



KARTLEGGINGSVERKTØY TIL BRUK I FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE

Janne M. Heddeland

Najla Jabbar

Venke Å. Nyhus

Veileder

Björg Dale

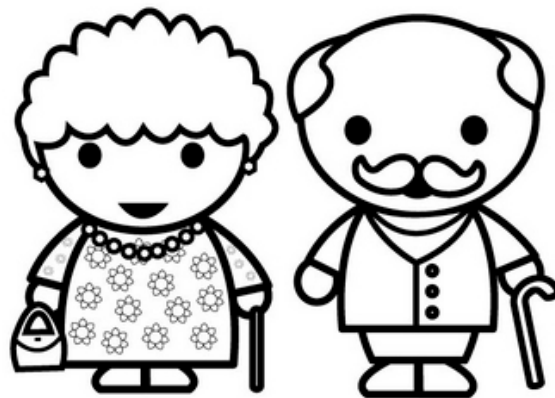
Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2013

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

KARTLEGGINGSVERKTØY TIL BRUK I FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE



Janne M. Heddeland
Najla Jabbar
Venke Å. Nyhus

Masterstudiet Helse- og Sosialinformatikk
Universitetet i Agder,
Grimstad
Kull 2010

FORORD

Dette masterprosjektet er den avsluttende oppgaven etter et tre-årig studieforløp ved Universitetet i Agder, Grimstad. Den er skrevet av tre studenter ved Master i Helse- og Sosialinformatikk, kull 2010.

Vi ønsker å takke våre veiledere og lærere gjennom tre lærerike år, spesielt stor takk til Bjørg Dale som har vært vår veileder og støtte gjennom denne oppgaven. Vi ønsker også å takke Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Aust- og Vest-Agder som gav oss denne spennende utfordringen. Her retter vi en stor takk til de to prosjektlederne som har vært avgjørende for vårt resultat. Vi er glad for den gode dialogen og de gode innspillene fra dem.

Til slutt, men ikke minst vil vi takke våre familier for god støtte og tålmodighet disse tre årene.

Grimstad, mai 2013.

Janne M. Heddeland

Najla Jabbar

Venke Å. Nyhus

SAMMENDRAG

I forbindelse med forebyggingsarbeid innen helseproblemer hos eldre, er det fokus på forebyggende hjemmebesøk og utvikling av verktøy og metodikk med nasjonal overføringsverdi. En del av arbeidet består i å kartlegge Eldres ressurser og helsetilstand for å kunne vite noe om hvilke tiltak som kan føre til at eldre kan bo i eget hjem lengst mulig. Majoriteten av eldre mestrer alderdommen på en selvstendig og uavhengig måte og viser en god egenomsorgsevne. Ved å sette inn forholdsvis enkle tiltak, kan denne selvstendigheten ivaretas lengre. I tillegg ønsker de fleste eldre å bo lengst mulig i eget hjem, og samfunnet spares for store utgifter hvis dette medfører nedgang i kommunale tjenester og institusjonsinnleggelse.

I forbindelse med forebyggende hjemmebesøk brukes kartleggings skjema som finnes i ulike varianter. Vår studie er resultatet av et oppdrag fra utviklingssentrene i Agder-fylkene; de ønsker et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre som kan brukes på tvers av kommunegrensene. Vi har gjennomført litteraturgjennomgang, en henvendelse rettet mot eksisterende frisklivssentraler i Norge, intervju med 2 prosjektgrupper tilknyttet Agder-prosjektet og 6 individuelle intervju, for å få tilbakemelding på innhold og utforming av kartleggings skjemaet. I tillegg er det gjennomført intervju med prosjektlederne i Agder-prosjektet i forhold til utvikling av et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy. Resultatet av prosjektet er at et manuelt kartleggings skjema er utviklet, og en foreløpig oversikt over helseinformatiske aspekter som må tas hensyn til ved utvikling av et fremtidig elektronisk system med bakgrunn i kartleggings skjemaet er kartlagt.

Nøkkelord: Eldre, Forebyggende, Hjemmebesøk, Kartlegging, Resurser, Kartleggingsverktøy, Elektronisk.

ABSTRACT

In relation to preventive work with health problems amongst the elderly, the focus is on preventive home visits and the development of tools and methodology with national transfer value. A part of this work is identifying the elderly's resources and state of health in order to find which measures might help the elderly live in their own homes as long as possible. The majority of elderly can handle themselves in an independent manner and show a great degree of self-care. By implementing relatively simple actions, this independence can be extended further. In addition, most elderly wants to live in their own homes as long as possible. This may in turn save society large expenses, if it results in a decline in social services and institutional admissions.

As a part of preventive home visits, questionnaires of various kinds are used. Our study is a result of an assignment from the Development Centers in the Agder-counties; they need a mapping tool for use in preventive home visits for elderly that can be used across municipal boundaries. We conducted a literature review, an inquiry aimed at existing healthy living centers in Norway, interview with two control groups affiliated with the Agder-project and six individual interviews in order to get feedback on content and design of the questionnaire. In addition, we conducted interviews with project managers in the Agder- project with topic relating to the development of a future electronic charting. The result is a manual survey form is developed, and a preliminary overview of health information aspects that must be considered in the development of a future electronic system based on the survey form.

Keywords: Elderly, Prevention, Home visits, Mapping, Resources, Assessment Tools, Electronic.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for studien	1
1.2 Hensikt med studien	3
1.3 Avgrensing i studien	4
2.0 PROBLEMOMRÅDE.....	5
2.1 Demografisk utvikling og eldrepolitikk i Norden	5
2.2 Hjemmeboende eldre	7
2.3 Forebyggende hjemmebesøk	8
2.4 Kartlegging i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk	11
2.4.1 Kartleggingsskjema.....	11
2.4.2 Elektronisk kartleggingsverktøy	12
2.4.3 Aktuelle områder å kartlegge	12
2.5 Forskningsspørsmål	15
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME	16
3.1 DeLone og McLean	16
4.0 METODE OG DESIGN	19
4.2 Fase 1: Utvikling av skjema på bakgrunn av litteratur og tidligere skjema	19
4.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
4.2.3 Gjennomgang av kartleggingsskjema	21
4.3 Fase 2: Kvalitetssikring av kartleggingsskjema	22
4.3.1 Utvalgsstrategi og utvalg	22
4.3.2 Intervjuguide	23
4.3.3 Fremgangsmåte	23
4.3.4 Analyse av data	24
4.4 Fase 3: Utarbeidelse av elektronisk kartleggingsverktøy	25
4.4.1 Utvalgsstrategi	25

4.4.2 Intervjuguide	25
4.4.3 Datainnsamling	26
4.4.4 Analyse av data	26
4.5 Etske betraktninger	26
5.0 FUNN OG ANALYSE.....	28
5.1 Fase 1: Gjennomgang av litteratur og innsamlede skjema	28
5.2 Fase 2: Kvalitetssikring av kartleggingsskjema, versjon 1.....	30
5.2.1 Funn	30
5.3 Fase 3: Utarbeidelse av elektronisk kartleggingsverktøy	32
5.3.1 Intervjufunn basert på erfaringer med bruk av kartleggingsskjema	33
5.3.2 Intervjufunn basert på et tenkt fremtidig elektronisk system.....	34
6.0 DISKUSJON	36
6.1 Hvilke tema bør inkluderes i et kartleggingsskjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?	36
6.2 Hva bør man vektlegge i et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?	48
7.0 REFLEKSJON OVER MASTERPROSJEKTET	54
7.1 Metodebetraktninger.....	54
7.2 utfordringer i prosjektet	55
8.0 KONKLUSJON	56
KILDER	57
VEDLEGG:	i
Vedlegg 1 – Mail til frisklivssentralene	i
Vedlegg 2 – Søkehistorikk	ii
Vedlegg 3 – Tabell over innsamlede skjema.....	iv
Vedlegg 4 – Kartleggingsskjema versjon 1	xix
Vedlegg 5 – Intervjuguide 1	xxxvii
Vedlegg 6 – Informert samtykke 1	xxxix

Vedlegg 7 – Analyse intervjurunde 1	xliii
Vedlegg 8 – Kartleggingsskjema versjon 2.....	li
Vedlegg 9 – Intervjuguide 2	lxv
Vedlegg 10 – Informert samtykke 2	lxvii
Vedlegg 11 – Analyse intervjurunde 2	lxx
Vedlegg 12 – Etisk vurderingsskjema(FEK).....	lxxiii
Vedlegg 13 – Problemformuleringslogg	lxxxii

Figurliste

Figur 1: IS-suksessmodell Gjengitt og oversatt (DeLone & McLean, 2003, s. 24).	16
Figur 2: Inklusjons/eksklusjonsprosessen	21

Tabelliste

Tabell 1: Analyseeksempel av området "Personlige opplysninger"	28
Tabell 2: Analyseeksempel av området "Mat og drikke"	29

BEGREPSAVKLARINGER

- Prosjektledere:** Prosjektlederne i utviklingsprosjektet for forebyggende hjemmebesøk til eldre i Agder. Disse er også oppdragsgivere for kartleggings skjemaet som lages i forbindelse med denne oppgaven.
- Kartleggings skjema:** Med dette mener vi skjemaet som utvikles på oppdrag fra prosjektlederne. Skjemaet er basert på spørsmål som stilles i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Skjemaet brukes av frisklivskonsulentene som utfører disse besøkene.
- Kartleggingsverktøy:** Det elektroniske verktøyet som kan lages på grunnlag av kartleggings skjema. Kartleggingsverktøyet kan, hvis utviklet, brukes i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre og eventuelt erstatte kartleggings skjema.
- Frisklivskonsulent(er):** En betegnelse vi bruker i masterprosjektet for å beskrive fagpersonene som foretar forebyggende hjemmebesøk til eldre. Disse er gjerne høgskole-/universitetsutdannet, som for eksempel sykepleiere, vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, og andre.
- Frisklivssentraler:** Dette er en kommunal helsetjeneste som har som mål å fremme fysisk og psykisk helse samt forebygge og mestre sykdom. Blant annet foretar disse sentralene kartlegging av eldre generelt i landet.
- Utviklings senter:** Forsknings- og utviklings sentre (tidligere FoU-sentre) knyttet til skoler som utdanner helse- og sosialpersonell. Sentrene skal i samarbeid med undervisningssykehjem og -hjemmetjeneste danne et nasjonalt nettverk med andre forskningsinstitusjoner (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006). Kommunene skal i større grad være oppdragsgivere for forskning og utviklingsprosjekter som kan ha en nasjonal overføringsverdi (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006).

1.0 INNLEDNING

Dette masterprosjektet er gjennomført på bakgrunn av et oppdrag fra utviklingssentrene i Agder-fylkene. Oppdraget var å utarbeide et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre. Verktøyet skal brukes for å kartlegge ressurser og helsetilstand hos eldre i Agder fra fylte 78 år. Kartleggingsverktøyet skal også benyttes som et hjelpemiddel under kartleggingssamtalen og senere oppfølgingsbesøk. Utviklingssentrene i Agder har fått tilskudd fra Helsedirektoratet (2012b) til et utviklingsprosjekt for å øke forebyggingsarbeidet rettet mot hjemmeboende eldre. Helsedirektoratet (2012b) ønsker med dette å oppnå at deltagende kommuner utvikler verktøy og metodikk med en nasjonal overføringsverdi. Kunnskap om foreberedelser, gjennomføring og resultat av forebyggende hjemmebesøk til eldre er i fokus.

Det fins i dag mange forskjellige kartleggingsskjema som brukes hovedsakelig av frisklivssentraler i landet. En undring som har fulgt oss gjennom arbeidet med denne masteroppgaven, er hvorfor vi skulle lage enda et skjema. Ut fra gjennomgang av eksisterende skjema som fortsatt er i bruk og gjennom kontakt med flere frisklivssentraler, har vi ikke fått klart svar, men det kan blant annet se ut som det mangler standardisering. Henvendelse til Helsedirektoratet for å undersøke bakgrunnen for tilskuddsordningen, gav oss heller ikke svar på det vi lurte på.

1.1 Bakgrunn for studien

Staten ønsker at flere kommuner etablerer sentraler for frivillige hjemmebesøk til eldre over 75 år med den hensikt å forebygge eller om mulig utsette funksjonssvikt og institusjonsinnleggelse (Helsedirektoratet, 2012b). I motsetning til i Danmark, er det ikke pålagt å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i Norge (Helsedirektoratet, 2012b). Kommuner som driver med forebyggende hjemmebesøk, kartlegger vanligvis områder som egenaktivitet, ernæring, sosialt liv og trivsel, symptomer på sykdom og medisinbruk (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011). Mange kommuner fokuserer på fall blant eldre og har derfor opprettet treningsgrupper med fokus på opplæring i fallforebygging. For å øke forebyggingsarbeidet rettet mot eldre, har staten bevilget øremerkede tilskudd til å etablere flere frisklivssentraler i Norge for å nå målene om å forebygge helseproblemer hos eldre i større grad. Det er også fremmet forslag til helse- og omsorgstjenestelov og folkehelselov som

gir kommunene nye insentiver som kan brukes på etablering av frisklivssentraler (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2011).

Nasjonale planer og strategier sier blant annet at det må satses på forebyggende tiltak og tilrettelegging for at eldre skal kunne mestre å bo lengre hjemme (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Likevel mestrer de fleste eldre alderdommen på en selvstendig og uavhengig måte, og viser en god egenomsorgsevne (Dale, Söderhamn & Söderhamn, 2012a). Forebyggende hjemmebesøk kan virke som et tiltak for 1) å styrke eldres mestring og kontroll over eget liv og 2) utsette behovet for kommunale tjenester og institusjonsopphold (Elkan *et al.*, 2001; Elkan & Kendrick, 2004). I forbindelse med hjemmebesøk utfylles, i varierende grad, ofte kartleggings skjema som skal gi helsepersonell informasjon om den eldre. Det finnes allerede mange kartleggings skjema som brukes ved forebyggende hjemmebesøk (Wyller, Pettersen & Sosial- og Helsedirektoratet, 2005), men det kan se ut som de varierer veldig i utforming og innhold; noen er for omfattende og blir da fort for lange og tidkrevende å bruke, mens andre omhandler spesifikke områder, for eksempel fall og ernæring. Det kan se ut som det mangler et standardisert kartleggings skjema som dekker informasjonsbehovet som er nødvendig for å kunne belyse eldres ressurser og helsetilstand.

For å møte fremtidens utfordringsbilde med aldrende befolkning og flere kroniske sykdommer, har Helsedirektoratet (2012b) i 2011 etablert en tilskuddsordning til et utviklingsprosjekt i regi av landets utviklingssentre, for å fremstille verktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk til eldre. *"Frisklivssentraler er en del av kommunehelsetjenesten og har tilbud om hjelp til endring og mestring av levevaner ved hjelp av helsesamtale, fysisk aktivitetstilbud, tilbud om kostholdsendring, samt tilbud om røykeslutt"* (Helsedirektoratet, 2012b, s. 28). Prosjektperioden går over 3 år og har til hensikt å samle inn dokumentasjon som kan bidra til å spre deltagende kommuners oppnådde kunnskap om forberedelser, gjennomføring og resultat av forebyggende hjemmebesøk. Verktøyet og metodikken skal ha en nasjonal overføringsverdi (Helsedirektoratet, 2012b).

Utviklingssentrene for sykehjem- og hjemmetjenester i Agder-fylkene har fått tildelt prosjektmidler med formål å utarbeide felles kartleggingsverktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk i Agder. Besøkene tilbys det året en person fyller 78 år med tilbud om årlige gjentakelsesbesøk, og omfatter personer som ikke allerede er registrerte brukere av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Prosjektets fokusområder er aktivitet og

mestring. På sikt vil det også vurderes å igangsette gruppebaserte kurs som fokuserer på for eksempel kosthold og livsstil. I følge prosjektlederne fra Agder-fylkene er hensikten med hjemmebesøkene å få bedre kunnskap om Eldres subjektive helsetilstand og hva som er viktig i den enkeltes liv og hverdag. Dette er primærforebygging der tidlig intervensjon vil kunne begrense og utsette behov for omsorgstjenester på et høyere nivå.

1.2 Hensikt med studien

Utført litteratursøk og gjennomgang av et utvalg eksisterende kartleggingsskjema indikerer at det utføres kartlegging i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre. Men det kan se ut som om denne kartleggingen utføres på ulike måter i de ulike kommunene. Vi antar at manglende standardisering av verktøy i forebyggende arbeid kan være bakgrunnsteppe for tilskuddsordningen fra Helsedirektoratet (2012b). I forbindelse med innsamlingen av skjema har vi hatt kontakt med personer tilknyttet ulike kommuner. Deres kommentarer var blant annet at kartleggingsskjema ikke blir brukt, skjemaet brukes kun som en sjekklister i forhold til om en har vært innom alle tema og ikke som en mal å dokumentere etter, skjemaet tar for lang tid å komme gjennom da det er for mange spørsmål, samtalen under det forebyggende hjemmebesøket er viktigst, og så videre. Det kom også frem at det kan tyde på at det mangler et elektronisk system til dette formålet, noe som også blir bekreftet under litteratursøkene gjort i forbindelse med dette prosjektet.

Noen kommuner har i sine papirbaserte kartleggingsskjema fokus på enkeltområder som for eksempel fall, og da gjenspeiles det i skjemaet ved at det inneholder mange og detaljerte spørsmål innen fall.

Henvendelse til Helsedirektoratet i et forsøk på å finne svar på hvorfor det er nødvendig å utvikle et nytt kartleggingsskjema, gav ingen resultater. Det finnes litteratur på hvilke faktorer som må ligge til grunn for at et spørreskjema skal bli vellykket (Polit & Beck, 2010), men det er lite litteratur på hva som mangler og fører til at skjema blir forkastet eller brukt i mindre grad.

Oppdraget fra utviklingssentrene i Agder-fylkene til dette mastergradsprosjektet var å utvikle et kartleggingsskjema i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk som skal belyse ressurser og helsetilstand hos eldre i Agder fra fylte 78 år. Kartleggingsskjemaet skal også benyttes under oppfølgingsbesøk.

1.3 Avgrensing i studien

For å oppfylle hensikten med prosjektet og samtidig ha en overkommelig mengde av data å arbeide med, har vi valgt å se på kun norske og danske kartleggings skjema. Grunnen til at vi valgte Danmark overfor andre land, var at forebyggende hjemmebesøk til eldre har, i følge Ekmann, Vass & Avlund (2010), vært lovpålagt i Danmark siden 1998. I Danmark har man dermed lang erfaring innen dette feltet. Vi ønsket også å se på norsk status i dag og dermed norske skjema og hvordan de brukes. Vi avgrenser oss til å lage et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre, og se på noen viktige aspekter som, i følge DeLone & McLean (2003), bør ligge til grunn for å lage et elektronisk kartleggingsverktøy. Vi kommer derfor ikke til å lage elektronisk kartleggingsverktøy og heller ikke skrive kravspesifikasjon til dette.

2.0 PROBLEMOMRÅDE

Oppdraget til dette masterprosjektet var å lage et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk hos eldre, men vi manglet likevel en forforståelse av problemområdet. I dette kapittelet ønsker vi derfor å se på problemområdet knyttet til feltet som omhandler forebyggende hjemmebesøk til eldre. Vi ønsker først å se på hva eldrepolitikken i Norden sier om den demografiske utviklingen, for deretter å snevre oss ned til hvordan det er i Norge med tanke på hjemmeboende eldre, forebygging, kartlegging, og så videre. Vi ønsker å se på hensikten med forebyggende hjemmebesøk og hvorfor det er nødvendig med kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.

2.1 Demografisk utvikling og eldrepolitikk i Norden

Eldrebølgen vokser og det investeres mer av bruttonasjonalproduktet i eldreomsorgen enn noen gang før. Norge og Sverige bruker mer enn gjennomsnittet i EU (Colombo, Llana- Nozal, Mercier & Tjadens, 2011).

14,8 % av den norske befolkningen var i 2009 over 65 år, og 4,6 % av befolkningen var over 80 år (Colombo *et al.*, 2011). Antall eldre over 67 år antas å fordobles i Norge fram mot 2050 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Økning i antall eldre i Norge skyldes stadig større fødselskull fra 1933 til 1946, høyere levealder og innvandring (Colombo *et al.*, 2011; Mørk, 2011). Av den svenske befolkningen var det i 2011 18 % pensjonister fra en alder på 65 år og oppover, og 5,3 % av innbyggerne var over 80 år. Det antas at denne prosenten vil stige til 30 innen 2030 (Colombo *et al.*, 2011; Swedish Institute, 2012). 16,1 % av den danske populasjonen var i 2011 i en alder av 65 år og oppover. 4,1 % av populasjonen var over 80 år (Colombo *et al.*, 2011).

Noe av årsaken til at populasjonen av eldre øker er at vi får bedre og mer effektiv behandling av akutt og kronisk sykdom (Grøholt, Grøtvedt, Hånes & Stene-Larsen, 2010). Det er en økning i risikoen for å få kreft og demens ettersom alderen øker. Det kan tyde på at kroniske sykdommer blir en større utfordring i et folkehelseperspektiv. På tross av dette lever mange eldre godt med sin kroniske sykdom, men økende alder krever også økende omsorg (Grøholt *et al.*, 2010).

Samhandlingsreformen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009) peker på dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer og samler disse i 3 hovedutfordringer:

"Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester. Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne" (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009, s. 13).

Norge og store deler av verden står overfor store utfordringer de nærmeste tiårene når det gjelder redusert yrkesaktivitet og økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Om 20 år vil det mangle 43 000 årsverk i helse- og omsorgssektoren i Norge (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Tre satsningsområder nevnes i denne sammenheng; 1) god utnyttelse av helse- og sosialpersonellet vi allerede har, 2) økt fokus på rekruttering og 3) forebygging. Tidlig innsats og intervensjon kan forebygge funksjonssvikt, bidra til god egenomsorg og spare samfunnet for kostnader (Det Norske Veritas, 2012).

Stortinget og regjeringen legger til rette for at man skal være en aktiv deltager i eget liv og har lovfestet rett til ett kulturelt og sosialt liv på egne premisser. Det er også lovpålagt at kommunene skal drive med forebyggende helsearbeid (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006, 2010, 2011; Helsedirektoratet, 2010b; Kultur- og Kirkedepartementet, 2003).

Regjeringen bør sette inn ressurser og tiltak for å klare den voksende eldrebølgen. Samhandlingsreformen ble innført for å møte fremtidige omsorgsutfordringer på overordnet nivå. Det kan se ut som samfunnet og kommuner har behov for konkrete tiltak som ikke bare behandler sykdom, men som også fokuserer på forebygging av helseproblemer. Forebygging av helseproblemer kan innbefatte mange områder, blant annet en tilrettelagt hverdag for eldre hvor de kan mestre sine daglige aktiviteter og klare å bo lengre hjemme (Madsen, Hanak, Nielsen & Falk, 2007).

2.2 Hjemmeboende eldre

I dag bruker Norge omtrent 250 milliarder kroner hvert år på helse- og sosialsektoren (Kaasa, 2012). En sykehjemsplass koster ca. 850.000 kroner i året. Det koster derimot rundt 200.000 kroner å ha en eldre boende hjemme med hjelp fra hjemmesykepleien (Kaasa, 2012). Det er uten tvil mer lønnsomt for samfunnet å ha eldre boende lengst mulig hjemme. De fleste eldre har også ett sterkt ønske om å bo hjemme lengst mulig. Hjemmet er en del av deres identitet og det har vært deres trygge base i mange år. Eldre bestemmer og administrerer eget liv i eget hjem, og de bruker egne ressurser for å klare dette. De fleste eldre ønsker derfor tilrettelegging i hjemmet for at de skal klare seg lengst mulig i eget hjem (Dale, Sævareid, Kirkevold & Söderhamn, 2011; Dale *et al.*, 2012a). I følge dagens helsepolitiske føringer skal en forebygge slik at eldre kan bo hjemme lengst mulig (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006, 2010, 2011; Helsedirektoratet, 2010b; Kultur- og Kirkedepartementet, 2003). Mange eldre er i stand til selv å tilrettelegge sin omgivelse og daglige aktiviteter, men de som ikke er i stand til det vil ofte ikke bli fanget opp før de er pleietrengende (Mørk, 2011). Disse tilfellene er ressurskrevende for samfunnet.

Sykdommer og helseplager kan gi nedsatt funksjonsevne og hemme Eldres deltagelse i samfunnet. Muligheter for deltagelse i daglige aktiviteter er avhengig av tilrettelegging av omgivelsene (Grøholt *et al.*, 2010; Mørk, 2011). Det kan være ved hjelp av familie og venner eller andre instanser. Eldre som får hjelp til å tilrettelegge daglige aktiviteter, kan oppleve mindre konsekvenser av sykdom og helseplager (Mørk, 2011). Konsekvenser og begrensninger henger sammen med utforming og tilrettelegging av forhold som bolig, transportmuligheter, med mer, rundt den eldre (Mørk, 2011). Selv om mange eldre har ressurssterke pårørende, er ikke det ensbetydende med en god tilrettelagt hverdag for dem (Dale *et al.*, 2012a). Manglende kunnskap hos den eldre og pårørende kan føre til manglende tilrettelegging (Dale *et al.*, 2012a). Likevel har majoriteten av eldre en høy grad av egenomsorgsevne og er i stand til å ta godt vare på seg selv (Dale *et al.*, 2012a). Egenomsorg er omsorg for egne behov på alle områder; fysisk og psykisk helse, personlige egenskaper og sosial mestring (Narum, 2001).

Viktige indikatorer i måling av egenomsorgsevne er egen oppfatning av behov for hjelp, hvor mye hjelp som mottas fra familie, risiko for underernæring og svekket psykisk helse (Dale, Sævareid, Kirkevold & Söderhamn, 2010; Dale, Sævareid & Söderhamn, 2009; Dale *et al.*, 2012a). Når Eldres evne til egenomsorg reduseres, bør helsepersonell ha kunnskap om

hvordan dette kan fanges opp og ta et ansvar for å identifisere behov for å skaffe "riktig" hjelp. Slik unngår man unødvendig og uønsket avhengighet (Dale *et al.*, 2012a).

Evne til å se sammenheng i livet inneholder komponentene forståelighet, meningsfullhet og evne til å håndtere hendelser i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Disse er vesentlige faktorer for å håndtere stress og er tett relatert til helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Eldre med en opplevelse av sammenhengene i livet kan ha en god evne til egenomsorg (Dale *et al.*, 2012a; Smedt, 2011). De tar kontakt med helsesystemet når det er nødvendig, er bevisst på en sunn livsstil, er engasjerte, sosiale og har kontakt med familie og venner. De er fornøyde og har et positivt syn på livet og evner å se fremover (Dale *et al.*, 2012a; Smedt, 2011; Tomstad, Söderhamn, Espnes & Söderhamn, 2012).

Eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig, på tross av økende alder og svekket funksjonsevne (Ryan, McCann & McKenna, 2009). Det er viktig at helsepersonell forstår hva det betyr for eldre å kunne bo i eget hjem lengst mulig, og dette bør gjenspeiles i den offentlige tjenesten som ytes til eldre. Tjenesten bør planlegges slik at den er fleksibel og best mulig tilpasset eldres behov (Ryan *et al.*, 2009).

Samfunnet kan spare ressurser ved at eldre styrkes i å klare hverdagen selv i en lengre periode og bevarer kontrollen over eget liv, dermed utsette tildeling av helsetjenester. (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011; Madsen *et al.*, 2007). For å lykkes i forebyggingsarbeidet bør det settes av nok ressurser, tverrfaglig samarbeid, sterk og tydelig ledelse, fokus på kvalitet kontra økonomi og systematisk dokumentasjon. Fokus på forebygging og rehabilitering kan gjøre eldre mer selvhjulpne – hjelp til selvhjelp (Kjellberg *et al.*, 2011; Madsen *et al.*, 2007).

2.3 Forebyggende hjemmebesøk

I Norge ble det foretatt en kartleggingsundersøkelse i 2005 for å avdekke status på forebyggende hjemmebesøk til eldre i kommunene; 35 kommuner var i gang med forebyggende hjemmebesøk i større eller mindre grad (Wyller *et al.*, 2005). I overkant av 30 kommuner hadde planer om å starte, mens 368 kommuner ikke hadde noen planer om forebyggende hjemmebesøk (Wyller *et al.*, 2005). Pr mai 2012 er det 145 frisklivssentraler i Norge som foretar forebyggende hjemmebesøk til eldre (Helsedirektoratet, 2012b).

Forebyggende hjemmebesøk hører inn under helsefremmende arbeid som "...er prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter og setter dem i stand til å gjøre valg som fremmer helsen"

(Helsedirektoratet, 2011, s. 8). Formålet med forebyggende hjemmebesøk til eldre er å vurdere den Eldres livssituasjon i en ressursavklarende og motiverende kontekst (Madsen *et al.*, 2007). Det skal ikke fokuseres på sykdom og problemer, men den eldre skal motiveres til å se muligheter, styrke sine ferdigheter og selv igangsette tiltak som styrker/bevarer helse og mestringsevne (Madsen *et al.*, 2007).

Europeisk evidens viser at redusert dødelighet og sykehjems-innleggelse har sammenheng med antall hjemmebesøk (Elkan *et al.*, 2001; Elkan & Kendrick, 2004). Systematisk bruk av forebyggende hjemmebesøk har potensiale til å redusere kostnader forbundet med langvarig omsorg på institusjon. Det offentlige folkehelsearbeidet skal bidra til flere leveår med god helse (Elkan *et al.*, 2001; Elkan & Kendrick, 2004). En vesentlig del av folkehelsearbeidet handler om forebygging overfor eldre, noe som ofte er en integrert del av en sammensatt tjeneste. Tjenesten har både et behandlende, pleiende, rehabiliterende og forebyggende element (Elkan *et al.*, 2001; Elkan & Kendrick, 2004).

En treårig svensk studie utført av Theander & Edberg (2005), undersøkte en modell for gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk til eldre etter fylte 78 år. Undersøkelsen viste en positiv effekt på fysisk helse, medisininntak og hukommelsessvikt. Det ble også påvist en forskjell i fall selv om forskjellen ikke var signifikant (Theander & Edberg, 2005). Danske myndigheter har derimot lovpålagt forebyggende hjemmebesøk til eldre siden 1998 (Ekman *et al.*, 2010). I den forbindelse ble en studie med fokus på hvordan de inviterende prosedyrene til å ta imot besøkene har betydning for om eldre takker ja eller nei til besøket; brev med forslag til dato for besøk resulterte i flest aksepterte besøk, mens brev uten forslag til besøksdato resulterte i lavest aksepterte besøk (Ekman *et al.*, 2010).

Frisklivskonsulenter kan avdekke og identifisere risikofaktorer forbundet med funksjonell nedgang hos eldre gjennom forebyggende hjemmebesøk, og henvise dem til fagfolk for videre vurdering og hjelp (Robichaud, Hebert, Roy & Roy, 2000). Screening kan i slike tilfeller være et effektivt verktøy for å oppdage tegn på sykdom og sette inn tidlig tiltak (Eika & Lurås, 2005). Ved forebyggende hjemmebesøk kan man kartlegge risikofaktorer, funksjonelt selvstendighetsnivå, trivsel, oppfattet helsetilstand og sosial støtte, som er noen av indikatorene som påvirker Eldres muligheter til å bo lengre hjemme (Robichaud *et al.*, 2000).

Alder i seg selv er ikke et kriterium for å identifisere personer i risikosone for funksjonell nedgang, og heller ikke sivilstatus (Hébert, Bravo, Korner-Bitensky & Voyer, 1996). En person som akkurat er blitt enke/enkemann er ikke nødvendigvis i risikozonen. Det er andre faktorer som spiller inn i tillegg til dette (Hébert *et al.*, 1996). Personer som bor alene kan vise en høyere grad av selvstendighet enn de som bor sammen med noen. Disse kan i følge Hébert *et al.* (1996), også assosieres med reduksjon av risiko for institusjonsinnleggelse. Det innebærer at eldre oppnår en høy grad av selvstendighet ved at de ikke knytter folk til seg for å hjelpe dem i hverdagen. Når den tid kommer og den funksjonelle statusen endelig er svak, er institusjonsinnleggelse ikke så langt unna. Men frem til da er helsenedgangen maksimalt utsatt over tid.

Eldre ønsker å bo hjemme lengst mulig (Dale *et al.*, 2012a). Hjemmet er en del av deres identitet og de ønsker å opprettholde sin selvstendighet. Flytter man eldre fra deres hjem kan dette føre til at noen mister gleden og viljen til å ta ansvar i sitt eget liv. De mister noe av identiteten sin under flyttingen selv om denne er frivillig (Dale *et al.*, 2012a). Å flytte til en bedre tilrettelagt bolig /leilighet kan for mange være en god ting som øker deres evne til å klare seg selv i hverdagen (Dale *et al.*, 2012a). Hvis forebyggende helsearbeid og hjemmebesøk er effektive metoder for å redusere tap av selvstendighet, kan bruk av og kostnader i forhold til helsetjenester bli redusert, og helse- og velværeproblemer bli forebygget (Robichaud *et al.*, 2000). Det kan imidlertid se ut som at forebyggende hjemmebesøk bør komme inn på et tidlig stadiet og før den eldre blir en del av helsesystemet (Heggelund, 2012). Flere foretatte studier rettet mot skrøpelige eldre for å avdekke om forebyggende hjemmebesøk hadde en virkning på funksjonell status, sykehus- og sykehjeminnleggelse og dødsrate, viste negative resultater (Bouman, Rossum, Nelemans, Kempen & Knipschild, 2008; Dalby *et al.*, 2000). I og med at disse studiene ble rettet mot skrøpelige eldre som allerede hadde forringet helse, fikk ikke studiene påvist positiv effekt på deltagende eldre annet enn kraftig forbedret vaksinasjonsdekning (Bouman *et al.*, 2008; Dalby *et al.*, 2000).

2.4 Kartlegging i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk

Dokumentasjon fra utførte forebyggende hjemmebesøk til eldre, kan vise effekten av intervensjonen (Jensen & Jepsen, 2005). Det kan være dokumentasjon i forhold til innholdet i besøket, antall gjennomførte besøk og for å se om man når målene en har satt. Men effekten av intervensjonen vil antageligvis ikke vise seg før besøket blir gjentatt (Jensen & Jepsen, 2005). Manglende dokumentasjon kan i følge Jensen & Jepsen (2005) føre til at politikere og ledelse nedprioriterer områder da effekten ikke blir dokumentert og gevinstene synliggjort.

"Kartleggingen synliggjør utviklingsområder som for eksempel det å avklare valg av mål og målgrupper, synkronisere instrumenter for dokumentasjon, arbeide fram kostnadsbehov, videreutvikle opplæring for personale (Wyller *et al.*, 2005, s. 5)"

Frisklivskonsulentene kan bruke informasjonen de får gjennom systematisk kartlegging av forebyggende hjemmebesøk til eldre, sammenholdt med egen intuisjon og faglig kompetanse, til å få frem hvilke gevinster og satsingsområder det er viktig å ha fokus på (Jensen & Jepsen, 2005).

2.4.1 Kartleggingsskjema

Kartleggingsskjema er et verktøy som kan være nyttig å bruke i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre (Jensen & Jepsen, 2005). Forutsetningen er at skjemaet inneholder tema som dekker de aktuelle hovedområdene knyttet til arbeidet med eldres helse, ressurser, mestring og forebygging. Det er viktig at tema og spørsmål er entydige slik at de blir tolket likt (Jensen & Jepsen, 2005).

Bruk av kartleggingsskjema i forebyggende hjemmebesøk kan gi frisklivskonsulentene en lik struktur på innhold og fremgangsmåte. Bruk av kartleggingsskjema kan også skape en god debatt og automatisk refleksjon rundt kartleggingsområdene (Jensen & Jepsen, 2005). I tillegg til at man kan se utvikling hos den eldre over tid og få informasjon om effekt av besøk og tiltak (Jensen & Jepsen, 2005). Kartleggingsskjema vil i dette tilfellet brukes både som en samtaleguide og et dokumentasjonsverktøy. Det kan dermed være et hjelpemiddel for frisklivskonsulentene som leder dem underveis i både førstegangssamtale og oppfølgingssamtaler. Samtidig kan skjemaet være et hjelpemiddel i oppfølgingssamtalen da det minner frisklivskonsulentene på hva den eldre formidlet under siste samtale og hva de ble enige om.

2.4.2 Elektronisk kartleggingsverktøy

Målet med elektronisk kartleggingsverktøy er å minimere det administrative arbeidet og lette databehandlingen (Fossum, 2012; Jensen & Jepsen, 2005). Man vil her kunne dokumentere og underbygge prioriteringer og avgjørelser i forhold til målene med forebyggende hjemmebesøk. Ved å utvikle et elektronisk kartleggingsverktøy vil man oppnå et felles språk, struktur og oversikt. Det kan bli enklere og hurtigere å dokumentere slik at kvaliteten på det dokumenterte arbeidet øker (Fossum, 2012; Jensen & Jepsen, 2005). Det kan fortløpende oppsamles og krysskjøres data til for eksempel forskning og statistikk (Jensen & Jepsen, 2005).

Effekten av elektronisk dokumentasjon kan være innsparing av tid og materialkostnader (Mølstad, Mauritzen & Angermo, 2007; Sagen, 2010). Et elektronisk kartleggingsverktøy må ha et enkelt brukergrensesnitt, være lett å lære, og gjøre det brukeren forventer (Dennis, Wixom & Roth, 2012; Haraldsen *et al.*, 2004; Kjos, Værness & Godejord, 2009). Det er en fordel om kartleggingsverktøyet kan integreres med allerede eksisterende system i kommunen. Verktøyet bør kunne hente data fra folkeregisteret og overføre data til andre journalsystem i kommunen, tilrettelegge for dataeksportering, og generering av rapporter og statistikk for å forenkle arbeidshverdagen (Jensen & Jepsen, 2005).

Sikkerhetstiltak som blant annet autentifisering, registrering av aktivitet og tilgangskontroll må overholdes når man skal utvikle et elektronisk kartleggingsverktøy for at tilliten og sikkerheten i systemet skal ivaretas (Helse- Omsorgs- og Sosialsektoren, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Kjos *et al.*, 2009).

2.4.3 Aktuelle områder å kartlegge

Når en skal dokumentere forebyggende hjemmebesøk, er det viktig å ha fokus på aktuelle områder som kan gi data i form av brukbar statistikk og bruker- og samfunnsnyttige rapporter (Eika & Lurås, 2005). Kjønn og sosioøkonomisk status innvirker statistisk sett både på forventet levealder og på helse og funksjonsevne i eldre år (Eika & Lurås, 2005). Selv om kvinner lever lengre, er de ikke nødvendigvis sprekere mot slutten av livet. Høy sosioøkonomisk status har ikke kun sammenheng med lengre levetid og flere friske leveår, men også med færre år med funksjonssvikt (Eika & Lurås, 2005).

Sosiale forskjeller henger sammen med yrkesbelastninger, livsstil og forutsetninger for sunn livsstil (Dale *et al.*, 2011; Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Høy utdanning henger

sammen med sunnere livsstil og høyt utdannede bruker mer spesialiserte helsetilbud. Dette kan være fordi de har høyere inntekt, men også på grunn av høyere kunnskapsnivå (Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Sosialt nettverk og et aktivt kultur- og organisasjonsliv henger også sammen med bedre helse. Det å bli eldre kan føre med seg sosiale utfordringer. Sosial isolasjon eller manglende sosial integrasjon er en stor helserisiko. Sosialt nettverk og en nær venn er særlig viktig for psykisk helse blant aleneboende kvinner og de kan ha bedre psykisk helse enn gifte kvinner (Dale *et al.*, 2010; Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007).

God helse er ikke et objektivt begrep egnet til å identifisere opplevelse av helsetilstand hos eldre (Eika & Lurås, 2005). Personer med kroniske sykdommer og/eller fysisk svekkelse kan likevel oppleve at de har en god helse. Funksjonsnivå vil i den sammenheng være et mer operasjonaliserbart begrep (Eika & Lurås, 2005).

Tilrettelagt fysisk aktivitet rettet mot eldre, med tilsyn, viser positive resultater i treningsinnhold, -lengde, -intensitet og balanse sammenlignet med individuell trening uten tilsyn (Daniëls, 2011; Kalisch *et al.*, 2011). Fysisk aktivitet kan ha en positiv helseeffekt for eldre (Dale, Söderhamn & Söderhamn, 2012b; Mayer *et al.*, 2011; Samuel, Rowe, Hood & Nicol, 2012; Sundsli, Espnes & Söderhamn, 2013). En del sykdommer og aldring i seg selv kan behandles eller utsettes ved en aktiv livsstil. Mosjon med moderat intensitet 3-4 dager i uka kan høyne helsetilstanden til eldre betraktelig og forbedrer funksjonsevne og livskvalitet (Anderssen, 2009; Eika & Lurås, 2005; Kalisch *et al.*, 2011; Madsen *et al.*, 2007). Det viser seg at aktivitetsnivået faller med alderen og at det er en sammenheng mellom utdanning og aktivitetsnivå (Anderssen, 2009; Eika & Lurås, 2005; Kalisch *et al.*, 2011; Madsen *et al.*, 2007).

Med trening forebygger man fall, og redusert antall fall kan redusere kostnadene knyttet til dette betydelig (Hektoen, Aas & Lurås, 2009). I følge Hektoen *et al.* (2009) blir mange eldre inaktive og engstelige etter fall. Risikoen for fall blant eldre er, i følge Grøholt *et al.* (2010), høy; ca 30 % har falt i løpet av et år, men bare 10 % av disse var alvorlige fall. Det er økt falltendens når eldre blant annet bruker medikamenter, har dårlig ernæringsstatus, nedsatt syn, høy alder og har falt før (Grøholt *et al.*, 2010).

Tilrettelegging av ute- og innemiljø rundt eldre kan ha et forebyggende aspekt (Eika & Lurås, 2005; Fjelldal, 2004; Madsen *et al.*, 2007). Tilrettelegging av nærmiljøanlegg er avgjørende for om den eldre kommer seg ut, og får benyttet sitt fysiske nærmiljø. Planlegging av bolig i

forhold til hjelpemidler kan forebygge for eksempel fall. Fall og hjemmeulykker er et stort problem for eldre (Eika & Lurås, 2005; Fjellidal, 2004; Madsen *et al.*, 2007).

Et område som også bør kartlegges hos eldre er ernæringsstatus, da de er i faresonen for feilernæring eller underernæring (Dale *et al.*, 2012b; Eika & Lurås, 2005; Guttormsen *et al.*, 2009; Söderhamn, 2006; Tomstad *et al.*, 2012). Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Guttormsen *et al.*, 2009). Målgruppen for retningslinjene er personell og ledere både i spesialist- og primærhelsetjenesten som har ansvar for å gi god kvalitet ved oppfølging av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko, blant andre eldre. For å styrke dette arbeidet er det viktig med kompetanse, ledelsesforankring, definerte ansvarsforhold og samhandling. Guttormsen *et al.* (2009) anbefaler i den forbindelse fire enkle tiltak:

1. Vurdere ernæringsmessig risiko
2. Gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling
3. Dokumentere ernæringsstatus og -tiltak i pasientens journal og epikrise
4. Videreformidle dokumentasjonen til neste omsorgsnivå

Ernæringsintervensjon med fokus på måltider og mellommåltider som øker inntak av proteiner, vitaminer og mineraler viser en positiv effekt på energiinntak og vektøkning hos eldre (Daniëls, 2011; Madsen *et al.*, 2007).

Legemiddelgjennomgang og kunnskap, opplæring og oppfølging av legemidler til eldre kan redusere lite hensiktsmessig legemiddelbruk (Grøndalen, 2011; Lauvrak & Norderhaug, 2010). Men det er utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag i forhold til å vurdere om ett enkelt eller sammensatt tiltak kan gi færre legemiddelrelaterte dødsfall, færre skader eller økt livskvalitet (Grøndalen, 2011; Lauvrak & Norderhaug, 2010).

Alderdom forbindes gjerne med ett stillere og roligere liv. Dermed kan det være vanskelig å oppdage sviktende psykisk helse. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for den eldre siden ubehandlet depresjon kan føre til nedsatt livslyst og egenmestring (Dale *et al.*, 2009; Dale *et al.*, 2012b; Jensen & Jepsen, 2005; Madsen *et al.*, 2007).

Tidlige tegn på demens er blant annet hukommelsesproblemer, problemer med oppgaveløsning, tretthet, forvirring, endring i vaner og vanskeligheter med å utføre kjente oppgaver (Nasjonalt Videnscenter For Demens, 2013). Ved å kartlegge dagligdagse vaner

som bruk av radio, TV og avis, kan man avdekke tegn på tidlig demens. Personer med demens har ofte problemer med å forstå bilder og det kan bli vanskelig å lese. Ved trening, kosthold, regelmessig søvn og begrenset inntak av alkohol kan demens utsettes eller forhindres (Nationalt Videnscenter For Demens, 2013).

Teknologi kan bidra til at eldre blant annet får et bedre sosialt liv (Rong, 2011). Bruken av for eksempel nettbrett/PC kan bidra til å opprettholde kontakten med familie og venner via sosiale medier som Skype og Facebook (Rong, 2011; Söderhamn, Dale & Söderhamn, 2011). Smartteknologi som sensorer i dører og vinduer, bevegelsessensorer, fjernstyring av lamper og radio og en god pedagogisk opplæring kan ha positiv virkning på Eldres liv og forebygge funksjonshemming (Daniëls, 2011). Markedet fokuserer på forebygging ved å utvikle teknologiske løsninger eldre kan bruke for å hjelpe dem med å mestre hverdagen og bo lengre hjemme (Kaasa, 2012). Eldrebølgen skal, i følge Kaasa (2012), tas imot med omsorgsteknologi som sensorer og alarmer av diverse slag, vektmåling, blodtrykksmåling, blodsuktermåling og mange andre teknologiske løsninger.

IKT-baserte løsninger til bruk i omsorgstjenesten (omsorgsteknologi) gir mulighet for eldre å bo lengre hjemme, men det forutsettes at de føler seg trygge og får nødvendig hjelp når det trengs (Teknologirådet, 2009). Den nye eldre-generasjonen vil være en ressurssterk generasjon med kompetanse på teknologi, stadig bedre helse, personlig økonomi og høyere utdanning. Blant annet kan internett og sosiale medier styrke deres muligheter til å delta i samfunnet, kommunisere med helsevesenet og bruke nye sosiale fora (Teknologirådet, 2009).

2.5 Forskningsspørsmål

For å oppfylle hensikten med studien "*Utvikling av et kartleggingsskjema og kartlegging av viktige aspekter ved et elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre*" har vi delt studien inn i følgende forskningsspørsmål:

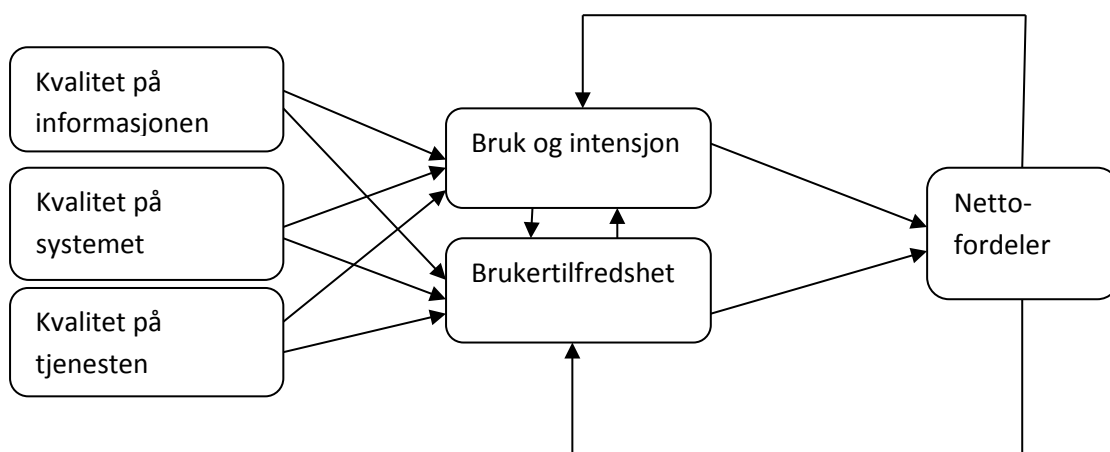
- 1) Hvilke områder bør inkluderes i et kartleggingsskjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?
- 2) Hva bør man vektlegge i et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

For å kvalitetssikre utarbeidelsen av et elektronisk verktøy, er det mulig å bruke IS-suksessmodellen til DeLone & McLean (2003) som en teoretisk referanseramme i masterprosjektet. Modellen er utviklet for informasjonssystemer knyttet opp mot internett, men kan også være nyttig i forhold til andre system. I denne sammenheng kan man se på hvilke egenskaper kartleggingsverktøyet må ha, hvilken informasjon det skal levere, hva vil det behøve av IT-støtte og hvilket nivå skal tjenestekvaliteten være på (DeLone & McLean, 2003).

3.1 DeLone og McLean

DeLone & McLean (2003) sin reviderte modell beskriver de forskjellige faktorene som må ligge til grunn for at systemet skal bli en suksess. Dette er en modell som i årenes løp er blitt grundig vitenskapelig dokumentert gjennom gjentatte forskningsprosjekter (Petter, DeLone & McLean, 2008; Seddon, 1997). DeLone & McLean (2003) mente at modellens popularitet er et bevis på at det er viktig med et rammeverk for funn innen IS-forskning. De konkluderer i den reviderte utgaven av modellen (Figur 1) at det er en klarere og bredere sammenheng mellom variablene i modellen enn først antatt. DeLone & McLean (2003) konkluderer videre med at IS-suksess er en multidimensjonell konstruksjon. Det er derfor nødvendig å studere det innbyrdes forholdet for disse dimensjonene. Modellen er både en prosessmodell og en kausalmodell (DeLone & McLean, 2003); hvis man går inn og ser på de forskjellige elementene i modellen vil man se at det er en sammenheng og et avhengighetsforhold mellom elementene.



Figur 1: IS-suksessmodell Gjengitt og oversatt (DeLone & McLean, 2003, s. 24).

Figur 1 viser at det er tre dimensjoner på kvalitet; informasjon-, system- og tjenestekvalitet. Hver av disse skal måles separat, fordi de hver for seg eller sammen vil påvirke bruk/intensjon og brukertilfredshet.

Bruk og brukertilfredshet er tett knyttet sammen (DeLone & McLean, 2003). Bruk kommer foran brukertilfredshet i en prosessmodell. Positiv opplevelse av bruk fører til en bedre brukertilfredshet, noe som igjen fører til økt intensjon om bruk. Som et resultat av bruk og brukertilfredshet kommer nettofordeler. Det er en forutsetning at nettofordelene er positive om man skal kunne kalle det en IS-suksess. Dette påvirker igjen bruken og brukertilfredsheten. Denne tilbakeføringen er gyldig selv om nettoeffekten er negativ. Da vil det sannsynligvis føre til redusert bruk og brukertilfredshet. Det er viktig å bemerke at før man kan definere samlede effekter, må man først definere hvilke aktører man måler utfra, for eksempel individ, kommune eller stat (DeLone & McLean, 2003).

Seddon kritiserte i 1997 DeLone og McLean sin modell fra 1992. Seddon (1997) påstod at det var blitt klart at inkludering av både varians- og prosess-fortolkninger i deres modell fører til så mange potensielt forvirrende betydninger at verdien av modellen ble redusert. Man kan se at DeLone & McLean (2003) til en viss grad har tatt hensyn til dette og justert på sine begreper og sammenhenger.

"Kvalitet på systemet" i et elektronisk system måler ønskede egenskaper av en elektronisk løsning. Brukervennlighet, tilgjengelighet, pålitelighet, omstillingsevne og responstid (eksempelvis nedlastingstid) er eksempler på kvaliteter som verdsettes av brukere av et elektronisk system (DeLone & McLean, 2003).

"Kvalitet på informasjonen" fanger innholdet i systemet. Innholdet bør være personlig, komplett, relevant, lett å forstå og sikkert om man forventer at brukerne vil være positive til systemet og bruke det på en jevnlig basis (DeLone & McLean, 2003).

"Kvalitet på tjenesten" er den generelle støtten levert av tjenesteleverandøren. Den gjelder uansett om denne støtten er levert av IT-avdelingen, en lokal superbruker eller en ny organisatorisk enhet. Dens betydning er i følge DeLone & McLean (2003), mest sannsynlig større enn tidligere fordi vi må anse brukerne som våre "kunder". I forhold til et elektronisk kartleggingsverktøy, vil kundene være frisklivskonsulentene som vil bruke systemet i sitt daglige arbeid. Dårlig brukerstøtte vil slå ut i dårligere og redusert bruk av systemet (DeLone & McLean, 2003).

"Bruk" måler alt fra antall ganger man bruker systemet til sidenavigering innenfor systemet, innhenting av informasjon og gjennomføring av en oppgave. I den sammenheng er "brukertilfredshet" en viktig forutsetning for bruken (DeLone & McLean, 2003). Det er et viktig virkemiddel for å måle brukerens meninger om systemet og bør dekke hele brukeropplevelsen fra informasjonsgjenfinning gjennom journalføring, lesbarhet, nytteverdi og service (DeLone & McLean, 2003).

"Nettofordeler" er den viktigste suksessfaktoren som viser balansen i positive og negative konsekvenser ved bruk av et elektronisk system både for brukeren, leverandøren, organisasjonen, helsevesenet og samhandlingen mellom etater (DeLone & McLean, 2003). Har systemet spart brukere tid og penger? Har fordeler som effektivitet og respons gitt positive nettofordeler for en organisasjon? Har landets investeringer i elektronisk system og infrastruktur gitt en positiv vekst i bruk av systemene (DeLone & McLean, 2003)?

4.0 METODE OG DESIGN

Masterstudien er basert på en kvalitativt utforskende design og i dette kapittelet beskrives planlegging og gjennomføring av studiens tre faser.

Utforskende design brukes ved de fleste kvalitative forskningsstudier. Det innebærer at forskere foretar mange valg i forbindelse med sin studie etter hvert som man oppnår nye erfaringer (Arntzen, Tolsby, Askerøi, Kokkersvold & Barikmo, 2010). Dette medfører høyere grad av fleksibilitet der både problemstilling og tilnæringsstrategi kan justeres underveis.

For å forstå et fenomen, er det vanlig å bruke litteraturforskning til å danne antakelser som man kan teste ut. Forskningsmetoden svarer på hva, hvordan og hvorfor (Polit & Beck, 2010). Metoden kjennetegnes ved at undersøkelser er basert på en intervjuguide med oversikt over problemområder som skal avdekkes, og ikke et tradisjonelt spørreskjema som benyttes ved de kvantitative metodene (Polit & Beck, 2010). For å få fram kvalitative data fordres ofte en innlevelse, deltakelse, motivering eller forståelse for hvordan mennesker opplever sin egen virkelighet (Polit & Beck, 2010). Ved kvalitativ forskning inntar forskeren en aktiv rolle og forsøker å komme seg så tett inn på fenomenet som mulig. Dette forskningsdesignet brukes for å presentere data med ulike tolkningsmuligheter (Arntzen *et al.*, 2010). Hensikten er ikke å få frem generaliserbare resultater, men det er likevel ønskelig å få frem en overføringsverdi som kan brukes av andre (Hovland *et al.*, 2010).

Når man velger kvalitativ metode som grunnlag for datainnsamling, kan man velge mellom flere metodiske tilnæringer. Ved valg av metode i forskningsprosessen er det nødvendig å klargjøre hvilken informasjon en ønsker å innhente i prosessen (Arntzen *et al.*, 2010).

4.2 Fase 1: Utvikling av skjema på bakgrunn av litteratur og tidligere skjema

Arbeidet med dette prosjektet startet med å avdekke aktuelle hovedområder til kartleggingsskjema ved gjennomgang av eksisterende skjemaer, og samtidig søke i litteratur for å identifisere temaer som er sentrale i forhold til eldre hjemmeboende personer.

Det ble sendt ut mail (vedlegg 1 – mail til frisklivssentralene) til 113 frisklivssentraler i Norge med spørsmål om de brukte kartleggingsskjema ved forebyggende hjemmebesøk til eldre, og om de eventuelt ville dele dette med oss. Vi hadde en egen frist, 1. november 2012, for innsamling av informasjon fra disse frisklivssentralene, for å ha nok tid til å analysere innsamlede skjema og lage et utkast til kartleggingsskjema før vi foretok intervju. Vi mottok

svar fra 26 frisklivssentraler innen fristen, men kun 10 av dem oversendte kartleggingsskjema. I tillegg hadde prosjektlederne for Agder-prosjektene samlet inn 10 danske og 4 norske skjema som de leverte til oss. I masterprosjektet ble det avgrenset til kun å se på norske og danske skjema. I Danmark har det vært pålagt med forebyggende hjemmebesøk i flere år. Vi antok at de hadde erfaring og praksis fra feltet og har utprøvd verktøy og metodikk for dette. Helsedirektoratet (2012b) anbefaler bruk av forebyggende hjemmebesøk, men det er ennå ikke lovfestet. Vi var nysgjerrige på hva som fantes av verktøy per i dag og foretok derfor henvendelsen til frisklivssentralene i Norge.

Vi måtte i tillegg begrense innsamlingen av skjema for å ha et overkommelig datamateriale å analysere, og det er tatt hensyn til loven om fallende utbytte. Det vil si at økt antall skjema utover et visst punkt, tilfører stadig mindre kunnskap (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009).

4.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Nasjonale og internasjonale litteratursøk ble gjennomført i hoved databaser som Bibsys, PubMed, Ebsco, Cinahl, Svemed, Google Scholar og AURA via Bibsys. Norske og engelske søkeord som ble brukt var blant annet "eldre - elderly, forebyggende – preventive, preventative, prevent, forebygging -prevention, hjemmebesøk – home visit, friske - healthy, hjemme - home, kartlegging – monitoring, mapping, teknologi – technology, elektronisk - electronic, undersøkelse - survey og IKT - ICT". Videre ble det i forhold til hovedområder i kartleggingsskjema brukt søkeord som "fall - fall, alkohol - alcohol, røyking - smoking, sosialt nettverk – social network, eldre - elderly, aktivitet - activity, medisiner – medicine, drugs, allmenntilstand – general health, med mer". Det ble søkt på norsk, dansk, svensk og engelsk. Bakgrunnen for valg av søkespråk var at alle tre masterstudentene kan mestre disse språkene.

Vi brukte litteratur fra 1996 (Hébert *et al.*, 1996), men fokuserte på å innhente og bruke nyere litteratur fra ca. år 2000. Vi ekskluderte de fleste undersøkelser som inneholdt syke/svake/skrøpelige eldre og/eller de som hadde hjemmetjenester. Litteraturen ble inkludert eller ekskludert i første omgang på bakgrunn av tittel. Inkluderte dokumenter ble innhentet i fulltekst. Deretter gikk innsamlet litteratur gjennom en ny runde med inkludering/ekskludering på bakgrunn av abstrakt og konklusjon. En søkehistorikk ble utarbeidet (vedlegg 2 - søkehistorikk).

Vi fikk inn totalt 25 skjema fra norske og danske kommuner; 1 av disse kom inn for sent i forhold til vår ovennevnte frist og 2 skjema ble forkastet på grunn av dårlig kopikvalitet. Eksklusjons-/inklusionsprosessen resulterte i 22 skjema for gjennomgang. Prosessen er illustrert i følgende flytskjema:



Figur 2: Inklusjons/eksklusjonsprosessen

4.2.3 Gjennomgang av kartleggingsskjema

Innsamlede kartleggingsskjema, litteraturgjennomgang, i tillegg til samtaler med prosjektlederne av Agder-prosjektet, dannet grunnlaget for utarbeidelse av et utkast til kartleggingsskjema. Innsamlede skjema ble vurdert og sammenlignet med hverandre. Områder og spørsmål i kartleggingsskjema ble satt opp i en tabell sortert etter områdene, for å gi oversikt over hvilke spørsmål som ble brukt under forskjellige områder og for å se hvilke områder som utpekte seg. For å gjøre prosessen enklere ble essensen av spørsmålene tatt ut i stikkord (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). Med bakgrunn i spørsmål brukt i tidligere skjema og på basis av litteratur har vi valgt ut spørsmål som bør dekke informasjonsbehovet i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk.

For å lette vår arbeidsprosess ved utarbeidelse av utkast til kartleggingsskjema, brukte vi et nettbasert spørreskjemaprogram; QuestBack (2012) er en tilbakemeldingsplattform for gjennomføring av elektroniske spørreundersøkelser. Spørsmål og aktuelle svaralternativer ble lagt inn i programmet; noen svar ledet til oppfølgingsspørsmål, såkalte "routing"-spørsmål. Disse dukket opp kun ved gitte svar, hvis for eksempel svaret på "Bor du sammen med noen?"

er "Ja", vil oppfølgingsspørsmålet være "Hvem bor du sammen med?". Ved hjelp av spørreskjemaprogrammet fikk vi et tydeligere bilde av spørsmålene vi ønsket å få med i vårt kartleggingsverktøy.

Kartleggingsskjemaet ble presentert for prosjektledere av Agder-prosjektet og senere intervjuinformanter i et Word-dokument. Alle fikk tilgang til URL-link for testing av skjema i det nettbaserte programmet. Dokumentet inneholdt en del elektronisk funksjonalitet som gjorde at det ble tungt å vise dokumentet i PC, da det inneholdt alle svarmuligheter i form av nedtrekks meny, bokser for korte og lange tekstsvaer og "huk av" svar for ett eller flere svaralternativer.

4.3 Fase 2: Kvalitetssikring av kartleggingsskjema

I denne studien ble innholdet i kartleggingsskjemaet kvalitetssikret gjennom intervju med prosjektgruppene i Agder og noen utvalgte informanter. Vi ønsket å kvalitetssikre innholdet i vårt skjema ved å undersøke om spørsmålene vi har tatt med dekker informasjonsbehovet frisklivskonsulenter har, men at det samtidig ikke var for langt og tidkrevende å gjennomføre, eller på noen måte var fornærmende mot den eldre.

4.3.1 Utvalgsstrategi og utvalg

Utvalget besto av de to prosjektgruppene i Agder-prosjektet og 6 individuelle fagpersoner. Gruppe 1 besto av 9 medlemmer og gruppe 2 av 5 medlemmer. Gruppemedlemmene hadde et engasjement i forhold til Agder-prosjektet og ble derfor forespurt som informanter. Det kan tenkes at informasjon fra prosjektgruppene var påvirket av utviklingsprosjektet de var en del av. Derfor valgte vi å intervju 6 "uavhengige" fagpersoner i tillegg. Disse ble rekruttert via våre kolleganettverk, såkalt bekvemmelighetsutvalg. Denne rekrutteringsprosessen innebærer å bruke aktuelle og tilgjengelige personer som deltagere/informanter i en studie (Polit & Beck, 2010).

Totalt hadde vi 20 informanter med følgende yrkesbakgrunn: sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut, vernepleier, sosionom, lege, folkehelsearbeider, idrettsutdanning, i tillegg til en elderrådsrepresentant. Flere jobbet med forebyggende hjemmebesøk og alle hadde erfaring med eldre. Begge kjønn var representert, men kvinnene var i flertall. Dette gjenspeiler kjønns sammensetningen ellers i pleie- og omsorgsyrkene (Sandnes, 2007). Da intervju ble foretatt hadde 1 medlem i hver gruppe meldt forfall, slik at vi fikk gjennomført intervju med

18 informanter til sammen. Tidspunkt for intervju ble avtalt med informantene via e-mail eller telefon. I forhold til rekruttering av prosjektgruppene, ble disse avtalene inngått via prosjektlederne.

4.3.2 Intervjuguide

Vi har brukt en semistrukturert intervjuguide som et hjelpemiddel for å samle data i forhold til synspunkter på kartleggingsskjemaet. Når en bruker en semistrukturert intervjuguide kan man få belyst en problemstilling eller et tema på en strukturert måte, men samtidig kan man være fleksibel og komme med utfyllende spørsmål underveis (Kvale *et al.*, 2009).

Intervjuguide 1 (vedlegg 5 - Intervjuguide 1) hadde hovedfokus på å kvalitetssikre innholdet i kartleggingsskjemaet. Vi ønsket å se om områdene og spørsmålene i vårt kartleggingsskjema opplevdes dekkende av informantene, og eventuelt få frem nye områder og spørsmål som vi ikke hadde tatt med. Intervjuguiden var ikke bygd opp på bakgrunn av teori, fordi vi ønsket å få frem erfaringsbasert kunnskap.

Første del av intervjuguiden inneholder opplysninger om informantens utdanning og yrke. Avslutningsvis har vi med spørsmål i forhold til et tenkt elektronisk system, men hovedspørsmålene dreier seg om innholdet i kartleggingsskjemaet.

4.3.3 Fremgangsmåte

Vi har valgt å intervju flere enkeltpersoner og gjennomføre to gruppeintervju.

Rekrutteringsprosessen kan by på etiske utfordringer da deltagelse må være frivillig og det må foreligge informert, skriftlig samtykke i forkant av intervju. Kvalitativ studie innebærer en fordypning i data der deltagere bidrar med vesentlig informasjon som kan være nyttig for studien. I den forbindelse er det mer ønskelig at informasjonen er nyttig enn antall informasjonsformidlere (Hovland *et al.*, 2010).

Hver informant hadde fått tilsendt første versjon av kartleggingsskjemaet i god tid før intervjuet, slik at de kunne sette seg inn i skjemainnholdet og kunne være i stand til å gi gjennomtenkte svar i intervjuet. Informantene fikk kartleggingsskjemaet presentert i Word-dokument som i tillegg inneholdt URL-link til nettbasert kartleggingsskjema.

Begge gruppeintervjuene ble gjennomført av to masterstudenter. Ingen av intervjuene ble tatt opp på bånd. Det ble notert med penn på papir under intervjuene. Ingen personlig eller gjenkjennbar informasjon ble nedtegnet. Hver informant leste gjennom og skrev under informert samtykke før intervjuet startet (vedlegg 6 - informert samtykke 1). Alle gruppe medlemmene var aktive under intervju. Fordelene med gruppeintervju er at en kan få en god diskusjon ut fra ulike meninger og datagrunnlaget blir bredere. Hensikten er ikke å oppnå enighet eller svar, men å få frem ulike synspunkter og diskusjoner (Kvale *et al.*, 2009). Ulempene kan være at noen informanter ikke kommer til, mindre kontroll over intervjuforløpet og at forskere ikke får med alle utsagnene eller meningene på en strukturert måte (Kvale *et al.*, 2009). Gruppeintervjuene ble gjennomført på ca. 2 timer.

De 6 individuelle intervjuene ble fordelt på 2 masterstudenter der hver masterstudent intervjuet 3 informanter hver. Intervjuene varierte fra 1 til 2 timer. Under disse intervjuene, i likhet med gruppeintervjuene, fikk informantene kartleggingsskjemaet i Word-dokument med mulighet for nettbasert testing. De skrev under på samtykkeerklæringen før intervjuet startet og alle svar ble nedtegnet på papir uten personlige opplysninger eller mulighet for gjenkjennbarhet. Etter hvert intervju ble svarene skrevet inn på data, også uten gjenkjennbare opplysninger.

4.3.4 Analyse av data

Da bakgrunnen for denne studien ikke var teoristyrte, valgte vi å analysere funnene etter strukturen i intervjuguiden. Funnene ble gjennomgått og vurdert i forhold til endringer i kartleggingsskjemaet. Vi fikk frem funn som kunne indikere behov for nye spørsmål og funn som ikke var direkte relatert til innholdet i kartleggingsskjemaet. Alle intervjusvar ble satt opp i en tabell (vedlegg 7 - analyse intervjurunde 1) strukturert etter spørsmålene i intervjuguiden. Intervjusvar ble diskutert og kartleggingsskjema ble revidert, slik at vi endte opp med andre versjon av kartleggingsskjema (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2).

4.4 Fase 3: Utarbeidelse av elektronisk kartleggingsverktøy

I første intervjurunde, fikk vi lite tilbakemeldinger på hvilke områder vi burde prioritere ved utarbeidelse av et elektronisk kartleggingsverktøy. Det ble derfor valgt å utføre en ny intervjurunde med prosjektlederne i Agder-prosjektet etter at de hadde prøvd ut kartleggingsskjemaet i forebyggende hjemmebesøk til eldre i en kort periode.

Da første versjon av kartleggingsskjemaet, som ble distribuert i et Word-dokument med tidligere nevnt funksjonalitet viste seg å være tungt vise i PC, måtte vi finne et annet og lettere format for å distribuere skjemaet. Kartleggingsskjema versjon 2 (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2) ble derfor laget i PDF-format med mulighet for å fylle svarene direkte inn i PDF-filen. Dette formatet viste seg å være lettere å bruke og det reduserte muligheten for endring og feilsletting av spørsmål under utfylling i dokumentet.

Andre versjon av kartleggingsskjemaet ble utarbeidet etter gjennomgang av funn fra første intervjurunde. Denne PDF-versjonen av kartleggingsskjemaet ble sendt til prosjektlederne for utprøving i forebyggende hjemmebesøk til eldre. De hadde da muligheten for å bruke kartleggingsskjemaet i forbindelse med reelle hjemmebesøk og dermed gi tilbakemeldinger basert på reell erfaring.

4.4.1 Utvalgsstrategi

Andre intervjurunde hadde fokus på et tenkt fremtidig elektronisk system basert på kartleggingsskjema. Utvalget besto av de to prosjektlederne for forebyggende hjemmebesøk i Agder. Begge hadde kunnskap, arbeidserfaring, engasjement og interesse i problemområdet og et ønske om å kunne ta i bruk et elektronisk kartleggingsverktøy i forebyggende hjemmebesøk.

4.4.2 Intervjuguide

Denne intervjurunden var, på lik linje med første runde, basert på en semistrukturert intervjuguide. Intervjuguide 2 (vedlegg 9 - intervjuguide 2) var basert på DeLone og McLeans IS-suksessmodell fra 2003 og prosjektledernes erfaringer etter å ha testet ut kartleggingsskjema versjon 2 (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2). I denne intervjurunden var vi interessert i å få frem IT-perspektivet på en systematisk måte.

Intervjuguiden er delt inn etter kategoriene systemkvalitet, servicekvalitet, informasjonskvalitet, intensjon om bruk/bruk, brukertilfredshet og nettoeffekter. Dette er suksessindikatorer som er dokumentert viktige i forhold til et informasjonssystem (DeLone & McLean, 2003). Under utvalgte kategorier har vi forsøkt å lage relevante spørsmål i forhold til aktuelle indikatorer. Intervjuguiden er todelt; del 1 omhandler erfaringer med bruk av kartleggingskjemaet og del 2 omhandler et tenkt elektronisk system.

4.4.3 Datainnsamling

Begge intervjuene ble foretatt med to masterstudenter til stede; den ene hadde hovedansvar for å stille spørsmål og den andre hadde hovedansvar for å notere ned svarene. Intervjuene varte i ca 1,5 time og alle svar ble nedtegnet på ark. I et av intervjuene ble det tatt opp lydopptak for å kvalitetssikre intervjuet, men vi valgte ikke å bruke lydopptaket. På grunnlag av dette valgte vi ikke å ta lydopptak av det andre intervjuet.

I slutten av begge intervjuene, ble svarene gjennomgått sammen med informantene for å kvalitetssikre resultater.

4.4.4 Analyse av data

Dataanalysen i denne intervjurunden var, på lik linje med intervjuguiden, også teoristyrte. Vi kategoriserte funnene ut fra indikatorene i suksessmodellen til DeLone & McLean (2003). Det er bare de indikatorene som har resultert i funn som er presentert i resultat- og diskusjonsdelen. Indikatorene danner utgangspunktet for å lage noen overordnede beskrivelser av et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy. Ulempen med å binde analysen opp til forhåndsdefinerte kategorier er at vi kunne gå glipp av informasjon som kunne vært viktig, men ikke passet inn i eksisterende kategorier (Kvale *et al.*, 2009).

4.5 Etiske betraktninger

Både før og under studien er det gjort etiske vurderinger i forhold til dilemmaer som kan komme opp i forbindelse med en forskning (Polit & Beck, 2010). Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra alle informanter før intervjuene startet. Informasjonen inneholdt hva studien innebar, fordeler og eventuelt ulemper for informanten, frivillig deltakelse og rett

til å trekke seg når som helst underveis i prosjektet, kriterier for deltakelse, tidsskjema, personvern, rett til innsyn og sletting av opplysninger.

Rekruttering av informanter til gruppeintervju foregikk via prosjektlederne som forespurte sine respektive prosjektgruppemedlemmer. I dette tilfellet var vi ikke i kontakt med informantene før intervjuet, dermed var det ikke noen form for press fra oss til å delta.

Informantene til de individuelle intervjuene ble rekruttert via våre kolleganettverk; bekvemlighetsutvalg. Det ble brukt e-mail og telefon da vi sendte invitasjon til deltakelse. I henvendelsen vektla vi frivillighet ved deltakelse. Vårt forhold til disse informantene var fjernt, både privat og i jobbsammenheng. Vi mener derfor at sannsynligheten for at de følte seg presset til å delta var liten.

Konfidensialitet av sensitive opplysninger ble sikret ved at første intervjurunde ikke ble tatt opp på bånd, men nedtegnet på papir parallelt med at de ble gjennomført. Identifiserbare opplysninger ble ikke registrert og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til enkeltpersoner. Navn på kommuner informantene tilhører, nevnes ikke. Rådata blir oppbevart på papir og blir makulert senest 31.08.13. I andre intervjurunde har vi, i tillegg til å nedtegne svarene på papir, tatt lydopptak fra et intervju med den hensikt å kvalitetssikre svarene. Dette ble ikke brukt og da det kun var det ene intervjuet som ble tatt opp, valgte vi å slette lydopptaket før oppgaven var ferdigstilt.

Det ble, sammen med veileder, konkludert med at studien ikke var meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) fordi vi ikke oppbevarte lydopptak i PC. Vi hadde tatt opp lydopptak fra et intervju med en prosjektleder, som ble slettet uten å bli brukt. Det ble derfor kun søkt Fakultetets Ethiske Komité (FEK).

Prosjektledere har samtykket i å bli referert til som prosjektledere i denne masteroppgaven. De har blitt informert om risikoen dette kan medføre for å bli gjenkjent.

5.0 FUNN OG ANALYSE

Vi har utført vår forskning i 3 faser og velger derfor å ha en tredelt presentasjon av funn og analyse.

5.1 Fase 1: Gjennomgang av litteratur og innsamlede skjema

Innsamlede skjema ble vurdert og sammenlignet med hverandre. På grunnlag av spørsmål brukt i disse skjema og på basis av litteratur har vi valgt spørsmål kategorisert ut fra aktuelle områder som bør dekke informasjonsbehovet i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Resultatet ble kartleggingsskjema versjon 1 som danner utgangspunktet for studien i del 2 (vedlegg 4 - kartleggingsskjema versjon 1) med følgende hovedområder: Personlige opplysninger, utdanning og arbeidsbakgrunn, bolig og boligforhold, fysisk nærmiljø, funksjonsnivå i hverdagen, fysisk aktivitet og sosial deltagelse, bruk av teknologi, almenntilstand, fall, ernæring, hjelpemidler, generell oppsummering og intervjuers kommentar.

Etter at alle skjema ble gjennomgått, samlet vi essensen av spørsmålene i stikkordformat og satt de inn i en tabell. Ut fra dette lagde vi hovedområder og spørsmål, slik det er presentert i tabell 1 og 2.

Tabell 1: Analyseeksempel av området "Personlige opplysninger"

Hovedområde:	Stikkord funnet i norske skjemaer:	Stikkord funnet i danske skjemaer:	Spørsmål i vårt kartleggingsskjema:
Personlige opplysninger	<ul style="list-style-type: none">- Kjønn- F.år / f.dato / f.nr.- Barn- Morsmål- Sivilstatus- Ektefelleo F.nro Primærlegeo Adresseo Telefon- Bosted- Telefon- Mailadresse- Utdanning og arbeid- Alder ved pensjon/trygd- Tidligere yrke / arbeidsplass	<ul style="list-style-type: none">- Dato- Navn- Kjønn- Årgang (f.år)- Sivilstand- Intervjuers navn- CPR- Besøk nr- Deltagelse- Sivilstand- Utdannelse / arbeid- Familie- Kultur og verdier	<ul style="list-style-type: none">- Navn- Fødselsår- Kjønn- Sivilstand

	<ul style="list-style-type: none"> - Navn på intervjuer - Bor alene? - Nærmeste pårørende o Tilknytning o Telefon o Bosted - Primærlege 		
--	--	--	--

Tabell 2: Analyseeksempel av området "Mat og drikke"

Hovedområde:	Stikkord funnet i norske skjemaer:	Stikkord funnet i danske skjemaer:	Spørsmål i vårt kartleggingsskjema:
Ernæring og matvaner	<ul style="list-style-type: none"> - Appetitt / matlyst - Matinntak de 3 siste mnd - Fordøyelsesproblemer - Tygge / svelge - Vekttap 	<ul style="list-style-type: none"> - Vekt / tilfredshet med vekt - Kost - Alkohol - Røyk - Svimmelhet 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan er appetitten din? - Hvor ofte spiser du middag i løpet av uken?
Mat og drikke	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilitet - Psykiske påkjenninger / akutt sykdom de 3 siste mnd - Neuro-psykologiske lidelser - BMI - Vitamin / mineralinntak - Kosttilskudd - Daglige måltider - Antall måltider hver dag - Middag - Daglig væskeinntak - Frukt og grønt - Kostholdvariasjon 	<ul style="list-style-type: none"> - Tarmfunksjon (obstipasjon) - Appetitt - Vitamininntak - Kalk-inntak - Tannstatus - Væskeinntak 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor mange måltider spiser du i løpet av døgnet? - Hvor ofte spiser en sammen med andre - Hvor mye væske drikker du i løpet av døgnet? Angitt i glass på ca. 2 dl. - Har du hatt uønsket vektendring de siste 12 månedene? o Hvis ja, har du gått opp eller ned i vekt og hva var årsaken til dette? - Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt kosthold?

5.2 Fase 2: Kvalitetssikring av kartleggings skjema, versjon 1

Utkast til kartleggings skjema ble kvalitetssikret ved 2 gruppeintervju og 6 individuelle intervju. Presentasjonen av funn er strukturert etter spørsmålene i intervjuguide 1 (vedlegg 5 – intervjuguide 1).

5.2.1 Funn

Struktur og språk:

Informantene hadde ikke mange kommentarer, men det ble nevnt ord som kan oppfattes som "avskrekkende" på en del eldre, for eksempel ordet ressurs. Under samtale med eldre må frisklivskonsulenter være bevisst på hvilke ord de bruker i forhold til hvem de kartlegger. Flere informanter etterlyste også presiseringer eller definisjoner av diverse begrep og svaralternativer og noen ønsket flere svaralternativer. Det ble kommentert at det er bra med oppsummeringss spørsmål.

Utforming:

Noen kommentarer gikk ut på at skjemaet var langt, men at det var viktige spørsmål som var tatt med. Noen gav også tilbakemelding på at det var passe langt og utformingen var bra. Det kom inn en del innspill på endring av rekkefølgen på spørsmål.

Dekker innholdet i kartleggings skjemaet ditt informasjonsbehov:

Noen informanter mente det kunne vært relevant å ta med spørsmål i forhold til velferdsteknologi etter hvert, men at det per i dag er et "umødent" felt å spørre om. I tillegg hadde informantene en del innspill på flere spørsmål som til dels ble veldig detaljerte. Det ble også nevnt at det i tillegg til å spørre om sivilstatus, burde settes inn et spørsmål om eldre bor alene eller sammen med noen. I gruppeintervjuene ble det en del diskusjon rundt spørsmålet om boligen var bygget etter en livsløpsstandard; enten måtte livsløpsstandard defineres veldig eksakt eller hele spørsmålet tas bort. Flere nevnte også viktigheten av å spørre om adkomst til bolig. Det ble etterlyst spørsmål i forhold til om eldre kan tenke seg å selge bolig, hvis denne ikke tilfredsstillt deres behov lengre, om de ønsker å tilrettelegge og et spørsmål i forhold til mulighet for å komme seg rundt/transportmuligheter. Det kunne vært interessant å vite om eldre er villig til å betale for hjelp og informanter ønsket å ha inn spørsmål om dette.

Spørsmål etterlyst av flere informanter var i forhold til forbruk av røyk, alkohol og rusmidler og at dette burde komme sammen med spørsmålene om ernæring. Ernæringsområdet ble av

flere foreslått omdøpt til mat og drikke.

Flere informanter tilbakemeldte at spørsmålene angående TV, radio og avis ble for omfattende, og ønsket å korte de ned til ett eller to spørsmål.

Flere informanter var enige om at kartleggingsbesøk kan by på en fin mulighet for screening, men de mente samtidig at det ikke er hensiktsmessig, da det ikke er frisklivskonsulentenes jobb. De ønsket heller å henvise den eldre til andre fagfolk for å foreta screening.

Kartlegging i forhold til behov for informasjon om for eksempel hjelpemidler og eldresenter ble etterlyst, i tillegg til området brannforebygging.

Et oppsummeringsspørsmål om hva den eldre selv kan gjøre for å mestre hverdagen ble anbefalt å ha med, i tillegg til at eldre må samtykke til at dataene kan brukes i forskning. Dette mente de må inn tidlig i skjemaet.

Fordeler med å bruke verktøyet elektronisk:

Informantene var positive og så for seg fordeler med å bruke verktøyet elektronisk til dokumentasjon og statistikk. I følge mange informanter, kunne informasjon samles i et system og enkelt hentes ut igjen til ulike formål, eksempelvis forskning og rapporter. Som et viktig ledd i dette, så mange muligheten for å bruke systemet på nettbrett. Men siden de må skrive en del, mente noen det hadde vært mer hensiktsmessig å bruke PC og gjerne uavhengig av internett-tilgang da kvaliteten på internettdekningen varierer fra et sted til annet, når de er i de eldres hjem. Å kunne hente opp informasjon fra forrige besøk samtidig som en foretar et nytt besøk, er en mulighet for oppfølgingsarbeid mange så for seg. Et elektronisk kartleggingsverktøy kan være nyttig i utviklingen av tjenestetilbudet, mente de.

Hensyn å ta når en skal utarbeide et elektronisk kartleggingsverktøy:

Tilbakemeldinger fra informantene var blant annet at systemet må være lett, enkelt å forstå og ikke ha rom for tolkning. Integrasjon i kommunens eksisterende "data-program" ble verdsatt som en fordel av mange informanter og at data kunne bli konvertert til kommunens system. Begrunnelsen for dette var at informasjonen som kan hentes inn i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk skal ligge som et bakteppe ved senere hjelpebehov når kommunen skal utarbeide tjenestetilbud til aktuell eldre person. Videre mente informanter at verktøyet måtte passe til flere ulike dataprogram og kunne brukes nærmest mulig den eldre.

Informantenes oppsummering av kartleggingsskjemaet:

Andre forhold av betydning for kartleggingsskjemaet og det elektroniske

kartleggingsverktøyet var i følge informantene begrepsdefinisjon i forhold til kartleggingsskjema, god opplæring i kartleggingen før skjemaet blir tatt i bruk og sertifiseringskurs for frisklivskonsulentene slik at alle formidler og tolker likt. Informantene formidlet at de bør være bevisst på hva kartleggingen skal brukes til og begrunnet det med: *"De eldre som intervjues må se hensikten med det for at de skal bruke tid på det"*. Kartleggingsverktøyet vil antagelig medføre økt forskning på feltet og økte muligheter for dokumentasjon, statistikk, rapporter og individuell oppfølging, mente mange informanter.

Alt i alt, mente mange informanter at skjemaet så veldig bra og fornuftig ut og at det hadde dekning for de viktigste områdene. Informantene syntes at det var bra det utarbeides et praktisk verktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk, men at dette ville vært et supplement til samtalen: *"Det er i samtalen en kan motivere og inspirere til tiltak den eldre selv kan gjøre og gjøre dem bevisst på diverse ting"*. For å oppnå kontinuitet og størst mulig grad av standardisering, mente mange at samme frisklivskonsulenter burde foreta oppfølgingssamtaler.

5.3 Fase 3: Utarbeidelse av elektronisk kartleggingsverktøy

Utkast til kartleggingsskjema ble revidert i forhold til innspill fra intervjurunde 1 (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2). Kartleggingsskjema versjon 2 ble utprøvd av prosjektlederne i Agder-prosjektet. Som nevnt tidligere, var hovedfokus i intervjurunde 2 hva en bør vektlegge ved utarbeidelse av et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy basert på DeLone og McLean sine suksesskriterier; systemkvalitet, servicekvalitet, informasjonskvalitet, intensjon om bruk, bruk, brukertilfredshet og nettoeffekter. Presentasjonen av resultater er todelt; første del er basert på erfaringer de hadde etter utprøvelse av skjemaet, og andre del er tilbakemeldinger i forhold til et tenkt fremtidig elektronisk system. Her presenteres funn under aktuelle indikatorer.

5.3.1 Intervjufunn basert på erfaringer med bruk av kartleggings skjema

Informasjonskvalitet:

Informantene tilbakemeldte at det var nyttig å ha et verktøy å forholde seg til, at det fungerte som en god disposisjon og kvalitetssikret dokumentasjonen fra besøkene. Det ble sagt at kartleggingsverktøyet opplevdes litt for omfattende, spesielt i de første besøkene. Dette bedret seg etter hvert som de fikk erfaring fra flere besøk. Besøkene tok ca. 1 - 1,5 time når de brukte verktøyet. Kartleggingsverktøyet inneholder relevante og viktige tema, mente informantene.

Informantene sa at kartleggingsverktøyet inneholdt mange gode svaralternativer, men det er viktig at frisklivskonsulentene får en felles forståelse av svaralternativene. Informantene hadde delte meninger i forhold til rekkefølge på spørsmål; det kom inn forslag på endring, men det ble også sagt at rekkefølge ikke hadde betydning for gjennomføringen av kartleggingen. I tillegg kom det inn delte tilbakemeldinger på spørsmålene angående TV, radio og avis; at de var for omfattende og burde kortes ned. Samtidig ble det sagt at de var viktige spørsmål og måtte beholdes, men at svaralternativer burde endres slik at en kunne få svar på hvor mange timer per dag eldre for eksempel så på TV. Informantenes begrunnelse var at tidsforbruk på media kunne indikere Eldres aktivitetsnivå og om de fulgte med på nyhetsbildet, lokale nyheter og andre programmer.

Den ene informant tilbakemeldte endring på svaralternativer i forhold til sovemedisinspørsmålet; foreslår å fjerne svaralternativet "Av og til". Beholde kun ja og nei som svaralternativer og et oppfølgingsspørsmål hvis de svarer ja. Da skal det spørres hvor ofte de tar sovemedisiner.

Det ble sagt at oppsummerings spørsmål ikke brukes under alle områder, men informantene mente at de kunne stå i skjemaet, så kan frisklivskonsulenten la være å bruke dem når dette ikke synes nødvendig.

I tillegg mente den ene informant at spørsmålene under sosialt nettverk ikke var så aktuelt å stille eldre som fortsatt er gift, da man kan få svar på det senere i skjemaet. Informanten foreslo at man alternativt kan spørre om hvor ofte den eldre er sammen med andre personer enn fra husstanden sin.

Informantene formidlet at de opplevde at kvaliteten på samtalen stort sett ble bedre ved bruk av kartleggingsverktøyet, i tillegg til at kartleggingsverktøyet ikke hadde noen påvirkning på den eldre.

Bruk:

Informantene registrerte stort sett svarene fra de eldre under kartleggingsbesøket for å kvalitetssikre informasjonen, men det hendte at informasjon ble etter-registrert i tilfeller der mye informasjon ble formidlet.

5.3.2 Intervjufunn basert på et tenkt fremtidig elektronisk system

Systemkvalitet:

Informantene ønsket at arbeidsprosessene ble forenklet med et elektronisk system ved for eksempel svarregistrering rett inn i systemet via PC eller nettbrett og integrering mot kommunens journalsystem. Dette, i følge dem, vil da føre til mindre dobbeltarbeid i forhold til i dag. De sa også at dataene må kunne konverteres til andre format, i tillegg til mulighet for å hente ut rapporter og statistikker som blant annet kan bidra til bedre kvalitet på tjenesten. Ved individuell oppfølging, for eksempel ved 2. gangs besøk, bør en kunne få opp svar fra forrige besøk og ha mulighet for å endre disse, mente informantene. Hvis svarene er de samme som ved første besøk, endrer en ikke i disse feltene. Det ble sagt at datasikkerheten høynes ved et elektronisk system, men at de foreløpig ikke vet hva disse opplysningene skal brukes til og at det må avklares før en begynner å utvikle et system.

Informantene mente brukervennlighet må prioriteres ved et elektronisk system; menyrekkene må utarbeides enklest mulig og skjermbildene må være oversiktlige. Det ble sagt at systemet skal brukes av faggrupper som tradisjonelt sett ikke har sin styrke i teknologiske løsninger og dette må gjenspeiles i systemet. I tillegg påpekte informantene viktigheten av sikker og robust teknologi.

I forhold til lagring av data var tilbakemeldingene at man må ha en klar tanke rundt dette. Lagring av og tilgang til data må sikres gjennom tilgangsstyring og med riktig sikkerhetsnivå. Tilbakemeldinger var hvis eldre etter hvert trenger kommunale tjenester, må opplysninger fra forebyggende hjemmebesøk gjøres tilgjengelig for andre brukere som skal jobbe med dette.

Servicekvalitet:

Informantene tilbakemeldte at teknologi som ikke fungerer "irriterer og skaper frustrasjon". God opplæring, etablert brukerstøttesystem som gjør det enkelt å få hjelp var viktig, mente informantene, i tillegg til at støttesystemet måtte være enkelt å nå og ansvarlig person for opplæring og oppgraderinger må være på plass.

Informasjonskvalitet:

Det ble påpekt av informantene at de ønsket mulighet for å ta ut statistikk og data som kan brukes i forskning, og for eksempel demografiske data til bruk i videreutvikling av tjenester til eldre. Et ønske var også mulighet for å bli varslet ved neste besøk i forhold til spørsmål som prioriteres av frisklivskonsulentene, som for eksempel fall. De ønsket også at kartleggingsverktøyet kan håndtere henvisninger og koordinering i forhold til innsamlete opplysninger.

Intensjon om bruk:

Informantene hadde en positiv holdning til bruk av et fremtidig elektronisk system. Deres erfaringer tilsa at dette ville vært tidsbesparende da en slipper dobbeltføring. De mente at det er givende å jobbe med elektroniske system som gjør arbeidsprosessene enklere. Samtidig tilbakemeldte de at et elektronisk kartleggingsverktøy kan skape irritasjon og frustrasjon hvis det ikke er brukerstøttesystem for å bistå brukerne.

Informantene tilbakemeldte at data vil oppbevares på en tryggere måte i et elektronisk system. Samtidig mente de at kartleggingsverktøyet ikke skal være det viktigste momentet i det forebyggende arbeidet, men at samtalen med eldre er det viktigste i deres kartleggingsarbeid.

Nettoeffekter:

Informantene mente at hovedgevinsten i forhold til et elektronisk kartleggingsverktøy ville vært et standardisert innhold og lagring under forutsetning av at det blir brukt under alle besøk. Det ble sagt at per i dag er det mange ulike kartleggingsskjema og ulike måter å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk på, men kvaliteten på datamateriale vil øke betraktelig ved bruk av elektronisk kartleggingsverktøy.

Effekten vil i følge informantene være blant annet mulighet for å hente opp data fra forrige besøk, tidsbesparing og økt kvalitet på den individuelle oppfølgingen. Men det ble igjen påpekt viktigheten av å avklare hva informasjonen fra kartleggingsbesøkene skal brukes til.

6.0 DISKUSJON

Ut i fra litteraturstudie og gjennomgang av eksisterende kartleggings skjema, kan det se ut som det mangler et standardisert kartleggings skjema i Norge. Ved å utvikle et elektronisk system basert på et standardisert kartleggings skjema, kan det føre til at informasjon blir samlet inn på en systematisk og strukturert måte. Dette kan gi et realistisk bilde av Eldres helsestatus og evne til å klare seg hjemme. Det kan bli mulig å utføre nasjonale studier innen forebygging og gjøre statistiske analyser på grunnlag av data. Kvaliteten i tjenestene som blir gitt kan sikres bedre og det vil kunne gi samfunnet en oversikt over hvilke tiltak som fungerer og hvor det er hensiktsmessig å sette inn ressurser. For den enkelte bruker kan det føre til at eldre kan klare seg lengre i eget hjem da det blir fokus på hva som må til for at dette er mulig.

Kapittelet starter med en diskusjon rundt hvilke tema som bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre på bakgrunn av litteratur og funn. Så følger en diskusjon, ut i fra et helseinformatisk perspektiv, med forankring i IS-suksess teorien til DeLone og McLean og på bakgrunn av funn og litteratur, hva man bør vektlegge i et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.

6.1 Hvilke tema bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?

Under utarbeidelsesprosessen av kartleggings skjemaet hadde vi følgende undringer som et grunnlag for å formulere gode spørsmål som kan inkluderes i et kartleggings skjema for bruk under et forebyggende hjemmebesøk til eldre:

- Kan man spørre om dette?
- Kan man gjøre noe med det en spør om?
- Hva ønsker man å få ut av spørsmålet?
- Kan man få nyttig informasjon å bruke i forbindelse med forebygging?

Frisklivskonsulentene skal, i følge prosjektlederne, bruke kartleggings skjemaet som et hjelpemiddel for å kartlegge Eldres ressurser og eventuell forandring i helsetilstand over tid. Da kan de ha mulighet for å gripe tidlig inn med enkle tiltak som kan hjelpe eldre å klare seg selv lengre hjemme (Helsedirektoratet, 2012b). Med bakgrunn i det, bør man velge gode spørsmål å stille i et forebyggende hjemmebesøk.

Funnene i studien viser at det er viktig med god struktur og et forståelig språk i kartleggingsskjemaet. Noen ord kan, i følge informanter, virke høytidelige på eldre og de kan legge mer i dem enn det som er ment. Ord som ressurs og fysisk aktivitet ble, av informanter, fremhevet som fremmede ord for eldre. På bakgrunn av disse tilbakemeldingene, anbefaler vi frisklivskonsulentene å utarbeide en veileder til kartleggingsskjemaet som blant annet definerer begrep, beskriver ulike måter å stille et spørsmål på og presiseringer av hva de ulike svaralternativene kan bety. Kartleggingsverktøyet skal underbygge samtalen, sørge for at en har en struktur og kommer innom definerte områder. Funn tyder på at de samme frisklivskonsulentene bør foreta oppfølgingssamtalene. En oppnår da en kontinuitet og likest mulig tolkning av spørsmål og svar. Jensen og Jepsen (2005) påpeker viktigheten av at spørsmål er entydige slik at de blir tolket likt. Dette gir en god struktur på innhold og fremgangsmåte i besøket hos den eldre (Jensen & Jepsen, 2005).

Funnene i studien avdekket mange områder vi måtte vurdere i utarbeidelsen av et kartleggingsskjema til Agder-prosjektet. Mange skjema var veldig detaljerte og inneholdt flere spørsmål som omhandlet alt fra gatelys utenfor boligen til hvor mange ganger i uka den eldre spiser middag (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). Selv om områdene kan være relevante nok, tar slike skjema lang tid å gå gjennom under et forebyggende hjemmebesøk. Når frisklivskonsulentene ønsker å foreta oppfølgingsbesøk til eldre hvert år, er det i dette tilfellet viktig at eldre ikke opplever første besøket som belastende og langt (Jensen & Jepsen, 2005). Man ønsker at de eldre skal være villig til å gjennomføre oppfølgingsbesøk slik at frisklivskonsulentene skal kunne se både positiv og negativ utvikling i Eldres ressurser og helsetilstand. Slik kan de også evaluere effekt av eventuelle iverksatte tiltak. Funnene underbygger dette, selv om det blant informantene også var uenighet i forhold til detaljnivået på spørsmålene under noen områder, og da spesielt i forhold til spørsmål angående TV, radio og avis (vedlegg 4 - kartleggingsskjema versjon 1 og 8 - kartleggingsskjema versjon 2). Flere informanter tilbakemeldte at dette området ble for omfattende og ønsket å komprimere området ned til ett eller to spørsmål. Eldre som følger med på TV, radio og aviser kan holde seg oppdatert på nyheter og dokumentarer, underholdes av gode filmer og annet. Tidlige tegn på demens kan blant annet være endring i vaner, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer (Nationalt Videnscenter For Demens, 2013), og dette kan avdekkes ved å stille spørsmål i forhold til TV, avis og radio. Dette er hverdagsaktivitet for mange og en kan få testet ut både hukommelse, konsentrasjon og vaner ved å stille disse spørsmålene.

Funnene i studien viser at svaralternativene til mediaspørsmålene, derav tv, radio og avis, bør

endres, da de fleste eldre svarer, i følge informanter, daglig. Svaralternativene ble av informanter foreslått endret, slik at en kan få svar på hvor mange timer daglig eldre ser på tv, hører radio eller leser aviser. Dette kan si noe om Eldres fysiske aktivitetsnivå i hverdagen, og det er mulig den foreslåtte endring bør tas hensyn til. Hvis frisklivskonsulentene kan få en pekepinn på Eldres fysiske aktivitetsnivå, har de bedre mulighet for å foreslå forebyggende tiltak når det trengs. Eldre som bruker mye tid på TV-titting, radio-lytting eller avislesing, er sannsynligvis lite fysisk aktive, noe som kan ha negativ påvirkning på deres helse. Som Grøholt *et al.* (2010) og Mørk (2011) sier, kan tilrettelegging av daglig fysisk aktivitet føre til mindre konsekvenser av sykdom og helseplager. Med andre ord kan manglende fysisk aktivitet føre til økning av helseplager. Frisklivskonsulentene vil i dette tilfelle kunne introdusere eldre til kommunale eller private aktiviteter som gågruppe, svømming og andre fysiske aktiviteter. Det er selvsagt opp til den eldre selv å bestemme sitt aktivitetsnivå, men frisklivskonsulentene kan forsøke å motivere til fysisk aktivitet og informere om tilbud som finnes.

Vi mener at kartleggingsskjemaet ikke skal være for langt, men samtidig må det dekke vesentlige områder i forhold til eldre. Det er en kunst å stille færrest mulig spørsmål samtidig som en skal innhente nyttig og mest mulig fullstendig informasjon. En del opplysninger kan formidles til eldre i et hefte de kan lese etter kartleggingsbesøket. Men hvis det er et behov eller ønske om mer detaljert informasjon, for eksempel i forhold til brann, kan et tiltak være å kontakte det lokale brannvesenet og be om et brannforebyggende besøk fra dem. Funnene i studien var ikke entydige på området i forhold til blant annet brann, men av hensyn til skjemaets lengde og tidsaspektet på hjemmebesøket, valgte vi ikke å ta inn spørsmål i forhold til for eksempel brannforebygging.

Funnene i studien viser at spørsmålsrekkefølgen i kartleggingsskjemaet burde endres. Man vil nok aldri oppnå 100 % enighet om rekkefølge da dette vil være påvirket av fagområde, individuelle oppfatninger av hva som er logisk rekkefølge, med mer. Likevel er det veldig viktig å ha en logikk og flyt i skjemaet som underbygger en god samtale (Jensen & Jepsen, 2005). Kartleggingsskjema og samtale bør tilpasses hverandre, da har en mulighet for å oppnå best mulig kvalitet på hjemmebesøket og innhenting av informasjon.

Funnene i studien underbygger at hovedområdene i kartleggingsskjema versjon 1 stort sett var dekkende, men et område ble etterlyst av flere informanter; Eldres forbruk av røyk, alkohol og rusmidler. Røyking er helseskadelig og forkorter liv, og det viser seg at røykeslutt har en

positiv effekt for alle aldersgrupper (Frydenlund, 2012; Madsen *et al.*, 2007). Alkoholvanene til det norske folk har endret seg og det drikkes mer og hyppigere, også blant eldre. Alkohol kan også være en medvirkende årsak til fall. Medisinbruk sammen med alkohol kan få negative konsekvenser for den eldre (Frydenlund, 2012; Madsen *et al.*, 2007) og stort alkoholinntak kan føre til helseplager som høyt blodtrykk, leversykdom, hjerneslag, og andre sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2013).

Røyk- og drikkevaner er nyttig å få kartlagt hos eldre, og disse spørsmålene ble tatt inn under ernæringsområdet (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2). I utgangspunktet hadde vi ikke tatt med spørsmål om forbruk av alkohol og rusmidler, til dels fordi målgruppen eldre som skal motta hjemmebesøk er friske eldre uten kommunale tjenester, men i etterkant ser vi at de likevel kan ha et forbruk av alkohol og rusmidler som ikke er sunt. I tillegg er dette vanskelige spørsmål å stille og noen eldre kan oppleve det som fornærmende og ubehagelig. Forskning (Gossop, 2008) viser at eldre som trenger behandling for stoffmisbruk vil dobles mot 2020. Når narkotikamisbrukere blir eldre vil mange utvikle alvorlige sykdommer og vil sannsynligvis trenge tett oppfølging fra helsevesenet (Gossop, 2008). Med dagens tilgang på legemidler kan også tidligere rusmisbrukere leve et lengre og tilnærmet normalt liv ved hjelp av såkalt legemiddelassistert rehabilitering som Metadon eller Subutex (Helsedirektoratet, 2010a). Vi vet at disse medikamentene administreres av helsevesenet. Eldre med rusproblematikk vil sannsynligvis motta helsetjenester enten for legemiddeladministrering eller for en alvorlig sykdom utviklet som følge av et rusproblem. Denne gruppen eldre er dermed ikke i den såkalte "friske eldre"-kategorien og vil med dagens forutsetninger ikke motta forebyggende hjemmebesøk og derfor har vi valgt ikke å ta med spørsmål rundt rusproblematikk. Likevel ser vi at disse spørsmålene kan være fornuftige å ha med i et kartleggingsskjema etterhvert. Eldre som får legemiddelassistert behandling kan fungere bra i samfunnet; de kan ha hatt en jobb og kan være etablert med familie. Vi ser det som sannsynlig at de også kan ha nytte av forebyggende hjemmebesøk på lik linje med "friske" eldre.

Funnene i studien underbygger at fokus i hjemmebesøkene skal være ressurser hos eldre og bevisstgjøre dem på egenmestring og selvstendighet. Som tidligere nevnt, ønsker vi å inkludere spørsmål som ikke oppleves som fornærmende i vårt kartleggingsskjema. En frisk person som akkurat har fylt 78 år, vil antageligvis ikke like å bli spurt om han/hun ivaretar sin personlige hygiene. I stedet valgte vi å inkludere spørsmål som tilrettelegger for at eldre selv kan fortelle om sine behov, så vel som ressurser. Madsen *et al.* (2007) mener at fokuset i forebyggende hjemmebesøk bør være vurdering av den eldres livssituasjon i en

ressursavklarende og motiverende kontekst. Det skal dermed ikke fokuseres på sykdom og problemer, men den eldre skal motiveres til å se muligheter, styrke sine ferdigheter og selv igangsette tiltak som styrker/bevarer helse og mestringsevne. Noe Elkan *et al.* (2001) og Elkan & Kendrick (2004) også støtter i sin forskning. Vi har derfor valgt å unngå spørsmål som berører helseplager og sykdommer. Men samtalen med eldre vil sannsynligvis ofte omfatte mer enn spørsmålene i kartleggingsskjemaet, og helseplager og sykdommer vil nok i en del tilfeller likevel kunne bli et tema.

Målet med dette prosjektet var å lage et kartleggingsskjema med passe antall spørsmål som passer de fleste eldre. Og siden det er ønskelig med oppfølgingsbesøk er det viktig å få med bakgrunnsdata for å skille mellom eldre som har vært gjennom en kartleggingssamtale. Prosjektlederne i Agderprosjektet ønsket i første omgang ikke å ha med Eldres navn. Men uten navn blir det vanskelig å finne tilbake til tidligere kartlegging for å sammenligne resultater. Bakgrunnsdata som navn, fødselsår, kjønn og sivilstand bør inn i kartleggingsskjema. I mange innsamlede skjema ble det for eksempel også spurt om morsmål og pårørende (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). Morsmål bør avklares, men det mener vi bør gjøres før en kartleggingssamtale. I utgangspunktet skal frisklivskonsulentene ha nødvendig informasjon om eldre de skal besøke før besøket blir avtalt. Da bør de i forkant vite om eldre er av utenlandsk opprinnelse, om vedkommende behersker norsk og om de eventuelt trenger tolk. Opplysninger som Eldres fastlege og pårørendes fastlege blir også spurt om i andre skjema. Målet med forebyggende hjemmebesøk er å styrke og veilede eldre til å ivareta ansvar for eget liv og selv kunne ta kontakt med fastlege og andre offentlige instanser. Spørsmål av denne typen ble derfor valgt bort. Informasjon om pårørende mener vi heller ikke hensiktsmessig å spørre om, da eldre selv må snakke med dem hvis det er noe som krever deres involvering. Mye informasjon blir formidlet under en kartleggingssamtale, og som Dale *et al.* (2012a) formidler i sin forskning, kan manglende kunnskap hos eldre og pårørende føre til manglende tilrettelegging. Vi vet at pårørende ofte spiller en stor rolle i Eldres liv. Det kan i så fall tenkes at en kartleggingssamtale burde inkludere pårørende, så langt det er greit for den eldre, men sannsynligvis vil frisklivskonsulentene da bruke lengre tid på hjemmebesøket. Vi ser at det muligens kan være fornuftig å ta inn flere spørsmål i forhold til pårørende og eventuelt involvere pårørende i større grad i det forebyggende hjemmebesøket.

Funnene i studien viser at det burde settes inn et spørsmål om eldre bor alene eller sammen med noen i kartleggingsskjemaet (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2). Den eldre kan fremdeles være gift, men ektefellen kan for eksempel være på institusjon. Personer som bor alene, kan i følge Hébert *et al.* (1996), vise en høyere grad av selvstendighet enn de som bor sammen med noen. Det kan tenkes at noen eldre som bor alene, kan ha en hybel i huset å leie ut til en student eller et barnebarn, og han/hun kan be om hjelp til snømåking, plenklipping og annet forefallende arbeid. Vi mener grad av selvstendighet ofte er personbetinget, men i et parforhold kan også grad av selvstendighet være basert på at de er to. Hvis den ene parten plutselig faller bort, kan det få omfattende konsekvenser for den gjenværende eldre. Den kan oppleve tap av identitet fordi den har vært tett knyttet til sin livsledsager. Dale *et al.* (2012a) formidler i sin forskning at Eldres identitet også ofte er knyttet til deres bolig og at eldre kan miste sin identitet selv under frivillig flytting. En slik negativ forandring i livet kan få alvorlige konsekvenser som for eksempel depresjon som ikke oppdages i tide. Ubehandlet depresjon kan, i følge Dale *et al.* (2009), Dale *et al.* (2012b), Jensen & Jepsen (2005) og Madsen *et al.* (2007), føre til nedsatt livslust og egenmestring. Noe som igjen kan føre til nedgang i helsetilstand. Dette anser vi som et viktig aspekt i forebyggingsarbeidet.

I både norske og danske kartleggingsskjema ble spørsmål om utdanning og arbeidsbakgrunn stilt i forbindelse med personlige opplysninger (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). I vårt kartleggingsskjema valgte vi å skille disse fra personlige opplysninger under eget hovedområde. Type utdanning og yrke kan ha betydning for blant annet Eldres innsats og evne til å lære noe nytt og ta vare på eget liv. Det kan si noe om Eldres egne begrensninger og hvor langt de er villig til å strekke seg for å bedre egen livskvalitet. Litteratur underbygger sammenhengen mellom høy utdanning, sunn livsstil og at høyt utdannede bruker mer spesialiserte helsetilbud (Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Dette kan ha sin årsak i at de har høyere inntekt, men i tillegg kan det også henge sammen med et høyere kunnskapsnivå (Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Type utdanning, yrke og hvor lenge de har vært yrkesaktive er spørsmål som kan gi nødvendige svar i den sammenheng.

Å kartlegge alt fra belysning til skåldesperre i kranene hjemme hos eldre, kan være forebyggende da mange eldre lett får brannskader som følge av varmt vann mot tynn og skjør hud. Med årene får man også nedsatt syn og belysning er i så fall viktig for å forebygge små eller store hjemmeulykker. Vi mener likevel at en slik kartlegging kan bli for detaljert og tidkrevende. Vi tenker at spørsmål om type bolig, om eldre eier eller leier boligen, om boligen

er egnet for nåværende behov, om den kan tilpasses og om den er bygd etter livsløpsstandard, er fornuftige spørsmål å stille og dette underbygges av funn. Tilrettelegging av ute- og innemiljø rundt eldre kan ha et forebyggende aspekt (Eika & Lurås, 2005; Fjellidal, 2004; Madsen *et al.*, 2007). Type bolig forteller noe om fremkommelighet i hjemmet. Om den eldre eier eller leier, kan si noe om han/hun eventuelt kan gjøre noe med boligen senere for å tilpasse den etter behov og funksjonsnivå.

Planlegging av bolig i forhold til hjelpemidler kan forebygge for eksempel fall. Funnene i studien viser at fall og hjemmeulykker er et stort problem for eldre (Eika & Lurås, 2005; Fjellidal, 2004; Madsen *et al.*, 2007). Hvis boligen ikke er egnet for nåværende behov, mener vi frisklivskonsulentene kan henvise til en ergoterapeut som med sin kunnskap og eventuelle hjelpemidler kan gjøre det mulig for eldre å bo lengre hjemme. Er det ikke mulig å tilrettelegge boligen innvendig og/eller utvendig for fremtidige eller nåværende behov, går vi ut fra at frisklivskonsulentene informerer eldre om muligheten for å søke kommunal tilrettelagt bolig. Det forebyggende hjemmebesøket skal i utgangspunktet være en kartleggingssamtale med vårt kartleggingsskjema som et redskap for å stille den eldre gode spørsmål. Frisklivskonsulenten skal ikke være bundet av spørsmålene i kartleggingsskjemaet og bruke det som et manus, men heller som en veileder for å skape en åpen samtale der eldre kan fortelle om sine behov.

Funnene i studien viser at begrepet livsløpsstandard enten måtte defineres veldig eksakt eller at spørsmålet måtte tas bort. Planlegging av bolig i forhold til å kunne bo lengst mulig i eget hjem er viktig. Tilpasning av dører og fjerning av sviller, nødvendige rom på en flate med adkomst fra bakkeplan med mer, gjør at eldre har bedre muligheter for dette (Eika & Lurås, 2005; Fjellidal, 2004; Madsen *et al.*, 2007). Men begrepet livsløpsstandard viser seg å være omfattende og kan være vanskelig for eldre å svare på. Det ble derfor valgt å omformulere denne spørsmålssekvensen og begrepet livsløpsstandard ble fjernet fra kartleggingsskjema versjon 2. I stedet ble det tatt inn et spørsmål om eldre ønsker å tilpasse boligen til fremtidig bruk. Det er ikke alltid eldre ønsker det, noen vil heller flytte i sentrumsnære leiligheter eller søke omsorgsbolig.

Andre funn i studien omhandler området funksjonsnivå i hverdagen, og om eldre er villig til å betale for nødvendig hjelp. Hvis eldre svarer ja på at de mottar hjelp, er det i kartleggingsskjemaet et spørsmål om hva de får hjelp til og av hvem. Her mener vi at frisklivskonsulentene kan få svar på om eldre er villig til å betale for denne hjelpen. Under

gjennomgang av intervjufunn så vi også at mange tilbakemeldinger kunne vært fornuftig å ta hensyn til, hvis kartleggingsskjemaet skulle brukes som et spørreskjema der eldre alene skulle fylle ut svarene. I en kartleggingssamtale kan frisklivskonsulentene fritt stille andre spørsmål av betydning for kartleggingen.

Funnene i studien viser at avklaring av behov for og tildeling av hjelpemidler er arbeidsoppgaver som utføres av ergoterapeuter. I slike tilfeller må frisklivskonsulentene henvise til ergoterapeut. I tillegg ønsker man å bevare Eldres funksjonalitet og uavhengighet lengst mulig. Å gi eldre et hjelpemiddel, som for eksempel en rullator, for tidlig, kan føre til for tidlig avhengighet og dermed for tidlig nedsatt funksjonsevne (Dale *et al.*, 2012a). Vi ønsker derimot at eldre forteller om hvilke hjelpemidler de har og at frisklivskonsulentene kan, om nødvendig, henvise dem til en ergoterapeut hvis de trenger utredning i forhold til tildeling av nye hjelpemidler.

Tilrettelegging av nærmiljøanlegg er avgjørende for om den eldre kommer seg ut, og får benyttet sitt fysiske nærmiljø (Eika & Lurås, 2005; Fjellidal, 2004; Madsen *et al.*, 2007). Det fysiske miljøet rundt eldre kan si noe om boligens beliggenhet er overkommelig og om de klarer å komme seg rundt og utføre daglige praktiske aktiviteter. På bakgrunn av funn kom vi frem til å inkludere spørsmål om eldre er fornøyd med boligens beliggenhet i forhold til dagligvarebutikk, offentlig transport, legesenter og servicesenter. Disse fasilitetene kan være viktige i hverdagen for at eldre skal kunne klare seg uten assistanse.

Som tidligere nevnt, ønsket vi ikke å inkludere spørsmål som kunne oppleves som nærgående eller samtale-blokkere i vårt kartleggingsskjema. Vi valgte derfor å ha med åpne spørsmål som kan tilrettelegge for at eldre selv kan formidle informasjon om hva de klarer og hva de trenger hjelp til. Kartleggingsskjemaet bør hente inn data eldre selv ønsker å dele og gjerne satt inn i riktig kontekst med tanke på innendørs- eller utendørsaktivitet. Det er ønskelig at de forteller hva de ikke klarer av aktiviteter både inne og ute. Det er nok flere eldre som trenger hjelp i hverdagen, men likevel ikke mottar kommunale tjenester fordi pårørende hjelper. I dette tilfellet er det viktig å avklare slike situasjoner og avdekke behovsmengden hos eldre, da mange eldre kommer litt for sent inn i helsesystemet fordi deres pårørende har hjulpet dem over lengre tid (Mørk, 2011). Det er positivt at pårørende hjelper til, men det kan bli belastende over tid. Pårørende kan slite seg ut ved å hjelpe den eldre i så pass stor grad at etter en stund vil den eldre oppleve en avhengighetsfaktor som senere fører til hjelpeløshet (Mørk,

2011). Gitt muligheten er eldre i stand til å utføre mye mer enn det man antar i en lengre periode, men de trenger ofte tilrettelegging og veiledning (Dale *et al.*, 2012a).

Funnene i studien viser at fysisk aktivitet kan ha en positiv helseeffekt for eldre (Sundslid *et al.*, 2013). Litt aktivitet i hverdagen kan, i følge Hektoen *et al.* (2009), bidra med at eldre ivaretar sitt funksjonsnivå litt lengre og forebygge fall som ofte fører til andre konsekvenser, eksempelvis brudd og redusert funksjonsevne. Aktivitetsnivået kan falle med alderen og det er en sammenheng mellom utdanning og aktivitetsnivå (Anderssen, 2009; Eika & Lurås, 2005; Kalisch *et al.*, 2011; Madsen *et al.*, 2007). Fysiske og sosiale aktiviteter kan henge sammen; å gå tur sammen med en venn eller venninne er både sosialt og aktivt. Sosialt nettverk og aktiviteter er viktig å avdekke da mennesker generelt trenger både aktivitet og sosialt stimuli for å få en positiv helseeffekt. Som tidligere nevnt, kan eldre introduseres til slike faste aktiviteter.

Sosial deltagelse gir mening i hverdagen, forebygger ensomhet og inneholder fysisk aktivitet (Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Studier viser at sosialt nettverk og et aktivt kultur- og organisasjonsliv henger sammen med bedre helse (Eika & Lurås, 2005; Madsen *et al.*, 2007). Det å bli eldre kan føre med seg sosiale utfordringer. Sosial isolasjon eller manglende sosial integrasjon kan være en stor helserisiko. Fysisk aktivitet eller trening opprettholder, i følge Sundslid *et al.* (2013), funksjonsnivået i hverdagen og dermed opplevelse av selvmestring i eget liv. Det samme kan innbefattes i det å være en ressurs for andre, å bety noe for andre. Det kan påvirke Eldres helse i positiv retning samtidig som det bidrar med å opprettholde et visst aktivitetsnivå og sosial deltagelse. Eldre som opplever at andre har bruk for dem, kan hente frem ressurser og ferdigheter og styrke disse (Dale *et al.*, 2012a). Det kan gi mening og innhold i livet som igjen er viktig for psykisk helse. Psykisk helse påvirker fysisk helse noe som kan føre til en positiv påvirkningsspiral (Dale *et al.*, 2012a; Smedt, 2011).

Vi mener at eldre som føler at de kan være en ressurs for andre og ønsker å kunne brukes som en ressurs, kan introduseres til frivillighetsarbeid der eldre hjelper hverandre med dagligdagse aktiviteter. Det er mange frivillighetssentraler i landet og flere blir det hvert år (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006). Sentralene sysselsetter blant andre frivillige pensjonister som ønsker å bidra med noe til samfunnet ved å gi dem oppdrag som for eksempel å gå tur for å aktivisere andre eldre, følge til avtaler, holde ensomme med selskap under måltider, eller rett og slett ta en kaffe sammen med andre eldre for å ivareta den nødvendige sosiale biten

mennesker trenger. Narum (2001) tar opp egenomsorgsbegrepet som innebærer omsorg for egne behov på alle områder, derav fysisk og psykisk helse, personlige egenskaper og sosial mestring. Vi mener at følelsen av å hjelpe andre kan bidra til å øke egenomsorgsfølelsen da man får høyere aktivitetsnivå, bedre selvfølelse og bedre sosial mestring.

Teknologi er blitt et viktig fenomen i dagens samfunn. Bruk av mobiltelefon og data er vanlig i alle hjem og flere eldre begynner å ta disse i bruk (Teknologirådet, 2009). Med mobiltelefon er man mer tilgjengelig og lettere å komme i kontakt med. Bruk av data letter veien for både sosiale media og kognitiv stimuli (Rong, 2011). Mange eldre bruker i dag PC for å lese aviser og betale regninger i nettbanken. Tidlige tegn på demens er blant annet hukommelsesproblemer, problemer med løsning av oppgaver, tretthet, forvirring, endring i vaner og vanskeligheter med å utføre kjente oppgaver (Nationalt Videnscenter For Demens, 2013). Vi mener derfor at orientering og teknologi henger sammen, noe vi ønsker å ha kartlagt i et hjemmebesøk.

Funnene i studien viser at velferdsteknologi er et område som bør kartlegges i større grad, men at det kanskje ikke er hensiktsmessig å kartlegge området velferdsteknologi nå. Samtidig ser vi at det er sannsynlig at kunnskapen rundt teknologi vil øke hos kommende generasjon eldre og at dette vil bli et aktuelt område å ta med i en senere versjon av kartleggingskjemaet. Velferdsteknologi vil bli høyaktuelt og det er mange kommuner som satser på dette området (Daniëls, 2011; Kaasa, 2012), men det kan se ut som kommunene har en del arbeid foran seg i forhold til dette. Vi kan se for oss at velferdsteknologi i fremtiden vil prege forebyggingsarbeidet der teknologiske løsninger kan være svaret på mange utfordringer forbundet med eldre i samfunnet. Hjemme-monitorering av blant annet blodtrykk, vekt og blodsukker gjør at eldre kan ta mer ansvar for sin egen helse og deres helsekompetanse vil dermed forhøyes (Kaasa, 2012; Teknologirådet, 2009). Det kan videre føre til at de blir mer bevisst på å bruke teknologi til å løse diverse problemer med enkle tiltak. Det kan for eksempel være å finne informasjon i forhold til diabetikerkosthold, ha kontroll over egne resepter med den nye e-reseptordningen (Helsedirektoratet, 2012a), eller bestille en legetime ved bruk av nettbasert legeordning. Funnene i studien viser at majoriteten av dagens eldre sannsynligvis ikke er modne for massiv bruk av velferdsteknologi og vi valgte ikke å ha med spørsmål i forhold til dette i kartleggingskjemaet.

God helse er, i følge Eika og Lurås (2005), ikke et objektive begrep egnet til å identifisere opplevelse av helsetilstand hos eldre. Personer med helseplager kan likevel oppleve at de har

en god helse. Vi har derfor valgt å kartlegge Eldres funksjonsnivå og selvoppfatning av egen helse. I tillegg inneholder kartleggings skjemaet spørsmål i forhold til medikamentbruk. Bruk og gjennomgang av medisiner har betydning for både fysisk og psykisk helse med tanke på bivirkninger, og kan medvirke til at den eldre for eksempel er utsatt for fall. Sovemedisiner kan påvirke balansen, som igjen kan føre til fall (Grøndalen, 2011; Lauvrak & Norderhaug, 2010). Fall henger ofte sammen med helsetilstanden og eventuell bruk av medisiner (Grøholt *et al.*, 2010). Kartlegging av fall, hvor man faller, hvor ofte og hvorfor er punkter vi ønsker å belyse for å forebygge fall og samtidig forsøke å avdekke årsaker til fall. Hvis eldre har ryer hjemme på gulvet, kan et enkelt tiltak være å fjerne dem for å unngå å snuble og skli i dem. Mange skjema har hovedfokus eller stort fokus på fall, noe som samsvarer med Helsedirektoratets (2012b) fokusområder. Vi mener derfor det er viktig å kartlegge om den eldre har falt inne eller ute de siste 12 månedene og eventuelt årsak.

I forbindelse med forebyggende hjemmebesøk kan frisklivskonsulentene koble ulike screeningsverktøy (Eika & Lurås, 2005), for eksempel i forhold til fall og ernæring, via lenker i kartleggingsverktøyet. Funnene i studien viser at det er en fin mulighet for screening, men at det ikke er hensiktsmessig da dette ikke er frisklivskonsulentenes jobb. Informanter ønsket heller at frisklivskonsulenter henviser til andre fagfolk for å foreta screening. I tillegg vil samtalen kunne ta veldig lang tid i tilfeller der en skal screene.

Ernæring og matvaner er områder som anses å være viktige i flesteparten av de innsamlede skjemaene og dette underbygges av litteraturen (Dale *et al.*, 2012b; Guttormsen *et al.*, 2009; Söderhamn, 2006; Tomstad *et al.*, 2012). De innsamlede skjemaene inkluderte mange gode og relevante spørsmål om appetitt, fordøyelse, BMI, og så videre (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). Vi ønsket å ha med en overordnet kartlegging av ernæringsområdet og dermed se på mat- og væskeinntak hos eldre, slik at frisklivskonsulentene kan veilede dem ved eventuelt avvik. Noen eldre lager og spiser ikke middag, da de ikke har noen å lage middag til eller spise sammen med. Dette kan være viktig å avdekke for å se på muligheter for å informere om tilbud på dagsenter som serverer varme måltider eller opplyse om matombringning. Mange eldre kan være lite bevisst på kostholdet sitt (Söderhamn, 2006). Spørsmål om appetitt, hvor ofte de spiser middag, antall måltider i døgnet, væskeinntak, om de spiser sammen med andre og om de har hatt vektendring de siste 12 månedene er tatt inn i kartleggings skjemaet. Ved å inkludere disse spørsmålene gis det også mulighet for at den eldre selv kan reflektere over kosthold og sunne matvaner.

Vi mener at oppsummering av kartleggingssamtalen der det skal noteres en generell vurdering formulert av eldre er hensiktsmessig. Den eldre kan formidle hva han/hun synes om sin egen livssituasjon og hva han/hun eventuelt ønsker endret. I tillegg til Eldres egen vurdering, kan frisklivskonsulentene kommentere kartleggingen fra sin synsvinkel og eventuelt notere en oppsummering av avtaler med den eldre. Oppsummeringen kan brukes for å få en helhetlig oversikt over det viktigste som blir formidlet under hjemmebesøket, så vel som oversikt over avtalte tiltak.

Flere innsamlede skjema spør eldre om de har kjennskap til tjenester og aktiviteter underveis i kartleggingssamtalen. Vi mener, og med bakgrunn i funn, at det er hensiktsmessig at slik informasjon blir levert ut i form av en informasjonsmappe slik at eldre selv kan lese om tilbud etter kartleggingssamtalen og har denne informasjonen tilgjengelig i eget hjem etter at frisklivskonsulentene har vært der.

Funnene i studien viser at kartleggingsskjemaet bør inneholde et punkt der den eldre samtykker/ikke samtykker til at dataene kan brukes i forskning. Informantene mente dette burde spørres om i starten av kartleggingsskjemaet, men vi besluttet å sette dette inn i slutten av skjemaet. Når spørsmålene er gjennomgått, har den eldre fått en forståelse av hva dette dreier seg om, og har et bedre grunnlag for å svare på dette (vedlegg 8 - kartleggingsskjema versjon 2).

Funnene i studien viser at mange flere områder blir kartlagt i forbindelse med forbyggende hjemmebesøk i mer detalj enn det vi ønsker å gjøre i dette skjema (vedlegg 3 - tabell over innsamlede skjema). Spørsmål av medisinsk karakter eller sykdomssymptomer, som for eksempel blodtrykk, ødemer, kontinens, er valgt bort da de kan virke for sykdomsfokuserte. Med bakgrunn i funn ønsker vi å fokusere på ressurser hos eldre og gjerne avdekke behov som kan tilfredsstilles med enkle tiltak. Forebygging er målet med kartleggingen.

Da analyse av intervjurunde 2 (vedlegg 11 - Analyse intervjurunde 2) var gjennomført, så vi behovet for å utarbeide et kartleggingsskjema versjon 3 med utgangspunkt i forslag til endringer som kom fram. Vi har ikke tatt det inn i masterprosjektet siden vi ser at nåværende kartleggingsskjema (versjon 2) bør testes på et større antall hjemmebesøk og over et lengre tidsrom for å få en bedre forståelse av hvordan det fungerer. De tilbakemeldingene vi har fått til nå er noe varierende. Alle er fornøyde med skjemaet, men det er litt forskjell i hva de ønsker endret. Derfor ser vi behov for flere runder med testing og tilbakemeldinger, før vi eventuelt utarbeider en ny versjon av kartleggingsskjemaet.

6.2 Hva bør man vektlegge i et tenkt fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?

Vi har i dette prosjektet forsøkt å få frem noen helseinformatiske aspekter ved et elektronisk kartleggingsverktøy; en sped start på en systemutviklingsprosess. Men denne startfasen er vesentlig og det må gjøres en grundig jobb i å avdekke hva brukerne av systemet har behov for. Systemutvikling består i mye mer enn programmering. Behovet for å utvikle et nytt system starter gjerne med et problem som en trenger en løsning på eller behov for å effektivisere eksisterende arbeidsoppgaver – et problemområde. For å kartlegge et problemområde, trenger en ekspertisen til aktuelle fagfolk på området. Det er disse som har nødvendig kunnskap og erfaring for å kunne gjennomføre en grundig kartlegging av problemområdet. Noen av de hyppigste årsakene til at elektroniske system blir en fiasko er, i følge Hasle (2008), Kjos *et al.* (2009) og Sandnes (2011), blant annet uklare mål, manglende forståelse av kundens krav/behov og dårlig kommunikasjon mellom utviklere, kunder og brukere.

DeLone og McLean (2003) skriver om systemkvalitet som en viktig suksessindikator og kvalitetsindikatorer på et elektronisk informasjonssystem er blant annet brukervennlighet, tilgjengelighet, pålitelighet og omstillingsevne. Funnene i studien påpeker blant annet viktigheten av at kartleggingsverktøyet må være brukervennlig og robust. For å få de fleste frisklivskonsulentene til å bruke kartleggingsverktøyet, må en sørge for at teknologien er til å stole på i arbeidshverdagen; den må støtte opp om arbeidsoppgavene og være tilgjengelig når frisklivskonsulentene trenger det. Andre studiefunn påpeker at kartleggingsverktøyet skal brukes av yrkesgrupper som tradisjonelt sett ikke har hatt sin styrke i teknologien. Opplever disse at teknologien svikter dem, er sannsynligheten stor for at de ikke er tilfreds med kartleggingsverktøyet og det kan oppstå negative holdninger til systemet. Dette kan få negativ innvirkning på deres bruk av kartleggingsverktøyet og det kan også ha negativ innvirkning på intensjon om bruk (DeLone & McLean, 2003). Dermed kan dette føre til at kartleggingsverktøyet ikke brukes hensiktsmessig eller at det ikke brukes i det hele tatt. Et kartleggingsverktøy skal, i følge Fossum (2012) og Jensen & Jepsen (2005), gjøre både det administrative arbeidet og databearbeidingen enklere. Får frisklivskonsulentene denne erfaringen med det elektroniske kartleggingsverktøyet, mener vi det sannsynligvis vil bidra til positive holdninger til systemet som igjen påvirker intensjon om bruk og bruk positivt. Brukerne av systemet har forventninger og behov som så langt det lar seg gjøre bør innfris (Dennis *et al.*, 2012; Kjos *et al.*, 2009; Sandnes, 2011). Det viste seg i denne studien at

frisklivskonsulentene, som er eksperter på fagområdet, har mange tanker om hva de vil et elektronisk kartleggingsverktøy skal gi dem, men de har ikke fokus eller kunnskap på hvordan. Å ha et kartleggingsverktøy som kan produsere ulike og tilpassede rapporter, har vært et gjennomgående tema i intervjuene utført i dette masterprosjektet. Vi ser at rapporter og statistikk er et viktig redskap i forebyggingsarbeidet da politikere ofte nedprioriterer, i følge Jensen & Jepsen (2005), dette arbeidet hvis det ikke foreligger dokumentasjon. Vi mener at dette er rasjonell tenkning da ingen ønsker å bruke penger på et prosjekt som ikke viser resultater. Vi kan skjønne at temaet rapporter og statistikk er viktig for frisklivskonsulentene fordi det er slik de kan dokumentere arbeidet de utfører, og ikke bare for å vise politikere, men også for å få oversikt over utvikling og ressurser hos eldre.

I forhold til person- og pasientsikkerhet, er helsepersonell gjennom utdanning og erfaring, godt skolert til å håndtere dette. Funnene i studien viser at informasjonen må håndteres på en sikker og forsvarlig måte og at det er viktig å ha en bevisst tanke rundt formålet med personlige og sensitive data som blir lagret. Autentifisering, registrering av aktivitet og tilgangskontroll må, i følge Helse- Omsorgs- og Sosialsektoren (2012), Helserettsavdelingen (2011) og Kjos *et al.* (2009), overholdes ved utvikling av et elektronisk kartleggingsverktøy. I en papirbasert kartlegging kan vi tenke oss at risikoen for feilaktig å spre sensitiv informasjon til mange, er mindre enn i et elektronisk kartleggingsverktøy, der man ved et tastetrykk kan sende informasjonen til mange. Samtidig mener vi det også er risiko forbundet med papirregistrerte data. Papirene kan glemmes ute hos den eldre, dør inn til papirarkiv som oppbevarer sensitive dokumenter låses ikke, med mer. I forhold til elektroniske pasientjournalssystem er Helseinformasjonssikkerhetsforskriften (Helserettsavdelingen, 2011) på trappene og nye system som utvikles må oppfylle kravene i denne forskriften for å bli godkjent. Den inneholder krav til blant annet tilgangskontroll og sikkerhetsnivå ved pålogging. I tillegg har Datatilsynet (2011) krav til konsesjon, eventuelt meldeplikt i forhold til ulike former for databehandling. De vil blant annet vite formålet med databehandling og hvilket lovverk det arbeides ut i fra (Datatilsynet, 2011). Vi mener at disse strenge retningslinjene rundt datasikkerhet som må tas hensyn til allerede ved starten av utviklingsarbeidet av et elektronisk kartleggingsverktøy, kan øke tilliten til systemets sikkerhet og dermed øke bruken av systemet. Men hendelser som virusangrep, skadelig programvare, uautorisert inntrenging, såkalt "hacking", strømstans, med mer, kan skape mistillit til et elektronisk system. Disse hendelsene kan føre til at lagret data ikke er tilgjengelig, men de fleste av disse hendelsene kan forebygges i stor grad med dagens

teknologiske muligheter. Likevel er det veldig viktig å bygge opp et såkalt "back-up"-system til det tenkte kartleggingsverktøyet som oppdateres regelmessig. Når kartleggingsverktøyet blir utsatt for uheldige hendelser, har man alltid sikkerhetskopierte data i bakhånd. Vi mener at hvis frisklivskonsulentene opplever kartleggingsverktøyet som sikkert, kan de få mer tillit til kartleggingsverktøyet, noe som igjen kan øke systembruk og systemtilfredshet. Uheldige hendelser som brann, vannskade, tyveri og annet, kan ha store konsekvenser når papirbaserte system utsettes for disse. Det er sjeldent at det finnes et backup-system for manuelle papirbaserte arkiv. I tillegg til dette, er man avhengig av et elektronisk kartleggingsverktøy hvis man ønsker å få ut rapporter og statistikk i store kvantum på kort tid. Når det gjelder gjenfinning av data mener vi at mulighetene for ulike søk er enormt mange i forhold til i et papirbasert arkiv, og dette støttes av Kjos *et al.* (2009).

I forhold til tjenesten forebyggende hjemmebesøk der det manuelle kartleggingsskjemaet i første omgang skal brukes, mener vi det også bør være et system for opplæring og veiledning. Men opplæring i bruk og brukerstøtte av et manuelt kartleggingsskjema er sannsynligvis enklere, i forhold til opplæring og brukerstøtte av et elektronisk kartleggingsverktøy. Viktigheten av god brukerstøtte på det elektroniske kartleggingsverktøyet underbygges av både informanter og DeLone & McLean (2003). Brukerstøtte på et elektronisk kartleggingsverktøy inkluderer suksessindikatoren servicekvalitet (DeLone & McLean, 2003). Servicekvalitet er den generelle støtten levert av for eksempel superbruker, IT-avdeling eller systemleverandør (DeLone & McLean, 2003). Dårlig brukerstøtte kan føre til både redusert og lite hensiktsmessig bruk av kartleggingsverktøyet. Brukerne kan da oppleve lite tilfredshet med bruk av kartleggingsverktøyet og dette igjen kan ha en negativ innvirkning på intensjon om bruk. Funnene i studien viser at et tenkt elektronisk kartleggingsverktøy skal brukes av faggrupper som tradisjonelt sett ikke har sin styrke i teknologiske løsninger. Det kan i så fall tenkes at disse personene trenger en solid brukerstøtte som er tilgjengelig gjennom hele arbeidsdagen. Vi kan tenke oss at brukerstøtten bør ha mulighet til å fjernstyre portalen som brukes ute i de forebyggende hjemmebesøkene, da det ofte er vanskelig å løse teknologiske hindringer per telefon, spesielt når brukerne mangler teknologisk kunnskap.

I forhold til informasjonskvalitet er det etter vår mening mange positive argumenter for å lage et elektronisk kartleggingsverktøy. Dette underbygges både av funn og litteratur. Et elektronisk kartleggingsverktøy vil, i følge Fossum (2012) og Jensen & Jepsen (2005), fremme et felles språk, struktur og oversikt, samt at det vil være enklere og hurtigere å

dokumentere hjemmebesøkene, og at kvaliteten på arbeidet vil øke. Suksessindikatoren informasjonskvalitet handler om, i følge DeLone og McLean (2003), innholdet i systemet, i denne studien vil det si kartleggingsverktøyet. Innholdet bør være personlig, komplett, relevant, lett å forstå og sikkert om man forventer at brukerne vil være positive til kartleggingsverktøyet og bruke det på en jevnlig basis. Som tidligere nevnt, må et elektronisk kartleggingsverktøy utarbeides slik at en oppnår god kvalitet på informasjonen, med gode muligheter for rapporter og statistikk. Vi mener kartleggingsverktøyet må kunne hente ut informasjon skreddersydd etter brukers behov. Vi mener, og dette støttes av Kjos *et al.* (2009), at et elektronisk kartleggingsverktøy vil være mer fleksibelt i forhold til endring av informasjonsbehovet, for eksempel behov for å ta inn nye spørsmål innen et nytt hovedområde. Endringene som foretas kan gjøres tilgjengelig for brukerne i løpet av kort tid. Tilgjengelighet generelt vil være bedre ivaretatt i et elektronisk kartleggingsverktøy i forhold til en manuell kartlegging. Mulighet for gjenbruk av data og oppdatering av data, slik at en får informasjon som er fullstendig, håndteres, i følge Kjos *et al.* (2009), mye bedre i et elektronisk kartleggingsverktøy. Dataene vil sannsynligvis være mer lesbare og det er bedre muligheter for å standardisere datainnholdet. Brukertilfredsheten i forhold til informasjonskvalitet vil sannsynligvis oppleves som god, og dette vil sannsynligvis ha positiv effekt på intensjon om bruk og bruk. I en papirbasert kartlegging er det tidkrevende å hente ut rapporter og statistikk, og kvalitetsmessig mener vi det sannsynligvis ikke vil være godt nok.

Kartleggingsverktøyet som ble testet var ufullstendig elektronisk og det ble ikke avdekket brukbare funn i forhold til bruk og brukertilfredshet. Men systembrukerne har stort sett erfaringer fra bruk av andre elektroniske system og det påvirker intensjonen om å bruke et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy. Brukerne kan tidligere ha opplevd at innføring av elektroniske system for eksempel har effektivisert arbeidet deres og derav fått positive holdninger som kan overføres til et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy. Funnene i studien viser at tenkte systembrukere har en positiv holdning til et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy. En positiv opplevelse av bruk kan føre til bedre brukertilfredshet, som igjen kan resultere i økt intensjon om bruk (DeLone & McLean, 2003).

Funnene i studien viser at et elektronisk kartleggingsverktøy kan være et mulig hjelpemiddel i forebyggingsarbeidet rettet mot eldre. Det kan føre til gevinster både i forhold til generell statistikk, individuell oppfølging og dokumentasjon. For å kunne kalle et elektronisk

informasjonssystem en IS-suksess, må disse nettoeffektene oppleves positive (DeLone & McLean, 2003).

Funnene i studien viser at det per i dag arbeides ut i fra flere ulike papirbaserte kartleggings skjema og besøkene gjennomføres på ulike måter. I et elektronisk kartleggings skjema kan informasjon registreres ett sted, på en standardisert og kvalitetsmessig sikker måte. En har mulighet for å få opp informasjon fra tidligere besøk og en kan hente ut nyttige rapporter som blant annet underbygger satsingsområder. Det kan medvirke til en god informasjonsflyt og gode tiltak i tjenesten. I forskningsøyemed mener vi det er en klar forbedring å få dette i elektronisk form. Som tidligere nevnt, påpeker Jensen og Jepsen (2005) at manglende dokumentasjon kan føre til at forebyggingsarbeidet blir nedprioritert, da det ikke er dokumentert effekt av arbeidet. Vi mener frisklivskonsulentene bør ha et verktøy som underbygger arbeidet de utfører; dokumenterer utvikling og mål i tjenesten og synliggjør gevinster. Kontra en papirbasert kartlegging, mener vi at en vil med et elektronisk kartleggingsverktøy lettere ha mulighet for å kunne nå ut til nøkkelpersoner som politikere og myndigheter, med nyttig dokumentasjon fra tjenesten som utføres. Denne dokumentasjonen kan underbygge behov og være med å utvikle og sette gode mål for tjenesten. Opplever systembrukerne disse positive effektene, kan det gi positiv påvirkning på intensjon om bruk og bruk av systemet, noe som underbygges av DeLone & McLean (2003).

Som en oppsummering av våre tanker rundt et elektronisk kartleggingsverktøy, basert på litteraturgjennomgang og intervjufunn tenker vi at et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy bør fungere på nettbrett, PC og andre aktuelle portaler/enheter som frisklivskonsulentene har med seg på kartleggingsbesøkene. På den måten kan de dokumentere kartleggingssamtalen der og da og gjerne gå gjennom svarene sammen med den eldre for å kvalitetssikre innhold og "innhente samtykke" fra den eldre om å registrere den aktuelle informasjonen i kartleggingsverktøyet.

Ved oppfølgingsbesøk skal kartleggingsverktøyet automatisk generere svar fra siste kartleggingsbesøk. På denne måten slipper frisklivskonsulentene å fylle ut alt på nytt, noe som kan lette arbeidsprosessene. I kartleggingsverktøyet må det være mulig å få opp varsler på områder og tiltak som er viktig å følge opp i neste besøk. Dette kan for eksempel være ved bortgang av ektefelle, da eldre kan få redusert psykisk helse og trekke seg tilbake fra daglige aktiviteter og sosialt liv i en slik situasjon.

Kartleggingsverktøyet må inneholde en kalenderfunksjon med oversikt over gjennomførte, avviste og gjenstående besøk. Slik får man en oversikt over arbeidsdagen, så vel som en oversikt over besøkene. I et elektronisk kartleggingsverktøy, er det nødvendig å omgjøre svarene eldre gir til tall verdier for å få ut statistikk på individ- og gruppenivå.

Kartleggingsverktøyet må generere utskriftsvennlig statistikk. Man må kunne vise grafer ut fra hele informasjonsbasen eller ut fra en "bestemt" periode. Dette kan for eksempel være et valgt årstall eller fra-til dato.

Alle data bør kunne overføres til andre elektroniske journalsystemer. Sikker kommunikasjon mellom bærbar enhet og databasen, og sikker overføring til elektronisk pasientjournal vil være en forutsetning. Kartleggingsverktøyet bør være kompatibelt med forskjellig elektroniske pasientjournalløsninger. Vi tenker også at det bør være mulighet for elektronisk henvisning etter en kartleggingsamtale, der oppfølging eller besøk av andre fagpersoner anses å være aktuell, eksempelvis brannforebyggingsteam eller demenskoordinatorer.

Kartleggingsverktøyet skal følge nasjonale retningslinjer for utvikling av IKT-verktøy i helsesektoren (DIFI, 2012). Det bør kunne brukes i bred skala uavhengig av antall brukere og lokasjon. Videre bør det være muligheter for at kartleggingsverktøyet kan brukes selv om det ikke er koblet opp til internettforbindelse, for deretter å synkronisere med databasen når det kommer innenfor områder med internettforbindelse. Det forutsettes at eventuell konsesjon fra Datatilsynet (2011) er i orden og at kravene i Helseinformasjonssikkerhetsforskriften (Helserettsavdelingen, 2011) tas hensyn til.

Videre bør kartleggingsverktøyet ha en universell utforming, noe som innebærer at det er enkelt og intuitivt for brukeren, gir god forståelig informasjon både i form av daglig oversikt og mer omfattende rapporter. Det må ha en viss toleranse for feilbruk og varsle om denne, det bør være oppbygd på en slik måte at det gir lik mulighet for alle i forhold til bruk og fleksibilitet. Det bør kunne nås og brukes med lav fysisk anstrengelse uavhengig av brukerne (DeLone & McLean, 2003; Sandnes, 2011).

7.0 REFLEKSJON OVER MASTERPROSJEKTET

Studentene i dette masterprosjektet har erfaring fra kommunal og fylkeskommunal virksomhet. To er sykepleiere og en er konsulent i administrativ stilling. Ingen har direkte erfaring fra forebyggende hjemmebesøk, men sykepleierne har med seg kunnskap og erfaring fra arbeid med eldre som mottar kommunale tjenester. Denne kunnskapen har vi brukt i blant annet utarbeidelse av kartleggings skjema, og vi har hatt nytte av den sykepleiefaglige bakgrunnen selv om det i denne fagtradisjonen fokuseres mye på sykdom og behandling, problemer og behov.

Kartleggings skjemaet skal ha hovedfokus på mestring og hjelp til selvhjelp. Derfor har det også vært nyttig at det den tredje personen i forskningsprosjektet ikke har sykepleiefaglig bakgrunn. Vi har hatt noen gode diskusjoner under utarbeidelsen av kartleggings skjemaet og flere runder før vi landet ned på utkastet som ble kvalitetssikret.

Begge sykepleierne har under studien skiftet yrke og jobber nå i private datafirma. Forskningen rundt utarbeidelse av et elektronisk kartleggingsverktøy, påvirkes av dette. Men kombinert med tidligere kommunale og fylkeskommunale yrker som sykepleiere, har sannsynligvis dette ført til en grundigere belysning av problemområde, behov for elektronisk kartleggingsverktøy og hvordan det kan utvikles.

7.1 Metodebetraktninger

Vi brukte en kvalitativ metode for å få tilbakemelding på innholdet i kartleggings skjemaet vi utarbeidet. Her hadde vi et utvalg på 18 informanter fordelt på tre fylker. Det er et lite utvalg og det kan tenkes at dette ikke er direkte overførbart for majoriteten av potensielle brukere av vårt kartleggingsverktøy. Refleksjon over forskerrollen og beskrivelse av intervjusituasjonene er beskrevet tidligere i kapittelet om etiske betraktninger. Vi ønsket dybdekunnskap og å få frem informantenes ønsker og behov i forhold til kartleggings skjema, derfor ble det valgt en kvalitativ metode slik at vi kunne få belyst aspekter som var viktige for informantene. Samtidig må en ta høyde for at hver informant gir sine svar på bakgrunn av sin subjektive mening.

Utvalget av eksisterende kartleggings skjema bestod av norske og danske skjema. 10 av dem var danske. Danmark har lang erfaring med forebyggende hjemmebesøk til eldre og en antok at de danske skjemaene var utarbeidet på bakgrunn av erfaring. Selv om Danmark og Norge

er naboland, er det likevel en forskjell på norsk og dansk kultur og væremåte som en må være klar over, samt at de respektive regjeringer kan ha ulik fokus på forebygging.

7.2 utfordringer i prosjektet

Masterprosjektet startet med en bestilling på et manuelt kartleggingsskjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre. Spesielt i oppstart av masterprosjektet var det utfordrende å forholde seg til bestillingen fra prosjektlederne og deres frister, samtidig som vi skulle sette oss godt inn i problemområdet. Prosjektlederne hadde både klare og uklare ønsker i forhold til innhold i kartleggingsskjemaet ved det første møtet. Siden vi ikke kjente problemområdet like godt som dem, måtte vi starte med å få en oversikt over problemområdet og jobbe med problemanalyse før vi kunne begynne å utforme et skjema. Selv om vi til en viss grad var bundet av bestillingen, måtte vi samtidig forsøke å løsrive oss for å gjøre dette til et selvstendig masterprosjekt. God kommunikasjon og forståelse fra prosjektlederne for vår utfordring, gjorde at dette løste seg greit etter hvert. Deres frister ble utsatt, slik at vi fikk nødvendig tid til å gjøre et grundig arbeid og levere fra oss et produkt som vi følte oss tilfreds med.

Vi hadde i utgangspunktet tenkt å lage en kravspesifikasjon til et elektronisk kartleggingsverktøy i tillegg, men innså ganske fort at dette ble for omfattende. Dermed fikk vi også en utfordring i forhold til å få inn IKT-perspektivet i masterprosjektet. Det ble i en periode mye fokus på forebyggende arbeid med eldre for å få god kvalitet på innholdet i kartleggingsskjemaet. Informasjonskvalitet er også en viktig faktor i et IKT-system, og da DeLone og McLean sin IS-suksessmodell (2003) ble koplet inn som teoretisk rammeverk, ble IKT-perspektivet i prosjektet tydelig for oss. Vi gikk flere runder for å få tyngde i informatikk delen av oppgaven. Vi vurderte også å bruke systemteori som en teoretisk referanseramme, men vi er bare i en tidlig oppstartsfase av å utvikle et fullstendig kartleggingsverktøy. Vi har derfor brukt noe systemteori, men ikke som en teoretisk referanseramme. Vi ser at prosessen vi har startet passer inn i måten man utvikler et elektronisk system på, men for at vi skulle kunne ha gjennomført dette, måtte vi hatt et mye lengre tidsperspektiv og tilgang på økonomiske midler.

8.0 KONKLUSJON

Hensikten med studien var å utarbeide et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre som kan brukes i flere kommuner, samt forsøke å avdekke helseinformatiske aspekter ved et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy basert på kartleggings skjemaet. Resultatet ble et kartleggings skjema som per dags dato inneholder dekkende hovedområder og spørsmål (vedlegg 8 – kartleggings skjema versjon 2). I tillegg fikk vi avdekket en del aspekter i forhold til et elektronisk kartleggingsverktøy, eksempelvis i forhold til nettoeffekter:

- I et kartleggingsverktøy kan informasjon registreres i en database, på en standardisert og kvalitetsmessig sikker måte.
- I et kartleggingsverktøy har en mulighet for å få opp informasjon fra tidligere besøk og en kan hente ut nyttige rapporter som blant annet underbygger satsingsområder.
- Et kartleggingsverktøy kan medvirke til en god informasjonsflyt og gode tiltak i tjenesten.
- I forskningsøyemed er det en klar forbedring å få et kartleggingsverktøy, da en får kvantitative og kvalitative data å forske på.
- Et kartleggingsverktøy kan føre til at frisklivskonsulentene kan underbygge arbeidet de utfører; dokumentere utvikling og mål i tjenesten og synliggjør gevinster.

De ovennevnte punktene kan underbygge at eldre får økt mestring og selvstendighet og kan bo lengst mulig i eget hjem, samt at samfunnet spares for utgifter i forhold til kommunale tjenester og institusjonsinnleggelse.

Innenfor rammene av dette masterprosjektet, hadde vi ikke mulighet for å designe og utvikle kartleggings skjemaet til et elektronisk kartleggingsverktøy, men ut fra den begrensede undersøkelsen vi har gjort, kan det se ut som det er behov for et slikt system. Studien har avdekket noen helseinformatiske aspekter, og med kartleggings skjemaet som grunnlag, kan dette arbeides videre med. En spennende tanke vi tre studenter har, er å kunne jobbe videre med utviklingsprosjektet i Agder, tilhørende kommuner og et par dyktige programutviklere.

KILDER

- Anderssen, S. (2009). Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge: resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Oslo: Helsedirektoratet.
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arntzen, E., Tolsby, J., Askerøi, E., Kokkersvold, E. & Barikmo, I. (2010). Studenten som forsker i utdanning og yrke. (Vol. 10/2010, pp. 301 s.). Bekkestua: Høgskolen. Hentet 26.11.2012, fra <http://fagarkivet.hioa.no/jspui/bitstream/123456789/208/1/studenten.pdf>
- Bouman, A., Rossum, E. v., Nelemans, P., Kempen, G. & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. *BMC Health Services Research*, V 8(1), 74 s. Hentet 29.08.2012, fra <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/74>
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. I: *Studies*, O. H. P. (red.) *OECD Health Policy Studies*: OECD Publishing. Hentet 07.02.13, fra <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>
- Dalby, D. M., Sellors, J. W., Fraser, F. D., Fraser, C., van Ineveld, C. & Howard, M. (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 162(4), s. 497-500 Hentet 29.08.2012, fra <http://www.cmaj.ca/content/162/4/497.abstract>
- Dale, B., Sævareid, H. I., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 523-532. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x>
- Dale, B., Sævareid, h. I., Kirkevold, M. & Söderhamn, O. (2011). Older home-living patients' perceptions of received home nursing and family care. *Nordisk Sygepleierforskning*, 1(3), 219–234
- Dale, B., Sævareid, H. I. & Söderhamn, O. (2009). Testing and using Goldberg's General Health Questionnaire: Mental health in relation to home nursing, home help, and family care among older, care-dependent individuals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 133-143. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00593.x

- Dale, B., Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2012a). Life situation and identity among single older home-living people: a phenomenological-hermeneutic study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 7. doi:10.3402/qhw.v7i0.18456 Hentet 31.09.2012, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22848230>
- Dale, B., Söderhamn, U. & Söderhamn, O. (2012b). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 113-122. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x>
- Daniëls, R. (2011). *Frail Elderly: Identification and disability prevention in primary care (Frail elderly: Identification and disability prevention in primary care)*. Maastricht University, the Netherlands, Universitaire Pers. Hentet 11.02.2013, fra <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=22071>
- Datatilsynet. (2011). *Melding og konsesjon*, Hentet 15.03.2013, fra <http://www.datatilsynet.no/personvern/Melding-og-konsesjon/>
- DeLone, W. H. & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*, V 19(4), s. 9-30 Hentet 23.09.2012, fra http://www.jmis-web.org/articles/v19_n4_p9/index.html
- Dennis, A., Wixom, B. H. & Roth, R. M. (2012). *System analysis and design*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Det Norske Veritas. (2012). *Technology outlook 2020 HEALTHCARE*, Hentet 07.02.2013, fra http://issuu.com/dnv.com/docs/technology_outlook_2020_health
- DIFI. (2012). *Overordnede IT-arkitekturprinsipper for offentlig sektor*. www.difi.no. Hentet 04.12.2012, fra <http://www.difi.no/filearchive/arkitekturprinsipper-2.1.pdf>
- Eika, K. H. & Lurås, H. (2005). *Strategier for bedre helse og funksjonsevne blant eldre*. Oslo: The Programme. Hentet 19.11.2012, fra http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2005/HERO_2005_4.pdf
- Ekman, A., Vass, M. & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health & Social Care in the*

Community, 18(6), 563-571 Hentet 30.08.2012, fra

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20637042>

Elkan, R., Egger, M., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, A. G., Blair, M., Williams, D. & Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis Commentary: When, where, and why do preventive home visits work? *BMJ*, 323(7315), 719-725. doi:10.1136/bmj.323.7315.719 Hentet 28.08.2012, fra <http://www.bmj.com/content/323/7315/719>

Elkan, R. & Kendrick, D. (2004). What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people. Health Evidence Network, Hentet 29.08.2012, fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/74696/E83105.pdf

Fjellidal, J. (2004). Nærmiljøanlegg - de mest betydningsfulle sosiale arenaer i Bærum.pp. 21). Bærum: Bærum Kommune: Natur og Idrettsforvaltningen. Hentet 06.03.2013, fra https://www.baerum.kommune.no/Documents/Milj%c3%b8-%20og%20planadministrasjonen/Natur-%20og%20idrettsforvaltningen_dokumenter/Planer%20og%20rapporter/Planer/N%c3%a6rmi lj%c3%b8anleggsplan.pdf

Folkehelseinstituttet. (2013). Fakta om alkohol. Retrieved 02.05.2013, 2013, from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5736&MainContent_6263=6464:0:25,5737&List_6212=6218:0:25,5745:1:0:0::0:0

Fossum, M. (2012). Computerized decision support system in nursing homes (Doktorgradsavhandling). Universitetsbiblioteket, Örebro universitet, Örebro, fra <http://oru.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:503705>

Frydenlund, R. (2012). Eldre, alkohol og legemiddelbruk. Rusfag, 1-2012. Hentet 02.03.2013, fra <http://www.borgestadklinikken.no/files/8-2012-eldre-alkohol-legemidler.pdf>

Gossop, M. (2008). Stoffbruk blant eldre voksne: et oversett problem. Fokus på narkotika, Hentet 08.03.2013, fra http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_NO_TDAD08001NOC_web.pdf

Grøholt, E.-K., Grøtvedt, L., Hånes, H. & Stene-Larsen, G. (2010). Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge. Nydalen / Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet 25.03.2013, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/6dec3fba1b.pdf>

Grøndalen, E. (2011). Eldre, alkohol og legemidler- erfaringer fra et prosjekt i Oslo, 1-2011
Hentet 06.03.2013, fra

http://www.korusnord.no/Global/rusfag/rusfag0111_artikkelsamling.pdf#page=33

Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowé, M., Wergeland, L., Thoresen, L., Øien, H., Alhaug, J. & Smedshaug, G. B. (2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 26.11.2012, fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering.PDF>

Haraldsen, G., Hoel, T., Nøtnes, T., Høie, H. E., Egeberg, S., Nyrud, C., Skjørda, T. & Andersen, R. (2004). Håndbok - 81. Elektroniske skjema. I: Haraldsen, G. (red.)
Oslo/Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå. Hentet 25.09.2012, fra

<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/DP/handbok-81.pdf>

Hasle, T. E. (2008). Systemutvikling: applikasjoner og databaser. Oslo: Cappelen akademisk forl.

Hébert, R., Bravo, G., Korner-Bitensky, N. & Voyer, L. (1996). Predictive Validity of a Postal Questionnaire for Screening Community-dwelling Elderly Individuals at Risk of Functional Decline. *Age and Ageing*, 25(2), 159-167 Hentet 12.02.2013, fra

<http://ageing.oxfordjournals.org/content/25/2/159.abstract>

Heggelund, M. (2012). Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Høgskolen i Buskerud, Drammen. Hentet 24.02.2013, fra

http://brage.bibsys.no/hibu/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_36239

Hektoen, L. F., Aas, E. & Lurås, H. (2009). Cost-effectiveness in fall prevention for older women. *Scandinavian journal of public health*, 37(6), 584-589.

doi:10.1177/1403494809341093, fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=43815520&login.asp&site=ehost-live>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2006). Mestring, muligheter og mening : framtidens omsorgsutfordringer : særtrykk av St.meld. nr 25 (2005-2006) kapittel 1,2 og 3. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 11.09.2012, fra

<http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPDFFS.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet 03.02.2011, fra

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2010). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 11.09.2012, fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-1-20102011.html?id=638731>

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan : 2011-2015. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet 11.09.2012, fra

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

Helse- Omsorgs- og Sosialsektoren. (2012). Norm for informasjonssikkerhet. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 15.02.2013, fra <http://helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjonsikkerhet/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2010a). Fakta om narkotiske stoffer. Oslo: Helsedirektoratet Avd. grupperettet folkehelsearbeid. Hentet 03.05.2013, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer/Publikasjoner/fakta-om-narkotiske-stoffer.pdf>

Helsedirektoratet. (2010b). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 11.09.2012, fra

<http://www.innemiljo.net/attachments/article/95/Ny%20folkehelselov.pdf>

Helsedirektoratet. (2011). Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 24.09.2012, fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering/Publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering.pdf>

Helsedirektoratet. (2012a). E-resept Gevinstrealiseringsplan. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 06.04.2013, fra <http://helsedirektoratet.no/it-helse/eresept/videre-arbeid/Documents/E-resept-gevinstrealiseringsplan.pdf>

Helsedirektoratet. (2012b). Status for samhandlingsreformen: Forvaltningsmessig følge med rapport fra Helsedirektoratet juni 2012. Oslo: Helsedirektoratet Hentet 12.02.2013, fra <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMVA/Helse%20og%20omsorg/Staus%20for%20samhandlingsreformen%20folg%20-med%20rapport%201%202012.pdf?epslanguage=nn>

Helserettsavdelingen. (2011). Forskrift om informasjonssikkerhet ved elektronis tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre. Oslo: Lovdata. Hentet 07.03.2013, fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20110624-0628.html>

Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A., Skolbekken, J.-A., Møller, V. S., Staff, A., Ulrichsen, C. P., Vatten, L. & Wifstad, Å. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. I: komiteer, D. n. f. (red.) Elektronisk publisert på www.etikkom.no. Hentet 15.01.2013, fra <http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20%282010%29.pdf>

Jensen, K. E. & Jepsen, E. (2005). Dokumentation af de forebyggende hjemmebesøg. Værktøjskasse med vidensproducerende arbejdsformer for de forebyggende hjemmebesøg. (Vol. ISBN: 87-990681-3-3, pp. 53). Hellerup: Videnscenter på Ældreområdet. Hentet 19.02.2013, fra <http://www.phmetropol.dk/~media/Files/Videncentre/Videnscenter%20paa%20Aeldreomraadet/Pdf-filer%20boeger/Dokumentation-af-de-forebyggende-hjemmebesoeg.ashx>

Kaasa, K. M. (2012). Teknologi kan løse halve eldrebølgen, Hentet 13.02.2013, fra <http://newswire.no/art/10185>

Kalisch, T., Richter, J., Lenz, M., Kattenstroth, J.-C., Kolankowska, I., Tegenthoff, M. & Dinse, H. R. (2011). Questionnaire-based evaluation of everyday competence in older adults, 6, 37-46. doi:<http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S1...> Hentet 20.08.2012, fra <https://ovidsp.uk.ovid.com/sp->

3.8.1a/ovidweb.cgi?&S=LEFPPDLFNGHFIIDHFNOKFHAGEKDMAA00&Complete+Reference=S.sh.18%7c3%7c1

Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). Fra pleje og omsorg til rehabilitering - Erfaringer fra Fredericia Kommune. København: Dansk Sundhedsinstitut. Hentet 05.07.2012, fra

http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Rehabilitering/DSI_evaluering_-_notat_september_2011.pdf

Kjos, B., Værness, M. & Godejord, P. A. (2009). Innføring i informasjonsteknologi. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kultur- og Kirkedepartementet. (2003). Kulturpolitikk fram mot 2014. Oslo: Kultur- og Kirkedepartementet. Hentet 11.09.2012, fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-48-2002-2003-.html?id=432632>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal akademiske Forlag.

Lauvrak, V. & Norderhaug, I. N. (2010). Forebygging av legemiddelskade hos eldre.pp. 23). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 26.11.2012, fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Forebygging+av+legemiddelskade+hos+eldre.11364.cms>

Madsen, L. R., Hanak, M. L., Nielsen, K. & Falk, J. (2007). Ældres sundhed – forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen. Hentet 19.02.2012, fra

http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Aeldre/aeldres_sundhed.pdf

Mayer, F., Scharhag-Rosenberger, F., Carlsohn, A., Cassel, M., Muller, S. & Scharhag, J. (2011). The intensity and effects of strength training in the elderly. Deutsches Ärzteblatt International, 108(21), 359-364. doi:<http://dx.doi.org/10.3238/arzteb...> Hentet 20.08.2012, fra

<http://data.aerzteblatt.org/pdf/DI/108/21/m359.pdf>

Mølsted, K., Mauritzen, A. M. & Angermo, L. M. (2007). Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og Dokumentasjon. Hamar: Norsk Sykepleierforbund. Hentet 20.02.2013, fra

<https://www.sykepleierforbundet.no/Content/852451/Veileder%20%20Sykepleiedokumentasjon.pdf>

Mørk, E. (2011). Seniorer i Norge 2010. (Vol. 120, pp. 196 s. : fig.). Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 09.02.2013, fra

http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa120/sa120.pdf

Narum, I. G. (2001). Omsorg - Egenomsorg. Oslo: Statens Helseundersøkelser (SHUS) Hentet 13.02.2012, fra

<http://www.fhi.no/dav/3A30F71CC1BB4AEBAFCC30D80F9B64C5.pdf>

Nationalt Videnscenter For Demens. (2013). Viden om demens, Hentet 09.03.2013, fra

<http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/til-patienter-og-paaroerende/advarselstegn-ved-demens>

Petter, S., DeLone, W. & McLean, E. (2008). Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships, 17, 236–263.

doi:doi:10.1057/ejis.2008.15 Hentet 06.03.2013, fra <http://www.palgrave-journals.com/ejis/journal/v17/n3/full/ejis200815a.html>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

QuestBack. (2012). En komplett plattform for håndtering av tilbakemeldinger og sosialt engasjement. 2012, from <http://www.questback.no/produkter/>

Robichaud, L., Hebert, R., Roy, P. M. & Roy, C. (2000). A preventive program for community-dwelling elderly at risk of functional decline: a pilot study. Archives of gerontology and geriatrics, 30(1), 73-84 Hentet 30.08.2012, fra

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15374051>

Rong, C. (2011). Nettbrett-tjenester for eldre, Hentet 10.02.2013, fra

<http://www.forskning.no/artikler/2011/desember/307763>

Ryan, A. A., McCann, S. & McKenna, H. (2009). Impact of community care in enabling older people with complex needs to remain at home. International Journal of Older People Nursing, 4(1), 22-32. doi:10.1111/j.1748-3743.2008.00152.x

Sagen, T. (2010). Sluttrapport fra tiltak 25- Prioritering av elektroniske løsninger og epikriser vedr. rehabilitering, Hentet 06.03.2013, fra

<http://www.nasjonalikt.no/filestore/Dokumenter/Sluttrapper/Vedl04b2010-12-09SluttrapportTiltak25v1.0.pdf>

Samuel, D., Rowe, P., Hood, V. & Nicol, A. (2012). The relationships between muscle strength, biomechanical functional moments and health-related quality of life in non-elite older adults. *Age and Ageing*, 41(2), 224 - 230. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ageing...>

Sandnes, F. E. (2011). Universell utforming av IKT-systemer: brukergrensesnitt for alle. Oslo: Universitetsforlaget.

Sandnes, T. (2007). Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom kvinner og menn. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå. Hentet 09.02.2013, fra

http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200737/rapp_200737.pdf

Seddon, P. (1997). A respecification and extension of the DeLone and McLean Model of IS Success. *Information Systems Research*, 8(3), 240-253. doi:10.1287/isre.8.3.240

Smedt, S. D. (2011). Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Hentet 11.10.2012, fra

<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/3517/thesis.pdf?sequence=1>

Sundsli, K., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2013). Lived experiences of self-care among older physically active urban-living individuals. *Clinical Interventions In Aging*, 8, 123-130. doi:10.2147/CIA.S39689

Swedish Institute. (2012). Elderly care - a challenge for our future. Swedish Institute - Facts About Sweden, Hentet 15.10.2012, fra

http://www.sweden.se/upload/Sweden_se/english/factsheets/SI/SI_FS8p_Elderly_care_in_Sweden/FS13-Elderly-care-low-resolution.pdf

Söderhamn, U. (2006). Nutritional screening of older patients: developing, testing and using the nutritional form for the elderly (NUFFE). Linköping University, Linköping, fra

<http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:22346>

Söderhamn, U., Dale, B. & Söderhamn, O. (2011). Narrated lived experiences of self-care and health among rural-living older persons with a strong sense of coherence. *Psychology Research & Behavior Management*, 4, 151-158. doi:<http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S27228>

Teknologirådet. (2009). Omsorgspolitik og ny teknologi. Klar for eldrebølgen?, Hentet 03.09.2012, fra <http://teknologiradet.no/Articlearchive.aspx?m=48>

Theander, E. & Edberg, A.-K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 33(5), 392-400 Hentet 30.08.2012, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16267888>

Tomstad, S. T., Söderhamn, U., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2012). Living alone, receiving help, helplessness, and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *Int J Gen Med*, 5, 231-240. doi:10.2147/IJGM.S28507

Wyller, T. B., Pettersen, A. M. & Sosial- og Helsedirektoratet. (2005). Forebyggende hjemmebesøk til eldre : Norge - med blick mot Sverige og Danmark : en kartleggingsundersøkelse. Sem: Aldring og helse.

VEDLEGG:

Vedlegg 1 – Mail til frisklivssentralene

Vi er 3 mastergradsstudenter i Helse og sosialinformatikk studiet ved UiA Grimstad; Najla Hassan, Venke Nyhus og Janne M. Heddeland. Vi har startet på vårt masterprosjekt som skal være ferdig våren 2013. Vår masteroppgave er en del av et utviklingsprosjekt og her følger en kort informasjon:

Utviklingssentrene for sykehjem – og hjemmetjenester i Agder har fått midler fra Helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt der formålet er å utarbeide felles kartleggingsverktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk i Agder. Besøkene vil bli tilbudt det året en person fyller 78 år med tilbud om årlige gjentakelsesbesøk. Prosjektets fokusområder er aktivitet og mestring. På sikt vil det også vurderes å igangsette gruppebaserte kurs som fokuserer på for eksempel kosthold og livsstil. Hensikten med hjemmebesøkene er å få bedre kunnskap om eldres subjektive helsetilstand og hva som er viktig i den enkeltes liv og hverdag. Dette er primærforebygging der tidlig intervensjon vil kunne begrense og utsette behov for omsorgstjenester på et høyere nivå.

I utviklingsprosjektet er det ønskelig å bruke forebyggende hjemmebesøk i et forskningsprosjekt for å kartlegge eldres ressurser og behov på en strukturert måte. Bestillingen fra styringsgruppa til dette mastergradsprosjektet er å utvikle et kartleggings skjema som skal belyse ressurser og helsetilstand hos eldre i Agder det året de fyller 78 år. En viktig del av prosjektet blir å utarbeide en kravspesifikasjon bestillerne senere kan bruke for utvikling av et elektronisk kartleggingsverktøy.

I den forbindelse spør vi om dere har/bruker spørreskjema/kartleggings skjema/intervjuguide i forebyggende hjemmebesøk hos eldre og om dere vil dele dem med oss? Vi tenker å analysere skjema som allerede er i bruk, for å finne dekkende områder og spørsmål. I så fall kan skjema sendes pr. mail til denne adressen: janma-he@online.no, evt. pr. post til Janne M. Heddeland, Gjervoldstadveien 487, 4517 Mandal.

Kontaktinformasjonen har vi funnet under Helsedirektoratets internettside, frisklivssentraler.

På forhånd - tusen takk:)

Med vennlig hilsen

Venke Nyhus, Najla Hassan og Janne M. Heddeland

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Søkehistorikk					
Dato	Søkemotor	Søkeord	Antall treff	Brukt	
05.06.2012	Google	Forebyggende hjemmebesøg i Odense Kommune.	120	2	
		Hverdagsrehabilitering	18400	1	
		Programutvikling for forebyggende hjemmebesøk til eldre	58	1	
		Håndbog om forebyggende hjemmebesøg til ældre	5050	1	
		trenende hjemmetjenester	1300	1	
		kartleggingsverktøy for forebyggende hjemmebesøk	1140	2	
20.08.2012	Nora	eldre, friske, hjemme, kartlegging, ikt fra 1990-2012	143	4	
	PubMed	older, healthy, home, survey, technology	5	0	
		Everyday Rehabilitation for healthy elderly	136		
		assessment tools for preventive home visits	4	0	
	bibsys ask 2	assessment tools for preventive home visits to elderly	352	3	
28.08.2012	Google Scholar	Forebyggende hjemmebesøk	278	1	
29.08.2012	Google Scholar	preventive home visits elderly	58600	10	Videresendt til Cochrane library, Oxford, PubMed, biomedcentral, BMJ
29.08.2012	PubMed	preventive home visits elderly	239	0	
29.08.2012	Helsebiblioteket	preventive home visits elderly	1041	2	
29.08.2012	Health-Evidence.ca	preventive home visits elderly	3	1	
29.08.2012	Cambridge Journals	preventive home visits elderly	3866	0	
30.08.2012	PubMed via EndNote	preventive home visit elderly	97	9	
31.08.2012	Cinahl	B Dale (veileder)	6	3	
10.09.2012	Helsedirektoret	eldrebølgen	2	1	
23.09.2012	Google Scholar	DeLone McLean IS	8930	1	
15.10.2012	Svemed	hembesøk og eldre	39	15	

19.11.2012	Helsebiblioteket	forebygging og eldre og helse	457	6	
20.12.2012	Bibsys ask	Kravspesifikasjon		2	
20.12.2012	Bibsys ask	System analysis, information systems, ict project		3	Gikk på biblioteket ved uia og fant bøkene der i it hyllen.
26.01.2013	Bibsys ask	Kartleggin for hjemmebesøk	0		
		Manglende bruk av kartlegging på eldre	379	0	
		Forebyggende hjemmebesøk til eldre	38	0	
26.01.2013	Google	Forebyggende hjemmebesøk friske eldre kartlegging	4330	0	
		Manglende skjema	350	0	
26.01.2013	Ebsco Host	Preventiv home visits	5587	0	
		Preventiv home visits eldely	5962	0	
		Preventiv home visits eldely resources	4475	0	Fulltext 2003-2013 = 3287 treff
		Rescouces electronic survay, fulltext 2003-2013	535	0	
		Online monotoring form	377	0	
26.01.2013	Google	Indikator elektronisk kartleggingsverktøy	1780	0	
		Hvorfor slutter man å kartlegge ved forebyggende hjemmebesøk til eldre	3320	0	
04.02.2013		Kontakter helsedirektoratet.			Har ingen rapporter, kan ikke gi meg noen tips.
24.02.2013	Ebsco Host PubMed Bibsys Ask Google	Herbert Simon Elderly Home Visit Nutrition Work out		5	Får mange treff, men vanskelig å få ned fulltekst. Får tak i boken til Simon på biblioteket.
					Vi har fått en del artikler og litteratur fra veileder og prosjektledere.

Vedlegg 3 – Tabell over innsamlede skjema

Hovedområde	Stikkord funnet i norske skjemaer:	Stikkord funnet i danske skjemaer:	Spørsmål i vårt kartleggingsskjema:
Personlige opplysninger	<ul style="list-style-type: none"> - Kjønn - F.år / f.dato / f.nr. - Barn - Morsmål - Sivilstatus - Ektefelle <ul style="list-style-type: none"> o F.nr o Primærlege o Adresse o Telefon - Bosted - Telefon - Mailadresse - Utdanning og arbeid - Alder ved pensjon/trygdeordning - Ansatt eller selvstendig næringsdrivende - Tidligere yrke / arbeidsplass - Navn på intervjuer - Bor alene? - Nærmeste pårørende <ul style="list-style-type: none"> o Tilknytning o Telefon o Bosted - Primærlege 	<ul style="list-style-type: none"> - Dato - Navn - Kjønn - Årgang (f.år) - Sivilstand - Intervjuers navn - CPR - Besøk nr - Deltagelse - Sivilstand - Utdannelse / arbeid - Familie - Kultur og verdier 	<ul style="list-style-type: none"> - Navn - Fødselsår - Kjønn - Sivilstand
Utdanning og arbeidsbakgrunn			<ul style="list-style-type: none"> - Hva er din høyeste utdanning? - Hvilket yrke var ditt hoved yrke? - Hvor mange år har du vært yrkesaktiv? - Hvor gammel var du da du avsluttet ditt yrkesaktive liv?
Besøksfakta	<ul style="list-style-type: none"> - Brukers ref.kode - Besøks dato - Besøkets varighet - Intervju nr - Dato - Navn på intervjuer - Tar i mot hjemmebesøk, årsak hvis nei - Ektefelle/samboer tilstede - Utdelt infohefte - Info om ansattes taushetsplikt 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Info om serviceerklæring - Informert samtykke - Veibeskrivelse - Risikogruppe 		
Bosted	<ul style="list-style-type: none"> - Bydel 	<ul style="list-style-type: none"> - By - Land 	
Personlig pleie	<ul style="list-style-type: none"> - Selvhjulpen - Bruker hjelpemidler - Privat/offentlig hjelp - Betalt privat hjelp - Grad av selvhjulpenhet 	<ul style="list-style-type: none"> - Vask - Påkledning 	
Boforhold	<ul style="list-style-type: none"> - Boform - Etasje - Heis - Eie / leie - Bor alene eller sammen med andre (hvem) - Bo lengde i samme sted - Livsløpsstandard - Utforming av boligen - Tiltak til forbedring - Vanskelige forhold inne/ute - Tilpasset badrom - Fremtidstilpasset - Kjennskap til kommunale boliger - Bredden på døråpning - Terskler / fremkommelighet / rullestoltilpasset - Trappe inne og ute - Funksjonelt bad og kjøkken - Separat dusj (utenom badekar) - Boligens egnet for nåværende behov - Boligen egnet for fremtidige behov - Belysning - Tepper / ryer / matter - Sklisikring - Veien til postkassen og søppelstativ - Vinter tilpasning - Innvendige trapper; sklisikringer og gelender 	<ul style="list-style-type: none"> - Bo lengde i samme bolig - Størrelse - Trapp - Heis - Hage - Altan - Flytte til annen bolig - Belysning - Innredning - Toalettforhold - Vaskemuligheter - Tilfreds med boligen - Fremtidig bo syn - Frie arealer - Sikkerhet - Hjelpemidler - Eier / leier - Beliggenhet - Innhold - 1 eller flere etasjer - Fallforebygging 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilken type bolig har du? - Eier eller leier du boligen din? - Er boligen egnet for dine nåværende behov? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei, kan boligen tilpasses? - Er boligen bygd etter en livsløpsstandard? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei, er det mulig å bygge boligen om til livsløpsstandard?
Fysisk nærmiljø			<ul style="list-style-type: none"> - Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med boligen beliggenhet i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> o Dagligvarebutikk

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Offentlig transport ○ Legesenter ○ Servicesenter (bank, post, frisør, osv) <p>- Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Din bolig? ○ Avstand til fasiliteter?
Sikkerhet i hjemmet / forebygging av ulykker	<ul style="list-style-type: none"> - Kjennskap til hjelpemiddelanskaffelse - Hjelpemidler - Sklisikre underlag - Belysning - Trådløs telefon - Mobiltelefon - Brannslukningsapparat / plassering av det - Brannvarsler - Trapp med gelender - Trygghetsalarm - Strøsand - Skåldesperre i kranene - Varmtvannsbereder justert for 65 °C - Anti-skli på bad/vaskerom - Hjelpéhåndtak på baderomveggen - Dusjstol - Høyden på terskel inn til badet - Bade/vaskerombelysning - Oppbevaring av medikamenter - Elektriske apparater, installasjoner, ledninger <ul style="list-style-type: none"> ○ Løse ledninger ○ Skjøteledninger ○ Doblestikkontakter ○ Sikringer ○ Lyspærer ○ Hele ledninger, stikkontakter og støpsler og uten svimerker ○ Frittstående stråleovner / varmeovner ○ Avstand mellom gardiner/møbler og varmekilder 	<ul style="list-style-type: none"> - Brann - Røykvarsler - Rømningsveier 	

	<ul style="list-style-type: none"> ○ TV slås av med hovedbryter ○ Varmeteppe i seng ○ Stikkontakt til kaffetrakter/vannkoker ○ Sikkerhet-bryter / alarm / tidsur koplet til komfyren ○ Nattlys på soverommet ○ Tilgang til sikringsskap - Sklisikkert underlag under tepper og ryer - Heldekkende tepper og gulvbelegg godt limt - Heis - Belysning i trappeoppganger, ute, til kjelleren, alle rom - Plassering av lysbrytere - Kontrastfarger på trappetrinnene - Tosidig gelender - Plassering av og fremkommelighet til postkasse og søppelstativ - Strøsand ved ytterdøren - Møbler og løse gjenstander i og mellom rommene - Telefontilgjengelighet - Nødnummersynlighet - Gardintrapp; stødig, støttebøyle, sklisikre trinn - Godt festet skap og hyller - Trygghetsalarm - Husalarm, med nød-funksjon - Stødige/sklisikre sko tin inne- og ute-bruk - Krykke/stokk med pigg - Isbrodder - Hoftebeskyttere - Gnistfanger i peisen - Noe brennbart innen 60 cm fra peis/ovn - Håndtering av aske - Røykvarslere - Sjekkrutiner - Sprinkelanlegg - Brannøvelser / møtepunkt 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Røyker / ikke røyker - Røyker inne / på senga - Trusler / vold / overgrep - Levende lys - Plassering av gjenstander - Toalett-forhøyer - Husbrannslange - Komfyrvakt - Telefon på nattbordet - Trygghet i boligen 		
Funksjonsnivå i hverdagen			<ul style="list-style-type: none"> - Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei eller delvis, hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor? - Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs som hagestell, handling og snømåking? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei eller delvis, hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor? - Får du hjelp av andre til å utføre daglige aktiviteter som stell, dusj, påkledning, betale regninger, osv.? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja, hva får du hjelp til og av hvem? - Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med funksjonsnivået ditt i hverdagen?
Fysisk aktivitet og sosialdeltagelse			<ul style="list-style-type: none"> - Har du sosialt nettverk rundt deg? - Hvor ofte er du sammen med andre? - Deltar du i regelmessige sosiale aktiviteter? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja, hva slags aktiviteter? - Ønsker du å delta i flere faste aktiviteter? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja, hvilke aktiviteter? - Hvor ofte er du fysisk aktiv sammenhengende mer enn 30 minutter?

			<ul style="list-style-type: none"> - Hender det at du er mer alene enn det du ønsker? - Mener du at du er en ressurs for andre? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei eller ingen formening, ønsker du å være en ressurs for andre? ▪ Hvis ja, på hvilken måte er du/kan du være en ressurs for andre? - Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt sosiale liv?
Bruk av teknologi			<ul style="list-style-type: none"> - Bruker du data? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei, hvorfor bruker du ikke data? o Hvis ja, hva bruker du data til? - Bruker du mobiltelefon? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis nei, hvorfor bruker du ikke mobiltelefon? o Hvis ja, hvilke funksjoner på mobiltelefon bruker du? - Kunne du tenkt deg å ta i bruk eller lære mer om: <ul style="list-style-type: none"> o Data? o Mobiltelefon? - Kommenter gjerne dine svar: - Hvor ofte: <ul style="list-style-type: none"> o Ser du på TV? o Hører du på radio? o Leser du aviser? - TV: Hva følger du med på TV? - Radio: Hva hører du på? - Aviser: Hva leser du i avisen?
Allmenn tilstand			<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan oppfatter du: <ul style="list-style-type: none"> o Din fysiske helse? o Din psykiske helse? - Bruke faste medisiner? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja, hvor mange? - Hender det at du bruker

			sovemedisiner? - Hvis ja til faste med og/eller ja til sovemedisiner, når hadde du siste medisinsjekk hos fastlegen?
Fall			- Har du falt innendørs de siste 12 månedene? o Hvis ja, hvor mange ganger har du falt inn? Hva var årsaken for fallet? - Har du falt utendørs de siste 12 månedene? o Hvis ja, hvor mange ganger har du falt inn? Hva var årsaken for fallet?
Ernæring og matvaner Mat og drikke	- Appetitt / matlyst - Matinntak de 3 siste mnd - Fordøyelsesproblemer - Tygge / svelge - Vekttap - Mobilitet - Psykiske påkjenninger / akutt sykdom de 3 siste mnd - Neuro-psykologiske lidelser - BMI - Vitamin/mineralinntak - Kosttilskudd - Daglige måltider - Antall måltider hver dag - Middag - Daglig væskeinntak - Frukt og grønt - Kostholdvariasjon	- Vekt / tilfredshet med vekt - Kost - Alkohol - Røyk - Svimmelhet - Tarmfunksjon (obstipasjon) - Appetitt - Vitamininntak - Kalk-inntak - Tannstatus - Væskeinntak	- Hvordan er appetitten din? - Hvor ofte spiser du middag i løpet av uken? - Hvor mange måltider spiser du i løpet av døgnet? - Hvor ofte spiser en sammen med andre - Hvor mye væske drikker du i løpet av døgnet? Angitt i glass på ca. 2 dl. - Har du hatt uønsket vektendring de siste 12 månedene? o Hvis ja, har du gått opp eller ned i vekt og hva var årsaken til dette? - Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt kosthold?
Mosjonsvaner / trim og aktivitet / mobilitet	- Mosjon - Ut av boligen - Forflytting rundt i boligen - Forflytting inn og ut - Bevegelsvansker - Transportmidler - Fysisk aktivitet - Hagearbeid - Gå- og sykkelturner	- Treningslyst / treningsbehov - Tilfredshet med kondisjon - Daglig mosjon - Går ut hver dag - Funksjonsendringer - Livsstilssykdommer - Gå rundt i boligen	

	<ul style="list-style-type: none"> - Dans - Stavgang - Innendørs/utendørs bevegelse - Ganghjelpemidler - Offentlig transport - Kjører bil - TT-kort - Mestre å gå i bakker - Komme seg til butikk / bussholdeplass / servicetilbud / kafe 	<ul style="list-style-type: none"> - Gå utendørs - Forflytting - Transport / gå / sykle / bil / buss / tog - Balanse - Fall det siste året - Svimmelhet - Gang-/balanseproblemer 	
Fysisk helse	<ul style="list-style-type: none"> - Siste legebesøk / hørselssjekk / synstest - Problemer med urin / avføring - Sykdommer - Søvnproblemer - Helseproblemer som påvirker hverdagen - Smerte / ubehag - Syns-/hørsels-hjelpemidler - Begrensning i hverdagen grunnet helse - Ødemer - Tilstand på føttene - Vektutvikling - Fordøyelse - Vannlating - Svimmelhet / ustøhet - Medisiner - Tannstatus - Ben-/fot-stell - Helseforandringer den siste tiden - Fysisk aktivitet - 	<ul style="list-style-type: none"> - Selvpoplevd helse - Funksjonsevne - Sykdommer - Hukommelse - Mobilitet - Kost – appetittstap / vekttap - Søvn - Medisin - Fall - Svimmelhet - Balanseproblemer - Gangeproblemer - Vannlating / inkontinens (urin/avf) - Toalettbesøk om natten - Knipeøvelser - Syn/ -hjelpemidler - Hørsel/ -hjelpemidler - Fordøyelse - Tannstatus - Tretthet - Kroniske sykdommer - Livsstilssykdommer - Tap av sanser - Hukommelse - Humør 	
Hjelpemidler	<ul style="list-style-type: none"> - Fysiske hjelpemidler - Stokk - Krykker - Tilpasset fottøy - Rullator - Rullestol - Prekestol - Trygghetsalarm - Rekkverk / støttehåndtak - Toalett-forhøyer - Sykehusseng 	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for hjelpemidler 	<ul style="list-style-type: none"> - Har du hjelpemidler? <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja, hvilke av følgende hjelpemidler har du? <ul style="list-style-type: none"> Trygghetsalarm Komfyrvakt Dusjkrakk Toalettforhøyer Hjelpehåndtak Rullestol Rullator

	<ul style="list-style-type: none"> - Teleslynge - Lys til dørrklokke/telefon - Behov for hjelpemidler 		<ul style="list-style-type: none"> Krykker Fallalarm Høreapparat Strøsandkasse
Daglige gjøremål	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for hjelp - Bading/dusj - Personlig hygiene - Påkledning / avkledning - Tarmkontroll - Forflytting - Mobilitet - Trappegang (Barthel ADL-indeks) - Lage mat - Vaske opp - Forandring i funksjonsnivået det siste halvåret - Handling - Vask av hus og tøy - Gressklipping / snømåking - Transport - Betaling av regninger - Egen oppfattelse av funksjonsnivået i hverdagen - Badematte i badekar/dusj - Re opp sengen - Henge opp tøy - Gå i post/bank - Problemer med å utføre daglige aktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> - ADL-ferdigheter - Påkledning - Bad - Personlig hygiene - Mobilitet inne - Oppgaver i hus og hage - Innkjøp - Frisør - Bank - Fotpleie - Problemer med å utføre daglige aktiviteter - Butikk - Apotek - Transport - Gangfunksjon - Bil - Minicrosser - Sykkel - Offentlig transport - Hus og hage 	
Hjelp fra andre	<ul style="list-style-type: none"> - Behov for hjelp - Hvem hjelper med hva - Nære relasjoner - Leie privat hjelp - Kommunale tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> - Hjelp i uforutsette situasjoner 	
Mental helse	<ul style="list-style-type: none"> - Humør i hverdagen - Energi / livsmot - Forandring i hukommelse - Problemer i hverdagen - Nattesøvn - Angst/depresjon - Bekymret/lei seg - Angst og uro 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhetsfølelse - Angst og depresjon - Velbefinnende - Hukommelse - Humør - Aktivitetsnivå - Personlighet - Mestringsevne - Opplevelse av egen situasjon - Søvn 	
Interesser og aktiviteter	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiale arrangementer - Organisert aktivitet/forening - Hobbyer / interesser 	<ul style="list-style-type: none"> - Fritidsinteresser - Aktiviteter - Være sammen med andre 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Verdifulle aktiviteter - Forening / klubb / menigheter / kor - Besøke servicesenter - Trim - Frivillig arbeid (organisert/uorganisert) - Mosjon - Hus/hage - Pensjonistforening - Bidra med noe for andre - Aktivitetstilbud 	<ul style="list-style-type: none"> - Samvær - Fritidsaktiviteter - 	
Data og mobilbruk	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiltelefon - PC/data - Opplæring i mobil/data - Internett - Fasttelefon - Kurs - Sosiale medier - E-post 	-	
Sosialt nettverk	<ul style="list-style-type: none"> - Noen å spørre om hjelp - Besøke/få besøk av slektninger/andre - Sosial støtte - Antall nære personer man regner med i krise - Folks interesse i det en gjør - Praktisk hjelp fra naboer - Mer sosial omgang - Hobbyer / lystbetonte fritidssysler - Deltagelse i klubb/foreningsaktiviteter - Deltagelse i aktiviteter - Tilstrekkelig besøk av naboer/familie/ venner/ bekjente - Omsorgsoppgaver for andre - Brå tap av familiemedlemmer / andre nære - Familie / venner i nærheten - Sosiale aktiviteter utenfor hjemmet - Støttende nettverk - Ønske kontakt med andre - Trygg / utrygg 	<ul style="list-style-type: none"> - Bofelleskap - Barn - Sosialt nettverk; venner, naboer, familie, bekjente - Noen å snakke fortrolig med - Ensomhet - Alene mer enn ønsket - Tilfredshet med sosialt samvær - Kontakten med venner og familie - Samlivsstatus - Interesser - Aktiviteter - Klubber - Foreninger 	
Planer fremover / tanker om fremtiden	<ul style="list-style-type: none"> - Ønske flere aktiviteter - Trenger hjelp til oppfølging - Trygg og ivaretatt i kommunen 	<ul style="list-style-type: none"> - Avtaler fremover - Planer - Opplevelser - Ønsker 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Resten av alderdommen - Bo i eksisterende bolig i fremtiden - Flere hjemmebesøk - Viktig for å ha det bra - Bevare en god helse - Og alderdom - Tanker og forventninger ift offentlig helsetjeneste - Beskrive nåværende livssituasjon - Tanker om fremtiden - Bekymringer - Økonomi - Kontakt med forebyggende helseteam neste år - Annet av betydning 	<ul style="list-style-type: none"> - Boligendring 	
Medisiner	<ul style="list-style-type: none"> - Reseptbelagte medisiner - Medisinliste - Dosett - Multidose - Medisinansvar / hjelp til admin - Fast bruk av reseptbelagte medisiner - Hvor mange forskjellige - Antall reseptbelagte tbl daglig - Bivirkninger - Østrogenbehandling <ul style="list-style-type: none"> o Hvor lang behandling o Medikamentnavn o Dose o Styrke - Naturmedisin - Vitamintilskudd - Blodtrykksmedikamenter - Sovemedisin - Beroligende - Reseptfrie medikamenter 	<ul style="list-style-type: none"> - Medisiner - Mer enn 3-4 reseptpliktige medisiner - Siste medisinsjekk hos fastlegen - 3 slags medisin eller sovemedisin - Inhalasjoner - Smertestillende - Nitroglyserin - Problemer med dosering og bruk 	
Andre forhold	<ul style="list-style-type: none"> - Noe informanten ønsker å ta opp 	<ul style="list-style-type: none"> - Smerter - Røykevaner - Tretthetsskala - Funksjonsendring - Fall - Gangfunksjon - Tap av sanser 	
Livskvalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Fornøyd med livskvalitet - Vurdering av egen helse - Meningsfullt liv - Bestemme over eget liv - Opplevelse av egen 	<ul style="list-style-type: none"> - Meningsfull hverdag - Funksjonell hverdag - Finne en utvei fra problemer - Noe av betydning i 	

	hverdag	hverdagen - Ønske om å endre noe - Vurdering av egen helse - Frisk nok til å gjennomføre aktiviteter - Humør - Passe på seg selv	
Det fysiske miljøet	- Fortau på veien til boligen - Offentlig eller privat vei - Vei tilfredsstillende brøytet - Vei tilfredsstillende strødd - Tilgjengelig strøkasse - Km grense på bolig veien (max 30) - Fartshindringer - Tilgang til offentlige kommunale midler på egen hånd - Tilfredsstillende veibelysning - Bolig tilpasset eget behov - Nærmiljøets funksjon - Nærmiljøets funksjon ved evt. funksjonsnedsettelse	- Tilfreds med boligens beliggenhet i forhold til innkjøp, familie/venner, aktiviteter	
Risikopersoner / Risikosituasjoner		- Selvpoplevd helse - Fallende funksjonsevne - Mentale problemer - Mer enn 4 reseptbelagte medikamenter - Kronisk syk ektefelle - Tap av ektefelle - Tap av nære - Nylig utskrevet fra sykehus - Flytting - Dårlig selvpoplevd helse - Lav/fallende funksjonsevne - Uønsket ensomhet/alene - Boliginnrødding - Belysning - Syn - Førrel i trafikken - Tyveri og trikketyveri	

		- Vold i/utenfor hjemmet	
Viktige faktorer for å klare seg hjemme	<ul style="list-style-type: none"> - God helse - Nærmiljø som stimulerer til fysisk aktivitet - Gode naboer og omgangskrets - Nærhet til familie, kafe, butikk, legesenter, servicesenter - Funksjonell bolig - Lett tilgang til transport (privat/offentlig) - Medbestemmelse i eget liv - Økonomi - Tilgang til kommunale hjemmetjenester - Trygghet 	-	
Opplevelse av egen helse – generelt	<ul style="list-style-type: none"> - Beskrivelse av egen helse - Holdning til livet - Planer for nær fremtid - Livslust - Deprimert / lei seg / ensom - Opplevelse av egen helse - Egenomsorgsevne / personlig hygiene - Søvn - Hørsel / Syn - Fastlege / tannlege - Kroniske lidelser / plager 		
Balanse og falltendenser	<ul style="list-style-type: none"> - Svimmelhet - Antall fall det siste året – hvor - Årsak for fall - Lett for å falle - Hvordan klare seg etter fall - Ganghjelpemidler, rullator, staver, stokk - Oppsøkt lege pga fall - Hatt brudd pga fall - Fysiske forhold / forflytting - Ustøhet - Mobilitet inne / ute - Problemer med gangen eller balansen - Redd for å falle - Bruker brodder / ispigge på stokk - Reise uten hjelp / armstøtte 		
Livsstil	<ul style="list-style-type: none"> - Røyker / snuser - Driker alkohol - Søvnmonster / innsøvning 		

	<ul style="list-style-type: none"> - Urolig nattesøvn - Morgen oppvåking - Holde seg våken på dagtid - Nedsatt funksjon pga søvnproblemer 		
Hukommelse (MINI-COG)	<ul style="list-style-type: none"> - Sviktende hukommelse - Forandringer i hukommelsen de siste årene - Opplevelse av hukommelsen - Noen bemerker det 		
Hjemmetjenester	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunal eller privat hjelp - Periodevis hjemmetjeneste - Mottar / har mottatt hjemmesykepleie - Kjent med tjenestetilbud - Informasjonsanskaffelse om tjenestetilbud - Kjennskap til frivillighetssentralen - Kjennskap til bo- og servicesentre - Kjennskap til rådgivningskontor for seniorer 		
Å være pensjonist	<ul style="list-style-type: none"> - Opplevelse av overgangen fra arbeid til pensjonisttilværelse 	-	
Tannhelse	<ul style="list-style-type: none"> - Tannstatus - Siste tannlegebesøk 	-	
Oppsummering av avtaler	<ul style="list-style-type: none"> - Oppsummering av det som ble tatt opp og ikke - Tilbud fra frivillige, hørselskontakt, synskontakt, ergoterapeut, isbrodd, truser med polstring, bind på blåresept - Oppgaver som skal utføres etter besøket 	-	
Annet		<ul style="list-style-type: none"> - Eget skjema for balansekartlegging - Sykehistorie - Økonomi - Demens - Praktisk eller personlig hjemmehjelp / hjemmesykepleie - Informasjon om tilbud som fins i 	

		kommunene - Informasjon om forebygging i hjemmet - Motivasjon - Tilgjengelige tjenester - Evt henviser informanten videre - Ønske om å utfylle skjemaet selv	
Generell oppsummering			- Hva synes du om din nåværende situasjon? Er det noe du ønsker å endre på?
Egne refleksjoner	- Hva bør intervjuer huske til neste besøk		
Intervjuers kommentar			- Intervjuers kommentar: - Informasjonsmappe utlevert?

Vedlegg 4 – Kartleggings skjema versjon 1

Kommentarer:

Hvis intervjuer/konsulent mistenker underveis i intervjuet at den eldre er i dårligere form enn antatt, er det mulig å ta ytterligere screening ved hjelp av diverse screeningsverktøy.

Visningsmodus med synlige Routings regler:

<https://web.questback.com/QB2/Quests/QuestDesigner/PreviewPage.aspx?QuestID=4402200&sid=bEKtFDAltr>

Testingsmodus (ikke synlig Routing):

<https://web.questback.com/isa/qbv.dll/ShowQuest?id=4402200-96394607-jNENjdaz-1xGvjGVjP8&rtcdx=1>

Eldre i Agder
2) Navn:

3) Fødselsår:
Velg alternativ

4) Kjønn:
Velg alternativ

5) Sivilstand:
Velg alternativ

Utdanning og arbeidsbakgrunn
6) Hva er din høyeste utdanning?
 Grunnskole
 Videregående skole
 Høgskole
 Universitet
 Annet

7) Hvilket yrke var ditt hoved yrke?

- Leder
- Akademisk yrke
- Teknisk yrke
- Administrativt yrke
- Merkantilt yrke
- Salgs, service og omsorgsykke
- Gårdsbruker, fisker, mv
- Hjemmearbeidende
- Håndverker
- Militært yrke
- Annet

8) Hvor mange år har du vært yrkesaktiv?

Velg alternativ

9) Hvor gammel var du da du avsluttet ditt yrkesaktive liv?

Velg alternativ

Bolig og boligforhold

10) Hvilken type bolig har du?

- Enebolig
- Leilighet
- Rekkehus/tomannsbolig
- Generasjonsbolig
- Gårdsbruk
- Servicebolig
- Annet

11) Eier eller leier du boligen din?

- Eier
- Leier
- Annet

12) Er boligen egnet for dine nåværende behov?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Er boligen egnet for dine nåværende behov? er lik Nei)

13) Kan boligen tilpasses?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

14) Er boligen bygd etter en livsløpsstandard?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Er boligen bygd etter en livsløpsstandard? er lik Nei)

15) Er det mulig å bygge boligen om til livsløpsstandard?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Fysisk nærmiljø

16) Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med boligens beliggenhet i forhold til:

	Veldig misfornøyd	Misfornøyd	Fornøyd	Veldig fornøyd	Ingen formening
Dagligvare butikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offentlig transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legesenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Servicesenter (bank, post, frisør, osv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17) Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med:

	Veldig misfornøyd	Misfornøyd	Fornøyd	Veldig fornøyd	Ingen formening
din bolig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avstand til fasiliteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Funksjonsnivå i hverdagen

18) Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask?

- Ja
- Delvis
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask? *er lik* Nei
 - eller
 - Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask? *er lik* Delvis
-)

19) Hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor?



20) Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking?

- Ja
- Delvis
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking? *er lik* Delvis
 - eller
 - Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking? *er lik* Nei
-)

21) Hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor?



22) Får du hjelp av andre til å utføre daglige aktiviteter som stell, dusj, påkledning, betale regninger, osv?

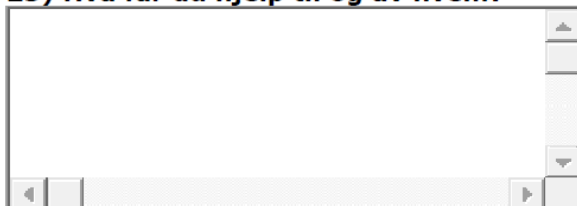
- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Får du hjelp av andre til å utføre daglige aktiviteter som stell, dusj, påkledning, betale regninger, osv? er lik Ja
-)

23) Hva får du hjelp til og av hvem?



24) Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med funksjonsnivået ditt i hverdagen?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornøyd
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Sosial deltagelse og fysisk aktivitet

25) Har du sosialt nettverk rundt deg?

- Ja
- Nei

26) Hvor ofte er du sammen med andre?

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Sjeldnere enn månedlig
- Aldri

27) Deltar du i regelmessige sosiale aktiviteter?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Deltar du i regelmessige sosiale aktiviteter? er lik Ja
-)

28) Hva slags aktiviteter?



29) Ønsker du å delta i flere faste aktiviteter?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Ønsker du å delta i flere faste aktiviteter? er lik Ja
-)

30) Hvilke aktiviteter?



31) Hvor ofte er du fysisk aktiv sammenhengende mer enn 30 minutter?

- Daglig
- 4-6 ganger i uken
- 2-3 ganger i uken
- 1 gang i uken eller mindre

32) Hender det at du er mer alene enn det du ønsker?

- Ofte
- En gang iblant
- Sjeldent
- Aldri
- Ingen formening

33) Mener du at du er en ressurs for andre?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? er lik Nei
 - eller
 - Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? er lik <#na#>Ingen formening)

34) Ønsker du å være en ressurs for andre?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? *er lik* Ja eller Hvis Ønsker du å være en ressurs for andre? *er lik* Ja)

35) På hvilken måte er du/kan du være en ressurs for andre?

36) Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt sosiale liv?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornøyd
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Bruk av teknologi

37) Bruker du data?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du data? *er lik* Nei)

38) Hvorfor bruker du ikke data?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du data? er lik Ja
-)

39) Hva bruker du data til?

- Nettsurfing
- Nettbank
- E-post
- Sosiale medier
- Spill
- Annet

40) Bruker du mobiltelefon?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du mobiltelefon? er lik Nei
-)

41) Hvorfor bruker du ikke mobiltelefon?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du mobiltelefon? er lik Ja
-)

42) Hvilke funksjoner på mobiltelefonen bruker du?

- Telefon
- SMS
- Data
- Annet

43) Kunne du tenkt deg å ta i bruk eller lære mer om:

- | | Ja | Nei | Ingen formening |
|--------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Data? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mobil? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

44) Kommenter gjerne dine svar:

45) Hvor ofte:

- | | Daglig | Ukentlig | Månedlig | Sjeldnere enn månedlig | Aldri |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Ser du på TV? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hører på Radio? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leser aviser? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Ser du på TV? *er lik* Ukentlig
 eller
 Hvis Ser du på TV? *er lik* Daglig)

46) Hva følger du med på TV?

- Nyheter
- Underholdning
- Sport
- Lokale program/nyheter
- Vær
- Annet

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Hører på Radio? *er lik* Ukentlig
 eller
 Hvis Hører på Radio? *er lik* Daglig)

47) Hva hører du på radio?

- Nyheter
- Underholdning
- Vær
- Sport
- Musikk
- Annet

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Leser aviser? er lik Daglig
 eller
 Hvis Leser aviser? er lik Ukentlig)

48) Hva leser du i avisen?

- Nyheter
- Sport
- Lokale innslag
- TV-guide
- Vær
- Annet

Allmenntilstand

49) Hvordan oppfatter du:

- | | Svært dårlig | Dårlig | God | Svært god | Ingen formening |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Din fysiske helse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Din psykiske helse? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

50) Bruker du faste medisiner?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du faste medisiner? er lik Ja)

51) Hvor mange ulike medisintyper bruker du hver dag?

Velg alternativ

52) Hender det at du bruker sovemedisiner?

- Ja
- Av og til
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Bruker du faste medisiner? *er lik* Ja eller Hvis Hender det at du bruker sovemedisiner? *er lik* Av og til eller Hvis Hender det at du bruker sovemedisiner? *er lik* Ja)

53) Når hadde du siste medisinsjekk hos fastlegen?

- Mindre enn 6 måneder siden
- 6 – 12 måneder siden
- Mer enn 12 måneder siden
- Husker ikke

Fall

54) Har du falt innendørs de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du falt innendørs de siste 12 månedene? *er lik* Ja)

55) Hvor mange ganger har du falt inne?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Flere

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du falt innendørs de siste 12 månedene? *er lik* Ja
-)

56) Hva var årsaken for fallet?



57) Har du falt utendørs de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du falt utendørs de siste 12 månedene? *er lik* Ja
-)

58) Hvor mange ganger har du falt ute?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Flere

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
- Hvis Har du falt utendørs de siste 12 månedene? *er lik* Ja
-)

59) Hva var årsaken for fallet?

Ernæring

60) Hvordan er appetitten din?

- Veldig dårlig
- Dårlig
- God
- Veldig god
- Ingen formening

61) Hvor ofte spiser du middag i løpet av uken?

Velg alternativ

62) Hvor mange måltider spiser du i løpet av døgnet?

Velg alternativ

63) Hvor mye væske drikker du i løpet av døgnet? Angitt i glass på ca. 2 dl.

Velg alternativ

64) Hvor ofte spiser du sammen med andre?

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Sjeldnere enn månedlig

65) Har du hatt uønsket vektendring de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du hatt uønsket vektendring de siste 12 månedene? er lik Ja
-)

66) Har du gått opp eller ned i vekt og hva var årsaken til dette?



67) Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt kosthold?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornøyd
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Hjelpemidler

68) Har du hjelpemidler?

- Ja
- Nei

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (Hvis Har du hjelpemidler? *er lik* Ja
-)

69) Hvilke hjelpemidler har du?

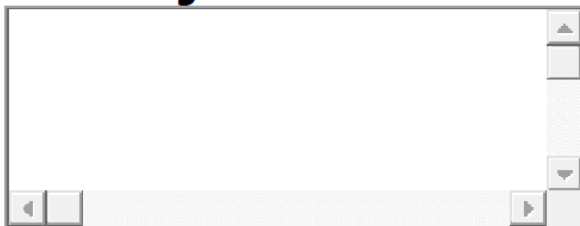


Generell oppsummering

70) Hva synes du om din nåværende situasjon? Er det noe du ønsker å endre på?



Intervjuers kommentar



72) Informasjonsmappe utlevert

- Ja
- Nei
- Avslått

Vedlegg 5 – Intervjuguide 1

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder

INTERVJUGUIDE

Vi vil først stille deg noen bakgrunnsspørsmål:

- Utdanning
- Yrke
 - Hvor lenge har du jobbet i dette yrket?

1) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet?

- a. Setningsoppbygging?
- b. Rekkefølgen på spørsmålene?
- c. Språket?

2) Hva synes du om utformingen av kartleggingsskjemaet?

- a. Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål?
- b. Layout?

3) Dekker innholdet i kartleggingsskjemaet ditt informasjonsbehov?

- a. Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet?
- b. Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten?
- c. Er spørsmålene enkle å forstå?
- d. Er det noen spørsmål du hadde ønsket var annerledes?
 - i. Spesifiser:
- e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggingsskjemaet?
 - i. Spesifiser:
- f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om?

i. Spesifiser:

- 4) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?

- 5) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy:
 - a. Systemkvalitet:
 - i. Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC
 - b. Tjenestekvalitet/It-støtte

- 6) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggingsskjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?

- 7) Alt i alt hva synes du om dette kartleggingsskjemaet?

Vedlegg 6 – Informert samtykke 1

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder.

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle og foreløpig validere et kartleggingsverktøy som er tenkt brukt i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre 78 +. Du er valgt som informant da du har erfaring med forebyggende hjemmebesøk til eldre. Denne undersøkelsen er en del av en masteroppgave innen Helse og sosialinformatikkstudiet ved UIA Grimstad.

Utdypende informasjon:

Utviklingssentrene for sykehjem – og hjemmetjenester i Agder har fått midler fra Helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt der formålet er å utarbeide felles kartleggingsverktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk i Agder. Besøkene vil bli tilbudt det året en person fyller 78 år med tilbud om årlige gjentakelsesbesøk. Prosjektets fokusområder er aktivitet og mestring. Hensikten med hjemmebesøkene er å få bedre kunnskap om Eldres subjektive helsetilstand og hva som er viktig i den enkeltes liv og hverdag. Dette er primærforebygging der tidlig intervensjon vil kunne begrense og utsette behov for omsorgstjenester på et høyere nivå. I utviklingsprosjektet er det ønskelig å bruke forebyggende hjemmebesøk i et forskningsprosjekt for å kartlegge Eldres ressurser og behov på en strukturert måte. Det skal utvikles et elektronisk skjema som kan brukes til å kartlegge ressurser og helsetilstand hos eldre i Agder det året de fyller 78 år. Som masterstudenter på Helse og sosialinformatikk-studiet er vi blitt forespurt om å utarbeide et forslag til et

elektronisk kartleggingsverktøy. I den forbindelse ønsker vi å validere kartleggingsskjemaet gjennom intervju.

Hva innebærer studien?

Det er foreløpig utarbeidet et manuelt kartleggingsskjema på grunnlag av litteraturstudie og en analyse av allerede eksisterende kartleggingsskjema i Norge og Danmark. Vi vil gjerne at du setter deg inn i dette kartleggingsskjemaet og ønsker deretter å intervju deg i forhold til skjemaets oppbygging, struktur og innhold. Vi er interessert i dine synspunkter på bakgrunn av din profesjonelle erfaring. Det er kun dine svar som blir notert ned på et ark. Ingen personlig data om deg vil bli nedtegnet. Intervjuet vil vare maksimalt 45 minutter.

Mulige fordeler og ulemper:

Ditt bidrag i denne studien kan føre til at vi får et så godt kartleggingsverktøy som mulig og bedre metoder for å innhente nyttig data om eldre til bruk i forebyggende arbeid med Eldres helse og livsmestring. Vi anser imidlertid at studien ikke innebærer ulemper eller risiko for deg utover den tid du må avsette til intervjuet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Najla Jabbar tlf. 95849888, Venke Nyhus tlf. 93026623 og Janne M. Heddeland tlf. 99467034.

Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Bjørg Dale, UiA mailadresse: bjorg.dale@uia.no

Kriterier for deltakelse:

Informanten har erfaring minimum 3 årig helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet.

Undersøkelser den inkluderte må gjennom:

Hvis du velger å delta i studien, ønsker vi å få ditt skriftlige samtykke og telefonnummer eller mailadresse på siste side av dette dokumentet. Du blir så kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju. Intervjuet vil vare i maks. 45 minutter.

Din rolle som informant er å svare på bakgrunn av din profesjonelle erfaring i arbeidslivet.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene vil etter planen bli gjennomført i januar måned 2013.

Personvern:

Det vil ikke bli registrert personlige og identifiserbare opplysninger om deg.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 7 – Analyse intervjurunde 1

Spørsmål:	Svar fra gruppe 1 (4 medlemmer)	Svar fra gruppe 2 (8 medlemmer)
1) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet? a. Setningsoppbygging? b. Rekkefølgen på spørsmålene? c. Språket?	Alt OK	Alt OK
2) Hva synes du om utformingen av kartleggingsskjemaet? a) Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål? b) Layout?	Alt OK. Må ikke være lengre, men kunne samtidig ikke finne spml som ikke burde være med.	Alt OK
3) Dekker innholdet i kartleggingsskjemaet ditt informasjonsbehov? a. Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet? b. Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten? c. Er spørsmålene enkle å forstå? d. Er det noen spørsmål du hadde ønsket var annerledes? i. Spesifiser: e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggingsskjemaet? i. Spesifiser: f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om?	a) Hovedområdene dekkende. b) OK med screeningsspm – at det er mulighet for det. Men de tenker at i første omgang er det ikke deres jobb (de som foretar hjemmebesøkene) å gå i dybden på et tema. Da vil de henvise til andre fagfolk. c) Alle forstod spørsmålene, men de hadde noen innspill som følger i pkt. d. d) Er det noen spm du hadde ønsket var annerledes? Utdanning/arbeidsbakgrunn: Presisering av grunnskole og videregående skole (middelskole/folkeskole) ikke nødvendig. Sånne avklaringer gjøres av den som intervjuer. Avsluttet yrkesaktive liv: Hva med de som jobber fortsatt? Svaralternativene må høynes til 85. Bolig/boligforhold/boligmiljø: Adkomst til bolig – legges som eget spørsmål under boligforhold. Livsløpsstandard gjelder ikke kun inne i huset, men også området rundt. Er det trapper opp til boligen, blir den uansett ikke godkjent som livsløpstandard. Sosiale forhold: Sosial deltagelse – presiser med en parentes hvem, eks. familie, venner og naboer). Spørsmål 26 og 27: Hva hvis de samtaler med postmannen og butikkdamen? Det kan være den eldre regner dette som sosialt nettverk og det må i så fall	a) Hovedområdene dekkende. Velferdsteknologi vil være aktuelt å ta med på sikt, men ikke nå. b) OK med screeningsspm – at det er mulighet for det. Men de tenker at i første omgang er det ikke deres jobb (de som foretar hjemmebesøkene) å gå i dybden på et tema. Da vil de henvis til andre fagfolk. c) Alle forstod spørsmålene, men de hadde noen innspill som følger i pkt. d. d) Er det noen spm du hadde ønsket var annerledes? Utdanning og bakgrunn: Enten definere videregående skole – hva innbefattes her. Aller helst inn med et valg til, eks. folkeskole/framhaldsskole – sjekk mot SSB. Yrkesaktiv – svaralternativene deles inn i intervall? I tillegg til sivilstatus – spør om de bor alene eller sammen med noen. Bolig og boligforhold: Livsløpsstandard – alt på en flate – definere dette bedre, evt. ta det bort? Fysisk nærmiljø: Adkomst til egen bolig. Gang- og sykkelsti?

<p><i>i.</i> Spesifiser:</p>	<p>avdekkes i spørreskjemaet. Her må det presiserings til. Kan en i stedet spørre om: Hvor ofte er du på besøk? Hvor ofte får du besøk? Sett også inn et kommentarfelt. Spørsmål 31: Stryk ordet sammenhengende. Hva inngår i fysisk aktivitet – presiser at vi også mener hverdagsaktivitet. Dette spørsmålet flyttes til slutten av dette hovedområdet. Spørsmål 33: Alternativ måte å spørre på: Mener du at du betyr noe for andre? Dette er en mer folkelig måte å uttrykke seg på. For mange eldre kan ordet ressurs bli for ukjent/skremmende. Ernæring. Overskriften ernæring byttes ut med mat og drikke. Bør ha med et spørsmål om røyk/alkohol/rusmidler. Dette spørsmålet må komme før spørsmål 67. Spørsmål 63: Presiser at væskeinntak ikke gjelder kaffe/te/alkohol. Alle var enige i innspillene fra Kristiansand og Sogndalen ang. generell oppsummering, intervjuers kommentar, omformulering av medisinsjekkspørsmål og alternativene på fysisk aktivitet.</p> <p><i>e)</i> Andre spørsmål som ønskes med i kartleggingskjemaet: Spør om forbruk av røyk/alkohol/rusmidler – i sammenheng med mat og drikke. Et spørsmål om de er villig til å delta i forskning, dette må komme tidlig i skjemaet.</p> <p><i>f)</i> Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om: Informasjonsmappe utlevert – dette tas bort!</p>	<p>Hvor ofte er du fysisk aktiv sammenhengende minst 30 minutter? Et alternativ til: 1 gang i uka Sjeldnere enn 1 gang i uka.</p> <p>Omformulere medisinspørsmålet – eks. når hadde du sist en gjennomgang av medisinerne du bruker hos fastlegen?</p> <p>Generell oppsummering/Intervjuers kommentar – omformuleres, evt. sette inn noen underpunkter. Dette feltet kan brukes til å notere ned avtaler som er gjort med den eldre, tiltak den eldre selv skal gjøre m.m. Hva kan den eldre selv gjøre for fortsatt å kunne bo hjemme?</p> <p><i>e)</i> Andre spørsmål som ønskes med i kartleggingskjemaet: Spør om forbruk av røyk/alkohol/rusmidler – i sammenheng med ernæring? Sjekk SIRUS. Ha inn et spørsmål om de er villig til å delta i forskning. Nøkkelord selvpålevd helse og mestringsforventning. Ta inn et par spørsmål i tillegg under fysisk og psykisk helse i forhold til mestringsforventning.</p> <p><i>f)</i> Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om: Informasjonsmappe utlevert – dette tas bort!</p>
<p>4) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?</p>	<p>Hele gruppa udelt positiv til dette.</p>	<p>Hele gruppa udelt positiv til dette.</p>
<p>5) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy: <i>a.</i> Systemkvalitet:</p>	<p>Ingen spesielle kommentarer til dette.</p>	<p>De ser for seg bruk av nettbrett.</p>

<p><i>i.</i> Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC</p> <p><i>b.</i> Tjenestekvalitet/It-støtte</p>		
<p>6) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggings skjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?</p>	<p>Mulighet til å få opp tidligere besøk på skjermen når en foretar et nytt besøk hos en eldre som har mottatt besøk tidligere.</p>	<p>Det må være muligheter for fleksible rapporter og statistikker til bruk i for eksempel arealplanlegging, administrasjon m.m.</p>
<p>7) Alt i alt hva synes du om dette kartleggings skjemaet?</p>	<p>Et ønske at intervjueren skal sende et oppsummeringsnotat fra besøket til den eldre. I denne forbindelse må systemet kunne hente ut relevante data/ha fleksible rapportmuligheter.</p>	
<p>Andre kommentarer:</p>		
<p>Spørsmål:</p>	<p>Svar fra vernepleier</p>	<p>Svar fra sykepleier</p>
<p>1) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet?</p> <p><i>a.</i> Setningsoppbygging?</p> <p><i>b.</i> Rekkefølgen på spørsmålene?</p> <p><i>c.</i> Språket?</p>	<p>Bra, men uttrykk/begrep må defineres og forklares. Hva menes med for eksempel servicebolig? I Mandal har vi ikke serviceboliger.</p>	<p>Bra med oppsummerings spørsmål.</p>
<p>2) Hva synes du om utformingen av kartleggings skjemaet?</p> <p><i>a)</i> Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål?</p> <p><i>b)</i> Layout?</p>	<p>Bra</p>	<p>Ok. Ikke større.</p>
<p>3) Dekker innholdet i kartleggings skjemaet ditt informasjonsbehov?</p> <p><i>a.</i> Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet?</p> <p><i>b.</i> Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten?</p> <p><i>c.</i> Er spørsmålene enkle å forstå?</p> <p><i>d.</i> Er det noen spørsmål du hadde ønsket</p>	<p>a) Ha med oppsummering av hva den eldre selv kan gjøre for å mestre hverdagen.</p> <p>b) Screeningsverktøy ikke nødvendig/hensiktsmessig å koble på.</p> <p>c)-f)</p> <p>7) Anbefaler å skille ut omsorgsyrke som eget yrke. Spørsmålene om bolig og boligforhold bør komme før spørsmålene om utdanning og arbeidsbakgrunn.</p> <p>10) Definere servicebolig.</p> <p>13) Hvis de svarer nei, bør en få inn et spørsmål om de kan tenke seg å selge og flytte boligen de har i dag. Ofte vil de ha en servicebolig, men samtidig beholde huset de eier.</p> <p>16) Transport – her bør også mulighet for å komme seg rundt og om de får den hjelpa de trenger til å gjøre det.</p> <p>18) Sett inn ordet «praktiske» aktiviteter.....</p> <p>20) Sett inn ordet «praktiske» aktiviteter.....</p> <p>22) Skill ut personlig stell/helse og økonomi i to ulike spm.</p> <p>25) Bytt ut «har du» med «deltar du i»</p> <p>Komprimere spm. 45), 46), 47) og 48) til kanskje 2 spm.</p>	<p>Spm 48: bør spørre om de løser kryssord eller suduko, dette er en av de første tingene som blir vanskelig i forbindelse med demens.</p> <p>Spm 61: Hva er middag? Definer begrepet, Er det med poteter eller bare varmmat. Spm 27: definer sosial aktivitet. Hvor mange deltar i samme aktivitet som deg? Hvor trygg er du sammen med andre? Prater du med andre under aktiviteten?</p>

<p>var annerledes? i. Spesifiser:</p> <p>e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggings skjemaet? i. Spesifiser:</p> <p>f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om? i. Spesifiser:</p>	<p>Ernæring omdøpes til mat, drikke og nytelse og alkohol og røyk må inn her.</p> <p>Annet: Bør på slutten av kartleggings skjemaet ha inn et spørsmål om hva du kan gjøre selv for å få en god hverdag.</p>	
4) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?	Dokumentasjon og statistikk.	Fordeler med elektronisk? Alt samles i ett system, slipper papirer, letter forskning og statistikk.
5) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy: a. Systemkvalitet: i. Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC b. Tjenestekvalitet/It-støtte	Vet ikke, har ikke nok kunnskap til å svare på dette.	Hva må vi ta hensyn til? Det må være lett, enkelt å forstå og ikke rom for tolkning.
6) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggings skjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?	Ikke som jeg kommer på nå.	Alle bør gå igjennom og definere hva begrepene innebærer. God opplæring før det blir tatt i bruk. Konsulentene bør gå på et sertifiseringskurs slik at alle formidler likt og tolker likt.
7) Alt i alt hva synes du om dette kartleggings skjemaet?		Alt i alt veldig bra og fornuftig.
Andre kommentarer:	De som skal bruke det, må få opplæring. Uttrykk, som ressurser og fysisk aktivitet, må defineres og kunne forklares likt til de eldre.	Anbefaler oss å lese Antonovskys helbredets mysterium, her er det med mestring og overlevelse definert, troen på ens egen vilje og livsgnist. Hvorfor klarer noen seg bedre enn andre, selvpoppfattelse.
Spørsmål:	Svar fra fysioterapeut	Svar fra fysioterapeut nr 2
1) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet? a. Setningsoppbygging? b. Rekkefølgen på spørsmålene? c. Språket?	Generelt veldig bra, men det er uttrykk som i noen tilfeller må defineres/forklares for de eldre, eks. ressurser, fysisk aktivitet, sosialt nettverk.	Synes det er lett og forståelig.
2) Hva synes du om utformingen av kartleggings skjemaet? a) Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål? b) Layout?	Veldig bra.	Akkurat passe langt og bra utforming på spørsmålene.

<p>3) Dekker innholdet i kartleggingsskjemaet ditt informasjonsbehov?</p> <p>a. Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet?</p> <p>b. Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten?</p> <p>c. Er spørsmålene enkle å forstå?</p> <p>d. Er det noen spørsmål du hadde ønsket var annerledes?</p> <p>i. Spesifiser:</p> <p>e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggingsskjemaet?</p> <p>i. Spesifiser:</p> <p>f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om?</p> <p>i. Spesifiser:</p>	<p>a) Ha med oppsummering av hva den eldre selv kan gjøre for å mestre hverdagen.</p> <p>b) Screeningsverktøy ikke nødvendig/hensiktsmessig å koble på.</p> <p>c)-f):</p> <p>63) Alkohol/røyk bør inn – bør tas i sammenheng med mat og drikke.</p> <p>65) anbefaler å slette ordet uønsket. Tenker det favner flere da. Svaret på hvorfor får en i oppfølgingsspørsmålet.</p> <p>Annet: Dette kartleggingsskjemaet bør være et supplement til samtalen med den eldre. Det er i samtalen en kan motivere og inspirere til tiltak den eldre selv kan gjøre og gjøre dem bevisst på diverse ting. Det bør være de samme folkene som utfører hjemmebesøkene og de må læres opp både i samtalen og kartleggingsskjemaet, også for å få en størst mulig standardisering.</p>	<p>Spm 33. Hva menes med ressurs? Noen vil nok her i beskjedenhet svare nei. Ressurs må utdypes siden det kan bli tolket på flere måter. Også viktig å få med røyk og alkohol. Ta dette som en del av en spørrerekke så vil det komme helt naturlig.</p>
<p>4) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?</p>	<p>Effektiverer dokumentasjonsarbeidet, og i forhold til statistikk og individuell oppfølging.</p>	<p>Ser at det blir mindre papir.</p>
<p>5) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy:</p> <p>a. Systemkvalitet:</p> <p>i. Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC</p> <p>b. Tjenestekvalitet/It-støtte</p>	<p>Integrasjon.</p>	<p>Nettbrett er nok bra, men siden man skal legge inn en del tekst i spørsmålene kan det være mer hensiktsmessig med en bærbar pc. Og man bør kunne svare på spørsmålene uavhengig av internetttilgang.</p>
<p>6) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggingsskjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?</p>	<p>Ikke som jeg kommer på nå.</p>	
<p>7) Alt i alt hva synes du om dette kartleggingsskjemaet?</p>		<p>Synes det var et veldig bra skjema og dere har dekt inn alle de viktigste områdene. Hvordan det fungerer i praksis må testes ut. Alt i alt veldig bra.</p>
	<p>Har prøvd det ut på en «pasient». Et enkelt og forståelig kartleggingsverktøy. Gjennomtenkt og godt</p>	<p>Jeg brenner for det med forebygging og tilrettelegging. Så dette er noe som er veldig viktig i hverdagen til folk. Vil heller</p>

Andre kommentarer:	utformet! Ser absolutt gevinsten med å bruke dette, både i forhold til generell statistikk, individuell oppfølging og dokumentasjon.	forebygge enn å fikse skadene..
Spørsmål:	Svar fra sykepleier (Skriflig svar på intervjuguiden)	Svar fra ergoterapeut
1) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet? a. Setningsoppbygging? b. Rekkefølgen på spørsmålene? c. Språket?	Jeg opplever språket som nøytralt og lettforståelig.	Svart på i forbindelse med pkt. 3)
2) Hva synes du om utformingen av kartleggingsskjemaet? a. Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål? b. Layout?	I første omgang synes jeg at det var langt og mange spørsmål. Men siden det er en person som skal intervju "den eldre" vil det ikke få samme virkning.	Bør gjøre om spm 45, 46, 47 og 48 om til max to spørsmål. For omfattende som det er nå. Skjemaet må ikke være lengre.
3) Dekker innholdet i kartleggingsskjemaet ditt informasjonsbehov? a. Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet b. Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten? c. Er spørsmålene enkle å forstå? d. Er det noen spørsmål du hadde ønsket var annerledes? i. Spesifiser: e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggingsskjemaet? i. Spesifiser: f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om? i. Spesifiser:	Jeg synes dere har utarbeidet gode spørsmål som dekker de områdene jeg tenker er viktig å kartlegge. Men tenker at det hadde vært nyttig å kartlegge om det er områder den eldre har behov for informasjon om. F.eks. hjelpemidler, eldrecenter, turgrupper for eldre osv.	a) Savner spørsmål ang brannsikring og et spørsmål i forhold til hva de gjør selv for å forebygge. b) Screeningsverktøy ikke nødvendig/hensiktsmessig å koble på. c)-f) 13) Skal bruker svare på dette? Alle boliger kan jo i bunn og grunn tilrettelegges/tilpasses. Så det spørsmålet vet jeg ikke om jeg forstod? Forslag til omformulering: Ønsker du å tilpasse boligen? 14) Skal de eldre forklares hva det er? Ikke alle som vet hva livsløpsstandard er. 15) Forslag til omformulering: Er det ønskelig/mulig å bygge boligen om til livsløpsstandard? 16) Ha inn et kommentarfelt her for å få med hvorfor, om dette har sammenheng med sertifikat og egen mulighet for å kjøre bil. 23) Hva får du hjelp til og av hvem? Hvem – går det an å skille på familie/venner og betalt privat hjelp? Det er interessant å se hvor mange som kan tenke seg å betale for å få den hjelpa de trenger. 25) Sosialt nettverk kan virke som en stor gruppe. Mange som kun har 2-3 personer i livet sitt, vil kanskje svare nei her. Går dette an å knytte opp mot tilfredshet? Mange er også medlem av flere foreninger, og ser på det som sitt sosiale nettverk, men har likevel ingen tett på i hverdagen. 31) Overraskende mange vet ikke hva de vil si med fysisk

		<p>aktivitet, og tenker derfor på dette som trening. Kan fysisk aktiv defineres mer? Jeg pleier å si det de gjør i hverdagen hvor de oppnår høyere puls. Dette kan være husarbeid, vedarbeid, klippe plenen, rydde på loftet, gå turer 33-35) Veldig aktuelt!</p> <p>45-48) Kunne vært veldig spennende å høre hva bakgrunnen dere har disse spørsmålene med?</p> <p>59) I denne forbindelse – spør om hva de gjør selv for å forebygge fall.</p> <p>63) Hvis alkohol skal inn – bør det tas i sammenheng med dette området. Eks. hvor mange enheter alkohol drikker du i løpet av uka?</p> <p>65) Anbefaler å slette ordet uønsket. Hvis uønsket står, kan en miste de som for eksempel spiser lite etter at de har blitt alene og de er kanskje ikke bevisst på at dette har medført vekttap.</p> <p>68) Menes her hjelpemidler utlånt fra folketrygden bør det stå. Ellers er det mye som kan kategoriseres som hjelpemidler: fjernkontroll, mobil, div. kjøkkenytstyr.</p> <p>Annet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi snakker mye om brannsikring av bolig....dette er fraværende på skjemaet. <ul style="list-style-type: none"> - Har dere tenkt igjennom rømningsvei, spes. ved soverom i 2.etasje. - Har dere rutinesjekk for brannslukningsutstyr og brannvarslere - Har dere utført brannøvelse i eget hjem • Kunne også vært spennende med spørsmål knyttet opp til hva de selv gjør for å unngå risiko for fall <ul style="list-style-type: none"> - Sklisikringer, håndtak - Sko med hælkappe - Rekkverk - Styrke og balansetrening - Fokus på ernæring
<p>4) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?</p>	<p>Ser en fordel hvis det lar seg konvertere til kommunens eksisterende dataprogram, da kan det ligge som et bakteppe ved senere eller allerede eksisterende hjelpebehov. Som et eget dokument er det nyttig for kommunen i utarbeiding av tjenestetilbudet sitt. Og for hver enkelt eldre som har blitt intervjuet vil det ha en egenverdi med at det er blitt sett av</p>	<p>Ja, i forhold til dokumentasjon / statistikk / oppfølgingsarbeid.</p>

	kommunen og har fått et hyggelig besøk den stunden intervjuet tar.	
5) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy: a. Systemkvalitet: i. Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC b. Tjenestekvalitet/It-støtte	Skal det være et verktøy som fungerer må det passe til flere ulike dataprogram og kunne brukes nærmest mulig den eldre.	Det må integreres mot Gericca.
6) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggingskjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?		Være bevisst på hva det skal brukes til. De eldre som intervjues må se hensikten med det for at de skal bruke tid på det. Men positiv til at det kan medføre økt forskning på feltet og økte muligheter for statistikk.
7) Alt i alt hva synes du om dette kartleggingskjemaet?	Synes det er bra at det utvikles verktøy som er til bruk i feltet og kan brukes praktisk.	
Andre kommentarer:	I forhold til samtykkeskjemaet vet jeg ikke hvordan vi skal gjøre det. Men jeg samtykker i at dere bruker mine svar til deres oppgave.	Generelt i forhold til kartleggingskjemaet: <ul style="list-style-type: none"> • Hva er formålet med skjema? • På hvilket nivå skal det brukes? Forskning? Kommunalt? • Det tidligere kartleggingskjemaet som er blitt brukt i Mandal, er brukt til grafer som blir liggende i en mappe. Altså ikke i bruk • Kjempe bra at det innvilges midler til dette!! • Skal verktøyet brukes under selve intervjuet? Vil i så fall oppleves litt forstyrrende? • Det er viktig å legge besøket veldig individuelt opp, slik at det passer til den enkelte. Danmark har en god mal på dette: • At drøfte emner, der har betydning for helbred og trivsel. • At få veiledning i at afhjælpe eventuelle problemer. • At få opplysninger om aktiviteter og tilbud i kommunen. • At få vendt emner med en neutral person med en sunhedsfaglig uddannelse.

Vedlegg 8 – Kartleggings skjema versjon 2 Eldre i Agder

Dato:

Navn:

Fødselsår:

Kjønn:

Sivilstand:

Bor du sammen med andre?

- Ja
 Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bor du sammen med andre? er lik Ja)

Hvem bor du sammen med?

Velg alternativ

Utdanning og arbeidsbakgrunn

Hva er din høyeste utdanning?

- Grunnskole
 Videregående skole
 Høgskole
 Universitet
 Annet, spesifiser:

Hvilket yrke var ditt hoved yrke?

- Leder
 Akademisk yrke
 Teknisk yrke
 Administrativt yrke
 Merkantil yrke
 Annet, spesifiser:
- Salgs, service og omsorgsyrke
 Gårdbruker, fisker, mv
 Hjemmearbeidende
 Håndverker
 Militært yrke

Hvor mange år har du vært yrkesaktiv?

Velg alternativ:

Hvor gammel var du da du avsluttet ditt yrkesaktive liv?

Velg alternativ:

Bolig og boligforhold

Hvilken type bolig har du?

- Enebolig Servicebolig
 Leilighet Gårdsbruk
 Rekkehus / Tomannsbolig Annet, spesifiser:
 Generasjonsbolig

Eier eller leier du boligen din?

- Eier
 Leier
 Annet, spesifiser:

Er boligen egnet for dine nåværende behov?

- Ja
 Nei
 Ingen formening

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Eier eller leier du boligen din? *er lik* Eier
og
- Hvis Er boligen egnet for dine nåværende behov? *er lik* Nei)

Ønsker du å tilpasse boligen din?

- Ja
 Nei
 Ingen formening

Fysisk nærmiljø

Kjører du bil?

- Ja
 Nei

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med boligens beliggenhet i forhold til:

	Veldig misfornøyd	Misfornøyd	Fornøyd	Veldig fornøyd	Ingen formening
Dagligvare butikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offentlig transport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legesenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sevicesenter (bank, post, frisør, osv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med:

	Veldig misfornøyd	Misfornøyd	Fornøyd	Veldig fornøyd	Ingen formening
Din bolig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avstand til fasiliteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Funksjonsnivå i hverdagen

Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask?

- Ja
 Delvis
 Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask? er lik Nei eller
- Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter innendørs, som matlaging, rengjøring, tøyvask og oppvask? er lik Delvis)

Hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor?

Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking?

- Ja
- Delvis
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking? *er lik* Delvis eller
- Hvis Er du i stand til å utføre aktiviteter utendørs, som hagestell, handling og snømåking? *er lik* Nei)

Hvilke aktiviteter er du ikke i stand til å utføre og hvorfor?

Får du hjelp av andre til å utføre daglige aktiviteter som stell, dusj, påkledning, betale regninger, osv?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Får du hjelp av andre til å utføre daglige aktiviteter som stell, dusj, påkledning, betale regninger, osv? *er lik* Ja)

Hva får du hjelp til og av hvem?

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med funksjonsnivået ditt i hverdagen?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornøyd
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Fysisk aktivitet og sosial deltagelse

Hvor ofte er du fysisk aktiv mer enn 30 minutter?

- Daglig
- 4 - 6 ganger i uken
- 2 - 3 ganger i uken
- 1 gang i uken
- Sjeldnere enn 1 gang i uken

Har du sosialt nettverk rundt deg? (Eks. familie og venner)

- Ja
- Nei

Hvor ofte er du sammen med andre?

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Sjeldnere enn månedlig
- Aldri

Deltar du i regelmessige sosiale aktiviteter?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Deltar du i regelmessige sosiale aktiviteter? er lik Ja)

Hva slags sosiale aktiviteter?

Ønsker du å delta i flere faste sosiale aktiviteter?

- Ja
- Nei
- Ingen formning

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (vis Ønsker du å delta i flere faste sosiale aktiviteter? *er lik* Ja)

Hvilke sosiale aktiviteter?

Hender det at du er mer alene enn det du ønsker?

- Ofte
- En gang iblant
- Sjeldent
- Aldri
- Ingen formening

Mener du at du er en ressurs for andre?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? *er lik* Nei
eller
- Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? *er lik* <#na#>Ingen formening)

Ønsker du å være en ressurs for andre?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Mener du at du er en ressurs for andre? *er lik* Ja
eller
- Hvis Ønsker du å være en ressurs for andre? *er lik* Ja)

På hvilken måte er du/kan du være en ressurs for andre?

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt sosiale liv?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornøyd
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Bruk av teknologi

Bruker du data?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du data? er lik Nei)

Hvorfor bruker du ikke data?

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du data? er lik Ja)

Hva bruker du data til?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nettsurfing | <input type="checkbox"/> Nettbank |
| <input type="checkbox"/> E-post | <input type="checkbox"/> Sosiale media |
| <input type="checkbox"/> Spill | <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser <input style="width: 150px;" type="text"/> |

Bruker du mobiltelefon?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du mobiltelefon? er lik Nei)

Hvorfor bruker du ikke mobiltelefon?

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du mobiltelefon? er lik Ja)

Hvilke funksjoner på mobiltelefonen bruker du?

Telefon SMS Data Annet, spesifiser

Kunne du tenkt deg å ta i bruk eller lære mer om:

	Ja	Nei	Ingen formening
Data?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kommenter gjerne dine svar:

Hvor ofte:

	Daglig	Ukentlig	Månedlig	Sjeldnere enn månedlig	Aldri
Ser du på TV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hører på Radio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leser aviser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Ser du på TV? *er lik* Daglig
eller
- Hvis Ser du på TV? *er lik* Ukentlig)

Hva følger du med på TV?

- Nyheter Underholdning
- Sport Lokale program/nyheter
- Vær Annet, spesifiser:

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Hører på Radio? *er lik* Daglig
eller
- Hvis Hører på Radio? *er lik* Ukentlig)

Hva hører du på radio?

- Nyheter Underholdning
- Sport Musikk
- Vær Annet, spesifiser:

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Leser aviser? *er lik* Daglig
eller
- Hvis Leser aviser? *er lik* Ukentlig)

Hva leser du i avisen?

- Nyheter Lokale innslag
- Sport TV-guide
- Vær Annet, spesifiser:

Allmenntilstand

Hvordan oppfatter du

	Svært dårlig	Dårlig	God	Svært god	Ingen formening
Din fysiske helse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Din psykiske helse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bruker du faste medisiner?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du faste medisiner? er lik Ja)

Hvor mange ulike medisintyper bruker du hver dag?

Velg alternativ:

Hender det at du bruker sovemedisiner?

- Ja
- Av og til
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Bruker du faste medisiner? er lik Ja
eller
- Hvis Hender det at du bruker sovemedisiner? er lik Ja
eller
- Hvis Hender det at du bruker sovemedisiner? er lik Av og til)

Når hadde du siste medisingjennomgang med fastlegen?

- Mindre enn 6 måneder siden
- 6 - 12 måneder siden
- Mer enn 12 måneder siden
- Husker ikke

Fall

Har du falt innendørs de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du falt innendørs de siste 12 månedene? *er lik Ja*)

Hvor mange ganger har du falt inne?

- 1 gang
- 2 ganger
- 3 ganger
- 4 ganger
- 5 ganger
- Flere enn 5 ganger

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du falt innendørs de siste 12 månedene? *er lik Ja*)

Hva var årsaken for fallet?

Har du falt utendørs de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Husker ikke

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du falt utendørs de siste 12 månedene? *er lik Ja*)

Hvor mange ganger har du falt ute?

- 1 gang
- 2 ganger
- 3 ganger
- 4 ganger
- 5 ganger
- Flere enn 5 ganger

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du falt utendørs de siste 12 månedene? *er lik Ja*)

Hva var årsaken for fallet?

Mat og drikke

Hvordan er appetitten din?

- Veldig dårlig
- Dårlig
- God
- Veldig god
- Ingen formening

Hvor ofte spiser du varm mat i løpet av uken?

Velg alternativ:

Hvor mange måltider spiser du i løpet av døgnet?

Velg alternativ

Hvor ofte spiser du sammen med andre?

- Daglig
- Ukentlig
- Månedlig
- Sjeldnere enn månedlig

Hvor mye væske drikker du i løpet av døgnet? Angitt i glass på ca. 2 dl. (Ikke kaffe, te, alkohol)

Velg alternativ:

Hvor mange alkoholenheter drikker du i uka?

Eksempler på 1 alkoholenhet er:

- En flaske (33 cl) pils på 4,5 vol %
- Et glass (15 cl) vin på 12 vol %
- Et lite glass (7,5 cl) sterkvin 20 vol %
- Et lite glass (4 cl) brennevin 40 vol %

- Ingen, drikker ikke
- Mindre enn 1 enhet
- 1 - 2 enheter
- 3 - 4 enheter
- 5 - 6 enheter
- 7 eller flere enheter

Hvor mye røyker du?

- Ingen, røyker ikke
- 1 - 10 sigaretter i uken
- 11 - 20 sigaretter i uken
- 1 - 10 sigaretter om dagen
- 11 - 20 sigaretter om dagen
- Flere enn 20 sigaretter om dagen

Har du hatt vektendring de siste 12 månedene?

- Ja
- Nei
- Ingen formening

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du hatt vektendring de siste 12 månedene? *er lik Ja*)

Har du gått opp eller ned i vekt og hva var årsaken til dette?

Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt kosthold?

- Veldig misfornøyd
- Misfornøyd
- Fornød
- Veldig fornøyd
- Ingen formening

Hjelpemidler

Har du hjelpemidler?

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal stilles for informanten:

- (Hvis Har du hjelpemidler? *er lik Ja*)

Hvilke hjelpemidler har du?

Generell oppsummering

Hva synes du om din nåværende situasjon? Er det noe du ønsker å endre på? Hva kan du selv gjøre?

Intervjuers kommentar

Kan svarene dine brukes i forskningsøyemed?

- Ja
- Nei

Intervjuet ble utført av:

Skriv ut

Vedlegg 9 – Intervjuguide 2

INTERVJUGUIDE TIL INTERVJU MED PROSJEKTLEDERE

BASERT PÅ ERFARING:

Du har nå brukt kartleggings skjemaet på PC under noen hjemmebesøk til eldre. Følgende spørsmål stilles ut i fra den erfaringen du har fått.

1. Hva er din opplevelse av og erfaring med kartleggingsverktøyet?
2. Hvordan oppleves/hva mener du om spørsmålene i kartleggings skjemaet? (forståelige, språk, relevante, fullstendige/utfyllende, nøyaktige, rekkefølge på spørsmål, er spørsmålene tilpasset den eldre generasjonen)
3. Savner du noe i skjemaet? (Mangler/for mange spørsmål, flere/færre svaralternativer, mer/mindre routingsmuligheter)
4. Vi vil gjerne vite noe om hvordan kartleggingsverktøyet påvirker din kommunikasjon med den eldre? (fremmer eller hemmer informasjonsutvekslingen?)
5. Når registrer du svarene fra de eldre? Under besøket, eller i etterkant? Begrunn?

BASERT PÅ ET TENKT FREMTIDIG SYSTEM:

Tenk deg at dette kartleggings skjemaet danner grunnlaget for et elektronisk system. Du kan registrere dataene fra kartleggingssystemet inn i et elektronisk system som kan behandle og presentere dataene på ulike måter. Følgende spørsmål stilles ut i fra det.

1. Kan du si litt om hvilke ønsker du har til et slikt system? (oppbygging av skjermbilder, menyer, standardisering av menyer og valg, logisk og enkelt å lære, navigering i systemet, integrasjon mot andre system).
2. Det finnes i dag mange muligheter i forhold til å ha tilgang til et system ute hos bruker. Har du innspill i forhold til dette? (nettbrett, pc, pda)
3. Lagring av sensitiv informasjon, tilgjengelighet til sensitive data, fleksibel tilgangsstyring til et system, m.m. utfordrer bl.a. personvernet og konfidensialiteten. Hvilke tanker har du rundt dette?
4. Et elektronisk system fordrer en brukerstøtte som kan lære opp og veilede underveis. I tillegg må det teknologiske utstyret fungere og systemet gjøres tilgjengelig til ansatte som skal

bruke det. Et slikt støtteapparat/brukerstøtte organiseres på ulike måter. Hvilke tanker har du rundt dette?

5. Data som legges inn i et system, kan hentes ut på ulike måter. Hvilke ønsker har du i forhold til dette? (ønske om rapporter, statistikker, søkemuligheter)
6. Bruk av data henger sammen med holdninger og tidligere erfaringer som en har til å ta et system i bruk. Vi vil gjerne vite noe om dine holdninger til å ta i bruk et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy?
7. Et elektronisk kartleggingsverktøy kan påvirke din arbeidshverdag både i positiv og negativ retning. Kan du si litt om dette?
8. Utarbeidelse av dette elektroniske kartleggingsverktøyet er gjort i den tro at det kan ha en positiv effekt i forebyggende arbeid med eldre. Vi vil gjerne vite om du har gjort deg opp noen tanker rundt dette? (deg som ansatt, kommunen, samfunnet, forskning)

Vedlegg 10 – Informert samtykke 2

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder.

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle og foreløpig validere et kartleggingsverktøy som er tenkt brukt i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre 78 +. Du er valgt som informant da du har erfaring med forebyggende hjemmebesøk til eldre, er prosjektleder for utviklingsprosjektet på Agder og har testet en foreløpig versjon av det elektroniske kartleggingsskjemaet. Denne undersøkelsen er en del av en masteroppgave innen Helse og sosialinformatikkstudiet ved UIA Grimstad.

Hva innebærer studien?

Det er foreløpig utarbeidet et manuelt kartleggingsskjema på grunnlag av litteraturstudie og en gjennomgang av et utvalg av eksisterende kartleggingsskjema i Norge og Danmark. Dette er tidligere validert ved intervju i forhold til skjemaets oppbygging, struktur og innhold. En foreløpig versjon av dette skjemaet er laget i PDF-format og dette har du vært med å teste. Vi er interessert i dine meninger på bakgrunn av din profesjonelle erfaring, testingen du har foretatt deg og dine tanker i forhold til et fremtidig elektronisk system basert på skjemaet.

Vi ønsker å ha mulighet for å ta lydopptak av intervjuet. Opptaket vil ikke bli lagret. Alternativt vil vi kun nedtegne dine svar på ark. Intervjuet vil vare ca 1 time.

Mulige fordeler og ulemper:

Ditt bidrag i denne studien kan føre til at vi får et så godt system som mulig for å kartlegge de hjemmeboende eldres helsetilstand og mestringsressurser i forebyggende hjemmebesøk. Vi anser imidlertid at studien ikke innebærer ulemper eller risiko for deg utover den tid du må avsette til intervjuet.

Hvis du ikke har innvendinger til det vil vi gjerne bruke dine svar i vår prosjektoppgave og referere til deg som prosjektleder i prosjektet forebyggende hjemmebesøk. Det vil ikke komme frem personlige opplysninger om deg når oppgaven publiseres, men det kan være en viss risiko for gjenkjennerbarhet. I tillegg ønsker vi å ha mulighet for å ta lydopptak av intervjuet. Ditt skriftlige samtykke innebærer at du også godtar dette. Hvis du ønsker det, kan du få lese gjennom de deler av oppgaven der du blir referert til før den leveres inn.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Najla Jabbar tlf: 95849888, Venke Nyhus tlf: 93026623 og Janne M. Heddeland tlf: 99467034.

Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Bjørg Dale, UiA mailadresse: bjorg.dale@uia.no

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene vil etter planen bli gjennomført i februar/mars måned 2013 og masteroppgaven skal ferdigstilles innen 08.05.13.

Personvern:

Det vil ikke bli registrert personlige og identifiserbare opplysninger om deg som du vil reservere deg for.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Alle lydopptak og intervjudata blir slettet innen 15.08.13.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 11 – Analyse intervjurunde 2

Spørsmål basert på erfaring	Svar prosjektleder 1	Svar prosjektleder 2
<p>1. Hva er din opplevelse av og erfaring med kartleggingsverktøyet?</p>	<p>Litt kluss i starten – noen opplysninger som forsvant, alt ble ikke lagret. Nyttig å ha noe å forholde seg til, en bra disposisjon. Nyttig/kvalitetsikre besøkene. Litt vel omfattende - tok tid. Dette bedrer seg etterhvert som en gjør noen besøk – en prosess. Gode tema – viktige. Bruker ca. 1,5 time på besøkene i snitt.</p>	<p>Fungerte ikke i starten, det var irriterende. Men da det fungerte, var det bra.</p>
<p>2. Hvordan oppleves/hva mener du om spørsmålene i kartleggingsskjemaet? 3. Savner du noe i skjemaet?</p>	<p>Felles forståelse av svaralternativer er viktig. Mange og gode alternativer. Rekkefølge: Teknologi bør komme etter funksjon og «kroppslige» ting. Hjelpemidler etter fall og funksjon. Teknologibiten (spesielt spm ang. TV, radio og avis) for lang – kan kuttes ned. I tvil om oppsummeringsspørsmål kan kuttes ut enkelte plasser, men jeg tror egentlig at de kan stå, så kan heller frisklivskonsulentene hoppe over etter behov. I et av svaralt. Under bolig står kun ektemann – denne må hete ektefelle. Sosialt nettverk blir ikke så aktuelt for de som fremdeles er gift – kan dette kuttes ut? Alternativt spørre om hvor ofte er du sammen med andre enn folk fra husstanden din? En vil også kunne få svar på dette i andre deler av kartleggingsskjemaet.</p>	<p>De fleste spørsmålene helt OK. På spørsmål vedr. hvor ofte de eldre så på TV, radio eller leste avis, svarte alle daglig. Svaralternativene bør endres til hvor mange timer daglig... Dette er relevante spørsmål å ha med da det sier noe om aktivitetsnivået deres. Svarer de at de ser på TV hele dagen, kan en anta at de er inaktive. I forhold til aviser, kan en få en pekepinn på om de følger med i det som skjer rundt dem. I forbindelse med aviser kunne jeg tenkt å ha inn et spørsmål om hvilke aviser de leser. Noen aviser (eks. Lindesnes avis) tar 5 minutt å lese gjennom, mens aftenposten må du bruke litt tid på.</p> <p>I forhold til spørsmålet «hender det du bruker sovemedisin?» Kun svaralternativene ja eller nei, og så legge til et oppfølgingsspørsmål hvis de svarer ja der en spør om hvor ofte.</p> <p>Rekkefølgen på spørsmål spiller ikke noen rolle. Har derfor ingen kommentarer på det punktet.</p> <p>Forståelig språk i kartleggingsskjemaet, greie svaralternativer bortsett fra på det jeg har kommentert. Alle forstod hva som ble spurt om og de forstod svaralternativene.</p>
<p>4. Vi vil gjerne vite noe om hvordan kartleggingsverktøyet påvirker din kommunikasjon med den eldre?</p>	<p>Fremmer stort sett kvaliteten på samtalen, men det er avhengig av den som besøkes/den eldre.</p>	<p>Jeg tar ikke frem verken PC eller papirer i begynnelsen av samtalen. Fokuserer på å prate med den eldre i 20-30 minutt i starten av besøket. Myker opp besøket ved først å snakke med den eldre, det er han/hun som skal styre hva han/hun ønsker å samtale om. Så fort papir eller PC kommer frem, endrer fokus seg. Jeg spør i starten om de vil svare på et kartleggingsskjema. Jeg bruker litt mer tid enn uten skjema, men ikke mye. Under samtalen i starten av besøket får jeg svar på en del, og når jeg da tar frem kartleggingsskjemaet kvalitetssikrer jeg at jeg har fått svar på alt og den eldre «godkjenner» svarene. Kartleggingsskjema er en ekstra ting, men det påvirker ikke kommunikasjonen verken positivt eller negativt.</p>

5. Når registrer du svarene fra de eldre?	Underveis i samtalen for å kvalitets sikre svarene. Hvis mye informasjon blir formidlet, hender det at jeg etterregistrerer noe. Jeg bruker ikke intervjuguiden lengre, kun kartleggingsskjemaet.	Registrerer svarene på slutten av besøket sammen den eldre. Jeg har ikke lagret svarene på bruker i Gerica. Svarene ligger foreløpig kun på den bærbare PC'en.
Spørsmål basert på et tenkt fremtidig system	Svar fra prosjektleder 1	Svar fra prosjektleder 2
1. Kan du si litt om hvilke ønsker du har til et slikt system?	Prosesser må gjøres enklere via et elektronisk system. Svarregistrering rett inn i systemet via PC eller nettbrett og integrering mot kommunens journalsystem (Profil). Mindre dobbeltarbeid. Konvertere til andre format. Hent ut rapporter og statistikk for å bedre tjenesten. Sikkerheten høynes ved et elektronisk system.	Jeg vet ikke helt hva man kan ønske. Det må være et system som inneholder det en har pr. i dag med routing m.m. Enklest mulig i bruk slik at det blir brukt likest mulig av alle. I forhold til intergrasjon, må man vite hva opplysningene skal brukes til. Foreløpig vet en ikke hva en skal bruke disse opplysningene til. I forhold til forskning, må en samle dataene i en database.
2. Det finnes i dag mange muligheter i forhold til å ha tilgang til et system ute hos bruker. Har du innspill i forhold til dette?	Brukervennlighet må prioriteres. Enkel menyrekke. Oversiktlig skjermbilder. Systemet skal brukes av faggrupper som tradisjonelt sett ikke er teknologisterke.	Ipad – fordi den er liten, enkel og lett å ta med seg.
3. Lagring av sensitiv informasjon, tilgjengelighet til sensitive data, fleksibel tilgangsstyring til et system m.m. utfordrer bl.a. personvernet og konfidensialiteten. Hvilke tanker har du rundt dette?	Må ha en klar tanke rundt dette. Lagring og tilgang til data må sikres med riktig sikkerhetsnivå, jmf. Normen.	Hvis jeg selv hadde fylt ut dette og det skulle brukes til forskning og var anonymisert, hadde jeg synes det var ok. Men hvis dette ble registrert i et EPJ-system på meg personlig, vet jeg ikke helt om jeg synes det er ok. Hvem skal ha tilgang? Hvis bruker får tjenester, må opplysningene gjøres tilgjengelige for de andre som skal jobbe med brukeren. I det hele tatt må det gis tilgang hvis andre skal jobbe med «min» bruker.
4. Et elektronisk system fordrer en brukerstøtte som kan lære opp og veilede underveis. I tillegg må det teknologiske utstyret fungere og systemet gjøres tilgjengelig til ansatte som skal bruke det. Et slikt støtteapparat/brukerstøtte organiseres på ulike måter. Hvilke tanker har du rundt dette?	Teknologi som ikke fungerer irriterer. God opplæring, brukerstøttesystem, lett å søke hjelp er viktig. Lett tilgjengelig støttesystem må være på plass. Sikker/robust teknologi.	Viktig. Av og til fungerer ikke ting. Det må være støtte å få tak i der og da, og denne må finnes i kommunen. Ute hos bruker, hva gjør en da hvis ting ikke fungerer? Bør kanskje ha en papirutgave i backup, men jo mer elektronisk løsningene blir, jo vanskeligere blir det å lage gode backup-rutiner. Opplæring må noen ha ansvar for og disse må holde kurs og gjøre oppdateringer.
5. Data som legges inn i et system, kan hentes ut på ulike måter. Hvilke ønsker har du i forhold til dette?	Ønsker å hente ut data til statistikk og forskning. Eks. benytter eldre som har fått hjemmebesøk seg mindre av offentlig tjenester, enn de som ikke har mottatt hjemmebesøk? Demografiske erfaringer?	Statistikk (diagram, tall, noe å vise frem til politikere) på «helheten»/det store bildet. Jeg ønsker å hente ut opplysninger på bruker, for eksempel i forhold til fall, medisiner, tilfredshet m.m. ved oppfølgingsbesøk. Ønsker også varsler – at det kan legges inn påminnelser til neste besøk, f.eks. i forhold til fall, sovemedisin.
6. Bruk av data henger sammen med holdninger og tidligere erfaringer	Positiv holdning til det. Besparende i forhold til tid. Slipper dobbelføring. Givende å jobbe med under forutsetning av at alt	Jeg er glad i å systematisere, jeg utarbeider tabeller på diverse som gir meg oversikt. Liker å synliggjøre data, ser absolutt nytten av det, men det må

<p>som en har til å ta et system i bruk. Vi vil gjerne vite noe om dine holdninger til å ta i bruk et fremtidig elektronisk kartleggingsverktøy?</p>	<p>er på plass og virker</p>	<p>være enkelt å gjøre det. Det må være enkelt å hente ut ting. Jeg vil si jeg har en positiv holdning.</p>
<p>7. Et elektronisk kartleggingsverktøy kan påvirke din arbeidshverdag både i positiv og negativ retning. Kan du si litt om det?</p>	<p>Svart litt på det i foregående spørsmål, men som sagt uten en god brukerstøtte kan det skape irritasjon/frustrasjon. Positivt ved at dataene oppbevares på en trygg måte og tilgang sikres i forhold til dagens manuelle system.</p>	<p>Kartleggingsverktøyet skal ikke være det viktigste i dette arbeidet. Det er samtalen som må være i fokus på besøk i private hjem. Forebyggende hjemmebesøk er noe vi tilbyr, det er frivillig om en vil ta i mot det. Generelt liker eldre å bli sett og lyttet til, den første delen av samtalen veldig viktig.</p>
<p>8. Utarbeidelse av dette elektroniske kartleggingsverktøyet er gjort i den tro at det kan ha en positiv effekt i forebyggende arbeid med eldre. Vi vil gjerne vite om du har gjort deg opp noen tanker rundt dette?</p>	<p>Hovedgevinsten blir å få et standardisert innhold i kartleggingsverktøyet. Kvaliteten på datamateriale vil øke betraktelig ved at dette verktøyet blir brukt hver gang besøk blir foretatt. Ved gjentakelsesbesøk – nyttig å kan få opp svar fra forrige besøk og øker kvaliteten på individuell oppfølging.</p>	<p>Det tror jeg også. Systemet som utvikles må tilrettelegges slik at det brukes av flere kommuner og at en da kan få svar på de samme spørsmålene – en jobber mot en standardisering som igjen kan fremme forskning. Pr. dags dato er det en stor suppe, veldig rotete med mange ulike skjema og ulike måter å gjøre besøkene på. Ressurspersoner henvises til frivillighetskoordinatorer. Vi ønsker å kartlegge tidlig demens, men hva gjør vi når vi har avdekket det? Vi er bundet av taushetsplikten. Fint hvis kartleggingsverktøyet kan håndtere henvisning og koordinering i forhold til opplysningene vi får.</p>

Vedlegg 12 – Etisk vurderingsskjema(FEK)

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder

Skjema for vurdering i Fakultetets etikkomité (FEK)

Tittel på prosjektet:

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk.

Navn på masterstudiet som studenten er tilknyttet:

Helse- og Sosialinformatikk. Fakultet for helse- og idrettsfag, Universitetet i Agder, Grimstad, Kull 2010.

Navn på masterstudent:

Janne M. Heddeland, Venke Nyhus og Najla Jabbar

Navn på veileder:

Førsteamanuensis Bjørg Dale, UiA

Presentasjon av prosjektet:

Utviklingssentrene for sykehjem – og hjemmetjenester i Agder har fått midler fra Helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt der formålet er å sette i gang med forebyggende hjemmebesøk blant eldre i Agder. I den forbindelse ønsker de også å få utarbeidet elektronisk kartleggingsverktøy for bruk ved de forebyggende hjemmebesøkene der Eldres ressurser og behov kan kartlegges på en strukturert måte. Som masterstudenter på Helse og sosialinformatikk-studiet er vi blitt forespurt om å utarbeide et forslag til et elektronisk kartleggingsverktøy.

På bakgrunn av dette har vi satt opp følgende foreløpige forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke temaer bør inkluderes i et skjema for å kartlegge Eldres ressurser?
- 2) Hvilke temaer blir av helsepersonell (brukere) kategorisert som viktige å ha med i et skjema som skal kartlegge Eldres ressurser?
- 3) Hvordan lage en kravspesifikasjon for et elektronisk kartleggingsverktøy basert på vårt kartleggingsskjema?

Metode:

Utviklingen av kartleggings skjemaet vil baseres på litteraturstudie og en analyse av eksisterende norske og danske kartleggings skjema.

For å validere og få tilbakemelding på det utarbeidede kartleggings skjemaet vil vi foreta intervju av 6 personer med minimum 3 års helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet. Vi vil forsøke å rekruttere personer med ulike utdanninger og yrkeserfaring; ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og vernepleier. Fokus i intervjuene vil være tilbakemelding på innhold og struktur i skjemaet. Vi vil bruke en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg), og innholdsanalyse vil bli brukt i behandling av data. Tilbakemeldingene vi får vil være grunnlaget for utarbeidelse av elektronisk kartleggingsverktøy.

Etikk***Ivaretagelse av hensyn til informantene:***

Det vil ikke bli nedtegnet informasjon som kan identifisere informantene. Svarene vil kun bli nedtegnet på papir og makulert senest 31. august 2013. Hvert intervju vil vare i maks 45 minutter. Under intervjuet må vi som forskere innta en nøytral rolle og for eksempel ikke gå i forsvar hvis det kommer kritiske tilbakemeldinger på kartleggings skjemaet. Vi anser imidlertid at studien innebærer få ulemper for informantene utover den tid de må avsette til intervjuet.

Frivillig informert samtykke:

Skriftlig informert samtykke innhentes i forkant av intervjuene, og det skal gis informasjon om formål, design, risiko og fordeler, frivillighet og mulighet for å trekke seg fra undersøkelsen (se vedlegg).

Sensitive opplysninger:

Intervjuene vil ikke bli tatt opp på bånd, men blir nedtegnet direkte skriftlig parallelt med at de gjennomføres. Identifiserbare opplysninger vil ikke bli registrert og det vil ikke være mulig å spore svarene tilbake til enkeltpersoner. Dette innebærer at studien ikke er meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

Nytte av prosjektet:

Ut i fra foreløpig litteraturstudie og analyse av skjema, kan det se ut som at det mangler et standardisert elektronisk kartleggings skjema i Norge. Ved å standardisere og utvikle dette skjemaet elektronisk, kan det føre til at informasjon blir samlet inn på en systematisk og strukturert måte. Dette kan gi et realistisk bilde av eldres helsestatus og evne til å klare seg hjemme. Videre vil det være mulig å utføre nasjonale studier innen forebygging og gjøre statistiske analyser på grunnlag av

data. Dette sikrer kvaliteten i de tjenestene som blir gitt og det vil kunne gi samfunnet en oversikt over hvilke tiltak som fungerer og hvor det er hensiktsmessig å sette inn ressurser. For den enkelte bruker kan det føre til at den eldre kan klare seg lengre i eget hjem siden det blir fokus på hva som må til for at dette er mulig.

Risikofaktorer ved gjennomføring av prosjektet:

Utover den tiden informantene må avsette til intervju, kan vi ikke se at prosjektet medfører noen risiko/ulempen for dem.

Informantenes rettigheter:

Det vil bli innhentet skriftlig informert samtykke-erklæring fra informantene før intervjuet, og her vil de bli informert om sine rettigheter (se vedlegg). Dette innebærer frivillig deltakelse, retten til å trekke seg når som helst underveis i prosjektet, behandling og sletting av data og vår ivaretagelse av taushetsplikt. Det opplyses også om at informasjon som blir gitt ikke blir brukt til andre formål enn beskrevet.

Informasjon om datalagring og sletting ved prosjektets slutt:

Rådata blir oppbevart på papir og blir makulert senest 31.08.13.

Andre etiske problemstillinger:

Vi kan ikke se at det er andre etiske problemstillinger knyttet til dette prosjektet.

Skjemaet er utarbeidet i samråd med veileder ...X...(må krysses av)

Prosjektet ble godkjent hos FEK høsten 2012.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk i Agder.

Bakgrunn og hensikt:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å utvikle og foreløpig validere et kartleggingsverktøy som er tenkt brukt i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre 78 +. Du er valgt som informant da du har erfaring med forebyggende hjemmebesøk til eldre. Denne undersøkelsen er en del av en masteroppgave innen Helse og sosialinformatikkstudiet ved UIA Grimstad.

Utdypende informasjon:

Utviklingssentrene for sykehjem – og hjemmetjenester i Agder har fått midler fra Helsedirektoratet til et utviklingsprosjekt der formålet er å utarbeide felles kartleggingsverktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk i Agder. Besøkene vil bli tilbudt det året en person fyller 78 år med tilbud om årlige gjentakelsesbesøk. Prosjektets fokusområder er aktivitet og mestring. Hensikten med hjemmebesøkene er å få bedre kunnskap om eldres subjektive helsetilstand og hva som er viktig i den enkeltes liv og hverdag. Dette er primærforebygging der tidlig intervensjon vil kunne begrense og utsette behov for omsorgstjenester på et høyere nivå. I utviklingsprosjektet er det ønskelig å bruke forebyggende hjemmebesøk i et forskningsprosjekt for å kartlegge eldres ressurser og behov på en strukturert måte. Det skal utvikles et elektronisk skjema som kan brukes til å kartlegge ressurser og helsetilstand hos eldre i Agder det året de fyller 78 år. Som masterstudenter på Helse og sosialinformatikk-studiet er vi blitt forespurt om å utarbeide et forslag til et elektronisk kartleggingsverktøy. I den forbindelse ønsker vi å validere kartleggingsskjemaet gjennom intervju.

Hva innebærer studien?

Det er foreløpig utarbeidet et manuelt kartleggingsskjema på grunnlag av litteraturstudie og en analyse av allerede eksisterende kartleggingsskjema i Norge og Danmark. Vi vil gjerne at du setter deg inn i dette kartleggingsskjemaet og ønsker deretter å intervju deg i forhold til skjemaets oppbygging, struktur og innhold. Vi er interessert i dine synspunkter på bakgrunn av din profesjonelle erfaring. Det er kun dine svar som blir notert ned på et ark. Ingen personlig data om deg vil bli nedtegnet. Intervjuet vil vare maksimalt 45 minutter.

Mulige fordeler og ulemper:

Ditt bidrag i denne studien kan føre til at vi får et så godt kartleggingsverktøy som mulig og bedre metoder for å innhente nyttig data om eldre til bruk i forebyggende arbeid med Eldres helse og livsmestring. Vi anser imidlertid at studien ikke innebærer ulemper eller risiko for deg utover den tid du må avsette til intervjuet.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Najla Jabbar tlf. 95849888, Venke Nyhus tlf. 93026623 og Janne M. Heddeland tlf. 99467034.

Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Bjørg Dale, UiA mailadresse: bjorg.dale@uia.no

Kriterier for deltakelse:

Informanten har erfaring minimum 3 årig helsefaglig utdanning fra høyskole eller universitet.

Undersøkelser den inkluderte må gjennom:

Hvis du velger å delta i studien, ønsker vi å få ditt skriftlige samtykke og telefonnummer eller mailadresse på siste side av dette dokumentet. Du blir så kontaktet for å avtale tidspunkt for intervju. Intervjuet vil vare i maks. 45 minutter.

Din rolle som informant er å svare på bakgrunn av din profesjonelle erfaring i arbeidslivet.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene vil etter planen bli gjennomført i januar måned 2013.

Personvern:

Det vil ikke bli registrert personlige og identifiserbare opplysninger om deg.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg:

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av informant, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

INTERVJUGUIDE

Vi vil først stille deg noen bakgrunnsspørsmål:

- Utdanning
- Yrke
 - Hvor lenge har du jobbet i dette yrket?

8) Hva synes du om strukturen og språket i kartleggingsverktøyet?

- a. Setningsoppbygging?
- b. Rekkefølgen på spørsmålene?
- c. Språket?

9) Hva synes du om utformingen av kartleggingsskjemaet?

- a. Størrelsen på skjemaet/antall spørsmål?
- b. Layout?

10) Dekker innholdet i kartleggingsskjemaet ditt informasjonsbehov?

- a. Er hovedområdene i kartleggingsverktøyet dekkende? Savner du et eller flere områder i skjemaet?
- b. Vi spør noen hovedspørsmål innen hvert hovedområde. Er det behov for å spørre mer inngående innen ett eller flere hovedområder, tenker vi å bruke aktuelle screeningsverktøy. Hva mener du om denne fremgangsmåten?
- c. Er spørsmålene enkle å forstå?
- d. Er det noen spørsmål du hadde ønsket var annerledes?
 - i. Spesifiser:
- e. Er det andre spørsmål du hadde ønsket var med i kartleggingsskjemaet?
 - i. Spesifiser:
- f. Noe som burde utelates/ikke relevant å spørre om?
 - i. Spesifiser:

11) Ser du for deg noen fordeler med å bruke dette verktøyet elektronisk?

12) Hva anser du som viktig å ta hensyn til når man lager et elektronisk kartleggingsverktøy:

a. Systemkvalitet:

i. Hvor tilgjengelig bør det være? Eks. PDA/iPad/bærbar PC

b. Tjenestekvalitet/It-støtte

13) Er det noe annet du ønsker å formidle som har betydning for kartleggings skjemaet og det elektroniske kartleggingsverktøyet?

14) Alt i alt hva synes du om dette kartleggings skjemaet?

Vedlegg 13 – Problemformuleringslogg

Dato	Problemformulering	Hypotese/ Forskningsspørsmål	Metode	Hvorfor ikke
17.09.12	Hvordan dokumentere kontinuerlig og systematisk oppfølging av friske eldre?		Kvalitativ	Vi skal ikke dokumentere, men lage et verktøy som avdekker ressurser
24.09.12	Hvordan utvikle et kartleggingsverktøy som avdekker ressursene hos friske hjemmeboende eldre?			Ikke det vi ønsker å ha fokus på
01.11.12	Utvikling og foreløpig validering av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk.			Vi validerer ikke
02.04.13	Kan et standardisert elektronisk kartleggingsverktøy bidra til bedre kvalitet på tjenesten forebyggende hjemmebesøk til eldre?			Ja nei spørsmål
04.04.13	Aspekter ved kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.			Hva er aspekter
04.04.13	Utvikling og kvalitetssikring av et kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.			
16.04.13	Utvikling av et kartleggings skjema og aspekter ved et elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.	Vi har delt studien inn i følgende forskningsspørsmål: Hvilke tema bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?		Vi velger å ta vekk forskningsspørsmål I nr 2 siden det sier det samme som nr 1.

		<p>Hvilke områder blir kategorisert som viktige å ha med i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?</p> <p>Hvilke tema bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?</p>		
22.04.13	Utvikling av et kartleggings skjema og aspekter ved et elektronisk kartleggingsverktøy til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre.	<p>Hvilke områder bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?</p> <p>Hvilke tema bør inkluderes i et kartleggings skjema til bruk i forebyggende hjemmebesøk til eldre?</p>		