

<i>Forfatter</i>	Synnøve Kløver Hansen
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
<i>Veileder</i>	Lars Bauger
<i>Innleveringsdato</i>	15.09.2021
<i>Oppgavens tittel</i>	Forebyggende hjemmebesøk til eldre som bor alene - En kvalitativ studie om eldre som bor alene og deres opplevelse av forebyggende hjemmebesøk.
<i>Antall ord</i>	16 401
<i>Søkeord</i>	1: Forebyggende hjemmebesøk, eldre, aleneboende, helsefremmende arbeid, mestring, salutogenese og empowerment 2: Preventive home visits, elderly, senior, living alone, health promotion, coping, salutogenesis and empowerment

Sammendrag

Introduksjon

I løpet av de neste tiårene vil vi få flere eldre. Flere eldre vil også bo alene. Forebyggende hjemmebesøk (FHB) er et tilbud til eldre i kommunen.

Tema og problemstilling

Studien skal undersøke om FHB kan bidra til økt mestring blant eldre som bor alene.

Hovedproblemstillingen er: Hvordan kan forebyggende hjemmebesøk bidra til at eldre som bor alene mestrer hverdagen? Hovedproblemstillingen belyses av tre underspørsmål:

- 1) Hvilke tanker har de eldre om mestringsevnen etter FHB?
- 2) På hvilken måte kan FHB bidra til økt refleksjon rundt egenopplevd helse?
- 3) Hvilken erfaring sitter de eldre igjen med etter FHB?

Teorigrunnlaget

Teorigrunnlaget i studien bygger på sentrale teorier og begreper i helsefremmende arbeid.

Dette inkluderer empowerment, settingsteori og salutogenese-teorien. I tillegg står helsefremmende disipliner som health education og health literacy sentralt i studien.

Metode og data

Studien bygger på kvalitative data. Det ble gjennomført 5 individuelle dybdeintervju med 5 eldre som hadde hatt besøk av FHB. Fire kvinner og en mann ble intervjuet. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.

Hovedfunn

Funnene handler om informasjonen de fikk fra FHB og hvordan de tok informasjonen i bruk. Videre kom det frem at de eldre fikk en økt bevissthet rundt egen helse. De eldre satte pris på at kommunen stilte opp for dem og at de fikk en følelse av å ha en plass i samfunnet.

Hjemme situasjonen fremsto som viktig da de fikk et nytt perspektiv på det og de startet å tenke/gjøre forebyggende forbedringer. Noen tok bort gulvtepper, satt dusjstol i dusjen og samtidig så på andre løsninger for å forbedre hjemmesituasjonen. Informantene trakk frem det sosiale livet som betydningsfullt.

Abstract

Introduction

Over the course of the next decades, we will have more seniors. More seniors will also live alone. Preventive home visits (PHV) are an offer for the seniors in the municipality.

Theme and Thesis

This study will investigate whether PHV can contribute to increased coping for the seniors who live alone. The main question is: How can preventive home visits assist seniors who lives alone coping their everyday life? The main question is illustrated by three sub-questions:

- 1) What are the seniors's thoughts about the ability to cope after PHV?
- 2) In what way can PHV contribute to increased reflection on self-perceived health?
- 3) What experience do the seniors have after PHV?

Theoretical basis

The theoretical basis of the study is based on key theories and concepts in health-promoting. This includes empowerment, setting theory and salutogenesis theory. In addition, health-promoting disciplines such as health education and health literacy are central to the study.

Method and Data

The study is based on qualitative data. Five in-depth individual interviews were made with 5 seniors who had been visited by PHV. Four women and a man were interviewed. The interviews were recorded on audio tape and transcribed.

Main findings

The findings are about the information they got from PHV and how they used the information. Furthermore, it was found that the seniors had gained an increased awareness of their own health. The seniors appreciated that the municipality stood up for them and that they got a feeling of having a place in society. The home situation appeared to be important when they got a new perspective on it, and they started to think and make preventive improvements. Some had carpets removed, others had chairs installed in the showers, while at the same time

looking at other solutions to improve the home situation. The informants highlighted the social life as significant.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	3
Forord	7
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for studien	8
1.2 Forebyggende hjemmebesøk i Norge	9
1.3 Studiens hensikt	10
1.5 Problemstilling	11
1.5.1 Underspørsmål	11
1.6 Begrepsavklaring	11
2.0 Teori og kunnskapsstatus	12
2.1 Kunnskapsstatus	12
2.1.1 <i>Forebyggende hjemmebesøk</i>	13
2.1.2 <i>Eldre som bor alene i sammenheng med FHB</i>	14
2.2 Teoretisk rammeverk	15
2.2.1 <i>Helsefremmende disipliner, helsekompetanse, empowerment og setting tilnærmingen</i>	15
2.2.2 <i>Salutogenese og motstandsressurser</i>	17
3.0 Metode	20
3.1 Bakgrunn for valg av metode	20
3.1.1 <i>Forforståelse</i>	20
3.2 Innsamling av data	21
3.2.1 <i>Individuelle intervju</i>	21
3.2.2 <i>Intervjuguide</i>	21
3.2.3 <i>Rekruttering</i>	22
3.2.4 <i>Utvalget</i>	23
3.2.5 <i>Praktiske gjennomføringen av intervju</i>	24
3.3 Transkribering	25
3.4 Analyse	26
3.5 Studiens pålitelighet og gyldighet	30
3.6 Etske overveielser	31
3.6.1 <i>Covid-19 og etiske dilemmaer</i>	31
3.7 Metodekritikk	32
4.0 Presentasjon av funn	33

4.1 Informasjonen de fikk, og bruken av den	33
4.1.1 Informasjon	33
4.2 Refleksjoner, og økt bevissthet rundt eget liv	35
4.2.1 Økt bevissthet rundt egen situasjon og helse	35
4.2.2 Å ta en dag om gangen	36
4.3 Trygghet i hverdagen	37
4.3.1 Kommunen stiller opp for dem	37
4.3.2 Å føle seg sett og ha en plass i samfunnet	38
4.4 Å skape et funksjonelt hjem etter den eldre's behov	38
4.4.1 Tilrettelegging av hjemmet	38
4.5 Sosial støtte	39
4.5.1 Å bo alene	39
4.5.2 Det sosiale livet til de eldre	40
5.0 Diskusjon	41
5.1 Informasjon og kunnskap til de eldre	42
5.2 Hva fører kunnskapen fra FHB til for de eldre?	44
5.3 Hjemmet som arena for mestring	46
5.4 Meningsfull hverdag når en bor alene	48
6.0 Avslutning	50
6.1 Konklusjon	50
6.2 Videre forskning på området	52
Litteraturliste	53

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: informasjonsskriv til informantene

Vedlegg 3: Infobrev

Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)

Forord

Etter seks år som student ved USN er jeg endelig ved veis ende. Det har vært noen krevende, inspirerende og interessante år som masterstudent.

Nå er jeg endelig i mål og har en ferdigskrevet masteroppgave foran meg. Det er en prosess som ikke har gått av seg selv, men som har krevd mye jobbing. Det er flere jeg ønsker å takke for at de har hjulpet meg på veien.

Takk til faglærerne ved studiet. Takk for at dere er så engasjerende og inspirerende å høre på.

Takk til min veileder, Lars. Takk for at du har gitt gode konstruktive tilbakemeldinger og takk for at du har gitt positiv feedback som har gitt meg motivasjon til å fortsette.

Takk til dere som hjalp med å innhente informanter, og en stor takk til informantene som sa seg villige til å bli med i denne studien.

Takk til min mann, Anders. Du har støttet meg i alle disse årene. Du har pushet meg til å ikke gi opp, når det er det jeg har hatt mest lyst til.

Takk til familie, venner og kollegaer som har vist sin interesse og støtte.

Til slutt en takk til min svoger Jan Ove og min bror Tormod for at dere sjekket oppgaven for skrivefeil. Og til slutt en stor takk til min far som jeg har brukt flere timer sammen med for å se på setningsoppbygging og språk i oppgaven.

TUSEN TAKK!

Randaberg, 2021.
Synnøve Klüver Hansen

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for studien

I 1986 fant den første internasjonale konferansen for helsefremmende arbeid sted i Ottawa i Canada (Mæland, 2010 s. 73). Under konferansen ble World Health Organization (1986) sitt Ottawa Charter utviklet og dette charteret kan ses på som en slags «grunnlov» for helsefremmende arbeid (Mæland, 2010 s. 72). WHO (1986) sier at helsefremmende arbeid er den prosessen som setter folk i stand til å få bedre kontroll over det som påvirker egen helse. WHO (1986) viser til at helsefremmende arbeid har en klar sammenheng med politikk. Målet med helsefremming er å bygge opp en sunn helsepolitikk, skape støttende miljøer og styrke de lokale miljøene som er rundt oss (Rannestad & Haugan, 2018 s. 15). Ved også å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker skal en kunne utvikle individers helsefremmende ferdigheter (Rannestad & Haugen, 2018 s. 15). Samtidig som helsefremmende ideologier er blitt mer fremtredende de siste tiårene står vi også ovenfor en utfordring i forhold til økningen av antall eldre i Norge.

I løpet av de neste tiårene vil den demografiske sammensetningen i Norge endre seg betydelig. Vi vil få flere eldre, en høyere andel av eldre i befolkningen og det vil bli flere av de eldste eldre (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018). Dette vil føre til økt trykk på eldreomsorgen, som sykehjem og hjemmetjeneste da flere eldre vil ha behov for hjelp og tjenester fra kommunen. I takt med at det blir flere eldre også i løpet av de neste årene, vil det også kunne bli flere eldre som bor alene. Og ifølge Statistisk Sentralbyrå (SSB) (2019) bor 1 av 3 eldre alene nå. Andelen eldre som bor alene øker i takt med alderen. SSB (2019) viser videre at halvparten av de over 80 år bor alene i privat husholdning. Eldre som bor alene kan være utsatt for økt ensomhet og sosial isolasjon (Birkeland, 2013). Videre nevner Birkeland (2013) at jo eldre man blir, jo større er frafallet av ektefelle, venner og søsken. Også World Health Organization (2015) påpeker at det de seneste årene har vært en dramatisk økning i eldre som bor alene i Europa. Mer enn 40 % av kvinner over 65 år lever nå alene (WHO, 2015). Ved at det blir flere eldre og flere som vil trenge tjenester fra kommunen, er det å satse på helsefremmende og forebyggende tiltak essensielt for at de eldre skal kunne få tilbud om de tjenestene de har behov for.

Med en større andel av befolkningen som blir eldre er det også viktig å påpeke at dette ikke er en enhetlig gruppe, men en gruppe med stor variasjon i ønsker og behov. Dette er også en viktig grunn til at ett av de viktigste spørsmålene i kvalitetsreformen «Leve hele livet» (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018) er hva er viktig for deg?. Reformen har som målsetting at eldre skal føle seg sett og verdsatt, å føle seg involvert i beslutninger som angår dem. Videre skal reformen sikre at eldre får muligheten til å leve hjemme så lenge som mulig og få støtte til å mestre hverdagen. Samtidig er det viktig at de er trygge på at de også skal få hjelp når de trenger det (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018). «Leve hele livet» reformen har flere forslag til tjenester som kommunene bør ta i bruk. En av de tjenestene er forebyggende hjemmebesøk (heretter forkortet med FHB) til eldre (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018).

FHB er en del av «Leve hele livet» reformen og skal bidra til at flere eldre får mulighet til å leve et selvstendig og aktivt liv også når helsen blir redusert. FHB skal også fremme helse og mestring, samt å styrke de Eldres ressurser og gi de gode og trygge helse- og omsorgstjenester (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018). Ikke alle kommuner har startet opp med FHB, derfor har regjeringen via regjeringsplattformen (2017-2021) stimulert til at flere kommuner starter opp med FHB (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018). Videre i oppgaven vil FHB bli presentert mer i detalj og bli beskrevet hvordan FHB har utartet seg i Norge de seneste årene.

1.2 Forebyggende hjemmebesøk i Norge

Flere av kommunene som har startet opp med FHB mener at de har mer en helsefremmende profil, enn fokus på sykdomsforebygging. Derfor har flere kommuner valgt å kalle det for helsefremmende hjemmebesøk istedenfor forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2017). Innholdet i hjemmebesøkene varierer fra kommune til kommune. Felles mål for de ulike modellene er å bidra til god helse og mestring. Det er en del likhetstrekk med de ulike besøkene i kommunene. Skumsnes, Teigen, Alvsvåg og Førland (2015) skiller mellom fire modeller for hva samtalen bør inneholde;

- 1) *Samtale for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov* - Det legges vekt på forebygging av sykdom, risikofaktorer og sykdom. Bygger på en biomedisinsk sykdomsmodell.

- 2) *Samtale for å forebygge skader og ulykker* – Det legges vekt på forebygging av hjemmeulykker, som for eksempel fall og brann.
- 3) *Samtale for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester* – Det legges vekt på råd om kosthold, fysisk aktivitet og sosialt nettverk, og informasjon om tjenester/tilbud fra kommunen.
- 4) *Forebyggende besøk for å ha en ressursfokusert samtale* - Det legges vekt på den eldre ressurser og mestringspotensial. Modellen er inspirert av teori om salutogenese.

Modellene i FHB har gjennom årene utviklet seg fra å være sykdomsfokuserte, til å ha større vekt på helsefremmende perspektiver (Skumsnes, et.al, 2015). Kommunene kan ha fokus på en modell, eller velge å ha innslag av flere modeller samtidig (Skumsnes, et al., 2015).

Hvis vi ser på våre to naboland Sverige og Danmark, har de benyttet seg av FHB lengre enn Norge. I Danmark har FHB vært lovpliktig siden 1996 og ifølge Førland, Skumsnes, Teigen, og Folkestad (2015) har Norge en lang vei å gå for at FHB skal bli en normal tjeneste i alle norske kommuner. Norge har i de senere år fått flere og flere kommuner til å starte opp med FHB til eldre. Tilbudet om FHB er ikke lovpliktig for kommunene i Norge, men i 2016 sendte myndighetene ut et rundskriv og veileder for å stimulere til at det skulle bli tatt mer i bruk i kommunene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Stavanger kommune er et eksempel på en kommune som har hatt FHB som en del av sitt satsningsområde siden 2010 (Rostøl, 2012). Målsettingen med besøkene i kommunen er at alle eldre skal føle seg trygge, opprettholde god helse, og få muligheten til å bo hjemme lengst mulig (Rostøl, 2012). Tilbudet om besøk og samtale blir gitt til alle det året de fyller 80 år, som ikke har noe tilbud fra kommunen fra før. Tilbudet blir også gitt til eldre med innvandringsbakgrunn det året de fyller 75 år (Rostøl, 2012).

1.3 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å generere ny kunnskap om hvordan eldre som bor alene bedre kan mestre hverdagen etter at de har hatt FHB. Studien kan bidra til kunnskap om hvordan de opplever besøket slik at tjenesten kan bli forbedret og mer tilpasset den enkelte eldre forutsetninger og behov.

1.5 Problemstilling

På bakgrunn av funn i forskning om FHB, samt egen interesse, har studien fått følgende problemstilling:

Hvordan kan forebyggende hjemmebesøk bidra til at eldre som bor alene mestrer hverdagen hjemme?

1.5.1 Underspørsmål

Videre er det formulert noen underspørsmål, som sammen skal gi svaret på hovedproblemstillingen i studien. Disse er:

- 1) *Hvilke tanker har de eldre om mestringsevnen etter FHB?*
- 2) *På hvilken måte kan FHB bidra til økt refleksjon rundt egenopplevd helse?*
- 3) *Hvilken erfaring sitter de eldre igjen med etter FHB?*

1.6 Begrepsavklaring

Ifølge Verdens Helseorganisasjon er eldre definert som mennesker mellom 60 og 74 år, mens mennesker over 75 år er definert som gamle (Myrstad, 2015). I denne oppgaven er ordet «eldre» brukt for de som er rundt 80 år.

Mestring dreier seg ofte om hvordan mennesker møter ulike utfordringer i belastende livssituasjoner. Hvordan en mestrer hverdagslige utfordringer kan ha sammenheng med menneskets indre ressurser og enkeltindividets handling for å kontrollere både ytre og indre krav i hverdagen (S. Drageset, 2018 s. 85).

Helse har både subjektive aspekter og fysiske aspekter (Nes, Hansen & Barstad, 2018) Subjektive aspekter på helse handler om den egenopplevde helsen. I denne studien handler egenopplevd helse om hvilke subjektive opplevelser og erfaringer de eldre har med sin egen helse.

2.0 Teori og kunnskapsstatus

I dette kapitlet vil jeg ta for meg tidligere kunnskap og forskning som er funnet på feltet FHB til eldre som bor alene. Først vil jeg gjøre rede for søkeprosessen, før jeg går igjennom den forskningen som ble funnet på området. Videre vil jeg presentere de ulike teoriene som ligger til grunn for denne studien. Helsefremmende arbeid er fremtredende i denne oppgaven og vil bli presentert litt mer i dybden med noen ulike helsefremmende disipliner i fokus. Empowerment-teorien og empowerment-modellen vil også stå sentralt i teoridelen sammen med settingsteori. Til slutt vil jeg presentere salutogenese-teorien sammen med motstandsressurser og sosial støtte. Dette vil sammen danne grunnlag for teori forankringen i denne studien.

2.1 Kunnskapsstatus

I dette underkapitlet vil jeg presentere forskning på FHB og aktuell forskning funnet på eldre som bor alene i sammenheng med FHB. Først vil jeg presentere søkeprosessen for å finne aktuell litteratur. I søkeprosessen startet jeg først med å gjøre åpne søk i oria og google scholar. Dette for å få en oversikt over hvor mye forskning det er innen området forebyggende hjemmebesøk til eldre. Etter dette gikk jeg mer over til mer spesifikke søk, og brukte PubMed, Chinahl, Medline og Embase som databaser. Mye av søkeordene jeg brukte var: 1: Preventive home visits, home visits og home care. 2: Elderly, aged, older og senior. 3: Living alone, single living og single person home. 4: Cope, coping.

Jeg har holdt meg mest mulig til forskning som ikke er eldre enn 10 år. Dette fordi jeg ønsker mest mulig nyere forskning da FHB stadig er i utvikling. Jeg har også valgt å ta med mest forskning fra de nordiske landene, samt også en del fra Norge. Dette fordi de nordiske modellene for FHB har en annen profil enn dem som er med i den internasjonale forskningen i land utenfor norden (Førland & Skumsnes, 2017).

2.1.1 Forebyggende hjemmebesøk

Mange av artiklene som ble funnet ser på effekter av FHB. Skumsnes (2013) så blant annet på egenopplevd helse og livskvalitet i sammenheng med FHB i 7 ulike studier. I sin oppsummeringsstudie fant Skumsnes (2013) ut at to av de inkluderte studiene viste signifikant positiv effekt hos de eldre på egenopplevd helse og livskvalitet etter et FHB. Felles for disse to studiene var at hjemmebesøkene ble utført av tverrfaglig helsepersonell, med spesialkompetanse i forebyggende helsearbeid (Skumsnes, 2013). De andre studiene viste lite, eller ingen, effekt av FHB. Ingen av studiene viste negativ effekt av FHB (Skumsnes, 2013).

Med FHB som et stadig utviklende konsept, gjorde Førland og Skumsnes (2017) en oppdatert oppsummering av kunnskap på FHB, hvor de så på ulike studier med effekt av FHB, samt studier med de Eldres erfaringer med besøket. Ifølge Førland og Skumsnes (2017) er det noen utfordringer med å måle en enhetlig effekt av FHB, da FHB kan ha ganske ulikt innhold, samt at det er ulike helseaktører (for eksempel hjemmetjenesten eller fysio-ergoterapi tjenesten) som utfører besøkene.

I tillegg til effektstudier er det også funnet en del kvalitative artikler som ser på de Eldres opplevelse av FHB. Et eksempel på dette er Sjøbø, Teigen, Alvsvåg, og Førland (2016) som tok for seg hvilken betydning FHB hadde for de eldre i kommunen. De fant at de eldre hadde positive erfaringer med besøkene på tross av at noen av de eldre ikke så behovet for besøket. Besøket ble videre erfart som nyttig og at det var en trygghet å få kontakt med kommunen (Sjøbø et al., 2016). Behm, Ivanoff, og Zidnn (2013) undersøkte og Eldres erfaringer med besøk, samt hvilke konsekvenser det har hatt på helsen deres. De intervjuet 13 eldre mellom 80 og 92 år. Det viste seg i studien at et strukturert FHB kunne bidra til økt selvtillit og økt kontroll over egen situasjon. For noen av informantene var FHB uten verdi. De så ikke nytteverdien av besøket. En forklaring på dette kan være at det er utfordrende for helsepersonell å motivere allerede sunne og uavhengige eldre til å delta på helsefremmende aktiviteter i dagliglivet (Behm et al., 2013). Tøien, Heggland og Fagerström (2014) utforsket hvordan de eldre forstår formålet og viktigheten av FHB. I studien kom det frem at mange av de eldre hadde vanskeligheter med å forstå konseptet og formålet med besøket. Det må derfor

tydeliggjøres i forhåndsinformasjonen, hva som menes med å forebygge sykdom, fremme helse og det å kunne bo hjemme lengst mulig (Tøien et al., 2014).

I forskningen til Bogsti, Sveen, Sogstad og Nordbye (2020) så de på hvordan FHB var organisert og hva de ulike kommunene la vekt på når de skulle ha forebyggende hjemmebesøk med de eldre i kommunen. Gjennom intervju av de ulike aktørene i hver kommune så de at ulik organisering gir ulike tilbud til de eldre. Noen av kommunene organiserer det gjennom hjemmetjenesten, mens andre bruker frisklivssentral eller fysio-ergo terapi-tjenesten. Ifølge Bogsti et al. (2020) har det noe å si hvem som organiserer tjenesten, da det har vist seg at hjemmetjenesten har mest fokus på å forebygge sykdom, mens fysio-ergo har mer fokus på helsefremmende tiltak. Både det å forebygge sykdom og iverksette helsefremmende tiltak, er viktig å ha med i FHB (Bogsti et al., 2020).

2.1.2 Eldre som bor alene i sammenheng med FHB

Tøien, Bjørk, og Fagerström (2017) undersøkte Eldres oppfatning av fordelene og tilfredshet med FHB. I studien kom det frem at de som bor alene så på FHB tilbudet som mindre viktig enn de som ikke bodde alene. Med bakgrunn i dette argumenterer Tøien et al. (2017) for at FHB tilbudet kan ha behov for å forbedres eller tilpasses slik at det også treffer de som bor alene i større grad. På grunn av metodiske begrensninger til studien, er det viktig å påpeke at det er noen usikkerheter rundt hvor representativt denne opplevelsen blant eldre enslige er. Det er derfor behov for flere studier omkring dette (Tøien et al., 2017).

Skovdahl, Blindheim og Alnes (2015) utførte i sin studie intervjuer med eldre og fagpersonalet sine erfaringer med FHB. Studien viser at FHB kan skape en større grad av trygghet for friske eldre, og at besøket kan styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på egen helse. Det er av stor betydning at de som gjennomfører besøkene har spesialkompetanse i kunnskap om aldring og alders utfordringer, samt en evne til å styrke den eldre sin tro på egen mestring (Skovdahl et al., 2015). Videre blir det også beskrevet at det er viktig å nå et bredere mangfold av eldre, og da spesielt eldre med sosiale og helsemessige utfordringer, som for eksempel eldre som bor alene og er ensomme (Skovdahl et al., 2015).

Også Vik (2015) påpeker at FHB bidrar til økt trygghet i hverdagen til å håndtere de utfordringene som de eldre står overfor.

Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, og Riis (2007) sier noe om at de eldre som bor alene, og gjerne har et lite nettverk rundt seg, får en følelse av at de ikke er «glemt». FHB gir en også muligheten til å komme i kontakt med den gruppen av eldre som gjerne ikke er så enkle å komme i kontakt med. Dette kan være eldre som bor alene og som holder seg mest mulig for seg selv (Vass et al., 2007).

2.2 Teoretisk rammeverk

2.2.1 Helsefremmende disipliner, helsekompetanse, empowerment og setting tilnærmingen

Helsefremmende arbeid som er beskrevet i innledningen står sentralt i denne studien. FHB er som tidligere nevnt forankret i «Leve hele livet», en reform som er formet av politikk. FHB tar også sikte på å gi råd og kunnskap til de eldre igjennom hjemmebesøkene (Skumsnes, et al., 2015). Helsefremmende arbeid fordeler seg over flere disipliner som er aktuelle for FHB. Blant annet står «Health education» frem som en primær disiplin innenfor fagfeltet helsefremmende arbeid (Weare, 2002 s. 103). «Health education» står i en viktig posisjon for helsefremmende arbeid og videre er den sentral i en empowerment tilnærming til helsefremmende arbeid (Weare, 2002 s.103). Økt kunnskap kan videre føre til økt individuell mestring noe som vil bli beskrevet mer lengre nede i avsnittet. Også «Healthy public policy» blir beskrevet som en disiplin i helsefremmende arbeid, men som en sekundær disiplin (Bunton, 2002 s.130). «Healthy public policy» er preget av et fokus på helse og rettferdighet under alle politikkområdene og har et ansvar for helsepåvirkning til befolkningen (Bunton, 2002 s. 130). «Health education» og «Healthy public policy» er begge to helsefremmende disipliner som kan være aktuelle i FHB, men også «Health literacy» er relevant å ta med i denne studien.

«Health literacy» (videre valgt å beskrive som helsekompetanse) er også relevant å inkludere i denne studien. Dette fordi FHB skal videreføre kunnskap til de eldre, men det er her også viktig å inkludere den forståelsen de eldre får ut av informasjonen. Begrepet helsekompetanse brukes for å belyse problemet med at mange kan ha utfordringer med å forstå og anvende

muntlig og skriftlig informasjon som de får fra helsetjenesten eller andre aktører (Pettersen & Jenum, 2014). FHB handler mye om å gi informasjon ut til de eldre. Det blir dermed viktig for besøket at informasjonen blir forstått og anvendt på riktig måte. Helsekompetanse blir beskrevet av Helse og- omsorgsdepartementet (2019) som personers evne til å forstå, håndtere og anvende helseinformasjon for videre å kunne treffe beslutninger relatert til egen helse.

Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska og Brand (2012) har utviklet en modell for å beskrive helsekompetanse på flere nivåer. To av nivåene er sykdomsforebygging og helsefremming. Videre blir det beskrevet fire ulike helsekompetanser for å kunne mestre sykdomsforebygging og helsefremming. De fire nivåene som blir beskrevet er finne, forstå, vurdere og bruke. Innenfor nivået sykdomsforebygging handler det om å få tilgang til informasjon om risikofaktorer for helse og evnen til å forstå denne informasjonen. Videre også evnen til å tolke og vurdere informasjonen for så til sist få evne til å ta informerte beslutninger når det angår risikofaktorer for egen helse (Sørensen et al., 2012). Nivået om helsefremming handler om å evne å oppdatere seg på hva som er helsedeterminanter i sitt fysiske og sosiale miljø, samt evne til å forstå informasjonen og determinantens betydning for miljøet. Videre handler det om evnen til å tolke og vurdere informasjonen om determinantene og evne til å ta informerte beslutninger angående det som påvirker egen helsen (Sørensen et al., 2012). En annen teori som er viktig å trekke frem, og som en kan se i sammenheng med helsekompetanse, er empowerment begrepet og empowerment modell for helsefremming. Ifølge Finbråten (2018 s. 99) kan man se en sammenheng mellom helsekompetanse og empowerment. Dette ved at man, gjennom kunnskapen man tilegner seg, vil kunne bruke helsekompetanse som et verktøy for å oppnå større kontroll over faktorer som påvirker egen helse (Finbråten, 2018 s.99). Dette kan videre gjenkjennes i empowerment begrepet som videre vil bli presentert i neste avsnitt.

Empowerment er et velkjent begrep innenfor helsefremmende arbeid. WHO (1998) beskriver empowerment som en prosess som gir oss større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker egen helse. Førland & Skumsnes (2017) trekker frem at kunnskap om empowerment og mestringsstrategier blant de som arbeider med FHB, er viktig for å videreføre kunnskap til de eldre. Green, Tones, Cross & Wodall (2015 s. 44) skriver om en empowerment-modell for helsefremming. I kjernen av denne modellen står samspillet mellom kunnskap og politikk i

sentrum. Økt kunnskap kan føre til styrket individuelle evner til å utføre helserelaterte handlinger, samtidig som også det kan påvirke etableringen av helsefremmende politikk. Modellen viser til sammenhengen mellom styrket kunnskap og evnen til å sette i gang handlinger som påvirker til positiv helse (Green, et al., 2015 s. 44). FHB møter de eldre i hjemmene deres for å videreføre kunnskap. Videre i oppgaven skal vi nå se på hjemmet som setting for mestring og helsefremming.

FHB møter de eldre i hjemmene deres og har blant annet fokus på å forebygge hjemmeulykker (Skumsnes et al., 2015). Hjemmet som setting i denne konteksten er derfor aktuelt å ta med. Settings tilnærmingen er blitt nærmere beskrevet i Ottawa Charteret (WHO, 1986). Der heter det at helse blir skapt i hverdagen der vi lærer, jobber, leker og elsker (WHO, 1986). Helse skapes ikke bare i helsesektoren, men også utenfor helsesektoren (Green, et al., 2015 s. 453). For eksempel kan hjemmet ses på som en helsefremmende setting (Mahler, Sarvimäki, Clancy, Stenbock-Hult, Simonsen, Liveng, Zidén, Johannessen & Hörder., 2014). For at de eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig spiller hjemmet en viktig rolle for å understøtte de eldre i å kunne mestre og håndtere hverdagen på en god måte. Videre kan det diskuteres om hjemmet kan anerkjennes som en helsefremmende setting eller ikke (Mahler et al., 2014).

2.2.2 Salutogenese og motstandsressurser

Som tidligere nevnt i innledningen er blant annet FHB basert på at en skal ha en ressursbasert samtale med de eldre for at de skal blir bedre rustet til å mestre hverdagen hjemme (Skumsnes, et al., 2015). Innunder her kan en trekke inn de eldres evne til å forstå, håndtere og finne mening i møte med livets utfordringer når en blir eldre og bor alene. Dette bygger på en salutogen tilnærming som videre skal redegjøres for i neste avsnitt.

Salutogenese er en teori som ble utviklet av Aron Antonovsky mot slutten av 1970-tallet. Han stilte først det kjente spørsmålet «Hva er det som gir god helse?» (Lindström & Eriksson, 2015 s. 14). Salutogenese defineres som den bevegelsen som skjer på kontinuumet mellom helse og uhelse (Lindström & Eriksson, 2015 s. 20). I motsetning til patogenesen, som har mer sykdomsfokus hvor en enten er syk eller frisk, så fokuserer salutogenese mer på helse og

uhelse og hvor en befinner seg mellom disse på kontinuumet (Lindström & Eriksson, 2015 s. 20). Opplevelse av sammenheng (OAS) er nøkkelbegrepet i salutogenese-teorien, og inneholder de tre dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Lindström & Eriksson, 2015 s. 28). Begripelighet går ut på at ytre og indre stimuli er forståelige, strukturerte og forutsigbare. Håndterbarhet går ut på at man har ressurser nok til å håndtere hverdagen og de kravene som stilles til oss. Meningsfullhet, som anses som den viktigste komponenten av de tre, handler om at de utfordringene vi står overfor føles meningsfulle og er verd å engasjere seg i (Lindström & Eriksson, 2015 s. 28).

Forskning med eldre viser til at en sterk OAS er relatert til en god opplevd helse og livskvalitet (Koelen, M., Eriksson, M. & Cattan, M. (2017 s. 139). Salutogen forskning med eldre viser at de opplever meningsfullhet, men at balansen mellom opplevd kapasitet og utfordringer ved å bli eldre er viktig (Koelen et al., 2017 s.140). Videre blir OAS beskrevet som en mestringsressurs som gjør mennesket i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse forskjellige problemer eller håndtere hendelser en blir stilt ovenfor i livet (Lindström & Eriksson, 2015 s. 29). Dette med mestringsressurser er noe som vil bli beskrevet videre i oppgaven.

Aaron Antonovsky (1979) beskriver generelle motstandsressurser som en mestringsressurs til å håndtere spenninger som vi mennesker utsettes for igjennom omgivelsene vi lever i. I denne studien blir det sett på hvordan de eldre bedre kan mestre hverdagen etter FHB. Her kan en trekke inn mestringsressurser som en viktig del av det, siden FHB har fokus på bruken av ressurser hos de eldre (Skumsnes, et al, 2015). Uansett hvor en befinner seg på helse-uhelse kontinuumet handler det om motstandsressursene er tilgjengelige for å enten bevege seg mot helseenden eller bli værende stabil på kontinuumet (Antonovsky, 1979). Eksempler på generelle motstandsressurser er blant annet sosial støtte, kultur, religion og verdier (Antonovsky (1979). En eldre person, som for eksempel har nær familie og gode venner å støtte seg på, kan bruke dette som en generell motstandsressurs for å styrke seg på helse kontinuumet. Generelle motstandsressurser må kunne brukes på en slik måte at det gir helsen noe positivt, poenget er ikke bare å ha de tilgjengelig (Lindström & Eriksson, 2015 s. 30). Antonovsky (2012 s. 50) sier at generelle motstandsressurser bidrar til å skape livsopplevelser

som videre er med på å skape og bevare en sterk opplevelse av sammenheng (OAS) hos oss mennesker.

I tillegg til generelle motstandsressurser har vi også spesielle motstandsressurser. FHB kan være en spesiell motstandsressurs fordi det indirekte påvirker eller støtter opp under de generelle motstandsressursene. Spesielle motstandsressurser er mer situasjonsbetinget da de blir mer brukt under spesielle situasjoner (Mittelmark, Bull, Daniel & Urke, 2017 s. 71). For eksempel kan sykehuset og dens funksjoner ses på som en spesiell motstandsressurs. I motsetning til generelle motstandsressurser, som er tilgjengelige hele livet, er spesielle motstandsressurser der når vi trenger dem eller når vi plukker dem opp (Mittelmark et al, 2017 s. 71). Tilgjengeligheten av informasjonen som FHB gir de eldre tilgang til, kan ses på som en spesiell motstandsressurs som de eldre kan bruke i hverdagen.

Sosial støtte er et eksempel på en generell motstandsressurs (Antonovsky, 1979). Denne studien har fokus på eldre som bor alene og FHB. Det er derfor interessant å utforske sosial støtte i denne sammenheng da eldre som bor alene er mer utsatt for ensomhet og sosial isolasjon (Birkeland, 2013). Sosial støtte kan ses på som et salutogent begrep (J. Drageset, 2018 s. 76). Sosial støtte fra vårt sosiale nettverk rundt oss kan ha betydning for helsen vår. Ensomhet kan ses på som det motsatte av god sosial støtte (J. Drageset, 2018 s. 76). Den helsefremmende faktoren i sosial støtte inkluderer emosjonell støtte, tilhørighet til et sosial fellesskap, å bli verdsatt, praktisk hjelp, informasjon og veiledning. Sosial støtte forekommer innenfor et sosial nettverk og kan bidra til økt helse og velvære (J. Drageset, 2018 s. 77). Sosial støtte kan også bidra til å fremme mestring ved at mennesket mottar ressurser i form av konkret hjelp, emosjonell støtte, hjelp til å finne løsninger og hjelp til å endre måten å mestre på (J. Drageset, 2018 s. 78). I følge Koelene et al., (2017 s. 138) er tilgjengeligheten av sosiale kontakter og sosial evne viktig for å opprettholde en sunn aldring og å kunne forhindre ensomhet blant eldre.

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Forskningsdesignet i studien er basert på kvalitativ metode. I kvalitativ metode er en opptatt av å forstå eller beskrive hvordan vi mennesker oppfatter verden (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016 s. 78). Kvalitativ metode kan bli brukt til å utforske menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2017 s. 31). Metoden bygger ofte på fenomenologisk og hermeneutisk filosofi. I fenomenologisk metode ønsker forskeren å få innsikt og forståelse av folks livsverden (Johannesen et.al, 2016 s. 171). Fenomenologien setter sitt preg på studien ved at en skal forsøke å få informantene til å sette ord på hvordan de forstår sin verden innenfor et gitt fenomen (Tjora, 2017 s. 27). Ut fra valgt problemstilling, der jeg har undersøkt de eldres opplevelser og erfaringer rundt egen mestring og FHB, var kvalitativ metode et naturlig valg for denne studien.

3.1.1 Forforståelse

Forforståelsen handler om den bagasjen vi som forskere tar med oss inn i studien. I beste fall kan denne bagasjen gi næring og styrke til studien, men i verste fall kan det bli en tung bagasje å ta med seg (Malterud, 2017 s. 44). Gadamer beskriver forforståelsen som betydningen av de individuelle og historiske forutsetningene og erfaringer som vi mennesker tar med oss som bevisste og ubevisste deler av tolkningen vår (Gadamer, 2004., sitert i Malterud, 2017 s.44). Forforståelsen består av erfaringer, hypoteser og faglig perspektiv som blir tatt med inn i studien. Jeg er utdannet sykepleier med 10 års erfaring fra eldreomsorgen. Jeg har opparbeidet meg mye kunnskap om eldre og jeg finner stor motivasjon og glede ved å kunne arbeide med eldre. Min forforståelse har her gitt meg motivasjon til å skrive denne masteroppgaven med eldre i fokus. Malterud (2017 s. 45) skriver også at forforståelsen er en viktig side av vår motivasjon til å sette i gang med forskning på et gitt tema. Jeg har til gjengjeld ingen erfaring med FHB. Jeg har derfor måttet lese meg opp på temaet jeg har valgt. Som en del av det å bli kjent med tematikken og tiltaket FHB, har jeg hatt et møte med de som driver FHB i den valgte kommunen. Dette for å høre og lære mer om tilbudet de gir til de

eldre. Dette var et lærerikt møte som gav meg mer motivasjon til å skrive oppgave om dette temaet.

3.2 Innsamling av data

3.2.1 Individuelle intervju

I kvalitativ metode finnes det forskjellige typer intervjuer man kan ta i bruk for å samle inn data. Dybdeintervju og fokusgruppeintervju er de to mest populære blant samfunnsvitenskapelig metode (Tjora, 2017 s.113). Fokusgruppeintervjuer kan passe best for å få frem enigheter og uenigheter om et gitt tema, der flere diskuterer utfordringer i sammen (Tjora, 2017 s.123). I motsetning til dybdeintervju der en er ute etter å gå i dybden på et gitt tema og få frem enkeltindividets opplevelser og erfaringer (Tjora, 2017 s.114). Med bakgrunn i min problemstilling og at jeg ønsket å få frem informantene sine subjektive opplevelser, var dybdeintervju best egnet i denne studien. Målet med et dybdeintervju er ifølge Tjora (2017 s.113) å skape en situasjon for en forholdsvis fri samtale som beveger seg rundt noen temaer som forskeren har utviklet på forhånd av samtalen.

3.2.2 Intervjuguide

I studien har det blitt benyttet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1). Semistrukturert intervjuguide sikrer at forskeren får stille de spørsmålene som trengs for å få svar på problemstillingen, samtidig som den åpner opp for individuelle variasjoner etter hva informanten ønsker å formidle (Johannesen et al., 2016 s. 148) Det er en overordnet intervjuguide, men rekkefølge og temaer kan variere i intervjuet (Johannesen et al., 2016 s. 148). Spørsmålene i intervjuguiden er stilt åpne, forskeren har da en mindre innvirkning på hva informanten svarer (Johannesen, et al., 2016 s. 150). Spørsmålene i min intervjuguide ble utviklet og strukturert ut fra tre temaer. Temaene er sett i sammenheng med underspørsmålene mine i studien. I tillegg ble det også tatt med noen spørsmål som inkluderte noen relevante bakgrunnsopplysninger. De overordnede temaene i intervjuguiden var; bakgrunnsopplysninger, mestringsevne, egenopplevd helse og egne erfaringer etter FHB.

Intervjuguiden ble også brukt som en «trygghet» for meg som intervjuer, samt som en måte å holde intervjuet i riktig retning.

3.2.3 Rekruttering

Inklusjonskriteriene i denne studien var at informantene måtte være 79-81 år, hatt besøk av FHB før mars 2020 eller høsten/vinteren 2020 og at informantene bodde alene. Det ble også sett på som en fordel for studien at jeg fikk tak i informanter av begge kjønn.

For å rekruttere informanter til studien tok jeg kontakt med helsepersonell som arbeidet med FHB i min utvalgte kommune. I denne samtalen redegjorde jeg for studiens tema og problemstilling. De var interessert i studien og sa seg villige til å viderefremde min kontaktinformasjon til aktuelle deltakere. Det ble gjort et strategisk utvalg for å innhente informanter til studien. Strategisk utvalg går ut på at forskeren trenger informanter som er innenfor en gitt målgruppe for å kunne samle inn nødvendige data til studien (Johannesen et al., 2016 s. 116). Ifølge Malterud (2017 s. 58) er strategisk utvalg sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen i studien.

Helsepersonell som arbeidet med FHB startet i begynnelsen av september 2020 å levere ut informasjonsskriv (se vedlegg 2) og infobrev (se vedlegg 3) til de aktuelle kandidatene som hadde hatt FHB. I brevet fikk informantene informasjon om at de måtte ta kontakt med meg om de ønsket å være med i studien. De to første informantene tok kontakt i midten av september og de første intervjuene ble planlagt deretter.

Etter dette gikk det en god stund før nye informanter meldte sin interesse. En tredje informant meldte seg i slutten av oktober. For å rekruttere flere informanter og et bredere utvalg, besluttet jeg at jeg måtte finne andre arenaer for å formidle min kontaktinformasjon til potensielle deltakere. Min veileder og jeg, ble enige om at jeg skulle henvende meg til et samlingspunkt for eldre i kommunen. Jeg tok kontakt med ulike bydelshus og fikk tillatelse til å henge opp info på informasjonstavlen, samt få to minutter til å informere på en fellessamling. Jeg startet også med å ringe opp igjen de informantene jeg tidligere hadde intervjuet for å stille noen oppfølgingsspørsmål for å styrke de intervjuene jeg hadde gjort.

Jeg håpet da at dette skulle starte en «snøball»-effekt slik at de skulle bringe budskapet om masteroppgaven min videre til andre de kjente. Snøballmetoden går ut på at forskeren spør personer om de kjenner noen i målgruppen for studien som kan spre budskapet videre (Johannesen, et al., 2016 s. 119). Under intervjuet jeg hadde i starten av november spurte jeg også om informanten kunne bringe budskapet om masteroppgaven videre til andre hun kjente. I slutten på november fikk jeg en fjerde informant og i starten på desember fikk jeg en femte informant. Disse hadde fått informasjon om min studie fra helsepersonell som arbeidet med FHB i kommunen. Informantene ble intervjuet fortløpende etter at de tok kontakt og sa seg villig til å delta i studien. Første intervju ble gjennomført i september 2020 og det femte og siste intervjuet ble gjennomført i desember 2020. Hele rekrutteringsprosessen tok altså tre måneder før jeg var i mål og kunne starte bearbeidelsen av intervjumaterialet.

Det skal også her legges til at det er uvisst nøyaktig hvor mange uker det har gått mellom informanten sitt besøk av FHB og mitt intervju. Rekrutteringsprosessen som nå er blitt presentert, resulterte i et utvalg som videre skal presenteres i neste underkapittel.

3.2.4 Utvalget

Etter at rekrutteringsprosessen var avsluttet, så til slutt utvalget av studien slik ut:

Tabell 1; Utvalget

Informant	Alder	Kjønn	Sivil status	Fiktive navn
1	80	Kvinne	Enslig/ugift i flere år	Anna
2	80	Kvinne	Enslig/ugift i flere år	Ruth
3	80	Kvinne	Enke i 3 år	Gerd
4	80	Mann	Enkemann i 3 år	Per
5	80	Kvinne	Skilt i flere år	Kari

Videre kommer det en presentasjon av deltakerne som var med i studien:

Informant 1: Anna er en kvinne på 80 år som har vært enslig i flere år. Hun bor i en enebolig for seg selv med hage som hun selv steller. Hun er sprek og er stort sett hver dag ute å går tur. Anna har ingen barn. Hun har nieser og nevøer som hun har god kontakt med.

Informant 2: Ruth er en kvinne på 80 år som har vært enslig store deler av livet. Bor i egen leilighet i byen. Ruth har ingen barn. Hun har god kontakt med brødrene sine som har flere barn. Ruth har aldri vært glad i å trene. Hun er liker håndarbeid og sosiale sammenkomster.

Informant 3: Gerd er en kvinne på 80 år som ble enke for 3 år siden. Hun bor i en leiligheten midt i byen. Hun er veldig engasjert i mye og prøver å holde seg oppdatert på det som skjer rundt henne. Blant annet er hun med i diverse klubber og hun holder også på å lære seg et nytt språk. Gerd har to sønner, barnebarn og oldebarn.

Informant 4: Per er en 80 år gammel mann som har vært enkemann i 3 år. Han bor i enebolig for seg selv med hage. Han er glad i å være ute i hagen og er glad i å ta seg en tur på sykkelen. Han har to døtre og en sønn som bor i nærheten. Han har også barnebarn og nylig blitt oldefar. Per synes det har vært vanskelig å sosialisere seg etter at konen døde og han synes det har vært spesielt utfordrende nå i forbindelse med Covid-19 situasjonen i Norge.

Informant 5: Kari er en kvinne som snart blir 81 år. Hun bor i leilighet og har bodd i samme leilighet i nesten 40 år. Hun ble skilt i tidlig alder og har vært alene siden. Hun har to sønner, barnebarn og oldebarn. Hun har et godt sosialt nettverk, med venner som har holdt sammen store deler av livet. Livet hennes har stort sett vært preget av mye jobbing i høye stillinger.

3.2.5 Praktiske gjennomføringen av intervju

Covid-19 situasjonen i Norge har ført til at den praktiske gjennomføringen av intervju har blitt noe mer komplisert enn først antatt. Det har vært mange overveielser på hva som er best å gjøre i situasjonen. Etter å ha sendt e-post til arbeidsgruppen for Covid-19 på USN, som vurderte og besvarte Corona-relaterte spørsmål med tanke på gjennomføring av

studentprosjekter ved USN, ble det enighet om å la informantene styre hvordan intervjuene skulle bli utført. Jeg sa til informantene at vi enten kunne ta intervjuet gjennom telefon, Zoom eller fysisk møte hjemme hos dem. Dersom det ble fysisk møte med informantene så skulle jeg forholde meg til gjeldende smitteverntiltak. Alle informantene jeg hadde ønsket å ta intervjuet i eget hjem. Ifølge Tjora (2017 s. 121) kan det være lurt at informanten får velge hvor intervjuet skal være. Det er ofte hensiktsmessig at intervjuet foregår en plass der informanten føler seg trygg (Tjora, 2017 s 121). Da vil det være enklere å skape en avslappet stemning.

Etter at jeg hadde gjort mine første to intervjuer, følte jeg at jeg ikke hadde klart å få mest mulig ut av intervjuene, samt at «noe skjedde» i rommet da jeg trykket på diktafonen. Etter disse intervjuene valgte jeg å bli mer bevisst på når jeg trykket på opptaket, og utførte dette nærmest med en gang jeg satt meg ned hos informanten. I tillegg startet jeg intervjuet med å løse opp stemningen litt ved å fortelle litt om meg selv. Det ble derfor bedre i de neste intervjuene jeg hadde. Jeg opplevde at informantene var mer avslappet under intervjuet enn ved de to første. Under de neste intervjuene tålte jeg også bedre at det kunne være stille i rommet og lot informanten bare være i sine tanker. Det hjalp noen ganger til at de da hadde noe mer å tilføye.

Under intervjuet tok jeg notater på non-verbal kommunikasjon, samt at jeg brukte intervjuguiden for å holde meg til de temaene som var bestemt på forhånd. Noen ganger ble det sporet litt av, men jeg fikk rettet fokus tilbake igjen etter beste evne. Intervjuene varte fra 17 - 60 min. Noen av informantene var korte i svarene, og jeg som intervjuer måtte arbeide hardere for å få dem til å reflektere og si sine opplevelser. Dette var noe jeg ble bedre på etter hvert som jeg fikk erfaring fra de første intervjuene.

3.3 Transkribering

Transkribering er en viktig del av kvalitativ forskning. For å kunne gå videre med analyse er det viktig at datamaterialet er blitt sammenfattet til en tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2017, s. 77.) Transkriberingen kan ifølge Malterud (2017, s. 77) gi et

indirekte bilde på det som skjedde under intervjuet. Det er viktig at transkriberingen på best mulig måte skal ivareta det opprinnelige materialet (Malterud, 2017, s. 77). Jeg vil nå videre presentere måten transkriberingen ble gjennomført på i denne studien.

Før jeg startet intervjuene informerte jeg igjen informantene om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd. Jeg kunne da i etterkant lytte på opptaket og transkribere intervjuet. Jeg fikk muntlig samtykke av alle på at jeg kunne gjøre dette før intervjuet startet. Under intervjuet noterte jeg meg på et ark non-verbal kommunikasjon som ble uttrykt underveis i intervjuet. Jeg var under intervjuet observant på hvordan informanten uttrykte seg non-verbalt, slik at ikke noe av det ble oversett.

Dagen etter at intervjuene ble gjennomført satt jeg meg ned for å gjøre transkribering av intervjuene slik at jeg hadde intervjuet tydelig i minne. Ved å ha intervjuet tydelig i minne husket jeg hvordan intervjusituasjonen utviklet seg og jeg opplevde at jeg fikk med mer av den non-verbale kommunikasjonen i transkriberingen. Jeg hørte først igjennom intervjuene på diktafonene flere ganger. Så startet jeg å skrive ned ord for ord på det som ble sagt i intervjuet. Jeg brukte punktum tegn for stillhet. Jeg skrev “non-verbal kommunikasjon” og andre ting som skjedde i parentes. Jeg skrev først ned alt på dialekt, før jeg etterpå hørte på intervjuet en gang til for å forsikre meg om at alt var kommet med. Etter dette gjorde jeg dialekt om til bokmål slik at analysen skulle gå lettere uten for mange fremmedord.

Etter transkribering ble lydfilene og dokumentet med transkripsjonene lagret på en kryptert minnepinne. Denne ble låst med et passord slik at ingen utenforstående kunne få tak i datamaterialet i tråd med retningslinjene fra NSD for ivaretagelse av persondata (se vedlegg 4).

3.4 Analyse

Jeg valgte å bruke Malterud (2017 s. 97) sin systematisk tekstkondensering som fremgangsmåte i analysen av teksten. Systematisk tekstkondensering er en anvendelig metode for analyse av kvalitativt datamaterialet (Malterud, 2017 s. 97). Metoden kan ifølge Malterud

(2017 s. 97) brukes til analyse av mange ulike typer empiriske data som har ulik grad av teoretisk forankring.

Ifølge Malterud (2017 s. 98) består analysen av fire trinn:

- 1) Å få et helhetsinntrykk
- 2) Å identifisere meningsdannende enheter
- 3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
- 4) Å sammenfatte betydningen av dette

I første trinn av analysen leste jeg nøye igjennom intervjuene. Jeg skrev ned mine umiddelbare tanker og startet med å få et helhetsinntrykk av alle intervjuene. Etter å ha lest datamaterialet flere ganger begynte jeg å se konturene av noen aktuelle temaer. Jeg skrev ned mine første refleksjoner og startet å formulere aktuelle temaer som kunne være aktuelle. De første aktuelle temaene som da kom frem var; trygghet, fremtiden, refleksjoner/tanker og bevisstgjøring.

I trinn to gikk jeg litt grundigere til verks og tok et intervju om gangen. Jeg lette etter meningsdannende enheter. og startet med å markere ut de som var relevante med tanke på mine foreløpige temaer, samt også problemstilling. I dette trinnet skilte jeg relevant tekst fra irrelevant tekst og sorterte teksten som kunne belyse problemstillingen i studien (Malterud, 2017 s. 101). All tekst ble gjennomgått grundig og systematisk. Jeg tok dermed ikke bare med det som ved første øyekast virket mest interessant (Malterud, 2017 s. 101). I dette trinnet kodet jeg de meningsdannende enhetene for sitt innhold og kodene ble sortert ved bruk av klipp og sorter metoden. Dette ble gjort for å lettere kunne systematisere innholdet og for å gruppere de ulike kodene. Ut fra denne sorteringen ble det dannet foreløpige undertema og hovedtema som ble plassert inn i et skjema.

I trinn tre abstraherte jeg den sorterte informasjonen og systematisk hentet ut innhold ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen (Malterud, 2017 s.105). Jeg brukte skjema med de meningsbærende enhetene, kodene og temaene for å skrive et kondensat av de ulike undertemaene. Et kondensat er et kunstig sitat som skal bære med seg det konkrete innholdet fra de enkelte meningsdannende enhetene (Malterud, 2017 s. 107).

Kondensatet ble skrevet i jeg-form for å bli påminnet om at kondensatet skal representere informantene (Malterud, 2017 s. 107). Jeg prøvde å være så tekstnær som mulig og tok med uttrykk som informantene hadde brukt når jeg skrev kondensatet (Malterud, 2017 s. 107). Jeg så underveis i denne prosessen at noen av kodene passet bedre under andre tema. For eksempel ble det som omhandlet mer om informasjonen de fikk, flyttet til tema «Informasjon» fremfor «planlegging av fremtiden». Jeg merket meg også at mange av kodene skled inn i hverandre og noen ganger var vanskelig å skille. Jeg gjorde også noen vurderinger på om undertema og tema hadde fått det riktige navnet. Under denne prosessen ble også noen av de meningsdannende enhetene strøket ut. For eksempel tok jeg ikke med flere meningsdannende enheter som omhandlet det samme. På den måten ble det mer oversiktlig i analyseprosessen og resultatene av analysen ble mer synlige. Til slutt i dette steget formulerte jeg ett «gullsitat». Et gullsitat er en tekst som til sammen skal bære med seg helheten av innholdet i de meningsbærende enhetene under hver subgruppe (Malterud, 2017 s. 108). «Gullsitatet» vil bli brukt i resultatkapitlet lengre nede i oppgaven.

I trinn fire startet jeg å se sammenhenger. Jeg begynte da å se resultater av analyseprosessen. I dette trinnet gikk jeg i dybden på kondensatet og skrev ned hva det egentlig handlet om. På den måten kom resultatene bedre til syne og jeg så mer sammenhenger av resultatene. Innholdet i analysen skal bearbeides på en slik måte at den er troverdig mot informanten sin stemme (Malterud, 2017 s. 108). Jeg vurderte om resultatene gav en anerkjennende beskrivelse av sammenhengen den kom fra (Malterud, 2017 s. 108). Jeg vurderte om «gullsitatene» som ble formulert ved trinn nummer tre fremdeles var gyldige med resultatene som hadde kommet frem. Nedenfor kommer det et eksempel fra analyseprosessen;

Tabell 2; Eksempel fra analyseprosessen og to av temaene.

Meningsbærende enheter	Kode	Undertema	Tema
<p>De har jo noen veldig gode brosjyrer, øvelser, og veldig mange gode opplysninger som du kan gjøre for å holde deg i form, og.. så sånn syns jeg det var positivt. (Anna)</p> <p>Ja, og at du teller. At her er det en som gjerne.. ikke sant jeg er jo blitt 80 år.. så det sier seg jo selv.. det er ikke det samme som jeg var i fjor.. man blir jo eldre. Man føler seg hørt, verdsatt og sett. (Kari)</p>	<p>Godt informasjonsskriv fra kommunen med øvelser</p> <p>Man føler seg hørt, verdsatt og sett, man blir jo ikke yngre med årene</p>	<p>Informasjon</p> <p>Å føle seg sett og ha en plass i samfunnet</p>	<p>Informasjonen de fikk, og bruken av den</p> <p>Trygghet i hverdagen</p>

Analysen resulterte i fem hovedtema;

- 1) Informasjonen de fikk og bruken av den
- 2) Refleksjoner og økt bevissthet rundt eget liv
- 3) Trygghet i hverdagen
- 4) Å skape et funksjonelt hjem etter den eldres behov
- 5) Sosial støtte

Temaene med undertema vil videre bli presentert i kapittel. 4.

3.5 Studiens pålitelighet og gyldighet

Når en skal vurdere forskningens kvalitet så blir de tre kriteriene pålitelighet (troverdighet), gyldighet (bekreftbarhet) og generaliserbarhet (overførbarhet) benyttet (Tjora, 2017 s. 231). For å styrke denne studiens pålitelighet og gyldighet, jobbet jeg grundig med intervjuguiden. Dette for at den skulle være best mulig egnet til å samle inn åpen og relevant informasjon. Det ble stilt åpne spørsmål med fokus på oppgavens problemstilling og underspørsmål. Underveis i intervjuet ble det stilt oppklaringsspørsmål slik at jeg var sikker på jeg hadde forstått det informantene ville uttrykke. Intervjuguiden skulle være en veiviser under intervjuet, slik at det ble forsikret at jeg fikk den informasjonen jeg trengte for å svare på hovedproblemstillingen til slutt.

Jeg har også hatt fokus på å være så nøytral som mulig i forskerrollen. Samtidig som jeg har tatt med meg erfaringen med å prate med eldre inn i oppgaven. Mine holdninger og meninger ble lagt til side under intervjuet for best mulig å sikre at det var informantene sine opplevelser og meninger som kom frem. Dette for å sikre at materialet og resultatene skulle være mest mulig pålitelig.

I møte med informantene prøvde jeg å være åpen, slik at ikke informantene skulle holde vesentlig informasjon tilbake. Ved å fortelle om meg selv i starten av intervjuet kunne det skape en ramme med åpenhet og trygghet i intervjusettingen.

Under transkribering av intervju ble det holdt fokus på å være så nøyaktig som mulig og få med detaljer om kroppsspråk inn i transkriberingen. Da analysen ble gjennomført ble det jobbet med å holde materialet så nært informanten som mulig. Jeg gikk igjennom materialet flere ganger under analyseprosessen for å være sikker på at det mest relevante kom med og at ingenting ble oversett. Jeg var åpen og transparent gjennom hele prosessen slik at materialet skulle bli mest mulig pålitelig, gyldig og generaliserbart.

3.6 Etiske overveielser

Før jeg kunne starte selve prosessen med å innhente informanter måtte studien godkjennes av Norsk senter for dataforskning (heretter forkortet med NSD). Fordi jeg i min studie ikke skulle behandle helseopplysninger, trengte den ikke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg fikk den 26.08.2020 godkjenning fra NSD (se vedlegg 4). I informasjonsskrivet som informantene fikk utdelt måtte de signere på informert samtykke for å være med i studien. I starten av hvert intervju samlet jeg inn signaturen fra de aktuelle deltakerne. Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt og at de hadde muligheten til å trekke seg hva tid som helst. Ingen av informantene valgte å trekke seg fra studien.

Alle lydfiler ble lagret på en ekstern kryptert minnepinne slik at ingen andre enn meg hadde tilgang til lydfilene. Minnepinnen ble i tillegg lagret på et sikkert sted i hjemmet slik at jeg hadde kontroll på hvor den befant seg. Jeg informerte informantene også muntlig om at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd og hvordan det ville bli lagret og slettet i ettertid av studien.

Anonymitet er også tatt hensyn til i studien. Navn på informantene ble endret til fiktive navn. Steder som ble nevnt i intervjuet ble endret til «i nærheten» eller «nedi gata her». Når de nevnte en sykdom ble det endret til andre nærliggende fiktive diagnoser. Dette ble gjort for å sikre at ingenting skulle kunne spores tilbake til informantene og opprettholde anonymitet i studien.

3.6.1 Covid-19 og etiske dilemmaer

Det er ingen tvil om at covid-19 i Norge også har satt sitt preg på prosessen med min masteroppgave. Den største utfordringer var at jeg i min studie skulle intervjuere eldre som var en av risikogruppene for å bli mer syke av sykdommen. Som tidligere nevnt i den praktiske gjennomføringen av intervjuene måtte min veileder og jeg gå noen runder sammen for å finne ut av hvordan jeg på best mulig måte kunne sikre ivaretagelse av smittevern og gjennomføre intervju av de eldre. Ved at jeg tok kontakt med USN sin arbeidsgruppe (som nevnt tidligere i

oppgaven) så sikret jeg at intervjuene ble gjennomført på den best smitteforebyggende måten. Informantene fikk selv bestemme om de ville ha det over telefon, Zoom eller i hjemmet. Jeg vasket hender, spritet og holdt en meter avstand til informantene mine da jeg var hjemme hos dem. Jeg opplevde at informantene følte seg trygge på dette og at de åpnet hjemmet sitt med en trygghet om at smittevern var ivarettatt på best mulig måte.

3.7 Metodekritikk

Kvalitativ metode har vist seg å være en tidkrevende prosess. Jeg har brukt mye tid på å få gjennomført intervju og innhenting av informanter. Innhenting av informanter viste seg å bli en mer krevende prosess enn jeg først hadde regnet med. Jeg erfarte at det gjelder å ha litt «is i magen» for til slutt sitte igjen med de informantene jeg trengte. Jeg så også etterhvert behovet for å starte å se på alternative rekrutteringsmetoder. Dette for at rekrutteringen skulle bli mer effektivisert.

Det ble mer utfordrende, enn først antatt, å gjennomføre intervjuene. Det var vanskelig å få informantene til å reflektere for å komme frem med deres opplevelser. Det var utfordrende å stille åpne spørsmål og jeg ble satt på prøve for å få mest mulig ut av intervjusituasjonen. Dette ble bedre etter hvert intervju jeg gjennomførte. Jeg hadde veldig lite erfaring fra intervjusituasjoner fra tidligere. Dette gjorde at det ble noe mer krevende å få til gode intervju.

Analyseprosessen har også vært utfordrende. Jeg synes det har vært vanskelig å skulle analysere teksten, men synes Malterud (2017 s. 97) sin systematiske analysemetode var grei å følge for en nybegynner for å holde rett kurs i hele analyseprosessen. Under selve analyseprosessen ville jeg nok hatt fordel av å kunne diskutere resultater og intervjuene mer inngående med noen. Jeg synes det var utfordrende å sitte alene med alt materialet som skulle analyseres og tenker det kunne ha gjort oppgaven bedre om analysen ble gjort under flere øyne.

Studien kunne ha vært styrket om det hadde vært flere mannlige informanter som ønsket å bidra i studien. Det er uvisst hvorfor ikke flere menn valgte å være med. Det kan være at menn generelt takker mer nei til FHB tilbud eller andre faktorer som spiller inn.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil funnene av analyseprosessen bli presentert. Funnene handler i stor grad om informasjonen de fikk fra FHB og hvordan de tok informasjonen i bruk. Videre kom det frem at de eldre fikk en økt bevissthet rundt egen helse og betydningen av å ta en dag om gangen. Det kom også frem at de eldre satt pris på at kommunen stiller opp for dem og at de fikk en følelse av å ha en plass i samfunnet, at de var viktige. Hjemme situasjonen fremsto som viktig da de fikk et nytt perspektiv på det og de startet å tenke/gjøre forebyggende forbedringer. Noen tok bort gulvtepper, satt dusjstol i dusjen og samtidig så på andre løsninger for å forbedre hjemmesituasjonen. Informantene trakk frem det sosiale livet som betydningsfullt. En grundigere gjennomgang av disse hovedtemaene følger i dette kapittelet. Hvert tema vil bli presentert mer inngående i de neste underkapitlene. I presentasjon av de forskjellige undertemaene har jeg valgt å starte hvert kapittel med de såkalte “gullsitatene” som er konstruerte sitater, som best mulig fanger essensen av meningsinnholdet i det aktuelle undertemaet.

4.1 Informasjonen de fikk, og bruken av den

4.1.1 Informasjon

«Jeg synes vi fikk noen gode øvelser og brosjyrer, som jeg har startet å bruke»

De eldre synes informasjonen de fikk var enkel og lettfattelig å forstå. De synes brosjyrene var gode og enkle å forholde seg til og de eldre fikk en forståelse av viktigheten av informasjonen. Anna sa blant annet; *«De har jo noen veldig gode brosjyrer, øvelser, og veldig mange gode opplysninger som du kan gjøre for å holde deg i form»*. Ruth sa *«Jeg sitter igjen med at informasjonen er veldig positivt, og alle brosjyrene synes jeg er opplysende og bra.»*.

Informantene var alle enige om at informasjonen var nyttig for dem og at det var enkelt å forstå informasjonen som ble gitt. Informasjonen om trening var noe av det som informantene trakk frem som den viktigste informasjonen de fikk av FHB.

De eldre fikk informasjon om hvordan de kunne aktiviseres i hverdagen, både med egenstyrte aktiviteter og bruk av hjelpemidler. Et eksempel på dette er Per som synes det var god informasjon han fikk om trening og at han som resultat av dette hadde startet med morgentrim etter FHB. Han forklarte at han *«hadde nok ikke tenkt på noe av dette før at [han] skulle drive på morgningen å trimme»*. Selv om alle er positive til informasjonen de fikk, er det også noen utfordringer med å ta den i bruk. Ruth fortalte at: *«Jeg fikk et forslag om å gå til et senter i nærheten med trening, men jeg har ikke vært der for jeg vet ikke hvordan det er nå i denne Corona tiden»*. Ruth nevnte også at bilen ikke har fungert som den skulle. Det har gjort det utfordrende for henne å komme seg ut dørene for å få trent, fordi hun er så avhengig av bilen og at hun kvier seg til å ta buss på grunn av smitte. Videre sa hun *«Den informasjonen vi fikk om enkle styrkeøvelser stakk litt i meg, så det skal jeg begynne med, jeg har prøvd litt styrke, men dette var enklere øvelser som kan gjøres hjemme»*. Det at hun fikk informasjon om enkle øvelser som kunne gjøres hjemme gjør det enklere for Ruth å få trent fordi hun da ikke er avhengig av transport.

Noe av informasjonen kom overraskende på informantene og var noe de ikke hadde tenkt over at gjaldt dem. Gerd ble litt overrasket da hun fikk informasjon om blodtrykksfall og at hun måtte reise seg rolig opp fra sengen om morgenen *«det gjør jeg nå helt systematisk, for jeg skal ikke ha noe fall eller noe blodtrykksfall»*. Dette viser at FHB også kom med ny informasjon til informantene som de ikke visste noe om før besøket. Selv om det var god informasjon var det enkelte temaer som noen ville ha vektlagt i større grad. Gerd savnet for eksempel informasjon om syn og hørsel. Hun påpekte at syn og hørsel er spesielt viktig når en bor alene, så en ser hvor en går og hører lydene som er rundt seg.

Annen informasjon som var savnet var informasjon om aktiviteter og sosiale sammenkomster spesielt knyttet til enslige. Per synes godt det kunne vært noe annen informasjon knyttet direkte til enslige *«Jeg savner kanskje noen tiltak i forhold til oss enslige og ikke bare fokus på helse, og da mener jeg trening, kosthold osv...»*. Han trekker frem for eksempel dans og

sosiale sammenkomster for enslige, og synes dette er noe kommunen kunne gjort noe med for å skape kontakt mellom de eldre som sitter mye alene.

4.2 Refleksjoner, og økt bevissthet rundt eget liv

4.2.1 Økt bevissthet rundt egen situasjon og helse

«En kan jo si at helsen har ikke forandret seg, men en er mer reflektert rundt den og hva jeg skal gjøre for å fortsatt holde meg frisk»

Det kan se ut som de eldre er blitt mer reflekterte rundt egen alder, situasjon og helse etter FHB. Gerd fikk en oppvekker da FHB-personalet startet å snakke om alle de små teppene hun hadde liggende på gulvet. *«Det kan ikke være meg hun snakker om, jeg skal da ikke snuble i tepper, jeg er jo 23 år innvendig»*. Hun fortalte videre at hun fikk et nødvendig spark på å begripe at hun ikke er ung lengre og at hun må begynne å ta forhåndsregler på enkelte ting.

Kari syntes samtalen under besøket satt i gang refleksjoner rundt sin egen helse og hva hun kan gjøre for å holde seg frisk. Som hun sa *«Helsen er som før, men tanken om den er gjerne annerledes»*. Hun er blitt mer reflektert rundt fremtiden og prøver å ta en dag om gangen. Per er også blitt mer bevisst på hvordan han har det og sa *«At jeg tenkte over at ja.. jeg gjør noe rett.. liksom det å være bevisst på å holde seg i form osv.. finne andre måter å gjøre ting på..»*. De eldre fikk reflektere over hva de gjør, og hva de kan gjøre annerledes, for å ha det best mulig og bli mer bevisst på egen helseopplevelse.

De eldre har også begynte å ta forhåndsregler i forhold til hjemmets fysiske utforming og det å holde ved like fysiske og psykiske funksjoner. Gerd fortalte at hun i etterkant av samtalen med FHB har fjernet noen tepper, i tillegg går hun også to ganger inn for å dobbeltsjekke at alt er slukket før hun går ut døren. Anna var blitt mer bevisst på at hun har en rolle i å ivareta helsen sin og fortalte at hun *«[...] opplevde jo også at vi har et ansvar selv for å holde oss i form»*. Dette var spesielt viktig, siden ingenting kommer automatisk, hvis en vil bo hjemme lengst mulig, slik som Anna ønsket.

4.2.2 Å ta en dag om gangen

«Jeg tenker at hvis det en dag skulle skje noe, så har jeg i hvert fall levd et godt liv frem til da, bare det å få nye oldebarn er en stor glede i livet»

Det er viktig for de eldre å leve i nåtid og prøve å tenke positivt for ikke å bekymre seg for mye. Gerd sa *«Jeg har ikke lyst til å bli 100, men jeg vil nyte livet så lenge det varer»*. Besøket av FHB har bidratt til at de tenker mer over hva de kan gjøre for å ha det best mulig og at de er takknemlige over at de har det så bra. Gerd nyter det å ikke skulle ha ansvar for noe eller noen. Hun kom fra en stor gård og nyter nå å slippe å skulle stelle i hagen og klippe plen, *«Men nå har jeg virkelig forstått at jeg kan nyte livet å være 80.. Det å ikke ha ansvar for noe.»*

Anna prøver å skyve sykdom og negativitet fremfor seg og prøver å utnytte det hun mestrer i hverdagen og sa *«om jeg en dag skulle falle, så har jeg i hvert fall levd livet frem til da»*. Anna sa videre *«jeg tenker så lenge jeg ikke har noen plager både fysisk og psykisk selvfølgelig så tenker jeg ikke på hva som kan skje i fremtiden»*. Hun er takknemlig for det hun får til og hva hun har klart her i livet og ønsker ikke bruke energi på å bekymre seg for fremtiden.

Selv om informantene vektla hvor viktig deres fysiske helse og fysiske funksjoner var i hverdagen, var det mer truende for deres tilværelse dersom mentale funksjoner skulle reduseres. Kari er ikke så bekymret om hun skulle brette en arm eller en fot, men hun sier *«hvis hode skulle svikte.. så er det litt annerledes»*. Hun er glad i å lage mat og er en livsnyter og er takknemlig for at hun fremdeles får lov til å nyte livet på den måten hun gjør. Per er også en livsnyter, han er glad i å lage mat og spise god mat. Han mener det er bra for den psykiske helsen å fremdeles kunne lage maten selv å nyte den med god samvittighet.

4.3 Trygghet i hverdagen

4.3.1 Kommunen stiller opp for dem

«Jeg føler meg trygg på at hjelpen er der når jeg trenger det»

De eldre følte seg trygge på at kommunen stiller opp for dem om de en dag skulle trenge hjelp på grunn av funksjonssvikt og sviktende helse. Ruth som fremdeles klarer seg fint selv i leiligheten sin sa *«Jeg regner med at jeg kan få hjelp til å bringe mat, vask av hus, og eventuell hjelp til stell når den tid kommer»*. Videre beskrev hun at hun ønsker å kunne bo hjemme lengst mulig om hun bare får den hjelpen hun trenger. Kari som også klarer seg godt selv er enig og sa at hun håper at når den dagen kommer at hun også trenger hjelp så er kommunen der for henne, og hun føler seg trygg på det. Kari sa også *«Hvis folk skal ha hjelp så må de ikke få den følelsen av at de er til hinder»*. Hun synes det er viktig at det er en åpenhet og at ikke de eldre skal føle at de har *«levd litt for lenge»*. Det er en felles enighet blant de eldre at så lenge de får den hjelpen de trenger, så er de innstilt på å skulle klare seg hjemme. FHB hjelper dem med å bli trygge på at hjelpen er der når de trenger det og at de er i systemet til kommunen.

De eldre satt også pris på å få høre hvor de skulle ta kontakt i kommunen om de en dag skulle få behov for mer hjelp. Ruth hadde sett frem til å prate med en fra kommunen så det synes hun var veldig positivt. Både Ruth og Gerd synes også det var greit å få vite hvor de skulle henvende seg om de skulle trenge behov for hjelp. Gerd beskrev det med *«Jeg hadde ingen ide om hvor jeg skulle ta kontakt men nå vet jeg det. Det gir meg en trygghet i hverdagen»*. Blant de eldre var det en felles enighet om at de følte FHB bidro til trygghet i den form at de fikk informasjon som gjør det lettere for dem å håndtere hverdagen og å være trygge på å bo hjemme.

4.3.2 Å føle seg sett og ha en plass i samfunnet

«Det er viktig for alle uansett alder å føle seg sett og verdsatt»

For de som sitter alene er det viktig at de føler at kommunen bryr seg om den. Det gir de eldre en følelse av å bli sett og at de har en plass i samfunnet. Gerd ble rørt da vi under intervjuet startet å prate om hvordan det var å få besøk av FHB. Hun sa *«Det å få et slikt besøk var egentlig litt rørende, at kommunen viser at de bryr seg, det er fantastisk»*. Hun synes at et slikt besøk gir både omtanke og at hun ikke føler seg glemt. De eldre synes det var positivt med besøket og det betydde mye for dem at kommunen kom på besøk til dem. Også Kari påpekte at det å føle seg sett og satt pris på gav henne en trygghet i hverdagen. Hun synes *«det var et veldig stort pluss at de ville komme å høre på henne»*. Hun følte hun fikk prate fritt om hvordan hun hadde det og at de lyttet på henne. Ruth hadde sett frem til å få prate med noen i kommunen og synes besøket var positivt i den forstand at de kom å hørte på henne og at hun fikk stille spørsmål om det var noe. Det var også viktig for de eldre at de fikk en forståelse av at de blir respektert og at de har en plass i samfunnet på lik linje som alle andre.

4.4 Å skape et funksjonelt hjem etter den Eldres behov

4.4.1 Tilrettelegging av hjemmet

«Hjemmet er viktig for meg, og det er viktig for meg å kunne bo her lengst mulig»

Hjemmet, hvor de ønsker å bo lengst mulig, oppleves som essensielt for informantene. De eldre virket veldig beskyttende ovenfor hjemmet sitt og at hjemmet er veldig viktig for dem. Informantene har startet å lage en plan for hvordan de kan bo lengst mulig i boligen sin. Anna, som bor i en liten enebolig, har en plan om å flytte ned i stua om det skulle bli slik at hun ikke klarer å komme seg opp trappene lengre. Ruth hadde allerede lagt planen klar da hun flyttet inn i leiligheten for 15 år siden. Da hadde hun blitt fortalt at her kunne hun bo hele livet. Leiligheten var lagt til rette for å kunne bruke rullator eller rullestol. Hun håper hun kan få bo og få hjelp der så lenge det lar seg gjøre.

Gerd, som også bodde i leilighet, sa «*Hun som kom til besøk til meg så ting som ikke jeg selv hadde sett, for eksempel påpekte hun farlig teppekanter og nevnte timer til komfyren*». Gerd var klar på at dette skulle hun få gjort noe med. Flere av de eldre har gjort tiltak etter at FHB var på besøk og begynte å se muligheter i hjemmene deres for fremtiden. Per, som også bor i en enebolig for seg selv, er fast bestemt på at han ikke skal flytte med det første «*fremtiden er her i huset! De skal få bære meg ut den dagen jeg må flytte på meg*». Han har også planene klare for han har alt han trenger på ett plan. Han har også en plan om å fjerne noen dørstokker om han skulle få behov for rullestol. Han har også en vaskemaskin i kjelleren som eventuelt må flyttes opp. Per sa videre: «*Men da har jeg en datter som kan hjelpe meg*». Han er takknemlig for at han har familie rundt seg som kan hjelpe han om det trengs.

Kari, som bodde i leilighet i andre etasje uten heis, hadde etter besøket startet å tenke over mulighetene for trappeheis for å komme seg opp. Hun sa «*Jeg ser ikke for meg å bare legge inn årene, nei jeg skal bo her så lenge det går*». Samtidig var hun reflektert over at viss det absolutt ikke skulle gå så var sykehjem den beste muligheten. Etter at FHB hjalp dem med å se nye muligheter til et funksjonelt hjem, har de eldre startet å gjøre tilpasninger av hjemmet. Teppekanter og høye gulv terskler var noe av det som ble påpekt og som er blitt tatt bort. Hjemmet oppfattes som viktig for de eldre og de fleste ønsker ikke å flytte på seg før de må.

4.5 Sosial støtte

4.5.1 Å bo alene

«Det er noen ganger vanskelig å sitte hjemme alene med alle tankene i hode»

Flere av de eldre har erfart og sett hvordan det er å være to og plutselig at den ene må på sykehjem eller dør. Anna fortalte om foreldrene sine; «*Mor var dement, og far kunne ikke bruke beina, men siden de var to så klarte de å bo hjemme ganske lenge*». Videre beskrev hun at når faren døde så måtte moren på sykehjem. Når en er to så har en hele tiden en annen å støtte seg på hjemme, det betyr mye for Anna å ha noen å prate med. Ruth kjenner at hun noen ganger er litt bekymret for å plutselig skulle falle om hjemme og det ikke er noen andre

der som kan hjelpe; «*Hvem skal ringe 113 for meg om jeg plutselig faller om?*» Noen å støtte seg på i hverdagen er viktig for dem og det å ikke ha noen hjemme kan være bekymringsfullt.

Ensomhet trekker de eldre frem som en fortelling om “andre”. Det trekkes frem at FHB kan bidra til at flere eldre kommer i kontakt med noen. Ruth beskrev videre at hun synes FHB er viktig for de enkelte eldre som sitter alene og ikke vet helt hva de skal gjøre. Kanskje føler de seg ensomme? Hun sa: «*Ja, hvem skal jeg snakke med*» «*Hvem skal jeg spørre*» *sant.. og så kan de bare sitte der, så blir tingene gjerne verre fordi de ikke får hjelp.*» Kari uttrykker at hun synes det er vanskelig å sitte hjemme med alle tankene for seg selv. Når en blir eldre kommer det naturlig tanker om for eksempel hvordan en vil ha begravelsen sin «*en sitter med tanker om begravelsen og alt det som følger med*». Kari kjenner hun godt kunne tenkt seg å ha noen å prate med når slike tanker kommer frem sent på en tirsdagskveld.

4.5.2 Det sosiale livet til de eldre

«Lange dager, uten at det skjer så mye»

Sosial kontakt med folk rundt seg viser seg å være viktig for de eldre. Anna synes det er det sosiale nettverket rundt henne som gjør hverdagen meningsfull. Før gikk hun mye på besøk til venner og bekjente, men hun trekker frem at det har blitt vanskeligere nå på grunn av smitte situasjonen i landet. Hun sa: «*Jeg synes Corona-tiden når en ikke kan gå til folk som du vil eller må holde deg litt mer på avstand er tynge*». Gerd og Per synes også det ofte blir lange dager. Gerd sukker litt da vi prater om at det er lange dager å sitte hjemme når det ikke skjer så mye. Hun har trening en gang i uken, mens de andre aktivitetene er mer sporadiske. Per savner å treffe folk. Han har mange bekjente i sykkelklubben, men han sier at de går ikke så mye til hverandre på besøk. Han savner at det kunne vært mer «*den daglige omgangen eller kontakten eller hva man skal si med venner og spesielt i helgene*». Per savner daglig kontakt med noen og merker spesielt i helgene at de blir lange.

Når en når en viss alder er det et naturlig frafall av venner og kjente. Per har kjent en del på dette gjennom årene. En del av omgangsvennene hans er døde, og etter at konen døde har han

mistet kontakten med noen av de felles vennene som de hadde. Han fortalte «*De som vi var omgangsvenner med.. ja noen er døde, mens andre har gjerne trukket seg litt mer tilbake.. gjerne på grunn av sykdom ikke sant*». Kari har dannet et godt sosialt nettverk hele livet ved å holde kontakt med folk. Samtidig har også flere falt fra «*Den ene døde, og hun andre har fått demens. Og det er ei som fremdeles er gift, men nå har mannen blitt syk.*». Hun sa videre om vennene «*Vi har den der.. godheten for hverandre, for vi kjenner hverandre.. for vi har vært igjennom mye i sammen.. kjærlighet, barn, konfirmasjoner osv.. Så vi har holdt i sammen, og fremdeles holder vi i sammen*». Venner er viktig for de eldre og flere av dem har opplevd å miste venner opp gjennom årene.

Per har etter FHB besøket tenkt at han må prøve å gjøre noe med sitt sosiale liv. Per fortalte også at det sosiale ble mer vanskelig da konen døde. De hadde mange felles bekjente som han mistet kontakten med da hun døde. Han sa «*Dette her med om jeg kan gjøre noe selv for å bli litt mer sosial, og ta litt mer initiativ selv, det er vel en av de tankene jeg har gjort meg altså etter besøket av FHB*». Men han savnet gjerne at FHB hadde spurt mer om hvordan de eldre hadde det sosialt og eventuelt komme med noen tips om hva de kunne gjøre i forhold til det. Også Gerd savnet noe mer informasjon rundt det sosiale. Hun påpekte hvor viktig det sosiale er for de eldre som bor alene. Hun tenkte blant annet en del på alle de eldre som sitter ensomme hjemme spesielt nå i Corona-tiden.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet skal resultatene av studien drøftes opp mot teori og forskning på området. Informasjonen og kunnskapen de eldre fikk vil bli relatert til empowerment og salutogenese. Det vil også videre bli drøftet hva kunnskapen og informasjonen har bidratt til for de eldre og knyttes opp mot helsekompetanse begrepet. Hjemmet som setting og hjemmet som en plass for mestring vil videre bli diskutert opp mot settingstilnærmingen. I drøftingen vil det bli diskutert de ulike aspektene ved å bo alene og hvordan FHB kan påvirke mestring. Meningsfullhet og sosial støtte vil bli trukket frem som viktige begreper.

5.1 Informasjon og kunnskap til de eldre

Resultatene i denne studien viser blant annet at informasjonen de eldre fikk var viktig på den måten at de startet å gjøre endringer i hjemmet. Informasjonen bidro til en bevisstgjørelse rundt egen helse og viktigheten av fysisk aktivitet. Helse er et komplekst fenomen som påvirkes av mange faktorer og empowerment modellen for helsefremmende arbeid (Green, et al., 2015 s. 44) illustrerer dette i et overordnet perspektiv. FHB har sin bakgrunn i Leve hele livet - reformen som regjeringen la frem i 2017 (Helse og- omsorgsdepartementet, 2018). FHB er med andre ord politisk forankret for å videre kunne skape positiv helse påvirkning til de eldre. Dette kan relateres til empowerment-modellen som viser til den politiske virkningen til individuell mestring (Green, et al., 2015 s. 44). At samfunnet via sin politikk legger til rette for slike tilbud som FHB, kan være viktig for å oppnå empowerment blant de eldre. Videre i empowerment modellen ser man en direkte kobling fra kunnskap til individuell empowerment (Green, et al., 2015 s.44). Dette vil si at den kunnskapen som de eldre fikk igjennom FHB, kan ha en innflytelse på deres individuelle mestringsevne gjennom at de fikk økt kunnskap om helse, trening og veiledning på funksjonaliteten i hjemmet.

Individuell mestring kan også relateres til håndterbarhet komponenten i OAS, som handler om hvordan en klarer å håndtere de utfordringene en står ovenfor (Lindström & Eriksson, 2015 s. 28). Den nye kunnskapen som FHB gir ut til de eldre kan bidra til at de eldre finner nye løsninger til å bedre kunne håndtere og mestre hverdagen. Informantene, i denne studien, håndterte i utgangspunktet hverdagen greit uten de store utfordringene. Samtidig er informasjon og kunnskap viktig for at de skal kunne håndtere de situasjonene og utfordringene de står overfor i fremtiden. Jo eldre en blir jo større blir sannsynligheten for svekket helse og plager som kan påvirke livssituasjonen. FHB bidrar med informasjon og kunnskap og er derfor et forebyggende tiltak for de eldre ved at de kan forebygge eventuell sykdom og svekket helse de neste årene. Et eksempel er de enkle styrkeøvelsene det informeres om.

Samtidig kan flere eldre ha vanskeligheter ved å tilegne seg ny kunnskap da kognitive funksjoner reduseres med alderen. Det er kjent gjennom litteratur at eldre bruker lengre tid på å prosessere og tilegne seg ny kunnskap (Boulton-Lewis, 2010). Boulton-Lewis (2010)

skriver også at det er viktig å ha en positiv tilnærming til eldre og læring og ha fokus på det de eldre interesserer seg for. Mange eldre har en motivasjon for å tilegne seg ny kunnskap som blant annet kan handle om å bruke hjernen, å holde sinnet aktivt men også det å få en større selvforståelse av et langt liv (Boulton-Lewis, 2010). FHB legger til rette for at det er eldre de prater med og at informasjonen de kommer med er tilpasset denne gruppen. For eksempel leverer de ut brosjyrer med enkle øvelser som ikke krever så mye av de eldre. Mine funn viste også at de eldre var interessert i og ønsket å få besøk av FHB noe som også kan bidra til at de enklere kan ta til seg den nye kunnskapen. Samtidig kom det frem av studien at det var noe de eldre savnet av informasjon. Dette var knyttet til det sosiale og tilpasninger i forhold til at de bor alene. Generelt sett viste det seg at de eldre var fornøyd med FHB-tilbudet. Det virket som informantene i studien har klart å tilegne seg noe av kunnskapen som ble gitt. Et eksempel på dette var at de etter besøket startet å gjøre øvelsene fra brosjyren og at de så mer på hvordan de kunne tilrettelegge i boligen. Dette er selvfølgelig ikke representativt for alle eldre som har mottatt FHB, men kan være en pekepinn på at en del av informasjonen som blir gitt blir prosessert hos de eldre i ettertid.

Ifølge Lindström & Eriksson (2015 s. 29-30) er kunnskap en del av motstandsressurser i OAS. Kunnskap ses på som en kognitiv ressurs (Lindström & Eriksson, 2015 s. 29-30). Ut fra studien har vi sett at FHB er med til å bidra til økt kunnskap om helse til de eldre. Helseopplysning er en viktig del av folkehelsearbeidet i Norge (Lindström & Eriksson, 2015 s. 69). Gjennom årene vi lever så kan vi si at vi er gjennom et læringsforløp, der vi reflekterer over hva som gir god helse, hvilke helseressurser vi har til rådighet og hvordan vi kan oppnå bedre livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015 s. 69). Det kan derfor tenkes at eldre har levd et erfarent liv og allerede har opparbeidet seg en del kunnskap på veien. Samtidig kommer det stadig ny kunnskap som kan være viktig for at de eldre skal håndtere hverdagen og føle mestring. FHB kan ses på som en spesiell motstandsressurs for å mestre hverdagen ved at det er en instans som tas i bruk når en får tilbud om det. Det kan hjelpe de eldre til å ta i bruk de generelle motstandsressursene for å skape mestring og en enklere håndtering av hverdagen.

5.2 Hva fører kunnskapen fra FHB til for de eldre?

Informasjonen og kunnskapen som de eldre tilegner seg via FHB har vist seg i denne studien å være essensielt. Men hva fører denne kunnskapen med seg videre? Ut fra den informasjonen og samtalen de eldre fikk med FHB så viser det i resultatene at de eldre har blitt mer bevisst og reflektert over sin egen helse. Som flere av informantene påpekte, satt FHB i gang noen tanker hos dem om hvordan de opplever sin egen helse. Ett eksempel er den informanten som ikke var klar over at hun kunne få blodtrykksfall når hun reiste seg opp, men som etter FHB besøket tenkte over dette når hun reiste seg opp på morgenen. Dette kan både relateres til empowerment-modellen hvor mer kunnskap og informasjon fører til individuell mestring som tidligere er blitt diskutert, men også helsekompetanse kan trekkes inn her.

Helsekompetanse handler i stor grad om hvordan informasjon blir forstått og hvordan den videre blir anvendt (Pettersen & Jenum, 2014). Det må også trekkes frem her at det kan være forskjell på hva helsepersonell tror personen har forstått og det som faktisk er blitt forstått (Pettersen & Jenum, 2014). Ved at flere av informantene i studien i ettertid av besøket gjorde endringer i hjemmet og startet å trene, kan dette tyde på at de eldre tilegnet seg en del av den informasjonen som ble gitt. Modellen til Sørensen et al. (2012) som er presentert i teorikapittelet kan relateres til resultater i denne studien. Modellen tar utgangspunkt i tre livssituasjoner hvor både helsefremmende og forebyggende livssituasjon er aktuelle (Sørensen et.al, 2012). De eldre informantene takket alle ja til FHB tilbud og dermed «fant» de informasjon om både risikofaktorer og determinanter som påvirker egen helse. Det kan se ut som om flere av dem forsto hva som ble sagt. Det fremkommer ikke i studien at der var noe av informasjon som ikke ble forstått. På den andre siden så fremkommer det i studien at de vurderte og tolket informasjonen på den måten at de ble mer reflekterte og bevisste på egen helse og determinanter i det sosiale og fysiske miljøet rundt dem. Blant annet ble noen av informantene mer bevisst rundt sitt sosiale liv og en av dem ønsket å gjøre noe konkret med det. Også risikofaktorer ble de eldre mer bevisste på. Ett eksempel er det å tenke over å reise seg rolig opp fra sengen for å forhindre blodtrykksfall. Til slutt ble informasjonen anvendt av informantene ved for eksempel at noen av dem startet med trim, fjernet gulvtepper og et ønske om å gjøre noe med sitt sosiale liv/bli kjent med nye mennesker. Både determinanter som påvirker helsen og risikofaktorer ble satt i fokus. Ut ifra det de eldre selv gjorde etter

besøket, kan det tyde på at informasjonen ble forstått og anvendt på en slik måte at det på lengre sikt kan gagne helsen.

Det kan også diskuteres om det er en klar sammenheng mellom empowerment og helsekompetanse. Finbråten (2018 s. 99) ser på en mulig sammenheng mellom disse to begrepene. Gjennom å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter kan helsekompetanse anses å være et verktøy for å oppnå større kontroll over faktorer som påvirker helsen (Finbråten, 2018 s.99). Dette kan gjenspeiles tilbake til empowerment begrepet (Finbråten, 2018 s.99).

Empowerment og helsekompetanse kan videre kobles opp mot resultatene av denne studien ved at noen av de eldre tok i bruk kunnskapen de fikk til å kunne få bedre kontroll over egen situasjon og helse. For eksempel ved å starte å gjøre trimøvelser og fjerne gulvtepper.

Finbråten (2018 s.100) viser også til at kvalitetssikret helsekommunikasjon, som en kan si at FHB er, kan bidra til å gi økt helsekompetanse som igjen kan gi empowerment.

Empowerment modellen viser også til en sammenheng mellom styrket kunnskap, som kommer via FHB, og evnen til å sette i gang handlinger som påvirker til positiv helse som viser igjen i resultatene i denne studien (Green, et al., 2015 s.44).

Den økte bevisstheten rundt egen helse og situasjon som har kommet frem via informasjon og kunnskap, kan også bidra til at de eldre kjenner på en større begripelighet i hverdagen.

Begripelighet er en av komponentene i OAS og kan sees på som en del av det å håndtere og mestre hverdagen (Lindström & Eriksson, 2015 s. 28). Dette kan også ses i sammenheng med generelle motstandsressurser. Mange av de eldre kan sitte med store ressurser som de ikke vet hvordan de kan bruke til å styrke seg på helse kontinuumet. Lindström & Eriksson (2015 s.30) mener at det er essensielt å vite hvordan man skal bruke de tilgjengelige ressursene og ikke bare ha de der. FHB kan bidra til at de eldre enklere ser ressurser som de kan ta i bruk for at det kan gagne helsen positivt. Utfra Skumsnes et al. (2015) kan FHB samtaler inkludere en ressursfokusert helsesamtale med økt fokus på ressurser og mestringspotensialet. Det er usikkert om besøkene som ble gjort med informantene i denne studien, inkluderte en slik ressursfokusert helsesamtale eller ikke. Ut fra resultatene i denne studien kan en se at FHB hadde en påvirkning på de eldre i positiv retning ved at de ble mer bevisst og reflekterte over sin helse og sine ressurser. Dette kan også kobles opp mot empowerment-modellen ved at

FHB kan bidra til at de eldre opplever en større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (WHO, 1998).

Å bli mer bevisst og reflektert over sin egen helse kan tyde på at de eldre fikk økt sin helsekompetanse med å få informasjon og en ny måte å se tingene på etter FHB. Den økte bevisstheten kan også bidra til at de opplever en større begripelighet i deres liv, men også at FHB kan bidra til at de eldre får bruke de tilgjengelige ressursene. Den økte bevisstheten og refleksjonene førte også til at de i større grad tenkte over å utførte endringer i hjemmet, noe som videre skal diskuteres i neste underkapittel.

5.3 Hjemmet som arena for mestring

Informantene trekker frem at hjemmet er viktig for dem. Det er der de tilbringer det meste av tiden sin og det er viktig for de å ha det godt hjemme. Å ha et hjem, er for mange viktig for å kunne kjenne på tilknytning, trygghet, stabilitet og komfort (Mahler, et al., 2014). Hjemmet til den eldre er fylt med spesifikke ting som gir minner, men også hverdagsrutiner av betydning (Mahler, et al., 2014). De fleste av informantene kunne ikke se for seg å flytte fra hjemmet uten at det virkelig var nødvendig. En av informantene sa til og med at om han måtte flytte så måtte noen komme å bære han ut. Dette kan si en del om hvor viktig hjemmet er og at det er her de føler tilknytning og trygghet. FHB bruker hjemmet som setting for besøket hos de eldre. Hjemmet blir kartlagt og FHB kommer med rådgiving for hva de eldre bør gjøre for å tilrettelegge boligen for de eldre år og etter den eldres behov (Skumsnes et al., 2015).

Helse skapes i ulike settinger og hjemmet er der vi oppholder oss det meste av tiden. Flere eldre oppholder seg mer hjemme og er ikke like mye ute som tidligere. Helse skapes ikke bare i helsesektoren men også andre arenaer er viktige for god helse (Green et al., 2015 s. 453). FHB kommer hjem til de eldre å prater med dem. Dette kan styrke hjemmet som setting i motsetning til andre arenaer der de eldre inviteres til for eksempel senior konferanser utenfor hjemmet (Førland & Skumsnes, 2017). De eldre tok til seg informasjonen de fikk fra FHB om hjemmet og videreførte den ved at noen av de tilrettela hjemmet bedre i forhold til teppekanter, brannsikring osv.

Selv om hjemmet føles som en trygg plass å være for den eldre, er det ikke alltid slik. Mange eldre har gulvtepper som en lett kan snuble i. Risikoen for fall øker betraktelig etter fylt 80 år (Olsen, Ness, & Devik, 2017). Risikoen for fall for eldre over 65 år er så mange som en av tre (Olsen et.al, 2017). FHB spiller en viktig rolle for å skape et trygt og sikkert hjem for den eldre. Resultatene av min studie viser at de eldre tar imot rådet om å ta bort gulvtepper og tenke over hvordan hjemmet kan legges til rette med tanke på fallforebygging og brannsikkerhet. Flere fortalte de hadde fått fjernet gulvteppe og en av informantene hadde planer om å installere komfyrvakt på kjøkkenet. FHB kan gi mulighet for systematisk fallforebyggende arbeid til de utsatte eldre over 80 år (Helsedirektoratet, 2013). En vet også at psykologiske faktorer spiller inn når det gjelder fall hos eldre. For eksempel det å ha en frykt for å falle, men også manglende tro på egen mestring (Helsedirektoratet, 2013). Man kan ved dette si at det er viktig at FHB støtter opp om ressursene den enkelte eldre har og ikke skaper frykt hos den eldre. På den måten kan de eldre støttes til å mestre det å bo i hjemmet ved at det blir tilrettelagt for god fallforebygging og brannsikring.

Resultatene av studien viser blant annet at de eldre opplevde å bli sett og hørt, og at det ble fokusert på sikkerhet i hjemmet og tilrettelegging. Mahler et al. (2014) beskriver at hvis hjemmet skal romme et helsefremmende miljø bør helsepersonell fokusere på den Eldres kompetanse, sikkerhet i hjemmet, ressurser og tro på seg selv. En del av FHB modellen er at besøket skal ha en ressursfokusert samtale med økt fokus på ressurser og mestringspotensial (Skumsnes et al., 2015). Sikkerhet i hjemmet står sentralt i FHB modellen. FHB kan dermed være med på å bidra til at hjemmet til den eldre har et helsefremmende miljø som kan bidra til at de eldre mestrer hverdagen bedre.

Hjemmet betyr mye for oss mennesker. Hjemmets tilknytning handler ikke alltid om eierskap, men det å ha en tilknytning til et sted og det å føle seg hjemme (Mahler, et al., 2014). Hjemmet som en helsefremmende setting kan ha en direkte innvirkning på helsen (Mahler, et al., 2014). Det har innvirkning på helsen ved at det understøtter hverdagslig kompetanse og at det støtter opp om psykososiale prosesser. Hjemmet er også den plassen vi tilbringer mest tid. Hvordan hjemmet ser ut og hvordan hjemmet er plassert, har vist seg å ha betydning for trivsel, trygghet og kan bistå til bedret fysisk og psykososial helse (Munkejord, Eggebø & Schönfelder, 2018) En av informantene påpekte at hun følte seg fri og at hun nå ikke hadde

ansvar for noe eller noen. Dette kan forstås som en opplevelse av selvstendighet og uavhengighet, noe som også ble vektlagt som viktig blant eldre i Haak, Fänge, Iwarsson & Ivanoff (2007) sin studie, hvor også hjemmet spilte en svært viktig faktor for de eldres grad av uavhengighet. Alle informantene i min studie hadde et høyt ønske om å bo hjemme lengst mulig. Dette kan fortelle oss noe om hvor tilknyttet informantene var til hjemmet og kanskje handler det også om en følelse av å være uavhengig av noe.

5.4 Meningsfull hverdag når en bor alene

I denne studien har fokuset vært på eldre som bor alene og hvordan de opplever FHB besøket. En vet at eldre som bor alene er mer utsatt for ensomhet (Birkeland, 2013). God sosial støtte er essensielt for å håndtere ensomhet i hverdagen. I studiens resultater fremkommer det at noen av de eldre kjenner på noe ensomhet. De fleste har merket frafall av venner og dermed utfordringer i forhold til det sosiale livet. Når en blir eldre er det et naturlig frafall av venner og bekjente da noen av de blir syke og ikke klarer å komme seg ut på samme måte som tidligere. Det er også naturlig at noen dør (Birkeland, 2013). Samtlige eldre i studien forteller om at de har mistet venner og bekjente opp gjennom årene. En av informantene synes det ble spesielt vanskelig da konen døde fordi de hadde en del felles bekjente som han ikke klarte å opprettholde kontakten med. FHB kunne nok med fordel ha pratet mer med de eldre om ensomhet og sosiale relasjoner som de har. Det fremkommer av resultatene at de eldre savnet at det ble spurt om dette og at FHB kunne kommet med tips om hva de eventuelt kan gjøre. Denne studien er skrevet under Covid-19. Det kan være mulig at informantene var påvirket av dette ved at de ikke kunne treffe andre mennesker på samme måte som tidligere. Dermed har nok også dette sannsynligvis påvirket resultatet i forhold til den sosiale opplevelsen til de eldre.

På den andre siden fremhever de eldre også faktorer som gir mening for dem i hverdagen. Meningsfullhet er en viktig komponent i opplevelse av sammenheng (OAS) begrepet og kan trekkes inn her (Lindström & Eriksson, 2015 s. 28). For de som hadde barnebarn og oldebarn var det en stor glede i livet og informantene fortalte stolt om dem. Venner var spesielt viktig for de som var alene og ikke hadde barn eller så mye familie å støtte seg på. De hadde nieser og nevøer som sto dem nære og betydde mye for dem. Alt dette sosiale rammeverket hjelper

de eldre med å håndtere hverdagen ved at de får hjelp og sosial støtte. Venner og familie kan sees på som en ressurs for å kunne håndtere hverdagens utfordringer og da spesielt for de som bor alene og ikke ellers i hverdagen har noen å prate med. OAS kan betraktes som en livsinnstilling som er en måte å tenke, være og handle på som individ (Lindström & Eriksson, 2015 s. 29). Dette kan gi en mestringsressurs som kan hjelpe en med ulike strategier for å løse forskjellige utfordringer eller håndtere ulike hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015). Som for eksempel det å bli eldre og miste ektefelle, venner og bekjente. Hvordan vi takler livets utfordringer handler om hvilke erfaringer vi har gjort oss og vår evne til å bruke dem (Espnes & Lindström, 2014 s. 26). De eldre synes også det var viktig å ta en dag om gangen, å ikke bekymre seg for mye om fremtiden. Dette kan en også trekke opp mot erfaringer og en livsinnstilling om at livet ikke leves i fremtiden men i nåtid. Det er likevel viktig å legge til rette for at fremtiden også blir håndterbar noe FHB kan bidra til. Eldre har gjennom et langt liv opparbeidet seg flere erfaringer som videre kan brukes som en ressurs til å takle hverdagens utfordringer. Flere av de eldre var også engasjert i flere ting, blant annet sykling, stell i hagen og å lære seg nytt språk. Det å finne noe meningsfullt å engasjere seg i, kan gi trøst, styrke og føre til økt mestring. Å fokusere på det positive i livet kan gi mening og dermed mestringsfølelse (Espnes & Lindström, 2014 s.34). FHB bør kunne bidra til motivasjon blant de eldre til å kunne finne noe meningsfullt de kan engasjere seg i da det har vist seg er en viktig komponent for mestring av hverdagen og utfordringer i livet generelt.

FHB bidrar til at de eldre får økt trygghet i å bo hjemme. Dette fremkommer både i annen forskning som blant annet Sjøbø et al. (2016) men også i min studie. Flere av de eldre gav uttrykk for at de følte at FHB gav dem en trygghet i form av at de vet hvor de skal ta kontakt om de en dag skulle trenge hjelp i hverdagen. De var også veldig takknemlige og følte seg sett og hørt av kommunen. Da de eldre pratet om dette ble noen av dem veldig rørt og det viser hvor mye det betyr for dem. Det å bli verdsatt kan ses på som en del av sosial støtte (J. Drageset, 2018 s. 82). Verdsatt både av kommunen og de menneskene en har rundt seg er av betydning for sosial støtte. Samtlige av informantene hadde nære relasjoner med familie og de fleste hadde også gode og nære venner å støtte seg på. Det fremkom i resultatene i studien, at de eldre savnet informasjon om hvordan de hadde det rent sosialt, og at de hadde pratet mer om sosiale relasjoner og ensomhet.

6.0 Avslutning

I denne studien har det blitt undersøkt hvilke erfaringer og opplevelser eldre enslige har etter å ha mottatt FHB besøk. Studiens funn er blitt diskutert opp mot relevant teori og tidligere forskning. I diskusjonen er det blitt diskutert hvordan kunnskap kan føre til økt kompetanse blant de eldre og hvordan dette henger i sammen med FHB. Det er også blitt diskutert betydningen av hjemmet og det å bo alene hjemme sett opp mot blant annet settingsteori. Ut fra funn i studien, teorien som er beskrevet og diskusjonen som er blitt presentert vil jeg videre i oppgaven nå presentere konklusjonen på studien og konklusjon på underspørsmål og problemstillingen.

6.1 Konklusjon

Til slutt, vil jeg nå konkludere ut fra mine underspørsmål, for så å komme frem til en konklusjon på hovedproblemstillingen i denne oppgaven. Hovedproblemstillingen er:

Hvordan kan forebyggende hjemmebesøk være med på å bidra til at eldre som bor alene mestrer hverdagen hjemme?

Underspørsmålene presenteres her:

Hvilke tanker har de eldre om mestringsevnen etter FHB?

Sett i et helhetlig perspektiv så ser ikke de eldre at mestringsevnen har forandret seg direkte etter besøk av FHB, begrunnet i at de eldre mestret hverdagen greit fra før. Resultater av studien viser likevel at gjennom informasjon og kunnskap så har de blitt mer reflekterte og bevisste på hjemmesituasjonen noe som igjen kan ha påvirkning på mestring i hverdagen. Dette ved at de hadde tanker om å gjøre endringer i hjemmet. Studien viser også at økt bevissthet rundt egen helse og liv, kan bidra positivt til mestringsevnen, ved at de blir mer bevisste på sin egen situasjon.

På hvilken måte har FHB bidratt til økt refleksjon rundt egenopplevd helse?

Gjennom informasjonen og kunnskapen som FHB gir til de eldre, blir de mer bevisst og reflekterende over sin egen helse. FHB setter i gang tanker og refleksjoner hos dem som blir bearbeidet i ettertid av besøket. Flere av informantene fikk en oppvekker når det gjelder sin egen helse, og begynte å reflektere over hvordan de egentlig hadde det. Men også det at FHB kommer hjem og viser interesse og tar en samtale med de eldre kan bidra til økt refleksjon rundt sin egenopplevde helse. Dette satt de eldre igjen med som en positiv opplevelse.

Hvilken erfaring sitter de eldre igjen med etter FHB?

De eldre sitter igjen med positiv erfaringer etter FHB besøket. De fikk god informasjon som de har tatt med seg videre å gjort noen forbedrende tiltak i hjemmet. De sitter også igjen med en trygghet om at kommunen stiller opp for dem og en opplevelse av at de føler seg sett og verdsatt av kommunen. Erfaringene viser også at de sitter igjen med noen tanker om hva de savnet av besøket for eksempel det at de savnet informasjon og samtale om sitt sosiale liv og det å bo alene. Hjemmet, det å bo alene og sosial støtte har vist seg å være spesielt viktig for de eldre.

Oppsummert viser studien at de eldre er blitt mer bevisste og trygge etter FHB besøket, de har også gjort endringer i hjemmet som kan bidra til økt mestring i hverdagen på sikt. De eldre hadde gode erfaringer med besøket og de var glad for at de takket ja. Flere av informantene ble også mer reflekterte rundt sin egen helse og fikk en oppvekker på hvordan de egentlig hadde det. FHB kan bidra til at de eldre mestrer hverdagen bedre ved at de får økt kunnskap og trygghet rundt det å bo hjemme. Informasjonen de får kan også føre til en bredere helsekunnskap som igjen kan føre til økt bevissthet rundt valg som påvirker deres helse. Samtidig som studien også viser at det er forbedringer som kan gjøres for at tilbudet kan bli mer tilpasset den enkelte eldre, som for eksempel mer fokus på de sosiale aspektene hos de eldre.

6.2 Videre forskning på området

Dette er et felt der trengs mer forskning på. Spesielt effektforskning og kvantitative studier, for å se mer hvordan FHB påvirker de eldre, men også hvilket utbytte samfunnet får av et slikt besøk. Kvantitativ studie ville ha dekket en større andel av eldre. Jeg vil si at det trengs mer forskning på ulike grupper av eldre. For eksempel eldre som bor alene, da dette er en stor gruppe av eldre, som også kommer til å vokse i løpet av de neste tiårene. Eldre som bor alene er en utsatt gruppe for ensomhet. Mer forskning og kunnskap kan bidra til mer forståelse og forebygging av ensomhet blant eldre. Denne studien dekker ikke noe om selve FHB samtalen. Det kunne vært interessant med observasjonsstudier på området for å dekke interaksjoner mellom bruker og helsepersonell under FHB. Hvordan helsepersonell kommuniserer og legger frem informasjonen på, kunne også vært interessant å sett på i videre forskning.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco. Jossey-Bass Inc. Publishers. ISBN 0-87589-412-7
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo. Gyldendal akademisk.
- Behm, L., Ivanoff, S., & Zidnn, L. (2013). *Preventive home visits and health - experiences among very old people*. BMC Public Health, 13(1), 378.
- Birkeland, A. (2013). *Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie*. Sykepleien Forskning, (2), 116-122.
- Bogsti W. B., Sveen, S., Sogstad M.K.E., & Nordbye, B. (2020). *Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg?* Sykepleien 2020 DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80324
- Boulton-Lewis, G. M. (2010). Education and Learning for the Elderly: Why, How, What. *Educational Gerontology*, 36(3), 213-228.
- Bunton, R. (2002). Health promotion as social policy I: Bunton, R., & Macdonald, G. *Health promotion : Disciplines, diversity, and development* (2nd ed.). London: Routledge.
- Drageset, S. (2018). Mestring I: Haugen, G & Rannestad, T. (Red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Drageset, J. (2018). Sosial støtte - et salutogent begrep og forskningsfelt I: Haugen, G & Rannestad, T. (Red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Espnes, G.A & Lindström, B. (2014). Salutogenese - et viktig steg for å forstå helse? I: Haugen, G & Rannestad, T. (Red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Finbråten, H. S (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie I: Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.) *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2.utg.ed.) Bergen: Fagbokforlag.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre - En oppsummering av kunnskap*. Senter for omsorgsforskning.
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S., & Folkestad, B. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk*

- til eldre*. Utbredelse, diffusjons-prosesser og spredning - Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, (02), 119-130.
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion : Planning & strategies* (3rd ed.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S., & Dahlin Ivanoff, S. (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(1), 16-24.
- Helsedirektoratet (2013). *Fallforebygging i kommunen: Kunnskap og anbefalinger* (Rapport (Helsedirektoratet)). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. Oslo. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>
- Helse og- Omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*. Meld.St. 15 (2017-2018) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?q=Livsglede&ch=4>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen 2019-2023 (Rapport)
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Koelen, M., Eriksson, M., & Cattan, M. (2017). Older people, sense of coherence and community I: Sagy, Shifra, Mittelmark, Maurice B, & Eriksson, Monica. (Red.). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer Open.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo. Gyldendal Akademiske
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mahler, M., Sarvimäki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen, N., Liveng, A., Zidén, L., Johannessen, A., & Hörder, H. (2014). Home as a health promotion setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15_suppl), 36–40.
<https://doi.org/10.1177/1403494814556648>

- Mittelmark, Bull, Daniel & Urke (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health I: I: Sagy, Shifra, Mittelmark, Maurice B, & Eriksson, Monica. (Red.). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer Open.
- Munkejord, M.C, Eggebø, H. & Schönfelder, W. (2018). *Hjemme best? En tamatisk analyse av Eldres fortellinger om omsorg og trygghet i eget hjem Home sweet home?* Universitetsforlaget DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2018-01-03
- Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst – eller bare eldre? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 135(6), 567.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg., p. 234). Universitetsforl.
- Nes, B.R, Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet - Anbefalinger for ett bedre målesystem* (Rapport, Helsedirektoratet) Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/livskvalitet.-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/>
- Olsen, R. M., Ness, T. M., & Devik, S. A. (2017). *Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene – En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket, 2017.
- Pettersen, K S. , & Jenum, A K., (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning (Oslo)*, Sykepleien forskning (Oslo), 2014.
- Rannestad, T. & Haugan, G. (2018). Helsefremming i kommunehelsetjenesten I: Haugen, G & Rannestad, T. (Red.) *Helsefremming i kommunehelsetjenesten Oslo*: Cappelen Damm Akademisk
- Rostøl, U. (2012). *Prosjektrapport «Forebyggende hjemmebesøk»*. Stavanger Kommune Hentet den 27.05.20 fra: <http://www.utviklingssenter.no/forebyggende-hjemmebesok.4914065-185540.html>
- Sjøbø, B., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2016). *Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer*. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, (01), 47-58.
- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer*. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 62-71 ER.
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger*. Hentet 27.05.20 fra:

http://idehandbok_eldre.stavanger.kommune.no/files/assets/common/downloads/publication.pdf

- Skumsnes, R. (2013). *Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre*. Sykepleien Forskning, 8(4), 310-321.
- Statistisk Sentralbyrå (2019). *1 av 3 eldre bor alene* Hentet den 05.05-20 fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). *How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit*. *Nursing Research and Practice*, 2014
- Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2017). *An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, DOI: 10.1111/scs.12555
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). *Preventive home visits to older people in Denmark*. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 40(4), 209-216.
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen: Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Weare, K. (2002). The contribution of education to health promotion I: Bunton, R., & Macdonald, G. *Health promotion : Disciplines, diversity, and development* (2nd ed.). London: Routledge.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 14.02.2020, fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization (2015) *World Report on ageing and health* Hentet den 20.05.20: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=2805CBB1B9DFF3E1461AD185273315A6?sequence=1
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Hentet den 08.01.21 fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=>