

Masteroppgave

ME- 520

Antall ord: 16.510

Helsefremmende hjemmebesøk

«en opplevelse av trygghet»

Edina Nokto

VEILEDER

Geir Vegard Berg

Universitetet i Agder, [2021]

Fakultet for helse og idrettsfag

Forord

Jeg har lært veldig mye på disse årene, det er litt uvirkelig å tenke på at fire år har gått så fort. Denne erfaringen og kunnskapen vil jeg ta med meg videre i arbeidslivet og i min hverdag.

Jeg vil takke Risør Kommune for at de tilrettelegger - og satser på videreutdanning til sine ansatte og som ga meg denne muligheten. Vil takke min tidligere leder, Merete Kielland for støtte og motiverende ord i oppstarten. Ingeborg Hemminghytt Morka, enhetsleder for hjemmetjenester -og rehabilitering i Risør, som ledet meg i retning av forebyggende hjemmebesøk.

Jeg vil også takke foreleserne vi har hatt, og da en spesiell takk til Ellen Dahl Gundersen for dine energiske forelesninger, ditt engasjement og innlevelse i det helsefremmende faget, det var inspirerende. Bilde av godteri på pulten, gitt av en kollega som du brukte som et eksempel om hva som er helsefremmende, glemmer jeg aldri. Det bilde ble starten på min reise i det helsefremmende arbeidet. Videre til Berit Johannessen, takk for god oppfølging, og Geir Vegard Berg for veiledning av denne masteroppgaven.

Vil takke min mamma og pappa som alltid stiller opp for meg, og som sammen med Fam tok vare på barnebarna sine så jeg kunne jobbe med studiene. Dere er klippen i livet mitt. Til slutt vil jeg si takk til mine gode venninner som løftet meg opp når jeg så mørkt på ting, dere pushet meg mot målstreken..

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt

På bakgrunn av det helsefremmende arbeidet i kommunene og helsetjenestene legges det opp til utbygging av lavterskeltilbud lokalt, og helsetjenestene flyttes nærmere der brukerne bor. Et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv, kan være systematiske helsefremmende – og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) i kommunene (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). Hensikten min med undersøkelse var å fremme hvordan eldre hjemmeboende opplever helsefremmende hjemmebesøk gjennom deres historier.

Metode

En kvalitativ studie med en beskrivende- og utforskende design basert på individuelt kvalitativt intervju. Utvalget besto av totalt 7 eldre i alder 78-88 år. 2 enslig kvinner, 1 enslig mann samt to ektepar. Alle inkluderte i studien har hatt helsefremmende hjemmebesøk i løpet av de siste 2 årene. Intervjuene ble analysert i lys av Granheim og Lundemann, 2014 sin forståelse av innholdsanalyse.

Funn

Det var lite forventninger i forkant av det helsefremmende hjemmebesøket (HHB), men positivt overaskende. Informantene opplevde informasjonen som nyttig og med god veiledning, betryggende. De eldre opplever det trygt å få en kontaktperson og å bli ivaretatt og sett av kommunen. Å ha nære relasjoner har en viktig betydning for opplevelsen av trygghet.

Konklusjon

Det viste seg å være lite forventninger i forkant av besøk, muligens på grunn av lite eller uklare informasjon i forkant. Samtidig opplevdes besøket som positivt overaskende, trygt og et fornuftig prosjekt. Det oppleves trygt å få en kontaktperson og det vektlegges at kontaktpersonen har gode kommunikasjons- og veiledningsferdigheter. Det var også fordel med en viss kjennskap til kontaktpersonen. De eldre opplever å bli ivaretatt og sett av kommunen. Det ses behov for effektstudier som undersøker hvordan helsefremmende og ressursorienterte hjemmebesøksmodeller påvirker helse og mestring.

SUMMARY

Background and purpose

In the health-promoting work in the municipalities and in the health services, there is a purpose to improve, by developing the services and moving them closer to where the service recipients live. One intervention that can contribute to fulfill this purpose, the municipalities responsibilities and contribute to an increased experience of mastering ones life, may be systematic health-promoting and preventive home visits in the municipalities (HFHB) (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). My intentions with this survey was to increase awareness on how the elderly home residents experience the health-promoting home visits, through their own stories.

Method

A qualitative study with a descriptive and exploratory design based on individual qualitative interviews. The sample consisted of a total of 7 elderly people aged 78-88 years. 2 single women, 1 single man and two married couples. Everyone included in the study has had a health-promoting home visit within the last 2 years. The interviews were analyzed in light of Granheim and Lundemann, 2014's understanding of content analysis.

Findings

The informants had limited expectations to the home visits, but still found the information useful and experienced good guidance and reassuring. The informants felt it was safe to get a contact person and they experienced being taken care of and seen by the municipality. Having close relations has an important meaning regarding the experience of safety.

Conclusion

Expectations in advance of the home visits were limited, possibly because of little or unclear information in advance. Still, the informants reported the visits as a positively surprising, safe and reasonable project. It felt safe to get a contact person, and its highly weighted that this person has good communication- and guidance skills. It was also beneficial that they had a certain knowlegde/relation to this contact person. The elderly reported feeling taken care of and seen by the municipality. Theres room for further studies on how health promoting and resource orientated home visitation models affect health and coping.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema og egen forforståelse.....	7
1.3 Forskningsspørsmål.....	8
2.0 Tidligere forskning	8
3.0 Teoretisk referanseramme	11
3.1 Helsefremming	11
3.2 Helsefremmende sykepleietenkning.....	12
3.2.1 Salutogenese	13
3.2.2 Empowerment.....	14
3.3 Kommunikasjon igjennom dialog	14
4.0 Metode.....	15
4.1 Bakgrunn for valg av metode	16
4.2 Individuelt intervju	16
4.3 Planlegging og gjennomføring av intervju	16
4.4 Etske overveielser.....	17
4.4.1 Konfidensialitet	17
4.4.2 Samtykke	18
4.5 Datainnsamling og Analyse.....	18
5.0 Presentasjon av funn.....	20
5.1 Fra usikkerhet til bevissthet.....	20
5.2 Vi har fått en kontaktperson	22
5.3 Den gode samtalen	23
5.4 Kommunen viser at de ser oss	27
5.5 Verdien av å ha nære relasjoner	28
6.0 Diskusjon.....	29
6.1 Fra usikkerhet til bevissthet.....	29

6.2 Vi har fått en kontaktperson	31
6.3 Den gode samtalen	34
6.4 Kommunen viser at de ser oss	38
6.5 Verdien av å ha nære relasjoner og et nettverk	40
7.0 Metodekritikk	41
8.0 Implikasjoner for praksis	44
9.0 Konklusjon	47
Litteratur	48
Vedlegg.....	52

1.0 Innledning

Tema for min masteroppgave er helsefremmende hjemmebesøk.

Hovedfokuset var hvordan de eldre opplevde å få helsefremmende hjemmebesøk (HHB).

1.1 Introduksjon

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 første ledd tydeliggjør kommunens ansvar for å fremme helse og å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Disse oppgavene inngår som en del av de nødvendige helse- og omsorgstjenestene etter § 3-1 og forsvarlig helsehjelp etter § 4-1. Ved å legge til rette for økt innsats tidlig i utviklingsforløpet av sykdom og sosiale problemer, herunder forebygging og tidlig intervensjon, kan man forhindre en negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale forhold. Samtidig kan man få kartlagt befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester i nær fremtid (Helse -og omsorgsdepartementet, 2016).

Kommunehelsetjenesten har stått i et stort reformarbeid hvor flytting av tjenester fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten har økt betraktelig etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012. Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til å fordele oppgaver seg imellom for å oppnå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Haugan & Rannestad, 2014).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester krever at helsefremmende og forebyggende arbeid skal inngå i alle kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette utfordrer sykepleiere til å ta ansvar for den helsefremmende delen av pleien.

Kommunehelsetjenesten har fått et mer ressursorientert perspektiv hvor fokus flyttes fra det syke til det friske, fra behandling til helsefremming, forebygging, selvhjelp og mestring. Det helhetlig ressursorientert perspektivet innebærer en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Dette skapes ved å ivareta og opprettholde pasient- og brukerens ressurser, evner og muligheter ved at det tilrettelegges for at den enkelte blir en ressurs i eget liv. All planlegging skal gjøres i samarbeid med den enkelte, og anerkjenne pasienten som likeverdig partner og ekspert på sitt liv (Haugan & Rannestad, 2014).

Organiseringen av kommunale helse- og omsorgstjenester varierer fra kommune til kommune, avhengig av f.eks geografi, innbyggertall og økonomi.

Det er viktig at kommunene har fagpersonell med et helhetlig menneskesyn på helse og kunnskaper om sammenheng mellom faktorer som påvirker helsen og hvilke kunnskapsbaserte tiltak en kan iverksette. Dette fordrer også at fagpersonell har en tverrfaglig forståelse og gis tilstrekkelig handlingsrom for gjennomføring av nødvendige tiltak (Haugan & Rannestad, 2014).

Den mye omtalte eldrebølgen nærmer seg, og vil merkes for fullt iløpet av de neste tiårene. Politiske føringer tilsier at eldre skal ha mulighet til å bo hjemme lengst mulig, også de med nedsatt funksjonsevne og når hjelpebehovene øker. Den demografiske utviklingen vil skape nye utfordringer for eldreomsorgen i kommunene. Økonomisk sett vil dette være av stor betydning for velferdsstaten Norge. Dersom velferdsstaten skal overleve eldrebølgen, må politikerne også tenke helsefremmende og vi må tenke nytt med en felles forståelse av helse i alt vi gjør (Haugan & Rannestad, 2014).

Helsefremming og forebyggende arbeid setter fokus på økt brukerinnflytelse, økt støtte til pasientens mestring, på tidlig innsats i sykdomsforløpet og på habilitering -og hverdagsrehabilitering (Haugan & Rannestad, 2014).

På bakgrunn av helsefremmende arbeidet legges det opp til utbygging av lavterskeltilbud i kommunene og helsetjenestene flyttes nærmere der brukerne bor (Haugan & Rannestad, 2014). Et tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv, kan være systematiske forebyggende hjemmebesøk (FHB) i kommunene (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016).

Det finnes ulike profiler og innhold i eller hensikt med hjemmebesøkene som kan variere fra land til land og fra kommune til kommune. Det er likevel felles for de fleste modellene å bidra til god helse og mestring ved at man forebygger eller utsetter behov for pleietjenester hjemme og i institusjon. Individuelle hjemmebesøk er en hyppig brukt metode her til lands, men oppfølgingen kan også komme i form av blant annet gruppemøter og telefonsamtaler. Ofte ser en ulike profiler og modeller for besøkene og det skilles mellom fire slike besøk:

1. Besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov
2. Besøk for å forebygge ulykker og skader
3. Besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester
4. Besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale (Førland & Skumsnes, 2017).

De siste 10 årene har forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk fått en økende utbredelse i Norge. I 2016 sendte myndighetene ut et rundskriv og en veileder i 2017, for å aktivisere kommunen til å etablere dette tilbudet (Førland & Skumsnes, 2017). Rundskrivet er en del av regjeringens satsning på å styrke de eldres ressurser, og å sikre dem gode og trygge helse- og omsorgstjenester. Dette tilbudet rettes særlig mot eldre som ikke mottar tjenester i hjemmet. Hensikten med dette tiltaket er å bidra til at flere eldre kan leve lenger i egen bolig og oppleve større mestring i hverdagen (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016).

I Grimstad kommune tilbys helsefremmende hjemmebesøk (HHB) til innbyggerne det året de fyller 78 år. I Kristiansand kommune har de valgt å kalle dette tilbudet for «helseveiledning for seniorer» og tilbys også de som fyller 78 år. Besøket består av en samtale med fokus på den enkeltes egne ressurser. I Oslo kalles dette seniorveiledning, der tilbys hjemmebesøk og samtale til de som er senior og ikke mottar helse- og omsorgstjenester fra bydelen. Seniorveilederen kontakter de som er over 80år.

Felles tema for samtalen er meningsfylt aktivitet, sosial deltakelse, samt trygghet og sikkerhet i hjemmet. Det legges spesielt vekt på hva den enkelte selv mener er viktig for å ivareta egen helse. Påfølgende år gjennomføres oppfølgingssamtaler ved behov. Det varierer noe når det gis tilbud om nytt besøk, men vanlig er mellom 4-5 år. Nytt besøk kan også avtales under det første besøket.

Evalueringer av forebyggende hjemmebesøk i Norge har særlig belyst de eldre sine erfaringer og viser at eldre anså besøket som en positiv opplevelse som bidro til at de følte seg tryggere, at de ble «sett» av de ansatte i kommunen. De oppgav å få nyttig informasjon og en god samtale, men til tross for at kommunene satser på forebyggende hjemmebesøk, er det vanskelig å måle effekten av denne typen forebyggende tiltak. Studier har imidlertid vist at forebyggende hjemmebesøk har potensial til å utsette hjelpebehov, og at det kan bidra til å redusere dødelighet samt øke selvstendighet og funksjonalitet hos de eldre (Bogsti, Svein, Skogstad & Norbye, 2020).

1.2 Bakgrunn for valg av tema og egen forforståelse

Forforståelsen danner utgangspunktet for et forskningsprosjekt. Alle bærer med seg erfaringer og forutsetninger som farger tolkninger underveis. I størst mulig grad bør en forsøke å være bevisst hva en bringer med seg (Malterud, 2017). Min forforståelse kommer

gjennom min faglige bakgrunn som sykepleier. Som nyutdannet sykepleier jobbet jeg to år som tilkallingsvikar på geriatrisk avdeling ved Sørlandet sykehus og hadde en helgestilling i hjemmetjenesten i Risør samtidig. Etter hvert fikk jeg fast jobb som nattevakt i Risør kommune. Jeg har lenge hatt en interesse for helsefremmende arbeid, men hatt begrenset mulighet å være like aktiv i arbeidet de siste årene. Derfor valgte jeg å studere master i klinisk helsevitenskap fordi jeg ønsket å få en dypere forståelse og kunnskap innenfor det helsefremmende arbeidet. Tiltaket HHB hadde jeg ikke kjennskap til før tiden var inne for å finne et tema å skrive om i master oppgaven. Jeg henvendte meg til ledelsen om de hadde noen innspill på hva jeg kunne rette fokus mot og ble da ledet inn mot forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk (FHFB). Det fanget min interesse og jeg ville lære mer om dette tiltaket.

1.3 Forskningsspørsmål

Målet med undersøkelsen var å skaffe kunnskap om hvordan eldre hjemmeboende opplever det helsefremmende hjemmebesøket, og gjennom deres historier få ny kunnskap om og forståelse av helsefremmende arbeid i teori og praksis. Dette både for faglig interesse og for å eventuelt kunne legge frem HHB til min arbeidsplass basert på mine funn og tidligere eksisterende forskning på området for videre utvikling der.

Forskingsspørsmålet lyder derfor slik:

«hvordan opplever eldre det helsefremmende hjemmebesøket?».

2.0 Tidligere forskning

Før jeg satt i gang med oppgaven gikk jeg igjennom pensum som omhandler helsefremming, samt annet relevant pensumlitteratur. Deretter brukte jeg Google Scholar og søkte «helsefremmende hjemmebesøk» og «forebyggende hjemmebesøk». Dette gjorde jeg for å få grunnkunnskap om tiltaket HFHB, da jeg ikke hadde erfaring med dette.

Videre brukte jeg PICO-skjema for å finne flere artikler knyttet til helsefremmende hjemmebesøk. PICO er et akronym for en veileder for formulering av problemstillinger, og står for People, Intervention, Comparison og Outcome (Aveyard, 2014). PICO ble utformet slik:

P – Eldre hjemmeboende mellom 75-80 (som ikke mottar andre kommunale helsetjenester)

I – Helsefremmende hjemmebesøk

C –

O – Opplevelse /Erfaringer

Population (P)	Intervention (I)	Comparison (C)	Outcome (O)
Eldre hjemmeboende personer som ikke mottar andre kommunale helsetjenester. elderly, older, senior	Helsefremmende hjemmebesøk Preventive home visits, health promotion		Hvordan de eldre opplevde helsefremmende hjemmebesøk Experiences

Flere av de norske artiklene jeg fant gjennom det systematiske søket var tatt med i Førland & Skumsnes, 2017, sin oppsummering av kunnskap om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk og har jeg i stor grad benyttet meg av deres oppsummering. Det var en fordel at artiklene var skrevet på norsk. Det finnes mye forskning på forebyggende -og helsefremmende hjemmebesøk, både i Norden og internasjonalt. Jeg har valgt ut de artiklene jeg mente var mest relevant for mitt forskningsspørsmål.

Førland & Skumsnes, 2017 gjennomførte en oppsummering av kunnskap om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk. Hensikten med denne oppsummeringen var å dokumentere og gjøre forsknings -og utviklingsarbeidet om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk og eldre lettere tilgjengelig. Det har vært en etterspørsel fra kommunene om effekten av besøkene og dens betydning (Førland & Skumsnes, 2017). Oppsummeringen inkluderte 94 publikasjoner fra forsknings -og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter relatert til emnet forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk.

I 2013 hadde tiltaket forebyggende hjemmebesøk økt til 25% fra 8%. I denne undersøkelsen deltok 386 av 428 kommuner. Stram økonomi og mangel på personell var hovedårsaker til at ikke flere kommuner ikke hadde etablert tilbudet. 10 % av kommunene så ikke behov for en slik tjeneste. Noen kommuner oppgav at de manglet metodikk og verktøy. 40 % av kommunene uten tilbudet planla å starte opp tjenesten (Førland & Skumsnes, 2014). I 2017 publiserte Helsedirektoratet veiledningsmaterieell for kommunene,

men det finnes ennå ikke tall som viser om disse tiltakene har ført til at flere kommuner har etablert tilbudet (Førland & Skumsnes, 2017). Ifølge Førland sitt bidrag på siden om forebyggende hjemmebesøk hos eldre på store norske leksikon sin nettside, sist oppdatert i september 2020, viste tallene at 40% av kommunene i landet hadde etablert tilbudet da (Førland, 2020).

Da helsefremmende hjemmebesøk ikke er et ensartet tiltak med samme innhold fra ulike land og kommuner blir det også vanskelig å sammenligne effekter skriver Førland Videre skriver Førland & Skumsnes, 2017 at i de nordiske landene ofte har en annen profil enn dem som er inkludert i de internasjonale studiene. Det er vanligere i Norden med en helsefremmende og ressursorientert profil med fokus på samtalen hvor en ønsker understøtte Eldres ressurser og mestring, slik at de på en best mulig måte kan imøtekomme utfordringer i alderdommen, men de har ikke funnet effektforskning som har undersøkt hvordan slike ressursorienterte hjemmebesøksmodeller påvirker helse og mestring. Nyere kvalitative studier fra Norden som er basert på dybdeintervju viser at mottakeren av slike hjemmebesøk opplever å bli sett og ivaretatt av kommunen og flere opplever det som positivt og trygt. Noen uttrykker også at besøkene hjelper dem å opprettholde aktiviteter og sosiale relasjoner med andre. På en annen side skriver de at noen eldre er skeptiske til hvorfor kommunen vil besøke dem (Førland & Skumsnes, 2017).

Bogsti, et al, 2020 publiserte en artikkel der de skriver at i kommuner der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av hjemmesykepleien, er det sykdomsforebyggende perspektivet mest fremtredende, og målgruppen er eldre hovedsakelig over 77–80 år. De som arbeider i hjemmesykepleien, vektlegger sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak til eldre. Videre skriver de at informantene som var fagpersoner herav både ledere, fagansvarlige og utøvende fagpersoner viser til en felles utfordring knyttet til å kunne dokumentere resultat av forebyggende hjemmebesøk. Erfaringene deres tilsier at å bruke ressurser på forebyggende tiltak gir utbytte både for kommunen og det enkelte individ. Likevel opplever informantene det vanskelig å argumentere for tilbudet da de mangler dokumentasjon på effekten.

En studie gjennomført av Tøien med flere fra 2014 gikk ut på å undersøke Eldres forståelse av forebyggende hjemmebesøk. Studien var del av en større evalueringsstudie av FHB hos eldre personer bosatt i en mellomstor by i en norsk kommune med ca. 60000 innbyggere. Målet med studien var å utforske og beskrive eldre personers opplevelser av deres første forebyggende hjemmebesøk. Ti deltakere ble tilfeldig valgt fra kommunens liste over alle

FHB-brukere som hadde sitt første besøk året før og som enda ikke hadde fått nytt. Studien viste at hensikten og målene for helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak kan være vanskelig for eldre personer å forstå, noe som også kan påvirke erfaringene med og effekten av FHB (Tøien, Heggelund & Fagerstöm, 2014).

Førland & Skumsnes, 2017 skriver at det internasjonalt er mye forskning på forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. De fleste er type effektstudier der de har undersøkt hjemmebesøksmodeller som vektlegger screening av blant annet ulike risikofaktorer og avdekking av hjelpebehov. I enkelte av disse studiene ble det rapportert en positiv effekt av HFHB på ovennevnte faktorer hos personer som hadde hatt denne typen besøk sammenlignet med personer som ikke hadde hatt dette besøket. Likevel, når forskerne oppsummerer studiene i systematiske overskriftsartikler kan de ikke konkludere sikkert med at besøkene gir bedre effekt sammenlignet med de som ikke får det. På bakgrunn av den oppsummerte kunnskapen om HFHB av Førland & Skumsnes - og gjennom litteratursøk ses det behov for studier som undersøker besøkernes helseeffekter og effekter på offentlig økonomi fra norske og nordiske kontekster og modeller. I tillegg er det behov for forsknings- og erfaringsbasert kunnskap

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Helsefremming

Å fremme helse har sine røtter fra WHO gjennom Ottawa Charteret (WHO 1986), hvor helsefremming forstås som den prosessen som setter den enkelte, så vel som felleskapet i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (Berg, 2007).

I Ottawacharteret som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada 1986 understrekes det at helsefremmende arbeid har en tydelig sammenheng med politikk, alle samfunnsnivå og med det lokale miljøet rundt oss (Haugen & Rannestad, 2014). WHO sin definisjon på "helsefremming" lyder slik:

«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health». "Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members" (WHO, 1986).

Videre i Ottawacharteret fremheves det et skifte i helsesyn hvor helse gjelder ens velvære og forstås som noe mer enn fravær av sykdom (WHO, 1986). Sosiologen Aron Antonovsky (2000) har gjennom sin teori om salutogenese bidratt til å rette fokus mot en utvidet helseforståelse (Gammersvik & Alvsvåg, 2009). Helsefremming bygger på salutogen tenkning, der enhver hendelse i livet gir mulighet for vekst og læring. Dette forutsatt at personen opplever å ha ressurser til å håndtere hendelsene, og har den forventningen til seg selv om at den er håndterbar (Aglén, Olufsen, & Espnes, 2018). Dette fremmer potensial i motsetning til patogen tenkning der fokuset er sykdomsforebyggende. I sykdomsforebyggende arbeid forutsettes det at helsepersonell vet hvilke tegn på sykdom de skal ser etter, hvilke risikoatferder de skal kunne identifisere, og at de må kunne skille normal fra unormal utvikling. Helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, mens sykdomsforebygging har identifisering av sykdomstegn og å forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom som mål (Tomstad, Soderhamn, Espnes & Soderhamn, 2013).

3.2 Helsefremmende sykepleietenkning

Florence Nightingale (1820 - 1910) var en pioner innenfor den moderne sykepleien. Hun hadde stor innflytelse på den ideologiske forankringen i den vestlige verden langt inn i det 20. århundre. Hun beskrev sykepleiens grunnleggende karakter som forebyggende. Sykepleien skulle legge til rette for, understøtte og fjerne hindringer for kroppens egne naturlige helsefremmende og helbredende krefter (Berg, 2007). Nightingales verdigrunnlag og perspektiver står i samsvar med Ottawacharteres spesifiserte tiltaksområder i det helsefremmendearbeidet.

Helsefremming i et sykepleieperspektiv handler om tiltak som bidrar til mestring av egen helse slik at man unngår sykdom eller reduserer helseproblemer, og om støtte til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvenser av disse på best mulig måte (Gammervik & Alvsvåg, 2009) En viktig forskjell fra folkehelseperspektivet er at sykepleien har et sterkere fokus på individet og har et omsorgsperspektiv som dreier seg om å gi pleie, omsorg, lindring og behandling i forhold til individets behov (Berg, 2007).

3.2.1 Salutogenese

Helse er et sentralt og viktig begrep i sykepleien (Berg, 2007). For å forstå helse kan salutogenese være et viktig steg (Gammervik & Alvsvåg, 2009). Sosiologen Aron Antonovsky studerte spørsmålet om hva som skaper helse og har gjennom sin teori salutogenese bidratt til å rette fokus mot en utvidet helseforståelse (Eriksson & Lindström, 2008). Når vi snakker om salutogenese så handler dette blant annet om «opplevelse av sammenheng» (SOC) og for å kunne oppnå dette mente Antonovsky at menneskets historie er viktig for å utforske faktorer som kan skape en høyere grad av helse. Han undersøkte stressfaktorer som mulig helsefremmende (salutogenese), i stedet for sykdomsskapende (patogenese). Denne teorien bygger på tre hovedelementer (1) begripelighet, (2) håndterbarhet og (3) meningsfullhet, som sammen utgjør en «opplevelse av sammenheng» (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Opplevelse av sammenheng er formelt definert slik:

«opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i « (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Den salutogene tankegangen utfordrer og fremmer en teori om mestring, som fremstår positiv med mestringsfokus og fokus på eksisterende potensial (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og fellesskapet. En forutsetning for dette er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling (Sørensen, et.al, 2002). Dermed rettes det i større grad mot helhetlig helse, mestring, livskvalitet, selvhjelp og hvilke ressurser pasientene selv har (Haugan & Rannestad, 2014). Dette handler om mestringsevne. I følge Antonovsky innebærer det at vi har evne til ressursutnyttelse, kreativitet og nytenkning, når det er nødvendig (Sævareid, 2008). Det handler om å ha evne til å oppleve en situasjon sammenhengende og når noe oppleves sammenhengende vil det videre kunne påvirke evnen til hvordan og i hvilken grad vi utnytter ressurser til nødvendig endring (Sævareid, 2008). Salutogenese ser på helse som en ressurs som vi ved hjelp av helsefremmende evner (SOC) og empowerment kan påvirke i positiv retning.

3.2.2 Empowerment

Begrepet Empowerment kom med full tyngde inn i det helsefremmende arbeidet under lanseringen av Ottawa Charteret i 1986 (Berg, 2007). Begrepet Empowerment kan oversettes med «det å vinne større makt og kontroll over» og «myndighetsgjøring» (Tellnes, 2007). WHO, 1986 definerer Empowerment som en prosess som gjør folk og menneske i stand til å ta kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986).

WHO definerer empowerment som:

...the process of increasing capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes to build individual and collective assets, and to improve the efficiency and fairness of the organization and institutional context which govern the use of these assets and the expansion of assets and capabilities of poor people to participate in, negotiate in, negotiate with, influence, control, and hold accountable institution that affect their lives (WHO, 1986, s.17).

Maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens eller brukerens kompetanse på seg selv, var tre av de prinsippene WHO vektet i det helsefremmende arbeidet og er kjernen i Empowerment tenkningen på individnivå i denne sammenheng (Tveiten, 2016).

3.3 Kommunikasjon igjennom dialog

Utviklingen i helsetjenesten de siste tiårene med demokratisering og fokus på ansvar for egen helse har ført til at helsepersonell i stadig økende grad må samhandle med brukere og pårørende på en måte som bidrar til mestring av utfordringer knyttet til helse. Dette innebærer at brukere og pårørende aktivt deltar i egen læring. Deltagelse er en forutsetning for helsefremmendearbeid og er del av empowermenttenkningen (Tveiten, 2016).

Som nevnt tidligere er individuelle hjemmebesøk den mest utbredte måten å gjennomføre FHNB. Den som skal utføre besøket kommer hjem til den eldre for en samtale (Førland & Skumsnes, 2017). I denne sammenheng dreier dette seg om helsekommunikasjon som handler om en toveis kommunikasjon eller dialog om utveksling av informasjon og refleksjon rundt helse. Dialog kan forstås som en muntlig samtale som foregår ansikt til ansikt mellom to eller flere personer, men kan også utvides til å være mellom menneske og tekst. Det er flere måter å ha dialog på. Det kan være eksempelvis motiverende intervju eller empirisk kommunikasjon.

Kjernen i kommunikasjonen er å anerkjenne det som blir sagt, være aktivt lyttende til det som blir fortalt og å være åpen. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske begrepet *communicare*, som betyr ”å gjøre noe felles”, ha forbindelse med eller delaktig-gjøring av en annen (Tveiten, 2016).

Kommunikasjon er en forutsetning for empowerment ved å få frem personens perspektiv, å forstå personens situasjon og sosiale kontekst, å finne frem til fellesforståelse i overensstemmelse med personens verdier og å hjelpe personen til å dele makt, eller stimulere den enkelte til å bevare og utøve kontroll og myndighet der det er mulig (Tveiten, 2016).

Dialog er hovedformen i veiledning (Tveiten, 2016). Veiledning er et middel i empowermentprosessen. Fagutøveren skal legge til rette for at brukeren, eller den eldre i denne sammenheng blir oppmerksom på og bevisst på disse forholdene, og ha tro på seg selv, egne muligheter og ressurser når det gjelder helse. Veilederen leder dialogen som tar i utgangspunkt i brukerens opplevelser, erfaringer, forståelse og behov og igjennom dialogstyrke brukerens kompetanse til å mestre egen situasjon, eget liv og faktorer som påvirker egen helse (Tveiten, 2016).

En relasjon må dannes for at vi skal kunne samhandle og relasjonere. Begrepet «relasjon» kommer fra det latinske ordet «*relatio*» og betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen (Tveiten, 2016). Når en atferd gir mening skapes kommunikasjon, dette er noe som skapes i felleskap. Mening er da resultatet av samspillet mellom innhold, hvordan budskapet kodes, i hvilken kontekst budskap formidles og hvordan budskapet blir tolket. Kommunikasjon og samhandling påvirker hverandre (Eide & Eide, 2017, s.17).

4.0 Metode

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Målet med kvalitative studier er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv og kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017).

4.1 Bakgrunn for valg av metode

For å svare på mitt forskningsspørsmål har jeg valgt å bruke en beskrivende – og utforskende kvalitativt design. Dette fordi jeg ønsker å få innsikt i de eldre sine egne opplevelser av tiltaket helsefremmende hjemmebesøk og deres fortellinger gjennom individuelt intervju som til slutt vil utgjøre en sammenhengende tekst. Deres erfaringer bidrar til kunnskap som skapes, gjenskapes og formidles gjennom samhandling og samtale. Samtidig kan det gi nærvær mellom meg som forsker og den som blir forsket på. Det gir muligheter for fordypning i temaet som igjen er viktig for å få et godt datamateriale.

4.2 Individuelt intervju

Ifølge Kvale skal det kvalitative intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden, slik at det er mulig for vedkommende å fortelle om meningsinnholdet, og forstå sider av ved intervjupersonenes dagligliv fra hans eller hennes eget perspektiv (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

Det kvalitative intervjuet er en metode som egner seg når vi er ute etter å finne individuelle synspunkter eller individuelle fortolkninger av et fenomen. (Malterud, 2002). Derfor har jeg valgt å ha en fenomenologisk tilnærming ved bruk av individuelle intervju som metode i min undersøkelse.

4.3 Planlegging og gjennomføring av intervju

Jeg utarbeidet et informasjonsskriv (vedlegg 3) og brukte ferdig samtykkeskjema som mal, hentet fra NSD (vedlegg 1). Dette ble sendt til NSD sammen med prosjektskisse som ble godkjent sommeren 2020. Deretter sendte jeg søknad til FEK (vedlegg 2). Nå kunne rekrutteringsprosessen begynne. Jeg var heldig og fikk et tips fra en medstudent om å kontakte en spesialergoterapeut som jobber i en kommune i Sør-Norge og som har stått sentralt i arbeidet med forebyggende hjemmebesøk. Vi kom i dialog og h'n var veldig positiv til min studie og ville hjelpe meg å finne informanter. H*n fikk oversikt over mine inklusjonskriterier. Jeg hadde et ønske om å inkludere 10 informanter, men i samråd med portåpner ville 8 være godt nok i en slik studie. Kriteriene var at jeg ønsket to enslige menn, to enslige kvinner samt to ektepar. Alle måtte ha hatt et besøk i løpet av de siste to

årene, og gjerne noen som har hatt oppfølgingsbesøk for å få et mer helhetlig bilde av opplevelse og erfaring med helsefremmende hjemmebesøk.

Utvalget besto av til slutt av totalt 7 eldre hjemmeboende fra en kommune i Sør-Norge som har/hatt helsefremmende hjemmebesøk de siste to årene. Alder 78-88 år. Jeg satt av 60 minutter/pr. intervju og skulle gjennomføres innen desember 2020. Jeg ringte til de aktuelle informantene som hadde muntlig sagt «ja» til deltagelse, og avtalte møtetid over telefon. Intervjuene ble gjennomført i oktober 2020. Før jeg satt i gang med intervjuene, utarbeidet jeg en enkel intervjuguide (vedlegg 4), som skulle hjelpe meg å holde meg innafor mitt tema, som en huskeliste. En intervju- eller temaguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på det som utforskes. Intervjuspørsmålene hadde til hensikt å åpne opp slik at opplevelsen av HHB ble belyst fra ulike perspektiver (Ellingsen & Drageset, 2010).

Underveis var det en informant som likevel ikke ønsket å delta i studien, og med covid-19 situasjonen i landet og med avgrenset med tid, ble det utfordrende å få tak i nye informanter. Jeg valgte da å ikke gå videre med dette. Intervjuene foregikk hjemme hos informantene.

4.4 Etiske overveielser

Jeg har et ansvar over for at de etiske overveielserne blir ivaretatt under hele studien (Malterud, 2017). Min deltagelse i prosjektet var på informantenes premisser, jeg unngikk å lede inn eller manipulere til ønsket svar i undersøkelsen. Som forsker er jeg deltager i feltet jeg henter inn mitt materiale fra (Malterud, 2017). Mitt vitenskapsteoretiske ståsted, verdi og kunnskapssyn kan ha betydning for dataene som skapes. Hele forskningsprosessen og det dynamiske aspekt i intervjusituasjonen blir etter best evne tydeliggjort, dette har stor betydning for troverdigheten i studien (Ellingsen & Drageset, 2010).

4.4.1 Konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer at informasjon begrenses til dem som er autorisert til å ha tilgang til den. Informantenes anonymitet ble sikret gjennom transkriberte intervju og inneholdt ikke navn eller annen data som kunne identifisere deltagerne. All data ble låst. Informantene ble også informert skriftlig og muntlig om alt som blir gjort med informasjonen og deres rettigheter. Transkribert intervju -og lydopptak slettes når oppgaven er levert og sensurert. Lydopptak ble først igangsatt etter at presentasjon og

praktisk informasjon var overstått. Informantene skal føle seg trygge på at personvernet og anonymiteten blir godt ivaretatt.

4.4.2 Samtykke

Det ble gitt fritt informert samtykke over telefon. Det ble sendt ut et informasjonsskriv til informantene om prosjektet som inneholdt beskrivelse av hensikten med undersøkelsen og retten til å trekke seg fra studien. Jeg leste opp informasjonsskrivet med skriftlig samtykkeskjema høyt når jeg var fysisk tilstede for å gjennomføre intervju for å forsikre meg om at informantene forstod innholdet og hensikten med prosjektet godt nok, slik at de kunne ta stilling til deltagelsen. Informantene skrev under på skriftlig informert samtykke etter at informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig før jeg startet intervjuet.

4.5 Datainnsamling og Analyse

Analysen består i å stille spørsmål til det empiriske materialet, lese og organisere data systematisk i lys av dette med støtte fra relevant teori og å gjengi svarene på en forståelig måte. I en kvalitativ studie pågår analysen helt frem til produktet er ferdig og der fleksibilitet er en viktig og nødvendig del ved kvalitative studier. Underveis kan ting endre seg i takt med det en ser gir relevant informasjon (Malterud, 2017).

Min datainnsamling ble innhentet fra de individuelle intervjuene og ble analysert i lys av Graneheim og Lundman (2004) sin forståelse av kvalitativ innholdsanalyse:

Jeg leste og lyttet til intervjuene flere ganger for å få en helhetsoppfatning. Videre ble intervjuene transkribert. Etter transkriberingen hentet jeg ut deltagerens opplevelse av helsefremmende hjemmebesøk og samlet dette til en tekst. Denne teksten ble videre delt inn i *meningsenheter* som videre ble *kondensert*, ved hjelp av tabeller. De kondenserte meningsenhetene ble *merket med fargekoder*. Teksten ble *vurdert etter* kondisering og markering av koder. Deretter kunne jeg *sammenligne kodene* med likheter /ulikheter og *sortere* dem i kategorier og underkategorier. På denne måten kom frem til en overordnet hovedkategori som til slutt utgjorde selve innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Se eksempel nedenfor:

Tabell 1. Eksempel på analyse fra meningsenheter til kode

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
<p>«jeg synes det var veldig trygt å få det besøket. At kommunen ser oss»</p> <p>«Jeg tenkte veldig ofte det at hvis jeg hadde vært alene du verden og godt at det kommer noen. forts- allerede på det tidspunktet»</p> <p>«vi følte en sånn omsorg og kjære tid vi blir jo tatt vare på, det er noen som bryr seg og ser etter de gamle»</p>	<p>det var veldig trygt å få det besøket. At kommunen ser oss</p> <p>tenkte ofte hvis jeg hadde vært alene du verden og godt at det kommer noen. forts- allerede på det tidspunktet</p> <p>følte en sånn omsorg og kjære tid vi blir jo tatt vare på, det er noen som bryr seg og ser etter de gamle</p>	<p>trygt å få besøk, at kommunen ser oss</p> <p>hvis jeg hadde vært alene du verden og godt at det kommer noen. forts- allerede på det tidspunktet</p> <p>følte omsorg, vi blir jo tatt vare på, det er noen som bryr seg etter de gamle</p>

Tabell 2. Analyse fra det manifeste innholdet. Kategori og subkategori som beskriver hvordan de eldre opplevde å få helsefremmende hjemmebesøk.

Kategori	Sub kategori
Trygghet	<p>Fra usikkerhet til bevissthet</p> <p>Vi har fått en kontaktperson</p> <p>Den gode samtalen</p> <p>Kommunen viser at de ser oss</p> <p>Verdien av å ha nære relasjoner</p>

5.0 Presentasjon av funn

Ved hjelp av analysen kom det frem at «opplevelse av trygghet» er noe som ble gjentatt og som da har resultert i at det ble min hovedkategori. Fenomenet trygghet blir tolket på flere måter. Jeg har valgt å bruke skadeforebyggende forum sin beskrivelse av trygghet. Den lyder slik:” *en opplevd, vesentlig subjektiv følelse av fysisk forutsigbarhet i omgivelsene, og som omfatter fysiske, psykiske og sosiale forhold knyttet til individ og samfunn, inkl. tilhørighet, mestring og livskvalitet.*” (Skadeforebyggende forum, 2016).

I denne sammenfatningen ble «opplevd trygghet» som nevnt hovedkategorien. Denne kategorien ble delt opp i fem tilhørende subkategorier; trygghet knyttet til: bevissthet, å få en kontaktperson, «den gode samtalen» - samtalens innhold igjennom dialog og informasjon, kommunen viser at de «ser oss» og trygghet knyttet til nære relasjoner. Analysen avdekket det manifeste innholdet. Jeg har ikke klart å avdekke et tydelig latent innhold igjennom analysen. Nedenfor blir funnene presentert subkategorisk fra det manifeste innholdet.

5.1 Fra usikkerhet til bevissthet

Flere av informantene visste ikke helt hva HHB var eller hensikten med tilbudet. Det var ulike refleksjoner som kom frem i forkant av besøket deriblant var det en av informantene som hadde gjort seg noen tanker som «*har jeg blitt så gammel? Og hvorfor skal jeg ha dette besøket?*» *For jeg følte meg jo så frisk» - (I Nr.7).* En annen forteller at de ikke var så bevisste den gangen de fikk besøket, men at det passet godt. «*og det svarer til det om vi hadde noen forventning den gangen, usikker på om vi var så bevisste, men det har passet godt» - (I Nr. 5).*

Det som er en fellesnevner mellom de som ikke hadde forventinger -og eller som var usikre på hvorfor de ble tilbudt et HHB, var at de ble positivt overasket. «*vi visste jo egentlig ikke hvorfor hun skulle komme så vi hadde ingen forventinger, men vi ble veldig positivt overasket»- (I Nr. 5).* Denne positive opplevelsen kommer blant annet av å få god informasjon igjennom dialogen i samtalen under besøket som videre gav en opplevelse av ytre trygghet «*når jeg fikk besøket og fikk vite om innholdet i tjenesten så fikk jeg en helt annen innstilling, for det gav meg ytre trygghet» - (I Nr.7).* En annen forteller at besøket i seg selv opplevdes som trygt «*jeg synes det var veldig trygt å få det besøket» - (I Nr. 2).*

Jeg utførte mine intervju hjemme hos informantene og hadde dermed mulighet å observere omgivelsene og kroppsspråk. Det var ikke et menneske som ikke smilte og lo under intervjuet, de snakket om deres opplevelser med en sånn glede og god energi. De var stolte av å kunne dele sine erfaringer med og om deres kommune og besøket de fikk. *«det var noe som løftet den riktige veien» - (I. Nr 4).* Hos det ene ekteparet forteller mannen, mens han holder hendene sammen og lukker øynene mens han sier *«Vi følte vi ble virkelig ivaretatt» - (I. Nr 4).*

Som nevnt tidligere hadde de færreste hørt om HHB, det var det likevel noen som hadde hørt om det, men ikke i regi av kommunen. De hadde hørt om dette av naboer og bekjente som har hatt besøk før dem. *«Jeg har en nabo, en hyggelig nabo og venninne som er et år eldre enn meg *ler* så det hadde jeg. Hun satte veldig stor pris på det» (I Nr. 2).* Dette er noe som tyder på at «rykter sprer seg» og de eldre snakker sammen. *«jeg hadde jo hørt at hun har vært rundt om hos andre, så det var greit» (I Nr.1).* To av mine informanter har videre delt sine erfaringer og opplevelser de hadde fra sitt HHB til sine venner og bekjente. Det kommer tydelig frem fra en av informantene *«vi har vært veldig fornøyd og jeg har fortalt det til flere. Noen av vennene våre har også hatt besøk og de sier også det var veldig bra. Snakker om hvor godt det er å bli tatt hånd om og tenkt på. Snakket senest med en i går, hun hadde hatt besøk og var veldig fornøyd med det» - (I Nr. 3).*

Det kommer også frem i mine funn at HHB oppleves både som nødvendig og fornuftig. *«Jeg syns jo at det var veldig fint også litt sånn generelt så syns jeg det er veldig nødvendig. Jeg snakker også for andre rundt her som kanskje har hatt mindre oversikt på alt dette enn jeg har hatt» - (I Nr.2) og «vi syns det var et fornuftig prosjekt» (I Nr. 6).*

Alle mine informanter ser veldig frem til nytt besøk. *«vi gleder oss til hun kommer igjen» - (I Nr. 6).* De som enda ikke har fått tilbud om oppfølgingsbesøk vil gjerne ha det *«ja, det vil jeg takket ja til» - (I Nr. 2).*

«Helsefremmende besøk, det vil jeg anbefale sterkt, for vi vet ikke når vi får behov for de tingene de kan fortelle for oss» - (I Nr. 2).

5.2 Vi har fått en kontaktperson

Å få en kontaktperson var betryggende, det å ha en fast person som de kan kontakte ved behov. Samtidig opplevde de at denne personen hadde god formidlingsevne. Hun hadde evne til å utfordre den eldre selv med å komme med løsninger, uten å overstyre. Styrke de evner en har på tidspunktet for besøket.

«og en av de gode tingene med henne som var hos meg var at ho hadde evne til å utfordre den eldre selv til å komme med løsninger, uten å overstyre eller at det blir en plikt og det er etter min mening en vesentlig ting når du kommer og skal hjelpe et menneske at den ikke tar ifra eller gjør dem hjelpeløse, men at en styrker de evnene de har for det tidspunktet for besøk» - (I Nr. 7).

«forløpende tid så har vi jo hatt en god helse og ikke hatt noe særlig behov for det, men vi har jo visst at hvis det er noe så ja» - (I Nr. 5). «Vi har jo fått en kontaktperson» - (I Nr.5).

«Når det kommer en som jeg hadde, som er så kjent i kommunen å ja, kunne så mye så var det veldig nyttig og trygt» - (I Nr. 2)

«Vi har stadig fått påfyll om ting som kunne være aktuelt - (I Nr. 5).

Det viste seg at alle informantene hadde kjennskap til veilederen som skulle utføre det HHB, noe som også var betryggende for dem.

«Vi kjente jo henne jo litt til henne fra før» - (I Nr. 3).

«Vi kjente til navnet fra der vi bodde før og hadde litt peiling på hennes bakgrunn» - (I Nr. 6).

«Jeg hadde jo hørt at hun hadde vært rundt om hos andre, så det var greit» - (I Nr. 1).

«veldig hyggelig å ha en helsearbeider som er kjent i den kommunen, så for meg var det veldig nyttig og fint» - (I Nr.2).

En av informantene snakker om kjemien mellom dem: *«Jeg vil si at det var en umiddelbar god kontakt mellom oss, veldig god kjemi synes jeg» - (I Nr.6).* En annen snakker om hvor perfekt alt var og hvor hyggelig den personen var som utførte besøket. *«Alt, sammen var helt perfekt, hun var jo veldig hyggelig, og det er hun jo» - (I Nr.1).*

Det å være et medmenneske i møte med brukeren var viktig faktor. En av informantene beskrev dette tydelig: *«det menneske som kom til meg hadde sin faglige integrering i et*

menneske og det er stor forskjell om du kommer med bare faget, eller om du kommer med mennesker og faget. Fordi at det hvis menneske er borte så blir faget intet» - (I Nr. 7).

«Jeg følte at hun hadde, fremsto med god oversikt og i samtalen og god oversikt over det som skulle bringes til brukeren» - (I Nr.7).

Det er litt forskjellig fra kommune til kommune når det tilbys oppfølgingsbesøk. I den kommunen hvor jeg foretok min undersøkelse får alle spørsmål om nytt besøk etter 4 år, om annet ikke er avtalt. Ut ifra mine funn var det variasjon på dette, noen hadde avtalt besøk etter 2 år, andre har fått besøk hvert år og noen har ikke avtalt enda. Det som var felles for alle informantene var at alle ville ha et oppfølgingsbesøk – og har allerede eller vil takke ja til det når tilbudet kommer.

Informantene som allerede hadde fått oppfølging i etterkant av HHB kunne fortelle om en opplevelse av god oppfølging, noe som opplevdes betydningsfullt.

«Det inntrykket jeg satt igjen med....hun var inspirerende, og pliktoppfyllende» - (I Nr. 7).

«hun opplyste om hva hun trengte (I Nr. 4).

«hun skulle komme vel komme igjen om 2 år» (I Nr.3).

«var veldig flink til å følge opp. Både på det jeg og kona har opplevd det Samme» - (I Nr. 7).

«Så har årene gått, og vi har hatt besøk hvert år, og gleder oss til hun kommer igjen» - (I Nr. 5).

5.3 Den gode samtalen

Målet med det helsefremmende besøket er at eldre skal leve et godt og selvstendig liv. Besøket består av en samtale som setter søkelys på den enkeltes egne ressurser. Tema for samtalen er meningsfylt aktivitet, sosial deltakelse, samt trygghet og sikkerhet i hjemmet. Det blir spesielt lagt vekt på hva den eldre selv mener er viktig for å ivareta egen helse (Førland & Skumsnes, 2017).

Informantene forteller at de fikk en god gjennomgang om ulike tilbud i kommunen og hvordan bo hjemme lengst mulig. De snakket om hvordan de har det og hvordan de føler

det. De eldre ble utfordret til å komme med løsninger. Informasjonen de fikk i samtalen handlet om hvordan de skal styrke sine egne evner på det tidspunktet av besøket.

«ho hadde evne til å utfordre den eldre selv til å komme med løsninger, uten å overstyre eller at det blir en plikt og det er etter min mening en vesentlig ting når du kommer og skal hjelpe et menneske at den ikke tar ifra eller gjør dem hjelpeløse, men at en styrker de evnene de har for det tidspunktet for besøk» - (I Nr.7).

Veilederen på dette besøket formidlet sin kompetanse på en slik måte som at de eldre opplevde at deres historie og mening er viktig, og at veiledningen var til det gode for dem.

«det merket vi godt, at det var til det gode for oss» - (I Nr.3).

«vi fikk jo en veldig god i gjennomgang i dette her fortalte om tilbud vi kunne og hvordan vi kunne bo hjemme lengst mulig» - (I Nr. 5).

«og snakket om det som kunne være problemer i den tiden vi gikk i møte» - (I Nr. 5).

«hun spurte hvordan jeg hadde det og hvordan jeg følte det, om jeg klarte meg alene å ikke vel»- (I Nr. 1).

«Vi følte vi fikk informasjon om ting som var viktig å få tak i» - (I Nr. 4).

«jeg fikk frisket opp informasjonen på det besøket» - (I Nr. 2).

«Vi er flinke til å gå mere turer, det er en bokskog rett i nærheten som er et helsegodes i seg selv. Det er lettere å gå i skogen enn på asfalten. Jeg bruker staver når jeg går tur sånn for sikkerhetsskyld, er livredd for å kante» - (I Nr. 4).

Videre var en informant som ikke visste at hvis hun for eksempel ble syk så kunne hun få ferdig pakket middag levert hjem *«kokken på X som lagde mat og da fikk jeg jo rede på at hvis jeg var syk og ikke orket å lage mat så kunne jeg ringe så kunne den matombringen komme inn til meg for noen dager, behøvde ikke bestille for «alltid» - (I Nr.1).* For henne var dette nyttig informasjon.

Under intervjuet kom vi inn på dette med trygghet og sikkerhet i hjemmet. Da forteller de om ulike tema som ble tatt opp og forteller om mappen som inneholdt ulike brosjyrene som de fikk utdelt og snakket om på det første HHB. Brosjyrene beskrives som gode, relevante og ga en ytre trygghet.

Brosjyrene var gode og relevante:

«De brosjyrene er greie å ha» - (I Nr.2).

«ja, det gjør det. Det er helt sant, helt fantastisk mappe» - (I Nr. 3).

«jeg har tatt vare på alle de brosjyrene og når vi skulle møtes neste gang så hadde jeg forberedt meg litt og sett. Har jeg noe og spør om? - (I Nr.6)- «ja, det tror jeg er hovedinntrykket vi sitter igjen med» - (I Nr.5).

«jeg synes det har vært veldig relevant det som var i disse brosjyrene»

Brosjyrene ga en opplevelse ytre trygghet:

Trygghet handler om i denne sammenheng det å være opplyst, informert og få en oversikt. Ytre trygghet handler også om hjelpemidler, teknologi og hva en selv kan gjøre for å forebygge eksempel fall og ulykker i hjemmet og for å bo lengst mulig hjemme.

Å bo hjemme var viktig for alle mine informanter. Brosjyrene opplevdes som nyttig, også når man glemmer. Noen informanter har anskaffet seg hjelpemidler de synes var viktige andre har iverksatt egne tiltak for å redusere faren for ulykker som å fjerne tepper og løse gjenstander etter at de har blitt bevisste og oppmerksomme på hensiktsmessige forbyggende tiltak basert på informasjonen gitt under og etter besøket.

«vi har fått brosjyrer om fysisk aktivitet og om fare i hjemmet og har fått hjelpemidler som vi synes har vært viktige» (I Nr.3).

«Det som ligger i mappen som jeg fikk er veldig nyttig for meg, når jeg glemmer kan jeg jo ta den også har jeg det» - (I Nr.2).

«Jeg visste en del om hjelpemidler og hjelpemiddelsentralen, men det nye nå var jo at jeg fikk høre mer om hjelpemidler for eldre» - (I Nr.2).

«men også bevisstgjort gjort litt på hva er det dere må passe og tenke på» (I Nr. 5) – «ja, også blitt oppmerksom på farer som kan være i hjemmet for det er jo der de fleste ulykkene skjer» - (I Nr.6).

«Vi har fjernet tepper og løse kabler. Kjøpt flate tepper, der den ene er litt for høy, den skal vi få byttet ut» - (I Nr. 5).

Brosjyrene mister sin verdi om de kun hadde blitt vist og levert. Samtalen de hadde på besøket omhandlet det blant annet det som sto i brosjyrene, men de kom helt til slutt og det gjorde at det ble en sammenheng og opplevdes som meningsfullt og oversiktlig.

«du kan si at hadde det kommet en og bare presentert brosjyrer, altså bare lagt igjen brosjyrene og gått, det hadde blir veldig intuitivt og kastet. Men brosjyrene kom helt til

slutt og hva vil et gjøre med de brosjyrene, så der var det ingen styring, men et tilbud. Så det jeg sitter igjen med er jo trygghet da» - (I Nr. 7).

Det å bli opplyst om ulike tilbud i kommunen og hjelpemidler for eldre var noe som ble satt pris på og flere av informantene har tatt imot – og eller etterlyst tilbud etter HHB. Selv om de ikke har benyttet seg av alle tilbudene har de fått en oversikt, noe som opplevdes betryggende.

«Nei, vi har ikke brukt alle tilbudene, men vi har fått en oversikt.» - (I Nr.5).

Da kom hun inn med sånn...ah...hva heter .. til komfyr. Komfyrvakt. Så det har jeg fått. Veldig greit, fort gjort å glemme komfyren»- (I Nr. 1).

«fikk en sånn komfyrvakt, det hadde ikke vi på vår komfyr, altså alt mulig praktiske ting» - (I Nr.5)- «den er altså så aktiv» - (I Nr.6).

«brosjyre om komfyrvakt. foreløpig er jeg en flink sjekker hver kveld så jeg har ikke skaffet meg det» - (I Nr.2).

«jeg har jo gått i på kommunens nettsider og funnet ut trimtilbud for oss, synes det har vært en god ting å få oversikt over hvilke tilbud som finnes i kommunen for oss - (I Nr.6).

Velferdsteknologi var for de fleste et nytt begrep. Noen av tingene kunne vært aktuelle, mens andre ting som skal overta den menneskelige kontakten ses på negativt. *«her var det ordet jeg lette etter, velferdsteknologi. De spennende tingene som kunne overta inne i huset vårt og ler, men jeg sier stopp om det kommer en sånn robot figur og skal snakke med meg» - (I Nr.1)*

«å prøve ut sånn skjermbehandling for pasienter og da fikk jeg spørsmål om jeg følte meg trygg eller overvåket. Hvis jeg skulle bruke det i dag så ville jeg følt meg overvåket, men hvis jeg var helt alene og trengte hjelp så ville det blitt trygghet» - (I Nr.7).

Den var en av informantene som hadde fått en ny telefon som skulle være lettere å bruke i eksempel en akutt situasjon, dette synes hun nå var litt vanskeligere enn smarttelefonen hun allerede hadde, men var positiv til å lære den. *«må bare lære meg det så skal jeg klare det» - (I Nr.1).*

Under tema fallforebygging ble det mye latter fra tre av informantene, de synes dette var veldig morsomt og gøy, men samtidig var det også vanskelig, og de fortalte meg om hvor viktig for dem dette var å øve seg på.

«Det var så morsomt for det hun skulle sjekke var om jeg klarte å reise meg når jeg lå på gulvet, og det hadde jeg ingen problemer med. Føttene mine er gode selv om andre ting kan være ymse» - (I Nr.2).

*«ja det hadde vi det gøy med, komme seg opp av gulvet, men det var vanskelig» - (I Nr. 3 -
» ja, og mange ting, øve på balanse. Hun drev å strev for oss på gulvet her. Vi forsøkte, men det var ikke lett, men vi på bare trene på det» - (I Nr.4).*

5.4 Kommunen viser at de ser oss

Refleksjoner under og etter besøket beskriver informantene at de sitter igjen med en opplevelse av at noen bryr seg og ser etter de gamle. De følte en omsorg og at de ble ivaretatt. Det kom frem refleksjoner rundt å være alene eller være to. Delte tanker om, hadde en vært alene, hvor godt det er at det kommer noen allerede på det tidspunktet. Det å være to som kan snakke sammen er en trygghet i seg selv er det noen som forteller.

«Jeg tenkte veldig ofte det at hvis jeg hadde vært alene du verden og godt at det kommer noen. forts- allerede på det tidspunktet» - (I Nr. 7).

«vi følte en sånn omsorg og kjære tid vi blir jo tatt vare på, det er noen som bryr seg og ser etter de gamle» - (I Nr. 4).

«jeg nevnte dette med helse at vi har hatt relativ god helse, men det som kanskje er vel så viktig er at vi har vært to. Jeg vil tro at en gammel mann kan, særlig, men kanskje også kvinner ha litt verre for å finne ut om «hva er det jeg trenger egentlig» sikkert ingenting. Vi to har jo kunnet snakke sammen» - (I Nr. 5).

Videre forteller informantene om at det er fornuftig av kommunen å få en oversikt over sine eldre folk, opplevelse av at vi har «kommet med» og at de eldre selv også får en oversikt hvor mange gamle det er i kommunen. Det var trygt å så få besøk, og ga en opplevelse av å bli sett av kommunen.

«ja, det synes jeg var veldig greit, nå vet vi jo hvor mange gamle det er her, nå har vi jo kommet med og vet hvem som er hvem, ikke vel» - (I Nr.1).

«Jeg synes det var veldig trygt å få det besøket. At kommunen ser oss» - (I Nr. 2).

«Fornuftig prosjekt, at kommunen fikk en viss oversikt over sine folk, sine gamle folk. Så har årene gått og vi har hatt besøk hvert år (I Nr. 5).

«Når vi da skulle ha besøk av kommunen med dette hjemmebesøket da så vi frem til det. Jeg følte det var veldig betryggende, vi blir jo litt eldre selv om vi ikke alltid føler det» - (I Nr. 3).

5.5 Verdien av å ha nære relasjoner

Det kommer frem i mine funn at det å klare seg hjemme så lenge en kan er noe som sterkt vektlegges, og samtidig kunne få tak i noen hvis man trenger hjelp «Jeg ønsker å klare meg hjemme så lenge jeg kan og blir det vanskelig så kan jeg jo få fatt i et menneske» - (I Nr.1) og en av de tingene denne informant gjør for å opprettholde helsa er å bevege seg «har klart meg helt til nå, må jo gjøre noe, kan ikke sette meg til. Da kan jeg ikke gå snart» - (I Nr.1.) «Jeg har vondt i kneet og det er ikke godt, men jeg må bare fortsette å gå, kan ikke stoppe opp. Får heller ha litt vondt innimellom, så kan jeg sette meg. Kan gjøre akkurat hva jeg vil, det er ingen som maser på meg» - (I Nr.1). Hun fortsetter å være i bevegelse på tross av smerter, for å mestre hverdagen og for å kunne på hjemme.

Det er også viktig for informantene å ha barn og barnebarn i nærheten, det gir trygghet og ikke minst godt for helsa og hvordan de opplever den. «føler meg ikke alene, har barna mine rundt her» - (I Nr. 1). De fleste hadde barn i nærheten, men det var også noen som ikke hadde det. Dette opplevdes som trist, selv om de samtidig opplever å bli passet på. «Har to barnebarn i X som jeg gjerne vil følge opp noen år til, så det er jo litt drivkraften» - (I. Nr2).

«Vi er veldig privilegerte, vi har alle barna våre her og barnebarn» - (I Nr. 4).

«vi kjøpte det sånn slik at alle barna og barnebarna kunne være her, I sommer var vi 13 som overnattet så vi trenger plassen» (I Nr. 6).

«Vi to har jo kunnet snakke sammen som sagt, så har vi jo også voksne barn som passer på oss, selv om vi nå synes de er her for sjeldent, de kommer hit» - (I Nr.5) - «de bor langt vekk» -(I Nr.6).

Videre omhandler denne subkategorien om det hvordan de selv opplever alderdommen, og deres fortellinger om hva som gir dem positivitet i hverdagen. Lett tilgang til natur er noe

som anses viktig for helsa. Flere snakket om forventinger i livet, at man fort kan miste seg selv. Andre har reflektert over livet og vært fornøyd med det, det å bli gammel er flott.

«vi blir jo litt eldre selv om vi ikke alltid føler det. vi prøver holde på alt det som er positivt»

«Vi er flinke til å gå mere turer, det er en bokskog rett i nærheten som er et helsegodes i seg selv. Det er lettere å gå i skogen enn på asfalten» - (I Nr.4).

«ingen av oss ville bodd her om vi var alene, vi er så glade i utsikten og hagen» - (I Nr.6).

«Det er de tankene jeg hadde fordi det er så mye prestisje å være i vår tid og det gjøt at vi mennesker kan bli borte. I dette å være. Mister seg selv rett og slett» - (I Nr.7).

«Nå har jeg kommet så langt at jeg tenker at jeg har blitt gammel og det er et hedersord, folk må slutte å skrive om det. Det å være gammel, det er flott (I Nr1).

6.0 Diskusjon

Hensikten med studien min var å utforske og beskrive hvordan de eldre opplevde helsefremmende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket hadde for dem. Diskusjonen drøftes subkategorisk ut fra mine funn i lys av salutogenese, empowerment og kommunikasjon/dialogbetydning.

6.1 Fra usikkerhet til bevissthet

Flere av mine informanter visste ikke helt hva HHB var og kjente ikke til hensikten med tilbudet. Det var ulike refleksjoner som kom frem i forkant av besøket. En informant hadde stilt seg kritisk til hvorfor han skulle ha et slikt besøk da han følte seg så frisk, men når han fikk besøk og fikk vite om innholdet så endret han innstilling. Det kan tenkes at disse tankene kommer av at flere eldre føler seg friske og oppegående og ikke ser hensikten med tilbudet på tidspunktet for besøket, slik som en beskrev det. Det kan tyde på mangel på tydelig informasjon i forkant av besøket, om hva er dette egentlig handler om og hvorfor akkurat *du* får tilbud om dette besøket. En svensk studie publisert av Behn med flere en kommer det frem et todelt perspektiv på FHB. Noen opplevde at besøket førte til en styrking av tro på sin evne til å ta vare på egen helse, og større bevissthet om viktigheten av å involvere seg i helsefremmende aktiviteter, mens på den andre siden opplevde noen eldre at besøket ikke hadde noen verdi, ettersom de opplevde seg selv som så friske og

spreke at de ikke var motiverte eller mottakelige for informasjon om helsefremmende tiltak (Behm, Dahlin-Ivanoff, Ziden & Zinden, 2013).

Videre forteller to andre av mine informanter som har hatt flere besøk at de ikke var så bevisste den gangen de fikk det første HHB, og at de ikke hadde dannet noen forventninger. Bevisstgjøring er en viktig del av å kunne ta styring over sitt eget liv (Tveiten, 2016,). Det som er en fellesnevner mellom de som ikke hadde forventninger og/eller var usikre på hvorfor de ble tilbudt et HHB, var at de ble positivt overasket og besøket opplevdes som trygt. Tøien med flere publiserte en studie som gikk ut på hvordan eldre forstår innsikten med FHB (Førland & Skumsnes, 2017). Deres funn står i samsvar med mine, rundt manglende forståelse knyttet til hva FHHB egentlig er og målsetningen med tilbudet/tiltaket. Fra deres studie var det flere som kunne tenkt seg mer informasjon i forkant og at opplevelsen under samtalen og etter besøket opplevdes som positiv. Lignende resultater kommer også frem i en kvalitativ studie fra 2016, av Sjøbø og medarbeidere hvor de skriver at de eldre hadde vage forventninger i forkant av besøk, men likevel opplevde å bli sett og at innholdet var nyttig (Førland & Skumsnes, 2017, s. 27). Det belyses i mine funn at HHB førte til en ytre trygghet når en fikk vite mer om selve innholdet tjenesten. Ytre trygghet handler blant annet om kjennskap til både egne ressurser og muligheter.

Følge Antonovsky har den enkelte en opplevelse av sammenheng når den enkelte opplever tillit til at den verden en møter, i rimelig grad er strukturert, forutsigbar og forståelig og har de ressurser en behøver for å møte verden i rimelig grad tilgjengelig, at de krav som verden stiller er verdt å satse på og engasjere seg i (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Alle tre elementene behøves og samvirkes. Hvis vi forsøker knytte opp SOC mot HHB og ser på det som informantene forteller oss om manglende forståelse, forventning og at en ikke var bevisst ser vi at elementet *håndterbarhet* er svekket eller fraværende. Forståelighet skapes ved å gi – og motta god informasjon. Samtidig er det viktig å få frem at på tross usikkerheten, så ble allikevel en positiv opplevelse, som var nyttig og gav trygghet hos informantene. Da ble opplevelsen *håndterbar*. Håndterbarhet oppnås når ens indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbar og forståelig. Når informanten fikk vite innholdet i besøket i samtalen, ble det HHB opplevd *begripelig* og fikk en annen innstilling noe som førte til *meningsfullhet*. Det var verdt å engasjere seg i. og dermed ble det oppnådd det som Antonovsky mener er hensikten med SOC.

En måte å forsøke å forhindre den mangelfulle bevisstheten og forståelse av tilbudet er å synliggjøre hensikten med HHB på en bedre måte for å skape en bedre forståelse. Det er slik at eldre mellom 78-80 år (varierer fra kunne til kommune) får generell informasjonen tilsendt i posten, senere får den enkelte et nytt brev med besøksdato og tid. Her tenker jeg det er mulig å gjøre en ending ved å eventuelt ringe noen dager før og snakke om innhold og hensikt og hva de eldre kan forvente?

Videre er det viktig i «bli kjent fasen» på besøket at veileder legger til rette for å bli kjent. Denne fasen handler om å skape en relasjon mellom den eldre og veilederen. Veileder må da kunne legge til rette for en tillitsfull relasjon. Dette for at den eldre skal bli mottakelig for veiledning og skape en arena der det er mulig for den eldre å forstå hva som foregår og kunne nyttighets gjøre seg av dette (Tveiten, 2016).

Førland & Skumsnes, 2017 skriver at flere av utviklingsprosjektene og veiledere trekker fram betydningen av å bruke god tid i starten av besøket på å opparbeide en trygg og tillitsfull relasjon og å klargjøre besøkets formål. En slik atmosfære og forventningsavklaring er selve grunnlaget for det som skal foregå i møtet

Ålesund kommune har systematisk gjennomført FHB siden 2001 og er en av landets kommuner med lengst erfaring når det gjelder denne formen for tilbud til eldre. Deres vurderinger bygger på individuelle intervjuer med 30 eldre personer som har mottatt forebyggende hjemmebesøk, samt ett fokusgruppeintervju med seks fagpersoner og ledere som har vært engasjert i slik aktivitet. Analysen av intervjuene tyder på at FHB kan skape større grad av trygghet for friske eldre. De skriver at de eldre opplevde besøkene som en trygghet selv om de var friske, og de mente at det var en god måte å få informasjon fra kommunen på. FHB kan da fungere både som en informasjonskanal, og styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på egen helse (Skovdahl, Blindheim & Alnes, 2015). Ved å styrke de eldres egne ressurser og ha tro på egen evne til å ta vare på egen helse, oppnås Empowerment.

6.2 Vi har fått en kontaktperson

Det opplevdes betryggende å få en kontaktperson. Informantene fortalte at det var godt å forholde seg til en fast person som de kan kontakte ved behov. Alle mine informanter hadde en viss kjennskap til den som skulle komme fra kommunen, og når det kommer en

som er så kjent i kommunen opplevdes det betryggende. Å få en relasjon med en fast kontaktperson skaper en tillit (Tveiten, 2016). Når man gir tillit over til en annen person, kaller Antonovsky det for «legitim annen» (Antonovsky, 2012, s. 40) Håndterbarhet handler om å ha tro på at en kan finne frem til løsninger og finne de nødvendige ressursene til å mestre livets utfordringer. Det handler om i hvilken grad man oppfatter at det står ressurser til ens rådighet: ressurser som er tilstrekkelige til å klare de krav man blir stilt ovenfor av de stimuli man måtte hankses med. “Til ens rådighet” kan bety ressurser man selv har, eller de kan kontrolleres av det som Antonovsky beskriver som «legitim annen» (Antonovsky, 2012, s. 40). I denne sammenheng kan det tenkes at det ble oppnådd en «legitim annen» til kontaktpersonen de fikk ved HHB, på bakgrunn av det de eldre beskriver om sine erfaringer om opplevd trygghet igjennom å få en kontaktperson. Opplevelsen av at de ble fulgt opp og at avtaler ble holdt medførte tillit til denne personen. Antonovsky, 2012 skriver at personer som har en høyere grad av opplevelse av håndterbarhet ikke føler seg som ofre for omstendighetene, eller at livet har behandlet dem urett.

Eldre som har hatt besøk over lengre tid opplever at dette har bidratt til å skape trygghet viser en annen studie av Tøien fra 2015. Studien tok for seg hva eldre opplever som nytte av HHB på lang sikt, informantene fra denne studien hadde hatt besøk i 10 år eller mer. Resultatene fra denne studien viste at de eldre opplevde at besøkene bidro til å skape trygghet for dem og at det var trygt å få en *fast* kontaktperson. Det kommer også frem i denne studien at flere HHB over tid bidro til mestring i hverdagslivet (Førland & Skumsnes, 2017). Mestring dreier seg om hvordan mennesker møter belastende situasjoner og kan oppfattes som summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere indre og ytre krav og konflikter. Det handler om å ha tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter og utstyr samt evne til å bruke de ressursene en har (Tveiten, 2016).

Helsefremming i et sykepleieperspektiv handler nettopp om de tiltak som bidrar til mestring av egen helse slik at man unngår sykdom eller reduserer helseproblemer, og om hjelp til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvenser av disse på best mulig måte (Gammervik & Alvsvåg, 2009).

For å støtte opp mine funn og betydning av å få en kontaktperson viser jeg til en annen studie gjennomført av Sjøbbø og medarbeidere, 2016. som i likhet med studien til Tøien,

opplevde de eldre trygghet av å få en kontakt person som de kunne henvende seg til ved behov (Førland & Skumsnes, 2017).

Som tidligere nevnt fra mine funn var HHB en god opplevelse og det som hadde betydning for denne opplevelsen var hvordan veilederen fremsto, hvordan de ble møtt og veilederens formidlingsevne var også av betydning for den helhetlige positive opplevelsen rundt HHB.

Å gjennomføre hjemmebesøk krever spesialkompetanse av de som gjennomfører hjemmebesøkene. Dette gjelder både kunnskap om aldring og aldersforandringer og evnen til å styrke den eldre sin tro på egen mestring. Dette kommer frem i studien til Skovdahl, Blindheim & Alnes, 2015. Ved hjelp av psykologisk empowerment kan pasientens egne krefter styrkes, og opplevelse av maktløshet kan motvirkes. Personen som kommer på besøk, må ha evne til å støtte og bidra til at den eldre får økt kontroll over eget liv. Det skal ikke tilnærmes med makt og styring, den eldre selv skal kunne påvirke situasjonen (Malterud & Walseth, 2004).

Ved HHB kan veilederen formidle faglig informasjon, hjelpe den eldre til å få kartlagt sitt ståsted og sine ressurser, rette oppmerksomheten mot løsninger og tilpasse tiltakene opp mot tilgjengelige ressurser. Dette kan skje på det første besøket, eventuelt over tid og ved gjentatte avtalt oppfølgingsbesøk. Målet er at den eldre oppnår kompetanse til medvirkning i den grad dette er mulig. Når en skal inn å veilede på denne måten i møte med mennesker må en ikke la seg påvirke ens egne ideer eller «planer» på vegne av (i denne sammenheng) den eldre. Dette kan føre til at empowerment-prosessen blir misbrukt. Dette kalles for skjult paternalisme. Forutsetninger for at veileder skal bidra til empowerment er ha en rolle som støttespiller og informant, og å ha gode kommunikasjonsferdigheter preget av gjensidig respekt og tillitt. Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er menneskets egne verdier og ressurser som må stå i fokus (Malterud & Walseth, 2004). Relasjon mellom veileder og den eldre er også viktig for kvaliteten av veiledningen. Dersom relasjonen i veiledningen ikke vektlegges og veilederen hadde vært mer opptatt av egne ferdigheter kan veiledningen bli bare en teknikk og ikke en prosess som involverer en tillitsfull relasjon som tar i utgangspunkt i å møte den eldre der han eller hun er. (Tveiten, 2016).

6.3 Den gode samtalen

HHB består av en samtale som har et søkelys på den enkeltes egne ressurser. Målet med HHB er at eldre skal leve et godt og selvstendig liv. Helsepersonell har et stort ansvar for å hjelpe mennesker til å forstå den situasjonen de er i, til å se egne ressurser og muligheter til å håndtere utfordringer (Tveiten, 2016).

Samtalen er grunnleggende for å etablere god dialog (Førland & Skumsnes, 2017).

Å ha en god formidlingsevne basert på kommunikasjon igjennom dialogen er viktig i en slik kontekst som HHB, hvor helsepersonell skal inn å veilede hjemmeboende eldre. Dette handler om helsepedagogikk, og hensikten med helsepedagogikk er å bidra til utvikling av pasient/brukerkompetanse og mestring gjennom samhandling. Dialog er samtidig den viktigste metoden for å oppnå bevisstgjøring (Tveiten, 2016).

Som jeg skrev innledningsvis under dette kapitlet er hensikten med HHB og FHB å styrke Eldres egne ressurser for å møte alderdommen. Dette kan forstås som egenomsorgsevne (*self-care ability*). Det vil si ferdigheter, atferdsmønster og kognitive evner som bidrar til å opprettholde egen «wellbeing» (Førland & Skumsnes, 2017). Litt vanskelig å oversette direkte til norsk, nærmeste er velvære. En norsk studie har vurdert «self-care ability» som et av utfallsmålene i forbindelse med FHB. Studien så på effekten av et FHB og fem oppfølgingsamtaler over telefon. Utvalget i denne studien bestod av 30 eldre, hvorav halvparten fikk tiltaket mot 15 i kontrollgruppa som ikke fikk tiltak. Resultatene fra denne studien viste at de som fikk besøk og telefonsamtale hadde signifikant bedring i sin mentale helse sammenlignet med kontrollgruppen (Førland & Skumsnes, 2017).

Å bo i eget hjem lengst mulig, krever at den eldre tar vare på seg selv. «Self-care ability», altså egenomsorg, handler om utførelse av aktiviteter som den eldre initierer og gjør på sine egne vegne for å opprettholde egen «well being». Det inkluderer også daglige aktiviteter slik som det å tilberede maten selv og å spise (Tomstad, Soderhamn, Espnes & Soderhamn, 2013)

Når en skal inn og støtte opp «self-care ability» i denne aldersgruppen er de eldre selv den viktigste informanten om egenopplevd «well being», så vel som tjenesteyterens kompetanse på helserelaterte forhold (Tomstad et al., 2016) At brukeren er ekspert på seg selv og sitt liv er en viktig del av empowerment tenkningen, men det er noen nyanser i

dette for det betyr ikke nødvendigvis at brukeren er ekspert på det faglige forhold, selv om disse inngår i egen helse. Begge forhold må anerkjennes (Tveiten, 2016).

To av informantene forteller om at de opplevde en umiddelbar god kontakt og fikk god kjemi. Relasjonen mellom partene kan være avgjørende for hvordan tjenesten vil oppleves og hvilket utbytte brukerne får. Opplevelsene som ble erfart ved det HHB er basert på «den gode samtalen» Samhandling er helt avgjørende for at man skulle få et utbytte av tiltaket. Samhandling er samspillet mellom to eller flere aktører som handler med hverandre (Tveiten, 2016).

Det å ha den evnen til å utfordre den eldre til å selv komme med løsninger, uten å overstyre eller at det blir en plikt hadde en vesentlig betydning for mine informanter. En skal ikke undergrave eksisterende funksjon eller gjøre den eldre hjelpeløs, men styrke de evnene de har på tidspunktet for besøket. Dette er en sentral del av empowerment prosessen. Det motsatte av empowerment er hjelpsløs/maktesløs (Tveiten, 2016).

Igjennom den gode samtalen og informasjon om tilbud har dette bidratt til at noen informanter har funnet aktivitetstilbud som passer for dem, mens andre har etter veiledning blitt flinkere til å hyppigere ta seg gåturer og noen har også etterlyst tilbud etter HHB. Selv om noen ikke har benyttet seg av tilbud, har de fått en oversikt, noe som opplevdes betryggende. De kan ta det valget selv basert på kunnskap når de selv opplever behov for det. Dette tyder på at mine informanter fikk god veiledning med tyngde på empowerment.

Under det første HHB fikk informantene utlevert en mappe som inneholder mye informasjon, om ulike tilbud i kommunen, sikkerhet og trygghet i hjemmet, velferdsteknologi og mye annet relevant informasjon som kan være aktuelt å ha, spesielt for denne aldersgruppen.

Informantene beskriver brosjyrene som relevante og sa de gav en ytre trygghet. Den ytre dimensjonen av trygghet relateres til menneskets livssituasjon, som videre kan forenkles til to hovedkategorier – ressurs og visshet. Ressursene kan forstås ut fra tre komponenter: å ha (materielle), å elske (felleskap, nære relasjoner, solidaritet og omtanke) og å være handler om å ha egne iboende ressurser som ens identitet, integritet, anseelse i andres øyne, påvirke sine egne omgivelser og sitt eget liv (Knutstad, 2010). Trygghet handler i denne sammenheng om det å være opplyst, få kunnskap, bli informert og få en oversikt. Ikke nødvendigvis at brosjyrene i seg selv gav dette opplevelsene av trygghet, men den helhetlige sammenhengen i den helsefremmende samtalen mellom den eldre og veileder. Brosjyrene

ble presentert helt til slutt av samtalen noe som styrket verdien av brosjyrene. Ifølge en av informantene hadde disse blitt kastet dersom en kun hadde gått igjennom og presentert de ulike brosjyrer på besøket uten å få den helhetlige opplevelsen rundt informasjonen.

Opplevd trygghet handler også om hjelpemidler, teknologi og hva en selv kan gjøre for å forebygge for eksempel fall og ulykker i hjemmet og tiltak for å bo lengst mulig hjemme. Å bo hjemme var viktig for alle mine informanter. Det å bli opplyst om ulike tilbud i kommunen og hjelpemidler for eldre var noe som ble satt pris på og flere av informantene har tatt imot hjelpemidler de synes har vært viktig, som for eksempel komfyrvakt.

Hjelpemidler og velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for eldre som bor hjemme og andre pasient- og brukergrupper. Bruk av velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. Erfaringer viser også at velferdsteknologi kan gi mer effektiv bruk av ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Helsedirektoratet, 2019)

For at helsevesenet skal kunne håndtere den økende eldre brukergruppen som mottar tjenester i hjemmet i takt med manglende arbeidskraft, vil det være behov for nye løsninger og metoder som kan sikre et tjenestetilbud som er forsvarlig og av god kvalitet for den enkelte. Hjelpemidler og velferdsteknologi kan være med å lette på trykket hos helsevesenet, forebygge og utsette helsetjenester og kanskje det aller viktigste, å hjelpe eldre hjemmeboende som ønsker det å bo hjemme lengst mulig (Helsedirektoratet, 2019).

Informantene nevner dette med fallforebygging. Under det første HHB ble alle informantene utfordret til å klare å reise seg selv opp av gulvet, de synes dette var veldig morsomt og gøy, men samtidig var det også vanskelig, og dermed snakket de om hvor viktig dette var å øve seg på hjemme. Ulykker i hjemmet kan forebygges gjennom tiltak i boligen og ved å være mer oppmerksom på hvor og hvordan farer kan oppstå.

Tall fra folkehelseinstituttet, 2017 viste at 90 000 av skadene som behandles i sykehus, skjer hjemme. En hjemmeulykke er definert som en ulykke som skjer i bolig, fritidshus, hytte og liknende i umiddelbar nærhet (Hauge, 2019).

De vanligste hjemmeulykkene er knyttet til fall. Førland & Skumsnes, 2017 har lagt frem relevante studier om HFHB og effekt på fall i sin oppsummering av kunnskap om HFHB. Der viser de til Van Haastregt som inkluderte i sin oversiktsartikkel fra år 2000 seks studier som hadde vurdert hjemmebesøkenes effekt på fall. Det viste seg at to av disse seks

studiene kunne vise til en positiv effekt når man sammenlignet med kontrollgruppene (Førland & Skumsnes, 2017).

Videre viser de til Gustafssons oversiktsartikkel fra 2009 som fant to studier om forebyggende og helsefremmende besøk som hadde undersøkt effekt på fall. Begge studiene viste positiv effekt på deltakernes frykt for å falle, men ikke på antall fall. Mayo-Wilsons artikkel fra 2014 inkluderte 23 studier som hadde oppgitt resultater på fall, og 15 studier hadde oppgitt antall fall. Det kunne ikke påvises noen signifikant effekt, men det var antydning til at forebyggende hjemmebesøk kan ha en liten positiv effekt på reduksjon av fall over tid. Til slutt tok de med Corrieri et al., 2011 sin oversiktsartikkel fra 2011. Denne inkluderte fem studier om kostnadseffektiviteten av forebyggende hjemmebesøk på fall hvor tre av studiene indikerte kost-effekt. Likevel konkluderer de med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å hevde at forebyggende hjemmebesøk generelt er kostnadseffektivt knyttet til fall, men at slik kostnadseffektivitet sannsynligvis avhenger av tiltakenes målrettethet mot fallforebygging (Førland & Skumsnes, 2017).

Videre i samtalen ved det første HHB ble det snakket om ulike tiltak man selv kan gjøre for å forebygge ulykker hjemme. Flere av informantene hadde fjernet løse tepper, tykke tepper samt løse ledninger etter informasjon de fikk på dette besøket. Dette noe som tyder på HHB kan bidra til de eldre selv tar kontroll over sitt eget liv, ved at de gjør endringer etter besøk. De opplevde at de fikk god informasjon og ble bevisste på hva en må passe på og tenke på. Det kan tyde på at bevisstgjøringen og kunnskapen de opplevde i etterkant av besøket medførte økt mestringsfølelse.

Helsefremmende hjemmebesøk over tid, har vist at flere eldre faktisk har gjort endringer som et resultat av HHB (Tøien, 2019). Tøien, 2019 skriver at den viktigste forutsetningen til dette var den langsgående, individualiserte støtten de fikk for utfall som hadde betydning for dem, og som på forskjellige måter bidro til deres ønske om å opprettholde den personen de ønsket å være.

Mestringsevne tolkes i denne sammenheng om at de fikk evne til ressursutnyttelse, kreativitet og nytenkning der det var nødvendig og ut ifra det mine informanter formidler tolker jeg at de opplevde situasjonen sammenhengende. Når noe oppleves sammenhengende vil det videre kunne påvirke evnen til hvordan og i hvilken grad vi utnytter ressurser til endring som vi trenger (Sævareid, 2008). Dette er et eksempel på

hvordan SOC kan belyses i praksis og ikke minst empowermentfokuset, ved å styrke den eldre selv til å ta kontroll over sitt eget liv og finne løsninger, som i denne sammenheng sin egen sikkerhet og trygghet i hjemmet.

Informasjon om sikkerhet og trygghet i hjemmet var også noe som informantene opplevde som viktig, og flere har som tidligere nevnt anskaffet seg komfyrvakt. Det opplevdes betryggende, da det er fort gjort å glemme komfyren.

Gjennomsnittlig omkommer det over 60 personer i brann hvert år. 8 av 10 omkommer i bolig (DSB, 2012). Direktoratet for samfunnssikkerhet - og beredskap skriver de i deres brosjyre «trygghet i hjemmet for eldre» at forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan gi råd og hjelp og henviser at de kan kontakte kommunen for tilbudet (DSB, 2012).

Brannhyppigheten er over fire ganger høyere hos personer over 70 år enn hos befolkningen forøvrig. Ved økende alder følges ofte en eller flere funksjonsnedsettelse som kan utgjøre en risiko for brann. Det kan være vanskelig å høre røykvarsler eller å handle riktig og raskt nok ved en brann. Tverrfaglig samarbeid mellom brannvesen og helsetjeneste er et viktig ledd i det brannforebyggende arbeidet (Helsedirektoratet, 2019) Bevisstgjøringen rundt også brannforebygging kan tenkes å ha en viss preventiv effekt hos de som fikk denne gjennomgangen under HHB.

Ordet «velferdsteknologi» var et nytt begrep for de fleste av mine informanter. Men det var en som hadde vært med å teste ut skjermbehandling og i den forbindelse fikk han spørsmål om han følte seg trygg eller overvåket. På bakgrunn av det som ble sagt avgjør den enkeltes livssituasjon hvilken følelse dette gir.

6.4 Kommunen viser at de ser oss

Informantene mine forteller det at kommunen får en oversikt over sine eldre folk anses som fornuftig. De opplever å bli sett av kommunen, noe som var betryggende.

Informantene fortalte om en omsorgsfølelse, at de blir tatt vare på, at noen bryr seg og ser etter de gamle. Det kommer også frem betydningen av det å være to. Flere nevnte det at hadde en vært alene så er det veldig betryggende å vite at det kommer noen fra kommunen. En enslig eldre tenker kanskje ikke over disse tingene HHB informerer og tilbyr var den en som reflekterte over. Det er nok en del eldre som kanskje heller ikke har pårørende eller andre relasjoner til rådighet. En undersøkelse fra 2013 viste at om lag halvparten av dem som fikk tilbudet, takket ja til det. Det var imidlertid stor variasjon fra kommune til

kommune, og dette kan være betinget av hvilken målgruppe man har valgt (Førland & Skumsnes, 2014).

Det kommer også frem i studien til Behn med flere, at tidligere eldre deltagere hadde opplevd å bli sett som ubetydelig, nærmest usynlig, både i sosiale og helsemessige omgivelser. Disse satt stor pris på at noen nå syntes å bry seg om sine eldre mennesker og at ressurser ble tildelt for å forbedre deres egen helse. Dette fikk dem til å føle at de fremdeles var en del av samfunnet, at de ikke er glemt (Behm. et al, 2013). At man opplever å ikke bli glemt av samfunnet kommet også frem Bjørg Sjøbø sin masteroppgave, samtidig mente også noen at besøket var til nytte for kommunen (Førland & Skumsnes). I studien til Berit Westby kommer det også frem at de eldre følte seg sett og hørt av kommunen (Westby, 2014).

Nasjonal helse og omsorgsplan 2011– 2015, skriver blant annet at kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester, ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering og legge større vekt på tjenester som ivaretar brukernes mål og innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Helsefremming tar utgangspunkt i den enkeltes eget liv og ønsker, og har brukermedvirkning som en grunnleggende verdi. I det helsefremmende arbeidet vektlegges de prosesser som gjør folk i stand til å ta kontroll over forhold som har betydning for helsen for derved å kunne bevare og bedre sin helse, dette er den del av empowermentprosessen. Det innebærer en grunnleggende antakelse om at mennesket under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for både individet og fellesskapet. En forutsetning for dette er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over de faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. For å møte dagens utfordringer i folkehelsearbeidet har Helsedepartementet uttrykt at helsefremmende arbeid basert på en empowerment-ideologi bør styrkes (Tveiten, 2016).

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk i kommunene er tiltak som kan bidra til å oppfylle kommunens ansvar for det forebyggende helse- og omsorgsarbeidet, og som kan bidra til økt mestring i eget liv (Helse – og omsorgsdepartementet, 2016). Kommunene skal ha oversikt over befolkningens helsesituasjon, og de skal velge gode strategier for å jobbe mer forebyggende og helsefremmende. Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk kan benyttes for å involvere og hente tilbakemeldinger fra eldre i

kommunen, og skape en generell oversikt over den eldre befolkningens livssituasjon. Oversikten og innspillene som utøverne får gjennom besøkene kan brukes til planlegging og utvikling av kommunale tjenester (Helsedirektoratet, 2019).

6.5 Verdien av å ha nære relasjoner og et nettverk

Det er viktig for informantene å ha barn i nærheten, det gir dem trygghet. For en informant var det å kunne følge opp barnebarna selve drivkraften og ikke minst godt for helsa! Det å være to sammen, oppleves som trygt, å ha noen å snakke sammen med og lene seg på. I følge Antonovsky har personer som har nære bånd til andre og som opplever at en eller flere bryr seg om dem, lettere for å løse spenninger enn de som mangler slike kvaliteter i sine relasjoner. Vissheten om at man har sosial støtte tilgjengelig er ofte tilstrekkelig for at det skal kunne være en mestringsressurs. Det har en tendens til å øke en persons styrke. Antonovsky mener at kvaliteten på den sosiale støtten har betydning, og nære emosjonelle bånd er ansett som nødvendige (Lønne, 2019).

Tidligere kvantitative studier har vist at enslige eldre mennesker som bor i eget hjem ofte føler seg ensomme. Ensomhet blant eldre hjemmeboende mennesker har vist seg å være en helsereelatert tilstand som kan omfatte sosiale aspekter så vel som psykologiske og fysiske faktorer, som å ha begrenset kontakt med naboer, redusert mental helse, være i ernæringsmessig risiko, og ikke være i stand til å håndtere negative følelser. Disse hindringene inkluderer deres aldrende kropp, de føler seg usikre og ikke har den sosiale støtten de trenger (Tomstad., Sundsli., Sævareid., & Söderham, 2021).

HHB er en arena for informasjon og opplysning og vektlegger gjerne også informasjonen om aktiviteter og møtepunkter etablert av frivillige organisasjoner og aktører i lokalmiljøet, gjerne drevet av eldre selv samt også informasjon om relevante aktiviteter og tjenester drevet av kommersielle aktører (Førland & Skumsnes, 2017). Jeg anser det som viktig å ta opp ensomhet blant eldre hjemmeboende og å inkludere denne potensielle utfordringen i det første HHB, for å avdekke deres behov for sosial kontakt.

En blir eldre, selv om en ikke alltid føler det, var det flere som fortalte. Det handler også om hvordan de eldre selv opplever alderdommen og hva som gir positivitet i hverdagen.

For noen var det å ha en hage viktig, kunne se på naturen og blomster, mens for andre var det å gå tur i skogen, og beskriver dette som et helsegods. De fleste informantene følte seg friske og opplever å ha en relativ god helse. Noen opplever å ha smerter og ubehag i

kroppen, men fortsetter å bevege seg på tross av smerter, da det å bevege seg veier opp mot smertene og et ønske om å kunne bo lengst mulig hjemme.

Antonovsky, 2012 vendte søkelys på hva er det som bidrar til at vi opprettholder god helse selv om vi utettes for sykdomsfremkallende faktorer. Når man skal inn å veilede eldre i et slikt tilbud som HHB, er de eldres historie viktig for å utforske faktorer som kan skape en høyere grad av opplevd helse. På bakgrunn av deres historie og deres meninger/ønsker og sammen med veilederens kunnskap dannes en felles forståelse. Sammen skal de komme frem til løsninger som skal være til det gode for den eldre selv, slik at han eller hun mestrer hverdagen i møte med alderdommen.

Fra Førland & Skumsnes sin oppsummerte kunnskap om HFHB tar de med noen studier som ikke direkte er knyttet opp mot HFHB, men som tar for seg det å styrke eldres egne ressurser i å møte alderdommen, (noe som er hensikten med HFHB). Dette kan forstås som omsorgsevne. De viser til Nederlandske forskere som hevder at tiltak for å styrke eldres egne ressurser vil bidra til at de også håndterer eventuelle funksjonstap bedre etter hvert som de blir eldre. Det blir også hevdet at personer med lav «health literacy» er assosiert med svak «selv management abilities». Health literacy handler om menneskets evne til å tilegne seg og nyttiggjøre seg kunnskap om egen helse og å ta helsevalg og handle ut ifra dette. En systematisk oversiktsartikkel har vurdert om helsefremmende tiltak med vekt på «self-management» påvirker eldres ADL-funksjoner. Oversikten inkluderte 12 studier, og viser at «self-management support programs» kan bidra til en bedring og - eller utsette nedgang i eldres ADL-funksjoner (Førland & Skumsnes, 2017).

7.0 Metodekritikk

Da helsefremmende hjemmebesøk oftest foregår hjemme hos den enkelte var det naturlig for meg å velge individuelle intervju istedenfor fokusgruppeintervju. Intervjuet forgikk hjemme hos den eldre i trygge omgivelser, noe som førte til at jeg fikk høre hver enkelt sin historie. Dette mener jeg var viktig for å få en mer helhetlig sammenheng.

En fokusgruppe skal bære preg av å være en samtale mellom deltakerne, og ikke et direkte intervju, noe som hadde gjort det utfordrende å få frem den enkeltes opplevelse (Olsen, 2011). Mange eldre har også nedsatt hørsel, noe som kunne vært en utfordring ved et fokusgruppeintervju. Jeg valgte kvalitativ undersøkelse, men jeg ser i etterkant at jeg kunne nok fått mer ut av informantene hadde jeg kombinert med kvantitativ

spørreundersøkelse i forkant. Det er mulig å utføre kvantitative undersøkelser knyttet til mitt tema og det kunne inkludert flere informanter, men da hadde jeg mistet nærheten, observasjonen og muligheten til å være komme tett på og få deres historie frem, noe som var viktig for meg å få belyst.

Det finnes ulike måter å utføre det individuelle intervju. Den vanligste er ansikt-til ansikt. Jeg var veldig heldig som rakk å gjennomføre mine intervju ansikt til ansikt, før restriksjoner kom som følge av Covid.19 pandemien.

Som ved fleste metoder er det fordeler og ulemper (Polit & Beck, 2018). Ved personlig møte er det en fordel at deltageren kan formidle innholdsrik informasjon, intervjueren kan observere kroppsspråket til informanten og det er generelt lettere og unngå misforståelser. Det er samtidig viktig å ikke la egne observasjoner underveis få så stor betydning at det som sies forsvinner, og at en ikke lytter godt nok til informanten. Jeg tok lydopptak under intervjuene, som jeg hørte på gjentatte ganger under hele denne skriveprosessen. Dette gav meg muligheten for en kvalitetssikring med tanke på hva som faktisk ble sagt i intervjuene. Ved personlig møte er det lettere å oppnå tillit, noe som igjen er viktig for at deltageren gir åpne og ærlige svar. Jeg forsøkte å oppnå tillit ved å presentere meg, spørre og å aktivt lytte til deres historie. Vi ble litt kjent med hverandre før jeg startet selve intervjuet, dette førte til at vi fikk en form for relasjon. Førsteintrykket kan også være avgjørende. Fra min subjektive oppfatning opplevde jeg at førsteinntrykket var bra. Deretter leste jeg høyt informasjonsskrivet og samtykkeskjema på hvert intervju før jeg begynte med intervjuet og lydopptaket. En av ulempene med ansikt til-ansikt er at intervjuereffekten kan bli stor - altså at den som intervjuer påvirker det som blir sagt.

Jeg valgte en analyse metode som jeg syntes først var veldig god, men jeg skjønnte alt for sent at den var noe avansert for meg og mistet enormt med tid. Dette førte til at jeg hadde fire uker igjen til innlevering og jeg måtte innse at dette klarer jeg ikke og måtte utsette innlevering med to uker. Selv om jeg til slutt fikk det til, tror jeg at jeg kunne fått mer informasjon og generelt bedre kvaliteten på hele oppgaven om jeg hadde blitt anbefalt på et tidligere tidspunkt å «sette en strek» og eller bytte analysemetode. I analysen, og i beskrivelsen av funnene, har jeg forsøkt å holde meg så nær deltakernes uttalelser som mulig, ved å transkribere direkte fra lydopptakene og videre skrive direkte sitater fra intervjuet inn i oppgaven. En svakhet i denne studien er at jeg var alene. Når man er to er det mulig og leste igjennom å analysere hver for seg og deretter kan reflekterte og

diskuterte dem sammen inntil enighet om kategoribeskrivelsen blir nådd. På en annen side er gyldigheten av intervjustudie tvilsom siden det ikke er noen konkret måte å sikre at informantene virkelig deler sine dype erfaringer, eller at tolkningen av det som er sagt er riktig.

Når det kommer til intervjuene, kunne jeg brukt lenger tid på hver enkelt. Jeg hadde satt av 45-60 minutter, men to av intervjuene ble kortere og mistet nok en del informasjon på disse intervjuene. Jeg var klar for å innhente tre informanter til da en uteble, slik at totalen skulle bli ti, men Covid19 situasjonen satte en stopper for dette og jeg valgte å la det stå. I ettertid har jeg tenkt at jeg kunne ha intervjuet over telefon, men samtidig så hadde jeg mistet «hele bildet» som nevnt tidligere, med ansikt til ansikt møtene. Jeg transkriberte alle intervjuene helt til slutt, dette fordi jeg var redd for å miste tid og med en usikker tid var jeg også redd for å ikke kunne intervju ansikt til ansikt. Dette førte til at jeg mistet noe av observasjonene jeg hadde gjort meg under intervjuene, da jeg glemte å notere ned underveis. En annen ting var at det kom en del informasjon etter at jeg var ferdig med lydopptaket som jeg gjerne skulle tatt med, men jeg klarte ikke få meg til å spør om de kan gjenta det slik at jeg fikk det med. Det er mindre formelt uten lydopptak, kanskje jeg hadde fått høre om andre erfaringer som kan være vanskelig å dele ved lydopptak? Jeg valgte et åpent forskningsspørsmål da jeg ønsket å få frem opplevelser på det første HHB, noe jeg selv føler jeg har fått gode svar på.

Basert på at det er lite effektstudier knyttet til ressursbaserte helsefremmende hjemmebesøk kunne jeg ha brukt denne muligheten å undersøke det også. Dette er noe jeg vurderer å følge opp senere om jeg får muligheten til det.

Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, nøyaktighet, refleksivitet og *evnen til å møte* dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen (Ellingsen & Drageset, 2010). I kvalitativ forskning er troverdighet det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. Forskningsresultater skal være så pålitelige som mulig. Forskningsstudier må evalueres i forhold til prosedyrene som brukes for å generere funnene (Malterud, 2017).

I studien har jeg prøvd å oppfylle dette gjennom dokumentert refleksivitet, noe som innebærer at jeg har et kritisk blikk på egenrolle, bruk av metode, møtet med informanter,

tolkning og underveis forsikre meg, om man at jeg har undersøkt det jeg faktisk skulle undersøke.

Forforståelsen min kan påvirke informantenes mening og studiens resultat. Forforståelsen er samtidig nødvendig, men den må bevisstgjøres slik at det skapes en distanse. En måte jeg gjorde dette på var å reflektere over rundt mine egne forutsetninger som gjelder mitt forskningstema eller falsifisere egen lesning og utvikle alternative fortolkninger, noe som kunne gjøre det mulig for meg å ta avstand fra min forforståelse og på den måten motvirke teoretisk ensidighet. (Kvale & Brinkmann, 2019). Nå hadde ikke jeg mye erfaring med helsefremmende arbeid -og eller helsefremmende hjemmebesøk i praksis, så min forforståelse har ikke hatt mye innvirkning på mine resultater, men jeg har gjort meg noen tolkninger underveis i studien. Jeg har hovedsakelig lagt tyngde ut fra mine funn og prøvd å holde meg til det som ble fortalt i intervjuet og brukt forskningsartikler knyttet til mitt tema og relevant litteratur til å reflektere og diskutere rundt de funnene som kom frem i min undersøkelse. Det er mye forskning om HFHB som ikke er tatt med i denne studien, men jeg ikke hadde mer tid til rådighet til å inkludere dem. Jeg har etter best evne inkludert de jeg mente var mest relevant for min undersøkelse.

8.0 Implikasjoner for praksis

Ut ifra mine funn var det lite forventinger i forkant av besøk og en usikkerhet rundt hensikten med besøket. Det kan diskuteres hvordan kommunene kan synliggjøre tilbudet i større grad også basert på tidligere funn som viser det samme. Jeg tenker det kan være lurt å ringe den enkelte i forkant i tillegg til informasjon tilsendt i posten. I kommunen hvor jeg utførte min undersøkelse er det brukt en helsefremmende modell. Informantene legger vekt på veilederes gode formidlingsevne i dialogen mellom veileder og den eldre. Den som får ansvaret for å utføre besøket må ha nødvendig kompetanse innenfor veiledning og motiverende dialog. Dette betyr at kommunen må legge til rette for relevant utdanning og kurs innenfor helsefremmende arbeid og helsefremmende hjemmebesøk, samt øke veiledningskompetanse med tyngde på Empowerment. Jeg tenker også at det er nødvendig med grunnleggende faglig kunnskap innenfor aldring og helse. Informantene forteller at det er trygt å få en fast kontakt person, som betyr at det er en fordel at det er den samme som utfører besøket. Dette kan styrke relasjon og tillit mellom veileder og den eldre. Jeg kan tenke meg at det kan være utfordrende i en stor kommune, men kan mulig løses

ved en eller flere får «faste» eldre de skal besøke og eventuelt følge opp? Det oppleves fornuftig at kommunen får oversikt over sine eldre innbyggere, og informantene opplever å bli sett og ivaretatt av kommunen. Politiske føringer tilsier at eldre skal ha mulighet til å bli hjemme lengst mulig, også med nedsatt funksjonsevne og når hjelpebehovene øker. Det er derfor viktig at kommunen får oversikt over sine eldre innbyggere, også de som ikke har helsetjenester. Helsefremmende hjemmebesøk mener jeg er et fornuftig og helsefremmende tiltak som er verdt for kommunen å engasjere seg i. Helsefremmende hjemmebesøk kan bidra til å utsette Eldres helsetjenestebehov ved tidlig innsats med et helsefremmende fokus sammen med en salutogen tilnærming med tyngde på empowerment.

Hvis man tenker å etablere tilbudet i kommunen finnes det en håndbok om forebyggende hjemmebesøk. Det er viktig å danne et kunnskapsgrunnlag og nøye planlegging før en setter i gang. Det anbefales å velge en hovedprofil for deretter å klargjøre hensikten med besøket. Nedenfor er det en oversikt over det som er viktig å ta med i betraktning i etablering av tilbud i kommunene. Denne oversikten er tatt direkte ut fra Førland & Skumsnes, 2017 sin oppsummering av kunnskap om etablering av tilbud. Det er tydeligere forklart i heftet, med god informasjon om oversikt hvor man finner gode veiledningsmodeller, råd og erfaringer fra andre kommuner som er viktig å sette seg inn i før en setter i gang.

Alder trenger ikke være det avgjørende kriterium for valg av hovedgruppe. En avveining som bør gjøres ved etablering av tilbudet er hvor tidlig i aldringsforløpene man bør rette tilbudet. Når hovedmodell og hovedmålgruppe er valgt, begynner arbeidet med å forme og konkretisere tilbudet nærmere. I Helsedirektoratets veiledningsmaterieell gis det konkrete tips til samtaletemaer med tilhørende praktiske verktøy og brosjyrer (Førland & Skumsnes, 2017).

I etableringsfasen må det avklares hvor tilbudet plasseres i kommuneorganisasjonen. Dette er det variasjoner på i kommunene hvor de velger å plassere det. Erfaringer viser at hvor man forankrer tilbudet kan ha betydning for hvordan tjenesten faktisk utøves.

Helsepersonell som skal foreta besøkene må rekrutteres. De må få opplæring og muligheter for videre kompetanseutvikling. Det anbefales å rekruttere ansatte med ulik helseprofesjonsbakgrunn, og at disse har spesialutdanning innen eldrearbeid og helsefremming, i tillegg til erfaring med kommunalt eldrearbeid og personlig egnethet.

Kompetansebehovet vil imidlertid være avhengig av besøkenes profil. I håndboken for forebyggende hjemmebesøk står det hvilke kunnskaper og ferdigheter som anbefales at utøverne bør ha (Førland & Skumsnes, 2017).

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk er ennå ikke blitt et velkjent tilbud blant de eldre i Norge. Særlig i en startfase, men også når tilbudet er etablert, vil det derfor være nødvendig å ha en strategi for å gjøre det mer kjent blant de eldre, ansatte i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og i frivillige organisasjoner. Kontinuerlig evaluering er nødvendig for å videreutvikle tilbudet og tilpasse det til målgruppenes behov. Slik evaluering kan ta utgangspunkt i informasjon kommunen samler inn i forbindelse med besøkene (Førland & Skumsnes, 2017).

I forkant av hvert enkelt besøk må det gjøres en del praktisk forarbeid. Hjemmebesøkene innebærer administrering med tanke på å innhente lister over dem som skal få tilbud, skrive og sende ut brev og informasjon, gjøre avtaler og dokumentere. Det anbefales man at det sendes ut informasjon om tilbudet og forslag til tidspunkt cirka 14 dager før avtalen. Gjennomføringen av besøket vil selvsagt være påvirket av hvilken profil og modell kommunen velger. Likevel viser den erfaringsbaserte litteraturen, veiledere og håndbøker noen fellestrekk som vi her skal trekke fram.. Det er vanlig å ha en samtaleguide, sjekkliste eller lignende som utgangspunkt og hjelpemiddel i samtalen. Noen synes det er nyttig med en huskeliste over tema for å holde fokus i besøket, særlig hvis en er uerfaren som hjemmebesøker. Samtalen er grunnleggende for å etablere god dialog, og det blir understreket at åpenhet og lydhørhet opplevdes viktigere enn detaljerte guider (Førland & Skumsnes, 2017).

Oppfølging etter besøket handler om hva helsepersonellet gjør i etterkant av besøket. Oppfølging kan også dreie seg om å tilby flere besøk til samme person, for eksempel gjentatte besøk hvert år, når det vurderes som riktig. Hva som dokumenteres varierer i stor grad. Helsedirektoratet er i sitt veiledningsmaterieell tydelig på at forebyggende hjemmebesøk anses som helsehjelp og derfor skal journalføres (Førland & Skumsnes, 2017).

9.0 Konklusjon

I denne oppgaven var hensikten å finne ut hvordan de eldre opplevde det helsefremmende hjemmebesøket. Jeg ville lære om helsefremmende hjemmebesøk og hvordan det kunne brukes som et helsefremmende tiltak i kommunehelsetjenesten på bakgrunn av at vi ikke har dette tilbudet i kommunen hvor jeg jobber som sykepleier. Det som var viktig for meg var å vite hvordan de eldre selv opplever å få et helsefremmende hjemmebesøk. For å få svar på mitt forskningsspørsmål valgte jeg benytte individuelt intervju med en fenomenologisk tilnærming. Mine funn ble diskutert opp mot empowerment, salutogenese og kommunikasjon.

Ifølge mine funn var at noen få som hadde hørt om tilbudet fra før, dette hadde sammenheng at noen kjente eller hadde hørt om andre som hadde hatt besøk før dem og ikke i regi av kommunen. Det var lite forventinger i forkant av besøket, lite kunnskap om hva HHB dreide seg om og hensikten med å få besøk (selv etter at informasjon om HHB blir tilsendt i post og nytt brev med besøksdato) Det kan diskuteres om hvordan kommunene kan synliggjøre tilbudet i større grad basert på tidligere funn som viser det samme. Funnene mine beskriver HHB som positivt overaskende, trygt og et fornuftig prosjekt, og at det spesielt kan være viktig for enslige eldre. Samtalen inneholdt relevant informasjon med god veiledning og bevisstgjørelse noe som de eldre så på som viktig i tiden de går i møte. Å få en fast kontaktperson var betryggende. Det vektlegges at kontaktpersonen har iboende veiledningskunnskaper som legger vekt på å styrke i eldres egne ressurser. Det var også en fordel med en viss kjennskap til kontaktpersonen. De eldre opplevde å bli ivaretatt og sett av kommunen.

På bakgrunn av at det er lite effektstudier ved helsefremmende og ressursorientert profil med fokus på samtalen der man forsøker å understøtte eldres ressurser og mestring slik at de møter utfordringer i alderdommen på en best mulig måte, er det behov for effektstudier som undersøker hvordan slike hjemmebesøksmodeller påvirker helse og mestring (Førland & Skumsnes, 2017).

Litteratur

Aglen, B. S., Olufsen, V., & Espnes, G.-A. (2018). Health promotion and disease prevention are not two sides of the same thing. *Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak*, 106(e-70809).

Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Aveyard, H. (2014). *Doing A Literature Review In Health And Social Care : A Practical Guide* (3rd ed. ed.). Maidenhead: McGraw-Hill Education.

Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S., Ziden, L. & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health - experiences among very old people. *Bmc Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-378

Berg, G. V. (2007). Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv. Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Bogsti, Wenche Bergseth, 2020. Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg? Hentet fra <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-80324.pdf>

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. (2012). *Trygghet i hjemmet for eldre* [Brosjyre]. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Hentet fra <https://www.dsb.no/globalassets/dokumenter/brann-og-redning-bre/alt-vi-kan-mot-brann/trygghet-i-hjemmet>

Ellingsen, S., & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Nett*, 5(4), 332-335. doi:10.4220/sykepleienn.2011.0027

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199. doi:10.1093/heapro/dan014

Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. In.

Førland, O., & Skumsnes, R. (2017). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - En oppsummering av kunnskap. In: Senter for omsorgsforskning.

Førland, Oddvar: *forebyggende hjemmebesøk til eldre i Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 3. juni 2021 fra https://snl.no/forebyggende_hjemmebes%C3%B8k_til_eldre

Gammersvik, Å., & Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2). doi:10.7557/14.237

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Haugan, G., & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: CappelenDamm.

Hauge, R., L., 2017. *90 000 hjemmeulykker behandlet på norske sykehus i 2017* Hentet fra: <https://forskning.no/aldring-ntb/90-000-hjemmeulykker-behandlet-pa-norske-sykehus-i-2017/1298580>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan* (16. (2011–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48b0a60f9bf04acdad5b/rundskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf>

Helsedirektoratet (2019) *Om Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi>

Helsedirektoratet (2019). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen#gjennomforeforebyggendehjemmebesokikommunen>

Knutstad, U. (red) (2010) *Sykepleieboken : 2 : Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg. ed., Vol. 2). (2010). Oslo: Akribes.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lønne, A. 2019 *Salutogenese*, hentet fra <https://sml.snl.no/salutogenese>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 122(25), 2468-2472.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. & Walseth, L., T. (2004) *Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv*: Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmennmedisinsk-perspektiv>

Olsen, T. Å. (2011). Hvordan gjøre en vellykket datainnsamling. *Sykepleien Forskning* (3), 292-296. doi:10.4220/sykepleienf.2011.0178

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.

Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R.E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 1(01), 62-71

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K. T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(24), 2379-2383.

Tellnes, G. (2007). Salutogenese - hva er det? *Michael*, 4(2), 144-149.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.

Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). *Hvordan forstår eldre personer formålet og relevansen av forebyggende hjemmebesøk? En studie av opplevelser etter første besøk*. *Sykepleieforskning og praksis*, 2014, 8. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/640583>

Tøien, Mette. (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* Hentet fra: <https://hdl.handle.net/11250/2645486>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. (2011). ([Rev. utg.], ed.). Oslo: Norsk sykepleierforbund.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Genève: World Health Organisation. Hentet fra:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

Vedlegg

Vedlegg 1

NSD Personvern

13.07.2020 08:55

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 132969 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 13.07.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.01.2020.

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 nr. 11 og art. 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 uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

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 viderebehandles 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 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 eventuelt 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: Henrik Netland Svensen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17

Vedlegg 2

Edina Nokto

to. 10.09.2020 23:42

Til:

• Anne Valen-Sendstad Skisland

Hei, jeg fikk min søknad i retur forrige måned, da jeg ikke hadde lagt ved bekreftelse fra NSD, samt måtte utdype håndtering av data. Sto at den måtte returneres tilbake innen 7 dager. Jeg la ved bekreftelse. Den utybende forklaringen skrev jeg inn i søknaden, visste ikke helt under hvilket punkt den burde være i, men skrev inn. Kunne du ha gått igjennom å sett før den 15 september? Så jeg eventuelt kan rette opp før tirsdag. Det er så kjedelig å måtte vente igjen. Prøvde å ringe deg tidligere, men fikk ikke svar.

På forhånd takk. Mvh. Edina Nokto

AS

Anne Valen-Sendstad Skisland

fr. 11.09.2020 18:28

Hei! Jeg skal gjøre det i dag. Mvh Anne Sendt fra min iPhone 11. sep. 2020 kl. 13:43 skrev Edina Nokto

<edina.nokto@hotmail.com>: Hei, jeg fikk min søknad i retur forrige måned, da jeg ikke hadde lagt ved bekreftelse fra NSD, samt måtte utdype håndtering

□

Du videresendte denne meldingen lø. 12.09.2020 22:00

Du videresendte denne meldingen lø. 12.09.2020 22:00

AS

Anne Valen-Sendstad Skisland <anne.skisland@uia.no>

lø. 12.09.2020 06:45

Til:

• Du

Hei

Da er søknaden godkjent.

Lykke til.

Mvh Anne

***Vil du delta i forskningsprosjektet
” Helsefremmende hjemmebesøk”?***

Formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem ditt/deres opplevelse av det helsefremmende hjemmebesøket. I dette skrivet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Agder/ Institutt for helse og sykepleievitenskap
Student: Edina Nokto. Veileder: Geir Vegar Berg, Førstemanuensis

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du/dere får spørsmål om å delta i denne studien på bakgrunn av at du/dere har/hatt helsefremmende

hjemmebesøk de siste to årene. De som trekkes med er to kvinner og to menn i alder av 78-83 år samt to ektepar/samboere i samme aldersgruppe. Dette for å få et helhetlig perspektiv rundt opplevelsene dere har med det helsefremmende hjemmebesøket.

Hva innebærer det for deg å delta?

Det innebærer at du/dere samtykker til å bli intervjuet. «Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet om hvilke erfaringer du/dere har med helsefremmende hjemmebesøk, egen opplevd helse og hvilke opplevelser dere sitter igjen med. Du velger selv hvor mye du ønsker å dele om egen helse. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuet vil bli registrert med lydopptak og notater. Lydopptaket starter etter vi har presentert hverandre slik at dere blir anonymisert. Lydopptaket slettes etter at studien er ferdig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er studenten og veilederen som vil ha tilgang til opplysningene under studien.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og

- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitet i Agder ved Geir Vegar Berg, førsteamanuensis: 37233361
- Vårt personvernombud: Rådgiver: Ina Danielsen: 38142140

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Geir Vegar Berg

Student: Edina Nokto

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*Helsefremmende hjemmebesøk*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i undersøkelsen
- å delta i å bli intervjuet med lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4

Intervjuguide («oppfølger» basert etter intervjuguide 1, fra kommunen jeg utførte intervju)

Opplevelse av det første besøket

- Kan du beskrive dine opplevelser ved første besøket?
- Kan du fortelle litt om innholdet i samtalen dere hadde ved første besøket?
- Hadde du noe tanker eller forventinger i forkant av besøket?
- Hvilke inntrykk satt du igjen med etter besøket?
- Har du hatt oppfølgingsbesøk? Ønsker du evt. Et nytt besøk?

(begripelig/forståelig – håndterbart - meningsfullt)- Empowerment

Det første besøket hadde 10 kjerneområder:

1. Utdanning og arbeidsbakgrunn
2. Bolig og boligforhold (skjedd endringer siden første besøket? Evt. Endret noe i husstanden)
3. Fysisk nærmiljø (fremkomstmidler)
4. Funksjonsnivå i hverdagen (adl)
5. Fall (fallforebygging)
6. Tekniske hjelpemidler (endringer?)
7. Fysisk aktivitet og sosial deltakelse
8. Allmenntilstand (opplevelse av egen helse og hvordan utfordrer du egen helse)
9. Mat og drikke
10. Bruk av teknologi (endringer?)