reisen hjem samme dag. De ble veldig forstyrrende ved transkribering og jeg hørte at jeg noen ganger avbrøt deltakeren i det som ble fortalt. Samtidig opplevde jeg det veldig vanskelig å ikke skulle bruke slike små oppmuntrende ord i de andre intervjuene. På de fire siste intervjuene forsøkte jeg konsekvent å nikke oppmuntrende der jeg ville brukt et lite ord, men jeg klarte ikke å holde meg helt.

4.5 Etiske overveielser

Masterstudiet var meldepliktig og måtte godkjennes av Norsk senter for forskningsdata (NSD) siden studiet skulle behandle personopplysninger. Studiet ble godkjent den 29.07.2019, prosjektnummer 4410655 (vedlegg 1).

Ved rekrutteringen av deltakere ble et brev sendt ut med informasjon om studien, samtykkeskjema og hvordan personvernet ville bli ivaretatt gjennom studien og etter dens slutt (vedlegg 4 og 5).

Tre av deltakerne ble rekruttert med hjelp av snøballeffekten. Denne måten å rekruttere på kan ha noen mulige etiske utfordringer dersom de blir rekruttert til studien uten å ha samtykket i forkant til at informasjon om dem blir gitt videre (Thagaard, 2009, s. 56). Dette ble ivaretatt i denne studien da de tre deltakerne som ble rekruttert ved hjelp av denne metoden, hadde samtykket i forkant til at informasjon ble gitt videre til meg.

Deltakelse i studien var frivillig, og det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon om at deltakerne kan trekke seg fra studien underveis uten å oppgi en årsak. I forkant av hvert intervjuene forsikret jeg meg en gang til om at alle deltakerne samtykket til å delta og de ble

informert om at personopplysninger ble anonymisert og slettet ved studiens slutt.

Samtykkeskjema er oppbevart i et låsbart skap utilgjengelig for andre enn meg selv om min veileder (vedlegg 5).

Norsk senter for forskningsdata (NSD) hadde som kommentar ved søknad om gjennomføring av studien om at jeg måtte påse at deltakerne ivaretok anonymiteten og taushetsplikten i tilfelle informasjon om en tredjepart skulle komme opp ved intervjuene. Dette ble det gitt muntlig informasjon om i forkant av hvert intervju (vedlegg 2). Dette ble ikke en utfordring under intervjuene, da ingen av deltakerne snakket om tredjeparter ved navn eller andre gjenkjennbare trekk.

Før hvert enkelt intervju forsikret jeg meg om at alle deltakerne godkjente at jeg tok opp intervjuene på lydfil. Disse lydfilene er lagret på en kryptert minnepenn og oppbevares i et låsbart skap utilgjengelig for noen andre enn meg selv og min veileder. Deltakerne ble informert om at lydfilene ville bli slettet ved prosjektets slutt. Jeg anonymiserte deltakerne ved å lage en kodenøkkel som er oppbevart i et låsbart skap som kun jeg og min veileder har tilgang til. Denne kodenøkkel er ikke oppbevart i samme skap som den krypterte minnepennen. Anonymiteten ble tatt hensyn til under transkribering ved at teksten ble skrevet på bokmål og at gjenkjennbare detaljer ble tatt bort ved at jeg skrev xx i teksten der det ble sagt i intervjuet.

4.6 Analyse

Jeg har valgt å analysere tekstmaterialet mitt med tematisk analyse. Ved å bruke denne metoden for analyse ser en etter temaer i materialet. Ordet tema brukes i denne metoden annerledes enn i hverdagstale. Tema er en gruppering av data med viktige fellestrekk og hvert tema er en kategori, hvor data med viktige fellestrekk er grupper (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 279). Ved bruk av tematisk analyse skal temaene til sammen besvare forskningsspørsmålene mine, men metoden åpner opp for at spørsmål og svar blir til underveis og at man kan stille seg selv spørsmålet «Hva handler dette om?» (Johannessen et al., 2018, s. 280). Underveis i analyseprosessen har jeg oppdaget tema i materialet mitt som har gjort at jeg begynte å se etter teori for å belyse funnene. Thagaard (2009, s. 110) skriver at det er til dels flytende overganger mellom innsamling og analyse av data og at de preges av mine egne erfaringer og kunnskaper om temaet. Allerede etter de to første intervjuene startet

en tolkning av materialet jeg hadde så langt. Jeg begynte å tematisere det deltakerne fortalte, og jeg begynte å se etter hva som gikk igjen i de to intervjuene.

Jeg har latt meg inspirere av Johannessen et al. (2018) versjon av tematisk analyse som består av fire steg eller faser. Disse stegene har ikke vært klart skilt, men jeg har gått frem og tilbake i stegene.

1. forberedelse
2. koding
3. kategorisering eller tematisering
4. rapportering

Det første steget i analyse prosessen handlet om å få oversikt over alt materiale jeg hadde, slik at jeg fikk en god oversikt. Dette ble gjort ved at alle lydfiler ble transkribert til skriftlig form. Jeg lyttet til intervjuene flere ganger og leste over det skriftlige flere ganger for å være sikker på at jeg fikk med meg alt. Ved gjennomlesing av transkripsjonen streket jeg under ord og setninger som jeg syntes var spennende eller relevante, samt at jeg gjorde notater i marginen. Etter hvert intervju som jeg leste forsøkte jeg å spørre meg selv «Hva handlet dette om?» og summere opp for meg selv hvilke tanker jeg satt igjen med. Dette var ikke alltid like enkelt å svare på, for jeg satt igjen med mange inntrykk og tanker.

Johannessen et al. (2018) anbefaler at før man begynner med koding, markerer man viktige eller spennende setninger eller ord i teksten. Dette er for å få identifisere poeng i teksten som en vil arbeide videre med. Mens jeg leste de transkriberte intervjuene markerte jeg med tusj under ord eller setninger som jeg syntes var viktige poeng. Samtidig som man markerer i teksten, er det lurt å stikkord oppsummere med egne ord i marginen. Disse stikkordene skriver Johannessen et al. (2018) bør være datanære, ikke datafjerne. Dette betyr at jeg har brukt stikkord slike som «ikke alle har det like godt» og «det er bedre å være to» i stedet for ordene «godt» og «dårlig». Datanære stikkordoppsummeringer gjør at det er enklere å se nyanser i materialet og det er enklere å oppdage uventede mønster og sammenhenger (Johannessen et al., 2018, s. 289, 290).

I andre steg av prosessen begynte jeg å kode materialet mitt. Koding handler om å fremheve og sette ord på viktige poenger i datamaterialet. Kodingen består av tre deler der en får oversikt over innholdet, frembringer nye og dypere innsikter og tilrettelegge materialet for

kategorisering (Johannessen et al., 2018, s. 284,285). Jeg hadde ikke forhåndsbestemte koder, men de kom frem etter hvert som jeg arbeidet med de transkriberte intervjuene. Jeg kodet ett og ett intervju, men samlet alle kodene sammen i ett dokument underveis i analyseprosessen. Etter to runder med koding satt jeg igjen med 49 koder. Alle intervjuene fikk egne fargekoder, slik at jeg enkelt kunne finne tilbake til den opprinnelige teksten det stod i.

Intervjuene fikk egne fargekoder, slik at jeg kunne følge med på fra hvilket intervju teksten stammet fra. Tema som jeg syntes var interessante i løpet av analyseprosessen, kunne jeg enkelt finne tilbake til og den opprinnelige konteksten det stod i. Prosessen med koding foregikk både i to Word-dokumenter, men også på et stort ark der jeg kunne skrive og lage piler frem og tilbake for hånd. Dette gjorde at for meg ble det enklere å se sammenhenger og relevante poeng.

I det tredje steget kategoriserte jeg materialet mitt. I dette steget sorterte jeg kodene mine i flere overordnede kategorier der jeg samlet data som har ting til felles. Disse kategoriene kalles analysens tema og vil utgjøre funnene mine som jeg skal legge frem i analysens fjerde steg, nemlig rapportering av funnene i resultatdelen av studien (Johannessen et al., 2018, s. 294,295). I første runde av kategoriseringen fikk jeg syv hovedtema, noe som er for mange temaer. Johannessen et al. (2018, s. 293) anbefaler at man har tre til fem hovedtema med undertema. Etter å ha arbeidet en runde til med kodene, kunne jeg slå sammen to tema og jeg fikk seks hovedtema. Dette var fortsatt mange, noen av kodene gikk igjen og jeg måtte arbeide videre med dem. Ved hjelp av en tredje runde i å analysere temaene og kodene mine, fikk jeg til slutt tre hovedtema med undertema.

Følgende tre hovedtema med undertema kom frem i analysen:

1. Sykepleierens erfaringer ved å arbeide forebyggende og helsefremmende for eldre
 - Sykepleieren bruker sine egenskaper, kunnskaper og erfaringer i arbeidet med FHB
 - Kommunikasjon
 - Organisering av FHB
2. Sykepleierens erfaringer fra møtet med de eldre

- Gleder i alderdommen
- Alderdommens vanskeligheter
- Å bestemme selv
- Å være to i alderdommen

3. Sykepleierens opplevelser av nytteverdi av FHB

I arbeidet med utarbeidelsen av tema spilte forskningsspørsmålene en viktig rolle. Jeg startet med fire forskningsspørsmål før jeg begynte med analysen, men etter endringer underveis i arbeidet med analyse og skrivingen, endte jeg opp med tre forskningsspørsmål. Johannessen et al. (2018, s. 296) skriver at å arbeide frem forskningsspørsmål er en prosess som henger sammen med analyse og tematisering av funnene og vil være med på å bestemme retningen av tematiseringen.

5 Resultater

Kapittelet viser til de funn som jeg kom frem til i analysen av intervjumaterialet. Deltakernes sitater er tydeliggjort på en måte som søker å fremheve den meningssammenhengen de stammer fra. Sitatene jeg bruker i studien er hentet fra alle seks deltakerne og ved å bruke sitater fra alle deltakerne har jeg forsøkt å få frem erfaringene og dybden i deres fortellinger.

Følgende tre hovedkategorier kom frem i analysen:

1. Sykepleierens erfaringer ved å arbeide forebyggende og helsefremmende for eldre
2. Sykepleierens erfaringer fra møtet med de eldre
3. Sykepleierens opplevelser av nytteverdi

5.1 Sykepleierens erfaringer ved å arbeide forebyggende og helsefremmende for eldre

Forebyggende hjemmebesøk for eldre er et oppsøkende tilbud der helsepersonell tilbyr et hjemmebesøk til eldre mennesker i kommunen. Hvilken aldergruppe som får tilbudet er forskjellig fra kommune til kommune, men det som er felles er at det er et oppsøkende tilbud, der den eldre selv ikke har tatt initiativ til kontakt med helsepersonell med et spørsmål eller en

problemstilling som de søker svar eller hjelp med. Tilnærmingen ved FHB bør være tillitsvekkende og respektfull, slik at eldre ikke opplever tilbudet som krenkende og dermed ødelegger for den relasjonelle kontakten mellom sykepleier og den eldre. Et middel for å kunne arbeide forebyggende og helsefremmende er å komme i posisjon for å forslå tiltak eller endringer hos de det kan ha nytte for. Undertema som jeg kom frem til i analysen er «Sykepleieren bruker sine egenskaper, kunnskaper og erfaringer i arbeidet med FHB», «Kommunikasjon» og «Organisering av FHB».

5.1.1 Sykepleieren bruker sine egenskaper, kunnskaper og erfaringer i arbeidet med FHB

Noe som utmerker seg i intervjuene med deltakerne er at flere av dem vektlegger egenskaper som personlig egnethet og erfaring når de snakker om hva de anser som viktig i arbeidet med FHB. De trekker frem personlig egnethet som noe sentralt og viktig for å komme i posisjon for å arbeide forebyggende og helsefremmende for eldre. Et annet trekk ved deltakerne er at de har lang erfaring innen eldreomsorg og at fem av seks deltakerne har videreutdanning innen eldreomsorg eller helsefremmende og forebyggende arbeid. Sitatene nedenfor viser at deltakerne trekker frem personlig egnethet, bred kunnskap og erfaring som viktige faktorer i FHB.

«..det er viktig at det er folk som er interessert, har kompetanse på kommunikasjon, personlig egnethet, interesse....ehhh ... faglig bakgrunn, bred bakgrunn for at de kommer borti mange områder».

«..og så synes jeg det er en ressurs at man har noen år på baken i forhold til samtale med eldre....»

De påfølgende sitatene viser hvordan sykepleieren beskriver hvordan hun forsøker å «stemme seg inn» på den eldre og hvordan hun får et raskt inntrykk av den personen som møter dem. Sitatene viser at sykepleieren bruker seg selv og sine kunnskaper i møtet med de eldre helt fra første øyeblikk, og at hun allerede da gjør en rask vurdering av den eldre, funksjonsnivå og omgivelsene. Summen av dette tar sykepleieren med seg i samtalen og hvordan hjemmebesøket justeres etter den enkelte og dens ønsker og behov.

«..og så legger jeg merke til den personen som tar imot meg ... med hele seg, med stemmen, med ... hvordan går de? Jeg ser bevegelsene ...er det raskt, er det sakte, er det stødig? Men også stemmeleie, tone, hvordan virker de i sin kommunikasjon ... ja ... jeg prøver å stemme meg inn mot den som jeg kommer på besøk til».

Flere av deltakerne beskriver at de allerede ved inngangspartiet begynner å danne seg et bilde av den de skal på et FHB til. De ser på beliggenheten til huset eller leiligheten med tanke på fremkommelighet og inngangsparti. Dersom det er vinter legger de merke til om veien er strødd og om hvor eventuelle busstopp er. I gangen titter de seg rundt og legger merke til om det er matter i gangen, hvordan er belysningen og finnes det trapp? Når de hilser på den eldre kjenner de på styrken i håndtrykket, de ser på ganglaget til den eldre på tur til der de skal sitte og gjennom samtalen får de ofte informasjon om sykdommer og medisinbruk. Ernæring og fall er også tema som ofte kommer opp i løpet av samtalen. Informasjonen deltakerne får gjennom sitt kyndige blikk, samtale og nysgjerrighet for den enkelte, gjør at en individuell og helhetlig tilnærming kan skje. Rådgivning og eller annen kartlegging skjer ut fra den enkeltes premisser, behov og ønsker, men sykepleieren kan forsøke å dreie det i retning av hva hun opplever og erfarer som relevant ut fra det bildet hun har dannet seg.

Hjemmets integritet og respekt var noe deltakerne beskrev som noe de hadde et bevisst forhold til og at de tok det på alvor. De anså seg som gjester og presenterte seg alltid ved å håndhilse og vise til kommunens identitetsskilt for å vise til hvem de var. Flere av deltakerne beskrev hvordan de forsiktig og nysgjerrig trådte inn i hjemmene til de eldre med et ønske om å skape gode relasjoner, slik at besøket opplevdes positivt og meningsfullt for den eldre. Å komme inn i hjemmet og kommandere eller være brysk mot de eldre, virket som noen utenkelig for alle deltakerne og at de tenkte at det ville være mot sin hensikt med FHB. En god relasjon mellom sykepleier og den eldre virket å være en forutsetning for å komme i posisjon for å gi råd eller veiledning.

«...når jeg banker på døren er det viktig for meg at det første møtet er hyggelig og..... jeg er gjest ... jeg har alltid visittkort som jeg viser frem ...at det er meg og...ja, prøver at de tar føring og det gjør jo folk. Jeg er jo gjest som kommer inn, som trår inn i deres hjem ...».

«vi kan ikke komme og si at nå må du gjøre sånn og sånn og sånn.....».

«Vi har jo veldig respekt for hjemmets integritet».

5.1.2 Kommunikasjon

Flere av deltakerne forteller at de forsøker å få en litt uformell tone med en gang og de viser til at småprat kan være et nyttig verktøy for å skape kontakt mellom sykepleier og den eldre. Alle eldre som får et FHB får et informasjonsbrev i forkant med en kort beskrivelse av

hensikten med besøket og at det er en samtale med fokus på hva som er viktig for den enkelte. Til tross for dette opplever deltakerne at mange eldre er litt nervøse i starten og at de er redde for at kommunen skal komme hjem til dem for «å sjekke dem». Deltakerne beskriver flere ting de gjør for at de eldre skal slappe av og hvordan de bevisst forsøker å skape en kontakt som er med på å skape den posisjon som sykepleieren behøver for å kunne foreslå små tiltak eller tips som kan være med på å hjelpe de eldre de møter. Pårørende blir gjerne invitert med i samtalen og det kan være godt for både den eldre å ha noen med seg, men det kan også være en fin måte å møte pårørende på. Relasjonell kontakt er et begrep som flere av deltakerne nevner og spesielt når de snakker om hvordan de ønsker å sitte under besøket.

«..og noen spør om jeg vil ha kaffe og noen har dekket på og jeg takker ja til kaffe, for jeg synes det er en litt viktig ting for å sitte og prate og slappe av....å få dem til å slappe av. Noen kan nok være litt nervøse og lurert på hva dette er i starten»

5.1.3 Organisering av FHB i de tre kommunene

Fire av de seks deltakerne arbeider med FHB sammen med andre profesjoner. På spørsmål om hvordan de anser sin kompetanse opp mot andre profesjoner og om det er forskjell på hvordan de arbeider, kommer det frem at de anser det som vanskelig å svare på, men at de regner med at de har litt forskjellig fokus under hjemmebesøkene. Alle deltakerne setter pris på å arbeide sammen med andre profesjoner og ser at de kan ha nytte av hverandres kompetanse. Flere trekker frem at de har lært å se etter ressurser hos de eldre av fysio- og ergoterapeuter, men at de føler at de ikke trør i hverandres «bed» som en av sykepleierne så godt sier det. Deltakerne beskriver at de tror at de andre profesjonene «ser med andre briller», men også at det handler om ulikheter hos den enkelte sykepleier. Flere av deltakerne sier at når de eldre får vite at de er sykepleiere, åpner det opp for spørsmål som de eldre selv tar opp. Dette kan være spørsmål om helse, medisiner og sykdom.

«Jeg ser kanskje på hvis de snakker om sykdom eller disse tingene, så tenker jeg at jeg går kanskje litt fortere inn og snakker om det, mens ergoterapeuten er mer opptatt av dette med hvilken funksjon har du fra du står opp om morgenen til du går og legger deg....»

Alle tre kommunene sendte ut et brev med forhåndsbestemt tidspunkt for FHB. Erfaringer de hadde gjort seg etter flere år med FHB, gjorde at de så at de som tok imot et slikt hjemmebesøk økte ved en slik tilnærming. I tillegg ringte de noen dager før for å bekrefte om tidspunktet fortsatt passet. De eldre som ikke ønsket et FHB kunne ta kontakt med gruppene

ved et kontaktnummer eller e-post som var oppført i brevet og avlyse besøket. Under intervjuene kommer det frem at av de 80 åringene som takker nei til et FHB, kan deles i to grupper. Den ene gruppen består av de 80 åringene som anser seg selv som friske, jobber og er aktive og ser dermed ikke behov for at en sykepleier skal komme hjem til dem for en samtale.

«De føler selv at de ikke trenger det og veldig mange av de jeg snakker med på telefonen ønsker bare informasjon»

«de kjenner seg ikke klare for det ennå».

«De fleste sier at de føler seg så spreke, de har det så bra, de er aktive, de har ikke behov. De kan tenke seg å komme tilbake senere, og da har de fått et kontaktnummer som de kan ringe tilbake til».

Den andre gruppen av 80 åringer som takker nei til et FHB, mistenker deltakerne er eldre som ikke har det så greit av ulike årsaker og dermed ikke ønsker kontakt med helsepersonell.

Deltakerne beskriver at de opplever at det er vanskelig å komme i kontakt med denne gruppen, men de åpner opp for en samtale på kommunens kontor eller ved en telefon samtale ved et senere tidspunkt dersom de eldre ønsker det.

«Så er det noen som blir litt såret og kan ikke tenke seg å være den som tar imot noe»

Noen av kommunene tilbyr oppfølging av de eldre i etterkant av et FHB. En av kommunene sender ut et oppfølgingsbrev til alle som har fått tilbud om et slikt hjemmebesøk, mens en annen kommune tilbyr et nytt besøk etter 2-3 år. Felles for alle kommunene er at de tilbyr oppfølging av eldre i etterkant i ulik grad etter behov i en kort periode. Dette kan være mestringskurset «Takk, bare bra», hjelp og støtte til å komme seg på ulike aktiviteter, en telefon i etterkant eller samtaler om det levde livet. Målet med en slik oppfølging er å støtte den enkelte eldre sine til å mestre eget liv i egen bolig på best mulig måte. Alle jeg snakket med ønsker å motivere de eldre til å bruke sine ressurser i hverdagen og «pusher» dem selv til å ta kontakt med de ulike instanser. Deltakerne mener at ved å gjøre det selv vil være mer motiverende og avgjørende for å gjennomføre ulike aktiviteter, enn dersom sykepleieren skulle gjort det for dem. Sykepleierne beskriver at dette lille puffet kan være med på å gi de eldre en indre motivasjon til å gjennomføre og mestre aktiviteter i ettertid.

«Jeg har litt inntrykk av at hvis de må ta initiativ til det selv, så er det noe de ... da vil de det litt mere ...».

«..er dørstokkmila for lang ... for høy, så kan vi være med dem ut de første gangene....»

Sykepleierne kommer med flere gode eksempler på at en slik oppfølging er viktig og at de eldre gjerne viser dem eller forteller om de endringer de har gjort siden sist sykepleieren var på besøk hos dem. Det kan være slikt som at de har kjøpt seg piggsko som de bruker når det er glatt ute, endringer i kostholdet eller tiltak i hjemmet som minsker fallfare og sosial isolasjon.

«Jeg hadde så vidt kommet inn og fått av jakken og mannen var så stolt og presenterte med disse trappetrinnene og de halvmånene han hadde på trappetrinnene....etter at jeg hadde vært der sist så hadde han undersøkt hva det var og «her er det aller tykkeste som fantes» og han var så stolt atte ..., men han husket at vi hadde snakket om det..».

«Og noen har begynt på den trimmen vi forslo, har fått mange venner og noen går på seniordans som vi forslo for vi har jo så mange forslag til ting de kan være med på».

Deltakerne forteller om at enkelte eldre tar kontakt med dem i etterkant av et FHB. I noen tilfeller kan det gå mange år etter det tilbudet om et FHB ble gitt. Tilbakemeldinger fra eldre som tar kontakt med dem er at de synes det er godt å vite hvor de skal henvende seg for å få hjelp eller for å få veiledning om hvor de skal henvende seg nå når livssituasjonen har endret seg.

«De ønsker det ...de har tenkt mye på det og nå ... ønsker dem hjelp. Det er det de ringer til meg om ...om at det er kanskje litt tyngre å støvsuge og skifte på senga enn det var før».

5.2 Sykepleierens erfaringer fra møtet med de eldre

Deltakerne beskriver hvordan de erfarer at de eldre som de besøker har det i hverdagen og hjemmene sine. En stor andel eldre er veldig selvstendige, klarer seg godt og er tilfredse med livene sine. Andre de møter på har det ikke så greit. De møter på eldre som for første gang forteller om vanskelige ting fra det levde livet, skammen ved å ha ektefeller eller barn med rusproblemer eller om ensomhet. Undertema ble «Gleder i alderdommen»,

5.2.1 Gleder i alderdommen

Deltakerne forteller om at de erfarer at eldre har mange gleder i hverdagen. En god del av de eldre som de møter på er ressurssterke, klarer seg selv og har god økonomi. De har levd sparsommelige hele livet og har dermed bygd seg opp store verdier i form av hus og hytter. Sydenturer og andre ferieturer har det også blitt på mange av de eldre. Glede over å oppleve en ny årstid, ha kontakt med barn og barnebarn og huslige aktiviteter erfarer alle deltakerne at de eldre tar opp som positiv drivkraft for dem for å holde seg i aktivitet.

«Vi har så mange som sier «jeg er så glad for hver årstid som jeg får oppleve. Jeg ser nå det positive i hver årstid», ikke sant ... dette med å få bare det at de kan klare å stå opp hver morgen og lage sin egen kaffe og få sin egen frokost og få lov til å være hjemme og få lov til å mestre det».

Flere av deltakerne tar opp den indre drivkraften de erfarer at mange eldre har når livssituasjonen endrer seg. Matlaging og husarbeid er oppgaver som eldre bytter på å gjøre når den ene ikke klarer det lenger påpeker deltakerne. Viktige hverdagsaktiviteter for mange eldre er husarbeid, kryssord, kontakt med familie og venner ved hjelp av nettbrett eller telefon. Noen er også på trim, kaffebesøk eller trives best hjemme i eget selskap. Deltakerne erfarer at eldre selv sier at de ikke kan stoppe opp og sette seg ned, for da vil de fallere.

«Det er veldig «man må jo stå på, man må jo holde det i gang og holde det ved like» sier de. «Man kan jo ikke sette seg ned for da stivner man» og mange er opptatte av å løse kryssord, å gjøre husarbeid, ser på TV».

Flere av gruppene rekrutterer eldre til frivillighet når de er på FHB. De har god kjennskap til frivillige lag og foreninger i kommunen og vet hvor de skal henvende eldre som kan tenke seg å bidra. Deres erfaring er at det er mange eldre som har tid og krefter til å bidra og som gjerne ønsker å hjelpe andre. Det blir litt hjelp til selvhjelp.

«Frivillighetssentralen har behov for alle sammen».

«Frivillighet ... det er noen som har veldig glede av det da».

5.2.2 Alderdommens vanskeligheter

Endringer i alderdommen kan medføre vanskeligheter for noen. For menn kan det å miste sertifikatet by på store vanskeligheter og dette nevner deltakerne flere ganger. Å kunne kjøre ut og handle det de ønsker når de ønsker det, er en frihet som betyr mye for mange menn.

Ufrivillig isolasjon på grunn av tap av sertifikat kan forekomme og dette er uheldig for de det gjelder. Andre endringer i alderdommen kan være tap av ektefelle, tap av roller, sykdom og funksjonstap og digitaliseringens utfordringer. Flere eldre plages med å betale regninger på nett og må få hjelp av pårørende til å gjøre dette. En sykepleier forteller at da de startet opp med FHB hadde de med seg et nettbrett for å vise de eldre forskjellige digitale tjenester, mens nå er det mange som selv har nettbrett og som håndterer det godt. Dette viser at mange eldre kan lære seg med digitale tjenester, men at det er noen som henger etter og som behøver hjelp. Endringer eller tap av roller kan by på vanskeligheter for mange eldre. Det å bli alene når ektefellen dør i eldre år, kan være vanskelig for veldig mange. Det å lære seg nye oppgaver eller å omstille seg til det endringene innebærer kan være utfordrende for mange.

«De som er 80 år og som er enker eller enkemenn som ikke har klart dette med nye roller og være alene og gå ut alene. Det er en terskel for veldig mange ...».

Deltakerne sier at mange eldre ikke ønsker å bry sine nærmeste og vil unngå å plage dem med sine behov. De sier at barn og barnebarn har nok med sin egen familie og jobb og de vil dermed unngå å be om hjelp. De opplever at eldre ikke ønsker å være til bry for sine nærmeste og at de ofte blir sittende hjemme uten så mye sosial kontakt. Deltakerne snakker flere ganger om at de opplever at det er en del ensomhet blant de eldre og at de som er helt alene ofte synes at dagene er lange og at de føler seg ensomme.

«Det er veldig mye ensomhet».

«De som sier at de er ensomme og synes at dagene er lange, det er stort sett de som er alene ... helt alene».

Selv om mange eldre har det veldig bra med sine nærmeste og gladelig snakker om ektefelle, barn og barnebarn, er deltakerne klare over at ikke alle har en like god relasjon til sine nærmeste. Årsakene kan være mange, men de er ofte skjulte i begynnelsen, men av og til kommer det frem etter en stund med småprat. Flere av deltakerne forteller at de har blitt mer obs på vold i nære relasjoner og ønsker å ha mer søkelys på det ved FHB, men at det er et vanskelig tema og at det fortsatt er mye tabu rundt det.

«Man må ha det i bakhodet at alle har det jo ikke bra med sine».

«Vi er blitt litt mere obs på dette med vold mot eldre. At det kan være barn som er slemme og stjeler penger fra foreldrene sine eller truer dem».

Andre ganger kan det være at de eldre begynner å fortelle at de ikke sover på natten, men gjennom samtalen kommer det frem at det er en depresjon som ligger under. I slike tilfeller forsøker sykepleieren å kartlegge hva som kan ligge bak og å oppmuntre til et legebesøk. I noen tilfeller går sykepleieren flere ganger tilbake til den eldre, slik at den kan få fortelle det som ligger på hjertet, men som er så vanskelig å snakke om.

«Det er mange samtaler med folk som bebreider seg fryktelig. De har bebreidet seg selv hele livet eller fra ektefellen døde».

Taushetsplikt og at de som kommer inn i hjemmene er helsepersonell er en begrunnelse som deltakerne mener kan være en årsak til at eldre åpner opp og forteller dem sin vanskelige livshistorie. En slik historie er preget av skam og kan være vanskelig å fortelle til venner, familie og kollega. Før sykepleieren forlater den eldre som nettopp har åpnet opp og fortalt en livslang hemmelighet, spør de om det er noe mer de ønsker å snakke om eller om de skal ta kontakt igjen på et senere tidspunkt. Enkelte eldre ønsker flere samtaler om eksistensielle refleksjoner i etterkant.

«Jeg har opplevd at de har brukt tilbudet og da har de bare vært klar for å fortelle sin livshistorie. Den har de kanskje aldri fortalt før og da har de sett det som en mulighet å få snakke om sitt liv. Og noen har veldig tragiske historier».

5.2.3 Å bestemme selv

Deltakerne beskriver at ønsket om å bo hjemme lengst mulig ofte er en drivkraft i seg selv for å bo hjemme lengst mulig. Veldig mange eldre klarer seg godt og noen får litt veiledning for å finne gode løsninger for akkurat den situasjonen. Dette kan være å skaffe til veie små hjelpemidler slikt som antisklimatte i dusjen, komfyrvakt, håndtak eller hjelp til husvask og sengetøyskifte. For veldig mange er dette nok for å klare seg hjemme. I andre situasjoner er det vanskeligere å få den eldre til å ta imot hjelp. Ønsket om å klare seg selv og ikke være til bry, kan gjøre at deltakerne må snakke med den eldre det gjelder gjentatte ganger og forsøke å finne en felles plattform der de kan foreslå løsninger som kan fungere. I noen tilfeller er det veldig tydelig at noen eldre behøver flere og omfattende tjenester og da forsøker de å få den eldre til å fylle ut en søknad som sendes for saksbehandling i kommunen. Deltakerne forteller om situasjoner der de har følt at de overtalte den eldre til å søke om tjenester, slik at noen andre kom inn i huset slik at den eldre ble vant til å ta imot hjelp fra andre. Enkelte sykdommer har en utvikling som gjør at den eldre vil behøve mer hjelp på sikt. Deltakerne

forteller at de forsøker å få til at flere kommer inn i hjemmet på et tidligere tidspunkt, slik at et forhold kan etableres mellom den eldre og tjenesten.

«Men det kan jo også være et hinder dersom man kommer i en situasjon der man ikke klarer det selv, for de vil ikke ta imot hjelp».

«Vi har en del sånne samtaler. Da må vi ta flere samtaler. Man kan jo ikke si at «man snakker dem rundt», men på en måte blir det sånn. Man sier «går det ikke an å prøve?»».

Å bestemme selv i eget hjem står veldig sentralt for de aller fleste mennesker, også for de eldre hjemmeboende. Ønsket om å klare seg selv lengst mulig kan for noen gå til det punktet der en utenforstående helt tydelig ser at den eldre behøver med hjelp, men nekter å ta imot. I slike situasjoner snakker deltakerne gjentatte ganger med den eldre eller henviser de videre til noen andre som kan fortsette samtalen. For en utenforstående og fortelle om endringer som bør gjøres i hjemmet, kan oppfattes som krenkende og vanskelig for noen. Deltakerne forteller at de ofte spør om de får lov til å komme med tips eller informasjon, slik at de eldre selv kan bestemme om de ønsker det. Å bli møtt på en slik respektfull måte i eget hjem, åpner opp for mange gode samtaler og ofte får deltakerne lov til å komme med forslag til gode løsninger som kan gjøre hverdagen mer meningsfull eller trygg. I noen tilfeller tar pårørende kontakt med FHB og ber om hjelp for å søke tjenester for foreldrene sine. Enkelte ganger må barna snakke med foreldrene og bearbeide dem i forkant for å få dem på gli for å ta imot hjelp.

«Det kan gå over lang tid og mange ganger er pårørende helt utslitt for de klarer ikke å få dem til å ta imot hjelp».

Sertifikatet og bilkjøring kommer opp som et særdeles viktig tema for spesielt for de eldre mennene. Å kunne kjøre bil har vært med på å definere deres rolle som husfar, mann og den som kan skaffe varer til veie for familien. Å kjøre ut for å treffe venner og familie er også viktig for å forhindre isolasjon og ensomhet og er dermed med på å fremme helse og velvære. Deltakerne forteller at de opplever at damene kommer etter med tanke på at de også kjører bil og kan dermed komme seg ut på besøk og for å gjøre ærend.

«De som kjører ennå selv, de kommer seg jo ut når de vil»

«Det er veldig, altså viktig det der med sertifikat for mange»

5.2.4 Å være to i alderdommen

Flere av deltakerne forteller om møter med to eldre som bor sammen. De forteller om par som ønsker hverandre det beste og ønsker å skåne den andre for overbelastning, slik at de kan være sammen hjemme lengst mulig. Deltakerne forteller at de sitter igjen med et inntrykk av at tidligere tradisjonelle og fastlagte rollemønstre for kvinnearbeid og mannsarbeid, er i ferd med å endre seg. Beskrivelser om eldre menn som begynner å lage mat og bake brød dersom damen ikke klarer det lenger, blir trukket frem som eksempler på at roller er i endring dersom sykdom og funksjonsnedsettelse krever det. I tillegg ser det at flere damer har sertifikat, kjører bil og arbeider utenfor hjemmet. Dette bidrar til at ektepar har det enklere for å komme seg ut på ærender enn de som bor alene. De opplever at mange eldre er fleksible og at de veksler på oppgaver innad i husholdet dersom det kreves. Deltakerne forteller at tydelig ser et skille på at som er to i alderdommen klarer seg bedre enn de som er alene, siden de kan bytte på å hjelpe hverandre.

*«Dem klarer seg godt og særlig om de er to i lag».
«For problemet er for de som ikke har noen».*

«De har sine roller og det er ganske sånn tradisjonelt ennå, men det er sånn at det er mange menn av disse 80 åringene som lager mat og baker også brød selv»

Deltakerne forteller også at de opplever å møte på eldre par som sliter på hverandre og har det ikke så bra sammen. Noen er ufrivillig isolert hjemme på grunn av manglende transport til tilgjengelige tilbud eller at de har en syk ektefelle som de ikke kan forlate alene hjemme. Over tid blir en slik situasjon vanskelig å håndtere for de eldre og mange står i fare for å bli utslitte av omsorgstynghen og ansvaret hjemme. I noen tilfeller må deltakerne snakke med det eldre paret for å finne gode løsninger, slik at den som står i fare for å for å slite seg ut, kan få litt mer avlastning og tid for seg selv. I mange tilfeller opplever deltakerne at de eldre er lojale mot sin partner og at det kan være vanskelig å ta imot hjelp. Ofte vil ekteparene klare seg selv og må overtales litt for å klare å ta imot hjelp fra andre. Skam over at ektefellen har utviklet en demenssykdom fortelles det om og at mange eldre synes det er veldig vanskelig å forholde seg til. Informasjon om sykdommen og om hva som ligger foran dem, kan hjelpe på å bryte skammen.

«Jeg har opplevd at den som begynner å bli dement har time hos legen og så tar den andre og avbestiller. For dem vil ikke at andre skal vite det, at han har begynt å bli dement. De prøver å skjule det, så de avbestiller alle timene for den andre og prøver ikke å ...at den ikke skal gå ut sånn at noen skal se det. Det er skam og det kan bli

nesten som vold på en måte mot den demente. Og det kan også være motsatt. At den som har begynt å bli dement har blitt voldelig mot den andre og de skjønner ikke hvorfor. Den kan både slå og alt mulig og den andre prøver å skjule det».

5.3 Sykepleierens opplevelser av nytteverdi ved FHB

Deltakerne synes at det er vanskelig å si om FHB har effekt eller hvordan dette i så fall skal måles og vurderes. Det er vanskelig å måle effekt eller verdien av FHB ved hjelp av tall og sparte penger for kommunene, men deltakerne viser til at de selv setter stor pris på å få arbeide med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre og de mener at alle kommunene bør ha et slikt tilbud. Gjentatte ganger beskrev de historier der samtaler, en liten dytt i riktig retning, veiledning og konkrete endringer gjorde en forskjell i hverdagen til eldre som de møtte på gjennom FHB.

«Stort sett så føler jeg at det er veldig ehhh ... jeg synes at disse hjemmebesøkene er helt fantastiske ehhh.....de er så takknemlige etterpå og de ... synes det er veldig fint å få den informasjonen og mange ganger sier de «og tenk at vi ikke har tenkt over det ... det er jo egentlig så enkelt ...».

I noen tilfeller går sykepleieren ut av et hjem med en følelse av at de ikke kom så langt i hjemmebesøket og at det ikke hadde en hensikt.

«Det er sjelden jeg opplever dem....at de vil ha meg ut med en gang....., men det har hendt at man føler at ... for det er jo ikke alle man har like god kommunikasjon med ... da prøver jeg å gjøre det så kort som mulig, at jeg ikke skal være til bry. Så da sitter jeg igjen med en følelse at dette var unødvendig eller kanskje følte at dette ikke var noe for dem».

Selv om FHB er et tilbud kommunene har hatt i mange år og mange eldre kjenner til det, erfarer deltakerne at det fortsatt er mange eldre som ikke vet hva FHB er og i hvilken hensikt de kommer. De forteller at noen eldre er engstelige for at sykepleierne skal sjekke om de har det rent og pent eller om de skal sjekke hele huset eller leiligheten.

«Noen kan nok være litt nervøse og lur på hva dette er i starten».

Tilbakemeldinger fra eldre som mottar FHB, er at de aller fleste er glade for oppmerksomheten kommunen gir dem, at de føler seg sett og at det er med på å skape en trygghet slik at de vet hvem de skal kontakte dersom det skjer noe i etterkant, sier deltakerne.

Flere av de eldre uttrykker at det er en «jungel av tilbud i kommunen, noe som gjør det vanskelig å orientere seg.

«de syntes det var veldig flott og fint å bli sett og tatt vare på».

6 Drøfting

Hensikten med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer, vurderinger og opplevelser med å arbeide med forebyggende hjemmebesøk for eldre. Jeg hadde en ide om at deres kunnskap, erfaringer og vurderinger er viktige for hvordan tilbudet organiseres i kommunen og presenteres for eldre. Deres erfaringer kan være med på å justere og forbedre tilbudet, slik at hensikten med hjemmebesøkene når. Jeg har valgt å drøfte to funn «Sykepleieres erfaringer med kommunens arbeid med FHB» og «Sykepleieres erfaringer av nytteverdi ved FHB».

6.1 Sykepleieres erfaringer med kommunens arbeid med FHB

I Norge organiseres FHB på forskjellige måter og dette vil være med på å prege hvordan tilbudet tilbys og vektlegges av helse – og omsorgstjenesten. Tilbudet kan plasseres organisatorisk under helsetjenesten i kommunen og sammen med andre forebyggende tjenester. Kommunene velger selv hvor tilbudet skal organiseres ut fra hva som passer den enkelte kommune best. For kommuner som skal videreutvikle eller starte opp med tilbudet bør de ha en bevisst holdning til hvor tilbudet skal organiseres (Helsedirektoratet, 2019). Det har vært forsket lite på hvordan organiseringen av FHB påvirker tilbudet, men i 2020 kom Bogsti et al. (2020) med en studie der hensikten var å undersøke hvordan FHB blir organisert i kommunene og hva en slik organisering har å si for innholdet i tilbudet. Bogsti et al. (2020) viser til at i kommuner der FHB er organisert av hjemmetjenesten, blir sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak mest fremtredende. Der FHB er organisert under rehabiliteringstjenesten vektlegges egeninnsats, mestring og langsiktig planlegging av alderdommen. Studien viser også at der FHB er organisert under rehabiliterende tjenester, dreier alderen for hjemmebesøket seg til yngre eldre med et innhold som tilpasses aldergruppen de ønsker å nå, og et mer helsefremmende aspekt forsterkes. Der FHB organiseres under hjemmetjenesten ser man en dreining mot at det stadig er de eldre aldersgruppene som tilbys et hjemmebesøk, noe som fører til et fokus rettes mer mot sykdomsforebygging og hjelpebehov. I en trang kommune økonomi vil FHB satt opp mot andre lovpålagte tjenester, og i hjemmetjenesten vil prioriteringen handle om å gi de som er

syke nødvendig pleie og omsorg, enn å arbeide med forebyggende tiltak (Bogsti et al., 2020, s. 16). Deltakerne til studien hadde lang erfaring med FHB, og de var alle organisert under rehabiliterende tjeneste i kommunen. De hadde dermed organisatorisk nærhet til andre forebyggende og helsefremmende tilbud for de eldre, slikt som hverdagsrehabilitering, styrkebølgen, seniorsenter og frivillighetssentraler. Deltakerne i studien anså det som positivt å ligge organisatorisk nært forebyggende og rehabiliterende tjenester, men ingen av dem hadde tidligere erfaringer med å være organisert under for eksempel hjemmetjenesten, og kunne derfor ikke si noe om fordeler eller ulemper med en slik organisering.

Flere av deltakerne i denne studien beskrev at de opplevde at ansatte i hjemmetjenesten ikke prioriterte forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre. Deltakerne trodde årsaken til at det var slik, hadde sammenheng med at ansatte i hjemmetjenesten har en hektisk arbeidshverdag med mange oppgaver som skal løses på kort tid. De trodde også at ansatte i hjemmetjenesten ikke nødvendigvis har et fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. Deltakernes oppfatninger henger sammen med det Bogsti et al. (2020, s. 13) viser til at der FHB organiseres under hjemmetjenesten kan tilbudet stå i fare for å bli nedprioritert i en hektisk hverdag med mange krav og oppgaver som skal løses. Forebyggende og helsefremmende arbeid vil i de fleste tilfeller «tape kampen» der helsepersonell må prioritere nødvendig helsehjelp til de syke og pleietrengende. Deltakerne til studien hadde gjentatte ganger opplevd at eldre tok opp tema under FHB, til tross for at de daglig hadde besøk av hjemmetjenesten for å gi pleie og omsorg til sin ektefelle. Deltakerne fortalte om eldre som uttrykte at ansatte i hjemmetjenesten hadde det travelt og at det var mange forskjellige ansatte som kom inn i deres hjem. Dette var med på å gjøre det vanskelig for eldre å ta opp ting som de ønsket å drøfte med helsepersonell. Deltakerne fra studien stilte spørsmål om hjemmetjenesten muligens var oppgave rettet, der pleie til de sykeste ble prioritert, samtidig som at de vet at hjemmetjenesten er presset på tid og har veldig mange arbeidsoppgaver som skal håndteres på hver vakt. Noen av deltakerne beskriver fordeler ved å tilby FHB til alle 80 åringer, også de med allerede eksisterende tilbud fra helse- og omsorg, slik at alle får en mulighet til å ha en samtale som dreier seg om mestring, ressurser og hva som er viktig for den enkelte.

Å gjøre lokale tilpasninger av FHB er nødvendig for kommuner som skal tilby FHB, slik at det treffer målgruppen og hensikten med besøket, poengterer deltakerne i min studie. De fortalte om tidligere erfaringer og de justeringer de har gjort underveis i samarbeid med

ansatte i helse- og omsorg, brukerorganisasjoner og de eldre selv. Slike tilbakemeldinger har vært viktige i å forme dagens form for FHB i de aktuelle kommunene. Deltakerne erfarer at det ikke nødvendigvis er nok med ett FHB. En studie fra Sverige (Theander & Edberg, 2005, s. 399) viser at de negative konsekvensene ved lite sosial aktivitet og nedsatt funksjon kan bremses noe ned ved gjentatte hjemmebesøk. De så i sin studie at desto flere hjemmebesøk eldre mottok, jo flere positive endringer kunne sees. Deltakerne i studien kom med anbefaling om at kommunene bør ha flere tilbud i tillegg til FHB, og at de må ha mulighet til å følge opp enkelte saker i en kort periode dersom de opplever et behov for det. Flere ganger hadde de opplevd eldre som gav uttrykk for sin takknemlighet når deltakerne kunne følge dem den første gangen de skulle begynne på en aktivitet. Noen eldre hadde behov for at de var til stede når de skulle ta en telefonsamtale til fastlegen sin. Erfaringer som deltakerne har, viser at en slik støtte er viktig for mange og kan være med på å hjelpe eldre til å gjenoppta aktiviteter som er viktige for dem.

Skovdahl et al. (2015, s. 70) og Sjøbø et al. (2016) finner i sin studie at eldre føler trygghet ved å ha en kontaktperson i kommunen, at samtalen kan fungere som en informasjonssentral om kommunens og frivilliges aktiviteter, men at noen eldre er skeptiske til FHB og fremhever ansvaret hver enkelt har for å holde seg oppdatert på tilgjengelige tilbud og aktiviteter i kommunen. Studien deres viser at FHB ikke kan stå alene som tilbud i kommunen, men at tilbudet må knyttes sammen med allerede eksisterende tilbud for eldre. Funn viser at deltakerne i studien hadde god kunnskap om kommunens tilbud, Eldres utfordringer og behov og hvilke muligheter som fantes for de eldre i hvert område av kommunen. Tilbakemeldinger fra eldre handlet ofte om at det var vanskelig å orientere seg i kommunens tilbud og de brukte ofte begrepet «en jungel av tilbud». Dette viser at mange eldre sliter med å finne ut hvor de skal henvende seg for å få hjelp og veiledning. Etter et FHB uttrykte flere eldre at de var takknemlige for informasjon om kommunens tilbud, og at de var glade for å ha fått en kontaktperson i kommunen som kunne hjelpe dem dersom det skulle oppstå behov for det på et senere tidspunkt. Deltakerne fortalte at de gjentatte ganger var blitt kontaktet av eldre flere år etter den første kontakten med et behov for hjelp og veiledning på grunn av endret livssituasjon. I tillegg til å gi informasjon om ulike tilbud i kommunen, opplevde deltakerne at de kunne rekruttere eldre til frivillig arbeid. Flere eldre var glade for å kunne bruke ressursene sine ved å være frivillig og hjelpe andre.

Alle deltakerne i studien evaluerte måten de arbeider på årlig. De var interesserte å gjøre forbedringer og å utvikle tilbudet FHB i sin kommune. Noen av deltakerne var med på å arrangere gruppemøter for årskull der de eldre fikk informasjon, råd, veiledning og undervisning. Dette kunne være for eksempel til årskullet som fylte 75 år det året. De deltakerne som hadde erfaring med gruppemøter snakket positivt om møtene. Innholdet i gruppemøtene kunne være ernæring, fallforebygging, trim og informasjon om ulike aktiviteter i kommunen. Deltakerne i studien opplevde at eldre satte pris på disse møtene og at de syntes det var moro å treffe andre i samme alder. Noen av de eldre hadde til og med gått på skole sammen da de var unge og gjenopptok kontakten med hverandre etter et slikt gruppemøte. Deltakerne som var med å arrangere gruppemøter opplevde at det var ressursbesparende ved at de klarte å samle flere eldre, men de opplevde at enkelte eldre takket nei til å komme. Tilbakemeldinger fra eldre som ikke å komme, var at det var et møte sammen med mange andre. I slike tilfeller fikk de tilbud om individuelle hjemmebesøk i stedet. Erfaringer deltakerne har når det gjelder gruppemøter, samsvarer med det Slåtsveen et al. (2015, s. 70,77) finner i sine undersøkelser. Der hensikten er å arbeide forebyggende og helsefremmende blant eldre, kan gruppemøter fylle denne hensikten. I kommuner som allerede er presset på økonomi vil nytenkning være viktig for å lage gode møtepunkter, slik at man kan samle flere eldre for å gi veiledning, råd og informasjon om alderdommens endringer.

De tre kommunene som deltok i studien, har valgt å tilby FHB til de som fyller 80 år det gjeldende året. Tidligere har kommunene forsøkt å tilby FHB til andre årskull, slikt som ved 75 år og 77 år, men de har hatt vanskeligheter med å nå ut til disse aldersgruppene. Erfaringer de har gjort seg samsvarer med funn fra annen forskning som viser til at mange eldre ikke identifiserer seg som en eldre og føler dermed ikke behov for FHB (Slåtsveen et al., 2015, s. 18). Deltakerne forteller om at justeringer på årskull har blitt gjort underveis og de erfarer at flere eldre nå takker ja til et slikt besøk fra kommunen. Ekmann et al. (2010) viser i sin studie at flere eldre takker ja til FHB når informasjonsbrevet er velformulert, hensikten kommer tydelig frem og der det er satt opp et forhåndsbestemt tidspunkt for besøket. Dette samsvarer med det deltakerne i mastergradsstudien forteller. Prosedyrene for hvordan kommunene inviterer til FHB har variert fra oppstart til dagens variant av tilbudet. Metoden deltakerne erfarer har mest hensikt, er å sende et informasjonsbrev to uker i forkant med et forhåndsbestemt tidspunkt. To dager før selve hjemmebesøket ringer deltakerne de eldre og påminner om avtalen og avklarer eventuelle spørsmål. Dersom det er noen som ikke ønsker et

hjemmebesøk, må de selv ta kontakt for å avbestille det. Etter at de begynte med denne måten å gjøre det på, økte antallet eldre som tar imot FHB av de tre kommunene som deltok i studien.

Funn fra denne studien viser at deltakernes erfaring med eldre, viser at de er svært forskjellige og at deltakerne opplever at det er stor variasjon i forløpet når det gjelder funksjoner og egenskaper. Flere av deltakerne forteller at de sitter igjen med en følelse av at 80 åringene i dag er mer spreke og friske enn 80 åringene for ti år siden. De erfarer at flere av 80 åringene gir tilbakemelding om at de ikke ser hensikten ved å motta et hjemmebesøk, da de anser seg selv for friske og spreke. De forteller om eldre som går på fjellet og trim, reiser til Syden og arbeider. Andre eldre oppleves som eldre og skrøpeligere med helseutfordringer som er med på å prege de eldres hverdag og livskvalitet. Daatland og Solem (2011, s. 27) beskriver hvordan samfunnsmessige endringer gjør at vi ser annerledes på alderdom og endringer har forandret seg de siste 20 årene. Deltakerne i min studie beskriver hvordan noen eldre de møter på ser mye yngre ut enn de hadde trodd, mens andre ser gamle og slitne ut. Wyller (2015, s. 24) beskriver at aldringsprosessen forløper seg forskjellig og at noen ser eldre ut enn alderen skal tilsi. Dette kaller han for biologisk aldring som reflekterer noen indre prosesser som er relevante. En måte å estimere den biologiske alderen på, er å danne oss et inntrykk basert på det kliniske inntrykket og se om utseende svarer til alderen og disse eldre kan tenkes å ha en større sårhet for alderdommens endringer.

Flere studier viser at det er hensiktsmessig å arbeide i tverrfaglige arbeidsgrupper, og at man drar nytte av hverandres kompetanse og perspektiver i arbeidet med FHB (Randi Skumsnes et al., 2013, s. 320; Theander & Edberg, 2005, s. 394; Vass et al., 2007, s. 215). Funn fra mastergradsstudien viser at deltakerne anså det som positivt og lærerikt å arbeide sammen med andre profesjoner. Flere av deltakerne arbeidet sammen med fysio- og ergoterapeuter og at de samarbeidet om kvalitetsforbedringer og internundervisning sammen. På denne måten lærte de av hverandre og fikk nyttige innspill på eget arbeid sett fra en annen profesjons ståsted. Deltakerne beskrev at for å arbeide med FHB var det fordelaktig å ha erfaring innen eldreomsorg, bred kompetanse fra helsetjenesten og interesse for forebyggende og helsefremmende arbeid. Flere av deltakerne nevnte at de anså det som svært viktig med en personlig egnethet for å arbeide med FHB. Funn fra studien til Theander og Edberg (2005, s. 396) viser at eldre som mottok et FHB vektla kompetansen, kunnskapen og personlig egnethet til den som utførte hjemmebesøket som viktige faktorer. Dette samsvarer med funn

fra doktorgradsavhandlingen til Tøien (2019, s. 82) der hun skriver at dedikerte og kompetente sykepleiere som gir tilrettelagte hjemmebesøk til eldre har betydning for resultatet av FHB. Skumsnes, Teigen, Alvsvåg og Førland (2015) beskriver i håndboken for forebyggende hjemmebesøk at utøverne bør ha helse- og sosialfaglig grunnkompetanse, kunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid, motiverende samtale, gerontologi og geriatri. I tillegg bør utøverne ha personlig egnethet for denne type arbeid, kommunikasjonsferdigheter, erfaring fra arbeid med eldre, oversikt over tilbud i kommunen og det anbefales at arbeidsgruppene er tverrfaglige. Dette samsvarer med funn fra mastergradsstudien.

Funn fra mastergradsstudien viser at alle deltakerne var kompetente sykepleiere med kunnskap til alderdommens forandringer, forebyggende og helsefremmende arbeid, veiledning og ulike kommunikasjonsmetoder. Funn fra studien til Tøien et al. (2014, s. 7) viser at når FHB blir utført av erfarne og dyktige sykepleiere, kan dette føre til økt trygghet for eldre hjemmeboende og en økt bevissthet på innflytelse på egen hverdag. Skau (2017) beskriver i boken «*Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*» noe hun kaller for kompetansetrekanten. Hun beskriver dette som en modell for profesjonalitet. Med ordet kompetanse legger hun betydningen av å være *skikket eller kvalifisert* til det man gjør. En persons skikkethet og oppgavens eller arbeidets karakter vil henge nøye sammen. Begrepet «*personlig egnethet*» brukte flere av deltakerne jeg intervjuet ved spørsmål om hvilke kvalifikasjoner de mente var viktige til de som skal arbeide med FHB. Kompetansetrekanten som Skau (2017, s. 58-60) beskriver har en tredelt dimensjon som inneholder teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Samlet danner disse tre elementene en profesjonell kompetanse. Deltakerne i mastergradsstudien hadde en bred teoretisk kunnskap der flere av dem hadde videreutdanninger innen eldreomsorg, forebyggende og helsefremmende arbeid, veiledning og kommunikasjon. Yrkesspesifikke ferdigheter oppnås ved at man benytter praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som er særpreget for sykepleieryrket og for FHB (Skau, 2017, s. 59). Alle deltakerne i studien hadde arbeidet som sykepleiere i mer enn ti år og hadde en lang erfaring med FHB og utøvelsen av slike hjemmebesøk. Den tredje siden i kompetanse-trekanten er personlig kompetanse, som handler om hvem vi er som person, både for oss selv og i møtet med andre mennesker. Denne kompetansen er med på å forme møtet med andre mennesker siden den påvirker hvem de andre blir i møtet med oss og hva dette har å si for den mellommenneskelige relasjonen som oppstår (Skau, 2017, s. 60). Deltakerne uttrykte en

oppriktig interesse, kunnskap og empati for de eldre de møter ved FHB, og det kom til uttrykk i intervjuene at de benytter seg av alle sidene av kompetansetrekanten i deres daglige arbeid og yrkesutøvelse. God teoretisk kunnskap om alderdommens forandringer, gode yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse henger nøye sammen, påvirker hverandre og er avhengige av hverandre i utøvelsen av FHB. Tøien (2019, s. 82) konkluderer i sin doktorgradsavhandling at det er viktig med dedikerte, engasjerte og kompetente sykepleiere i arbeidet med FHB for å kunne tilrettelegge for individuelle tilpasninger i alderdommen.

Funn fra mastergradsstudien viser hvordan relasjonen mellom sykepleieren som utfører besøket og den eldre, vil være viktig for hvordan besøket oppleves og om man kommer i posisjon for å komme med råd og veiledning som kan påvirke Eldres liv og hverdag. En slik relasjon kan være med å påvirke hvordan kontakten med helsetjenesten vil være i etterkant (Førland & Skumsnes, 2017, s. 43; Tøien et al., 2014, s. 7; Vass et al., 2007, s. 213).

Deltakerne i mastergradsstudien forteller om eldre som gir uttrykk for at de har hørt om tilbudet fra andre og at de har ventet på sin tur til å få et hjemmebesøk. Deltakere forteller at til tross for at mange eldre har hørt om tilbudet, så er de usikre på innholdet og formålet med besøket. I begynnelsen av besøket opplever deltakerne at noen av de eldre kan være nervøse og at noen er engstelige for at kommunen skal sjekke om de har alt på stell hjemme.

Deltakerne forteller at de ikke ønsker servering på hjemmebesøkene, men at de takker ja til kaffe dersom de blir servert. Flere av deltakerne beskriver at denne småprat og oppvarmingen har stor betydning i det å skape av avslappende stemning på hjemmebesøket og at det dermed er en viktig «døråpner» i FHB. Alle deltakerne forteller at de synes det er viktig å opptre respektfullt og å vise at de er gjester i den Eldres hjem. Flere av deltakerne bruker begrepet «*hjemmets integritet*» og viser at de er bevisste på at hjemmet kan ha flere assosiasjoner og aspekter for eldre, og at de som sykepleiere ikke kan ta seg til rette og bestemme hvordan ting bør gjøres. Thorsen (2008, s. 15) beskriver i boken «*Hjem. Eldre og hjemlighet*» hvordan betydningen at et hjem kan variere fra person til person, at hjem kan ha mange forskjellige aspekter og assosiasjoner. Deltakerne i mastergradsstudien beskriver hvordan mange eldre har et spesielt forhold til hjemmene sine. Noen eldre har bygd husene selv, bodd i de hele det voksne livet, sett barn og barnebarn vokse opp og hvordan hjemmene gjenspeiler hvem de er som personer. For andre kan hjemmet være preget av vanskelige følelser og minner. Refleksjoner over de ulike aspektene ved et hjem, er viktig for relasjonen til den som utfører FHB og den som mottar hjemmebesøket.

Stort sett opplever deltakerne at de eldre takker dem for tiden sammen, men det hender at deltakerne opplever at eldre ikke ønsker å ha dem inn hjemmene sine. Deltakerne forteller at de av og til kan få en mistanke om at eldre som ønsker å ha dem raskt ut, kan ha det vanskelig hjemme. De nevner kognitiv svikt, angst, depresjon og vanskeligheter i nære relasjoner. I slike tilfeller forsøker de å finne ut av hva som er årsaken og må kanskje ta flere hjemmebesøk for å se om de klarer å komme til bunns i hva det gjelder. I andre tilfeller tar de en telefonsamtale til den eldre i etterkant av hjemmebesøket og åpner opp for en samtale på kontoret dersom det er ønskelig. Alle deltakerne forteller at de er glade for at de har mulighet til å følge opp eldre som har behov for litt mer enn kun ett hjemmebesøk. Flere kommuner tilbyr oppfølgingsbesøk eller kontakt med alle eldre som har fått tilbud eller mottatt et FHB innen 2 år. Tøien et al. (2015, s. 707) skriver i sin studie at eldre rapporterer flere helsegevinster ved langtidsoppfølging og FHB. Eldre gav tilbakemeldinger om økt trykghetsfølelse, tro på egne ressurser, hverdagsmestring og sosial deltakelse ved å motta flere FHB over tid. En utfordring med langtidsoppfølging ved bruk av FHB, er at er ressurskrevende med tanke på ansatte, tid og økonomi samt at det ikke er alle eldre som har et behov for oppfølgingsbesøk. Flere av deltakerne til mastergradsstudien forteller at deres gruppe som arbeider med FHB vurderer å tilby hjemmebesøk til spesielt sårbare grupper eller å tilby et andre gangs hjemmebesøk etter ett til to år. De erfarer at det er noen eldre som er mer sårbare for endringer og funksjonstap og behøver mer oppfølging enn kun ett FHB. Deltakerne forteller at de ønsker å bruke ressursene på de eldre som virkelig behøver det, men at de ennå ikke helt har funnet ut hvordan det skal organiseres og tilbys. Slåtsveen et al. (2015, s. 72) erfarte at informantene deres også ønsket å bruke ressurser på sårbare grupper, men at det var vanskelig å definere hvem disse «sårbare» og at det var vanskelig å komme i kontakt med dem.

I *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – Idèhåndbok med anbefalinger* viser Skumsnes et al. (2015) til at det er flere forskjellige modeller eller profiler som man kan bruke ved hjemmebesøkene. Det er likhetstrekk mellom alle fire modellene og i mange tilfeller glir de over i hverandre. De fire modellene er: *Besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov, besøk for å forebygge skader og ulykker, besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester* og til slutt *besøk for å ha en ressursforsterket helsesamtale*. Funn fra mastergradsstudien viser at deltakerne bruker en blanding av de fire modellene på hjemmebesøkene. Deltakerne vektlegger samtalen i besøket der de snakker om hvordan den eldre opplever å være 80 år, hvordan hverdagen forløper seg og hva som er viktige aktiviteter

for den enkelte. Videre beskriver deltakerne hvordan de forsøker å få eldre til å reflektere over egen hverdag og hva de selv kan gjøre for å nå de mål som er viktige for dem. Deltakerne forteller at de ønsker å motivere eldre til å fortsette med aktiviteter som betyr noe for dem, og hvordan de forsøker å hjelpe de eldre som har mistet motivasjonen eller troen på seg selv, til å gjenoppta aktiviteter som en gang har hatt mening for dem. Deltakerne går gjennom temaer som ernæring og kosthold, aktiviteter som kan være med på å forebygge fall, brannsikkerhet, eller andre tema som den eldre tar opp. Dette kan være sykdom, medisiner, vanskelige relasjoner, ensomhet og depresjon. Å gi informasjon, råd og veiledning er en viktig del av besøket, sier flere av deltakerne. Noen av deltakerne forteller at de tilbyr en enkel gangtest til eldre dersom de opplever at gangfunksjonen til den de besøker er dårlig, eller dersom den eldre selv poengterer at den har endret seg. Deltakerne forteller at de ikke ønsker å gjøre spesifikke kartlegginger av funksjonsnivå til de eldre eller å kartlegge boligen, men dersom eldre ønsker at de skal se på utformingen av boligen, så gjør de gjerne det. Forslag til hjelpemidler, fallforebyggende tiltak og andre tiltak som kan være hensiktsmessige gir også. Flere av deltakerne forteller at de spør de eldre som de besøker om hvor de ser seg selv om fem år frem i tid, slik at prosessen med å planlegge og ta ansvar for den videre alderdommen kunne begynne. Bogsti et al. (2020, s. 12) viser i studien sin at det vektlegges viktigheten av å bidra til bedre folkehelse og økt livskvalitet hos de eldre gjennom ansvarliggjøring og økt kontroll over egen alderdom, ved blant annet å begynne planlegging- og bevisstgjøringsprosessen tidlig hos de yngre eldre.

6.2 Sykepleieres erfaringer av nytteverdi ved FHB

Funn fra mastergradsstudien viser at deltakerne erfarer mange positive møter med eldre og at de opplever at FHB kan ha nytteverdi og effekt for mange eldre. Å anslå effekt eller nytteverdi i form av sparte penger for helse- og omsorgstjenesten, synes deltakerne er vanskelig. Ingen av deltakerne har sett en oversikt over anslått penger spart ved å tilby FHB til den eldre befolkningen i kommunen. Flere av dem anslår at dersom et lårhalsbrudd kan forebygges, har kommunen spart penger samt at den eldre unngått unødvendig lidelse. Liimatta et al. (2016) har gjort en systematisk gjennomgang der hensikten var å se på effekten av FHB for eldre over 65+, bruk og kostander av helse- og omsorgstjenester. De finner det vanskelig å konkludere med noe entydig, da flere av studiene de inkluderer vurderer ulike kriterier og variabler ved FHB. De finner ingen studier som beregner de totale kostander ved denne typer intervensjon for eldre (Liimatta et al., 2016, s. 579). Det finnes en rekke studier

og forskning som viser at eldre rapporterer om positive gevinster ved FHB, men det er ennå vanskelig å konkludere med at tilbudet fører til helsegevinster, økt livskvalitet og besparelse av penger (Theander & Edberg, 2005, s. 399; Tøien et al., 2015, s. 704; Vass et al., 2007, s. 4). Forskning på FHB spriker i ulike retninger når det gjelder nytteverdi og effekt og hvordan disse faktorene vurderes. Om FHB kan påvirke dødelighet, livskvalitet og innleggelse i institusjon, finner Mayo-Wilson et al. (2014, s. 7) lite evidens for. Den systematiske gjennomgangen viser til at enkelte studier finner positive helsegevinster for eldre mennesker, og de kan dermed ikke konkludere entydig at FHB ikke har positive fordeler for noen eldre.

Alle deltakerne i mastergradsstudien forteller om friske, spreke og oppegående eldre som har et aktivt liv med mange meningsfulle aktiviteter de liker å holde på med. De forteller også om eldre som til tross for sykdom og helseutfordringer gir tilbakemelding om at de lever gode og meningsfulle liv. Theander og Edberg (2005, s. 396,397) finner i sin studie at mange av de som arbeider med FHB rapporterer om eldre som fornøyde med tilværelsen og har god helse. Mange eldre bodde alene i boligen sin, men at de eldre sjelden følte seg ensomme. Denne erfaringen var med på å endre deres tidligere syn på at eldre befolkningen var svært pleietrengende. Funn fra mastergradsstudien viser at ved gjentatte FHB opplever deltakerne at eldre gjør forandringer i egen hverdag. Dette kan være fjerning av matter, montering av gelender i trapp, økt fysisk aktivitet og sosial deltakelse. Noen av deltakerne fortalte at ved å gi informasjon og veiledning om ernæring og kosthold, endret noen eldre sine matvarer og fikk en bedre ernæringsstatus. Deltakerne erfarte at eldre gladelig fortalte om hvilke endringer de hadde gjort siden sist, og at de var takknemlige for informasjonen som hadde blitt gitt på hjemmebesøket. Informasjon, råd og veiledning er viktige elementer ved FHB, slik at får den kunnskapen som er nødvendig for å ha mulighet til å gjøre endringer i hverdagen.

Hvordan man forstår og fremmer helse er avgjørende når man skal arbeide med forebyggende og helsefremmende arbeid. Målet er å fremme folks helse og livskvalitet og å redusere risiko for sykdom og skade. Viktige aspekter med forebyggende og helsefremmende arbeid er å bidra til at helse blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2016, s. 15). Funn fra mastergradsstudien viser at deltakerne var opptatte av å motivere eldre til å benytte egne ressurser i hverdagen. De var interesserte i å støtte de eldre slik at de kunne finne en indre motivasjon til for eksempel å begynne med en aktivitet som gav mening for den enkelte. Deltakerne fortalte at de anså det som viktig at de som sykepleiere ikke tok på seg oppgaver som de eldre egentlig kunne gjøre selv. Funn fra mastergradsstudien viser at sykepleieren i

noen tilfeller ble en viktig støttespiller for eldre når de for eksempel skal begynne med en aktivitet. Deltakerne forteller om episoder der det er nødvendig for dem å følge eldre til den ønskede aktiviteten. For noen eldre blir *dørstokken* for høy til å mestre alene, noe som i verste fall kan resultere i at enkelte blir sittende hjemme. Deltakerne i mastergradsstudien var veldig tydelige på at de vektla den enkeltes motivasjon høyt og de poengterte at dersom ønsket om endring ikke kom fra eldre selv, ville det ikke ha noen effekt.

Flere av deltakerne i mastergradsstudien fortalte om møter med eldre som de anså som lite ressurssterke. I disse tilfellene opplevde deltakerne at det kunne være vanskelig å motivere til forandringer. De fortalte at de hadde møtt på eldre som nesten «hadde gitt opp» og som ikke hadde kapasitet til å gjøre noe med sin tilværelse på grunn av utfordringer med helsen eller med psyken. I slike tilfeller ble det viktigste for deltakerne å hjelpe den eldre med å gi informasjon om tilbud, muligheter og å søke hjelp fra andre instanser. Flere artikler viser til at kommuner som tilbyr FHB bør se på muligheten for å oppsøke sårbare grupper av eldre. Dette kan være eldre som har opplevd å bli enke/enkemann, hyppige innleggelses på sykehus og har nylig fått en ny diagnose (Slåtveen et al., 2015, s. 76). FHB kan på denne måten fange opp sårbare eldre som ellers ikke ville oppsøkt helsetjenesten på et tidligere tidspunkt (Vass et al., 2007, s. 209).

Ved spørsmål om deltakerne i mastergradsstudien kunne med egne ord si hva de la i forebyggende og helsefremmende arbeid, kom det frem at de mente at det var flere aspekt med arbeidet. De beskriver at det handler om å forebygge funksjonstap, sykdom og lidelse. Under dette nevner de at det er viktig med veiledning og opplysning når det gjelder for eksempel ernæring og matvaner. I andre tilfeller handler det om å bevisstgjøre eldre til å oppsøke fastlegen sin for oppfølging av sykdom og medisinbruk. Deltakerne beskriver at helsefremmende arbeid også handler om å snakke med eldre for å få frem en refleksjon om hva de selv kan gjøre for helsen sin og for å ha det bra i hverdagen. Flere av deltakerne sier at de har arbeidet så lenge med forebyggende og helsefremmende arbeid at det er blitt en naturlig måte å arbeide på og at det derfor var vanskelig å svare på spørsmålet. Veiledning om alderdommens endringer, snakke med eldre om det som er viktig for dem, støtte dem til å fortsette med det de gjør og til å informere dem om de ulike tilbud i kommunen er viktige elementer i helsefremmende arbeid, forteller deltakerne. Målet med en slik tilnærming er å øke mestring og mestringsressurser hos eldre og dette er i tråd med det deltakerne forteller om deres refleksjoner rundt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Forebyggende og helsefremmende arbeid handler om å fremme folks helse og livskvalitet, og om å redusere risiko for sykdom og skade (Mæland, 2016, s. 15). Både Mæland og Verdens helseorganisasjon fremhever at denne type arbeid innebærer å legge til rette for en best mulig helse, styrke den eldre befolknings motstandskraft mot livstruende forhold, stimulere til mestring og kontroll over eget liv og til økt livskvalitet (World Health Organization, 1986). Kommuner har et særskilt ansvar når det gjelder å legge til rette for forebyggende og helsefremmende arbeid. Ved at kommuner satser på forebyggende og helsefremmende arbeid og tar i bruk proaktive tilbud, slikt som FHB viser de en vilje og et ønske om å støtte opp om kommunens ansvar og muligheter for den eldre befolkningen. Folkehelseloven (2012) §1 viser at loven er ment til å fremme folkehelse og å utjevne sosiale helseforskjeller i den norske befolkningen. Et viktig aspekt med FHB er at alle 80 åringene (uten store og omfattende helse- og omsorgstjenester) i de tre kommunene som deltok i mastergradsstudien, fikk tilbud om FHB uansett funksjonsnivå og status. Dette gav dermed alle en lik mulighet til å få et hjemmebesøk med fokus på god helse, trivsel og sosiale og miljømessige forhold. Et slikt hjemmebesøk kan også bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse. Deltakerne i studien erfarte at de kom i kontakt med eldre som de mistenkte aldri ville tatt kontakt med kommunens helsetjenester, dersom de ikke hadde fått et invitasjonsbrev til FHB. Tidligere erfaringer fra de tre kommunene var at dersom den eldre selv skulle ta kontakt med kommunen for å avtale et tidspunkt, ble besøksprosenten lav. Etter at de hadde endret invitasjonsprosedyren til at alle fikk et invitasjonsbrev med oppsatt tidspunkt, økte andelen eldre som takket ja til et hjemmebesøk, noe som forskningen til Ekmann et al. (2010, s. 570) også viser. Deltakerne i mastergradsstudien hadde en mistanke om at terskelen for å takke ja til et FHB ble større dersom de eldre selv måtte ta kontakt med kommunen for å avtale et tidspunkt for hjemmebesøk. På den andre siden opplevde deltakerne i studien at terskelen for å takke nei til et hjemmebesøk var høyere nå etter at de endret invitasjonsrutinene sine, der eldre selv måtte avbestille et hjemmebesøk dersom de ikke ønsket å motta det. Deltakerne fortalte at endringene i invitasjonsprosedyren resulterte i flere hjemmebesøk.

Deltakerne i mastergradsstudien forteller at de opplever mye mestring blant eldre. Beskrivelser av Eldres glede ved å stå opp hver morgen, lage seg frokost og kle på seg selv, går igjen hos deltakerne. En eldre gav uttrykk for en takknemlighet for hver årstid som kom og gikk. Til tross for at mange eldre opplever aldersrelaterte utfordringer, svekket helse, ensomhet, depresjon, nedsatt funksjonsevne, ufrivillig isolasjon og vanskelige nære relasjoner og kom opp under alle intervjuene, ble ikke dette samtalens hovedtema under intervjuene.

Deltakerne erfarte at mange eldre fant glede i hverdagen, mestring i eget liv og en tilfredshet med livet. Hverdagsaktiviteter som kryssord, håndarbeid, husarbeid, arbeid i hage, matlaging, kontakt med familie og venner kom opp som viktige aktiviteter som gav mestring for mange eldre. Å legge til rette for aktiviteter som gir et godt liv, er det viktigste fokuset i forbyggende arbeid, fremhever Antonovsky (1996). Antonovskys teori om mestringsevne hos mennesker, legger vekt på menneskets evne til å mestre stress og utfordringer på en måte slik at helse fremmes (Antonovsky, 1996). Tre sentrale begreper i teorien er: *forståelig, håndterbar og mening*. For at en situasjon eller erfaring skal ha en helsefremmende tilnærming, hevder Antonovsky at den må ha en eller flere av disse elementene. For å forstå en situasjon må det være en kognitiv kapasitet til stede, og for å håndtere en situasjon må en klare å gjenkjenne situasjonen. Den tredje komponenten handler om å skape mening. Dagliglivet kan være stressende, men dette er ikke nødvendigvis farlig eller skadende. Etter et langt liv kan det tenkes at eldre står sterkt ved å forstå situasjonen, kjenne den igjen og skape mening. Dette kan fremme mestring ved ny læring og mening i en endret livssituasjon.

Funn fra mastergradsstudien viser at deltakerne føler velkomne til eldre, og at de er bevisste på at de er gjester i andres hjem. Dette samsvarer med det Theander og Edberg (2005, s. 396) finner i sin studie, samt at det verdsettes å se eldre sin hverdag og hvilke aktiviteter de liker å holde på med og at denne kunnskapen er viktig for å bygge relasjoner som kan komme til nytte på et senere tidspunkt. Tid er et element som deltakerne i mastergradsstudien trekker frem og beskrives som en viktig faktor for å bli bedre kjent og for å kunne ha en hyggelig samtale rundt Eldres hverdag. Tid blir også tatt opp som faktor til å få den gode samtalen i gang og ha mulighet til å lytte til det eldre forteller. Å legge alt av bekymringer og andre tanker til side idet deltakerne går inn i et hjem, trekkes frem som viktig for å være til stede i samtalen. Gjennom intervjuene kommer det tydelig frem at samtalen fungerer som en døråpner for å få en relasjon til den enkelte. Thornquist (2009, s. 23) og Heap (2012, s. 46) skriver at kommunikasjon er alle måter vi henvender oss til hverandre på. Dette kan være ved hjelp av talespråket, kroppsspråket, fakter og grynt. Disse måten å kommunisere på utfyller hverandre og kan være med på å forsterke et budskap eller så tvil om det dersom de er motstridende. I all kommunikasjon kan misforståelser eller fortolkninger skje (Thornquist, 2009, s. 23). Vi kan møte hverandre på ulike måter i samtalen, og vi kan ha ulike måter å snakke på, skriver Martinsen (2005, s. 23). Dersom eldre blir møtt med en holdning om at sykepleieren vet best, kan samtalen bli problematisk. Eldre mennesker har levd et langt liv, de har ervervet seg livskunnskaper og erfaringer som har vært med på å prege hvordan de lever

livene sine. Ved å frata eldre frihet til egen selvforståelse, rett til å ha egne meninger og gjøre sine egne vurderinger, setter sykepleieren seg selv høyere enn den andre (Martinsen, 2005, s. 25). Samtalen bør invitere til åpenhet og tillit uten å krenke den andre.

Noen av deltakerne i mastergradsstudien forteller om utfordringer de opplever i arbeidet med FHB. Det fortelles om gjentakende trusler om nedleggelse eller innskjæringer av tilbudet. I en presset kommune økonomi vil det være en fare for at forebyggende og helsefremmende arbeid taper kampen om penger. I Norge er FHB lagt inn i flere nasjonale dokumenter, men det er fortsatt ikke en lovpålagt tjeneste, slikt som i Danmark. Etablering og videreutvikling av et slikt tilbud, krever ressurser i form av økonomi og personell. En opplevelse av at eldre ikke blir prioritert i kommunens satsning og at de i stor grad er overlatt til seg selv, forteller noen av deltakerne om. De forteller at de synes det er urettferdig, for eldre har lik rett til oppmerksomhet som andre aldersgrupper. Deltakerne hevder at til tross for høy alder og aldersrelaterte utfordringer kan alle ha nytte av en samtale med fokus hva som er viktig for den enkelte og hva en selv kan gjøre for å ha det bra. Til dette blir en aldri for gammel.

7 Avslutning

Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av hvordan sykepleiere arbeider, erfarer og vurderer FHB. Problemstillingen jeg ønsket å finne svar på gjennom studien var:

«Hvordan erfarer sykepleiere å arbeide med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre?».

For å besvare problemstillingen hadde jeg valgt følgende forskningsspørsmål:

1. Vurderer sykepleiere at det er fordeler ved hjemmebesøk for eldre, i så fall hvilke?
2. Erfarer sykepleiere at FHB gir økt mestring hos de eldre som får tilbudet?
3. Hvordan bruker sykepleieren sin personlige kompetanse i arbeidet med FHB?

Problemstillingen og forskningsspørsmålene var med i analyseprosessen og funnene viser tilbake til dette. I drøftingen ble følgende tema diskutert: *«Sykepleieres erfaringer med kommunens arbeid med FHB»* og *«Sykepleieres erfaringer av nytteverdi med FHB»*.

Studien viser at FHB er komplekst og at det er mange ulike elementer som spiller inn i etablering, utforming, videreutvikling og opplevelsen av nytteverdi av tilbudet. Om FHB har en reel helse- og kostandsgevinst er vanskelig å finne et tydelig svar på, da forskning spriker i flere retninger. Deltakerne i mastergradsstudien synes det er vanskelig å estimere om tilbudet kan føre til kostnadsbesparelser, men alle mener at tilbudet kan ha en verdi for eldre som mottar FHB. Kommuner organiserer FHB ulikt når det gjelder organisering, innhold i besøket og hvilke yrkesgrupper som utfører hjemmebesøkene. Alle deltakerne gir tilbakemelding om at de synes det er viktig å arbeide forebyggende og helsefremmende og at det gir positive fordeler for eldre. Erfaringer deltakerne har fra FHB viser at det er mye mestring blant eldre, til tross for alderdom og helseutfordringer. Funn fra studien viser at eldre gir uttrykk for at FHB fører til økt trygghet i hjemmet, tillit til hjelpeapparatet ved å ha en kontaktperson, en følelse av å bli sett av kommunen og å få veiledning og råd om viktige tema i alderdommen. Funn fra studien viser at FHB ikke kan stå alene, men at det må settes i sammenheng med allerede eksisterende tilbud for eldre. I tilfeller der sykepleierne opplever behov for en kortere tids oppfølging, bør dette kunne gis etter individuelle behov. Studien viser at sykepleiere som skal arbeide med FHB bør ha en bred kompetanse, kunnskap om alderdommens forandringer, erfaring fra eldreomsorg, livserfaring og personlig egnethet. Deltakerne i studien anbefaler alle kommuner å etablere FHB, men at det var viktig med evaluering og videreutvikling av tilbudet slik at målgruppen og hensikten med hjemmebesøket ble møtt.

7.1 Metodiske overveielser

For at studien skal ha gyldighet stilles det strenge krav til metodens troverdighet. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 137) bør temaet i all forskning bestemme metoden som skal benyttes og man kan spørre seg selv om «*metoden faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke*». Det må være en sammenheng mellom valg av metode, teori og analyse, slik at det svarer på problemstillingen og forskningsspørsmålene for studien. Jeg har også forsøkt å gjøre de valg jeg har tatt gjennom hele studien transparent, slik at troverdigheten styrkes. Dette vises ved at jeg har redegjort for min bakgrunn og forforståelse og hvordan dette kan ha vært en medvirkende årsak for de beslutninger jeg har gjort i prosessen. Jeg har også vist til hvordan jeg har innhentet data og hvordan jeg har bearbeidet dette. Videre har jeg brukt en rekke sitater fra alle deltakerne i resultatkapittelet, slik at meningsinnholdet kommer tydelig frem.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 289, 355) er det noen som kritiserer kvalitative forskningsintervju for ikke å kunne generalisere funn. Jeg hadde imidlertid ikke som mål å generalisere funn, men jeg hadde som mål med intervjuene å søke innsikt i deltakernes erfaringer og vurderinger. En slik kunnskap kan være nyttig i det videre arbeidet med FHB og å forstå kompleksiteten ved FHB. Studiens resultater vil være påvirket av at jeg har tolket deltakernes utsagn, på samme måte som de har tolket ulike situasjoner og hendelser i forbindelse med deres møte med eldre mennesker som mottar FHB. En kritikk mot kvalitative metode og spesielt bruk av tematisk analyse er en ikke ivaretar et helhetlig perspektiv, men deler teksten opp i tema. Når utsnitt av tekst fra ulike deltakere blir løsrevet fra den opprinnelige sammenhengen det stod i, kan man miste innholdets betydning. Jeg har vært påpasselig med at informasjonen deltakerne har kommet med, har blitt satt i den sammenheng den opprinnelig var en del av (Thagaard, 2009, s. 171). Troverdigheten i mine funn styrkes også av at jeg gjør bruk av forskning og annen litteratur på området.

7.2 Videre forskning

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre har de siste 20 årene i økende grad blitt testet ut som et tilbud kommunene har for å øke eldre menneskers selvbestemmelse, mestring av egen hverdag, livskvalitet og funksjoner. Fra et politisk og sosialt ståsted er det ønskelig at eldre mennesker skal bo lengst mulig hjemme i egen bolig, unngå innleggelse på sykehus og institusjoner, og å redusere behov for helse- og omsorgstjenester. Det er usikkert om slike hjemmebesøk har noen reell effekt og nytteverdi på hjemmeboende eldres hverdag, men tilbakemeldinger fra eldre er at de opplever slike hjemmebesøk som positive og meningsfulle og at FHB kan føre til positive helsegevinster. Det hadde vært interessant å snakke med eldre om deres ønsker for fremtiden ved å benytte seg av FHB.

Kommunene har en plikt til å planlegge fremtidens helse- og omsorgstjenester, men hvilke elementer er med på å påvirke kommunenes etablering av tilbud for eldre? Det hadde vært interessant å undersøke hvordan kommuner anvender og nyttiggjør seg av kunnskap de får om den eldre befolkningen ved hjelp av FHB for planlegging av et aldersvennlig Norge. Kan FHB benyttes for å undersøke om eldre som bor i by og land distrikt opplever alderdommen forskjellig og hvilke elementer spiller i så fall inn? I Norge bor en stor andel samisktalende eldre og ved å etablere og tilby FHB for eldre med samisk som hovedmål, kunne kommuner fått informasjon om den eldre befolkningen og hva som er viktige for dem i årene som

kommer, også når det gjelder den kulturelle forståelsen. Denne kunnskapen kan være viktig for tilrettelegging av en god alderdom for den samisktalende befolkningen.

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health promotion international*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Bogsti, W. B., Sveen, S., Sogstad, M. K. R. & Norbye, B. (2020). Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg? *Sykepleien forskning (Oslo)*, (80324), e-80324. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80324>
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Danske love. Danske love - Lov om social service Hentet fra <https://danskelove.dk/serviceloven/79a>
- Ekman, A., Vass, M. & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home - dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community*, 18(6), 563-571. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00941.x>
- Folkehelseloven. (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*, 1-63.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen : kommunikasjon, minner, kriser, sorg* (4. utg. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Helsebiblioteket. (2016, 03.03.2016). Sjekkliste Hentet 20.11.2020 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Hesledirektoratet. (2013). Forebygging Hentet 31.10.20 fra <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Forebygging/>
- Hesledirektoratet. (2019, 02.05.2019). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen Hentet 17.07.2020 fra <https://www.hesledirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. *European geriatric medicine*, 7(6), 571-580. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.08.006>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K. & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(3), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089257>
- Meld. St. 15. (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 34. (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: God helse - felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdf/s/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra

- <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Rundskriv. (1-2/2016). *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48b0a60f9bf04acdad5b/rundskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf>
- Sjøbbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer.
- Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser : personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (5. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 62-71.
- Skumsnes, R., Larum, L. & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 310-321. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0130>
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest. I.
- Slåtsveen, E. M., Hellebergshaugen, S., Sveen, S. & Sogstad, M. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre - må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell. I(s. 1-16): Senter for omsorgsforskning.
- Solvoll, B.-A., Devik, S. A., Løkken, B. I. & Moe, A. (2020). Helsehjelp til eldre. I: Senter for omsorgsforskning.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Theander, E. & Edberg, A.-K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(5), 392-400. <https://doi.org/10.1080/14034940510005842>
- Thomas, M. J., Syse, A. & Gleditsch, R. F. (2020). Nasjonale befolkningsframskrivninger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater. I: Statistisk sentralbyrå.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thorsen, K. (2008). Betydningen av hjemmet i eldre år IF. F. Jacobsen & S. Hauge (Red.), *Hjem : eldre og hjemlighet* (s. 15-34). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Tøien, M. (2019). An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes. Users' and service-providers' perspectives. I(s. 1-99): University of Oslo.
- Tøien, M., Bjørk, I. T. & Fagerström, L. (2015). Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits. *Qual Health Res*, 25(5), 700-712. <https://doi.org/10.1177/1049732314553595>
- Tøien, M., Bjørk, I. T. & Fagerström, L. (2019). 'A longitudinal room of possibilities' – perspectives on the benefits of long-term preventive home visits: A qualitative study of nurses' experiences. *Nordic journal of nursing research*, 40(1), 205715851985649-205715851985614. <https://doi.org/10.1177/2057158519856495>
- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a

- First Visit. *Nurs Res Pract*, 2014(2014), 640583-640588.
<https://doi.org/10.1155/2014/640583>
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark: Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 40(4), 209-216. <https://doi.org/10.1007/s00391-007-0470-2>
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 31.10.2020 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici : en medisinsk lærebok* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wyller, T. B. & Pettersen, A. M. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre : Norge - med blick mot Sverige og Danmark : en kartleggingsundersøkelse*. Sem: Aldring og helse.

Vedlegg 1

Godkjenning fra NSD prosjektnummer 4410655

9.07.2019 15:35

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 410655 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.07.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet har taushetsplikt. Det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre taushetsbelagt informasjon. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar

kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!
Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2

Godkjenning fra NSD med kommentar

Kommentar fra saksbehandler NSD:

Kajsa Catharine Amundsen

29.07.2019 15:34

Hei Eirin. Vi er nå klare til å ferdigstille vurderingen av prosjektet ditt, med en liten bemerkning. I informasjonsskrivet oppgir du at " Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke." rett her er "Dette prosjektet har rettslig grunnlag i ditt samtykke (artikkel 6 nr. 1a). Vi anbefaler at setningen omformuleres før skrivenes sendes ut, men vi trenger ikke å se endringen. Vi vil avslutningsvis minne om at helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3

Forespørsel om å få gjennomføre masteroppgaveprosjektet

«Hjemmebesøk til eldre».

Til leder i aktuell kommune.

Jeg er masterstudent ved helsefag-studieretning aldring og eldreomsorg ved det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse -og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. I forbindelse med min masteroppgave ber jeg om tillatelse til å gjennomføre et forskningsprosjekt i deres kommune. Problemstillingen i prosjektet er: *«Hvordan erfarer og vurderer sykepleiere hjemmebesøk for eldre som et forebyggende og helsefremmende tiltak?»*.

Jeg arbeider i en kommunal hjemmetjeneste og jeg ønsker gjennom min masteroppgave å søke erfaringer og vurderinger sykepleiere gjør seg ved hjemmebesøk for eldre som forebyggende og helsefremmende tiltak.

Bakgrunn og formål med prosjektet:

Meld.St.15 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre ønsker at de eldre skal føle seg verdsatt, føle seg sett og involvert i beslutninger som angår dem selv. De skal få mulighet til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. For å klare dette er det viktig å sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak på et tidlig tidspunkt. Som et ledd i dette arbeidet, anbefaler reformen at kommunene vurderer å bruke forebyggende hjemmebesøk for eldre.

Formålet med dette prosjektet er å søke kunnskap om sykepleieres erfaring med hjemmebesøk for eldre som et forebyggende og helsefremmende tiltak. Slik kunnskap kan komme til nytte både for kommuner som holder på med hjemmebesøk for eldre, og for kommuner som er i en oppstartsfase med dette tilbudet.

Hva innebærer deltakelse i prosjektet for din kommune:

Jeg ber om hjelp til å skaffe informanter til forskningsprosjektet samt lov til å dele ut informasjonsskriv til dem.

Hvem kan delta som informanter i prosjektet?

Jeg ønsker å snakke med sykepleiere som har erfaring fra eldreomsorg og som har foretatt hjemmebesøk hos eldre som et helsefremmende og forebyggende tiltak. Sykepleierne som

skal delta må ha gode norske muntlige språkferdigheter. Jeg ønsker å intervju totalt tre til fem sykepleiere.

Hva skjer med innhentet informasjon?

Informasjonen som samles inn i dette prosjektet vil bli anonymisert, dette gjelder også hvor informantene arbeider.

Prosjektet skal etter planen være avsluttet 31.12.2020 og da vil all innsamlet informasjon bli makulert.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD-Norsk senter for forskningsdata AS.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i prosjektet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Prosjektansvarlig: Førstelektor Toril Agnete Larsen.
Telefon: 77660693. E-mail: toril.agnete.larsen@uit.no

Masterstudent: Eirin Sofie Pedersen.

Mobil 91877558. E-mail: eirin.sofie.pedersen@gmail.com

Mvh,

Eirin Sofie Pedersen

Vedlegg 4

Informasjon til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet «*Hjemmebesøk til eldre*»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med et mastergradsprosjekt ved master i helsefag-studieretning aldring og eldreomsorg. Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse -og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet, Tromsø. Prosjektets problemstilling er: «*Hvordan erfarer og vurderer sykepleiere hjemmebesøk for eldre som et forebyggende og helsefremmende tiltak?*».

Jeg henvender meg til deg på grunn av ditt arbeid og erfaring med hjemmebesøk for eldre som forebyggende og helsefremmende tiltak.

Hva innebærer deltakelse i prosjektet for deg?

Hvis du velger å delta i prosjektet, vil du delta på et intervju der jeg har spørsmål som vil omhandle din erfaring med hjemmebesøk for eldre, dine synspunkter når det gjelder mål, nytteverdi, hvordan organiseringen foregår, utfordringer og hvilke forbedringsmuligheter du ser med slike hjemmebesøk.

Jeg vil ha en intervjuguide med åpne spørsmål som jeg vil stille deg, men du vil ha mulighet til å komme med utfyllende svar eller annen relevant informasjon. Det kan hende at jeg stiller deg oppfølgingsspørsmål der jeg har behov for utdypende svar. Intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Jeg vil ta opp intervjuet på lydopptaker.

Hvem kan delta?

Jeg ønsker å snakke med sykepleiere som har erfaring fra eldreomsorg og som har deltatt i hjemmebesøk hos eldre som et forebyggende og helsefremmende tiltak. Sykepleierne som skal delta må ha gode norske muntlige språkferdigheter. Jeg ønsker å intervju totalt tre til fem sykepleiere.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender den til meg. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet intervjuet som har blitt foretatt, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Eirin Sofie Pedersen.

Hva skjer med opplysningene om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert, og slettet etter prosjektslutt. Prosjektet skal etter planen være avsluttet 30.12.2020.

Godkjenning

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig UiT Norges arktiske universitet og prosjektleder Toril Agnete Larsen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i ditt samtykke (artikkel 6 nr. 1a). Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD-Norsk senter for forskningsdata AS.

Kontaktopplysninger

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med:

Prosjektansvarlig: Førstelektor Toril Agnete Larsen.

Telefon: 77 66 06 93. E-mail: toril.agnete.larsen@uit.no

Masterstudent: Eirin Sofie Pedersen.

Mobil 91 87 75 58 E-mail: eirin.sofie.pedersen@gmail.com

Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet er Joakim Bakkevold.

Telefon: 77 64 63 27 Mobil: 97 69 15 78

E-mail: personvernombud@uit.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Vedlegg 5

Samtykke skjema

Jeg samtykker til å delta i masterprosjektet
«Hjemmebesøk til eldre» og til at mine
personopplysninger brukes slik det er beskrevet.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 6

Intervjuguide

Oppvarmingsspørsmål:

Hvor lenge har du arbeidet med hjemmebesøk for eldre?

Hvilken opplæring har du fått i forbindelse med hjemmebesøkene, og synes du at opplæringen du har fått er tilstrekkelig for å utføre besøkene?

Hvordan er dere organisert i kommunen?

Arbeider dere tverrfaglig?

Hvis ja, hvilke profesjoner jobber sammen?

Hvis ja, kan du beskrive sykepleierens kompetanse og vurdering sammenliknet med de andre profesjonene?

Refleksjon:

Kan du beskrive et hjemmebesøk som du deltar på fra begynnelse til slutt?

Hvilke tema går du gjennom på hjemmebesøkene?

Hvilke vurderinger gjør du under og etter et hjemmebesøk?

- Dersom det er behov for det, hvordan følger du de eldre opp i etterkant?

Hvordan tar dere kontakt med de eldre? Hvilken gruppe eldre får et tilbud om hjemmebesøk?

Hvorfor akkurat denne gruppen?

Hvordan følges de eldre som ikke takker ja til et hjemmebesøk opp? Hvilke refleksjoner gjør du deg om årsak til at enkelte ikke takker ja?

Hvilken tilbakemelding får du fra de eldre som får hjemmebesøk?

Avrunding:

Hvilke anbefalinger vil du gi videre til andre som arbeider med hjemmebesøk for eldre?

Er det noen andre ting som vi ikke har snakket om, som du tror er relevant for de tema vi har snakket om?

