

Ett frågeformulärs användbarhet som stöd mellan besökspersonen och senioren vid ett förebyggande hembesök- en kvalitativ pilotstudie

Linda Delfin & Pia Petersson

Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan

**Ett frågeformulärs användbarhet som stöd mellan
besökspersonen och senioren vid ett förebyggande
hembesök – en kvalitativ pilotstudie.**

Linda Delfin & Pia Petersson

Kristianstad University Press

Tryckort: Kristianstad 2018

ISSN: 1652-9979 NR 7 2018

© Respektive författare

Ett frågeformulärs användbarhet som stöd mellan besökspersonen och senioren vid ett förebyggande hembesök – en kvalitativ pilotstudie.

Linda Delfin & Pia Petersson

Abstrakt

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan är samordnare för flera projekt varav ett är Preventiva Hembesök till Seniorer (Pre-H). Syftet med Pre-H programmet är att utveckla en gemensam modell för preventiva hembesök samt implementera och utvärdera den. Fokus ligger på utveckling av besökstjänsten, organisationen och av ett digitalt stöd (digitalt bedömnings-, rådgivnings- och beslutsstöd). Grunden i det digitala stödet är en enkät uppbyggd med signalfrågor och följdfrågor. Det framtagna frågeformuläret har under 2016 genomgått en första remissgenomgång och är redo att testas på seniorer för att ytterligare förbättringar ska möjliggöras innan den används i praktiken. Syftet med denna pilotstudie var att undersöka seniorers uppfattningar om ett frågeformulärs användbarhet som stöd för samtalet mellan besökare och senior vid preventiva hembesök. Studien hade en kvalitativ induktiv ansats. Tio personer intervjuades genom "fiktiva" hembesök. Seniorernas uppfattning om frågeformulärets användbarhet som stöd i samtalet resulterade i tre kategorier och tolv subkategorier. Under kategorin "Seniorns uppfattning om frågorna i frågeformuläret" erhöles tre subkategorier: Tydlighet och otydlighet, Relevans och Känsliga ämnen. Under kategorin "Seniorernas uppfattning av frågeformuläret uppbyggnad" erhöles två subkategorier: Struktur, Omfattning. Under kategorin "Seniorernas uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket" erhöles sex subkategorier: Besökspersonen, Säkerhet och hjälpmedel, Kost och motion, Undersökningar, Läkemedel samt Besökets avslut och uppföljning. En enkät som stöd och struktur vid samtalet är av godo om frågorna begränsas och strukturen är tydlig. Av stor vikt är även att senioren ges återkoppling genom konkreta förslag på åtgärder som senioren själv vill/kan vidta. Information i form av broschyrer kan med fördel lämnas till senioren som efter besöket kan ta del av texten i lugn och ro. Några områden kan utvecklas mer för att öka besökets värde till exempel information kring läkemedel och äldre. För att hembesöket skall upplevas meningsfullt för senioren ställs stora krav på besökspersonens kompetens.

Nyckelord: Preventiva hembesök, Äldres hälsa, Motivation, Egenmakt, Hälsopromotion, Sjukdomsprevention.

Rapporten är baserad på ett examensarbete inom specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning vård av äldre genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.

INNEHÅLL

FÖRORD	7
INLEDNING	8
BAKGRUND	8
Senioren	8
Förebyggande hembesök nationellt och internationellt	9
Promotion, Prevention och Salutogenes	10
Förebyggande hembesök i Nordöstra Skåne	12
Frågeformulärs tillförlitlighet/användbarhet hos äldre	12
SYFTE	13
METOD	14
Design	14
Urval	14
Datainsamling	14
Tillvägagångssätt	15
Analys	15
Förförståelse	15
Etiska överväganden	17
RESULTAT	17
Seniorernas uppfattning om frågorna i frågeformuläret	18
Tydlighet och otydlighet	18
Relevans	20
Känsliga ämnen	22
Seniorernas uppfattning om frågeformulärets uppbyggnad	25
Struktur	25
Omfattning	27
Seniorernas uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket ..	27
Besökspersonen	27
Säkerhet och hjälpmedel	29
Kost och motion	30
Undersökningar	31
Läkemedel	31
Besökets slut och uppföljning	32
DISKUSSION	32
Metoddiskussion	32
Resultatdiskussion	34
Vilka förväntningar hade senioren på besökspersonen?	34
Är det lättare att besvara ”känsliga/svåra” frågor i hemmiljö?	35
Hur många frågor är optimalt för ett hembesök?	36
Vad händer med svaren? Hur kan samtalet bidra till förändring/ motivation?	36
Vad saknas i frågeformuläret?	38

Slutsats	38
Framtida forskning.....	39
Kliniska implikationer	39
REFERENSLISTA	40

Bilaga 1 Pilotenkät

FÖRORD

I denna studie utvärderas ett omfattande frågeformulär som ska användas vid preventiva hembesök till seniorer. Målsättningen med de preventiva hembesöken är att stärka hemmaboende seniorers egenmakt genom individuellt anpassade rekommendationer för att främja hälsa, välbefinnande och oberoende. Kostnaderna för preventiva hembesök har i studier visats vara låga i relation till den samhällsnytta som uppnås. Studier visar till och med att besöken kan bidra till hälsoekonomiska vinster. Som stöd för besöken används ett frågeformulär som har tagits fram i samverkan mellan forskare och representanter från sju kommuner i Nordöstra Skåne och Region Skåne. Frågeformuläret används som stöd för besökaren när hen ställer frågor till senioren. På sikt är det tänkbart att vissa delar fylls i av senioren själv och att andra används som intervjufrågor. Oavsett hur de används är det tänkta att utgöra ett stöd för samtal. Användarvänlighet och meningsfullhet kan ses som centrala för frågeformulär som ska användas vid preventiva hembesök. Användarvänligt inbegriper t.ex. att frågorna upplevs som tydliga och relevanta av senioren. Men, det är också viktigt att frågorna är meningsfulla, det vill säga att om problem/svårigheter föreligger ska det också finnas någon form av åtgärd som kan vidtas. Åtgärderna kan exempelvis handla om att samtala, ge råd och tips. För att formuläret ska upplevas användarvänligt är det även viktigt att frågorna kommer i en logisk ordning, att strukturen är logisk för att underlätta samtalet. Vidare lyfts det fram att frågeformuläret inte får vara allt för omfattande. Även andra aspekter än frågeformuläret lyfts fram i studien. Till exempel aspekter som berör besökspersonen. Seniorerna lyfter fram att besökspersonens erfarenhet och kunskaper är viktiga för kvaliteten på hembesöket. Besökaren ska också ha ett personcentrerat förhållningssätt samt kunskaper om hur man tar till vara individens egna resurser. Fördelar lyfts också fram med att besöken sker just hemma hos senioren. Hur påverkar användningen av frågeformulär det mänskliga mötet? Vinsterna med att använda ett frågeformulär beskrivs i studien. Men, det är viktigt att formuläret är användarvänligt. Denna studie kommer att bidra till att frågeformuläret för de preventiva hembesöken optimeras utifrån "användarnas" perspektiv, det vill säga seniorernas. Studien är ett viktigt komplement till de synpunkter som har kommunicerats av de personer som genomför hembesöken. Tillsammans kommer dessa båda perspektiv, seniorers och besökares, att öka användarvänligheten. Att genomföra undersökningar av användarvänlighet medför viktiga insikter som underlag för optimering av frågeformulär innan fullskalig implementering.

Kristianstad 2018-08-03

Albert Westergren,

Professor, forskningschef för Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Högskolan Kristianstad. Tidigare projektledare för "Preventiva Hembesök till Seniorer".

INLEDNING

Att vara äldre innebär stora förändringar, såväl kroppsliga som sociala och psykologiska. Vanligt förekommande är förändringar i balans, syn, hörsel, näringsupptag och minne. Den äldre har också ofta ökad känslighet för läkemedel vilket kan leda till oönskade biverkningar. Förutom de rent kroppsliga förändringar som sker vid stigande ålder visar forskning på att omkring en tredjedel av alla äldre idag besväras av ensamhet och psykisk ohälsa. Att ohälsa uppkommer till följd av förändringarna går att till viss del motverka genom förebyggande insatser. Genom förebyggande hembesök kan flera olika områden förbättras vilket leder till ökad trygghet, oberoende och bibehållen/ökad hälsa för den äldre. Förebyggande hembesök syftar till att skapa hälsa genom att identifiera och stärka individens egenmakt, *empowerment*, i ett tidigt stadium. Sju kommuner i Nordöstra Skåne har tillsammans med Högskolan Kristianstad startat ett projekt för att utveckla de förebyggande hembesöken. En del i projektet är en utveckling av ett gemensamt frågeformulär. Syftet med denna pilotstudie var att belysa seniorers uppfattning om hur frågeformuläret kan stödja samtalet innan implementering sker i större skala.

BAKGRUND

Senioren

Senioren är synonymt med "den äldre" och i forskning och demografiska studier brukar "yngre-äldre" räknas från 60-65 år till 75-80 år. Gruppen "äldre-äldre" brukar räknas från 75-80 år och uppåt (Kragh, 2013). De senaste tjugo åren har gruppen tillhörande äldre-äldre ökat vilket innebär att alltfler lever länge. Sverige är idag det land med högst andel personer över 80 år (Behm, 2014, SCB, 2015). Personer över 85 år är de som har störst behov av vård och hjälpinsatser och fram till år 2035 väntas denna grupp fördubblas. Det spås även att medellivslängden och andelen personer som passerar 100 år fortsätter att öka (SCB, 2015). Att ålder enbart är en siffra uttrycks ofta i det dagliga livet och det finns en sanning i detta. I åldersgruppen 80 år finns stora variationer i aktivitets- och funktionsnivå. Det som kännetecknar åldrande är en nedsatt funktion i flera organ vilket leder till minskad reservkapacitet (Ernst Bravell, 2013).

Enligt Austad (2001) ses två typer av åldrande; *Det Primära universella åldrandet* och *det Sekundära åldrandet*. Det primära åldrandet är det som sker inuti våra kroppar och som inte går att påverka, en oåterkallelig nedgång i funktion. Sekundärt åldrande däremot, drabbar inte alla, den är mer sjukdomsrelaterad och beror på både inre och yttre påverkan. Ibland kan besvär i det sekundära åldrandet gå tillbaka.

Gränsen mellan det som går att påverka och det som är ett primärt åldrande är fluktuerande. Den biologiska åldern är alltså inte detsamma som faktiska åldern i siffror. Men trots detta sker flera biologiska förändringar med stigande ålder. Bland annat förloras muskelmassa och muskelstyrka, *sarkopeni*, (muskelförtving) som en följd/kombination av åldrande, sjukdom, inaktivitet och bristande näringsintag (Ernst Bravell, 2013). Åldrandets sarkopeni orsakas av genetiska faktorer samt livsstil med fysisk inaktivitet och bristfälligt näringsintag av framförallt protein. Muskelmassan ersätts med fett där en effekt kan bli svaghet med en ökad risk att falla. Minskad muskelmassa innebär även ett minskat skydd vid tryck och fall (Ernst Bravell, 2013). Enligt Serra- Rexach et al (2011) motverkas sarkopenin genom styrketräning med medelhög intensitet, och ett ökat proteinintag. Ökad styrka påverkar livskvalitet hos de äldre, minskar fallolyckorna och minskar kostnaderna för sjukvården.

Även andra biologiska förändringar sker med ökad ålder vilket bland annat medför en ökad känslighet för läkemedelsbiverkningar. Ernst Bravell (2013) beskriver att vid 80 år är njurförmågan ofta halverad och det är lättare att drabbas av uttorkning. Även volymen av urinblåsan minskar vilket gör att de äldre ofta har frekventa och starka trängningar. Följden av detta är ofta nattliga toalettbesök som innebär en risk att ramla (Ernst Bravell, 2013).

Genom att besöka äldre, omkring 80 år, för ett hälsosamtal, så kallat *förebyggande hembesök*, kan ohälsa förebyggas, vårdbehovet minskas och behovet av vård på kommunala boenden skjutas på framtiden (Sahlén, Löfgren & Lindholm, 2006). Många av de hälsofrämjande faktorerna som gäller för yngre gäller även för de äldre och det hälsofrämjande arbetet är en viktig del av hälso- och sjukvårdslagen (HSL,1982:763). Men detta till trots är det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inte en stor eller självklar del i vården.

Förebyggande hembesök nationellt och internationellt

Med förebyggande hembesök menas *“Visits to independently living elderly people, which are aimed at multidimensional medical, functional, psychosocial and environmental evaluation of their problems and resources”* (Van Haastregt et al 2000). De förebyggande hembesöken i Sverige och utomlands har visats förbättra äldres hälsa, öka trygghet, minska vårdbehov samt generera minskade sjukvårdskostnader (Sahlén, Löfgren & Lindholm, 2006). För att detta resultat skall uppnås krävs struktur och uppföljningar. Enligt socialstyrelsen (2014) syftar de förebyggande hembesöken till att bibehålla hälsa- och självständighet hos äldre personer som bor kvar i hemmet. Insatsen har använts i Sverige sedan 1990-talet men även i andra länder. Bland annat i Danmark och Storbritannien är den en del av den internationella policyn. Erfarenheter visar på att det är bra om insatsen innefattar ett intervjuformulär som kan utgöra ett samtalsstöd och bidra till kvalitetssäkring (Sahlén, Löfgren, Heller & Lindholm, 2006).

Det är dock av vikt att det används flexibelt så att innehållet i samtalet kan anpassas till den enskilde. Enligt Socialstyrelsen (2014) bör hembesöken kortfattat innehålla information om hur kommunens äldreomsorg fungerar, fallförebyggande åtgärder, risker i hemmet, aktiviteter i närområdet, livsstilsrelaterade faktorer som motion, sömn, kost och näring men även frågor som berör t.ex. psykisk hälsa och medicinering kan tas upp. Idag varierar innehållet i besöken mycket mellan olika verksamheter och länder. Förebyggande hembesök har visat sig vara särskilt gynnsamma under vissa förhållanden. En studie av Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr (2008), där fysisk undersökning (t.ex. blodtrycksmätning, laboratorietest) är inkluderat i hembesöket, visar på en bättre bibehållen vardaglig funktionsförmåga hos de äldre. Den effekten sågs inte för hembesök där en fysisk undersökning ej genomfördes. I Behm (2014) framkom att de äldre upplevde positiva effekter av det förebyggande hembesöket genom att det stärkte deras människovärde och gjorde dem synliga och trygga. Faktorer som påverkar känslan av trygghet kan vara, att känna delaktighet i samhället, att känna igen och vara bekant med situationer samt att kunna använda olika typer av hjälpmedel när behov finns (Petersson & Blomqvist, 2011).

Cornelius och Wånell (2005) lyfter fram fyra viktiga faktorer som påverkar hur bra det förebyggande hembesöket blir: Kunskapen hos den som gör besöket, god ömsesidig kontakt, struktur med sakkunnig information samt att besöken görs minst två gånger per år. De förebyggande hembesöken bedöms som samhällsekonomiskt lönsamma med positiva effekter i form av minskad smärtbild, färre läkar- och sjukhusbesök samt ökad livslängd (Sahlén, Löfgren, & Lindholm, 2006). Hembesöken handlar således om att förebygga sjukdom men även om att främja hälsa.

Promotion, Prevention och Salutogenes

Det finns viktiga skillnader mellan att *främja hälsa* och att *förebygga sjukdom*. I dagligt tal sammankopplas ofta renodlat preventivt arbete med hälsofrämjande arbete men det finns viktiga skillnader. Bauer, Davies och Pelikan (2006) har utarbetat en modell som bland annat visar att hälsofrämjande förhållningssätt, *hälsopromotion*, handlar om kunskap kring de faktorer/processer som skapar hälsa och där avsikten är att förbättra människans upplevda hälsa. WHO definierar hälsopromotion som: *“Den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över, och förbättra sin hälsa och därmed leva ett aktivt och produktivt liv för att uppnå välbefinnande och livskvalitet”* (Ottawa Charter Health promotion, 1986). Erikson och Lindström (2007) vidareutvecklade begreppet ytterligare med tanken att förbättra den befintliga definitionen av hälsa genom att integrera principerna om hälsofrämjande (Ottawa-stadgan) och konventionen om mänskliga rättigheter med Antonovsky salutogena koncept:

“Hälsopromotion är den process som gör det möjligt för individer, grupper eller samhällen att öka kontrollen över, och att förbättra sin fysiska,

mentala, sociala och andliga hälsa. Genom att skapa miljöer och samhällen som karakteriseras av klara strukturer och skapa förståelse för miljöer där människor ser sig själva som aktiva, deltagande subjekt som kan definiera sina inre och yttre resurser, använda och återanvända dem för att förverkliga sina ambitioner, tillfredsställa sina behov, uppfatta meningsfullhet och förändra eller anpassa sig till miljön på ett hälsofrämjande sätt". (Eriksson och Lindström, 2007).

Preventivt förhållningssätt handlar däremot om, *sjukdomsprevention*, om att förhindra att sjukdom bryter ut. Forskarna menar att nuvarande hälsotillståndet bestämmer hur den framtida hälsan blir och är därför en viktig markör för insatser. Samtalen som sker under de förbyggande hembesöken har både ett sjukdomspreventivt och ett hälsopromotivt syfte. Under samtalen identifieras riskfaktorer för ohälsa och genom stöd och information kan individen stärkas till att vidta förändringar som ger bättre hälsa. Samtalen utgår således från ett *salutogent* perspektiv. Salutogenes betyder hälsans (salut) ursprung (genes). Den salutogena teorin beskrivs av Antonovsky (1991), och innebär att en människa oavsett ålder, friskhet eller sjukdom har någon form av hälsa så länge hon lever. Grunden utgörs av individens egen upplevelse av hälsa. Ett centralt begrepp i Antonovsky (1991) teori är känslan av sammanhang vilket beskrivs som KASAM. En individs övergripande känsla av sammanhang, utgår enligt den nu framlidne professorn från tre viktiga begrepp, vilka är: Begriplighet, Hanterbarhet och Meningsfullhet:

- **Begriplighet:** att det som händer en person är förståeligt, strukturerat och förutsägbart.
- **Hanterbarhet:** beskriver tillgängliga resurser för att kunna möta och hantera kravfyllda intryck och situationer i livet.
- **Meningsfullhet:** en komponent för motivation och emotionellt skapande. I denna del poängteras vikten av delaktighet, att individen aktivt medverkar i de processer som sker i dess dagliga liv.

Personer som har högt KASAM har ofta bättre hälsa, färre läkarbesök och kortare vårdtider inom slutenvården (Langius- Eklöf, 2013, Langius & Björkvell H, 1996). Det teoretiska antagandet är att en individs förmåga att framgångsrikt hantera påfrestande situationer står i nära relation till graden av KASAM i livet (Antonovsky, 1987).

Kommunikationen i ett möte kännetecknas av en dialog där ömsesidigt utbyte av kunskap och erfarenheter kan ske. Sedan många år har delaktighet poängterats i vården för att öka en persons motivation till att leva hälsosamt och därmed öka sitt välbefinnande. Empowerment är ett begrepp som ofta nämns i dessa sammanhang. Empowerment eller Patient Empowerment (PE) innebär enligt Funnell et al (1991) att: *Patients are empowered when they have the knowledge, skills, attitudes and self-awareness*

necessary to influence their behavior and that of others in order to improve the quality of their lives (s. 38). Egenmakt exemplifieras som en av de grundläggande förutsättningarna för att skapa beteendeförändringar. För att uppnå förändringar krävs medvetenhet där viktiga komponenter är kontroll, självtillit, stolthet och makt (möjlighet att påverka), (Insulander och Björnvell, 2013).

Förbyggande hembesök i Nordöstra Skåne

I Södra Sverige, Skåne, finns i landskapets nordöstra del ett nära och formaliserat samarbete mellan Högskolan Kristianstad, sju kommuner, primärvården samt sjukhusen Kristianstad och Hässleholm. Högskolan Kristianstad är drivande i samarbetet genom forskningsplattformen Hälsa i Samverkan. Ett av projekten som samordnas genom plattformen är *Preventiva hembesök till seniorer* (Pre-H). Samarbetet startade för att hembesöken, som redan pågått under flera år i några av kommunerna, skulle kunna göras mer likvärdiga. Det upplevdes vinstgivande med ett lika arbetssätt i de olika kommunerna för att ingen skulle behöva uppfinna "hjulet" igen. Kommunerna som ingår i samarbetet tillhör Skåne Nordost och innefattar: Kristianstad, Bromölla, Hässleholm, Osby, Östra Göinge, Hörby, samt Perstorp.

Syftet med Pre-H projektet är att utveckla, implementera och utvärdera förbyggande hembesök genom att skapa en gemensam modell för hembesöken, genom utveckling av besökstjänsten, organisationen och ett digitalt stöd (digitalt bedömnings-, rådgivnings- och beslutsstöd). Vidare är syftet inom Pre-H, att följa och utvärdera införandet av modellen för ytterligare optimering. En enkät har tagits fram utifrån de formulär som använts tidigare i kommunerna samt utifrån iterativa processer med en styrgrupp, bestående av professionella representanter, för Pre-H.

Idag erbjuds förbyggande hembesök i fyra av de sju kommunerna. I de fyra kommunerna som idag erbjuder hembesök, skiftar åldern på de som erbjuds från 75 år till 81 år. Hembesök erbjuds till samtliga inom den aktuella åldersgruppen och besökspersonen är idag vanligen en distriktssköterska.

Hörnpelarna för förbyggande hembesök utgörs som helhet av information, samhällsplanering, stärkande av egenmakt (hälsopromotion) och förebyggande av ohälsa (sjukdomsprevention). Målsättningen är att stärka seniorens egenmakt, *empowerment*, genom individuellt anpassade rekommendationer för att främja hälsa, välbefinnande och oberoende.

Frågeformulärs tillförlitlighet/användbarhet hos äldre

Under år 2016 togs ett första frågeformulär fram med hjälp av de befintliga frågeformulär som kommunerna använde samt synpunkter från äldre personer i ett brukarråd. Det nya frågeformuläret genomgick en första remissomgång i styrgruppen samt hos

de som utför de förebyggande hembesök. För att ytterligare utveckla och förfina frågeformuläret innan det skulle tas i bruk ansågs de äldres synpunkter viktiga. Det finns flera kriterier som avgör en enkäts kvalitet (Ejlertsson, 2005). Avgörande är bland annat om enkäten har ett enkelt språk, om frågorna är entydiga, att en fråga åt gången ställs, likaså ett svar åt gången. Frågor som är ledande och rena kunskapsfrågor bör undvikas. Om känsliga frågor ställs bör dessa motiveras t.ex. frågor som berör alkohol eller inkomst. Frågor där respondenten kan ge socialt önskvärda svar bör även de undvikas. Svartalternativen bör vara uttömmande och frågor som endast kan besvaras med "ja" eller "nej" bör undvikas. Det är enligt Williams (2003) bättre att ställa personliga frågor mot slutet av enkäten då respondenten förhoppningsvis är mer avslappnad. Kraven på korrekta problemformuleringar är lika för både kvantitativa och kvalitativa studier, men det är svårare att ändra planeringen i kvantitativa studierna då en enkät redan har utformats/delats ut (Repstad, 2007).

Frågeformuläret framtaget inom ramen för Pre-H var tänkt att användas som ett samtalsunderlag vid hembesöken och behövde därför testas i verkliga situationer eftersom långa samtal kan vara tröttnande för en äldre person samt att personer med nedsatt hörsel och nedsatt syn kan behöva särskild stöttning (Ernst-Bravell, 2013). Dessutom översteg formuläret rekommenderade antal frågeställningar som bör begränsas till 40-50 stycken (Ejlertsson, 2005). Enligt Ejlertsson (2005) bör en enkät inte ta mer än en halvtimme att besvara/fylla i för att inte vara tröttnande.

Formuläret som skulle tas i bruk hade till största del ett salutogent perspektiv, vilket innebär att fokus finns på faktorer som vidmakthåller hälsa. Bland annat fanns frågor uppdelade i område med fokus på till exempel: *Säkerhet i hemmet, Allmän och fysisk hälsa, Psykosocial hälsa, Socioekonomisk situation, Nutrition och aktivitet*. Inför pilotstudien omfattade formuläret 12 områden med signalfrågor (huvudfrågor) med tillhörande följdfrågor för de områden där någon sk "risk" identifierades. Signalfrågorna skulle besvaras av alla och följdfrågorna besvaras av dem där svaret på signalfrågan indikerade någon typ av risk. Totalt omfattade formuläret över 150 frågeställningar om samtliga följdfrågor ställdes.

SYFTE

Syftet var att i en pilotstudie undersöka seniorers uppfattningar om en enkäts användbarhet som stöd för samtalet mellan besökare och senior vid preventiva hembesök.

METOD

Design

Studien genomfördes som en kvalitativ studie med induktiv ansats. Kvalitativ forskningsmetod har sitt ursprung i humanvetenskapen och är en förståelsens vetenskap som ger en djupare förståelse för människors livs- och tankevärldar eller för samspelet mellan människor (Henricsson, 2012). Kvalitativ design med intervju som metod valdes eftersom studien ämnade utgå från seniorers uppfattning om det framtagna frågeformulärets användbarhet i förebyggande hembesök. Intervjuerna genomfördes som kognitiva intervjuer där reflektionsfrågor (probes) ställdes efter varje block av frågor (Wenemark, 2017). Induktion kan sägas vara upptäckter av verkligheten utan att förutbestämda teorier kring deltagarnas upplevelser används (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

Urvalet gjordes genom ett för studien ändamålsenligt urval (Polit & Beck, 2016), där tio seniorer från brukarrådet kontaktades initialt. De som tillfrågades var således redan engagerade i projektet och hade tackat ja skriftligt samt lämnat kontaktuppgifter för ytterligare samarbete. Av de tio seniorer som kontaktades initialt kom åtta att intervjuas. Ytterligare en senior med mycket erfarenhet tillkom då hen hade ett stort intresse för äldre frågor och fanns i en annan seniors omgivning. Dessutom tillkom ytterligare en man, även han tidigare involverad i projektet, och med stor erfarenhet av äldre och föreningsliv. Totalt intervjuades således 10 personer. Av de som intervjuades bodde fyra i villa och övriga i lägenhet. Seniorerna bestod av fyra män och sex kvinnor. I resultatet har ingen särskild vikt lagts vid könsidentitet eller boendeform.

Datainsamling

Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie där ett "fiktivt" hembesök iscensattes med syfte att belysa uppfattningen och upplevelsen av frågorna som ställdes för att ta reda på om det framtagna frågeformuläret kunde stödja samtalet. Inför intervjun fick senioren en kort information kring formulärets innehåll och struktur. Intervjun utgick från frågorna i formuläret där senioren fick svara, dels på frågorna men också på följdfrågorna: *Är frågorna lätta att förstå? Är frågorna relevanta? Berör frågorna känsliga ämnen? Väcker frågorna i formuläret andra frågor? Är antalet frågor lagom eller tröttande? Saknas något?* Efter varje område i formuläret fick senioren reflektera ytterligare en gång över frågorna genom de ställda följdfrågorna.

Tillvägagångssätt

Kontakt togs med seniorerna via mail innehållande information om studien så att de i lugn och ro kunde läsa och avgöra om de ville medverka. Efter cirka en vecka togs kontakt med seniorerna via telefon för att de lättare skulle kunna ställa frågor. De fick själv välja plats och tid för intervjun. Sex av intervjuerna genomfördes i de enskilda hemmen medan fyra genomfördes på mer neutral mark, t.ex. en träffpunkt för seniorer eller på ett café. Före intervjun ombads senioren att skriva under ett samtycke för medverkan i intervjun samt medgivande till att intervjuerna spelas in. Intervjuerna pågick mellan en och en halv timme till två timmar och femton minuter. Som hjälp till analysprocessen skrevs dagboksanteckningar i direkt anslutning efter intervjuerna.

Analys

Intervjuerna transkriberades och texterna lästes därefter flera gånger. För att analysera innehållet valdes kvalitativ innehållsanalys med utgångspunkt i Graneheim och Lundman (2004). Analysmetoden som valdes var manifest analys för en textnära tolkning (Bergström & Boréus, 2000). Meningsenheter som belyste syftet togs ut. De sorterades därefter in efter frågeformulärets områden. I nästa steg fick meningsenheterna en kod. En *kod* kan beskrivas som den egenskap/etikett som en viss meningsenhet ges. Koder som till sitt innehåll liknade varandra bildade sedan subkategorier och slutligen bildades kategorier (Tabell 1). På så vis skapades ny förståelse.

Förförståelse

Förförståelse är att vi kan göra bättre först när vi vet bättre, och att möjligheter och erbjudande till social gemenskap sällan är av negativ utgång. Det finns säkert hos många äldre en känsla av att inte vilja vara till besvär (att hellre förbli oviss än att fråga och verka okunnig och) vilket kan hindra personen från att ta kontakt med sjukvården när symtom uppkommer. De som är äldre idag är en del av samhället före "individorienteringen" introducerades, de är fostrade i att inte sticka ut från det som anses "normalt". Rädslan för att avvika från det normala liksom rädslan för det okända hindrar oss människor från (ff svenskar) att aktivt styra våra livs skepp. Vår uppfattning är också att det idag finns ett stort utbud av aktiviteter för såväl äldre som yngre men att olika delar inom kommunerna inte samverkar – kanske finns det aktiviteter som kan stimulera och väcka meningsfullhet och hälsa hos några av de äldre om de visste om dem och fick stöttning i att uppsöka gemenskapen. I Sverige är ensamhet ett fenomen och utländska forskare besöker Sverige för att studera hur det påverkar oss människor hälsomässigt. Vi tror att hembesöken blir olika värdefulla beroende på hur de utformas och hur stor förmågan/kunskapen är till motivation och kommunikation hos den som gör hembesöken.

Tabell 1. Illustration av analysprocessens olika steg från meningsenheter till kategorier.

Meningsenhet	Kod	Subkategori	Kategori
”Absolut lätta att förstå och bra”	Frågor som uppfattades lätta att förstå.		
”Nä, läkemedelsgrupper det kan man nog inte svara på”	Frågor som uppfattas var svåra att förstå.	Tydlighet och otydlighet	Seniorernas uppfattning om frågorna i frågeformuläret
”Mycket relevant – går ju lätt att undvika olyckor genom att skruva ett handtag i väggen”	Seniörens syn på om frågorna var relevanta.	Relevans	
”Nej, jag skulle nog ha svårt att svara ärligt på den frågan, jag tycker inte om att prata om hur man mår inledande”	Frågor som uppfattades som känsliga.	Känsliga ämnen	
”Jag tror den fysiska hälsan först... sen leder den in på djupare samtal som tex psykisk hälsa”	Frågornas ordning i formuläret.	Struktur	
”Säkert kan man gallra 25%”	Frågeformulärets omfattning.	Omfattning	Seniorernas uppfattning av frågeformulärets uppbyggnad
”Det är viktigt att den som kommer ut och ska göra en intervju presenterar sig, en bit till är att folk som kommer ofta har en legitimation men för en person som är 80 år är det svårt att se vad det står”	Önskemål som berör personen som gör hembesöken.	Besökspersonen	
”Man bör nog ställa frågan var man förvara dem och kan man använda dem. Brandsläckare är ju inte lätta saker”	Fördjupade frågor och information kring säkerhet i hemmet och hjälpmedel.	Säkerhet och hjälpmedel	
”Man skulle behöva lyfta frågan kring läkemedel ännu mer, mycket av hur man mår påverkas ju av läkemedlen”	Läkemedlen påverkar den äldres vardag och liv.	Läkemedel	Seniorernas uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket
”Går du på någon träning? Hade varit intressant. Går du till någon aktivitet får du ju social gemenskap”	Önskan om utökade frågor och information kring kost och motion.	Kost och motion	
”Sen det där med syn, ska man inte göra någon typ av test – många har nedsatt syn utan att själv veta om det, det finns ju de som inte bytt glasögon på tio år”	Önskan om utökade möjligheter att få fysiska tester utförda.	Undersökningar	
”Jag önskar att man använde detta sedan, att det blir dokument som den personen kan ta vidare till en till exempel en äldremottagning. Uppföljning är viktig”	Önskan om att samtalet summeras och följs upp.	Besökets avslut och uppföljning	

Etiska överväganden

Studien genomgick en granskning av Högskolans etiska råd för specialistsjuksköteprogrammet med inriktning vård av äldre och erhöll diarienummer SPÄ 2017:22. I ett informationsbrev, som skickades ut via mail, beskrevs syftet och att den enskilde genom sitt deltagande medverkade till att vidareutveckla frågorna i frågeformuläret. I brevet framgick att medverkan var frivillig och att de kunde avbryta när de så önskade. Ett foto på den av oss som intervjuade (LD) bifogades i brevet för att öka tryggheten. En farhåga som framkom i workshopen med seniorerna, var att individer kunde känna sig utsatta och granskade vid ett individuellt hembesök. Av den anledningen var det av vikt att den äldre godkände intervjun, platsen för intervjun och förstod syftet. Ett skriftligt samtycke erhöles från seniorerna innan intervjun påbörjades. Seniorernas intressen skyddades på olika sätt i studien, bland annat genom konfidentialitet vilket innebär att deltagarnas integritet och privatliv skyddas. Konfidentialitetskravet tillgodosågs genom att intervjumaterialet och samtyckesdokumenten försvarades inlåsta separat. Resultatet presenteras på sådant sätt att det inte kan härledas till den enskilda medverkande. Personerna som tillfrågades för intervju initialt var redan på frivillig basis engagerade i frågan då de anmält sig att delta i forumet, 2016, och hade lämnat samtycke till att bli kontaktade framöver. Etiskt ansågs det vara en fördel att utföra studien på just denna grupp, då de potentiella informanterna ansågs öppna och hysa en vilja att påverka framtiden. Särskild hänsyn togs till eventuella nedsatta funktioner, som nedsatt ork samt till eventuella nedsättningar i syn och hörsel.

RESULTAT

Analysen av det insamlade materialet resulterade i tre kategorier och tolv subkategorier (Tabell 2). Under kategorin "Seniörens uppfattning om frågorna i frågeformuläret" erhöles tre subkategorier: *Tydlig het och otydlig het, Relevans och Känsliga ämnen*. Under kategorin "Seniörens uppfattning av frågeformulärets uppbyggnad" erhöles två subkategorier: *Struktur och Omfattning*. Under kategorin "Seniörens uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket" erhöles sex subkategorier: *Besöks personen, Säkerhet och hjälpmedel, Kost och motion, Undersökningar, Läkemedel samt Besökets avslut och uppföljning*. För få en inblick i frågeformuläret som användes i studien se bilaga 1.

Tabell 2. Illustration av resultatets uppbyggnad.

Kategorier	Seniorernas uppfattning om frågorna i frågeformuläret	Seniorernas uppfattning av frågeformulärets uppbyggnad	Seniorernas uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket
Subkategorier	<ul style="list-style-type: none"> • Tydlighet och otydlighet • Relevans • Känsliga ämnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur • Omfattning 	<ul style="list-style-type: none"> • Besökspersonen • Säkerhet och hjälpmedel • Kost och motion • Undersökningar • Läkemedel • Besökets avslut och uppföljning

Seniorernas uppfattning om frågorna i frågeformuläret

Tydlighet och otydlighet

Seniorerna uppfattade frågorna i formuläret som lätta att förstå till allra största del. Det framkom att frågor som var konkreta med få svarsalternativ var lättast att besvara som till exempel frågor utformande; *Jag sitter ner vid av och påklädning?* eller *Hur är din aptit jämfört med tidigare?* Frågorna var enkla att besvara med endast tre möjliga alternativ, vilket gav flyt i samtalet. Tydliga delar var frågor som berörde säkerhet i hemmet och nutrition samt signalfrågorna kring fysisk hälsa och funktionsnivå. De var tydliga och lätta att besvara eftersom de var mindre graderade

”Absolut lätta att förstå och bra” (Intervju nr 3).

Mindre tydliga frågor var de med långa meningar samt de med flera graderade standardiserade svar, som till exempel frågor under området *livskvalitet*. Frågorna under området skiljde sig i struktur och omfattning, från de andra frågorna, där fyra relativt långa påståenden ställdes för att besvara frågan *”göra saker som får dig att känna dig värdefull”*: Seniorerna skulle svara på påståendena: Jag kan göra **allt** det som får mig att känna mig värdefull; Jag kan göra **mycket** av det som får mig att känna mig värdefull; Jag kan göra **lite** av det som får mig att känna mig värdefull; Jag kan **inte göra något** av det som får mig att känna mig värdefull. Påståendena som liknade varandra med nyansskillnader på *allt, mycket, lite* eller *inte något* upplevdes som förvirrande och seniorerna uppfattade att de var tvungna att lyssna mycket noga för att förstå och urskilja nivåerna. Frågan uppfattades som värdefull men hur påståendena var ställda gjorde dem otydliga och hindrade till viss del flytet i samtalet

”Ja, innehållet är bra men de skulle kunna formuleras utan så många ord”. (Intervju 1).

Det upplevdes även lite oklart vilket syfte frågorna om livskvalitet kunde tänkas ha. En fundering som seniorerna hade var hur besöket skulle kunna hjälpa dem som upplevde att livskvaliteten var dålig

”De är lätta är att förstå men vad ska det här leda till. Jag har svårt att känna en skillnad mellan allt och mycket. Det blir lite vilse att ställa de frågorna till någon 80 år” (Intervju 8).

Några av frågorna uppfattades av seniorerna som inkonsekventa, svåra att förstå eller svåra att förstå syftet med. Ett exempel var området ”bakgrund” där frågan om vilket land personen kom ifrån var ställd. Tre svarsalternativ fanns: a) Sverige, Norge, Danmark, Finland, Island; b) Land i Europa; c) Land utanför Europa. Seniorerna hade svårt att förstå varför de Nordiska länderna var utskrivna då de ändå inte gjorde någon skillnad i statistiken

”Jag tänkte på det här med land och så hur pass relevant är det egentligen? Är det för att det ska bli statistik? Man får ju ändå inte ut statistik för vilket land som frågorna är ställda nu? Skulle det inte bli tydligare med bara de Nordiska, och sen ange vilket som för de andra? Uppfattas ju inte helt konsekvent! (Intervju 8).

Flera av seniorerna uttryckte att dagsformen varierade mycket hos äldre, därför kunde svaren bli missvisande beroende hur frågorna ställdes och för att vissa äldre kanske inte ville visa någon svaghet. Just dagen för intervjun kunde vara extra svår på grund av oro och dålig nattsömn inför besöket. Det upplevdes lite svårt att gradera sitt svar enligt de alternativ som fanns, som till exempel följdfrågorna under området för *psykosocial hälsa* där senioren tillfrågades: *Om du tänker tillbaka på de senaste 4 veckorna – hur mycket av tiden har du känt oro och ångest?* Det framkom att tidsrymden på 4 veckor kunde uppfattas som snäv och göra frågans svar mindre värdefull

”Man får vara medveten vissa dagar är det bra och när man är äldre kan ju hälsan variera mycket, bra månader och sämre två månader” (Intervju 10).

Om besökspersonen önskade veta hur den äldre hade det psykisk ansågs det lättare att ställa mer öppna frågor med följdfrågor.

Ytterligare ett område som ansågs kunna ge missvisande svar var det som berörde de kognitiva funktionerna. Signalfrågan under området var ställd som en skattning där senioren skulle värdera sin minnesfunktion jämfört med andra i samma ålder: *I allmänhet, tycker du att ditt minne fungerar bra, jämfört med andra i samma ålder?* De flesta ansåg att den frågan var bra men några upplevde att det kunde vara ett problem, till exempel om man inte har något umgänge eller om ens vänner var dementa. Seniorerna uppfattade även det som en utmaning att få det verkliga svaret om personen i fråga verkligen var dement

”Man måste ju ha något att relatera till, om man ska relatera till andra i sin ålder, är omgivningen dement så kan det bli lite fel, hihi. Jag undrar

om jag verkligen får det riktiga svaret, man har kanske inte själv märkt det, det tror jag är jättesvårt att få fram” (Intervju 3).

Frågorna som behandlade läkemedelsgrupper uppfattades även de som otydliga och svåra att förstå. Inom området användes ord som hypertensiva, diuretika, antiparkinsonläkemedel. Ingen av seniorerna visste vilken läkemedelsgrupp deras mediciner tillhörde, med undantag för en person som tidigare arbetat som sjuksköterska. Seniorerna menade att det var omöjligt för dem att svara om inte personen som besökte dem hade kunskapen och kunde hjälpa till. En av seniorerna berättade med inlevelse och humor hur ett samtal mellan två seniorer kunde gå till. Hen upplevde att det var vanligt att de äldre jämförde hur många läkemedel de hade och vilken läkare som var snällast och skrev ut flest sorter. Det menade hen tydde på okunskap när det framstod som hög status att ha många mediciner

”Många vet inte vad man får läkemedlen för och vilka sorter de är. Jag tänker på att folk har mycket svårt att veta vad de har för sjukdomar och vad de har för mediciner” (Intervju 5).

I samtalen om möjlighet för alla att förstå frågorna, det vill säga att även de som har nedsatt hörsel eller nedsatta funktioner som t.ex. vid Parkinsons sjukdom, väcktes tanken på de många äldre som inte hade svenska som modersmål. Till exempel att värdera sin hälsa i mått som: *utmärkt, mycket bra, bra, någorlunda* eller *dåligt* uppfattades av seniorerna kunna vara svårt för en person som inte kunde det svenska språkets nyanser

”har man inte svenska så är det svårt med de här frågorna, ska det översättas?” (Intervju nr 2).

Relevans

De flesta frågorna uppfattades som relevanta. Det framkom att ett område de äldre uppfattade som extra relevant var säkerhet i hemmet. De menade att genom att säkra upp hemmet med enkla medel, till exempel genom att skruva upp handtag i väggen kunde olyckor undvikas. Någon poängterade att upplysningar var viktiga och att de sällan kunde bli för många

”Vi kan aldrig få för mycket upplysningar, utan tycker jag att de är dumma då får de ju vara dumma då – det är ju viktigt – ligger jag hellre med ett brutet lårben än att jag sätter på mig ett par rejäla skor?” (Intervju 1).

Många berördes av frågan om det fanns hiss till bostaden, flera lyfte fram exempel på äldre som har blivit fast i sin lägenhet på grund av att de inte längre kunde gå i trapporna för att komma ut. Frågan gav några insikt om att tiden ändrar funktioner och möjligheter när man blir äldre eftersom ingen egentligen vet hur morgondagen ser ut.

Att samtal fördes kring boende och boendeform i just hemmiljö ansågs bra på flera plan. Boendefrågorna berörde framtiden och upplevdes relevanta att lyfta eftersom de ansåg att det var viktigt att på ett realistiskt sätt tänka på framtiden i relation till bostad. Det fanns en medvetenhet om att det kunde bli aktuellt att byta bostad inom den närmaste tiden. Seniorerna lyfte denna frågas värde för att den väckte tankar framåt

”Viktig fråga, angående boende, det sätter igång tanken på framtiden, den ska vara med. Gångmiljö ute är ju viktig” (Intervju 4).

Boendefrågan ansågs viktig även ur aspekten omgivning och vilka möjligheter omgivningen erbjöd vad gällde daglig motion. De menade att en trygg och välkomnande utemiljö inspirerade dem till dagliga promenader.

Att göra hembesök ansågs också vara relevant eftersom de äldre kände sig tryggare samtidigt som hembesökaren kunde se hur de fungerade i sina hem. Seniorerna upplevde att det var lättare att berätta om sitt liv och svara adekvat när frågorna ställdes i en lugn och trygg miljö i hemmet istället för på en vårdcentral. Det ansågs lättare att få realistiska svar och uppfattningar angående till exempel området minnesproblematik i hemmiljön

”Just det här att man kommer hem till någon är bra - bättre att få frågan hemma än på vårdcentralen. Det kommer ju fram mycket mer i ett hem än på en vårdcentral. Känner sig mer hemma och då får man dem att berätta” (Intervju 4).

Seniorerna menade att besökspersonen skulle kunna ha nytta av att observera hur individen kunde utföra praktiska moment som till exempel att koka kaffe. Frågorna som berörde minnesfunktioner var relevanta och nödvändiga att ställa., Tidig hjälp vid en begynnande demens lyftes av samtliga

”Jag tycker det är bra att fråga kring minnet, man får inte vara rädd att ställa de svåra frågorna för då missar man ju mycket av det som är viktigt, att förebygga och att hjälpa i rätt tid” (Intervju 1).

Vidare berörde den ekonomiska situationen seniorerna på djupet. Frågorna kring ekonomin ansågs relevanta bland annat eftersom många de kände hade svårt att kunna betala sina räkningar rent praktiskt

”Det är ju viktigt och problem för många om man inte kan praktiskt betala” (Intervju 3).

Flera av seniorerna trodde att det enda sättet att kunna betala sina räkningar i framtiden var via internet. Några av seniorerna uppfattade detta som lite främmande och till och med skrämmande. De upplevde dessutom att många inte har några anhöriga som kunde hjälpa till.

Därför blev också samtal om framtida teknik viktiga att föra under samtalet. Seniorerna lyfte vikten av att vara med i sin tid, de ansåg att mycket av samhället idag är uppbyggt kring teknik och för dem som inte är intresserade att lära sig det nya blir det allt svårare. De menade att allt mer i livet påverkas av detta. Som exempel gavs att det analoga telenätet snart skulle komma att läggas ner. Det framkom att pensionärsföreningar ordnade kurser i datoranvändning men att upplutningen hade varit dålig. Seniorerna uppgav att många äldre inte hade insikten, medan andra var väl uppdaterade på all ny teknik

"I min förening finns 132 medlemmar och av dem är det bara 21 som har dator och många har inte ens en gång mobiler. Först på senare år som jag kommit in på det här med dator, och jag är ju 72 år. Är man då inte med i någon förening – då är det ännu värre" (Intervju 9).

Alla utom en senior ansåg att medicinska kontroller i hemmet vara mycket relevant och viktigt

"Benskörheter tycker jag är viktig, många framför allt kvinnor bryter sig och man vet inte ens om man är benskö. Rätt hjälp i tid, är ju jätteviktigt" (Intervju 8).

För den som ansåg det mindre relevant motiverades det genom att betona att besöket inte skulle uppfattas som ett sjukbesök.

Frågan om transport upplevdes som en viktig del i livet och frågan kopplades mycket till känslan av frihet. Någon uttryckte det komplexa med att behöva hjälp men inte få den beviljad. Till exempel färdtjänst som inte beviljades om rörlighet fanns trots att personen bodde avsides

"Det här med möjligheten till färdtjänst – jag får ju inte vara hur pigg som helst för att få det trots att jag bor en bit iväg!" (Intervju 2).

Samtidigt uttryckte andra tacksamhet för att de fått kommunala transportmöjligheter gratis i form av busskort som gällde inom kommunens gränser

"Jag åker med bussar och kan åka med tågen inom kommunens gränser – vilken tid på dygnet som helst, det är jättebra" (Intervju 1).

Känsliga ämnen

Några frågor i enkäten uppfattades som känsliga att besvara. Det var svårt att besvara frågan "Vad får dig att må bra?" i det inledande samtalet. Det upplevdes som om frågan kom alltför tidigt i samtalet. Någon uttryckte att det kunde vara svårt att svara ärligt på den frågan initialt i ett samtal

”Nej, jag skulle nog ha svårt att svara ärligt på den frågan, jag tycker inte om att prata om hur man mår inledande. Det blir lite lätt läkarbesök” (Intervju 5).

Istället ansågs det vara lättare att berätta om vad man gjort tidigare i livet eller vilka intressen man hade

”Levnadsförhållanden hade varit mycket bättre, det är det som är mer viktigt – det är lättare att prata. Kanske att man skulle lägga till lite vad man gör... intressen?” (Intervju 4).

I formuläret fanns en fråga om personen ansåg sig få den *kroppsliga närhet till någon annan som han/hon önskade*. Frågan om närhet kom att visa sig vara tudelad i relation till känslighet. Vissa ansåg den vara känslig att ställa medan andra upplevde att den självklart kunde vara med.

”Kanske just detta med beröringen skulle jag kanske inte valt att ha med. Det handlar ju om hur man har det, kan vara känslig om man lever ensam och skulle vilja ha närhet” (Intervju 10).

”Självklart man frågar om närhet. De äldre är öppna idag, så det kan man absolut fråga om” (Intervju 5).

En annan fråga som upplevdes känslig men viktig var frågan om urinläckage

”Det är viktigt att man belyser kostnadsfria hjälpmedel. För det där med urinläckage är också en lite ”skämmig” fråga framförallt för män, de är inte lika vana med t.ex. bindor” (Intervju 5).

Frågan var placerad som första fråga under området fysisk hälsa. Detta gjorde att den uppfattades komma ”lite rakt på” och därmed uppfattades som känslig

”Oj börjar man med urinläckage, kan man inte hitta en annan fråga att börja med” (Intervju 4).

Frågor kring den psykosociala hälsan gav ett visst mått av obehag för några eftersom de upplevdes komma lite för nära inpå livet. Frågeområdet kring den psykiska hälsan behandlade frågor som till exempel: *Känner du dig tillfreds med livet i största allmänhet? Besväras du av ensamhet?* Området hyste även följdfrågor som till exempel: *Upplever du att du har inflytande över din egen situation? Om du tänker tillbaka på de senaste 4 veckorna hur mycket av tiden har du känt dig dystert och ledsen?* Någon berättade att de upplevde att det var relativt vanligt att äldre idag håller skenet uppe till och med för sina barn, och att de gör det av respekt. De vill inte att barnen ska känna oro över dem

”Jag menar den psykiska hälsan är ju fortfarande mycket tabubelagd, man håller skenet uppe man gör det för sin egen och kanske för sina barns skull. Vi lever i ett samhälle där vi lever långt ifrån våra barn, så kanske man säger att man har det bättre än man har” (Intervju 10).

Några av de intervjuade uppgav att medicinförskrivningen för psykisk ohälsa hade ökat och att många upplevs må dåligt på grund av mediciner de intar

”Många mår dåligt p.g.a. äkta hälft där hemma som inte mår. Mediciner påverkar otroligt mycket – jag tycker att det skrivs ut för mycket mediciner” (Intervju 1).

Det lyftes att många mår dåligt i dagens samhälle och att det finns de som hade svårt att erkänna att de kunde må dåligt av att ha en närstående hemma som behövde mycket hjälp. Därför var det viktigt att prata om det fastän det kunde vara känsligt. För att lättare kunna svara på ett bra sätt hade det underlättat om ordningen på frågorna justerades.

En annan av frågorna under den psykosociala hälsan som kom att bli märkbar var frågan om ensamhet. Även där var svaren blandade med en gemensam nämnare – de berörde samtliga. Seniorerna lyfte det faktum att det idag var svårt att få flytta till ett äldreboende på grund av bristen på platser och deras erfarenheter var att de som hade fått plats hade varit mycket svårt sjuka. Även i samtalet kring ensamhet lyfte seniorerna svårigheten att få ett sanningsenligt svar. Deras erfarenhet var att många gav sken av att ha det bättre än de hade det för att inte belasta sin omgivning

”En väninna som fått stroke som jag var med idag de frågade just detta... och hon sa att hon tyckte att det var ganska bra men när jag sitter själv med henne så är det inte det” (Intervju 1).

De menade att minskade antalet träffpunkter också bidrog till ökad ensamhet för många

”Ensamhet uppkommer när träffpunkter minskar. Förr kunde man önska att få bo på ett boende nu ska man helst vara halvdöd” (Intervju 1).

En annan fråga där ord som känslighet framkom var området kring den ekonomiska situationen. Frågan kunde dock uppfattas mer eller mindre känslig beroende på hur den ställdes. Några uppgav att de upplevde att det var generellt svårt att prata om pengar i Sverige, att kulturen traditionellt inte är tillåtande kring detta ämne. Det framkom att det fanns många äldre som är bekymrade för sin ekonomiska situation idag. Därför var det viktigt att rikta in frågan till om ekonomin var gränssättande för livsföringen. Seniorerna menade också att det fanns de som hade rätt till bidrag men att de inte hade kunskapen kring hur det söktes. Även om frågan beskrevs som lite känslig ansåg samt-

liga att det var viktigt att lyfta upp ekonomin. Dessutom handlade det också om säkerhet. Seniorerna menade att det var viktigt att frågan om kontanthantering togs upp för att uppmana de äldre till att inte förvara kontanter löst i hemmet på grund av rånrisk

”Vad tycker du om pensioner i allmänhet... och sen komma in på – hur klarar du dig på din? En följdfråga är där angående kontanthanteringen, jag tror att många äldre fortsatt hanterar sin ekonomi i kontanter”(Intervju 3).

Även frågorna som berörde hygien och demens upplevdes av några som känsliga frågor.

”Just det med tvätta och duscha... kan man fråga ... någon kanske tänker att nu tycker hon att jag är smutsig”(Intervju 4).

”Nog hur du lindar in det, är man såhär långt i samtalet så är det ok att fråga. Nödvändig att ställa, den kan ju vara känslig om man är på väg in i en demens men jag tror mycket väl att det som ställer frågan mycket väl vet hur hen ska hantera detta”(Intervju 5).

Seniorernas uppfattning om frågeformulärets uppbyggnad

Struktur

På några ställen i enkäten ansågs strukturen inte gynna samtalet. Det framkom önskemål om att ett samtal kring intressen tidigare i livet skulle göras initialt eftersom det då ansågs vara lättare för besökspersonen att senare kunna rekommendera individanpassande aktiviteter

”Intressen hade ju varit bra att veta tidigare för att hitta rätt om man ska erbjuda. Kan återkopplas till föreningar mm, om man hittar intressen ovan”(Intervju 5).

Frågorna kring den psykosociala hälsan kom relativt tidigt i frågeformuläret. Frågorna ansågs ha en djupare karaktär, där underfrågorna till exempel berörde oro och ångest de senaste veckorna. Seniorerna upplevde att det hade varit lättare att samtala och berätta om sitt psykosociala liv längre in i samtalet när relationen mellan besökspersonen och den äldre blivit mer etablerad

”Jag tror den fysiska hälsan först... sen leder den in på djupare samtal som t.ex. psykisk hälsa”(Intervju 1).

Det framkom att några av områdena i frågeformuläret uppfattades som lika till sitt innehåll. Områden som liknade varandra var till exempel området psykisk hälsa och

området livskvaliteten. Seniorerna uppfattade områdena som lika på grund av att de båda berörde hur individen mådde och upplevde sin situation psykiskt. De ansåg att samtalet skulle flyta lättare och att strukturen skulle vara mer logisk om områden som liknade varandra placerades om och sattes i anslutning till varandra. Ett par av seniorerna upplevde även att området kring den "fysiska hälsan" kunde kopplas med området "funktionsnivå" eftersom kroppsliga besvär som till exempel smärta och värk påverkar funktioner som att klä av och på sig själv. Någon upplevde även att området kring säkerhet i hemmet var mer kopplat till de fysiska funktionerna och funktionsnivå då senioren där besvarade frågor som om personen har duschstol eller om individen direkt torkade upp på golvet om hen spillt. Det ansågs överflödigt att senare ställa frågor om personen kunde ta sig i och ur sängen själv

"Klär jag av att putsa fönstren så kommer jag förmodligen upp ur sängen? Ja, klarar man att sköta sin trädgård då klarar man att gå upp och gå ur sängen ... men man kan klara av att ta på kläder och komma i och ur och i sängen men ändå kanske inte kan sköta sin trädgård" (Intervju 8).

Såväl gångförmåga som trötthet uppfattades som tidigare besvarat under området som berörde fysisk hälsa

"Gångförmåga, de hör ju hemma under fysiska förmågan/fall. Trötthet, det var vi ju inne på i samband med allmänna hälsotillståndet?" (Intervju 1).

Informanterna upplevde att frågan om urinläckage skulle tas i samband med samtal om sömnen för bättre struktur. Det uppfattades naturligare att fråga om besvär med läckage i samband med om man var uppe på toaletten på natten

"Det där med urinläckage borde man kunna ta på slutet. Har du besvär även dagtid, om man frågar om toalettbesök under natten" (Intervju 10).

Flera upplevde frågan om motion som viktig men att den passade dåligt in i samband med samtal om ekonomi. Frågan var en avslutande fråga i området kring social och ekonomisk situation. Seniorerna uppfattade den frågan vara mer knuten till området kring fysisk hälsa eller fysiska funktioner alternativt till området kring socialt liv

"Motion, mitt i ekonomin? Det känns malplacerad där. Finns det möjlighet till aktivitet där du bor hade varit bättre - den får nog de nog skriva om, eller placera in under de mer fysiska delarna" (Intervju 4).

Ett generellt strukturproblem som framkom vid intervjuerna var att standardiserade svar kunde vara svårt att förhålla sig till som äldre. En reflektion som framkom var att om frågorna var mer öppna skulle svaren få större innehåll och då skulle samtalet upplevas mer som ett stödande samtal.

”Man bör ställa dem mer som samtalsfrågor, d.v.s. mer öppna frågorna” (Intervju 7).

”Det är bara den du ställer där, men kanske just de där som kommer som underfrågor, jag tänker mer att man inte gör det så fyrkantigt som till exempel de senaste just 3 veckorna. I de samtal som jag haft tidigare i mitt liv... att man hankar på det som personen säger, det hade givit mer. Ställer du bara en enda fråga så får du svar” (Intervju 10).

Omfattning

De allra flesta av seniorerna uppfattade omfånget av formuläret som alltför stort. De upplevde att en äldre person lätt kunde bli trött om samtliga frågor ställdes. Formuläret uppfattades bestå av flera sammansatta skattningsinstrument, vilket ansågs vara upprepande och tröttnande

”De har kokat ihop många delar, det som återkommer behöver man väl inte upprepa?” (Intervju 4).

En rädsla som framkom var att samtalen skulle bli långa och svaren mot slutet bli slentrianmässiga och därmed mindre värdefulla. Därför lyfte de allra flesta en önskan om att frågeformuläret skulle minskas i omfång för att öka i värde för den äldre

”Det är jag tänker på just nu är att den där broschyren är rätt tjock. Säkert kan man gallra 25% ” (Intervju 2).

Seniorernas uppfattning om utveckling av frågeformuläret och besöket

Det framkom önskemål om hur besöket och frågeformuläret kunde utvecklas ytterligare, dessa förslag presenteras nedan i sex subkategorier; Besökspersonen, Säkerhet och hjälpmedel, Kost och motion, Undersökningar, Läkemedel samt Besökets slut och uppföljning.

Besökspersonen

Besökspersonen lyftes fram av alla seniorer som intervjuades. Det var en viktig person då det var den person som skulle kunna inge trygghet, skapa relation, ge tips och inge mod och egenkontroll hos den äldre.

Tryggheten och säkerheten i samband med besöken kunde ökas genom att legitimationen hos den som kom förstörades eftersom många hade svårt att se siffror som var någon millimeter. Kontaktuppgifter, foto och en kort information om besökets innehåll var också viktigt

”Det är viktigt att den som kommer ut och ska göra en intervju presenterar sig, en bit till är att folk som kommer ofta har en legitimation men för en person som är 80 år är det svårt att se vad det står” (Intervju 2).

Seniorerna menade att det fanns en rädsla hos många av dagens äldre medborgare och att äldre ibland utsätts för rån när de öppnar dörren för någon som påstår sig vara till exempel hälso- och sjukvårdspersonal. För att skapa en relation ansåg de att besökspersonen borde ringa och presentera sig en tid innan besöket. Att ytterligare inge trygghet var det bra om besökspersonen ringde samma dag före besöket och tydliggjorde tiden.

Seniorerna såg en risk med att samtalet kunde upplevas som ett förhör. Några ansåg att mötet skulle upplevas som mer ”äkta” om den som intervjuade inte hade en dator eller papper med sig under samtalet

”När de då kommer in till någon, då tror jag det är viktigt att man är utan papper” (Intervju 10).

I detta sammanhang poängterade många betydelsen av att den som kom på besöket skulle ta sig tid att sitta ner i lugn och ro och gärna ta emot fika för att öka den sociala tryggheten och känslan av välbefinnande. Samtliga seniorer var måna om att besöket skulle lämna en positiv eftersmak

”Jag tror att det är bra att man tar emot kaffe, även om man får dricka kaffe så man storknar” (Intervju 4).

Kopplat till önskan om ett lugnt samtal utan alltför mycket teknik väcktes hos flera seniorer tankar på situationer där de känt sig i vägen i vården. Flera av dem berättade om situationer där de känt av en läkares eller sjuksköterskas stress, vilket medfört operosliga möten. Många gånger hade de bemötts som uppdelade, inte som en hel individ

”Många äldre känner att de är i vägen - mycket uppdelat – är det ryggen idag, då får du boka en ny tid till din mage nästa. Man kanske inte får någon tid på varken ena eller andra stället, man känner kanske att man lever på övertid, kanske speciellt de som inte har barn eller annan familj nära” (Intervju 5).

Hembesökaren uppfattades med enkla medel kunna minska stressen hos senioren genom att ge tydlig information. Det fanns också en önskan om att besökaren kunde tipsa om platser i vården till, exempel en seniormottagning, att besöka och att en enkel information med telefonnummer gärna fick lämnas

”Det vi äldre idag efterlyser mycket är ju tillgängligheten i vården, tänk om man hade ett nummer att ringa istället för att behöva leta” (Intervju 4).

Seniorerna önskade även konkreta tips på hur väntjänsterna fungerade, om en sådan fanns i närområdet. En tjänst som av seniorerna beskrevs som mycket värdefull för den som led av ensamhet, en fast punkt att vända sig till för att få besök/samtal eller hjälp och sällskap vid till exempel ett läkarbesök. För den som inte behövde tjänsten kunde besökspersonen gärna informera om att det var möjligt att vara en ideell kraft för att minska ensamheten och öka tryggheten i samhället

”Men det med väntjänster fungerar bra utanför byarna men inte i staden. Man ska inte ersätta hemtjänst – det ska vara guldkant för de många ensamma” (Intervju 6).

Seniorerna lyfte vikten av att besökspersonen skulle kunna stötta de äldre till att våga prova något nytt för att bryta ensamheten. Att bryta ensamhet och invanda mönster ansågs svårt men kanske helt avgörande för hur de sista åren i livet skulle bli. De trodde att många äldre skulle må bra av att någon stöttade dem till att ta kontakter eller våga besöka en förening etc. De lyfte på flera sätt vikten av en meningsfull vardag när man är äldre. För att förstå den äldre menade de att det var viktigt att den som kom vågade fråga hur den äldre såg på sig själv

”Hittar man rätt plats åt människorna så kan man hjälpa. Hur upplever man sig själv, sin existens? Hur man ser på sig själv som människa, skulle vara en bra fråga?” (Intervju 4).

Säkerhet och hjälpmedel

Frågorna om säkerhet berörde flera vilket tidigare nämnts. Det framkom att ytterligare frågor och mer information skulle kunna förbättra detta område ytterligare. En önskan var t.ex. att besökspersonen ska kunna tipsa om bra placering för brandsläckaren och säkerställa att den äldre kunde använda den praktiskt, både när det gällde funktion och orka lyfta den

”Man bör nog ställa frågan var man förvarar dem och kan man använda dem. Brandsläckare är ju inte lätta saker” (Intervju 7).

Likaså var diskussioner om brandvarnare viktigt eftersom det innebar att de äldre behövde klättra för att nå brandvarnarna i taket när det var dags för batteribyte. Dels innebar klättrandet en risk för fallolyckor men det hände också att brandvarnarna aldrig kom upp p.g.a. svårigheter att räcka upp till taket

”Brandvarnare hur fungerar det egentligen – vet man det? Hur går det att byta batteri?” (Intervju 7).

Några ville gärna addera en fråga som berörde säker förvaring av värdesaker i hemmet. Seniorerna relaterade denna önskan till risken för rån i hemmet och det faktum att många fortsatte förvarar sina kontakter och värdesaker i hemmet

”Tipsa gärna om att inte ha värdesaker hemma och framme... att det är mycket rån mot äldre” (Intervju 2).

Det framkom att seniorerna även i samband med samtal kring förvaring av värdesaker och ekonomi i allmänhet önskade tydlig information kring hemtjänsttaxor och vad man kunde få hjälp med. De lyfte även en önskan om rent praktisk hjälp och information om hur bostadsbidrag kunde sökas i form av en enkel broschyr från försäkringskassan

”Man ska ju inte ha en massa pengar hemma. Angående bostadsbidrag – ja det kan nog vara viktigt, den som gör intervjun skulle kunna ha med en enkel broschyr från försäkringskassan ... En enkel broschyr... en sida, inte någon tjock info” (Intervju 3).

Flera seniorer önskade också få mer information om vilka hjälpmedel det fanns både teknisk och andra eftersom det ansågs svårt att veta. Ett sätt kunde vara att besökspersonen tog med en katalog, visade på plats eller gav ett telefonnummer där de äldre kunde få mer information om vilka hjälpmedel som fanns och hur de underlätta vardagen.

Kost och motion

De flesta seniorerna ansåg att kosten betydde mycket för den äldre men de var tveksamma till att kunskapen om samband mellan kost, motion, funktion och vitalitet fanns hos alla i den aktuella åldersgruppen. Därför behövde besökspersonen på ett enkelt sätt kan förklara samband och kanske ge konkreta tips på lätta recept som var bra för den äldre. I det nuvarande frågeformuläret saknades en fråga som berörde vätskeintag vilket seniorerna lyfte som en viktig aspekt och vill därmed utöka formuläret med en sådan fråga

”Det betyder mycket om den som kommer vet lite och kan vara konkret och tipsa. En broschyr kan vara bra – varför pratar vi om detta – bra att förklara” (Intervju 1).

Frågan om motion och aktivitet för att må bra och få social gemenskap upplevdes saknas i frågeformuläret

”Går du på någon träning? Hade varit intressant. Går du till någon aktivitet får du ju social gemenskap” (Intervju 5).

Seniorerna beskrev att alltför gym öppnar dörrarna för de äldre där det finns möjlighet för specialutformade aktiviteter. Den information på lokal nivå om vad som fanns kunde besökspersonen med fördel vara uppdaterad på och kunna förmedla

”Många utövar motion, många är duktiga, det finns ju t.ex. sittgympa, bättre än inget, det är viktigt att man kan tipsa om när/hur/var” (Intervju 4).

Undersökningar

Seniorerna tyckte att ett en enkel synundersökning i hemmet skulle vara bra eftersom den som ser dåligt kan vara omedveten om att synen är nedsatt. De lyfte det faktum att många äldre har glasögon som är utprovade för över tio år sedan, och att det fanns många risker kopplade till nedsatt syn

”Sen det där med syn, ska man inte göra någon typ av test – många har nedsatt syn utan att själv veta om det, det finns ju de som inte bytt glasögon på tio år” (Intervju 2).

Några av de som intervjuades ansåg att det skulle kunna vara bra om även blodsockret togs vid besöket, för den som önskade det

”Det är ju inte farligare att kolla ett blodsocker än ett blodtryck?” (Intervju 1).

Samt att en våg för att kunna räkna ut BMI togs med eftersom det var tveksamt om alla hade en fungerande våg.

Läkemedel

Många uppfattade att kunskapen bland de äldre inte var tillräcklig när det gällde läkemedel och vanliga läkemedelsbiverkningar och menade att mer kunskap hos den äldre skulle kunna få dem att söka vård i rätt tid

”Man skulle behöva lyfta frågan kring läkemedel ännu mer, mycket av hur man mår påverkas ju av läkemedlen” (Intervju 5).

Seniorerna såg också en risk med svårigheten att få en samlad bild av antal läkemedel och att det fanns okunskap om skillnaden mellan ”mina sparade recept” som de fick på apoteket och aktuell läkemedelslista

”En fråga man måste trycka på mycket är att man ska få en aktuell medicinlista, är förvånad över att det inte finns någon samlad bild av läkemedel en del kan ju gå till olika läkare och tjata” (Intervju 6).

Därför tyckte de att det var viktigt att besökspersonen hjälpte till med att klargöra vilka mediciner den äldre hade. Ett tips de gav var att den äldre kunde vända sig till apoteket när de behöver råd kring sina mediciner om hur de fungerade i kroppen och tillsammans med andra läkemedel. Tipset framkom eftersom ett flertal av seniorerna

upplevde att apotekspersonalen hade bättre kunskap än läkarna. Hur medicinerna förvarades ansågs också viktig att diskutera.

Besökets slut och uppföljning

För samtliga seniorer var frågan om hur uppföljningen skulle ske viktig. För att besöket skulle uppfattas som meningsfullt för den äldre önskades hjälp med att komma vidare med de ”problemområden” som framkom under samtalet

”Jag kan tänka mig om jag får vissa frågor och svarar på frågan så förväntar jag nog med något i gengäld. Är det rätt måste det ju föranleda någon insats” (Intervju 2).

Samtliga ansåg att det var viktigt att intervjun summerades och att de kunde ta del av det viktigaste som framkom i mötet skriftligt för att sedan kunna visa detta till närstående eller bara som en hjälp för det egna minnet. De ville också kunna ta med dokumentet till en äldremottagning eftersom det kunde vara mycket svårt att komma ihåg det som sades under samtalet

”Jag önskar att man använde detta sedan, att det blir dokument som den personen kan ta vidare till en till exempel en äldremottagning. Uppföljning är viktig” (Intervju 6).

Uppföljning ansågs också viktig för att stärka motivationen att gå från tanke till handling.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Enligt Shenton (2004) mäts den kvalitativa studiens trovärdighet genom dess tillförlitlighet, pålitlighet, verifierbarhet och överförbarhet. Detta innebär att studien skall ge en ”sann” bild av deltagarens verklighet och att studien ämnar ge svar på det som utgör studies syfte.

Med tillförlitlighet menas att kunskap är framtagen på ett tillförlitligt sätt, att studien undersökt det den avsett att undersöka. Tillförlitlighet i studier med kvalitativ inriktning handlar om att på ett intressant, pålitligt och begripligt sätt kunna beskriva hur man som forskare gått till väga för att samla in och bearbeta data (Shenton, 2004). Initialt skickades frågan om medverkan i studien ut till nio seniorer som sedan tidigare var engagerade i projektet Pre-H. Av dessa kom åtta att intervjuas. På vägen tillkom ytterligare man som tidigare varit engagerad i projektet. Under en intervju kom ytterligare en viktig kontakt att knytas som tackade ja till ett medverka. Totalt intervjuades

10 personer. När tio personer hade intervjuats informerades den sista personen som ursprungligen fick mailinbjudan till studien om att tio personer nu intervjuats men att hen trots detta gärna fick vara med. Hen valde dock att inte medverka.

Verifierbarhet innebär även att samma resultat skulle kunna uppnås om någon annan person utförde studien (Shenton, 2004) Därför följde författaren samma struktur vid samtliga intervjuer. Efter varje huvudområde i enkäten gjordes en paus där frågor viktiga för studiens syfte (se datainsamling) ställdes och senioren fick summera och förtydliga sina tankar ytterligare en gång. Studiens resultat visas med beskrivande rubriker. I analys-schemat visas exempel på meningsenheter, koder, subkategorier och kategorier, vilket ger en bild av processen fram till erhållet resultatet (Granehiem & Lundman, 2004).

Pålitlighet handlar om ifall fynden härstammar från studien och inte från författarens fördomar eller förförståelse. Pålitlighet handlar också om huruvida resultat från intervjuerna har hanterats rättvist (Shenton, 2004). Materialet är omfattande med cirka två timmars intervjuer per deltagare. Urvalet gjordes ändamålsenligt där personer som redan tidigare anmält sitt intresse kontaktades. De ansågs alerta med stor kunskap i de äldres situation. Av resultatet framkommer såväl olikheter som likheter i åsikter och de ansågs fria i sitt sätt att besvara frågorna. Det var av största vikt att frågorna kunde besvaras och förstås på samma sätt oavsett om personen är man eller kvinna. Fördelningen mellan män och kvinnor som medverkade var jämn. Det går inte att utläsa av resultatet att könstillhörigheten påverkade svaren. Seniorerna fick själva välja plats för intervjun. Det faktum att sex intervjuer förlades till den enskildes hem och fyra förlades till neutral plats bedöms inte nämnvärt ha påverkat resultatet. Om samtliga intervjuer hade förlagts till neutral plats hade författarens förståelse för besöken varit mindre. De medverkande i studien var samtliga öppna och nyfikna personer med en vilja att delge sina tankar och erfarenheter i förhållande till de frågor som ställdes. Det var en komplex situation att "ställa frågor på frågor" från en enkät. Det fanns under intervjun, på grund av frågeformulärets omfattning, endast kort tid för att ställa fördjupande följdfrågor, d.v.s. fördjupande frågor kunde inte vid samtliga tillfällen ställas utifrån det som senioren uttryckte, vilket hade varit möjligt med ett mindre antal frågor. Detta kan vara en svaghet, eftersom det kan finnas en liten risk att något i relation till syftet kan ha missats. Vid samtliga intervjuer ställdes dock samtliga frågor, som formulerats som hjälp till att besvara studiens syfte. En styrka var att det var lättare att följa en struktur och att resultaten från intervjuerna på så vis blev lättare att jämföra. Seniorerna i denna studie ansågs dock inte påverkas negativt av att intervjuerna blev långa då de alla var energirika och fysiskt stabila men längre intervjuer ansågs inte heller vara etiskt, då de flesta oavsett ålder blir trötta efter ett samtal på mer än två timmar.

I resultatet visas citat samt från vilken intervju citatet är hämtat. Trovärdigheten ökas

enligt Graneheim och Lundman (2009) när intervjuerna läses av ytterligare en person. Förförståelsen av det studerade fenomenet lades åt sidan och genom analysarbetet har vi kontinuerligt diskuterat och utvecklat arbetet tillsammans.

Överförbarhet handlar om i vilka verksamheter och till vilka grupper resultatet från studien går att tillämpa. Överförbarheten är beroende av de ingående studiernas kontext och analysens abstraktionsgrad (Shenton, 2004). Graden av överförbarhet till andra grupper och andra situationer är en fråga om kritisk metoddiskussion utifrån urval och design i studien (Marshall & Rossman, 1995). Det kan inte frånses att ytterligare antal intervjuer kunde ha stärkt resultatet ytterligare (Graneheim & Lundman, 2004). Detta till trots anses det relativt låga antalet informanter vara representativt för gruppen. Kvale och Brinkman (2009) menar att kvalitativ forskningsintervju är ett hantverk som kräver träning för att uppnå resultat och kvalitet. Intervjusituationen är intim och frågorna är nya såväl för intervjuaren som för den äldre. I målet att förstå och testa frågornas användbarhet är det möjligt att svaren i någon mån kan ha färgats av förförståelsen. Men eftersom frågorna var nya anses inte risken vara stor. I denna studie var det en särskild utmaning att å ena sidan vara knuten till frågeformulärets struktur och att ändå få seniorernas reflektioner kring upplevelserna av användbarheten och frågornas relevans och tydlighet.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att i en pilotstudie undersöka hur ett frågeformulär kunde stödja ett preventivt hembesök mellan senioren och besökspersonen. Eftersom målsättningen för preventiva hembesök enligt projektet Pre-H var att stärka seniorens egenmakt genom individuellt anpassade rekommendationer för att främja hälsa, välbefinnande och oberoende ansågs det viktigt att frågeformuläret som används vid hembesöken gav stöd och flyt i samtalet mellan besökspersonen och senioren. Frågeformuläret skulle vara användarvänligt och samtalen skulle ge en positiv upplevelse för de som fick besöken.

Vilka förväntningar hade senioren på besökspersonen?

För att besöket skulle uppfattas givande och tryggt ställdes stora krav på besökspersonen, vilket seniorerna i studien var tydliga med. I mötet med äldre är det viktigt att inta ett personcenterat förhållningssätt, vilket innebär att se varje individ som unik med unika resurser i form av vanor, känslor, livsstil och förmågor (Ekman & Norman, 2013). Dessa unika och personspecifika egenskaper bör ses som resurser i målet att optimera hälsan och arbeta förebyggande. Kunskapen hos den som gör besöket bör utifrån ovan bland annat innefatta kunskap utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, kunskap om de normala men även om de onormala förändringar som sker i åldrandet. Även kunskaper i motiverande samtal skulle kunna ge mervärde till den äldre (Ericsson, 2013).

Är det lättare att besvara "känsliga/svåra" frågor i hemmiljö?

Att diskutera känsliga frågor i hemmet kan göra att den äldre personen vågar lyfta fram sina problem. De medverkande skapade begreppet "svåra frågor" om frågor som uppfattades extra värdefulla att ställa, frågor som påverkar vardagen men som uppfattades svåra/känsliga att ta upp med sin läkare på vårdcentralen. Exempel på så kallade känsliga/svåra frågor kunde vara frågor som berörde minnesfunktionen eller besvär som kunde relateras till ensamhet eller till kroppsliga nedsättningar som läckage av urin. Det framkom att många äldre lider med besvär länge innan de vågar söka hjälp. Enligt Levinas (1996) är hemmet den plats där individen formar sitt väsen, hemmet är en förtroendepå plats förknippad med igenkännande, gemenskap och jämlikhet. Att frågorna ställs i hemmiljö ansågs positivt då hemmet även av seniorerna upplevdes som en trygg plats. Deras uppfattning var att svaren blir mer adekvata i en lugn och trygg miljö. Frågan om ensamhet uppfattades som viktig att ställa. Det framkom att de kände flera äldre som var ensamma men som håller skenet uppe för barnen. De vill inte belasta dem. Forskning visar att den sociala ensamheten är stor i Sverige idag. Att uppleva sig som ensam ökar riskerna för att utveckla depression och somatisk sjukdom (Ernst Bravell, 2013). Omkring var tionde äldre, mellan 65-80 år, visade depressiva symptom enligt en studie utförd på över sextusen personer, Djunkanovic, Sorjonen & Peterson (2015) och omkring en tredjedel av alla personer över 65 år i Sverige känner inte inre frid (Forsman et al 2011). Melander (2011) beskriver i sin modell att en individs existentiella dimension baseras på en individs meningsskapande processer. För att uppnå meningsskapande processer så kallad introjicering måste livsområden (sfärer) förenas. De livsområden som måste förenas för att uppnå hälsa är den fysiska dimensionen, den psykiska dimensionen och den sociala dimensionen. Om en person saknar till exempel välbefinnande är det troligt att flera av de andra dimensionerna också påverkas och upplevelsen av hälsa minskar. Upplever en person sig som värdelös kan den existentiella meningsskapande sfären inte bli en friskfaktor hur mycket personen än tänker att människor har lika värde oavsett t.ex. ålder och etnisk bakgrund. Det beror på att en individs olika delar - vad den känner, tänker och gör inte är samstämmiga. Områden i enkäten som upplevdes djupare som berörde den äldre på djupet, var till exempel frågorna om livskvalitet och psykosocialt liv. De ansågs lättare att besvara längre in i samtalet när relationen och förtroende mellan intervjupersonen och senioren hade byggts upp. Resultatet stämmer i detta avseende väl överens med vad tidigare studier visar. Enligt Williams (2003) är det bättre att ställa personliga frågor mot slutet av enkäten då respondenten förhoppningsvis är mer avslappnad. Peterson & Åsberg (2014) tydliggör två goda skäl till att förebygga ensamhet, depression och psykisk ohälsa hos äldre. Det första skälet är att dessa tillstånd är smärtsamma och sänker livskvaliteten mer än flera andra "kroppsliga" sjukdomar. Det andra skälet är att ensamhet och depression markant ökar risken för flera åldersrelaterade somatiska sjukdomar som leder till stort vårdbehov och som i slutändan förkortar livet. En slutsats är att hemmiljön är gynnsam för att kunna tala om "svåra frågor".

Hur många frågor är optimalt för ett hembesök?

En alltför omfattande enkät vid det förebyggande hembesöket kan göra att besöket tappar sitt syfte. Seniorerna i studien uppfattade enkätens omfång som alltför stort. När enkäten framöver implementeras behöver dock inte alla seniorer besvara alla frågor. Endast om "signalfrågan" indikerar risk behöver följdfrågorna besvaras. I studien testades dock alla frågorna. Enligt Ejlertsson (2005) bör antalet frågor i en enkät begränsas till 40-50 stycken och det bör inte ta mer än en halvtimme att besvara/fylla i. I besökssituationen framledes utgör frågeformuläret endast ett stöd för samtalet, ett samtal som beräknas ta drygt en timme. Formuläret som skall tas i bruk omfattar inför pilotstudien 12 områden. I varje område finns såväl signalfrågor som följdfrågor som totalt utgör över 150 frågeställningar. Frågeformuläret är utformat med signalfrågor och fördjupande följdfrågor för den som har någon "risk" som till exempel besvär med smärta. Antalet frågor som skall besvaras ökar därmed om en person är multisjuk. När antalet frågor som skall besvaras ökar även tiden på samtalet. I studien varade samtalen mellan en och en halv till två timmar och femton minuter. Enligt Ernst Bravell (2013) kan långa samtal vara mer tröttande för en äldre person, och en person med nedsatt hörsel och nedsatt syn kan behöva särskild stöttning. Trots att de medverkande var vitala och energirika människor visade resultatet att de flesta av seniorerna i studien uppfattade frågeformulärets nuvarande omfång som alltför omfattande och de upplevde att svaren i slutet av samtalet lätt blev slentrianmässiga. Att som äldre och sjuk besvara 150 frågor och ta till sig tips och möjliga åtgärder ansågs inte vara möjligt av seniorerna i studien. Dessutom för en skör och multisjuk person eller för en person med begynnande demens bedöms den nuvarande omfattningen vara omöjlig att besvara adekvat. En slutsats som kan dras är att antalet frågor bör minskas innan frågeformuläret tas i bruk. Ett alternativ kan också vara att vissa frågor distribueras innan besöket och att resterande besvaras under besöket. Vilka frågor som är lämpliga att besvara före respektive under besöket behöver studeras ur både besökarens och seniorers perspektiv. Uppfattningen efter genomgångna intervjuer och fiktiva hembesök är att samtalets djup minskar i takt med att frågorna i frågeformuläret ökar.

Vad händer med svaren? Hur kan samtalet bidra till förändring/motivation?

För att de förebyggande hembesöken ska uppnå målet med att motivera senioren till att leva ett hälsosamt liv behöver besöken följas upp. Cornelius och Wånell (2005) lyfter fram fyra viktiga faktorer som påverkar hur bra det förebyggande hembesöket blir: Kunskapen hos den som gör besöket, god ömsesidig kontakt, struktur med sakkunnig information, och att besöken bör vara minst två gånger per år. För samtliga i studien var uppföljning av besöket ett av de områden som berörde dem mest. För att samtalet skall leda till förändringar och ökad motivation hos de äldre är det av stor vikt att det som sägs under besöket förankras hos personen. Utan en konkret plan med de huvudproblem som framkommer och konkreta förslag på förbättringar gör att besöken

minskar i värde. Det ansågs inte möjligt att som senior komma ihåg det som sades under ett samtal på uppemot två timmar. Detta anses intressant i relation till forskning som idag visar på att kostnaderna för besöken är låga när de ställs mot samhällsnyttan och de förebyggande hembesöken bedöms som samhällsekonomiskt lönsamma, ge positiva effekter i form av minskad smärtbild, färre läkar- och sjukhusbesök, även ökad livslängd i jämförelse med kontrollgrupp (Sahlén, Löfgren, & Lindholm, 2006). Seniorerna i studien menar att besökens värde skulle öka om samtalen följs upp av den som gör besöket men att "när" denna uppföljning bör ske kan variera från individ till individ beroende på problemområde. Samtliga betonade att det skulle vara motiverade att veta att "någon" hör av sig igen för att följa upp. Görs något utifrån inre motivation, d.v.s. inte utifrån lön eller order, kommer motivationen att vara mer konstant och vi förblir engagerade (Mobbs et al. 2009). Sammanfattningsvis ansågs ett enda samtal motivera ytterst lite, uppföljning behövs med andra ord. Om seniorerna inte upplever inre motivation efter samtalen kommer förändringar att utebli. Motivationen stärks när individen upplever samtalen som begripliga, meningsfulla och hanterbara (Antonovsky, 1991). Om de preventiva hembesöken ställs i relation till teorin är det viktigt att strukturen i samtalet är förståeligt, strukturerat och väntat utifrån given information. Sker detta blir besöket "begripligt" för individen. För att uppnå komponenten "hanterbarhet" för individen som får besöket är det viktigt att besökaren intar ett personcentrerat förhållningssätt, där besökspersonen har god kompetens i hur en individs egenmakt kan stärkas och hur ett så kallad motiverande samtal bör ske. Ett förhållningssätt som bland annat innebär djupare kunskap i hur en individs resurser kan tillvaratas, men även en förmåga att kunna se och hjälpa personen att minska kravfyllda situationer. Besöket bör lämna individen med tydliga och hanterbara "åtgärder" som individen kan arbeta vidare med att arbeta för att förbättra/bibehålla hälsan och minska risker för framtida sjukdom och ohälsa. När senioren tillåts vara en jämbördig partner i samtalet sker ett givande och tagande där individen görs aktiv i de processer som sker i det dagliga livet (Edberg et al. 2013). Besöket upplevs då meningsfullt. Inom psykologin ses motivation som den drivkraft som skapar mänskligt handlande. Den mänskliga hjärnan är programmerad, sedan 10 000 år, att till varje pris undvika obehag och osäkerhet som på hjärnnivå aktiverar amygdala (primitiv del av hjärnan). Vi går den väg som för stunden kommer att innebära minst förlust och sparar energi (Balmer Hansen, Stochholm Normand & Simonsen, 2010). Författarna menar att mål som uppnås aktiverar hjärnans belöningssystem. Det är viktigt att de mål som sätts upp kan uppnås och att det går att mäta ett resultat inom en kortare tidsperiod. Görs inte det går den viktiga motivationen förlorad. Klarar vi av något, belönas vi på hjärnnivå med dopamin. Detta kan ses som en ytterligare förklaring till varför hembesöket inte kommer att ge motivation till förändring om inte återkoppling och tydlighet skapas för individen som får besöket.

Vad saknas i frågeformuläret?

Seniorerna i studien uppmärksammande läkemedels inverkan i deras liv och önskade att området i frågeformuläret som berörde läkemedel lyftes upp ytterligare. De senaste 30 åren har läkemedelsförskrivningen till äldre ökat med 70 procent och varje år dör många äldre till följd av läkemedelsbiverkningar. Seniorerna beskrev på flera sätt hur lätt fel kan uppstå när olika läkare skriver nya recept på samma läkemedel. Multimedicinering innebär att en person dagligen intar fem eller fler läkemedel. Omkring 60 000 personer i Sverige behandlas dagligen med fler än tio läkemedel (SKL, 2011). Läkemedelsrelaterad ohälsa står idag för omkring 10-15 procent av alla akuta vårdbesök och står för 5-6 procent av alla akuta sjukhusinläggningar hos äldre. Årligen kostar behandlingen av läkemedelsrelaterad ohälsa cirka 35 miljarder kronor (Kragh, 2013). Behandling med flera läkemedel samtidigt har visat sig medföra negativa effekter på hälsan med ökad sjuklighet, dödlighet och stigande frekvens av biverkningar, interaktioner och bristande följsamhet (Socialstyrelsen, 2017). Läkemedlen är den näst vanligaste orsaken till ortostatism och omkring 25-30 procent av alla friska personer över 80 år har besvär med ortostatiskt hypotension (Kragh, 2013). Förekomsten av ortostatism ökar med stigande ålder och förknippas med ökad förekomst av kardiovaskulär sjukdom, stroke och överdödlighet (Socialstyrelsen, 2017). Att förbättra äldres hälsa med hjälp av minskad läkemedelsanvändning är därför en personlig vinst för den äldre men även en stor samhällsekonomisk vinst. Information om "olämpliga läkemedel" till äldre och vilken rätt den äldre har att få sina mediciner genomgångna på årlig basis skulle kunna vara en naturlig del av besöket (Socialstyrelsen, 2017). Slutsatsen är att besöket bör innehålla ökad information om hur/var läkemedelsrelaterade besvär uppkommer och hur de kan undvikas. Besöket bör även innehålla en ortostatisk blodtryckkontroll.

Slutsats

Som en röd tråd genom hela projektet har frågeställningen funnits om vad ett frågeformulär gör med det mänskliga mötet, och vilka områden i formuläret som ger den äldre personen bäst nytta av samtalet. Sammanfattningsvis kan sägas att ett frågeformulär som stöd och struktur vid samtalet är av godo om frågorna begränsas och strukturen är tydlig. Av stor vikt är även att det ges återkoppling till den äldre personen genom konkreta förslag på åtgärder som de själv vill/kan vidta. Konkret information som efter besöket kan läsas igenom i lugn och ro, kan med fördel lämnas till dem. Några områden kan utvecklas mer för att öka besökets värde till exempel information kring läkemedel och äldre. För att hembesöket skall upplevas meningsfullt för den äldre personen ställs stora krav på besökspersonens kompetens. Hembesöken handlar om att öka tryggheten genom personliga möten vilket seniorerna i studien värderade högt. Vid förebyggande insatser kan oro och lidande på flera plan minskas för att förbättrad ålderdom. "Det är ju trots allt de som är gamla nu som har byggt upp Sverige".

Framtida forskning

Ytterligare studier kring hur uppföljningen bör ske för att individen skall uppnå motivation behövs. Det skulle även vara intressant att undersöka hur behovet ser ut för andra personer som till exempel personer från andra kulturer, personer med funktionshinder etc.

Kliniska implikationer

Pilotstudien var ett led i projektet Pre-H:s utveckling av en gemensam och för den äldre fungerande struktur för preventiva hembesök i Skåne Nordost. Genom att undersöka hur seniorerna upplevde frågorna framtagna genom projektet Pre-H kunde en för den äldre individen gynnsam vidareutveckling av frågeformuläret ske innan det implementerades i större skala. Kunskapen var viktig för att samtalen skulle kunna förstås och tolkas på ett så likvärdigt sätt som möjligt. Kunskapen i denna studie förväntas leda till att det framtagna frågeformuläret kan stödja både den äldre och hembesökaren så att målet med det förebyggande hembesöket i Pre-H projektet uppnås.

REFERENSLISTA

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health: How people Manage Stress and Stay Well*. San Fransisco: Jossey- Bass Publishers.
- Austad, S.N. (2001). Concept and theories of ageing. I Masoro, E.J., Austad, S.N., Campisi, J. Martin, G.M., Mobbs, C.V. (Ed.), *Handbook of the biology of aging*. 5th ed. San Diego Calif: Academic Press.
- Balmer Hansen, C., Normand Stochholm J., & Siomonsen, M. (2010). *Den skickliga leanledaren*. Estland: Vårdförlaget AB.
- Bauer, G, Davies J.K., Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, Vol. 21 (2). doi:10.1093/heapro/dak002.
- Behm, L. (2014). *It's never too late. Health – promotion and disease – prevention for very old persons*. Institute of Neuroscience and Physiology Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg: University of Gothenburg: Gothenburg.
- Bergström, G., & Boréus, K. (2000). *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig textanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori*. Stockholm: Liber AB.
- Cornelius, C., & Wånell, S-E. (2005) *Hembesök för hälsans skull: en studie om internationella och internationella erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum 2005:7.
- Djukanovic, I., Sorjonen, K., & Peterson, U. (2015). Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging & Mental Health*. 19. 560-568.
- Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén J. (Red.). (2013). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskan specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2015). *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., & Norman, A. (2013). *Personcentrerad vård – teori och tillämpning*. I Edberg, A-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J.(Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, I. (2013). *Förhållningssätt i vården och omsorgen om den äldre*. I Ernst Bravell, M (Red.), *Äldre och åldrande – grundbok i gerontologi*. Malmö: Gleerup
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 07 (61):938-944.
- Ernst Bravell, M. (Red.). (2013). *Äldre och åldrande – grundbok i gerontologi*, (2., [rev.] upp.) Malmö: Gleerup.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24 (2): 105-112.

- Henricson, M. (Red.). (2012). Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hälsa- och sjukvårdslag (SFS 1982:763). Stockholm: Socialdepartementet.
- Huss, A., Stuck, AE., Rubenstein, LZ., Egger, M., & Clough-Gorr, KM. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for communitydwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology*, 2008;63 A (3): 298–307.
- Insulander, L., & Björnvell, H. (2013). Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning*. Lund. s. 135- 157: Studentlitteratur.
- Kragh, A. (Red.). (2013). Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedicinering. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Langius, A., & Björkvell, H. (1996). Den salutogena modellen och användning av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning – en metodbeskrivning. *Vård i Norden* 16, 165- 171.
- Langius- Eklöf, A. (2013). Salutogenes och känsla av sammanhang. I B. Klang Söderkvist (Red.), *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur. s. 85-105.
- Levinas, E. (1996). *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Malmberg, B., & Ågren, M. (2013). Socialt åldrande. I M. Ernsth-Bravell (Red.), *Äldre och åldrande- grundbok i gerontologi*. Malmö: Gleerup.
- Marshall, C., & Rossman, GB. (1995) *Designing qualitative research* (2 nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mobbs, D., Hassabis, D., Seymour, B., Marchant, JL., Weiskopf, N., Dolan, RJ., & Frith, CD. (2009). Choking on the money: reward-based performance decrements are associated with midbrain activity. *Psychol sci*. 20 (8): 955-62.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Polit D., & Beck Tatano, C. (2016). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing practice*, Ninth Ed. Part 4 (Measurement and Data Collection). Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Repstad, P. (2007). *Närhet och distans. Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Pozkal, Poland. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlén, KG., Löfgren, C., & Lindholm, L. (2006). Är det lönsamt med prevention efter 65? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Sahlén, K.G, Löfgren, C., Heller, B.M., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trail with time- limited results. *BMC Public Health* Aug 31: 6: 220
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2015) *Etikboken – etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Serra-Rexach, J.A., Bustamante-Ara, N., Hierro Villarán, M., González, Gil. P., Sanz

- Ibáñez, M.J., ... & Lucia, A. (2011). Short-term, light- to moderate-intensity exercise training improves leg muscle strength in the oldest old: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 59 (4). 594-602. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03356.x.
- Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* (22), 63–75.
- Peterson, U., & Åberg, M. (2014). Depression går de att förebygga? I Rolfner Suvanto (Red.), *Äldres psykiska hälsa och ohälsa – prevention, förhållningssätt och arbetsmetoder*. (1. uppl.) Stockholm: Gothia Fortbildning
- Petersson, P. & Blomqvist, K. (2011). Sense of security – searching for its meaning by using stories: a Participatory Action Research study in health and social care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing* 6, 25–32 doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00211.x
- SCB, Statiska centralbyrån. (2015). Tre miljoner fler bor i Sverige år 2060. Hämtad 2017-04-28 från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/389899/
- SKL. Sveriges kommuner och landsting.(2009). Fallskador bland äldre en sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. Hämtad 2017-04-13 från <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-441-1.pdf?issuusi=ignore>
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting. Nationell satsning för ökad patientsäkerhet, Läkemedelsfel i vårdens övergångar, 2011-02-22. ISBN 978-91-7164-630-9.
- Socialstyrelsen (2012). Nationella riktlinjer för förebyggande metoder.
- Socialstyrelsen (2017). Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre. Hämtad 2017-10-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20644/2017-6-7.pdf>
- Van Haastregt, J.C.M., Diederiks, J.P.M., van Rossum, E., de Witte, L. P., Crebolder, H. F.J.M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic. *BMJ journals* 2000;320:754.
- Wenemark, M (2017). *Enkätmetodik med respondenten i fokus*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO: Ottawa Charter Health promotion, 1986, Hämtad 2017-08-30 från <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Williams, A. (2003). Write and analyze a questionnaire. *Journal of Orthodontics*. 2003; 30: 245-252.

Pilottest av enkäten framtagen av Pre-H, förkortad version, endast signalfrågor.

Frågeformulär för förebyggande hembesök. Pilottest

Ringa in och/eller skriv när det är fritext

A. Bakgrundsuppgifter (för alla)

1. Ålder (födelseår).....
2. Kön
 - a. Man
 - b. Kvinna
 - c. Annan könsidentitet
3. Födelseland
 - a. Sverige, Norge, Danmark, Finland, Island
 - b. Land i Europa, ange vilket i fritext.....
 - c. Land utanför Europa, ange vilket i fritext.....
4. Bor ensam/tillsammans
 - a. Sammanboende
 - b. Ensamboende
 - c. Särboende
5. Boendeform
 - a. Hus
 - b. Lägenhet
 - i. Om boende i lägenhet, Finns hiss? (ja/nej)
 - c. Trygghetsbostad
 - d. Annat + fritext.....
6. Läge
 - a. I centralort? Vilken (postnummer).....
 - b. Utanför centralort?
7. Vilka transport- och kommunikationsmedel använder Du? (flera svarsalternativ möjliga)
 - a. Kör egen bil
 - b. Åker buss
 - c. Åker tåg
 - d. Har färdtjänst
 - e. Kan inte resa
 - f. Annat (tex anhörig kör bil) + fritext.....

Inledande allmänna frågor (för alla)

De två första frågorna ska användas för att "mjukstarta samtalet" – det som sägs kan vara en hjälp i genomgången av de frågor som följer. Erfarenheten visar att det behövs ca 10 min "försnack" – att man inte går "rakt på" alla frågorna...

1. Hur mår du i största allmänhet? Fritext...

2. Vad får dig att må bra? Fritext...

3. Säkerhet i hemmet	Ja	Nej	Ej aktuellt
Jag har halkskydd under lösa mattor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har tagit bort onödiga mattor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har fäst lösa el- och telefonsladdar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag torkar genast upp om jag har spillt på golvet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag använder stadiga skor med bakkappa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har halkmatta i dusch/badkar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har duschstol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har sittbräda i badkar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag sitter vid av och på klädning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har telefon vid sängen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Föremål som jag använder ofta har jag lättillgängliga	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag undviker att klättra på stolar/pallar/stegar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har mina läkemedel på en säker men lättillgänglig plats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har god belysning i bostaden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trappor är försedda med stabila handtag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
I trappor finns god belysning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Jag använder halkfria skor vid vistelse utomhus			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har brandvarnare i bostaden?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har brandfilt i bostaden?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jag har brandsläckare i bostaden			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Har det gjorts någon anpassning för att underlätta ditt boende? (t.ex. trösklar, rymlig toalett, dörrbredd minst 90 cm, om aktuellt hiss/möjlighet att komma ut)			Ja		Nej
Boendeanpassning är gjord			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Boendeanpassning skulle behöva göras			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
5. Använder du dator?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
6. Använder du ”smart telefon”?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
OMRÅDE: Allmän hälsa	Utmärkt	Mycket bra	Bra	Någorlunda	Dåligt
1. I allmänhet, skulle du vilja säga att din hälsa och ditt välbefinnande är?					
OMRÅDE: Psykosocial hälsa			Ja	Någorlunda	Nej
2. Känner du dig tillfreds med tillvaron i allmänhet?			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Nej	Delvis /ganska/ ibland	Ja

3. Besväras du av ensamhet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ja		Nej
4. Har du den kroppsliga närhet till någon annan som du önskar? (Samtala vid behov)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
OMRÅDE: NUTRITION		Bättre	Samma	Sämre
5. Hur är din aptit jämfört med tidigare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej		Ja
6. Har du gått ner i vikt? (ofrivillig vikt förlust oavsett tidsförlopp och omfattning)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Nej		Ja
8. BMI (ej aktuellt i pilottest)				
OMRÅDE: FYSISK HÄLSA		Nej		Ja
8. Besväras du av urinläckage?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Nej		Ja
9. Har du några problem med magen?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Nej		Ja
10. Besväras du av smärta eller värk?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Nej		Ja
11. Upplever Du någon hörselnedsättning?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
12. Upplever Du någon synnedsättning?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

13. Har du blivit stelare i kroppen, fått sämre balans eller märkt att ditt tal förändrats?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
		Ja		Nej	
14). Upplever du att du sover bra?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
OMRÅDE: KOGNITIV FÖRMÅGA		Ja		Nej	
15. I allmänhet, tycker du att ditt minne fungerar bra, jämfört med andra i din ålder?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
OMRÅDE: FUNKTIONS- FÖRMÅGA/AKTIVITET/ SKÖRHET		Nej	Delvis	Ja	
16. Behöver du hjälp med att göra dina inköp (ta dig till affären, plocka varor, betala, bära hem)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Nej		Ja	
17. Ramlar du ofta, tror du att du ska ramla eller är du rädd för att ramla?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
OMRÅDE: SOCIAL, EKONOMISK SITUATION OCH BEROENDE		Nej		Ja	
20. Stödjer/hjälper du någon annan?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Är du bekymrad för din ekonomi?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
22. Är du nöjd med din boendesituation?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
23. Känner du dig trygg i ditt bostadsområde, i din närhet?		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Aldrig/ så gott som aldrig	1-3 ggr / månad	1 ggr / vecka	Flera ggr/vecka	Dagligen

24. Utövar du någon form av motion som tex promenader, cykelturer, hushållsarbete eller trädgårdsarbete, gym	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OMRÅDE: LIVSKVALITET	Nu kommer det frågor som berör livskvalitet. Jag kommer att läsa upp dem ordagrant, eller om du själv vill läsa så går det också bra. Ange vilket påstående som bäst beskriver din livskvalitet just nu genom att svara/sätta en bock				
25. Kärlek och vänskap (kryssa i den ruta som bäst motsvarar din situation)	Jag kan få all den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan få mycket av den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan få lite av den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan inte få något av den kärlek och vänskap som jag vill ha				
26. Tänka på framtiden	Jag kan tänka på framtiden utan att bekymra mig alls Jag kan tänka på framtiden utan att bekymra mig så mycket Jag kan inte tänka på framtiden utan att känna mig något bekymrad Jag kan inte alls tänka på framtiden utan att känna mig mycket bekymrad				
27. Göra saker som får dig att känna dig värdefull	Jag kan göra allt det som får mig att känna mig värdefull Jag kan göra mycket av det som får mig att känna mig värdefull Jag kan göra lite av det som får mig att känna mig värdefull Jag kan inte göra något av det som får mig att känna mig värdefull				
28. Njutning och nöje	Jag kan få all den njutning och allt det nöje som jag vill ha Jag kan få mycket av den njutning och det nöje som jag vill ha Jag kan få lite av den njutning och det nöje som jag vill ha Jag kan inte få något av den njutning eller det nöje som jag vill ha				
29. Oberoende	Jag kan vara helt oberoende Jag kan vara oberoende när det gäller många saker Jag kan vara oberoende när det gäller vissa saker Jag kan inte vara oberoende alls				
ALLMÄNNA FRÅGOR			Nej		Ja
30. Använder du några läkemedel?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
		Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta
31. Dricker du alkohol?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

24. Utövar du någon form av motion som tex promenader, cykelturer, hushållsarbete eller trädgårdsarbete, gym	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
OMRÅDE: LIVSKVALITET	Nu kommer det frågor som berör livskvalitet. Jag kommer att läsa upp dem ordagrant, eller om du själv vill läsa så går det också bra. Ange vilket påstående som bäst beskriver din livskvalitet just nu genom att svara/sätta en bock				
25. Kärlek och vänskap (kryssa i den ruta som bäst motsvarar din situation)	Jag kan få all den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan få mycket av den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan få lite av den kärlek och vänskap som jag vill ha Jag kan inte få någon av den kärlek och vänskap som jag vill ha				
26. Tänka på framtiden	Jag kan tänka på framtiden utan att bekymra mig alls Jag kan tänka på framtiden utan att bekymra mig så mycket Jag kan inte tänka på framtiden utan att känna mig något bekymrad Jag kan inte alls tänka på framtiden utan att känna mig mycket bekymrad				
27. Göra saker som får dig att känna dig värdefull	Jag kan göra allt det som får mig att känna mig värdefull Jag kan göra mycket av det som får mig att känna mig värdefull Jag kan göra lite av det som får mig att känna mig värdefull Jag kan inte göra något av det som får mig att känna mig värdefull				
28. Njutning och nöje	Jag kan få all den njutning och allt det nöje som jag vill ha Jag kan få mycket av den njutning och det nöje som jag vill ha Jag kan få lite av den njutning och det nöje som jag vill ha Jag kan inte få något av den njutning eller det nöje som jag vill ha				
29. Oberoende	Jag kan vara helt oberoende Jag kan vara oberoende när det gäller många saker Jag kan vara oberoende när det gäller vissa saker Jag kan inte vara oberoende alls				
ALLMÄNNA FRÅGOR			Nej		Ja
30. Använder du några läkemedel?			<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
	Aldrig	Sällan	Ibland		Ofta
31. Dricker du alkohol?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

			Nej	Snusar	Röker
32. Röker eller snusar du?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNDERSÖKNINGAR	Blod-tryck	Puls	Längd	Vikt	BMI
33. Har du någon fast vårdkontakt på vårdcentralen? Fritext					
34. Har du någon annan vårdkontakt? Fritext					
25. Har du regelbunden kontakt med tandvården? Fritext					

Sammanfattande bedömning och åtgärd

Sammanfattande bedömning Fritext...
Tips och råd som ges Fritext...
Kontakter som rekommenderas att senioren tar Fritext...
Kontakter som överenskommes att "besökaren" tar Fritext...
Informationsmaterial som överlämnas Fritext...
Balansera mera?
Övrigt Fritext...

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sju kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Hörby, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

