

Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk

Morten Heggelund



Masteroppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

15.05.2012



Navn: Morten Heggelund	Dato: 15.05.12
Tittel og undertittel: Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk.	
<p>Bakgrunn: Bakgrunn for studien er et behov om å kartlegge kunnskap om eldres erfaringer etter å ha mottatt førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk det året de fyller 75 år. Tidligere studier har vist at det er mangel på kvalitativ forskning i forhold til helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Forskere peker på at det er nødvendig med kvalitative studier for å forstå helheten i hvilken innflytelse dette tiltaket har på eldres hverdag.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne studien er å beskrive og utforske hvordan eldre opplever det første forebyggende hjemmebesøket som tiltak og hvilken betydning dette besøket får for de eldre og deres hverdag.</p> <p>Teoretisk forankring: Aldring og aldringsteorier ble brukt som teoretisk forankring i studiet i tillegg til kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid. Vi aldres ulikt, noe som fører til forskjellige tiltak i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Dagens eldre lever lengre og med bedre funksjonsnivå enn eldre for 10-20 år siden dette gjør at tiltak som helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk må tilpasse seg aldringens utvikling.</p> <p>Metode: Det har blitt gjennomført en kvalitativ studie med bruk av semistrukturerte intervju. Ti eldre på 75 år har deltatt i studiet. Analyse av intervjuene er gjennomført etter kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman. I essayet diskuteres problemstillingen knyttet opp mot når eldre tenker man bør starte med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Artikkelen redegjør for det overordnede prosjektet og de viktigste erfaringene fra dette.</p> <p>Resultater: Erfaringen til eldre viser at deres opplevelse av hensikten med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk var å få en plass å henvende seg dersom noe uventet skulle oppstå. Og at der kunne de regne med å få hjelp til å løse disse utfordringene. Flere opplevde kartlegging og informasjon som hensikten med besøkene. De fleste eldre hadde en god opplevelse av besøket, men flere peker på uklare forventninger og opplevelsen av og ikke ha behov for besøk nå.</p> <p>Konklusjon: Funnene i denne studien tilsier at eldre opplever helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk som et positivt tiltak. De beskriver at det føles betryggende at det er noen som følger de opp og at de har en plass og ta kontakt dersom hverdagen skulle endre seg. Erfaringer i forhold til når helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk bør starte, er at det godt kan komme noe senere en ved 75 år da flere eldre uttrykker at de ikke føler de har behov for det enda.</p> <p>Antall ord i sammendrag/essay: 389/ 7478</p>	
Nøkkelord: Eldre, helsefremmende og forebyggende arbeid, aldring og forebyggende hjemmebesøk.	



Name: Morten Heggelund	Date: 15.05.2012
Title and subtitle: Elderly experience with first time preventive home visits.	
<p>Background: The framework for this study is the knowledge of elderly experience after receiving first time preventive home visit the year they reach the age of 75. Earlier research has shown that there is a lack of qualitative studies in relation to first time preventive home visits. Researchers call attention to the fact that it is necessary with qualitative studies to understand the whole process and how it affects activities in the daily life.</p> <p>Objectives: The intention of this study was to examine and describe how elderly people experience their first preventive home visit and which influence this have on their activities of daily living.</p> <p>Theoretical basis: Ageing theories and theories about health promotion were used as theoretical foundation in the study. We all are ageing differently which leads to different measures in the preventive health care. Today's elderly are living longer and with a better functional ability than elderly 10-20 years ago, which means that preventive measures like preventive home visits and health promotions must adapt to the change in the ageing process.</p> <p>Method: A qualitative study was designed by using semi-structured interview. Ten elderly in the age of 75 have taken part in the study. Analysis of the interviews is done by qualitative content analysis described by Graneheim and Lundman. In the essay the subject associated with when elderly thinks we have to start with preventive home visits are discussed. In the article the overall project and the main knowledge learned from it is presented.</p> <p>Results: The experience of elderly shows that their perception of the purpose of preventive home visits was to get a place to contact if something unexpected should happen. On this place they could count on having assistance to solve these challenges. Several elderly had the perception that the purpose of the visit was a geriatric assessment and information. Most elderly had a good experience with the visit, but several pointed to the fact that there was some unclear expectation regarding to the aim of the visit. Some elderly felt that they did not need a visit at this time.</p> <p>Conclusion: The result in this study indicates that elderly experience health promotions and preventive home visits as a positive initiative. They describe a feeling of security that there is some place or someone to turn to if the daily life should change. Knowledge regarding to when preventive home visits ought to start is that it can start later than by age of 75 because more elderly express that they do not feel that it is needed yet.</p> <p><u>Words in abstract/essay: 389/7478</u></p>	
Key words: Preventive health services, elderly, aged, home visits, health promotion.	

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INTRODUKSJON.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk.....	2
1.4 Tidligere forskning.....	3
1.5 Oppsummering av artikkel.....	4
1.6 Essayets struktur.....	5
KAPITTEL 2 TEORETISK RAMME.....	6
2.1 Aldringsprosesser.....	6
2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	7
2.3 Modellen med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk i en norsk kommune.....	8
KAPITTEL 3 METODE.....	9
3.1 Bakgrunn for valg av metode.....	9
3.2 Utvalg av informanter/deltagere og datainnsamling.....	9
3.3. Analyse av intervjuer.....	10
3.4 Troverdighet.....	11
3.5 Etikk.....	13
KAPITTEL 4 RESULTAT.....	14
4.1 Eldres vurderinger om når man bør starte med HFHB.....	14
4.2 Eldre har synspunkter på når HFHB bør starte ut fra egne og andres erfaringer.....	14
KAPITTEL 5 DRØFTING OG OPPSUMMERING.....	17
5.1 Tidligere besøk.....	17
5.2 Fornøyd med ordningen slik den er nå.....	18
5.3 Ønsker senere besøk.....	19
5.4 Differensiering av besøk.....	19
5.5 Konklusjon.....	20
Litteraturliste.....	21

FIGURER OG TABELLER

Tabell 1 Eksempel på koder og kategorier.....	11
Tabell 2 Resultat innholdsanalyse.....	14

OVERSIKT OVER VEDLEGG

Vedlegg artikkel Scandinavian Journal of Caring Sciences

Vedlegg 1 Utlånstillatelse

Vedlegg 2 Godkjenning REK søknad

Vedlegg 3 Dokumentasjon tilstedeværelse masterseminarer

Vedlegg 4 Dokumentasjon fremlegg masterseminar

Vedlegg 5 Godkjenning av sammendrag og abstract fra veileder

Vedlegg 6 Author Guidelines Scandinavian Journal of Caring Sciences

KAPITTEL 1 INNTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Dette masterprosjektet omhandler eldre 75-åringers erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (heretter forkortet til HFHB). Prosjektet utgjør også en del av datainnsamligen til et større evaluerings- og stipendiatprosjekt av HFHB, som vil bli publisert i en annen sammenheng.

HFHB kan defineres som en oppsøkende aktivitet, hvor en ansatt i helsetjenesten besøker en eldre person i deres hjem. Målet med besøket er å få et bilde av den eldres ressurser og risikofaktorer, som kan være med på å fremme eller hemme muligheten til å mestre hverdagen i eget hjem (Fagerstrøm, Wikblad og Nilsson, 2009). Økt gjennomsnittsalder i befolkningen er blant annet et resultat av et mer effektivt helsevesen. I industriland har man sett en økning i gjennomsnittlig levealder fra 40-50 år ved starten på 1900-tallet til 70-80 år mot slutten av 1900 tallet (Water, 1997). I Norge står vi ovenfor store utfordringer i de kommende årene fordi vi møter en eldrebølge som vil vare fra 2010 til 2050. I denne perioden mener forskerne at antall eldre over 67 år vil utgjøre 25 % av den norske befolkningen (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2008).

En studie gjennomført av Bonneux, Barendregt, Nusselder og Maas (1998), viser at forhindring av tidlig død og økt levealder fører til lengre behov for helsetjenester. I tråd med denne utviklingen har vi de siste ti årene sett en endring i helsepolitikken. Fokuset har blitt flyttet fra pleie og behandling til mer fokus på forebyggende helsearbeid. Dette kom blant annet fram i St.meld.nr.20 "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller". Her ønsker man en satsing på folkehelsearbeidet i Norge gjennom å jobbe for flere år med god helse i befolkningen samt redusere helseforskjeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Denne politikken er videreført i den nye St.meld.nr.47 "Samhandlingsreformen", hvor man skriver at helsetjenestene har et for stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner framfor tiltak rettet mot det å mestre samt redusere kronisk sykdomsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Videre påpekes det at man med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene må jobbe for å styrke de forebyggende og helsefremmende helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Samtidig som man ser et økende fokus fra helsevesenet på helsefremmende og forebyggende tiltak, har eldre tanker om sin egen alderdom og framtid. Som en følge av at eldre lever lengre, kan dette medføre at de opplever å leve i lengre perioder med sykdom og funksjonssvikt (Janssen,

Peeters, Mackenbach og Kunst, 2005). Helsevesenets ønske om å utsette Eldres behov for omfattende helsetjenester, er et dilemma målt opp mot Eldres tanker om når de selv ønsker innblanding i deres liv av det offentlige. Stadig flere kommuner og land prøver ut ulike former for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Når vil eldre oppleve størst utbytte av dette tiltaket? Hva tenker de eldre selv om når et slikt tiltak bør komme?

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette masterprosjektet som helhet har vært å utforske og beskrive eldre 75-åringers erfaringer med førstegangs HFHB. Gjennom dette arbeidet har det vært intervjuet ti eldre om deres erfaringer og opplevelse med HFHB. Disse resultatene er sammenstilt i en vitenskapelig artikkel som vil bli oversatt til engelsk og publisert i *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (se vedlegg). Temaet til dette essayet kom fram under intervjuene med de eldre om deres erfaringer med førstegangs HFHB. Det viste seg at flere opplevde seg selv som for ”friske” til å trenge dette tilbudet og at de hadde gjort seg opp tanker om når de ønsket at HFHB burde starte. Problemstillingen i dette essayet har vært:

”Når tenker eldre som nettopp har mottatt sine første HFHB at man bør starte med førstegangs hjemmebesøk?”

1.3 Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et tiltak hvor man kan se de eldre i samspill med sine omgivelser. Målet med forebyggende hjemmebesøk er å avdekke, redusere og avverge helse relaterte risikofaktorer i de Eldres liv (van Haastregt, Diedriks, van Rossum, de Witte og Crebolder, 2000). På denne måten er ønsket å forebygge Eldres behov for omfattende helsetjenester som for eksempel sykehjemsplass, innleggelse på sykehus, omsorgsbolig og hjemmesykepleie.

Den forebyggende hjemmebesøk-modellen bygger på forebyggende undersøkelser som startet i 1970-1980-årene som en type helsesjekk for eldre i USA og Storbritannia (Vass, Avlund, Hendriksen, Holmberg og Fiil Nielsen, 2006). Land som England, Danmark, Sverige, Japan, Finland og Australia var på 1990-tallet i full gang med prosjekter og planer for organisert utprøving og gjennomføring av denne modellen (Sahlén, 2009). Mot midten av 1990-tallet innførte Danmark og Australia et lovfestet tilbud om forebyggende hjemmebesøk til alle eldre fra fylte 75 år (Avlund, Dyrholm, Holstein og Ingerslev, 2000).

Mot slutten av 1990-tallet og starten av 2000-tallet har også flere kommuner i Norge innført tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Samtidig er det stadig flere kommuner som har iverksatt dette tiltaket som følge av St.meld.47 ” Samhandlingsreformen” (Pettersen og Bryn Wyller 2005; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I internasjonal litteratur omtales ofte forebyggende hjemmebesøk som *Preventive Home Visits* (heretter forkortet til PHV). PHV gjennomføres på ulik måte, og det er derfor utfordrende å finne en ensbetydende definisjon. PHV blir blant annet definert som besøk til eldre som bor hjemme med en omfattende kartlegging av eldre menneskers helse og funksjonsnivå (Reid, Browne, Weir, Gafni, Roberts og Henderson, 2006). Det foregår en identifisering av risikofaktorer og ressurser som leder til ulike tiltak og råd for å forbedre eller bevare helsen. Det er nødvendig med rutinemessig oppfølging for å følge opp disse rådene og tiltakene (Reid et al, 2006). Etter hvert som man har fått mer kunnskap om eldre og risikofaktorer i deres liv, har modellen blitt videreutviklet til helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Denne modellen blir brukt i Danmark, i tillegg til den norske kommunen hvor dette studiet er gjennomført. Definisjonen av HFHB er bredere og mer omfattende enn hva forebyggende hjemmebesøk tradisjonelt har vært. Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson og Riis (2007), definerer HFHB som: En dynamisk prosess som tar sikte på å etablere en relasjon til de eldre. Prosessen skal skje innenfor rammene av samfunnet og seniorpolitikken, slik at den eldre settes i stand til å bevare eller forbedre sin langsiktige mulighet for å leve et godt og selvstendig liv uten funksjonsvikt og med utsettelse av behovet for hjelp (Vass et al, 2007:210). Med dette løfter HFHB fram det helsefremmende aspektet som like viktig i arbeidet for at eldre skal kunne oppleve mestring i hverdagen (Vass et al, 2006).

1.4 Tidligere forskning

Litteratursøk etter tidligere forskning har vært gjennomført i databasene CINAHL, PubMed, OTseeker og SveMed, og søkeordene har vært: Preventive home visits or health promotion, aged or elderly, Tidligere forskning på HFHB er gjennomført i Skandinavia, Europa og USA. Mange av studiene er av kvantitativ karakter og gjennomført som randomiserte kontrollerte studier, systematiske review og meta analyser (Elkan, Kendrick og Dewey, 2001; Stuck, Egger, Hammer, Minder og Beck, 2002; Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund og Lindholm 2006; Fagerstrøm et al 2009). Ett av områdene som er i fokus i disse studiene er effekt i forhold til intervensjonen, kartleggingsmetoden og målgruppen. Ett av funnene i forskningen

til Fagerstrøm et al (2009), er at forebyggende hjemmebesøk blir gjennomført på mange forskjellige måter og med ulikt fokus, og at eldre kan oppleve positive resultater av forebyggende hjemmebesøk. En gjennomgang av disse studiene viser blant annet at eldre kan oppleve bedre funksjonsnivå, bedre balanse, økt livskvalitet, økt sosialt nettverk, mindre dødelighet, økt kunnskap om helse og mindre innleggelse på sykehus/sykehjem (Fagerstrøm et al, 2009).

Samtidig peker flere forskere på at studier av forebyggende hjemmebesøk ofte kan være vanskelig å sammenligne fordi tilnærmingen og metodebruken er forskjellige, og i tillegg kommer det uklart fram hva man har gjort under besøkene. (Clark, 2001; Fagerstrøm et al, 2009). Resultatene fra forskning på forebyggende hjemmebesøk viser også studier som peker på at det finnes liten eller ingen effekt av dette tiltaket (van Haastrgt et al, 2000). Clark (2001) hevder videre at effektiviteten av forebyggende hjemmebesøk ikke kan dømmes ut fra randomsierte kontrollerte studier siden dette tiltaket er mer en sosial prosess enn et behandlingsopplegg. En klar og tydelig evidens på at forebyggende hjemmebesøk med sikkerhet har effekt savnes eller er uklar. En gjennomgang av tidligere studier viser at det er gjennomført få evalueringsstudier ut fra eldres perspektiv og forskere peker på at det er gjort få kvalitative studier på HFHB (Fagerstrøm et al, 2009). Tidligere forskning som beskriver effekten av forebyggende hjemmebesøk i forhold til ulike aldersgrupper er gjennomført som kvantitative studier (Stuck et al, 2002; Vass, Avlund, Lauridsen og Hendriksen, 2005). I flere studier er det blant annet sett nærmere på sammenhengen mellom innhold, antall hjemmebesøk, hyppighet og om dette påvirker helsen og livene til eldre (Vass, Avlund, Kvist, Hendriksen, Andersen, og Keiding, 2004). Noen studier viser at eldre 80 åringer kan ha mer nytte av forebyggende hjemmebesøk enn 75 åringer og at kvinner i 80 årene kan ha mer nytte av besøk enn menn på samme alder (Vass et al, 2005; Poulsen, Elkjaer, Vass, Hendriksen og Avlund, 2007; Vass, Avlund, Siersma og Henriksen 2009). Et studie av Poulsen et al 2007 viste også at eldre kvinner på 80 år hadde økt fysisk aktivitet så lenge intervensjonen pågikk.

1.5 Oppsummering av artikkel

Mye forskning er tidligere gjort i forhold til forebyggende hjemmebesøk, men de fleste studier er av kvantitativ karakter og det mangler studier som utforsker eldres erfaring med dette tiltaket. Dette studiet er en del av en større evalueringsstudie av et tiårig tilbud om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til eldre som fyller 75 år i Norge.

Bakgrunn for dette studiet var å utforske og beskrive de eldres erfaringer med førstegangs HFHB, samt hvordan de har forstått hensikten med HFHB. Kvalitative intervjuer rundt temaet “Hvilken erfaring har eldre 75 åringer med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk”, har vært gjennomført med 10 eldre som nettopp hadde mottatt sine første HFHB. Data ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse. Innholdsanalysen resulterte i to temaer; ”De eldres forståelse av hensikten med HFHB er varierende ut fra egne og andres erfaringer”, og ”En god og tillitsfull dialog som bør tilpasses den eldres individuelle behov”. Resultatene viser at det var variasjon i hva de eldre oppfattet at hensikten med HFHB var. Noen opplevde dette som en kartlegging av nåværende situasjon mens andre oppfattet at hensikt var å få kontakt eller hjelp fra kommunen. De eldre uttrykker at HFHB var et positivt tilbud og at samtalen med besøkeren var god. Intervjuene viser at de eldre har varierte erfaringer i forhold til hva hensikten med HFHB er, dette kan skyldes at flere har uklare forventninger til tilbudet. På den andre siden opplever flere av de eldre at dette er et positivt tiltak og at det er betryggende å få en kontaktplass inn i kommunen.

1.6 Essayets struktur

I dette essayet vil jeg videre presentere metoden som har blitt brukt i dette masterprosjektet. Deretter vil jeg gjøre rede for teori knyttet opp til temaet i essayet som omhandler biologisk aldring, helsefremmende og forebyggende helsearbeid, aldringsprosessen og hvordan denne kan påvirkes og endres over tid. I resultatdelen presenteres de eldres syn på når man bør starte med HFHB. Avslutningsvis vil jeg drøfte ulike perspektiver for når man bør starte med HFHB, sett ut fra de eldres syn og forskning som er gjort på området.

KAPITTEL 2 TEORETISK RAMME

2.1 Aldringsprosesser

Eldre mennesker utgjør en persongruppe som har mange utfordringer i hverdagen, både psykiske og fysiske. De opplever at kroppen er i endring og kjenner på denne prosessen blant annet gjennom de daglige aktivitetene (Cononn, Lohman og Padilla, 2004). Biologisk aldring er et uttrykk for en naturlig prosess som vil følge i takt med økende alder (Johansen, 1995). Biologisk aldring omtales ulikt i litteraturen, men det handler om kroppens fysiske utvikling eller forfallstilstand (Hamilton, 2001). Når alderen stiger får de fleste nedsatt fysisk og psykisk funksjonsevne. De blir lettere syk og bruker lengre tid på å bli frisk (Avlund, 2000). Dette fører til at de daglige aktivitetene blir vanskeligere og i verste fall umulige å gjennomføre. Biologisk aldring er en livslang prosess og hos noen starter den allerede i 20-årene. Etter hvert som man blir eldre tenker man ikke over at man har fått nedsatt funksjonsevne fordi man kompenserer for funksjonstapet i aktivitetene (Avlund, 2000).

Den biologiske aldringen vil etter hvert føre med seg alderdomssvekkelse og\eller sykdom dersom man blir gammel nok. Kirkevold et al (2008) beskriver at denne prosessen preges av to forhold, naturlige aldersforandringer og økt risiko for en rekke sykdommer. Det er viktig å skille mellom normal aldring og sykdom, ettersom normal aldring ikke er sykdom og vanlige sykdommer heller ikke er aldringsforandringer (Kirkevold et al, 2008). Den biologiske aldringen skjer på flere områder både fysiologisk og psykologisk. Johansen (1995) beskriver alderdomssvekkelse som en prosess i tre stadier. Først oppstår patologiske forandringer som kan medføre funksjonstap, for eksempel i form av dårligere bevegelse i ledd. Ved neste stadium kan det oppstå funksjonstap på organnivå, som medfører nedsatt mobilitet og tretthet. Siste stadium innebærer utviklingen av et handikap, hvor nedsatt funksjonsevne får alvorlige konsekvenser for hverdagen til den eldre (Johansen, 1995).

Det finnes flere teorier som omhandler aldringsprosessen, økt levealder og en hverdag fri for begrensninger. Spesielt er teoriene om "The expansion of morbidity" og "Compression of morbidity" relevante (Gruenberg, 1977; Fries, 1980, 96). Teorien om "The expansion of morbidity" defineres av Gruenberg (1977) som at økt levealder skyldes hovedsakelig den medisinske og teknologiske utviklingen som gjør at vi er i stand til å leve lengre med sykdom og funksjonshemninger. Avlund (2004) beskriver at konsekvensen av dette er at eldre vil leve lengre med ikke-dødlige sykdommer som parkinson, demens og leddsykdommer. En annen

teori om aldring presentert av Fries (1980) er ”Compression of morbidity” som defineres som at man gjennom et bedre helsevesen, forebygging av sykdom og bedre helse blant eldre kan utsette perioden eldre lever med sykdom og funksjonshemminger til de siste leveårene (Fries 1980, 1996, 2003). I følge denne teorien vil man da med ulike forebyggende tiltak kunne utsette den tiden man lever med sykdom og funksjonshemminger til en kort periode før døden (Fries 1980, 1996, 2003; Avlund 2004). Begge disse teoriene er aktuelle med tanke på at tiltak som HFHB har som mål å sørge for at eldre opplever en hverdag uten større begrensninger og at man utsetter sykdom og funksjonsnedsettelse hos eldre lengst mulig.

2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

WHO definerer i Ottawa- charteret (1986) at helsefremmende arbeid er en prosess som gjør mennesker i stand til å være herre over og forbedre sin helsetilstand. Helsefremmende tiltak omfatter både politiske, økonomiske, sosiale, kulturelle, miljømessige, atferdsmessige og biologiske faktorer, som både kan fremme helsen eller skade den. Helsefremmende tiltak skal styrke og fremme livskvaliteten og den allmenne helsetilstanden (WHO, 1986). Gjennom denne definisjonen legger man vekt på at helse er noe mer enn fravære av sykdom og at helsefremmende arbeid bør knyttes til hverdagslige arenaer som for eksempel i eldres hjem (Gammersvik og Larsen, 2012). For å kunne påvirke helsen gjennom helsefremmende arbeid er empowerment en sentral strategi og defineres som: En prosess hvor makt og myndiggjøring blir utviklet eller stadfestet, i den hensikt at underprivilegerte personer eller grupper kan øke sine ressurser, styrke sitt selvbylde og bygge opp sin evne til å handle på egne vegne i psykologiske, sosiokulturelle, politiske og økonomiske områder (Andersen og Brok, 1998, s.62). For helsepersonell vil empowerment strategien bygge opp under det å støtte den eldre til å avdekke egne ressurser og begrensninger i eget liv slik at de er i stand til å møte motgang som sykdom og funksjonstap i alderdommen (Karoliussen, 2002). I forhold til arbeidet med eldre og forebyggende hjemmebesøk er styrking av de eldres egne ressurser og begrensninger av krefter som hindrer mestring eller uavhengighet en viktig del av tankegangen (Hage og Lorensen, 2005). De helsefremmende innsatsene kan også være å styrke individets egne forutsetninger og helseressurser. Det vil si å støtte det friske og de sider hos individet som hun/han anser er en ressurs (Fagerstrøm 2011). Vass et al (2006) uttrykker at det er vanskelig å skille hva forskjellen på forebyggende og helsefremmende arbeid er. Han sier videre at en måte å definere dette arbeidet på, er at forebyggende handler om å unngå eller fjerne trusler mot den samlede helsen, mens helsefremmende arbeid ut over dette jobber

mot å øke helsen og trivselen gjennom livsmot og glede over å håndtere livets utfordringer (Vass et al, 2006). Kirkevold et al (2008) beskriver forebyggende helsearbeid som det å forhindre eller bremse ringvirkningene av den biologiske aldringen. Kirkevold et al (2008) hevder at den enkeltes egeninnsats er viktig med tanke på å ta vare på egen helse og funksjon. Egeninnsatsen blir viktigere desto eldre man blir og dreier seg i første omgang om livsstil samt å inneha et mentalt og sosialt liv (Kirkevold et al, 2008). Djupvik (2000) beskriver at forebyggende helsearbeid kan deles inn i primær, sekundær og tertiær forebygging. Primær handler om å redusere eller fjerne riskofaktorer, og sekundær handler om å forhindre at sykdom, skade eller funksjonshemming utvikler seg og tertiær handler om å motvirke følgene av sykdom, skade og funksjonshemming (Djupvik, 2000).

2.3 Modellen med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk i en norsk kommune

Dette studiet har blitt gjennomført i en norsk kommune, som de siste 10 årene har hatt en satsing på HFHB, og kommunen har siden 1998 tilbydd HFHB til eldre. Denne tjenesten er organisert som en del av hjemmetjenesten og innbefatter i dag spesialsykepleiere som utøver tjenesten. Hovedmålet er å bidra til å fremme helse hos innbyggerne, samtidig som de eldre skal kunne bo hjemme lengst mulig og behovet for omfattende hjemmesykepleie og institusjonsplass skal utsettes. Tjenesten utøves ved at alle eldre som fyller 75 år får tilbud om et besøk fra det forebyggende helseteamet. Under besøket gjennomføres et intervju med de eldre på 1-2 timer, og de eldre bestemmer selv innholdet i samtalen. Det forebyggende teamet ønsker å være innovertemaer i forhold til geriatrike og gerontologiske nøkkelområder, livshistorie, og fysisk og mental helse. Dersom noe avdekkes under hjemmebesøkene som trenger oppfølging så igangsettes tiltak på stedet eller videreformidles til andre eksisterende tilbud i kommunen. Alle eldre som fyller 75 år får tilbud om et førstegangs besøk, deretter får de tilbud om årlige besøk så lenge de ikke har behov for andre kommunale helsetjenester. Under besøket anvendes et kartleggingskjema med åpne spørsmål og det mest vesentlige fra besøket dokumenteres i journalsystemet Gericia.

KAPITTEL 3 METODE

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Dette prosjektet ble bygd opp som en kvalitativ studie med en beskrivende karakter av fenomenet HFHB og Eldres erfaring med dette tiltaket. Kvalitativ metode blir brukt når man blant annet ønsker å utforske Eldres erfaringer, opplevelser og tanker om et fenomen som for eksempel HFHB (Malterud, 2008). Gjennom å bruke en kvalitativ tilnærming har man muligheten til å få en forståelse av hvilke tanker Eldre gjør seg i møte med HFHB. Datainnsamlingen har foregått gjennom semistrukturerte intervjuer og er analysert gjennom Granheim og Lundman (2003) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativt forskningsintervju ble brukt fordi dette er et verktøy som kan brukes til å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden (Kvale, 2001).

3.2 Utvalg av informanter/deltagere og datainnsamling

Semistrukturerte kvalitative intervju med temaer og underspørsmål ble gjennomført med ti Eldre i deres hjem (Kvale og Brinkmann, 2010). Den semistrukturerte intervjuformen gir en mulighet for at samtalen kan endre seg noe i forhold til hva intervjuobjektet opplever som viktig, men har på den andre siden rammer slik at det ikke kun blir en hverdagsamtale (Kvale et al, 2010). Deltagerne ble rekruttert av to ansatte i kommunen som ikke var involvert i den forebyggende tjenesten, og deltagerne ble funnet gjennom lister over personer som hadde mottatt førstegangs hjemmebesøk i 2010. Det ble brukt tilfeldig utvalg inndelt etter inklusjons og eksklusjonskriteriene (stratified random sampling) (Polit og Beck, 2004). Disse kriteriene var: fylt 75 år, Eldre som ikke hadde kommunale helsetjenester fra tidligere og Eldre som hadde mottatt sitt første HFHB. Det var også ønskelig med ulike kjønn, ulik sivil status, ulike geografisk bosted i kommunen og ulik yrkes og utdanningsbakgrunn. Av de ti som ble intervjuet var alle fylt 75 år, ingen hadde andre kommunale tjenester og alle hadde mottatt sine HFHB i løpet av det siste året. I forhold til de andre kriteriene var halvparten menn og kvinner, de kom fra ulike plasser i kommunen, halvparten var gift eller enslig og ni av ti hadde vært yrkesaktiv.

En intervjuguide ble utarbeidet i forkant og ble pilottestet på to personer for å validere temaguiden. Temaene for intervjuguiden var Eldres forventninger til og erfaringer med hjemmebesøkene, innhold og struktur i samtalen, opplevd nytte av besøkene og forslag til

forbedringer. Deltagerne fikk informasjon muntlig gjennom en telefonsamtale og skriftlig tilsendt før intervjuene skulle finne sted. I det tilsendte materialet var også informasjon om samtykke som ble samlet inn før intervjuene startet. Bare en av informantene ønsket å gjennomføre intervjuet en annen plass enn i eget hjem. Intervjuene startet alltid med å presentere prosjektet og hvorfor man ønsket å snakke med dem. De fikk informasjon om hvordan materialet kom til å bli brukt, hvordan det ble anonymisert og ble forspurt om det var mulighet til å ta opp samtalen. En av informantene ønsket ikke opptak av samtalen, men jeg fikk tillatelse til å ta notater og til å benytte meg av direkte sitater senere i arbeidet. Intervjuguiden ble brukt under intervjuene som en ramme for hva man skulle snakke om. Spørsmålstillingen var åpen, men temabasert. Målet var å få til en god flyt i samtalen, men i noen tilfeller kunne det gå litt utenfor rammene. Det var likevel viktig at intervjupersonene fikk snakket seg ferdig med det resonnementet de var inne på før man gikk tilbake til temaguiden. Dette førte til at noen intervjuer fikk en varighet på opp mot to timer. Den semistrukturerte intervjuformen fungerte på en bra måte mye fordi intervjuene ble gjennomført hjemme hos de eldre en arena hvor de følte seg trygg og avslappet.

3.3 Analyse av intervjuer

Datamaterialet som ble samlet inn gjennom intervjuene ble analysert gjennom en kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim et al, 2003). Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk gjennomgang av en tekst for å se etter mønster og temaer (Graneheim et al, 2003). Etter intervjuene ble det notert fra samtaleene i en dagbok. Og denne har vært benyttet når man har transkribert intervjuene for å se på hvilken stemning, opplevelse og erfaring man satt igjen med. Intervjuene ble transkribert fortløpende og lydfilene ble lyttet gjennom flere ganger for å forsikre seg om innholdet. Intervjuene ble transkribert til bokmål for lettere å kunne sammenligne innholdet. I to av intervjuene var ektefelle også tilstede og det ble da naturlig å transkribere begge ettersom de svarte om hverandre ved noen tilfeller. Som nevnt tidligere var det et intervju som ikke ble tatt opp, og her ble referat skrevet ut i tekst. Når samtlige intervju var ferdig transkribert fikk de ligge noe tid før man lyttet og leste gjennom dem en gang til. Intervjuene utgjorde det Graneheim et al (2003) kaller "Unit of analysis"/ enhet for analyse. Analysen ble gjennomført som en induktiv prosess hvor intervjuene er organisert gjennom koding og tolkning av tekst, gjennom å se på det manifeste innholdet eller det latente innholdet i teksten (Graneheim et al, 2003; Elo og Kyngås, 2007). Intervjuene ble lest gjennom flere ganger og kondensert slik at man har kunnet hente ut meningsenheter, alle

intervju fikk en egen fargekode. I følge Graneheim et al (2003) er en meningsenhet ord eller setninger som handler om det samme. De kondenserte meningsenhetene har så fått en kode slik at datamaterialet kan sees på i en større og mer generell sammenheng (Graneheim et al, 2003). For å beskrive variasjonen i datamaterialet har kodene så blitt sortert inn i kategorier ut fra hvor like eller ulike de er. Kategorier kan sees på som uttrykk for hva datamaterialet sier noe om (Graneheim et al, 2003). Videre er kategorier et uttrykk for det manifeste innholdet i intervjuene, men samtidig en måte å beskrive fenomenet og informantenes subjektive meningsinnhold (Graneheim et al 2003; Elo et al, 2007). I dette studiet sier kategoriene noen om hvilke erfaringer eldre har med HFHB. Opprettelse av temaer er et uttrykk for den latente innholdsanalysen og er en måte å forene de underliggende kategorier sammen på (Graneheim et al, 2003)

Tabell 1

Eksempel på sortering av det manifeste datamaterialet i koder, kategorier og tema.

Tema: Eldres forståelse av hensikten med HFHB varierer ut fra egne og andres erfaringer.

Kategori	En kartlegging av den eldre helse og omgivelser	
Sub kategori	Kartlegging av bolig	Kartlegging av helse
Kode	Hjelpemidler	Kartlegging av livshistorien
	Boligtilpassing	Kartlegging av helsestatus
	Bo hjemme lengst mulig	Kartlegging av aktiviteter

3.4 Troverdighet

Kvaliteten i dette prosjektet reflekteres i hvor troverdig det er gjennomført og kan sees i lys av studiets troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Graneheim et al, 2003; Fagermoen, 2005; Pollit et al, 2008). I forhold til dette prosjektet er disse kriteriene fulgt for å

få til en så troverdig studie som mulig. Når det gjelder troverdighet ble det jobbet mye med utvalget av eldre og inklusjons\eksklusjonskriteriene, blant annet for å få belyst problemstillingen fra personer med variert erfaring (Fagermoen, 2005). Utvalget var på ti eldre personer og det var mulighet til å rekruttere flere dersom disse informantene ikke hadde gitt et rikt datamateriale. I den andre kvalitative delstudien (inngår i en doktorgrad) har ti eldre personer som flere ganger har fått HFHB blitt intervjuet. En mulig svakhet i utvalget var at kun en av de ti som ble intervjuet hadde vært hjemmeværende resten hadde vært yrkesaktiv. Dette kan føre til at store deler av utvalget var resurssterke eldre slik at man kan ha gått glipp av viktige erfaringer. Videre ble det under arbeidet med prosjektet lagt mye jobb i analysen både i arbeidet med de ulike meningsenhetene og i etableringen av koder og kategorier. For å sikre at viktig informasjon ikke gikk tapt har man gjennomført dataanalysen både individuelt og sammen med veileder. I forhold til pålitelighet har målsettingen vært å beskrive metodene for analysen inngående. Videre har man brukt samme intervjuguide uten endringer og med åpne spørsmål på samtlige intervjuer. Samtidig har datamaterialet blitt diskutert med veileder i flere prosesser samt i arbeidet med analysen for og gjøre at påliteligheten og troverdigheten blir bedre (Graneheim et al, 2003). For å ivareta studiets bekreftbarhet er det gjort refleksjonsnotater underveis etter alle intervjuene disse ble notert i en dagbok. Overførbarheten i dette studiet er forsøkt ivaretatt gjennom å vise en sammenheng i hvordan data er innsamlet, analysert og diskutert opp mot ulike teorier (Fagermoen, 2005). Dette for å dokumentere og begrunne de valg som er tatt i dette studiet. Videre handler overførbarhet også om resultatenes verdi i andre sammenhenger (Fagermoen, 2005). Og det vil være nærliggende å anta at tendenser i datamaterialet vil kunne overføres til lignede grupper.

Det å bruke sin forforståelse og kunne forske i eget fagfelt har vært en fordel med tanke på at forskeren ikke har trengt å bruke tid på å gjøre seg kjent med et nytt felt (Thornquist, 2003). I arbeidet med tema, problemstilling, prosjektskisse og gjennomføringen av prosjektet har forskeren fått god kjennskap til feltet noe som har vært en fordel i intervjuene. Når man forsker i eget fagfelt er en mulig fallgrube at en står i fare for å overse viktig informasjon på grunn av sin egen forforståelse, derfor har forskeren gjennom hele forskningsprosessen jobbet med å være bevisst på dette (Thornquist, 2003). Det å gjennomføre kvalitative intervjuer var en stor utfordring da forskeren opplevde at de siste intervjuene ble bedre en de første på grunn av mer erfaring med intervjuformen som verktøy. Det som kommer mest fram er at forskeren kunne ha stilt flere oppfølgings spørsmål for å få en dypere forståelse av temaet og som

kanskje kunne ha bidratt til at annen informasjon kom fram. Samtidig er datamaterialet å anse som rikt og varierende og variasjonen i bakgrunnen til de eldre gjør at man vurderer utvalget som vellykket.

3.5 Etikk

I dette prosjektet har det vært stort fokus på å ivareta deltageres sikkerhet, integritet, interesser og reelle frivillighet ved deltagelse (Helseforskningsloven, 2009). Prosjektet ble meldt inn til Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS, og godkjent av De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning.

Ettersom prosjektet ville omfatte intervju av eldre var det nødvendig at deltagerne avga gyldig samtykke (Helsinkideklarasjonen, 2008). Et gyldig informert samtykke skal være frivillig, informert og uttrykkelig. For at et samtykke skal være gyldig, må det være gitt tilstrekkelig informasjon til at den som inkluderes kan forstå hva det aktuelle prosjektet innebærer (Ruyter, 2003). Det ble gitt informasjon i forkant av intervjuet både per telefon og skriftlig. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuene ble utført. Etter at intervjuene var gjennomført ble de eldre spurt hvordan de opplevde intervjuene og om de hadde noe de ønsket å snakke om. Dette ble gjort fordi enhver innsamling av materiale kan starte en prosess hos de eldre som de kan trenge å snakke om (Malterud, 1996). Taushetsplikt og anonymitet er ivaretatt slik at deltagerne i studiet ikke kan identifiseres. Datamaterialet fra intervjuene ble oppbevart på en sikret database og slettet i det studiet var gjennomført.

KAPITTEL 4 RESULTATER

4.1 Eldres vurderinger om når man bør starte med HFHB

Flere av kategoriene og sub kategoriene viste at eldre hadde gjort seg vurderinger i forhold til når man bør starte med HFHB. For noen var ordningen bra slik den fungerer i dag med besøk når man fyller 75 år. For andre kan det dreie seg om tidligere besøk fordi de selv opplever at alderdommens utfordringer kan komme tidligere. Dette kan også innebære senere besøk som følge av at de ikke føler at de har noen problemer med å mestre hverdagen eller besøk ut fra individuelle behov til de som trenger det mest. Når eldre selv ønsker besøk eller føler behov for hjelp er viktig med tanke på effekten intervensjonen får. Dersom de eldre selv ikke er motivert eller føler de har behov for HFHB kan det tenkes at de ikke tar til seg råd og veiledning som forebyggeren kommer med. Det vil derfor være avgjørende at man treffer de eldre i det øyeblikket de står i fare for å oppleve alderdommens utfordringer selv om dette kan være veldig individuelt.

Tabell 2

Oversikt over sub kategorier, kategorier og tema etter manifest innholdsanalyse.

Tema: Eldres vurderinger om når man bør starte med HFHB.

Kategori	Eldre har ulike synspunkter på når HFHB bør starte			
Sub Kategori	Tidligere besøk enn ved 75 år	Fornøyd med ordningen slik den er nå	Senere besøk enn ved 75 år	Besøk ut fra individuelle behov

4.2 Eldre har synspunkter på når HFHB bør starte ut fra egne og andres erfaringer

Tidligere besøk enn ved 75 år.

Noen av de eldre hadde gjort seg opp tanker om at besøkene bør komme tidligere enn som i dag ved 75 år. Bakgrunnen for dette er å fange opp de som får tidligere problemer med hverdagen. Som en forteller: *”Det er ikke alle som tenker helt logisk og klart når de er 75 år, så 70 år er mer passende mener jeg”*. En annen sier: *”Noen trenger det tidligere de som er dårlige, har vondt for å komme seg ut eller som ikke har noen familie og henvende seg til”*. Noen av de eldre beskriver at de trodde man var rundt 70 år når tilbudet kom i gang.

Fornøyd med ordningen slik den er nå

Noen av de eldre er fornøyde med HFHB slik det fungerer i dag med førstegangsbesøk ved fylte 75 år. De mener at det er en bra alder å starte besøkene. En forteller: *”Det er vel da det begynner å brette over fra det sunne og friske til det gamle og litt dårlige”*. En annen forteller: *”75 år er kanskje en bra alder å starte, men jeg har ikke hatt bruk for besøk tidligere for å si det slik”*. Flere av de eldre mener at dersom helsen er bra og man klarer seg bra i hverdagen fungerer ordningen slik den er nå. Noen opplever at de ikke har hatt behov for ordningen tidligere slik at det er greit besøket kommer når de fylle 75 år. En avslutter med å si: *”Jeg er 75 år og oppegående, forholdsvis klar og orientert for å ta i mot informasjon så 75 år kan være en grei alder å starte på”*.

Senere besøk enn ved 75 år

Andre eldre som ble intervjuet la vekt på at de ønsket senere besøk enn det de nettopp hadde mottatt. En forteller: *”Jeg tror ikke det er nødvendig å starte med besøk før 75 år. De som har behov for tidligere kommer vel innenfor en annen del av helsetjenesten”*. Andre forteller at de føler seg i god form eller at de har en travel hverdag slik at de ikke har tid til dette tilbudet. Som en sier: *”Jeg føler meg sprek, kan det komme om et til to år er det greit”*. Eller som en beskriver: *”Ut fra min situasjon var 75 år tidlig nok, slik jeg ser det kunne det vært enda senere”*.

Besøk ut fra individuelle behov

Flere av de eldre er opptatt av at man må tilpasse besøkene og tidspunktet for hjemmebesøkene ut fra hvilke eldre som har behov. Ingen beskriver utfyllende hva de legger i dette med behov, men de sier noe om når de tenker en kan starte med besøkene. En av de eldre sier: *”Det kan være greit med en slik kontakt i kommunen men det må differensieres etter det behovet man har”*. En forteller at de ikke er så sikker på at alder har så mye å si for når man bør starte med besøkene, men at behov og funksjonsnivå burde være avgjørende. En av de eldre beskriver når han tenker man bør få besøk: *”Det må jo være når jeg har behov for det, dersom man skulle blitt deprimert, få skavanker eller ikke kommet seg ut”*.

HFHB ut fra behov og funksjon i stede for alder er noe flere eldre tar opp. En av de eldre avslutter med å si at dersom alt fungerer hjemme kan det være nok å hilse på hverandre og dersom det skulle være behov for noe mer må det komme fram og bli diskutert.

KAPITTEL 5 DRØFTING OG OPPSUMMERING

Hensikten med intervjuene var å kartlegge Eldres erfaringer med HFHB. Resultatene viste at eldre satt igjen med mange gode opplevelser av tilbudet, men samtidig var reflektert i forhold til hvordan HFHB ble gjennomført. I dette essayet har spørsmålet om når de eldre selv tenker man bør starte med HFHB vært i fokus. Resultatene fra intervjuene, som omhandlet Eldres tanker om starttidspunktet for HFHB viser at de fleste er fornøyd med ordningen slik den er i dag. Til tross for dette sier flere at besøkene må komme til de som trenger det først, samtidig som de beskriver seg selv som kanskje for friske til å trenge besøk nå som de har fylt 75 år. Resultatene fra innholdsanalysen om de Eldres tanker om når man bør starte med HFHB kan relateres opp mot andre studier og teorier om alderdommens utvikling samt i relasjon til tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk. Diskusjonen om tidspunktet for intervensjonen er interessant i forhold til når de eldre selv opplever å ha utbytte av tilbudet samtidig som man sikrer en best mulig utnyttelse av ressursene.

5.1 Tidligere besøk

Mange av de eldre som ble intervjuet hadde gjort seg tanker om når de selv ønsket at HFHB skulle starte. Noen av de eldre var fornøyd med ordningen, andre ønsket tidligere eller senere besøk på grunn av ulike behov. De som ønsket tidligere besøk begrunnet dette med at det er eldre som ikke mestrer hverdagen eller er utsatt for risikofaktorer og som er yngre en 75 år. Ingen av de som ble intervjuet sier noe om hvordan man skal komme i kontakt med disse yngre eldre. Tanken om tidligere besøk kan støttes av ulike teorier i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid hvor det er ønskelig å avdekke risikofaktorer tidligst mulig for å forhindre funksjonsvikt og sykdom (Vass et al, 2005; Kirkevold et al, 2008). Tidlig avdekking av risikofaktorer er viktig med tanke på at man ønsker å identifisere personer som står i fare for å få et funksjonstap før dette skjer (Avlund, 2004). Dette kan også føre til at man får kunnskap om tidlige signaler som senere i livet kan føre til sykdom og funksjonstap. Eksempler på slike signaler kan være lite sosialt nettverk, nedsatt utholdenhet i daglige aktiviteter eller nedsatt styrke og utholdenhet (Avlund, 2004). Dette kan være det de eldre mener når de sier at noen eldre trenger tidligere besøk. Et motargument til å starte med HFHB tidligere enn 75 år er økende levealder og et bedre funksjonsnivå blant eldre (van Rossum, Frederiks, Philipsen, Portengen, Wiskerke og Knipschild, 1993). Fries (1980)

presenterer gjennom sin teori at utviklingen går mot at sykdom og funksjonstap kan utsettes fram til de siste årene av livet. Dette innebærer at en må komme tidlig i gang med tiltak slik for at eldre skal kunne få oppleve flere år med god livskvalitet (Fries 1980, 2003, 2006). Samtidig viser annen forskning at det er viktig å finne fram til sårbare grupper som for eksempel dårlige eldre da de vil kunne ha utbytte av HFHB (Fagerstrøm et al, 2009).

5.2 Fornøyd med ordningen slik den er nå

Noen av de eldre som ble intervjuet var fornøyd med HFHB slik det var nå med førstegangsbesøk det året man fyller 75 år. De opplevde det som godt å få en kontakt i kommunen hvor de kunne henvende seg dersom de fikk behov for noe hjelp. Selv om mange av de eldre syntes det var greit med besøk når de fylte 75 år sa flere at de følte de ikke hadde behov for noe besøk. 75 år som starttidspunkt for besøkene var i den kommunen studiet ble gjennomført valgt pga erfaringer fra blant annet Rødovreprosjektet 1980-1983 (Hendriksen, Lund og Strømgård, 1984). Et argument for å starte med HFHB ved 75 år er at eldre i denne kohorten møter flere utfordringer knyttet opp mot aldring enn de som er yngre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I St.meld.nr.47 ” Samhandlingsreformen” hevdes det at eldre som er 75 år og innlagt på sykehus har gjennomsnittlig tre diagnoser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Det er mulig å argumentere med at eldre i denne kohorten er mer utsatt for risikofaktorer enn yngre eldre og at det derfor kan være et naturlig start tidspunkt for HFHB. Vass et al (2005) har i sin forskning kommet fram til at det er de best fungerende eldre som har størst utbytte av HFHB. Dette fordi friske eldre har mer ressurser til å reagere hurtig og gjennomføre endringer når de møter utfordringer i hverdagen (Vass et al, 2005). De beskriver videre at det derfor er viktig at man kommer tidlig inn slik at man møter de eldre når de enda har ressurser til endring, samtidig kan de ikke utelukke at skrøpelige eldre ikke kan ha utbytte av HFHB (Vass et al, 2005). Vass et al (2005) sier videre i sin forskning at målgruppen derfor bør være 75-åring, men at det er vanskelig å sette et fast alderskriterium om når besøkene vil være mest optimale. Når eldre står i fare for å utvikle sykdom eller funksjonsnedsettelse er viktig med tanke på å treffe best mulig med intervensjonen. En annen studie av Sahlen (2009) bekrefter at det er vanskelig å finne et fast oppstartstidspunkt for HFHB, i sin studie argumenterer han for at starttidspunktet for HFHB ved 75 år hverken er for sent eller for tidlig, og at den erfaringen han har gjennom sin forskning er at senere besøk betyr at man må ta tak i mer alvorlige livsendringer (Sahlen,

2009). Konsekvensen kan være at den som gjennomfører HFHB ikke har muligheten til å gå inn i denne typen problemstillinger (Sahlen, 2009).

5.3 Ønsker senere besøk

De eldre som ble intervjuet og som ønsket senere besøk en ved 75 år begrunner dette med at de ikke føler behov for HFHB slik deres situasjon er nå. Vass et al (2006) argumenterer i sin forskning for at den nye generasjonen eldre vil ha mindre funksjonsnedsettelse og at man kanskje får best utbytte av å tilby HFHB til de eldste eldre (Vass et al, 2006). Dette bekrefter Venstraa, Daatland og Lima (2009) som skriver at forskning de senere år viser at endring av livsstil i eldre år kan føre til flere år med god helse. Andre forskningsresultater viser også at eldre i høy alder kan ha utbytte av trening i daglige aktiviteter og fysisk trening (Poulsen et al, 2008). På bakgrunn av dette kan det være mulig å flytte starttidspunktet for HFHB nettopp fordi vi lever lengre og har et bedre funksjonsnivå.

I de siste 20 årene viser forskning i USA at det er nedgang i funksjonstap hos eldre som følge av sykdom og en har også sett en økning i levealder (Fries, 2003). Dette kan bety at alderdommens utfordringer flytter seg med økt levealder og kan være et argument for å endre praksis i forhold til når man skal tilby HFHB. Det kan tenkes at en 80-åring i dag er tilnærmet lik 75-åringer for 10 år siden i forhold til funksjonsnivå og hvordan de mestrer hverdagen. Dette kan underbygges av forskning på HFHB som viser at 80-åringer kan ha mer nytte av besøkene enn 75-åringer (Vass et al, 2004, 2005, 2007). Flere av de eldre ønsket denne endringen nettopp på grunn av at de selv føler de har en aktiv hverdag. Sahlen (2009) argumenterer i sin forskning for at tidlig oppstart med HFHB ved 75 år vil kunne føre til at et mindre antall eldre kan få en lengre forebyggende effekt av tiltaket. Samtidig vil oppstart av HFHB rundt 80 år gjøre at flere eldre får en forebyggende effekt, men i et mindre tidsperspektiv (Sahlen, 2009). Sahlen (2009) hevder videre at de eldste eldre ofte har større utbytte av HFHB fordi de har mer erfaringer med større endringer i hverdagen en yngre eldre som følge av aldringen (Sahlen, 2009).

5.4 Differensiering av besøkene

Noen av de eldre ønsket ikke besøk i den fasen av livet de var i nå eller hadde meninger om at HFHB måtte komme til de som trengte det mest. Utfordringen er blant annet at en av grunntankene bak HFHB er at man skal fjerne risikofaktorene hos eldre før de oppstår og blir utfordringer i hverdagen (Vass et al, 2005). Forskningen til Vass et al (2005) viser også at det

er den friske delen av de eldre som har størst utbytte av HFHB og at det derfor kan være vanskelig å tilby besøkene kun til de som trenger det mest. Besøk ut fra behov vil muligens bety at man allerede har fått et problem noe som kan føre til at man trenger andre tiltak en det HFHB kan tilby. Å tilby HFHB til enkelte grupper eldre er et argument som har vært diskutert blant annet av Sahlen (2009). Forskning har vist på den ene siden at det er de yngste eldre som har størst utbytte av besøkene (Stuck et al, 2002). Samtidig har van Rossum et al (1993) kommet fram til at dersom HFHB tilbys generelt til den eldre befolkningen vil tiltaket ikke ha like stor effekt som om man fokuserte på de dårlige eldre (van Rossum et al, 1993). Å tilby HFHB til eldre som ikke opplever å ha et behov kan diskuteres opp mot god ressursbruk. Flere studier har vist gode resultater ifht til Screening av eldre. Screening av eldre innebærer at man finner fram til de eldre man tenker vil ha best utbytte av intervensjonen. Utvelgelsen av eldre kan forekomme gjennom bruk av ulike kriterier, intervjuer, spørreskjemaer eller kartleggingsverktøyer. Flere studier har vist at en gjennom bruk av ulike Screening verktøyer kan komme fram til grupper av eldre som har mer utbytte av HFHB en andre (van Rossum et al, 1993; Stuck et al, 2002).

5.5 Konklusjon

I arbeidet med dette masterprosjektet var hovedmålet å evaluere førstegangs HFHB sett ut fra de eldres perspektiv. Det viste seg at de eldre i det store og hele hadde en god opplevelse med dette tilbudet, men at flere kanskje følte at det kom litt for tidlig ut fra den situasjonen de selv var i. Hovedmålet med HFHB i den norske kommunen er å komme på banen før problemer og utfordringer oppstår noe som kanskje kan være vanskelig for de eldre og oppfatte dersom de selv ikke opplever hverdagslige utfordringer. Forskning viser både at det er viktig å komme tidlig på banen i det helsefremmende og forebyggende arbeidet, men også at det er de dårligste eldre som har erfart motgang som kanskje vil ha størst utbytte av HFHB (van Rossum et al, 1993). Diskusjonen om når man bør starte med HFHB er kompleks, men de eldre uttrykker at de ønsker en individuell vurdering av behovet for besøk. Et mulig utfall av dette kan være å screene eldre ved første besøk og så bare gi oppfølgingsbesøk til de som er risikozonen eller har et problem i hverdagen. Dilemmaet er likevel å komme tidlig nok i gang med helsefremmende og forebyggende arbeid slik at flest mulig eldre får oppleve en best mulig alderdom.

Litteraturliste

Andersen, M., Brok, P. (1998). *Empowerment og den profesjonelle i praksis*. København: Dansk Socialrådgiverforening.

Avlund, K., Dyrholm, I., Holstein, B., Ingerslev, J. (2000). *Forebyggelse i alderdommen*. Fredrikshavn: Dafolo A/S.

Avlund, K. (2004). Disability in old age. *Danish medicine bulletin*, 51, 315-349.

Bonneux, L., Barendregt, J., Nusselder, W., Maas, P. (1998). Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *British medical journal*, 316, 26-29.

Clark, J. (2001). Preventive home visits to elderly people. *BMJ*, 323, 708.

Cononn, S., Lohman, H., Padilla, R. (2004). *Occupational therapy with elders*. USA: Elsevier mosby.

Djupvik, J. (2000). *Folkehelsearbeid*. Oslo: Kommuneforlaget.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323, 719-24.

Elo, S., Kyngås, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62, 107-115.

Fagermoen, M. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleierforskning*, 7, 40-54.

Fagerstrøm, L., Wikblad, A., Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scand Journal of Caring Science*, 23, 558-68.

Fagerstrøm, L. (2011). *Avancerad Klinisk Sjukskøterska*. Lund: Forfatterna & Studentlitteratur.

Fries, J. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *English journal of medicine*, 303, 130-135.

- Fries, J. (1996). Physical activity, the compression of morbidity, and the health of the elderly. *Journal of the royal society of medicine*, 89, 64-68.
- Fries, J. (2003). Measuring and monitoring success in Compressing morbidity. *Ann Inter Med*, 139, 455-459.
- Gammersvik, Å., Larsen, T.(2012). *Helsefremmende sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Graneheim, U. H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gruenberg, E. (1977). The failures of success. *The milbank memorial fund quarterly*, 55, 3-24.
- Hage, A., Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6, 235-246.
- Hamilton, I. (2001). *Aldringens psykologi*. København: Nordisk Forlag A/S.
- Hendriksen, C., Lund, E., Strømgård, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. *Br Med J*, 289, 1522.
- Janssen, F., Peters, A., Mackenbach, A., Kunst, A.E. (2005). The Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950-99. *International Journal of Epidemiology*, 34, 1149-1159.
- Johansen, G. (1995). *Forebyggende arbeid for eldre*. Gøteborg: Gotlab.
- Karoliussen, M. (2002). *Sykepleie-Tradisjon og forandring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. (2008). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2010). *Interview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Malterud, K. (1996). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pettersen, A., Wyller, T. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre*. Oslo: Forlaget aldring og helse.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Poulsen, T., Elkjaer, E., Vass, M., Hendriksen, C., Avlund, K. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *European Journal of Ageing*, 3, 115-124.

Reid, M., Weir, R., Browne, G., Gafni, A., Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of advanced nursing*, 54, 381-395.

Reuter, KW. (2003). *Forskningsetikk Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sahlén, K.G. (2009). An ounce of prevention is worth a pound of cure. *Epidemiology & Public Health Sciences*. Umeå: Department of Public Health and Clinical Medicine.

Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6, 220.

Stuck, A., Egger, M., Hammer, A., Minder, C.E., Beck, J.C. (2002) Home visits to prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic review and meta-regression Analysis. *JAMA*, 8, 1022-1028.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

van Haastregt, J., Diederiks, J., Van Rossum, E., de Witte, LP., Crebolder, HFJM (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 320, 754-758.

van Rossum, E., Frederiks, C., Philipsen, H., Portengen, E., Wiskerke, J., Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*, 307, 27-32.

Vass, M., Avlund, K., Kvist, K., Hendriksen, C., Andersen, C.K., Keiding, N. (2004).

Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22, 106-111.

Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., Hendriksen, C. (2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 53, 563–8.

Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Holmberg, R., Fiil Nielsen, H. (2006). Older people and preventive home visits. *AgeForum*, Annual report. <http://www.aeldreforum.dk>

Vass, M., Avlund, K., Henriksen, C., Philipson, L., Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark- Why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 40, 209-216.

Vass, M., Avlund, K., Siersma, V., Hendriksen, C. (2009). A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people – the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract*, 26, 56-64.

Veenstra, M., Daatland, S.O., Lima, I.A. (2009). I det lange løp. Blir det ulikhet i helse og helseatferd med alderen? *Aldring og livsløp*, 1, 16-21.

Water, H. (1997). Health expectancy and the problem of substitute morbidity. *Phil. Trans. R. Soc. Land.* 352, 1819-1827.

Offentlige publikasjoner:

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. St.meld. nr. 20 (2006-2007). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsinkideklarasjonen (1964, rev. 2008) Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Utarbeidet av Verdens Legeforening.

Helseforskningsloven (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. nr 44.

Helse og omsorgsdepartementet (2009) Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

WHO, (1986), Ottawa- Charter for Health Promotion. Genève: World Health Organization.

ABSTRACT

Introduksjon: Mye forskning er tidligere gjort i forhold til forebyggende hjemmebesøk men de fleste studier er av kvantitativ karakter og det mangler studier som utforsker Eldres erfaring med dette tiltaket. Dette studiet er en del av en større evalueringsstudie av et tiårig tilbud om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til eldre som fyller 75 år i Norge.

Hensikt: Bakgrunn for dette studiet var å utforske og beskrive de Eldres erfaringer med førstegangs HFHB, samt hvordan de har forstått hensikten med HFHB.

Metode: Kvalitative intervjuer rundt temaet, "Hvilken erfaring har eldre 75 åringer med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk", har vært gjennomført med 10 eldre som nettopp hadde mottatt sine første HFHB. Data ble analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Innholdsanalysen resulterte i to temaer; "De Eldres forståelse av hensikten med HFHB er varierende ut fra egne og andres erfaringer", og "En god og tillitsfull dialog som bør tilpasses den Eldres individuelle behov". Resultatene viser at det var variasjon i hva de eldre oppfattet at hensikten med HFHB var. Noen opplevde dettes om en kartlegging av nåværende situasjon mens andre oppfattet at hensikt var å få kontakt eller hjelp fra kommunen. De eldre uttrykker at HFHB var et positivt tilbud og at samtalen med besøkeren var god.

Konklusjon: Intervjuene viser at de eldre har varierte erfaringer i forhold til hva hensikten med HFHB er, dette kan skyldes at flere har uklare forventninger til tilbudet. På den andre siden opplever flere av de eldre at dette er et positivt tiltak og at det er betryggende og få en kontaktplass inn i kommunen.

Key words: Preventive health services, elderly, aged, home visits, health promotion, preventive home visits.

Words in the abstract / article: 258/ 4980

INTRODUKSJON

I de kommende årene vil vi se en økning av antall eldre i verden, dette vil skape store utfordringer for økonomi og helsevesenet i mange industrielle land. Utviklingen viser at nord Amerika og Europa vil oppleve nær en dobling av antall eldre over 67 år fram mot år 2050 (1, 2, 3). Et mer effektivt helsevesen fører til at man kan behandle flere og mer kompliserte sykdommer enn tidligere (4). Med det resultat at stadig flere eldre lever lengre med kroniske sykdommer og funksjonsbegrensninger (5,6, 7). Forskning viser at mer enn halvparten av befolkningen i Norge over 45år har en eller annen form for varig sykdom og skade (7). Samtidig er det først i høy alder at helsen svikter slik at hverdagen kan bli vanskelig å mestre (7). For at eldre skal kunne opprettholde et godt funksjonsnivå og få oppleve et godt liv i eldre dager er det økende fokus på forebyggende og helsefremmende aktiviteter (4).

Forebyggende hjemmebesøk er en modell som har utviklet seg fra forebyggende undersøkelser som på 60, 70, 80 og 90 tallet ble gjennomført i England, Danmark og Nederland (8, 9, 10). Forebyggende undersøkelser var basert på en kartlegging av Eldres helse i deres hjem (11). Modellen for forebyggende hjemmebesøk har spesielt fått utvikle seg i Danmark og blir gjennomført som en dynamisk prosess med fokus på det forebyggende og helsefremmende perspektivet. Vass et al. (11) definerer forebyggende hjemmebesøk som en dynamisk prosess som tar sikte på å etablere en god relasjon mellom de eldre og den besøkte. Hvor fokuset ligger på å støtte den eldre til å opprettholde eller forbedre mulighetene til å leve et godt og uavhengig liv uten funksjonsnedsettelse og dermed utsette hjelpebehovet (11, 12). Den danske modellen vektlegger derfor en individualisert helhetstilnærming med fokus ikke bare på forebygging av sykdom og skade, men på fremming av helse, velvære og autonomi (11).

Dette er den første delstudien i en større evalueringstudie av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til eldre i en middelstor norsk kommune. Kommunen har i over ti år tilbudt HFHB til alle eldre som ikke mottar kommunale helsetjenester fra fylte 75 år. Hjemmebesøkene blir utført av spesialutdannede sykepleiere. Hovedmålet er å bidra til å fremme helse hos innbyggerne slik at de kan bo hjemme lengre og behovet for omfattende hjemmesykepleie og institusjonsplass utsettes. Tjenesten er organisert som en del av

hjemmetjenesten og utøves ved at eldre som fyller 75 år får tilbud om et besøk, deretter får de tilbud om oppfølgingsbesøk en gang i året. Det forebyggende teamet ønsker å være innovent i forhold til geriatriske og gerontologiske nøkkelområder, livshistorie, og fysisk og mental helse. Kommunen har både et helsefremmende og forebyggende fokus i utøvelsen av tjenesten. De legger i stor grad opp til at eldre ved hjelp av den informasjonen de får skal kunne bruke egne ressurser gjøre endringer for å forbedre hverdagen sin.

TIDLIGERE FORSKNING

Det er de siste tretti år gjort en rekke randomiserte kontrollerte studier på effekt av ulike varianter av forebyggende hjemmebesøk (PHV) i flere land, og flere systematiske reviews er publisert. Mens van Haastregt et al. (13) ikke kunne påvise positive effekter av PHV i sitt review, viste en meta-analyse året etter klare positive effekter i form av reduksjon av mortalitet og institusjonalisering både for skrøpelige og friske eldre (14). En systematisk review fra 2002 viste ved hjelp av meta-regresjonsanalyse tilsvarende positiv effekt på innleggelse i sykehjem og mortalitet og fant også positiv effekt på funksjonell status men bare dersom intervensjoner innebar multidimensjonale geriatriske skåringsverktøy og multiple oppfølgingsbesøk (15). En review fokuserte på effekter av PHV utført av sykepleier i hjemmebasert omsorg dette i motsetning til tidligere reviews som i stor grad inkluderte studier av rent sykdoms/skadeforebyggende intervensjoner (16). Studien oppsummerte at flere ulike helsefremmende sykepleieintervensjoner kunne ha positiv effekt på helse, funksjonell status, mortalitet samt innleggelser på sykehus og sykehjem, og ga anbefalinger for bruk og oppfølging av strukturerte skåringsverktøy, involvering av personell med geriatrisk videreutdanning angående problemløsning, fleksibel, flerfaglig og klientsentrert tilnærming, koordinering og samarbeid med andre kommunale tjenester samt kontinuitet i sykepleien (16). Disse funn er i samsvar med funn fra dansk forskning på PHV gjennom de siste to tiår, som understreket betydningen av oppfølging og kontinuitet over tid, spesialisert kompetanse og samarbeid mellom sykepleiere og leger involvert i PHV for positive resultater (12, 17). I en review av 18 tidligere studier gjort av Fagerström et al. (18) fremkom det en utydelighet i forhold til fokusering på de eldres individuelle behov samt at studiene ikke har gitt tiltak som fremmer eldres helseressurser. Det vil si det helsefremmende perspektivet er uklart.

Metodologiske svakheter knyttet til ulikheter i utvalg og effektmål samt heterogenitet og dårlig beskrivelse av intervensjonenes innhold, implementering og grad av compliance har gjort det vanskelig å trekke klare konklusjoner i systematiske reviews og kan forklare de til dels sprikende resultatene (13,18, 19).

Clark (20) hevdet at forståelse av prosessene involvert og hvilke faktorer som er av betydning for å oppnå gode resultater kun kan nås gjennom kvalitative studier av PHV (18). Dette støttes i senere kunnskapsoppsummeringer (19, 21). Det er imidlertid funnet få kvalitative studier av PHV til eldre. Intervjuer med seniorer i en svensk studie viste at de som i utgangspunktet hadde lav opplevelse av kontroll med dagliglivet hadde størst utbytte av PHV. En forutsetning for at sykepleierne kunne påvirke dette var at de forsto de eldres mestringsstrategier (22). En japansk studie av PHV fokuserte på hva som karakteriserte samarbeidsrelasjonene som resulterte i endret helseadferd hos de eldre. Som resultat fant de at den enkelte besøkernes kompetanse var av betydning, der de viktigste elementene var kommunikasjonsferdigheter, profesjonell fagkompetanse, omsorgsfull holdning og evne til å iverksette individualiserte tiltak som svar på identifiserte problemer og behov (23). En norsk masteroppgave belyste seniorers erfaring med PHV i to norske kommuner (24). Studien konkluderte med at ressurssterke seniorer kunne ha nytte av PHV fordi de fikk påminnelser om risikofaktorer og trygghet i forhold til fremtidig hjelpebehov. En syntese av kvalitativ forskning på PHV – ikke til eldre men til nybakte mødre fant at det å bygge og opprettholde en tillitsfull relasjon over tid var av vital betydning for effekt av tiltaket, fordi det er pasienten som kontrollerer kontakt og informasjon. Denne relasjonen var derfor et nødvendig fundament for individualiserte sykepleieintervensjoner og for å få forståelse for mødrenes ressurser og behov for støtte til empowerment (25).

Det er ikke funnet systematiske evalueringer av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk i Norge. Mangel på basisdata i Norge gjør det umulig å vurdere nytteeffekt på helserelaterte mål (26). Sosial og helsedirektoratet etterlyser derfor kvalitative studier som belyser de implisertes opplevelser, holdninger og oppfatninger, samt ulike prosesser vedrørende virksomhetens organisering og hjemmebesøkets innhold (26). Også Svenska Statens Folkhälsoinstitut anbefaler i større grad å bruke resultatbeskrivelser basert på kvalitativ informasjon fra mottagere når resultater av virksomheten skal tydeliggjøres (27). Kvalitative studier PHV er derved etterspurt både nasjonalt og internasjonalt.

HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med denne studien var å beskrive og utforske de eldres erfaringer med det første HFHB som tiltak, og deres forståelse av hensikten med HFHB.

DESIGN OG METODE

Studiens design er kvalitativ og er en beskrivende evalueringsstudie av HFHB som metode og eldres erfaringer med dette tiltaket.

Deltagere

I dette studiet er det gjennomført semistrukturerte intervjuer med ti eldre som nettopp hadde mottatt sine HFHB. Deltagerne ble rekruttert gjennom lister over personer som hadde mottatt førstegangs hjemmebesøk i 2010. Det ble brukt tilfeldig utvalg inndelt etter inklusjons og eksklusjonskriteriene (stratified random sampling) (28) : Fylt 75år, eldre som ikke hadde kommunale helsetjenester fra tidligere og eldre som hadde mottatt sitt første helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Andre inklusjonskriterier var: ulike kjønn, ulik sivil status, ulike geografiske bosteder i kommunen og ulik yrkes og utdanningsbakgrunn. Av de ti som ble intervjuet var halvparten menn og halvparten kvinner. Det var lik fordeling i forhold til om de var enslig eller gift og bare en av de ti hadde ikke vært yrkesaktiv. Studiet er godkjent av Regional etisk komité og av datatilsynet.

Datainnsamling og Analyse

Intervjuene ble gjennomført i perioden april-juni 2011. Deltagerne fikk informasjon muntlig gjennom en tlf samtale og skriftlig tilsendt før intervjuene skulle finne sted. I det tilsendte materialet var også informasjon om samtykke som ble samlet inn før intervjuene startet. Semistrukturerte kvalitative intervju med temaer og underspørsmål ble gjennomført i deltakernes hjem (29). Semistrukturerte intervju ble valgt for at det gir en mulighet til å få et innblikk i intervjupersonens egne erfaringer og opplevelse med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (30). Samtidig gir den semistrukturerte intervjuformen en mulighet for at samtalen kan endre seg noe i forhold til hva intervjuobjektet opplever som viktig. Men på den andre siden har intervjuformen rammer og er strukturert til en viss grad slik at man får svar på forskningsspørsmålet og at det ikke blir en hverdagssamtale (30). En temaguide ble utarbeidet i forkant av intervjuene og det ble gjennomført pilottesting av

temaguiden for å validere temaguiden på to personer. Temaene for intervjuguiden berørte følgende temaer: eldres forventninger til og erfaringer med hjemmebesøkene, innhold og struktur i samtalene, opplevd nytte av besøkene og forslag til forbedringer. Intervjuene ble tatt opp og så transkribert verbatim av forfatteren i nær tilknytning til intervjufeltet.

Datamaterialet som ble samlet inn gjennom intervjuene ble analysert gjennom en kvalitativ innholdsanalyse (31). En kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk gjennomgang av en tekst for å se etter mønster og temaer. Innholdsanalysen er basert på koding og tolkning av tekst, enten gjennom å se på det manifeste innholdet og/eller det latente innholdet i teksten (31). Intervjuene er lest gjennom flere ganger av forfatterne og datamaterialet ble kondensert til meningsenheter. I følge Granheim og Lundman er en meningsenhet ord eller setninger som handler om det samme. Den manifeste innholdsanalysen har ført til at meningsenheter er kondensert og kodet før disse igjen har blitt organisert i sub kategorier og kategorier. Koding av meningsenhetene gjør at datamaterialet kan sees på i en større og mer generell sammenheng (31). For å beskrive variasjonen i datamaterialet sorteres kodene i kategorier i forhold til hvor like eller ulike de er. Kategorier og sub kategorier kan sees på som et uttrykk for det manifeste innholdet i intervjuene og beskriver hva de eldre la vekt på i intervjuene. (31). Den latente innholdsanalysen kom fram til to temaer som er et uttrykk for sammenhengen i de underliggende kategoriene slik at man får et enhetlig bilde og en dypere forståelse av det subjektive innholdet i deltagerens opplevelse (31).

RESULTAT

Tema: Eldres forståelse av hensikten med HFHB varierer ut fra egne og andres erfaringer

I flere av deltagerens svar kom det fram at de opplevde at hensikten med HFHB var at kommunen skulle gi informasjon eller innhente seg kunnskap om hvordan de eldre hadde det hjemme. Det kan handle om informasjon og råd i forhold til fallforebygging, kosthold, treningsgrupper, influensavaksine til kontaktinformasjon om ulike kommunale og frivillige tilbud. Flere eldre opplevde også at HFHB handlet om at kommunen skulle skaffe seg informasjon om de eldre. Det kunne innebære kartlegging av helse, bolig, sosiale nettverk og livshistorie. Andre hadde en opplevelse om at HFHB handlet om at de eldre skulle få tilbud

om ulike tiltak dersom de hadde behov for det. Dette kunne innebære tilbud om hjelpemidler, trimgrupper, snekkergrupper, turgrupper eller veiledning i å legge om kostholdet.

Tabell 1 Resultat etter innholdsanalyse av eldres vurdering av hensikten med HFHB.

Tema: Eldres forståelse av hensikten med HFHB varierer ut fra egne og andres erfaringer.

Kategori	De eldre får informasjon og en kontaktplass i kommunen		En kartlegging av den eldres helse og omgivelser		Kommunen får seg en oversikt over de eldres helsesituasjon hjemme		De eldre får tilbud om tiltak og hjelp	
Subb kategori	De eldre får en kontakt	De eldre får informasjon	Kartlegging av bolig	Kartlegging av helse	Pålagt tjeneste	Registrering av behov	Forebyggende tiltak	Tilbud om hjelp

De eldre får informasjon og en kontaktplass i kommunen

Det å få en plass å henvende seg dersom det skulle være noe var viktig for flere av de eldre det vil si de får en kontaktperson. For noen eldre var det å ha en mellommann som kunne dra inn andre tjenester i kommunen viktig, mens for andre var dette med å få praktisk hjelp til å skaffe hjelpemidler ved behov av betydning. Felles for de fleste eldre var allikevel tryggheten med å ha en kontaktperson viktigst. En eldre sier: *"Det er greit for oss å ha en kontakt å ringe framfor å ringe et sentralbord dersom det skulle være noe. Det er betryggende."* Mens en annen eldre sier: *"Jeg kunne stole på at dersom jeg ringte og trengte hjelp da ville jeg få et besøk"*. Mange av de eldre opplevde at informasjon fra kommunen var en av grunnene til besøket. Pga ulike behov var det en del variasjon i hvilken type informasjon som ble gitt til de eldre og som de selv bet seg merke i. En av de eldre forteller: *"Det var en grei orientering vi fikk om hvordan vi burde ta vare på oss selv med å spise regelmessig og godt"*.

En kartlegging av den eldres helse og omgivelser

Flere av de eldre beskriver kartlegging av boligen og omgivelsene som noe de snakket om under besøket. Noen sier at samtalen handlet om hvordan man kunne bo i egen bolig lengst mulig mens andre forteller at de ble snakket om boligbytte. En sier: *"Jeg synes det er bra at folk blir oppmuntret til å klare seg hjemme."* Andre beskriver at samtalen også dreide seg mye om boligtilpassing og hjelpemidler. En forteller: *"Hun snakket om løse ledninger, tepper og hvilket bad vi har om vi hadde badekar"*. Kartlegging av helse og helsestatus var noe de

eldre oppfattet som et område det ble lagt fokus på under hjemmebesøket. Noen forteller at de snakket om hvordan helsa var mens andre forteller at de var opptatt av livshistorien deres. Som en forteller: *”Vi snakket mye om meg og hva jeg har gjennomgått i livet”*. Mens en annen sier: *”Hun spurte om vi hadde problemer med noe og ønsket å vite statusen på oss”*. Andre eldre opplevde at fokuset i samtalen dreide seg om alt fra en tidlig kartlegging av demens til en samtale for å avdekke vanskelige områder i livene deres.

Kommunen får en oversikt over de eldres helse og situasjon hjemme

Noen eldre opplevde besøket som en pålagt tjeneste fra kommunen sin side. Som en forteller: *”Det var vel fra kommunen sin side å få oversikt over hva man kan forvente seg framover, hvordan tilstanden er og hvordan jeg har det”*. Noen eldre beskriver besøket som et tilsyn eller et obligatorisk besøk fra helsevesenet. En eldre sier: *”Hun ville vel ha den samtalen for å holde systemet sitt i orden og det var greit”*. En vurdering som flere av de eldre gjorde var at hjemmebesøket var ment for å avdekke ulike behov hos de eldre. Noen var opptatt av at forebyggeren skulle registrere hvordan de hadde det og så videreformidle dette mens andre mente det var for å kartlegge ulike behov. En av dem beskriver: *”Jeg forsto det slik at de ville vite hvordan vi hadde det og hvilken tilstand vi var i”*. Og en annen forteller: *”Hensikten med besøket var at kommunen skal få de eldre inn på kartet slik at de får en bedre oversikt over dem”*.

De eldre får tilbud om tiltak og hjelp

Flere husket godt samtalene rundt fallforebygging, vaksiner og fokus på riktig kosthold. De forteller: *”Det var snakk om injeksjoner mot influensa og smittevern, smittevernkontoret fikk vi vite hva var”*. Andre forteller at de nå er mer bevisste på risikofaktorer i hverdagen nå etter det besøket de har hatt. Som de sier: *”Jeg har blitt mer bevisst på dette med glatt trapp, tenker mer på å spise ordentlig sundere mer frukt og vitaminer”*. Det å få tilbud om hjelp eller vite at det er hjelp å få den dagen det måtte bli behov for det var noe flere av de eldre satt igjen med etter besøket fra forebyggende team. Flere opplevde å få hjelp til ulike tiltak under besøket som hjelpemidler, trim grupper, sosiale grupper, eldre reiser osv. Noen eldre opplevde ikke å trenge hjelp til noe under besøket men uttrykker at de setter pris på at det er hjelp og få. En forteller: *”Behovet er der ikke nå, men det fine er at vi vet det finnes hjelp i kommunen om vi trenger det”*.

Tema: En god og tillitsfull dialog som bør tilpasses den eldre individuelle behov

Samtlige eldre hadde en positiv opplevelse av HFHB noe som gjenspeiles i kategoriene. Dette kan handle om at de eldre opplevde det som betryggende at noen følger de opp og at de har en plass å ta kontakt dersom noe skulle oppstå. I møte med besøkeren hadde flere en god opplevelse av samtalen. Dette handlet blant annet om at de følte tillit til den som kom, at personen var lett å snakke med, at de kunne stole på at sensitive opplysninger ikke ble viderefremmet og at de ville få mulighet til å bygge en relasjon til besøkeren. Selv om flertallet hadde en positiv opplevelse av HFHB hadde de likevel opplevelsen av at tilbudet kom noe tidlig i forhold til at de selv ikke identifiserte seg med flere av de problemstillingene og temaene som ble diskutert under besøket. Flere av de eldre hadde likevel uklare forventninger til HFHB. Dette handlet for eksempel om at de ikke hadde hørt om tilbudet fra tidligere, at de ønsket å kunne forberede seg på de temaene det skulle snakkes om eller at de ikke følte de hadde behov for tilbudet slik hverdagen deres var nå.

Tabell 2 Resultat av innholdsanalyse i forhold til eldre opplevelse av HFHB.

Tema: En god og tillitsfull dialog som bør tilpasses den eldre individuelle behov

Kategori	Uklare forventninger til besøket pga varierende behov		En god dialog		Ulikt syn på den praktiske gjennomføringen kan relateres til ulike individuelle behov		
Subb kategori	Uklare forventninger til tilbudet	Egen identifisering av behov	Tillit til besøkeren	Positiv opplevelse av tilbudet	Strukturen på besøket	Timing for besøket	Mulighet til å forberede seg

De eldre hadde uklare forventninger til besøket pga varierende behov

Noen av de eldre hadde ulike forventninger til hva dette besøket skulle dreie seg om. Som en sier: *"Jeg er litt stygg når jeg sier det, men hun viste en brosjyre av eldre mennesker som gikk med gæstoler og da grøsset jeg litt"*. Andre beskriver at de ønsker korte besøk dersom det ikke er noe spesielt mens noen ikke ønsker mer enn et besøk. De eldre forteller: *"Jeg ringte ned og fortalte at vi hadde det bra og at hun kunne droppe det andre besøket til fordel for de som kanskje hadde mer bruk for det en oss"*. Og en annen beskriver: *"Jeg ønsker ikke en som trapper opp en gang i året for å se om det har vært forandringer fra i fjor i huset eller kroppen"*. Flere av de eldre forteller at de ikke føler at de har behov for dette besøket eller

tjenesten. En av de eldre sier: *"Hverken sist hun var her eller denne gangen hadde vi noen utalte behov vi kunne drøfte"*. En annen sier: *"Jeg har ikke behov for noe besøk, føler meg frisk og rask"*. Flere av de eldre beskriver at de ikke opplever at de trenger denne tjenesten eller besøket fordi de selv føler at hverdagen går greit. En av den eldre oppsummerer med å si: *"Summen av hele samtalen er at pr i dag så har jeg ikke bruk for noe av den tjenesten men det er godt å vite at den er der"*.

En god dialog

Mange av de eldre forteller at de er avhengig av å føle trygghet og tillit til den som kommer på besøk for at de skal åpne seg og fortelle om deres liv og hverdag. Nesten ingen av de som ble intervjuet følte at det var vanskelig å fortelle om seg selv til den som kom på besøk så lenge de følte kjemien var der. Om det å fortelle om egen helse og hverdag sier noen eldre: *"Det må være et menneske man føler tillit for og får en viss kjemi med"*. En avslutter med å si at hun forteller om seg selv dersom hun føler de får kontakt og hun får respons på det hun sier. Flere av de eldre hadde en positiv opplevelse av dette tilbudet. De var glade for det og mente det var et bra tiltak fra kommunen. En beskriver: *"Jeg var veldig spent, men det var en hyggelig dame og vi snakket godt sammen"*. Flere eldre opplevde det som en god samtale med forebyggeren. De eldre sier: *"Vi satt og snakket løst og fast det var et sosialt og hyggelig besøk"*. Flere av de eldre forteller at besøket varte noen timer og samtalen gikk av seg selv uten at de syntes det varte for lenge.

Ulikt syn på den praktiske gjennomføringen kan relateres til ulike individuelle behov

Under intervjuene med de eldre var det noen av de som ønsker en mulighet til å forberede seg før besøket. En av de eldre sier: *"Det som kunne gjort et slikt hjemmebesøk enda bedre var om jeg fikk tilsendt en del spørsmål på forhånd så kunne jeg hatt det klart for meg hva vi skulle snakke om, så ble det ikke så mye en hyggeprat"*. En annen forteller at slike samtaler kommer *"bardust på"* slik at man ikke får tenkt gjennom saken og ønsker seg et skjema med punkter slik at en får forberedt seg. En annen av de eldre sier: *"Hun kommer igjen om et år, det er greit da vil vi nok være mer forberedt slik at vi kan vite hva vi skal spørre om"*. For noen av de eldre som ble intervjuet var besøk ved fylte 75 år noe for tidlig, som de selv beskriver: *"75 år er tidlig nok og slik jeg ser det kunne det vært enda senere"*. Flere av de eldre er opptatt av at besøkene må komme først til de som er *"skrøpelige"* og har lite sosialt nettverk, som to av dem sier: *"Jeg vil si for de som er skrøpelige og trenger besøk er det*

flott”, og så sier en annen videre ”Noen trenger kanskje besøk tidligere som er dårligere og har vondt for å komme seg ut eller som ikke har noe familie og henvende seg til”.

DISKUSJON

En gjennomgang av tidligere forskning har vist at det er mangel på kvalitative studier i forhold til hvordan eldre opplever forebyggende hjemmebesøk (18, 19, 20, 21). Forskere har pekt på at det er behov for kvalitative studier for å få et helhetsbilde av effekten (18, 20). I dette studiet har man gjennomført kvalitative intervjuer med eldre som har mottatt sine første HFHB. Dette for å få et innblikk i hvilken opplevelse de eldre har etter besøket, men også for å få kunnskap om hvordan de eldre vurderer hensikten med HFHB. Resultatene viser at flere av de eldre var fornøyde og hadde en god opplevelse av tilbudet. På den andre siden kom det fram under intervjuene at det var uklare forventninger hos de eldre om hva hjemmebesøket skulle handle om. En vurdering flere hadde gjort seg var at hjemmebesøket handlet om at de eldre skulle få en kontaktplass i kommunen. Dette kan være et uttrykk for at de føler trygghet om at de har en plass å henvende seg dersom noe uventet skulle oppstå ettersom så mange la vekt på dette. Spesielt for eldre som har lite nettverk vil dette kunne utgjøre en betryggende faktor i deres hverdag. Forskning viser at man gjennom slike forebyggende besøk øker eldres kunnskaper om hvor de skal henvende seg dersom de får behov for hjelp (32). For eldre har trygghet og opplevelsen av å få støtte dersom hverdagen blir vanskelig mye å si i forhold til mestringsfølelsen hos hjemmeboende eldre. Mestringsteorier bygger på dette med opplevelsen av sammenheng hvor omgivelsene er forutsigbare og resurser er tilgjengelig dersom noe skulle oppstå (33).

Resultatene viser videre at noen eldre erfarte at hensikten med besøkene handlet om at HFHB var obligatorisk og en pålagt tjeneste som man ikke kunne takke nei til. Det kan tenkes at de eldre som satt igjen med denne opplevelsen følte at de temaene det ble snakket om under besøket ikke opplevdes som aktuelle i forhold til den hverdagen de hadde. Det vil være viktig at de eldre selv sitter igjen med følelsen av at de styrer innholdet i besøket og at de som gjennomfører besøket bygger opp under og støtter de eldre til å avdekke egne ressurser og begrensninger slik at de kan være rustet til å møte motgang i alderdommen (10, 34, 35). En motsetning til resultatene om at noen eldre opplever HFHB som et obligatorisk besøk var de

eldre som utrykte at hensikten med HFHB var å få hjelp til å løse hverdagslige utfordringer. Flere hadde fått hjelp i ettertid til å løse praktiske og sosiale utfordringer som hjelp til å skaffe hjelpemidler til boligen, henvisning til ulike gruppetilbud og hjelp til å etablere et sosialt nettverk. Det vil alltid være en diskusjon om hvor mye besøkeren kan eller bør gå inn og hjelpe eldre til å løse utfordringer i livene sine. Men modellen for HFHB legger vekt på den individuelle oppfølgingen i større grad en man tradisjonelt har gjennomført forebyggende hjemmebesøk på (11, 12). Uklare forventninger til og variasjonen i hvilke erfaringer de eldre hadde med førstegangsbesøk viser at de eldres opplevelse av hensikten med HFHB er forskjellig. Uklarhet i hensikten med HFHB kan bety at eldre ikke vil få fullt utbytte av intervensjonen. Dette kan handle om at noen av disse eldre ikke følte behov for slike besøk eller at de ikke tar opp enkelte temaer ettersom de selv ikke opplever hverdagslige utfordringer. Samtidig viser intervjuene at mange av de eldre som hadde mottatt HFHB opplevde dette som et positivt tilbud som var med på å skape trygghet i hverdagen. De la vekt på viktigheten med å få en god relasjon til den som kom på besøk for at de skulle kunne fortelle fritt om sine liv. Det å bygge en god relasjon til forebyggeren er også et avgjørende punkt for hvor god opplevelse de eldre sitter igjen med etter besøket. Her viser flere studier at de personlige ressursene til besøkeren har mye å si i forhold til hvilket inntrykk de eldre sitter igjen med etter besøket (22, 23, 32). Fagerstrøm et al. (18) legger vekt på at det er avgjørende med en god relasjon til besøkeren for at man skal få i gang en dialog rundt den eldres behov og helseressurser.

Videre har andre forskere pekt på at besøkerne må utdannes slik at de får kompetanse i forhold til kommunikasjon og veiledning (18, 23). Den gode dialogen med besøkeren var noe de eldre opplevde som positivt med deres første HFHB. Forskning har vist at helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk har et fortinn til andre forebyggende tiltak da det foregår i hjemmene til eldre. Dette skaper naturlig trygge rammer for samtalen noe som gjør at de eldre åpner seg lettere (32). Resultatene viser at de eldre opplever HFHB som et positivt tilbud, men at hensikten er uklar. De eldres opplevelse av hensikten er påvirket av hva de opplever som utfordrende i hverdagen. Dersom de ikke opplever noe behov er det vanskelig å nå fram med for eksempel helsefremmende budskap som trimme regelmessig eller spise sunt. Også det at noen eldre peker på at de opplevde dette som et obligatorisk besøk er et tankekors da man kan oppleve at flere takker nei til tilbudet. Det er en utfordring i det helsefremmende og forebyggende arbeidet å nå fram med budskapet til eldre som ikke identifiserer seg med de

potensielle risikofaktorer det blir snakket om. Dette får også konsekvenser i forhold til utbytte og effekten av det HFHB. Dette kan handle om å nå riktig gruppe eldre. Noe forskning har vist at det er de dårligste eldre de som har opplevd alderdommens utfordringer som har mest utbytte av disse besøkene (7,36). Samtidig viser motstridende resultater at det er de friske eldre som har ressurser til å sette i gang forebyggende aktiviteter som har mest utbytte av HFHB (12, 22,36). Flere eldre uttrykker ønske om å få temaer for besøkene tilsendt på forhånd slik at de får forberedt seg, kanskje kan dette være en vei å gå da det er tydelig at de fleste eldre som ble intervjuet opplevde HFHB som et positivt tiltak.

Metoden

I dette studiet jobbet man mye med utvalget for å sikre et så rikt datamateriale som mulig, likevel viser resultatene at man kanskje ikke fikk så stor variasjon som man ønsket blant de eldre. Dette kan skyldes at det er ressurssterke eldre som har takket ja til å være med i studiet, som eksempel hadde bare en av ti ikke vært yrkesaktiv i sin tid. En annen mulig svakhet er at man kunne ha stilt flere oppfølgingsspørsmål for å sikre at man fikk dybde og flere betraktninger fra de eldre i forhold til de forskjellige temaene.

Oppsummering og implikasjoner for praksis

Den manifeste og latente innholdsanalysen viser at eldre har en positiv opplevelse av førstegangs HFHB. Variasjonen i hvordan de eldre opplevde hensikten med besøket viser at kommunen tilpasser besøkene individuelt noe som også er en styrke i denne modellen. De eldre opplever å få en god og betryggende relasjon inn i kommunen samtidig som de uttrykker en følelse av trygghet over å bli fulgt opp dersom hverdagen blir vanskelig. Besøkernes fleksibilitet i at de eldre kan ta kontakt dersom det er noe og at de utfører årlige besøk støtter opp under denne opplevelsen hos de eldre. På den andre siden er det flere eldre som ikke identifiserer seg like godt med alle temaene under besøkene og som opplever å være for ”friske” til å trenge slike besøk slik hverdagen deres er nå. Flere etterlyser besøk og temaer ut fra behov. Dette studiet viser allikevel at det er viktig å kartlegge Eldres erfaringer og opplevelse med HFHB slik at en treffer best mulig med intervensjonen.

LITTERATUR

1. U.S. Census Bureau. *International Population Reports WP/02- Global Population Profile 2002*. 2004, U.S. Government printing Office, Washington DC.
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. *World population prospects- The 2003 revision and world urbanization prospects*. 2004, 2003 revision, New York.
3. Glad, Kristin. *Eldre bølgen slår lengre inn over Europa en Norge (The wave of elderly strikes Europe more than Norway)*. 2003, Statistisk sentral byrå, Norway.
4. Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff A. *Geriatrisk sykepleie (Geriatric nursing)*. 2008, Gyldendal akademisk, Oslo.
5. Water H. Health expectancy and the problem of substitute morbidity. *Phil. Trans. R. Soc. Land* 1997; 352: 1819-1827.
6. Fries J. Physical activity, the compression of morbidity, and the health of the elderly. *Journal of the royal society of medicine* 1996; 89: 64-68.
7. Veenstra M, Daatland S, Lima O. I det lange løp: blir det ulikhet i helse og helseatferd med alderen? (In the long run: is there a difference in health and health behavior in age?) *Aldring og livsløp* 2009; 1: 16-21.
8. Hendriksen C, Lund E, Stromgard E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: A three-year randomized controlled trial. *British Medical Journal* 1984; 289: 1522-1524.
9. Vetter N, Jones D, Victor C. Effect of health visitors working with elderly patients in general practice: A randomized controlled trial. *British Medical Journal* 1984; 288: 369-372.
10. Hansen F, Spedtsberg K, Schroll M. Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital. A randomized controlled trial. *Age and aging* 1992; 21: 445-450.
11. Vass M, Avlund K, Henriksen C. *Ældre og forebyggende hjemmebesøg (Elderly and preventive home visits)*. 2006, Ældre forum, Danmark.
12. Vass M, Avlund K, Hendriksen C. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and nonparticipants. *Scandinavian Journal of public health* 2007; 35: 410-417.
13. Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, Van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal* 2000; 320: 754-758.

14. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta analysis. *British Medical Journal* 2001; 323: 1-8.
15. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home visits to prevent nursinghome admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 1022-1028.
16. Reid M, Weir R, Browne G, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older home care clients. *Journal of advanced nursing* 2006; 54: 381-395.
17. Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2004; 22: 106-111.
18. Fagerstrøm L, Wikblad A, Nilsson J. An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scand Journal of Caring Science* 2009; 23: 558-68.
19. Stuck A, Kane RL. Whom Do Preventive Home Visits Help? *JAGS* 2008; 56: 561-563.
20. Clark J. Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomised controlled trials. *British Medical Journal* 2001; 323: 708-709.
21. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725-735.
22. Sahlén KG. An ounce of prevention is worth a pound of cure – Preventive home visits among seniors (Dissertation). 2009, Umeå University, department of public health, Sweden.
23. Yamanda Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K. Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *International journal of older people nursing* 2011; 6: 33-40.
24. De Smedt S. Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk (Five seniors experience with receiving preventive home visits)(Masterthesis).2011, Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Tromsø.
25. McNaughton DB. A synthesis of Qualitative home Visiting Research. *Public Health Nursing* 2000; 17: 405-414.
26. Pettersen A, Wyller T. *Forebyggende hjemmebesøk til eldre (Preventive home visits to elderly people)*. 2005, Forlaget aldring og helse, Oslo.

27. Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health* 2006; 6: 220-229.
28. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Principles and methods*. 2004, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
29. Kvale S. *Det kvalitative forskningsintervju (The qualitative research interview)*. 2001, Gyldendal akademisk, Oslo.
30. Kvale S, Brinkmann S. *Interview*. 2010, Hans Reitzels Forlag, København.
31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2003; 24: 105-112
32. Sherman H, Karp A, Blid S, Wånell S. Hålsosamtal med 75 åringar i hemmet en viktig del av distriktssköterskans förebyggande arbetet (Health talk with 75 year old in their home is an important part of the distric nurses preventive work). *Socialmedisinsk tidskrift* 2005; 3: 209-217.
33. Antonovsky A. *Helsans mysterium (Aaron Antonovsky's salutogenese)* . 1987, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco.
34. Karoliussen M. *Sykepleie-Tradisjon og forandring (Nursing tradition and change)*. 2002, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.
35. Hage A, Lorensen M. A philosophical analysis of the concept empowerment; the fundament of an education-programme to the frail elderly. *Nursing Philosophy* 2005; 6: 235-246.
36. Vass M, Avlund K, Lauridsen J, Hendriksen C.(2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: municipality-randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 563-8.

Vedlegg 1



HØGSKOLEN I BUSKERUD
AVDELING FOR HELSEFAG

Utlånstillatelse

Jeg tillater utlån av min mastergradsoppgave ved
Avdeling for helsefag

Dato: 8/5-12

Forfatters signatur:



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg 2

Professor Lisbeth Fagstrøm
Høgskolen i Buskerud
Avdeling for helsefag
Postboks 235
3603 Kongsberg

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 24

Dato: 10.03.11
Deres ref.:
Vår ref.: 2011/122-1

E-post: reg@helseforskningsetikk.com.no
Nettadresse: <http://helseforskningsetikk.com.no>

**2011/122b kan helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk støtte den eldre
helsecrosssurser og mulighet for et godt liv i eget hjem?**

Prosjektleder: Lisbeth Fagstrøm
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, ved øverste ledelse

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møte 09.02.2011.

Saksfremstilling

Formålet med prosjektet er å fremskaffe ny kunnskap om hvilke prosesser som er involvert og hva som påvirker effekt av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk hos eldre (HFBH). I denne studien anvendes et utforskende casestudie-design. Studiens problemstilling er om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk er et tjenestetilbud som fremmer helsen og støtter den eldre kapasitet til å bo hjemme. Studien er første del av flere delstudier som skal inngå en doktorgrad i sykepleie/helsefag.

Studien er samtykkebasert for alle deltagerne. Det skal utvikles spørreskjemaer og bruk av ulike typer intervjuer med lydbandopptak. Det anses nødvendig med tre utvalg: 1) hjemmeboende eldre som har mottatt tjenestetilbudet, 250 personer, 2) fagpersoner som utøver tjenesten, 10 personer, og 3) ledere og andre fagpersoner i kommunehelsetjenesten, ca. 20 personer.

Det ønskes bruk av bredt samtykke som kan dekke nye studier innenfor samme forskningsområde. Opplysningene skal behandles aidentifisert med koblingsnøkkel adskilt fra forkningsfil.

Forskningsetisk vurdering

Komiteen finner at studien er samfunnsnyttig, da kunnskap om effekt av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot eldre, kan få betydning på bakgrunn av forventede demografiske endringer. Slik studien er fremstilt i søknaden er den først delt inn i en

Vedlegg 3



**Dokumentasjon på fremlegg av eget arbeid på
masteroppgaveseminar**

Det dokumenteres herved at mastergradsstudent Morten Heggelund
har hatt fremlegg av eget arbeid på masteroppgaveseminar.

Dato: 28/3-12

Erling Stranden (sign)
Seminaransvarlig


Grethe Eilertsen (sign)
Seminaransvarlig

Vedlegg 4



Dokumentasjon av tilstedeværelse på minimum 50 % av masteroppgaveseminarer i Modul 4

Det dokumenteres herved at mastergradsstudent Morten Heggelund
har deltatt på minimum 50 % av masteroppgaveseminarene i Modul 4, vår 2011, høst 2011
og vår 2012, i alt 9 seminarer.

	21.01	16.03	04.05	28.8	10.10	14.11	11.01	07.02	28.03
Vår 2011		X	X						
Høst 2011				X	X				
Vår 2012							X		X

Dato: 28/3 12

Erling Stranden (sign)
Seminaransvarlig


Grethe Eilertsen (sign)
Seminaransvarlig

Hei,

Som veiledere godkjenner jeg ditt abstrakt for masteroppgaven.

Lisbeth Fagerstrøm

Professor, veiledere

From: Morten Heggelund [mailto:moheg80@hotmail.com]

Sent: 12. mai 2012 15:34

To: Fagerstrøm, Lisbeth; Morten Heggelund

Subject: hei

Scandinavian Journal of Caring Sciences

© Nordic College of Caring Science



Edited By: Åshild Slettebø and Lennart Fredriksson

Impact Factor: 1.042

ISI Journal Citation Reports © Ranking: 2010: 35/85 (Nursing (Social Science))

Online ISSN: 1471-6712

Author Guidelines

Author Guidelines

The Editors welcome scholarly papers, addressing theoretical, empirical and methodological concerns and initiating dialogue on critical issues which contribute to the development and understanding of the caring sciences. Ethical considerations must be discussed as appropriate.

Papers are expected to have a focus on those receiving care, and a sound scientific, theoretical or philosophical base. All submissions are expected to demonstrate respect for human dignity and accountability to society.

Papers exceeding 5000 words will not usually be accepted. It is not journal policy to publish papers submitted in two parts. All manuscripts are double-blind refereed. Review papers should include the words 'review' or 'literature review' in the title.

Papers received are assumed to have been submitted exclusively to the *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. It is a condition of publication that authors grant the Nordic College of Caring Sciences the exclusive licence to publish all articles including abstracts. Once papers have been accepted for publication, please fill out the exclusive licence form. Accepted papers will not be passed to the publisher for production unless the exclusive licence to publish has been granted. The exclusive licence form is available by clicking [HERE](#). If the paper is part of a larger study and you, or other authors, have written additional papers that have been published/submitted for publication using the study as the basis for the article, you must contact the Editor with details to ensure there is no breach of copyright.

Any breach of copyright will be taken very seriously and appropriate action taken.

The Editors will decide on the time of publication and retain the right to modify the style of a contribution; major changes will be agreed with the author(s).

Manuscripts

All manuscripts should be submitted at <http://mc.manuscriptcentral.com/sjcs>. All parts of the manuscript must be available in an electronic format. Full instructions and support are available on the site and a user ID and password can be obtained on the first visit. Support can be contacted by phone (1 434 817 2040 ext. 167), e-mail (support@scholarone.com) or at <http://blackwellsupport.custhelp.com>. If you cannot submit online, please contact **Iyabo Oba** in the Editorial Office by telephone 44 (0)1865 476489) or by e-mail (SJCSedoffice@wiley.com).

A covering letter must be submitted as part of the online submission process, stating on behalf of all the authors that the work has not been published and is not being considered for publication elsewhere. A statement regarding ethical approval must also be included giving details of whether ethical approval was sought, and if relevant the name of the committee or institution which approved the study and a reference number.

The use of footnotes and appendices should be avoided.

The main text should be preceded by an abstract, not exceeding 300 words, which accurately summarises the aims, findings and conclusions of the study. In the case of reported empirical research, the summary should include as appropriate: the study's rationale, aims and objectives; methodological design and justification; ethical issues and approval; research methods, instruments and/or interventions; outcome measures; results; study limitations; and conclusions. The abstract should not include references or abbreviations.

The abstract should be followed by up to 10 keywords or short phrases for indexing purposes, which accurately identify the paper's subject, purpose and focus. If your paper is a review the keywords should include 'literature review'. When submitting your paper online you will also be asked to select keywords from a given list. These are used to help the Editor identify suitable reviewers.

No identifying details of the authors or their institutions must appear in the submitted manuscript. A separate title page should be submitted with author details. The title page must also include statements as follows:

Acknowledgments: Any acknowledgments must not be included in the main document but should be added to the title page.

Author contribution: Where there is more than one author a written statement must be provided giving details of all authors' involvement (study conception/design; data collection/analysis; drafting of manuscript; critical revisions for important intellectual content; supervision; statistical expertise; administrative/technical/material support)

Funding: Please state whether funding was obtained and where applicable provide the name of the funding body and a reference number.

This information will be an appending part of the published paper if it is accepted by the Journal.

Figures, illustrations, legends, tables and references should be prepared on separate sheets. The appropriate insertion points for figures and tables should be indicated in the text. In the full-text online edition of the journal, figure legends may be truncated in abbreviated links to the full screen version. Therefore, the first 100 characters of any legend should inform the reader of the key aspects of the figure.

Approval for reproduction/modification of any material (including figures and tables)

published elsewhere should be obtained from authors/copyright holders before submission of the manuscript. Contributors are responsible for any copyright fee involved.

Headings within the text should conform to the following convention: upper case for main headings, lower case for major sub-headings, italics for subsidiary sub-headings.

Exceptionally, a lower case, smaller font heading may be used to head sub texts, for example for case studies or vignettes within the text.

Language and Spelling should conform with that used in the *Concise Oxford Dictionary* and abbreviations with those in *Units, Symbols, and Abbreviations* (1994) published by the Royal Society of Medicine Press, 1 Wimpole Street, London, W1M 8AE.

Manuscripts must be written in correct English. Authors with English as a foreign language are advised to have their manuscript revised by a qualified translator or native speaker before submission.

Abbreviations should be used sparingly and only if a lengthy name or expression is repeated throughout the manuscript. When used, the abbreviated name or expression should be cited in full at first usage, followed by the accepted abbreviation in parentheses.

Quotations included appropriately within the body of the text should be marked by double inverted commas. Longer, or self-contained quotations should be preceded and followed by a double space; neither inverted commas nor italics should then be used.

Exceptionally, where emphasis is required, a word or phrase may be marked by single inverted commas or italics.

Statistical methods and other methods for analysis used should be defined and, where appropriate, supported by references.

References

We recommend the use of a tool such as Reference Manager for reference management and formatting.

Reference Manager reference styles can be searched for here:

<http://www.refman.com/support/rmstyles.asp>

The style of references must follow the Vancouver system and abbreviations of journal titles

must conform to that of Index Medicus. Titles not listed should be written in full. References with titles in languages other than English must be translated.

Examples:

1. Berglund B, Nordström G. The use of the modified Norton scale in nursing home patients. *Scand. J Caring Sci* 1995; 9:165-9.
2. Savage J, Heijnen S. *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: WHO Regional Publications, European Series, No. 74. 1997.
3. LeGris J, Côté FH. Collaborative partners in nursing education: a preceptorship model for BScN students. *Nursing Connections* 1987; 10: 55-70.
4. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Onghena P, Lysens R, Vertommen H. Premorbid 'overactive' lifestyle in chronic fatigue syndrome and FMS. *J Psychosom Res* 2001; 51: 571-76.
5. UNHCR Public Information Section. *UNHCR, The United Nations High Commissioner for Refugees by numbers*. 2001, September, Alta Vista, <http://www.unhcr>
6. Høyer G, Drange H. Utviklingen av tvangsmiddelbruk i norske psykiatriske institusjoner (Changes in the use of coercive measures in Norwegian mental health institutions). *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 585-8.

Number references consecutively in the order in which they are first mentioned in the text at which reference to a particular document is made, its number is inserted. To cite a specific part of a source (articles pages and book chapters in the reference list), indicate the page number(s) as well. References should be cited from primary sources. When a book is cited, the title should be stated, followed by the publisher and town, county/state (and country if necessary) of publication.

Example: Dealey C. *The Care of Wounds: A Guide for Nurses*. 1994, Blackwell Science, Oxford.

Where the reference relates to a chapter in an edited book, details of author and Editors should be given as well as publisher, place of publication, and first and last page numbers.

Example: Pence G. Virtue theory. In *Companions to Philosophy A Companion to Ethics* (Singer P ed.), 1993 Blackwell Reference, Cambridge, 249-258.

The edition (where appropriate) of all books should be identified, e.g. 2nd edn. Do not give more than two or maximum three references in the text for verifying the same content.

References stated as being 'in press' are not acceptable: all references cited must have been published.

Illustrations

Computer-generated artwork should be saved in EPS or TIFF format, ensuring that the appropriate resolution is used. Our electronic artwork information pages at http://authorservices.wiley.com/submit_illust.asp contain full details and should be read carefully to ensure that your figures comply with our requirements. It is the policy of the Journal for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork.

Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Blackwell Publishing require you to complete and return a colour work agreement form before your paper can be published. This form can be downloaded as a PDF* from the internet. The web address for the form is:

http://www.blackwellpublishing.com/pdf/SN_Sub2000_P_CoW.pdf

Once completed, please return the form to the Production Editor at the address below. If you are unable to access the internet, or are unable to download the form, please contact the Production Editor:

Scandinavian Journal of Caring Sciences (SCS)

Wiley Services Singapore Pte Ltd

1 Fusionopolis Walk

#07-01 Solaris South Tower

Singapore 138628

Tel: 65 6643 8515

Fax: 65 6643 8598

E-mail: scs@wiley.com

Any article received by Blackwell Publishing with colour work will not be published until the form has been returned.

* To read PDF files, you must have Acrobat Reader installed on your computer. If you do not have this program, this is available as a free download from the following web address:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

Early View

Scandinavian Journal of Caring Sciences is covered by Blackwell Publishing's Early View

service. Early View articles are complete full-text articles published online in advance of their publication in a printed issue. Articles are therefore available as soon as they are ready, rather than having to wait for the next scheduled print issue. Early View articles are complete and final. They have been fully reviewed, revised and edited for publication, and the authors' final corrections have been incorporated. Because they are in final form, no changes can be made after online publication. The nature of Early View articles means that they do not yet have volume, issue or page numbers, so Early View articles cannot be cited in the traditional way. They are therefore given a Digital Object Identifier (DOI), which allows the article to be cited and tracked before it is allocated to an issue. After print publication, the DOI remains valid and can continue to be used to cite and access the article.

NEW: OnlineOpen

OnlineOpen is available to authors of primary research articles who wish to make their article available to non-subscribers on publication, or whose funding agency requires grantees to archive the final version of their article. With OnlineOpen, the author, the author's funding agency, or the author's institution pays a fee to ensure that the article is made available to non-subscribers upon publication via Wiley Online Library, as well as deposited in the funding agency's preferred archive. For the full list of terms and conditions, see

<http://olabout.wiley.com/WileyCDA/Section/id-406241.html>. Any authors wishing to send their paper OnlineOpen will be required to complete the payment form available from our website at: https://authorservices.wiley.com/bauthor/onlineopen_order.asp. Prior to acceptance there is no requirement to inform an Editorial Office that you intend to publish your paper OnlineOpen if you do not wish to. All OnlineOpen articles are treated in the same way as any other article. They go through the journal's standard peer-review process and will be accepted or rejected based on their own merit.

Authors' original materials

Unless specifically requested by a society or individual author, hardcopy and electronic materials will be retained for no longer than two months following publication of each issue. Any hardcopy and electronic material should then be disposed of or recycled. This includes original artwork, hardcopy text and any accompanying disks/cd roms. Any author wishing for any of their materials to be returned should alert the Production Editor via the Editorial Office at the submission stage, or at the latest to the Production Editor directly on receipt of proofs. No responsibility will be taken for author material being destroyed if there has been no indication given that it should be returned.

Online production tracking is now available for your article through Wiley-Blackwell's Author Services.

Author Services enables authors to track their article - once it has been accepted - through the production process to publication online and in print. Authors can check the status of their articles online and choose to receive automated e-mails at key stages of production. The author will receive an e-mail with a unique link that enables them to register and have their article automatically added to the system. Please ensure that a complete e-mail address is provided when submitting the manuscript. Visit <http://authorservices.wiley.com/bauthor/> for more details on online production tracking and for a wealth of resources including FAQs and tips on article preparation, submission and more.

Proofs

Proofs will be sent via e-mail as an Acrobat PDF (portable document format) file and must be returned promptly. The e-mail server must be able to accept attachments up to 4 MB in size. Acrobat Reader will be required in order to read this file. This software can be downloaded (free of charge) from the following Web site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

This will enable the file to be opened, read on screen, and printed out in order for any corrections to be added. Further instructions will be sent with the proof. Major changes will not be entertained and authors may be charged for excessive amendments at this stage. Proofs will be posted if no e-mail address is available; in your absence, please arrange for a colleague to access your e-mail to retrieve the proofs.

Offprints

Authors will be provided with electronic offprints on publication of their paper. These will be sent to the corresponding author at his or her e-mail address. Electronic offprints are sent to the corresponding author at his or her e-mail address on the title page of the paper, unless advised otherwise. Additional paper offprints may be ordered online. Please click on the following link and fill in the necessary details and ensure that you type information in all of the required fields:

http://offprint.cosprinters.com/cos/bw/main.jsp?SITE_ID=bw&FID=USER_HOME_PG

If you have queries about offprints please email offprint@cosprinters.com