

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE

**Hvordan eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk
og hvilken betydning besøket har for dem**

Bjørg Aspenes Sjøbø
Diakonhjemmet Høgskole
Lovisenberg diakonale høgskole

Mastergradsoppgave i
helsetjenester til eldre

Antall ord: 19 826

15.08.2014

Forord

I fire år har jeg vært deltidsstudent og pendlet til Oslo med jevne mellomrom. Jeg har gledet meg til hver eneste samlingsuke hvor jeg har møtt rause, kunnskapsrike og dyktige medstudenter og lærere. En særlig takk går til medstudent Astri; vi klarte det!

Jeg vil først og fremst takke min tidligere arbeidsgiver ved Ortopedisk klinikk, Helse Bergen som oppmuntret og støttet meg da jeg ønsket å starte på studiet. Videre en stor takk til nåværende arbeidsgiver ved enheten Helse, omsorg og beredskap, Os kommune. Som arbeidsgivere har dere vært alt det en kunne ønske seg både når det gjelder velvillighet og tilrettelegging i forbindelse med studiet. Tusen takk også til gode kolleger på BOF'en som har etterspurt hvordan det går og heiet meg fram.

Takk til de tre kommunene som hjalp meg i prosessen med å rekruttere informanter. Tusen takk også til alle de eldre som tok gjestfritt i mot meg og delte sine erfaringer og opplevelser med meg.

En stor takk til min veileder, Anita Strøm for konstruktiv og systematisk veiledning. Du har utfordret meg, men først og fremst delt av din store kunnskap og erfaring. Jeg har lært utrolig mye og hadde aldri kommet i mål uten din hjelp!

Takk til prosjektansvarlig Herdis Alvsvåg og prosjektleder Sønneve Teigen for gode diskusjoner og godt samarbeid. Jeg ønsker også å takke min gode venninne, Ingunn, for uvurderlig hjelp til lesing av korrektur i siste liten.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min tålmodige og kloke mann, Trond. Du har ønsket meg god tur til Oslo hver gang. Du har oppmuntret meg til å fortsette med studiet i tunge perioder og har vært en god støttespiller på mange områder. Takk også til våre barn: Eirin, Hilde, Synne og Martin for oppmuntring og hjelp i mine mange distré og fraværene perioder.

Sammendrag

Bakgrunn: Forebyggende hjemmebesøk er et helsefremmende og forebyggende tilbud til hjemmeboende eldre som i utgangspunktet ikke har andre kommunale helsetjenester. Modellen kommer opprinnelig fra Danmark. Det er ikke en lovpålagt tjeneste i Norge. Tilbudet utøves med svært ulik tilnærming og metodikk både i Norge og andre land.

Det etterlyses mer kvalitativ forskning på området for å forstå hvilken innflytelse forebyggende hjemmebesøk har på de eldres hverdag.

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske de eldre sine erfaringer med forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem. Studien utgjør en del av et større samarbeidsprosjekt som søker å utvikle modeller og verktøy for forebyggende hjemmebesøk.

Metode: I studien anvendes en kvalitativ metode med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det er gjort ni semistrukturerte intervju med tolv eldre 80 år og over. Tre var enslige, resten var ektepar og samboere. Intervjuene ble transkribert og analysert etter metoden systematisk tekstkondensering. Funnene er diskutert i lys av tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk, helsebegrepet og modellen selektiv optimalisering med kompensering.

Resultat: Funnene i studien viser at forebyggende hjemmebesøk hadde vært en positiv erfaring, selv for dem som i utgangspunktet hadde vært skeptiske til besøket. Besøket var en bekreftelse på at de ikke var glemt av samfunnet. Noen få mente besøket først og fremst var til nytte for kommunen. Disse funnene støttes av tidligere forskning. Jeg fant videre at svært få av de eldre hadde hørt om tilbudet før de ble kontaktet med forespørsel om besøk.

Konklusjon: Studien antyder at hensikten med forebyggende hjemmebesøk ikke blir oppfattet av de eldre eller kan være for utydelig i sitt budskap. Forebyggende hjemmebesøk hadde bidratt til å avdekke begynnende funksjonssvikt hos noen av studiens informanter. Utover tradisjonelle helsetjenester og enkle hjelpemidler synes det i liten grad å eksistere oppfølgende tilbud. Utdfordringen er oppfølgende lavterskeltilbud som kan motivere til aktiv deltakelse framfor passivt mottak.

Nøkkelord: Eldre, forebyggende hjemmebesøk, helsefremmende arbeid, erfaringer

Summary

Background: Preventive home visits are a health promoting and preventive services to resident seniors who basically have no other municipal health services. The model is originally from Denmark. It is not a legally required service in Norway. The service is exercised with very different approach and methodology in both Norway and other countries.

More qualitative research is called for in the field in order to understand the influence the preventive home visits have on the elderly people's everyday lives.

Purpose: The purpose of this study is to explore the elderly's experiences with preventive home visits and to seek and understanding of the impacts. The study is part of a larger collaborative project that seeks to develop models and tools for preventive home visits.

Method: The study applies a qualitative method with a phenomenological-hermeneutic approach. Nine semi-constructed interviews were conducted and included 12 elderly of the age of 80 years and over. Three were single, and the rest were married couples and cohabitants. The interviews were transcribed and analysed by the method systematically text condensation. The findings are discussed in light of the earlier research of preventive home visits, health term and the model of selective optimization with compensation.

Result: The findings of the study show that preventive home visits have been a positive experience, even for those who initially had been skeptical of the visit. The visit was a confirmation that the community did not forget them. A few thought the visit was primarily for the benefit of the municipality. These findings are supported by previous research. Furthermore, I found that very few of the elderly had heard about the service before being contacted with the request for visits.

Conclusion: The study suggests that the elderly do not perceive the purpose of preventive home visits or it can be indistinctly in its message. For some of the study's informants, the preventive home visits had helped to reveal the early stages of functional failure. It appears in a small degree to exist "follow up" offers beyond traditional health care and technical aids. The challenge lays in providing "follow up" low-threshold facilities that can motivate active participation, rather than passive reception.

Key words: Elderly, older person, preventive home visit, health promotion, experiences

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	7
1.1 Forebyggende hjemmebesøk til eldre	7
1.2 Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid	10
1.3 Ulike oppfatninger av helse	11
1.4 Flere år med god helse	13
1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål	15
2 LITTERATURGJENNOMGANG	17
2.1 SOK- modellen	17
2.2 Tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk til eldre	19
2.3 Kort oppsummering av tidligere forskning	26
3 METODE.....	28
3.1 Bakgrunn for valg av metode	28
3.2 Min forforståelse	29
3.3 Strategisk utvalg.....	30
3.4 Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre	30
3.5 Intervju	32
3.6 Transkribering av intervju	34
3.7 Analyse av det empiriske materialet	34
3.8 Studiens troverdighet og gyldighet	37
3.9 Etiske og juridiske overveielser	38
3.10 Metodekritikk	39
4 PRESENTASJON AV FUNN	41
4.1 De eldre sine erfaringer med besøket	41
4.1.1 Informasjon og råd	41
4.1.2 Registrering	42

4.2 Besøkets betydning for de eldre	43
4.2.1 Omtanke og trygghet	43
4.2.2 Verdsatt og anerkjent.....	44
4.2.3 Ingen forskjell	44
4.2.4 Refleksjoner.....	45
5 DISKUSJON.....	47
5.1 De eldre sine erfaringer med forebyggende hjemmebesøk	47
5.2 Besøkets betydning for de eldre	52
6 EN OPPSUMMERENDE SAMMENFATNING OG KONKLUSJON	60
7 LITTERATURLISTE.....	62

VEDLEGG

Vedlegg 1: Svar fra REK

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til kommunene

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til informantene med samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide

Vedlegg 6: Kopi av frammøte masterseminar

1 Innledning

Som følge av økt velstand og bedre helse, er Norges befolkning etter hvert blitt stadig eldre, og det moderne samfunn karakteriseres blant annet av at antall eldre mennesker er stort i forhold til andelen yngre (Romøren 2005). Den demografiske utviklingen har gjort det nødvendig å flytte fokus fra pleie og behandling til mer fokus på forebyggende helsearbeid. For å styrke den forebyggende og helsefremmende innsatsen overfor eldre, er forebyggende hjemmebesøk til eldre et tiltak som flere og flere kommuner iverksetter eller planlegger å iverksette (Vass m.fl. 2005, Meld.St. 16 (2011–2015), Larun m.fl. 2013). Målet med tjenesten er at den eldre opprettholder god helse, at det skapes trygghet og trivsel og dermed også muligheter for å kunne bo lengst mulig i eget hjem (Vass m.fl. 2005, St.meld. nr. 25 (2005–2006, Meld.St. 16 (2011–2015)). Forebyggende hjemmebesøk er ikke lovfestet i Norge, og utøves med svært ulik metodikk og tilnærming både i Norge og andre land (Pettersen og Wyller 2005).

I forbindelse med masteroppgaven har jeg gjort ni intervju med til sammen tolv eldre som har mottatt forebyggende hjemmebesøk. Gjennom intervjuene har jeg fått innblikk i hvilke erfaringer de har hatt med forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har hatt for dem. Det utgjør det empiriske materialet i oppgaven.

Jeg innleder med å presentere bakgrunnen for modellen forebyggende hjemmebesøk til eldre. Deretter blir det et kort historisk tilbakeblikk på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Ulike oppfatninger av helse og hvordan det kan være mulig å få flere år med god helse belyses også før problemstillingen presenteres.

1.1 Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Modellen forebyggende hjemmebesøk til eldre kommer opprinnelig fra Danmark, og har sin bakgrunn i Rosengårdsprosjektet i Odense på 1970-tallet (Vass m.fl. 2005). I dette prosjektet oppsøkte hjemmesykepleien hjemmeboende eldre over 75 år. Resultatet av prosjektet viste at innsatsen reduserte sykehjeminnleggelse for kvinner over 80 år. Siden kom Rødovreundersøkelsen som fikk stor betydning både i Danmark og utlandet (Hendriksen m.fl. 1984). Intervensjonsgruppen i denne undersøkelsen viste redusert dødelighet, mindre forbruk av sykehus- og legevaktjenester samt redusert innleggelse i sykehjem. Disse prosjektene var en medvirkende årsak til at forebyggende hjemmebesøk til eldre hjemmeboende over 75 år

ble lovfestet i Danmark i 1996. Loven påla kommunen å gjennomføre to årlige forebyggende hjemmebesøk til målgruppen, men gav ingen spesielle føringer for hvordan den enkelte kommune skulle organisere og utøve tjenesten. Dette medførte svært ulik tilnærming og organisering av tjenesten i de enkelte kommunene (Vass m.fl. 2005). Det ble vanskelig både å måle effekt av tjenesten og hvordan den best kunne organiseres og utføres (Vass m.fl. 2002). Loven er senere revidert i 2005 og 2010. Lovendringen i 2005 medførte at kommunene kunne velge å utelate forebyggende hjemmebesøk til eldre over 75 år som hadde personlig og praktisk helsehjelp, mens lovpålagte forebyggende hjemmebesøk ble redusert til én gang årlig i 2010. I tillegg til Danmark, lovfestet i 1998 også Australia forebyggende hjemmebesøk til eldre. Ingen andre land har en tilsvarende lovgivning, men i de øvrige skandinaviske landene, i England, Tyskland, USA og Japan er det stor interesse for tjenesten (Vass m.fl. 2005).

I mange av våre kommuner praktiseres i dag forebyggende hjemmebesøk som et kommunalt, oppsøkende og individrettet tilbud til hjemmeboende eldre som i utgangspunktet ikke mottar andre kommunale helsetjenester. Hensikten med forebyggende hjemmebesøk er, gjennom individuelle samtaler, å styrke den eldre sine muligheter for egenmestring, forebygge sykdom, ulykker og isolasjon, kartlegge risikofaktorer, styrke det sosiale nettverket samt gi råd og informere om kommunens tjenester (Pettersen og Wyller 2005, Vass m.fl. 2005). Målet med tilbudet er at den eldre opprettholder god helse og at det skapes trygghet og trivsel og dermed også muligheter for å kunne bo lengst mulig i eget hjem (Vass m.fl. 2005, St.meld. nr. 25 (2005–2006), Meld.St. 16 (2011–2015)).

For de fleste av oss relateres god alderdom til ønske om et selvstendig, uavhengig liv med mulighet for å kunne bo i eget hjem så lenge helsen tillater det (Fagerström m.fl. 2008). Ytrehus (2004) fant at hjemmet synes å representere en beskyttelse, gjenkjennelse og trygghet mot de stadige omskiftende samfunnsforholdene. Det kan gjøre det vanskelig å flytte selv om boligen ofte er for stor i forhold til den eldre sin nåværende situasjon og behov. Vass m.fl. (2005) fant at det å bo lengst mulig i eget hjem var viktig for at eldre skulle oppleve mestring i hverdagen.

Forebyggende hjemmebesøk kan beskrives som en brukerorientert tjeneste i den grad de eldre oppfordres til å delta aktivt i beslutninger som får konsekvenser for deres liv (Meld.St.10 2012–2013). Tjenesteutøver (heretter kalt utøver) tar kontakt med målgruppen enten gjennom forespørsel per brev eller ved telefonhenvendelse. Forespørsel per brev med forslag om dato

for besøk har vist seg å gi størst positiv respons fra målgruppen (Ekman m.fl. 2010). Utøver har som regel en helsefaglig bakgrunn, gjerne som sykepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut. Uansett yrkesgruppe er det viktig at utøver har breddekunnskap og kunnskap om sammenhenger (Drageset 2003). Når en tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre, inviterer en seg selv på besøk og det blir viktig med en personsentrert tilnærming. Det er den enkeltes ressurser, muligheter og ønsker som er i fokus. Utøver kan være den ressursen som kan utgjøre forskjellen for den eldre med tanke på aktivitet og deltakelse. Et møte, eller interaksjon, sier Goffman (1992), er et samspill hvor ulike roller utspiller seg. Goffman definerer interaksjon som « all den interaksjon som finner sted ved hver bestemt anledning når en gruppe personer befinner seg samlet en tid.» (s.22).

Samtalen er sentral i forbindelse med hjemmebesøket. Samtalen foregår på den eldre sine premisser, noe som medfører at den vil forløpe forskjellig avhengig av den personen en besøker. Det er viktig at utøver har evnen til å lytte og kjenner samtalsens forskjellige dynamikker. Gjennom den individuelle samtalen tilstrebes gjensidig samhandling basert på likeverd, respekt, empati og faglighet (Drageset 2003). God kommunikasjon skaper tillit, økt forståelse og kan motivere den eldre til å gjennomføre eventuelle endringer (Meld.St.10 2012–2013). Selve kjernen i det forebyggende arbeidet, sier Drageset (2003), er de mellommenneskelige relasjonene.

I den tradisjonelle sosialmedisinske modellen hvor en vurderer sammenhenger mellom levekår og helse, vektlegges først og fremst sykdomsforebygging og behandling som forebyggende tiltak, jf. ulike vaksinasjonsprogram, screeninger og kontroller for å stille tidlige diagnoser, og fagpersonen fremstår ofte som eksperten (Drageset 2003). Det er imidlertid samtidig viktig å anerkjenne at folk er eksperter i sine egne liv og derfor bør oppfordres til å sette egne mål for helse og atferd. Mange vet selv hva som begrenser og hva som kan gi muligheter i hverdagen. Utøver blir en viktig samtalepartner som bidrar i varierende grad med sin fagkunnskap, sine råd og veiledning (ibid). Slik kan den tradisjonelle behandlerrollen utfordres ved at den eldre og tjenesteyter blir mer likeverdige (Meld.St.10 2012–2013).

Det kan i noen sammenhenger være en utfordring å synliggjøre det helsefremmende og forebyggende fokuset i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk (Stark m.fl. 2010, Behm m.fl. 2013). En av grunnene kan være at hensikten ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i forkant

av besøket eller det kan være vanskelig å flytte fokus fra et sykdomsforebyggende- og behandlende perspektiv til et mer helsefremmende og forebyggende perspektiv. Det kan gjelde både for utøver og den som mottar besøk.

1.2 Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid

Tradisjonelt bygger sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid på ulike grunnlag hvor det sykdomsforebyggende arbeidet har vært hovedstrategien innenfor forebyggende helsearbeid (Mæland 2012). I løpet av 1970-tallet vokste den moderne kommunale helse- og sosialtjenesten fram, og nye store oppgaver ble tilført gjennom forvaltningsreformer i 1980- og 1990-årene. Kort kan nevnes kommunehelsetjenesteloven, sykehjemsreformen og reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming (St.meld. nr. 25 2005–2006). Allerede på 1980-tallet begynte en å vektlegge at helsetjenestene skulle være mindre standardiserte og i større grad tilpasses individuelle behov (Daatland og Solem 2005). Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008–2009), Omsorgsplan 2015 (St.meld. nr. 25 2005–2006), Omsorgsplan 2020 (Meld. St. 29 2012–2013) og den nye Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 2012–2013) gir føringer for at kommunenes folkehelsearbeid og forebyggende arbeid blant eldre skal styrkes.

Begrepet helsefremmende arbeid ble etablert første gang på Verdens helseorganisasjon (WHO) sin første internasjonale konferanse om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986. Her ble Ottawa-charteret ble utformet (Mæland 2012). Det internasjonale begrepet health promotion ble etablert med dette charteret. Health promotion dekker det vi på norsk kaller folkehelsearbeid og omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Ottawa charteret anla et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse (lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 24. juni 2011 nr. 29). De fleste helsefremmende tiltak vil også ha en sykdomsforebyggende effekt, og motsatt vil forebyggende innsats ha potensial til å styrke og fremme helsen (Klepp (red.) 2010). Et helsefremmende fokus setter søkelyset på muligheter framfor begrensninger, eller sagt på en annen måte, hva som holder menneskene friske, i stedet for hva som gjør dem syke. Det forebyggende fokuset har i større grad fokus på risiko, det vil si hvordan man kan holde seg frisk ved å unngå sykdom og belastende livsstiler og levekår. I praksis utfyller og overlapper sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid hverandre, sier Mæland (2012). I NOU (1998:18) beskrives forebyggende og helsefremmende arbeid som alt arbeid som legger til rette for å frigjøre og

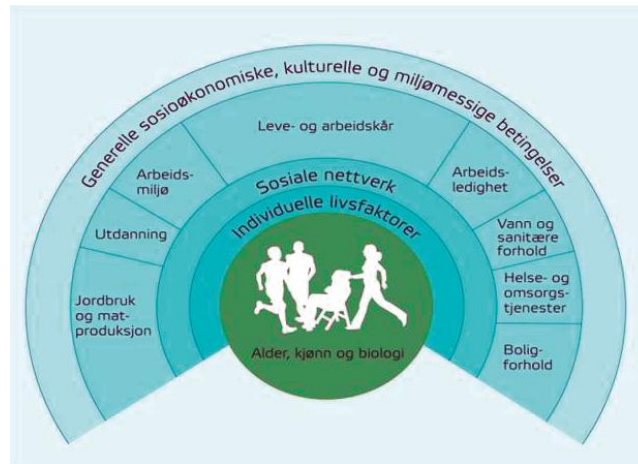
utnytte folks egne ressurser i lokalsamfunnet, og har som formål å gjøre hver og en av oss til hovedaktører i våre egne liv.

Helse kan imidlertid forstås på mange måter, og jeg vil nå presentere ulike teoretiske perspektiv på dette.

1.3 Ulike oppfatninger av helse

Den mest kjente definisjon på helse er kanskje Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon fra 1946: «Helse er ikke bare frihet fra sykdom og svakhet, men fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære». Hjort hevdet at denne definisjonen er utopisk da mange mennesker føler de har god helse, selv om de har en kronisk sykdom eller funksjonshemming. Han laget derfor sin egen definisjon av helse: «Helse er overskudd i forhold til dagens krav» (Hjort 1982:16). Det er altså den subjektive opplevelse av helse som er viktigst, ikke den objektive helsetilstanden (Tønne 2011). Mæland (2012) mener at helsebegrepet som oftest knyttes mot et biomedisinsk innhold, mens livskvalitet, et annet begrep for helse, som også har mange betydninger og ulike oppfatninger, uttrykker mer psykologiske og sosiale aspekter ved tilværelsen. Drageset (2003) mener at helse og sykdom står i forhold til hverandre og derfor må ses i sammenheng. Hun viser til sykepleierne Benner og Wrubel som erstatter helsebegrepet med «well-being» som kan oversettes til velvære. Velvære er basert på omsorg og en følelse av at andre bryr seg, sier Drageset (2003). Videre har velvære noe å gjøre med hva man gjør ut av sine muligheter og om det gir en følelse av mening.

Mæland (2012) sier videre at helse ikke er et nøytralt ord, men et begrep som brukes på flere måter avhengig av hvordan vi forstår helse. Han hevder at vår forståelse av helse gjenspeiler livsoppfatning og verdimeslige prioriteringer, men også kulturelle og sosiale forhold. Helse er mer enn fravær av sykdom. Helsetilstand er et resultat av sammensatte årsaker, fra samfunnsforhold og levekår til individuelle risikofaktorer. Hva som påvirker helsen vår illustreres i modellen til Dahlgren og Whitehead (1991):



De viktigste påvirkningsfaktorene for helse etter Dahlgren og Whitehead (1991)

Det helsefremmende arbeidet bygger på en sosial modell for helse og helsepåvirkning hvor helse ikke betraktes som et mål i seg selv, men hvor det arbeides for å styrke helsen med muligheter for å skape personlig, økonomisk og sosial utvikling og dermed økt livskvalitet, også kalt salutogenese (Mæland 2012). Antonovsky (2003) utviklet teorifeltet salutogenese som betyr «å styrke helsen». Helse blir en ressurs som kan bygges opp eller brytes ned gjennom livsløpet. Han hevdet at en viktig salutogen faktor er personens evne til å mestre, søke etter det som gir helse og som gjør livet godt. Evnen til å mestre og fremme egen helse er knyttet til opplevelsen av sammenheng, også kalt «sense of coherence». Opplevelse av sammenheng handler om menneskets evne til å forstå, håndtere og finne mening i møte med livets utfordringer. Det sentrale i salutogenesen er det som bidrar til at vi holder oss friske. Antonovsky anbefaler at vi beveger oss bort fra tankegangen frisk eller syk, og heller tenker på helse som et kontinuum der vi har grader av helse (Heggdal 2008). Helse er knyttet til en subjektiv opplevelse av helse; når vi mestrer utfordringene i hverdagen og plagene vi sliter med, går vi mot høyere grad av helse, og motsatt, i de tilfellene vi ikke mestrer, går vi mot lavere grad av helse. Salutogen teori gir et utvidet perspektiv som blant annet medfører at selv om en har en diagnose, så er en nødvendigvis ikke syk. En persons fortelling gir oss viktige sammenhenger mellom personens levde liv og helse. I et salutogent perspektiv blir det derfor viktig at en har hovedfokus på personen og personens historie, ikke sykdommen (Heggdal 2008). Uansett hva man legger i begrepet helse, sier Mæland (2012), blir helse påvirket av ulike faktorer som strekker seg fra generelle samfunnsforhold til egenskaper ved enkeltmennesker. Vi kan altså skille mellom minst tre ulike oppfatninger av helse: helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende (Mæland 2012:25):

	Som fravær av sykdom	Som ressurs	Som velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet Styrke Motstandskraft	Opplevd velvære Aktiv Gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødelegges av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

De tre formene for og oppfatning av helse henger gjensidig sammen innenfor det forebyggende helsearbeidet (Mæland 2012). En slik forståelse av helsebegrepet er et viktig utgangspunkt for arbeidet med forebyggende og helsefremmende arbeid.

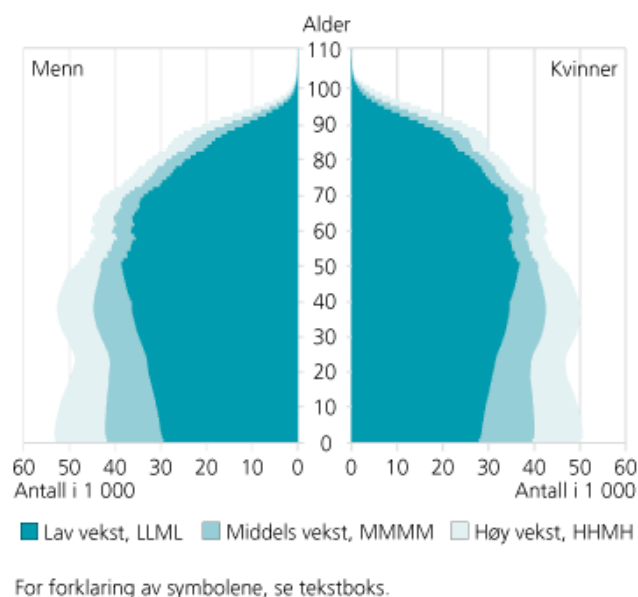
Med det teoretiske perspektivet på helse er min forståelse, og utgangspunktet for oppgaven, at forebyggende hjemmebesøk både har et helsefremmende og forebyggende perspektiv.

1.4 Flere år med god helse

Fram mot 2060 vil Norge få en betydelig eldre befolkning (se figur under). Tallet på eldre over 80 år vil dobles mot 2050¹, mens antall eldre over 67 år i 2060 vil være om lag 1,5 millioner mot 0,6 millioner i 2009 (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2010). Hver femte innbygger i Norge vil være minst 70 år gamle i 2060 (SBB 2014), se figur under:

¹ Forventet levealder ved fødselen for menn er antatt å stige fra 79 år i 2011 til 90 år i 2100. For kvinner er det tilsvarende tallet forventet å stige fra 83 år til 93 år.

Folkemengden etter alder og kjønn 2060



(SBB, 2010. Befolkningsframskriving 2010-2060)

Økt antall eldre mennesker som følge av høye fødselskull etter krigen og fram til midten av 1970-tallet, endringer i sykdomsbilde, høyere levealder og mangel på personell med nødvendig helsefaglig kompetanse, utgjør en utfordring for framtidens helse- og velferdstjenester (St.meld.nr. 25 2005–2006, NOU 2011:11, Meld.St. 16 2011–2015). Det gjør det nødvendig å flytte fokus fra pleie og behandling til mer fokus på forebyggende helsearbeid. Gjennom blant annet samhandlingsreformen (St.meld. 47 2008–2009) og revidert lovverk (lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30 og folkehelseloven blir kommunene nå i større grad enn tidligere ansvarliggjort i det forebyggende og helsefremmende arbeidet.

Etter hvert som vi blir eldre får vi redusert fysisk, sosial og kognitiv funksjon som kan, ifølge Stark m.fl. (2010), være en barriere for helsefremmende intervensjoner. Mange eldre opplever likevel god helse til tross for kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne, og målet for den enkelte eldre vil som regel være å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet, ikke helbredelse (Meld.St.10 2012–2013). Vi formes gjennom arv og miljø, og ifølge Daatland og Solem (2005) er det funksjonsnivået vi observerer hos eldre mennesker det de har kunnet realisere av sitt potensial med de begrensninger deres miljø har hatt. Potensialet vil være mer enn man har kunnet realisere, det vil si at vi som mennesker vil ha en latent og urealisert reservekapasitet som kan mobiliseres.

Selv om økende alder utgjør en risiko for skrøpeligheit, er ikke nødvendigvis skrøpeligheit en konsekvens av aldring. Redusert funksjonsnivå og avhengighet av andre, som ofte er bestemmende for skrøpeligheit, er avhengig av et samspill mellom flere risikofaktorer. Mange risikofaktorer, for eksempel fall, depresjon, usunt kosthold, sosial isolasjon og inaktivitet kan forebygges, fjernes eller modifiseres raskt og gi stor helsegevinst (Markle-Reid m.fl. 2011). Forebyggende intervensjoner så tidlig som mulig er derfor en forutsetning for å unngå, utsette eller redusere sykdom (St.meld. 47 2008–2009).

En styrket brukerrolle innebærer at den enkelte settes i stand til å ta større ansvar for egen helse og behandling. Det forutsetter kunnskap om de viktigste årsakene til sykdom og funksjonssvikt og om faktorer som påvirker egen helse (Meld.St.10 2012–2013). Målet med forebyggende helsearbeid er flere år med god helse og reduserte helseforskjeller (St.meld. 20 (2006–2007)). Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som kan medvirke til denne målsetningen.

1.5 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å utforske og beskrive de eldre sine erfaringer med forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem. Jeg ønsker gjennom denne studien å sette fokus på følgende problemstilling;

Hjemmeboende 80 år og eldre som har mottatt forebyggende hjemmebesøk – hva er deres erfaringer med besøket?

Problemstillingen søkes besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan erfarte de eldre det å bli kontaktet med tilbud om forebyggende hjemmebesøk?
2. Hvordan erfarte de eldre besøket?
3. Var det noe de eldre savnet i forbindelse med besøket?
4. Hvilken betydning har besøket hatt for de eldre sin situasjon i ettertid?

Forskningsspørsmålene belyses gjennom individuelle intervju med eldre som har hatt forebyggende hjemmebesøk. Problemstillingen søkes besvart gjennom analyse av det empiriske materialet, tidligere forskning og studiens teoretiske forankring.

I neste kapittel ønsker jeg først å presentere en teoretisk modell som er særlig relevant når en vil vurdere betydningen av å ivareta selvrespekt og mening med tilværelser i eldre år. Denne modellen håper jeg også kan være med å bidra til, sammen med gjennomgang av tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk til eldre, å forstå mine funn og sette dem inn i en større sammenheng.

2 Litteraturgjennomgang

2.1 SOK- modellen

Det finnes mange modeller og teorier som prøver å beskrive hvorfor mennesker handler som de gjør i forhold til egen helse, og hva som påvirker og motiverer til endringer (Torp 2005). Ifølge Daatland og Solem (2005) har mange av teoriene vært for entydig opptatt av svekkelse og tap i eldre år. Baltes og Baltes (1990) mener imidlertid at vi, til tross for svekkelse og tap i alderdommen, kan opprettholde et positivt selvbilde og en følelse av mening med tilværelsen. De har utviklet modellen selektiv optimalisering med kompensering (SOK). Denne er et eksempel på en modell for å forstå hvorfor man kan ha en god alderdom til tross for konsekvensene av aldring. SOK er en modell for mestring der en tar i bruk tre sentrale mekanismer; seleksjon, kompensering og optimalisering.

Seleksjonen har fokus på valg av mål og preferanser som gir mening i livet, men handler også om å velge bort det man ikke lenger klarer av ulike grunner. En fokuserer mer på de mest betydningsfulle målene, modifierer forventningene eller søker nye mål. Både optimalisering og kompensering handler om hva som kreves for å opprettholde eller endre disse målene. Seleksjon eller utvelgelse er kjerneelementet i all atferdsteori og kan være aktiv eller passiv, intern eller ekstern og/eller tilsiktet eller ubevisst. Etter hvert som en blir eldre og opplever ulike tap fysisk, psykisk eller sosialt, selekterer/snevrer en inn feltet av det en synes er viktig å få til eller være med på. Det kan være å unngå eller utelate en aktivitet i sin helhet eller det kan være restriksjoner på deler av en eller flere aktiviteter. En gammel maratonløper kan for eksempel opprettholde sitt mål om å vinne ved å konkurrere mot samme aldersgruppe eller løpe kortere og lettere distanser i stedet for å fortsette å delta i ordinære maratonløp.

Med optimalisering forstår man en styrking av reservekapasitet eller ressurser. Vår maratonmann kan for eksempel optimalisere sin innsats ved å spise en energirik diett med mye vitaminer i tiden før løpet for å styrke sine vannersjanser. Forskning antyder at mange eldre møter restriktive og overbeskyttende omgivelser som hemmer optimalisering (Baltes 1996). Som helsepersonell har vi for eksempel lett for å hjelpe våre pasienter ved å utføre oppgaver for dem som de gjerne kunne klart selv, og de får derfor ikke utnyttet sitt funksjonsnivå tilstrekkelig. Men optimalisering kan også bety at en må senke kravene til egne prestasjoner, for eksempel flytte fra enebolig til leilighet eller omsorgsbolig. Det er imidlertid viktig å innse at optimalisering i eldre år ofte aktualiseres i situasjoner hvor det oppstår

funksjonstap, og hva som er «optimalt» vil alltid være begrenset av hva som er mulig (Baltes 1996, Baltes og Carstensen 1999).

Kompensering kan være et resultat av seleksjon, men også en konsekvens av funksjonstap eller endringer i omgivelsene. Når det gjelder maratonmannen må han kanskje, for å kunne delta, kompensere tidligere forberedelser til løpet med lengre oppvarmingstid eller bytte fottøy underveis. Kompensering kan også være avhengighet. Ved å gjøre seg avhengig av andre kan en oppnå sikkerhet og sosial kontakt. Kompensasjon skiller seg imidlertid fra seleksjon ved at målsetningen for tidligere funksjoner opprettholdes, men med kompensasjon av andre midler eller metoder, for eksempel bruk av høreapparat ved hørselstap.

Hvordan disse tre komponentene realiseres er avhengig av de personlige og samfunnsmessige forhold den enkelte møter og bruker for å nå sine mål i en situasjon der ressurser begrenses eller er begrenset (Baltes og Baltes 1990, Witsø 2014). Baltes og Baltes (1990) og Baltes og Carstensen (1996) bruker begrepet «successful ageing». «Successful aging» er et begrep vi finner også tilbake i tid, blant annet hos Havinghurst (1963) I: Baltes og Baltes 1990:3, men allerede i år 106–43 f.Kr. mener forfatterne at vi hos den romerske filosofen Cicero kan spore den første uttalelsen om en god alderdom. Cicero skrev et essay («De Senectute» [«Alderdommen»]), da han selv var i sekstiårene. Han skrev om at alderdommen ikke er ensbetydende med funksjonssvikt og tap, men at det fortsatt er mulighet for positive forandringer og aktiviteter.

På den ene siden er aldring og suksess selvmotsigende. Aldring forbindes ofte med tap, funksjonssvikt og dødelighet, mens suksess representerer styrke, tilfredshet og velvære. På den annen side kan aldring og suksess fremkalle assosiasjoner om hva som prinsipielt er mulig til tross for aldring. Aldring er en høyst individuell prosess, og samfunnstiltak bør i størst mulig grad ha en individuell tilnærming, gitt den enkeltes ressurser og muligheter (Baltes og Baltes 1990).

Ifølge Baltes og Carstensen (1996) og Baltes og Carstensen (1999) bidrar disse tre prosessene til å belyse de ulike strategiene eldre mennesker anvender for å eldes på en god måte i møte med forskjellige sosiale, fysiske eller psykiske helsemessige tap. Ifølge Baltes og Carstensen (1996) kan man ikke forutsi noe som helst om et individs aldring er vellykket eller ikke uten å kjenne til hvilke mål- og funksjonsområder som er av særlig viktighet for individet selv, hva som gir personlig mening, og på hvilke områder personen føler seg kompetent. Det handler om å velge det som er viktigst for den enkelte og å velge vekk det som er mindre viktig, situasjonen tatt i betraktning.

Daatland og Solem (2005) mener at selektivitetsteorien i realiteten er en generell modell for tilpasning til svekkede ressurser, og ikke en spesifikk teori om aldring. Modellen tar for seg forutsetningene for en vellykket tilpasning til alderdommen. "Vellykket aldring" eller «god alderdom» er ifølge denne modellen å gjøre det beste ut av det man har, eller ut av den situasjonen man er i, for å opprettholde et positivt selvbilde og en følelse av mening med tilværelsen. Ifølge Witsø (2014) kritiseres SOK-modellen blant annet for å mangle teori om hvilke behov som gir retning til de ulike tilpasningsstrategiene og for å være en modell tilpasset vestlig kulturmønster. Torres argumenterer i 1999 (ifølge Daatland og Solem 2005:238) for at det er vanskelig å forstå den enkeltes begrunnelser for seleksjon og kompensering uten å kjenne til og forstå den kulturelle konteksten personen er en del av. Hva man velger, velger vekk og hvordan man kompenserer for funksjonssvikt i alderdommen vil i et slikt perspektiv dermed være uttrykk for verdiorientering og tilgjengelige indre og ytre ressurser samt påvirket av den kulturen man lever i og er en del av, sier Witsø (2014). SOK-modellen har sterkt fokus på individuelle perspektivet og betydningen av den enkeltes valg, men det er viktig se dette også i lys av gjensidig samspill med omgivelsene og samfunnets rammebetingelser.

2.2 Tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk til eldre

Jeg vil nå presentere noe av forskningen som har vært gjort de siste 15 årene vedrørende forebyggende hjemmebesøk til eldre. Forskningen jeg viser til inkluderer systematiske oversiktsartikler, RCT-studier og andre enkeltstudier med relevans til området. De systematiske oversiktsartiklene inkluderer også enkeltstudier gjort før tusenårsskiftet, og en del av enkeltstudiene er inkludert i flere av de systematiske oversiktene.

For å gjøre søkeprosessen enklere og problemstillingen mer fokusert, har jeg brukt PICO-skjema som utgangspunkt for søkestrategien (Bjørk og Solhaug 2008). Ifølge Nortvedt m.fl. (2007:29) betegner hver bokstav i PICO bestemte momenter som bør være med i et klinisk spørsmål, og min problemstilling satt inn i PICO-skjema ble dermed som i tabellen under:

P= Population	I = Intervention	C = Comparison	O = Outcome
Eldre hjemmeboende personer som ikke mottar andre kommunale helsetjenester. <i>Elderly person, older people</i>	Forebyggende hjemmebesøk <i>Preventive home visits, health promotion</i>	Ikke mottatt forebyggende hjemmebesøk	Hvordan eldre opplevde forebyggende hjemmebesøk <i>Experiences</i>

Jeg har søkt etter aktuell forskning i databasene CINAHL, Medline, Cochrane Library, PubMed, Google scholar og Swemed+. Jeg har valgt å bruke følgende søkeord, jf. PICO-skjema; elderly person / older people, preventive home visits, health promotion, experiences kombinert med operatoren «and». En slik søkestrategi har sikret meg artikler hvor begge termene trekkes ut (Bjørk og Solhaug 2008), noe som var viktig for å finne relevant forskning som kunne belyse min problemstilling. Jeg har hentet relevante referanser fra oversiktsartikler, fagbøker og annen aktuell litteratur.

I min gjennomgang av aktuell forskning refererer jeg til populasjon og konklusjon i artiklene for å kunne vise fellestrekk og variasjon i studiene. Jeg starter med oversiktsartiklene i kronologisk rekkefølge da det kan gjøre det lettere å se om forskningen har avdekket nye funn etter hvert som tiden har gått.

I en systematisk oversiktsartikkel som inkluderte 15 studier (Van Haastregt m.fl. 2000) var målgruppen eldre hjemmeboende 65 år og over. Utfallsmålene var fysisk funksjon, psykososial funksjon, fall, innleggelse på institusjon og dødelighet. Noen av studiene viste positiv effekt, men det var stor kvalitativ forskjell på de inkluderte studiene. Ingen av studiene rapporterte om negative effekter. Forfatterne konkluderte med at effekten av intervensjonene er beskjedne og inkonsistente, og at det er behov for ytterligere forbedringer av besøkene slik at intervensjonene kan bli mer hensiktsmessige på lang sikt. Dersom det ikke er mulig, anbefaler forfatterne at besøkene burde avvikles.

En annen systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse (Elkan m.fl. 2001) inkluderte 15 studier som ble delt i to grupper. Den ene gruppen inkluderte ni studier med hjemmeboende 65 år og eldre uten spesielle helseproblem. Den andre gruppen inkluderte seks studier med skrøpelige eldre 65 år og over og med fare for ytterligere funksjonstap. Utfallsmålene var

dødelighet, innleggelse på sykehus, helse, funksjon og innleggelse på sykehjem. Det konkluderes med at forebyggende hjemmebesøk reduserer dødelighet og innleggelse på sykehjem for begge gruppene, men viste ingen signifikant forskjell på innleggelse i sykehus, helse eller funksjon i dagliglivet.

En systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse (Stuck m.fl. 2002) inkluderte 18 primærstudier. Målgruppen var eldre 65 år og over. Utfallsmålene var funksjon, dødelighet og innleggelse på sykehjem. Konklusjonen var at forebyggende hjemmebesøk gav positiv effekt på utfallsmålene sammenlignet med eldre som ikke har mottatt forebyggende hjemmebesøk. En forutsetning for positiv effekt var at besøket gjennomføres med flerdimensjonal geriatrisk vurdering, oppfølgende besøk og at målgruppen er eldre som i utgangspunktet har godt funksjonsnivå.

En systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse (Huss m.fl. 2008) inkluderte 21 RCT studier fra perioden 2001 – 2007. Utfallsmålene var innleggelse på sykehjem, funksjon og/eller dødelighet. I tillegg identifiserte de karakteristika som skilte vellykkede fra mindre vellykkede program for hjemmebesøk. Målgruppen var hjemmeboende eldre i aldersgruppen 73-83 år. Forfatterne konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk som har yngre eldre som målgruppe, viste signifikant effekt på dødelighet. I tillegg var det signifikant effekt på forsinket funksjonstap, men kun dersom besøket hadde en geriatrisk tilnærming og hadde regelmessige, oppfølgende besøk. Forfatterne uttaler også at selv under strenge og kontrollerte studier varierer resultatene når det gjelder forebyggende hjemmebesøk. De mener at det er fire hovedfaktorer som påvirker forskningsresultatene: (i) programmenes ulike tilnærminger (ii) populasjonskriterier (iii) deltakernes og utøvernes oppfølging og (iv) den enkelte, både mottaker og utøver av forebyggende hjemmebesøk, sin innstilling til bruk av helsetjenester.

En systematisk oversiktsartikkel (Fagerstrøm m.fl. 2008) som inkluderer 18 studier fra perioden 1994 – 2004 hadde to nøkkelspørsmål: (i) om forebyggende hjemmebesøk har en helsefremmende effekt på hjemmeboende eldre og (ii) om forebyggende hjemmebesøk har fokus på individuelle helseressurser. Artikkelen konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk har en positiv innvirkning på eldre sin helse og trivsel, men bør videreutvikles for å samsvare mer med individuelle behov, ønsker og ressurser. Ti av 18 studier manglet det helsefremmende perspektivet. Av 18 inkluderte studier fant de kun én kvalitativ studie.

Skumsnes m.fl. (2013) har i en systematisk oversiktsartikkel inkludert sju randomiserte kontrollerte studier. Målgruppen var hjemmeboende eldre over 67 år. Utfallsmålene var egenopplevd helse og/eller livskvalitet. Konklusjonen var at det påvises positiv effekt i noen av de inkluderte studiene. Faktorer som kan bidra til en positiv effekt på helse- og livskvalitet er at de som utfører besøkene jobber i et tverrfaglig team med spesialkompetanse eller har ekstra opplæring.

De fleste relevante oversiktsartiklene jeg fant i min søkeprosess er gjengitt i et systematisk litteratursøk Kunnskapssenteret gjennomførte i mars 2013 for å oppsummere effektene av forebyggende hjemmebesøk til eldre (Larun m.fl. 2013). Kunnskapssenteret identifiserte 1152 referanser, hvorav kun sju systematiske oversikter ble inkludert². Det viser at de studiene jeg har funnet sannsynligvis er et representativt utvalg innenfor studier om effekten av forebyggende hjemmebesøk. Vi ser videre at forskningen i løpet av de siste 15 årene i liten grad har avdekket nye funn, men kan kort oppsummert og på generelt grunnlag vise til at forebyggende hjemmebesøk utsetter behovet for hjemmesykepleie og institusjonsplass.

Jeg vil nå presentere enkeltstudier, i kronologisk rekkefølge, som på ulike måter kan relateres til forebyggende hjemmebesøk.

En kvalitativ studie (Frank 2003) har undersøkt hvordan eldre med kroniske sykdommer erfarer kommunikasjon og samspill med helsepersonell og hvordan kommunikasjonsbarrierene (helsepersonell med mange oppgaver og dårlig tid) påvirker deres evne til egenomsorg. Denne studien refererer ikke til forebyggende hjemmebesøk spesielt, men studiens problemstilling og empiri anses relevant uavhengig av helsepersonells ståsted. Data i studien ble samlet gjennom fokusgruppeintervju. Deltakerne var ni menn og 19 kvinner over 60 år med bosted i servicebolig i Florida. Konklusjonen i studien er sammensatt. De eldre verdsatte sin uavhengighet, de ønsket at helsepersonalet skulle høre på dem og være ærlige, men først og fremst oppmuntre og støtte dem i deres uavhengighet selv om tiden helsepersonell har til rådighet er begrenset og oppgavene er omfattende.

En enkeltstudie (Theander og Edberg 2005) undersøkte om besøket hadde hatt betydning for den eldre sitt fysiske og sosiale velvære og hvilke erfaringer de eldre og utøverne hadde med

² For utfyllende oversikt, se rapport fra Kunnskapssenteret: Notat 2013 – Hjemmebesøk til eldre

forebyggende hjemmebesøk. Studien inkluderte tre årlige besøk hos til sammen 150 eldre som var 78 år ved oppstart. Data ble samlet ved å intervju de eldre mens utøvere av forebyggende hjemmebesøk svarte på spørreskjema. Resultatene viste at deltakerne følte større trygghet og hadde mer kunnskap etter besøket. Utøverne hadde fått et nytt og mer positivt syn på eldre etter besøkene, økt jobbtilfredshet i tillegg til økt fagkunnskap.

En RCT-studie (Vass m.fl. 2005) over tre år, 1999 – 2001, undersøkte om opplæringsprogram for helsepersonell har betydning for brukernes funksjonsevne sammenliknet med besøk som gjennomføres av helsepersonell uten opplæring. Målgruppen var hjemmeboende eldre 75 år og 80 år. Utfallsmålene var helse, uavhengighet, innleggelse på sykehjem og dødelighet. Det konkluderes med at et kort opplæringsprogram hadde effekt på brukerens funksjonsevne, i større grad hos 80-åringene enn 75-åringene, men utgjorde ingen forskjell når det gjaldt dødelighet og innleggelse på sykehjem.

Både Elkan m.fl. (2001) og Vass m.fl. (2005) konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk kan ha en positiv effekt ved at en styrker den Eldres muligheter for å klare seg selv. Besøket gir trygghet ved at noen bryr seg og vet om dem, og de vet hvor de kan henvende seg dersom problem skulle oppstå. Det gir både en individuell og samfunnsøkonomisk gevinst ved at den eldre kan bo hjemme så lenge som mulig, og ved at behovet for hjemmesykepleie og institusjonsplass utsettes.

Eklund m.fl. (2008) gjorde en RCT-studie med oppfølging over 28 måneder. Hensikten med studien var å sammenligne om et aktivitetsbasert, helsefremmende gruppeprogram over åtte uker eller et individuelt basert program utgjorde noen forskjell for de eldre. Utfallsmålene var ADL-funksjon, generell helse og selvrapporterte helseproblem. Målgruppen var eldre 65 år og over med macula degenerasjon (aldersbetinget synsnedsettelse). Konklusjonen var at deltakerne i den helsefremmende gruppen opprettholdt sin ADL-funksjon til tross for forverret synsproblem, men deltakerne i det individuelle programmet fikk behov for økt grad av hjelp. I begge gruppene forverret den generelle helsen seg, mens selvrapporterte helseproblem var betydelig lavere hos gruppen som deltok i det helsefremmende programmet.

Stark m.fl. (2010) gjorde en deskriptiv spørreundersøkelse rettet mot tre ulike grupper eldre; yngre eldre (65-74 år), eldre (75-84 år) og de eldste eldre (85 år og over). Forskningsspørsmålene var om det er sammenheng mellom de eldre sine helseutfordringer og

forebyggende helsearbeid, og om det er forskjellige helseutfordringer relatert til alder innenfor de ulike gruppene eldre. Konklusjonen var at de største helseutfordringene er relatert til aldersgruppen 75-84 år. Å endre helseatferd hos eldre krever engasjert helsepersonell med fokusert oppmerksomhet på den eldre sin helsetilstand og påfølgende tiltak. Helsefremmende tiltak som reduserer helseutfordringene gir en bedre helsetilstand hos eldre hjemmeboende.

En RCT-studie (Markle-Reid m.fl. 2011) er basert på tre studier gjennomført i tiden fra 2000 til 2009 i Ontario, Canada. De tre studiene var identiske vedrørende studiedesign, populasjon, kontekst, intervensjon og utfallsmål. Hensikten med denne studien var å evaluere resultatene i de tre studiene ved å måle om forskjellige sammensatte forebyggende og helsefremmende tiltak ledet av sykepleier var mer effektive enn vanlig hjemmesykepleie. Målgruppen var skrøpelige, hjemmeboende 65 år og eldre med varierende helseutfordringer. Intervensjonsgruppene i de tre studiene fikk 6 eller 12 måneders intervensjon med forebyggende hjemmebesøk ledet av sykepleier. Det inkluderte månedlige hjemmebesøk og sammensatte, individuelle og tverrfaglige tiltak basert på kartlegging vedrørende risikofaktorer for skrøpelighet og funksjonstap. Hovedhensikten med de komplekse tiltakene var å fremme uavhengighet og styrke selvstendigheten hos brukeren ved å iverksette tiltak som forebygget funksjonstap og/eller utsatte skrøpelighet som følge av aldring. Skrøpelighet ble i denne studien relatert til eldre mennesker med begrensinger i ADL-funksjon, de med kronisk sykdom, de som hadde risiko for funksjonstap og/eller stod i fare for sykehus- og sykehjemsopphold. Utfallsmål var livskvalitet målt med kartleggingsverktøyet SF-36. Det konkluderes med at besøk med forebyggende og helsefremmende tilnærming hadde bedre effekt på brukerens livskvalitet sammenlignet med vanlig hjemmesykepleie.

Sherman m.fl. (2012) gjennomførte en tverrsnittstudie som vurderte 75-åringers selvrapporterte helse og livskvalitet. Konklusjonen var at de fleste 75-åringer definerer egen helse som god eller svært god samtidig som de oppgir mange helseproblemer. Over 40 % svarte at de hadde liten kunnskap og forståelse for egne helseproblem. Forfatterne understreker at dette er viktige funn når en vet at det er en sammenheng mellom dårlig helse og personens kapasitet til å forstå helseinformasjon. Enslige, lavutdannede og kvinner opplever dårligere helse og velvære enn andre grupper eldre. Funnene understreker at den som utfører forebyggende hjemmebesøk bør ha et allsidig og sammensatt kunnskapsgrunnlag.

Gustafsson m.fl. (2012) gjennomførte en RCT studie i tiden fra 2007 – 2011 i Göteborg, Sverige. Hensikten med studien var å evaluere om det var mulig å utsette funksjonstap dersom helsefremmende tiltak iverksettes når eldre over 80 år er i risikozonen for funksjonssvikt/skrøpeligheit, og om tverrfaglige senior gruppemøter er mer effektiv enn forebyggende hjemmebesøk. Utfallmålene var funksjonstap, egenvurdert helse og ADL-funksjon med tre måneders oppfølging. Konklusjonen var at helsefremmende tiltak kan utsette funksjonstap når det gjelder ADL-funksjon og egenvurdert helse. Videre synes tverrfaglige senior gruppemøter å ha best effekt på utsatt funksjonstap når det gjelder ADL-funksjon.

Hensikten med Behm m.fl. (2013) sin studie var (i) å beskrive eldre menneskers opplevelser med forebyggende hjemmebesøk og (ii) om besøket hadde hatt konsekvenser for deres helse. Tolv kvinner og fem menn, alle hjemmeboende, i alderen 80-92 år ble intervjuet. Forfatterne konkluderer med at et strukturert forebyggende hjemmebesøk kan oppleves forskjellig avhengig av den Eldres situasjon. På den ene siden opplevde de fleste eldre at besøket styrket dem og gav økt selvfølelse, de fikk informasjon som gjorde at de følte at de hadde kontroll og gjorde dem mer oppmerksom på å ta forholdsregler og tenke forebyggende. Til sammen kunne det øke den Eldres muligheter til å bruke egne ressurser, motivere dem til å gjennomføre tiltak og engasjere seg i helseforebyggende aktiviteter. For noen få av deltakerne hadde ikke besøket noen betydning, enten fordi de var for syke eller fordi de ikke var klar for denne type informasjon. Utfordringene for helsepersonell, sier forfatterne, er å klare å motivere friske, uavhengige eldre til å delta i helsefremmende og forebyggende aktiviteter.

Behm m.fl. (2014) har gjort en RCT-studie. Studien viser til en tidligere RCT-studie (Dahlin-Ivanoff m.fl. 2010). Hensikten med Behm sin studie var å undersøke langtidseffekten på intervensjonene seniormøter versus forebyggende hjemmebesøk. Utfallsmålene var sykdom, ulike symptomer, egenopplevd helse og tilfredshet med egen helse. Resultatene antyder at seniormøtene hadde en liten fordel i forhold til forebyggende hjemmebesøk når det gjelder egenopplevd helse. Etter tre måneder viste begge intervensjonene samme resultat, etter ett år viste seniormøtene større positiv effekt, mens ingen av intervensjonene hadde denne effekten etter to år.

En nylig publisert studie (Tøien m.fl. 2014) har utforsket og beskrevet eldre sine opplevelser i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Data ble samlet ved individuelle intervju av ti eldre på 75 år som hadde hatt forebyggende hjemmebesøk året før. Forfatterne konkluderer

med at hensikten med besøket må være klart definert i informasjonen de eldre mottar i forkant av besøket, og informasjonen bør videre kunne forberede den eldre på besøket. Utøver må forsikre seg om at hensikten med besøket er forstått. Forebyggende hjemmebesøk, utført av erfarne og velutdannede sykepleiere med personsentrert fokus, kan bidra til grunnleggende tillitsforhold som kan være et utgangspunkt for videre konstruktiv forebyggende og helsefremmende samarbeid.

2.3 Kort oppsummering av tidligere forskning

Presentasjonen av tidligere forskning i denne oppgaven viser et klart sykdoms- og problemorientert perspektiv i de ulike studiene. Alle oversiktsartiklene har innleggelse i institusjon, dødelighet og funksjonsevne som utfallsmål. Noen få studier har i tillegg utfallsmålene fall, psykososial funksjon og/eller helse. Hovedtyngden av populasjonen i studiene er hjemmeboende 65 år og eldre, men med varierende helsestatus – noen defineres som friske eldre, andre som skrøpelige eldre. Det rapporteres imidlertid generelt om stor kvalitativ forskjell på de inkluderte studiene, og Huss m.fl. (2008) viser i sin oversiktsartikkel til at selv under strenge og kontrollerte studier varierer resultatene. Det konkluderes med at til tross for mye forskning på området er det fortsatt knyttet usikkerhet til hvilke tiltakskomponenter som er effektive, og hvilken populasjon som kan ha størst utbytte av forbyggende hjemmebesøk (Stuck m.fl. 2002, Huss m.fl. 2008). Flere studier påpeker imidlertid at utøver av forebyggende hjemmebesøk bør ha et allsidig og sammensatt kunnskapsgrunnlag (Sherman m.fl. 2012, Tøien m.fl. 2014), at besøkene bør ha en helhetlig tilnærming med et helsefremmende og forebyggende fokus og at det bør være oppfølgende besøk (Stuck m.fl. 2002, Huss m.fl. 2008, Markl-Reid m.fl. 2011, Gustafsson m.fl. 2012, Tøien m.fl. 2014). Hvor ofte og hvor mange besøk som anbefales, er imidlertid uklart.

Et utviklingstrekk i forskningen synes å være en dreining fra fokus på hjemmebesøket som kun samfunnsøkonomisk lønnsomt, til mer interesse for individuelle effekter som helseressurser, egenopplevd helse og livskvalitet. En ser at positiv individuell effekt også kan gi en samfunnsøkonomisk effekt (Elkan m.fl. 2001, Vass m.fl. 2005). Forskningslitteraturen de senere årene har i større grad hevdet at forebyggende hjemmebesøk bør ha et større helsefremmende og individuelt perspektiv og utføres av et tverrfaglig team med spesialkompetanse eller ekstra opplæring (Fagerstrøm m.fl. 2008, Skumsnes m.fl. 2013).

Tverrfaglige seniorgruppemøter med oppfølgende besøk kan være alternativ til tradisjonelt forebyggende hjemmebesøk (Gustafsson m.fl. 2012). Det etterlyses også mer kvalitativ forskning for videreutvikling av tilbudet i et helsefremmende perspektiv (Fagerstrøm m.fl. 2008, Skumsnes m.fl. 2013). Fagerstrøm m.fl. (2008) fant for eksempel i sin oversiktsartikkel at kun én av 18 studier hadde en kvalitativ tilnærming. Jeg fant i mitt litteratursøk og gjennomgangen av tidligere forskningslitteratur få studier med en kvalitativ tilnærming. Studier som etterspør de eldre sine opplevelser av besøket og om det har hatt betydning for dem fysisk, psykisk og/eller sosialt vil bli viktige både for å få en større bredde på forskningen og for å kunne videreutvikle tjenesten i et mer helsefremmende perspektiv. Det siste året er det publisert noen få studier (Behm 2013, Tøien 2014) som har dette fokuset. Det blir viktig å undersøke om funnene i disse studiene er enkeltstående eller om de kan være allmenngyldige for de fleste som mottar forebyggende hjemmebesøk.

I en artikkel i BMJ hevder J. Clark (2001) at forfatterne av de kvantitative studiene ikke kan vurdere effekten av forebyggende hjemmebesøk bygget på randomiserte kontrollerte studier (RCT), som er den strengeste formen for vurdering av effektiviteten av medisinske intervensjoner, samtidig som de unnlater å erkjenne at denne metoden ikke alene er tilstrekkelig eller hensiktsmessig for å vurdere effekten av forebyggende hjemmebesøk. Han sier videre at den medisinske modellen fokuserer på sykdom og søker å redusere dødelighet og sykkelighet som utfall, mens forebyggende hjemmebesøk bruker andre modeller som verdsetter forebygging, og har fokus på mål som empowerment, brukermedvirkning, autonomi med mer som er vanskeligere å måle enn dødelighet og sykkelighet.

Jeg vil nå presentere metodekapittelet. Det inneholder presentasjon av bakgrunn for valg av metode og prosessen fram mot et empirisk diskusjonsgrunnlag.

3 Metode

Denne studien utgjør en del av et større samarbeidsprosjekt på Vestlandet³. Samarbeidsprosjektet skal gjennom et 3-årig utviklingsprogram utarbeide forslag til metodikk for forebyggende hjemmebesøk som kan ha nasjonal overføringsverdi. Prosjektet startet i oktober 2011 og er planlagt avsluttet i 2014. Det er delt inn i fire ulike delprosjekter:

1. Kartlegging av arbeidsmetodikk og utbredelse i kommunene
2. Samle brukererfaringer og utøvererfaringer
3. Erfaringsdeling på tvers av kommunene
4. Publisering av idéhåndbok

Denne studien tar utgangspunkt i del 2. Samarbeidsprosjektet er finansiert ved statstilskudd og egeninnsats fra kommunene.

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling er det valgt en kvalitativ metode med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Den kvalitative forskningstradisjonen tar utgangspunkt i virkeligheten slik den fremstår for den enkelte og bygger på teorier om fenomenologi og hermeneutikk. Målet er å forstå denne virkeligheten snarere enn å forklare (Malterud 2013). Mens en fenomenologisk studie retter oppmerksomheten mot verden slik den direkte og umiddelbart oppleves og erfares fra et subjektperspektiv, er utgangspunktet for en hermeneutisk studie å reflektere over, tydeliggjøre og ta i bruk vår forforståelse for å kunne forstå meningen med fenomener, handlinger og synspunkter (Thomassen 2007). All forståelse er basert på ulike typer forutsetninger eller forforståelse, slik den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (1900 – 2002) sa det, og det er vår forforståelse som gir fenomenet mening. Hermeneutiske studier vektlegger i større grad forskerens helhetsforståelse og forutsetter at ingen fenomener kan forstås uavhengig av den større helheten de inngår i (Grønmo 2004).

Hensikten med denne studien er å utforske, beskrive og prøve å forstå de eldre sine opplevelser, refleksjoner og erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. Min forforståelse av og erfaring med fenomenet forebyggende hjemmebesøk vil være med «å farge» min

³ Samarbeid mellom Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USTH) i Sogn og Fjordane, Rogaland, Helse Fonna og Hordaland samt Senter for omsorgsforskning Vest.

fortolkning av dataene, det vil si hva jeg bevisst og ubevisst legger merke til og legger vekt på, og vil være avgjørende for den helhetsforståelsen av fenomenet forebyggende hjemmebesøk som til slutt fremkommer. Informasjon ble innhentet fra eldre som hadde mottatt forebyggende hjemmebesøk ved bruk av semistrukturert forskningsintervju. Semistrukturerte intervju er intervju med individuelle deltakere (Malterud 2013), og er et godt utgangspunkt for å få informasjon om hvordan den enkelte opplever og forstår seg selv og sine omgivelser (Thagaard 2013:12).

3.2 Min forforståelse

I min jobbsituasjon gjennomfører jeg forebyggende hjemmebesøk til eldre, og kjenner derfor godt feltet som skal studeres. Mine verdier og synspunkter vil alltid være en del av forskningssituasjonen og er en forutsetning for å gå inn i samhandling med det som skal studeres (Bjørk og Solhaug 2008:113). Min kjennskap til feltet gir meg derfor et særlig godt grunnlag for gjenkjennelse og dermed også et utgangspunkt for forståelsen av de fenomenene som skal undersøkes (Thagaard 2009). Det kan være både en styrke og en begrensning. På den ene siden kan min erfaring bidra til å bekrefte informantens forståelse av situasjonen, men på den andre siden kan jeg lett overse eller bli mindre åpen for nyanser som ikke samsvarer med egne erfaringer, da jeg ikke kjenner sammenhengen eller konteksten sett fra deres ståsted. Jeg har derfor prøvd å være særlig oppmerksom på min forforståelse, det vil si hvilke «briller» jeg hadde på, både når jeg intervjuet, leste og analyserte mine data (Malterud 2013). Målet har vært å oppnå et perspektiv hvor jeg kan klare å se min egen kultur med andres øyne, men da må jeg også prøve å forstå den sammenhengen eller konteksten det forebyggende hjemmebesøket forekommer i (Thagaard 2009:79). Jeg håper resultatene av min undersøkelse vil gi et innblikk i hvilken betydning tilbudet har for målgruppen, og et bedre empirisk grunnlag for å videreutvikle denne tjenesten.

Jeg vil nå beskrive prosessen i forbindelse med utvalg av informanter, rekrutteringsprosedyre og forberedelsene før og under intervjuene. Deretter beskrives prosessen rettet mot transkribering og analyse av intervjuene. På slutten av kapitlet diskuteres studiens troverdighet og etiske overveielser.

3.3 Strategisk utvalg

For å kunne belyse problemstillingen i størst mulig grad, ble det viktig å gjøre et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra målsetningen om at dataene en får har best mulig potensial til å belyse aktuell problemstilling (Malterud 2013). Jeg ønsket derfor kontakt med både eldre kvinner og menn, enslige og gifte, som hadde opplevelser og erfaringer de ønsket å dele med meg etter å ha mottatt forebyggende hjemmebesøk. Brev til informantene, med forespørsel om å delta i undersøkelsen, ble sendt fra kommunene. Brevet, som var utarbeidet i samarbeid med prosjektleder, inneholdt informasjon om samarbeidsprosjektet, masteroppgaven, rettigheter, samtykkeerklæring og opplysning om at informasjonen også ville bli brukt i presentasjonen av resultater i både samarbeidsprosjektet, masteroppgaven og en eventuell idehåndbok.

Oversikt over de som ble intervjuet:

Intervju	Alder	Kjønn	Sivil status
1	80 år	Mann	Gift
	79 år	Kvinne	
2	76 år	Mann	Gift
3	83 år	Kvinne	Enke
4	83 år	Mann	Gift
	79 år	Kvinne	
5	85 år	Kvinne	Enke
6	82 år	Kvinne	Enke
7	82 år	Mann	Gift
	82 år	Kvinne	
8	87 år	Mann	Gift
9	85 år	Mann	Samboer

3.4 Beskrivelse av rekrutteringsprosedyre

For å oppnå kontakt med potensielle informanter valgte jeg å knytte kontakt med en person i aktuelle kommuner som var ansvarlig for eller utøver av forebyggende hjemmebesøk. Jeg antok at vedkommende ville være den som hadde best kunnskap om målgruppen og derfor

kunne videresende informasjon til målgruppen rimelig fort. En rekruttering på denne måten har selvfølgelig sine begrensninger både i forhold til kommunen sin kapasitet, hvem de velger å sende forespørselen til og hvem som svarer på henvendelsen. Som forsker hadde jeg i denne sammenheng ingen muligheter for å påvirke hvem som skulle motta henvendelsen fra kommunen eller hvem av de aktuelle informantene som svarte positivt på henvendelsen. Begrenset tid utelukket andre former for rekruttering, for eksempel ved bruk av media. Tre kommuner, som ifølge kartleggingen i samarbeidsprosjektet høsten 2012 hadde tilbud om forebyggende hjemmebesøk, ble kontaktet. De tre kommunene utgjorde en bykommune, en større og en mindre landkommune. Bykommunen og den ene landkommunen hadde hatt tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre i flere år, mens tilbudet var av nyere dato i den andre landkommunen. Kommunene gjennomførte tjenesten med ulik tilnærming og metodikk. Kommunene (ved aktuell kontaktperson) ble i første omgang kontaktet per e-post med forespørsel om hjelp til å kontakte aktuelle informanter. Vedlagt var informasjonsskriv⁴ både til kommunene og potensielle informanter om prosjektets mål og hensikt, inklusjonskriterier for rekruttering av informanter og samtykkeerklæring. Følgende inklusjonskriterier var gjeldende:

1. Personer 80 år og eldre som har mottatt forebyggende hjemmebesøk fra 2011
2. Personer 80 år og eldre som klarer å gjennomføre og bidra i et intervju med varighet
1 – 2 timer

Jeg ringte kommunens kontaktperson noen dager senere for å høre om kommunen var positiv til min henvendelse, og om det var noen spørsmål knyttet til informasjonen eller rekruttering av informanter. Dette for å avklare eventuelle misforståelser, men også for å gjøre henvendelsen mer personlig. Alle kommunene var positive. Hver kommune sendte forespørsel med informasjonsskriv og samtykkeerklæring til 10 – 20 personer i henhold til inklusjonskriteriene, og som kunne være aktuell å spørre om å delta i et intervju. I informasjonsbrevet til informantene ble det understreket at svar/tilbakemelding ble gitt til forsker, ikke til kommunen. Kommunen ville dermed ikke vite hvem som takket ja og hvem som ikke ønsket å delta på studien, og informantenes anonymitet ble ivaretatt. Det viste seg senere at en av informantene som takket ja til intervju, var yngre enn 80 år. Jeg valgte likevel å inkludere vedkommende i undersøkelsen, da jeg fra denne kommunen kun fikk et par

⁴ Vedlegg 3 og 4

informanter og var usikker på responsen fra øvrige kommuner. Dessuten ønsket jeg bredde og variasjon i informasjonen jeg søkte, noe jeg mente denne personen kanskje kunne bidra med. Prosessen med å rekruttere informanter tok lengre tid enn forventet, og gjentatteurringer måtte til for å få respons fra kommunene. Det var også færre informanter som svarte positivt på henvendelsen enn forventet. De som svarte på forespørselen viste seg å være det jeg vil kalle for ressurspersoner i den forstand at de var fysisk aktive, mange også sosialt aktive, og over halvparten var gift. Av enslige informanter var det hovedsakelig ressurssterke kvinner; kvinner som ble tidlig enker og som hadde klart seg tilsynelatende godt i ettertid. Det ble senere gjort forsøk på å rekruttere et mer optimalt strategisk utvalg, blant annet flere enslige menn, ved at kommunene sendte ut flere forespørsler til aktuelle informanter, men uten tilfredsstillende respons.

3.5 Intervju

Hensikten med studien var å utforske de eldre sine opplevelser og erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. I forkant av intervjuene var det utarbeidet intervjuguide⁵ som en retningslinje og forberedelse til intervjuene (Malterud 2013). Intervjuguiden har vært diskutert i plenum både på høyskolen med lærere og medstudenter samt med kollega i samarbeidsprosjektet. Det gjorde det mulig å korrigere og gjøre intervjuguiden mer realistisk og forståelig samt sikre at den var i samsvar med problemstillingen. Intervjuguiden er delt inn i følgende tre hovedtema:

I. Før hjemmebesøk

II. Hjemmebesøk

III. Etter hjemmebesøk

Hvert hovedtema hadde sine underspørsmål. Temaene i intervjuguiden var veiledende, men ikke nødvendigvis styrende for samtalen. Den var utgangspunktet for alle jeg intervjuet.

I tiden mai, juni og juli 2013 gjorde jeg ni intervju som inkluderte tolv eldre personer. Det var seks par, hvorav ektefelle i tre av parene supplerte partneren i mer eller mindre grad, og som derfor også ble inkludert i intervjumaterialet. De som responderte positivt på henvendelsen om intervju, tok kontakt med meg per telefon. Vi gjorde avtale om dag og tidspunkt for intervju.

⁵ Vedlegg 5

Informantene fikk selv bestemme om intervjuene skulle foregå hjemme hos dem eller et annet sted. Alle intervjuene ble gjennomført i den eldre sitt hjem etter informantenes ønske. Jeg la vekt på at møtet skulle være mest mulig preget av samtale i stedet for intervju, da en samtale gir et bedre utgangspunkt for informasjonsutveksling og sosial samhandling (Malterud 2013). Jeg var på den ene siden gjest, og prøvde å være bevisst dette gjennom min holdning og atferd, på den andre siden er jeg en fagperson, men i denne sammenheng, først og fremst forsker.

Før intervjuene startet, gjentok jeg muntlig hva deltakelse i prosjektet innebar og om muligheten for å trekke seg før, under eller etter intervjuet. Alle hadde på forhånd, da de mottok forespørsel om å delta i undersøkelsen, fått tilsendt skriftlig informasjon om studien og hva den innebar, samt informasjon og skriv vedrørende samtykkeerklæringen (Thagaard 2009). Jeg fikk muntlig og skriftlig samtykke fra alle deltakerne. Hvert intervju tok fra én til to timer. Underveis i samtalen prøvde jeg etter beste evne å respektere den eldre sine grenser og unngå å presse eller påvirke vedkommende med mine meninger/forforståelse. Det ble en del avsporing underveis, men det anså jeg som nødvendig for å prøve å forstå konteksten og virkeligheten den eldre befant seg i, og for muligens på disse sidesporene å få ny kunnskap i lys av problemstillingen (Malterud 2013). Jeg orienterte også på nytt om hva deltakelse i prosjektet innebar og om muligheten for å trekke seg fra intervjuet. Ingen ønsket å trekke seg. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert. Gjennom intervjuet ble den enkelte eldre invitert til å dele sine opplevelser fra besøket, noe som også kunne åpne opp for flere aspekter og gjøre den eldre svært sårbar (Thagaard 2009). Ved å ha telefonnummer til kommunenes kontaktperson tilgjengelig, prøvde jeg i forkant å forberede meg på at situasjoner kunne oppstå der det kunne være nødvendig å henvise til andre instanser/fagpersoner.

Intervju er ofte en asymmetrisk relasjon i den forstand at det er forskeren som planlegger temaet for intervjuet, definerer intervjusituasjonen og driver intervjuet fremover (Kvale & Brinchmann 2009:99). På den annen side har informantene kontroll over den kunnskap personen ønsker å formidle om seg selv, og kontroll over hva vedkommende ønsker å fortelle meg som forsker. Slik sett kan det gjøre intervjusituasjonen mer likeverdig (Malterud 2013). Jeg prøvde å tilstrebe at informantene skulle kjenne seg trygge, få tillit til meg og føle seg som likeverdige samtalepartnere. Jeg prøvde å oppnå dette ved å formidle positive tilbakemeldinger og ved å være nysgjerrig og åpen i intervjusituasjonen (Thagaard 2013).

Tross alle gode hensikter, var det vanskelig å hele tiden holde fokus rundt problemstillingen. Det var svært lett å spore av, begynne å snakke om helt andre emner enn hva som var hensikten med intervjuet, men jeg prøvde etter beste evne å manøvrere inn igjen på rett spor. Jeg valgte å ikke ta notater under intervjuene, selv om det kanskje kunne gitt nyttig tilleggsinformasjon som kunne supplere opptaket, men samtalen kunne da blitt forstyrret på bekostning av kontakten med informantene (Malterud 2013).

3.6 Transkribering av intervju

Etter hvert intervju førte jeg en kort logg til seinere bruk. I denne loggen noterte jeg ned inntrykkene jeg satt igjen med etter intervjuet; om samtalen hadde hatt en god flyt, var vanskelig, om jeg hadde klart å holde fokus, om det ble for mye avsporing, om stemningen var god, anstrengt eller vanskelig. Det gav meg anledning til å gjenskape konteksten rundt intervjusituasjonen da jeg transkriberte intervjuene, og et bedre utgangspunkt for å forstå betydning forebyggende hjemmebesøk hadde hatt for dem (Malterud 2013). Jeg transkriberte intervjuene fortløpende. Det gjorde det mulig å gjenskape og notere nonverbal kommunikasjon samt legge til stikkord fra logg der dette var aktuelt. Slik kunne jeg bevare meningsinnholdet best mulig i det som ble sagt (ibid). Samtidig var prosessen lærerik i den forstand at jeg etter hvert fikk litt mer erfaring med å intervju slik at jeg kunne justere spørsmålene mine og avvente svarene i større grad. Jeg har hørt gjennom intervjuene gjentatte ganger for å gjenskape konteksten og prøve å finne den variasjonen og bredden i intervjuene som jeg søkte. Studiens begrensninger når det gjelder tid og omfang har medført at jeg ikke har hatt anledning til å kontakte de jeg intervjuet i ettertid for å få bekreftet, eventuelt avkreftet, min tolkning av intervjuene. Jeg har imidlertid fått anledning til å diskutere min tolkning av intervjuene med veileder og prosjektleder for samarbeidsprosjektet for å avdekke mulige svakheter eller problemer ved datamaterialet.

3.7 Analyse av det empiriske materialet

Jeg har valgt en induktiv tilnærming med systematisk tekstkondensering som analysemetode, da den egner seg for utvikling av beskrivelser og delvis også for begrepsutvikling. «Systematisk tekstkondensering er et redskap for tverrgående analyse som sammenfatter informasjon fra mange forskjellige informanter» (Malterud 2013:94). Analysen er

eksplorerende og deskriptiv. Analysen av meningsinnholdet består av fire trinn og bygger på den amerikanske psykologen A. Giorgi sin fenomenologiske analyse (Malterud 2013:98):

- helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold
- å identifisere meningsdannende enheter
- å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
- rekontekstualisere

Formålet med analysen er å få en helhetlig forståelse av hvordan de eldre jeg intervjuet erfarte forebyggende hjemmebesøk. Helhetsforståelse forutsetter både oversikt og innsikt, sier Grønmo (2004), og det er nødvendig å tydeliggjøre grensene for den helheten som skal forstås fordi enhver helhet bare utgjør en del av en enda større helhet.

I det første trinnet i analyseprosessen prøvde jeg å danne meg et helhetsinntrykk ved å høre på og lese intervjuene gjentatte ganger. Det gjorde at jeg ble godt kjent med innholdet i tekstene. Jeg prøvde å finne sentrale temaer som kunne ha relevans til problemstillingen ved å gå gjennom hvert intervju og systematisere teksten. Jeg endte opp med fem foreløpige temaer som ble fargelagt med hver sin fargekode; sosiodemografiske forhold (bakgrunn/relasjoner), aktivitetsnivå, informasjon om forebyggende hjemmebesøk, kontaktperson og erfaring med besøket. Jeg fikk dermed fortettet den informasjonen som var sentral, og fjernet mest mulig irrelevant informasjon. Slik fant jeg mange fellestrekk i intervjuene, men også en variasjonsbredde.

I neste trinn identifiserte jeg meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er forstått som tekstbiter fra ett eller flere av temaene fra første trinn. Det ble nå viktig å skille ut informasjonen som var relevant for problemstillingen (Malterud 2013). Jeg gjorde en ny systematisk gjennomgang av materialet for å finne tekstelementer som kunne gi mer kunnskap og informasjon om de foreløpige temaene jeg hadde funnet. Disse tekstelementene ble kodet og bidrog til å konsentrere meningsinnholdet i teksten. Ved å kode teksten på denne måten ble det mulig å finne ulike temaer som kunne gjenspeile studiens problemstilling, og som kunne være sentrale for analysen.

I det tredje trinnet abstraherte jeg meningsinnholdet i kodene jeg hadde identifisert. Det vil si at jeg trakk ut delene av teksten som var kodet, og som jeg hadde identifisert som

meningsbærende. I denne sammenheng valgte jeg ut sitater som illustrerte meningene. Kodeordene ble satt opp i en tabell, slått sammen der det var naturlig og utviklet til undertemaer.

I det siste trinnet sammenfattet jeg materialet. Datamaterialet ble sortert etter de ulike temaene for å prøve å finne mønstre, sammenhenger og fellestrekk eller forskjeller. Det sorterte datamaterialet ble deretter analysert.

Nedenfor gis eksempel fra analyseprosessen;

Meningsbærende enheter	Kode	Undertema	Hovedtema
<p><i>Hensikten med besøket var å få tips om hva vi burde gjøre for å kunne bo her så lenge som mulig og peke på ting som med rimelige utlegg kunne forbedres... Besøket er jo et spark bak da! Nye øyner ser kanskje ting som en til vanlig ikke ser. Vi har behov for nye tanker også...</i></p> <p><i>Jeg ville si hva jeg mente om disse gamle som skulle være hjemme lengst mulig... Vi er vel komnt inn i mappen der borte, tenker jeg... jeg mener det vil være svært nyttig for kommunen...</i></p>	<p>Påminning, råd, et spark bak, behov for nye tanker</p> <p>Innblanding, overvåking</p>	<p>Informasjon og råd</p> <p>Registrering</p>	<p>Hensikten med forebyggende hjemmebesøk</p>
<p><i>Jo, det synes vi var så positivt! For jeg tenkte at da fanger de oss opp og da har vi et sted... så lenge du holder deg frisk så har du ikke noen kontakt sånn, sant... og da tenkte jeg at da har vi et sted vi kan ta kontakt hvis noe skulle skje. Ja, jeg synes det var så positivt at de tenkte på oss!</i></p>	<p>Omtanke, trygghet, kontaktperson</p>	<p>Kjenner seg verdsatt og anerkjent</p>	<p>Besøkets betydning</p>

Det var en spennende og krevende prosess med ulike tilnærminger, vurderinger fram og tilbake og diskusjon med veileder og kolleger for til slutt å finne temaer som kunne gjenspeile problemstillingen slik jeg vurderte det. Analysen resulterte til slutt i to hovedtemaer:

1. De eldre sine erfaringer med besøket
2. Besøkets betydning for de eldre

Hvert hovedtema har sine undertemaer og vil bli presentert i kapittel 4.

3.8 Studiens troverdighet og gyldighet

Ulike aspekter ved prosjektet som valg av undersøkelsesopplegg, gjennomføring av datainnsamlingen, gyldighet, kildenes troverdighet og min rolle som forsker er forsøkt gjennomført og vurdert så systematisk og troverdig som mulig. Data i prosjektet er innsamlet på en systematisk måte og i samsvar med etablerte forutsetninger og framgangsmåter i det undersøkelsesopplegget som er benyttet (Malterud 2013). Undersøkelsesopplegget har vært grundig gjennomgått med høyskolen, medstudenter og samarbeidspartnere i forkant av studien. Empiriske funn som presenteres er basert på data av faktiske forhold i den grad det er mulig, og ikke bygget på mitt rent subjektive skjønn eller funn som skyldes tilfeldige omstendigheter under forskningsprosessen (Grønmo 2004). En mulig svakhet ved utvalget er at det mangler respons fra enslige, eldre menn. Det kunne gitt utvalget en større variasjon og bredde.

Det ble brukt mye tid på analysen for å sikre at viktig informasjon ikke skulle gå tapt. Analysen ble gjennomgått individuelt og med veileder, men også til dels med lærere og medstudenter, for å finne meningsbærende enheter, etablere koder og deretter temaer som gjenspeilte problemstillingen. For å kunne dokumentere og begrunne valgene som er gjort i studien, er innsamlet data analysert og diskutert opp mot ulike teorier. Det kan gjøre studiens resultater lettere å forstå, samtidig som det kan gi gyldighet, det vil si en overføringsverdi, for videre utvikling av forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Funnene i dette datamaterialet er basert på informasjon fra et lite utvalg eldre som har mottatt forebyggende hjemmebesøk. En kan derfor ikke uten videre si at disse funnene er allmenngyldige, det vil si at funnene beskriver det alle eldre opplever i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. På den andre siden er de eldre i denne studien ganske samstemte i formidling av sine erfaringer, selv om de representerer tre ulike kommuner som utøver forebyggende hjemmebesøk med ulik tilnærming og metodikk. Funnene i denne studien kan ha en overføringsverdi.

Det er første gang jeg gjør en studie med innsamling av kvalitative data gjennom intervju, og det var en utfordring å opptre som forsker i stedet for fagperson da jeg skulle prøve å få så mye oppriktig informasjon fra den eldre som mulig. Jeg prøvde å ha en personsentrert tilnærming for å prøve å danne meg et helhetlig og best mulig inntrykk av de eldre sin situasjon og omgivelser. Mitt inntrykk er at de eldre var oppriktige i sin formidling, men jeg

innser at jeg fra deres ståsted tross alt var en fremmed. Det kan ha medført noe begrenset formidling fra de eldre sin side. I starten av intervjuene ble det litt småsnakk og utenomsnakk, primært for å bli litt kjent i starten av møtet, etter hvert ble stemningen noe lettere og mer avslappet. Kroppsspråk, stemningen i løpet av intervjuet og lignende tilleggsmateriale ble loggført etter hvert intervju. Loggen ble senere benyttet i forbindelse med analyse av datamaterialet da den medvirket til å få et best mulig helhetlig grunnlag for analysen.

3.9 Etiske og juridiske overveielser

Eldre mennesker, i egenskap av å være eldre, er sårbare for endringer både når det gjelder ytre og indre påvirkninger. Forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot eldre, som for eksempel forebyggende hjemmebesøk, er derfor viktig for å kunne bevare helsen og utsette funksjonssvikt lengst mulig (Laake 2003). Det å ta opp spørsmål om helseatferd med tilsynelatende friske personer kan oppleves invaderende, men det er samtidig vanskelig å ikke ta opp spørsmålet hvis det foreligger risiko for sykdomsutvikling (Klepp (red.) 2010). Å opptre med respekt og varsomhet, som en gjest, uten å krenke den eldre sin private sfære, har vært tilstrebet i kontakten med de eldre både før, under og etter intervjuene.

Denne studien har en temasentrert tilnærming. Det betyr at oppmerksomheten rettes mot den informasjonen teksten gir om temaer, fremfor informasjonen om de enkelte eldre. Det medfører at teksten løsrives fra den helheten den opprinnelig ble presentert i, og informantens forståelse av sin situasjon får en mindre fremtredende plass enn i en personsentrert tilnærming. Som forsker definerer jeg temaene som igjen er preget av min forståelse. Det kan føre til en fremmedgjøring for informantene. Informantene kan oppleve at den forståelsen de har presentert av sin situasjon, ikke representerer det ferdige produktet. På den annen side, når resultatene av analysen presenterer synspunkter som er felles for informantene i studien, kan resultatene gi grunnlag for at informantene kan kjenne seg igjen i en forståelse av situasjonen som er felles for det miljøet undersøkelsen er utført i (Thagaard 2013).

Det er tatt hensyn til krav om informert samtykke. Alle informantene fikk ved første henvendelse skriftlig informasjon både om studiens mål og hensikt, frivillig deltakelse og skriftlig samtykkeerklæring. Det ble opplyst om at en når som helst og uten noen grunn kunne trekke sitt samtykke til å delta i studien. All informasjon ble gjentatt muntlig før hvert enkelt

intervju, og jeg forsikret meg om at de eldre hadde forstått denne informasjonen. Samtykkeerklæring ble underskrevet før intervjuet startet. Det er videre tatt hensyn til prinsippet om anonymitet. Sitater som er preget av dialekt, spesielle ord og uttrykk som kan bidra til identifikasjon, er oversatt til bokmål for å ivareta personenes anonymitet. Informantenes situasjon er ikke presentert i sin helhet. Det gjør det vanskelig for den enkelte deltaker å bli gjenkjent av andre, og vedkommende vil heller ikke så lett kjenne seg selv igjen i teksten. Ved at den eldre som ønsket å delta i studien tok direkte kontakt med meg som forsker, ble deres anonymitet også overfor kommunen ivaretatt. Forskningsmaterialet er oppbevart innelåst og utilgjengelig for uvedkommende.

Før prosjektet kunne starte ble det, i henhold til lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven) av 30. juni 2006 nr. 56 og lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) av 20. juni 2008 nr. 44, i første omgang meldt inn til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning av prosjektet. Svar fra REK⁶ var at prosjektet kunne gjennomføres uten godkjenning av REK (29.11.12). Prosjektet ble videre meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD)⁷ som i brev av 22.04.13 svarte at: «Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres». Personvernombudet finner videre: «... informasjonsskrivene av 11.04.13 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår».

3.10 Metodekritikk

Jeg har erfart at en kvalitativ studie krever mye forberedelser når det gjelder planlegging både før, under og etter intervjuene. Samtidig har jeg erfart at det ikke alltid går som planlagt, og at en må ha evnen til å omstille seg underveis. Jeg hadde god kjennskap til feltet som skulle studeres, og anså det først og fremst som en fordel, da jeg mente det ville gi meg et godt utgangspunkt for å forstå de eldre sine erfaringer i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøket. Selv om jeg har prøvd å være særlig oppmerksom på min forforståelse, har den nok påvirket hva jeg har lagt vekt på og hva jeg har utelukket av informasjon som de eldre gav meg gjennom intervjuene. Samtidig viser det seg at funnene i min studie samsvarer i stor grad med funnene i andre tilsvarende studier (Behm 2013, Tøien 2014). Manglende erfaring som forsker gjorde det også vanskelig til tider å skille mellom rollen som forsker og sykepleier, og det var vanskelig å unngå å gi råd i løpet av samtalene. Jeg satt igjen med

⁶ Vedlegg 1

⁷ Vedlegg 2

erfaringen av at det siste intervjuet skulle vært det første! Samtidig gjorde hvert intervju meg etter hvert mer forberedt i forkant, og jeg ble tryggere i forskerrollen. Jeg har tidligere vært inne på at rekrutteringsprosedyren ikke resulterte i forventet utvalg, da utvalget jeg til slutt satt igjen med manglet respons fra eldre, enslige menn. Men det kan også tenkes at de eldre, enslige mennene hadde fått forespørsel om å delta i studien, men ikke har ønsket å delta, eller det kan tenkes at de også takker nei til tilbudet om forebyggende hjemmebesøk. Det får vi ikke svar på i denne studien, men det kunne vært et spennende utgangspunkt for en ny studie. Det er mulig at utvalget kunne gjenspeilet større variasjon og bredde dersom rekrutteringsprosessen hadde vært gjennomført på en annen måte. Dersom en annen i kommunen enn den som hadde kjennskap til målgruppen hadde fått ansvaret for rekrutteringen, ville kanskje vedkommende valgt andre mulige informanter. Nå var det vedkommende som var ansvarlig for eller utøver av forebyggende hjemmebesøk som valgte ut hvem som skulle få forespørsel om å delta i studien. Vedkommende valgte kanskje eldre de hadde opplevd som positive og ressurssterke for å sikre respons. I informasjonsbrevet til kommunen kunne jeg vært tydeligere på ønske om variasjon og bredde blant respondentene.

En mulig svakhet ved studien er at jeg ikke har kontaktet de eldre jeg intervjuet i ettertid. På den andre side har oppgaven en temasentrert tilnærming som betyr at teksten løsrives fra den helheten den opprinnelig ble presentert i, og informantenes forståelse av sin situasjon får en mindre fremtredende plass enn i en personsentrert tilnærming. De jeg intervjuet hadde også mitt telefonnummer og kunne kontakte meg, også etter intervjuet. Ingen av de eldre har kontaktet meg i ettertid.

Analysen som resulterte i to hovedtemaer; de eldre sine erfaringer med besøket og besøkets betydning for de eldre, hver med sine underpunkt, vil nå bli presentert.

4 Presentasjon av funn

De aller fleste eldre som ble intervjuet var klar på at det var alderen som var utslagsgivende for at de fikk tilbud om forebyggende hjemmebesøk.

En sa det slik: «Nå var jeg blitt 80 år så nå kom jeg i den rekken...»

Mens en annen sa spøkefullt: «Jeg måtte bort og se meg i speilet!»
og «... nå er jeg blitt gammel!»

Noen hadde hørt om tilbudet og ventet på en henvendelse, mens det for andre var ukjent. Tiden som hadde gått fra de hadde hatt besøk til intervjuet fant sted, varierte fra én måned til to år. De som hadde hatt besøk for to år siden husket ikke helt hva de hadde snakket om i løpet av besøket, men ulike hjelpemidler som var kommet i hus hos noen av dem, og gav en påminning om samtaleemnene som hadde vært. De fleste gav uttrykk for en positiv opplevelse i forbindelse med besøket, og var svært fornøyd med at de fikk hjelp der dette var aktuelt uten å ha krevd noe i forkant. De fleste gav også uttrykk for at de møtte en utøver som var interessert og opptatt av den enkelte og deres situasjon her og nå, men hvilken faggruppe vedkommende representerte hadde få oppfattet eller brydd seg med. Ingen gav uttrykk for at de savnet noe ved besøket.

4.1 De eldre sine erfaringer med besøket

4.1.1 Informasjon og råd

Forståelsen av hensikten med besøket eller forventningene til besøket var ikke entydig.

Som en informant sa: «Nei, forventninger – vi hadde ikke anelse om hva kommunen kunne bidra med før hun [utøver] fortalte det, så vi tok imot og takket!»

Mens en annen informant sa det slik: «Hensikten med besøket var å få tips om hva vi burde gjøre for å kunne bo her så lenge som råd var, og å peke på ting som med rimelige utlegg kunne forbedres.»

Ingen av mine informanter hadde spesielle forventninger til besøket, slik jeg forstod dem. Mange gav uttrykk for at informasjonen og rådene de fikk i forbindelse med besøket, var informasjon og råd de kjente til fra før, men det hadde vært greit å få en påminnelse. Det var «et spark bak», som en av informantene uttrykte det. For mange var det ukjent hvor de kunne få tak i eventuelle hjelpemidler og hvilke hjelpemidler som kunne være hensiktsmessige i

ulike situasjoner. Mange opplevde denne type informasjon som svært nyttig. Andre hadde takket ja til besøket da de hadde forstått at besøket kunne ha noen fordeler som de kanskje kunne dra nytte av. Det kunne være å få informasjon om hva kommunen kunne hjelpe med hvis det ble behov for det, eller fordi kommunen endelig hadde noe å tilby som de kunne ha utbytte av, uten å ha bedt om det.

En av informantene sa det slik: «Det var nyttig informasjon det... mange ting som kunne gjøres som vi hadde lurt på nå når vi daler i aktiviteten...»

Eller som en annen uttrykte det: «Jeg synes det er veldig kjekt at det kom en. Hun gjorde forskjellige ting også; satte opp et rekkverk nede i trappen, fikk sånt håndtak på badet – både på vegg oppe og nede... så det var veldig greit at hun så det. Hun gav meg forskjellige tips... visste selvfølgelig en del ting fra før... likevel så var det kjekt... Må ta med det som er å ta med!».

Et par av informantene hadde takket ja til besøket da de hadde vært nysgjerrige på hva besøket innebar. De syntes i liten grad å ha oppfattet eller forstått hensikten med besøket, og mente de som målgruppe var for spreke og aktive for dette tilbudet. De var ikke klar for et slikt tilbud og ønsket å klare seg selv så lenge som mulig.

Et ektepar sa spontant: «Vi var ikke kommet så langt! Vi er ikke så gamle at vi hadde noen problem sånn...»

Et annet utsagn var: «Jeg har klart meg selv og ordnet med saker og ting både til meg selv og andre, så det... derfor tenkte jeg at jeg er jo ikke så representativ for det derre akkurat, men... Nei, jeg har ikke tenkt så mye på det – når en ikke har behov for det, så tenker en at; jaja, de kommer når jeg er over 80 år, jaja...»

4.1.2 Registrering

Mange av de som ble intervjuet brukte ord som registrert og overvåket for å uttrykke seg om hensikten med besøket. Ordene syntes mer positive enn negativt ladet:

«...vi er registrert! Det er råd å ta en telefon og undersøke saken».

Eller som en annen sa: «Jeg synes det var kjekt å bli overvåket av kommunen når du ble 80 år, liksom jeg følte det som de passet på oss, sånn tenkte jeg, og så ville jeg se hva som kunne tilbys oss...»

Hos noen var det muligens en negativ opplevelse knyttet til besøket. De mente at hensikten med besøket først og fremst ville være til nytte for kommunen, og kjente kanskje på at

besøket var en innblanding i privatlivets sfære. Noen få erfarte besøket som en kontroll eller som kartlegging.

En sa det slik: «Jeg mener nå at det [besøket] vil være veldig nyttig for kommunen, jeg»

De som var skeptiske til besøket, hadde likevel takket ja, dels av nysgjerrighet og dels for muligheten til å kunne si sin mening om hva de mente om vårt helsevesen. En hadde for eksempel lite til overs for tanken om at eldre skal kunne bo lengst mulig i eget hjem:

«Jeg ville si hva jeg mente om disse gamle som skulle være hjemme lengst mulig... dette med at en skal bo lengst mulig hjemme, det synes jeg ikke om altså... det er ikke hjelp i å ha alt tilrettelagt hvis en er alene og ikke klarer seg likevel...»

4.2 Besøkets betydning for de eldre

Det var ikke tvil om at det forebyggende besøket hadde hatt stor betydning for mine informanter. Ordene var hos de fleste positivt ladet, også hos de som i utgangspunktet ikke mente de hadde hatt behov for besøk, men likevel takket ja.

4.2.1 Omtanke og trygghet

«Det er veldig godt å vite at de vet om oss, at de følger oss opp, veldig godt! Veldig kjekt å vite at kommunen gjør sånne ting! At vi ikke bare sitter der... overlatt til oss selv på alle måter...»

Disse ordene gav uttrykk for det de fleste informantene formidlet gjennom intervjuene. De opplevde omtanke og trygghet ved å få en kontaktperson de kunne henvende seg til hvis det skulle bli behov for det:

«...det skal ikke mer til før en slapper av, og vite at hvis en skulle få behov for hjelp eller hjelpemidler, så kan en ta en telefon – da har man en kontaktperson å ringe til!»

Noen av informantene opplevde besøket som et avbrekk i hverdagen, en sosial kontakt med andre mennesker:

«Besøket gjorde godt!... omtenksomt av dem, pratet litt og... De vet om oss! Stort sett så er det positivt å få besøk. Ja, stort sett så har en vel behov for litt kontakt også med andre...»

Det var samtidig viktig for mange å understreke sin uavhengighet:

«... det er ikke slik at jeg trenger en som kommer hjem og ser til meg, men hvis et eller annet skjer, sant, så kan jeg ringe et sted og spørre om hjelp... en trygghet i det... i hvert fall når en er fylt 82 og oppover...»

På spørsmål om besøket hadde hatt noen betydning i ettertid, svarte en del at besøket var greit i den forstand at de da visste hvor og til hvem de kunne henvende seg hvis de skulle bli syk og få behov for hjelp, men de var samtidig imponert over hvilken hjelp de egentlig kunne få hvis det ble behov for det. Noen kalte tilbudet for «bra service».

4.2.2 Verdsatt og anerkjent

Et besøk av en fagperson som ønsker å høre hvordan den eldre har det, hva de tenker om framtiden og diskutere hvilke grep som kan være fornuftige å ta for å gjøre hverdagen mer forutsigbar, synes å ha stor betydning for opplevelsen av å kjenne seg verdsatt og anerkjent. De erfarte at de ikke var glemt og «overlatt til seg selv», selv om de var blitt gamle. Mange satte pris på at utøver brukte god tid både til å informere og svare på spørsmål.

Som en av informantene sa: «Hun var her i to timer og snakket om dette her. Det var nyttig informasjon ... dette har vært så positivt og har allerede vært en god hjelp... det er godt at noen bryr seg om oss, det synes jeg er veldig positivt».

4.2.3 Ingen forskjell

Besøket synes i liten grad å ha hatt noen betydning i forhold til endringer i hverdagen. Mange av de eldre jeg intervjuet fortsatte å leve som de alltid hadde gjort:

«Jada, vel... det er greit å få all sånn informasjon så du vet hva du skal forholde deg til hvis du skulle få behov, det må jeg jo si. Og det er jo litt imponerende hvilken hjelp du kan få òg egentlig! Heldigvis har vi klart oss aleine!»

Så lenge en holder seg frisk ser en kanskje heller ikke behovet for endring:

«... vi har holdt oss frisk, og det er jo det som betyr noe. Men den dagen vi gjerne begynner å tutle og bli syk både her og der, så kan det jo hende... men føre-var-prinsippet er jo det vi alltid har hatt i hodet...»

4.2.4 Refleksjoner

Det var tydelig at det forebyggende hjemmebesøket hadde gitt næring til en del refleksjoner i ettertid. Selv om det kunne synes som de eldre jeg intervjuet, levde mye her og nå og tok en dag av gangen, viste det seg at de også i ulik grad tenkte på hva framtiden ville bringe. Tap, savn og sykdom i høy alder er ikke ukjent for eldre mennesker, heller ikke for mine informanter. De syntes veldig klar på at de på grunn av høy alder var sårbare for forandringer som kunne oppstå.

En sa følgende: «...en dag så svikter både det ene og det andre. Akkurat det derre er dumt, det følger en del angst med...»

En annen sa det slik: «...det høres kanskje dumt ut, men jeg tenker at det får komme det som kommer. Jeg kan ikke gå i flere år og tenke på dette her og så detter jeg om og er ferdig med det eller sovner i sengen... det får komme det som kommer...»

Når det oppstår situasjoner de ikke lenger mestrer i hverdagen slik de kunne ønske, finner mange alternative løsninger som kan kompensere eller opprettholde funksjonsnivået til en viss grad.

En av informantene sa det på denne måten: «...jeg har trent i 68 år, til i vinter...da måtte jeg slutte... men jeg går tur ute hver dag... det er verst å gå nedover... det har hendt at jeg har tatt bussen ned og gått opp igjen!»

Boligforholdene hadde vært et av samtaletemaene i løpet av besøkene. Det kunne være at boligen var lite tilrettelagt med tanke på både dagens og framtidig funksjonsnivå eller den medfører mye vedlikehold både inne og ute. De fleste informantene hadde hatt samme bolig siden de giftet seg og stiftet familie, selv om barna var voksne og hadde flyttet ut for lenge siden. Noen hadde mistet ektefellen, og boligen var for stor i forhold til dagens situasjon og – behov, så flytting var et tema de «skubbet foran seg»:

«... skulle vel ha fått meg en mindre leilighet... men det er så fristende å være i ro der du har vært hele tiden... så du ser jeg har for mye.»

Eller som en annen sa: «... det er ikke det letteste å flytte på eldre folk... de blir forvirret og lengter tilbake...»

Noen hadde likevel bestemt seg for å flytte. Det kunne være som følge av at egen helsetilstand hadde endret seg, en innså at en ikke blir yngre med årene og ønsker å «ta grep» mens en ennå

hadde helse til det, eller det kunne være fordi omgivelsene hadde endret seg, en trivdes ikke lenger så godt i miljøet som før.

Som en av de eldre uttrykte det: «... og etter hvert... jeg synes jo...det er 35 år siden vi flyttet inn her. Det var et veldig samhold, alle stilte på dugnader, alle stelte, pyntet... De unge som flytter inn i dag, de gjør nesten ingenting...før var det velstelt, samhold...vi jobbet og så satte vi oss ned på benken og tok en øl etterpå...det var en helt annen ånd...Vi er to leiligheter igjen fra de opprinnelige og nå når vi flytter er det en igjen...»

Eller som en annen sa; «Nei, det er ikke sikkert det er det beste [å flytte]. Her ser du folk som går, og vet du, det er viktig! Før kunne en tro at det kunne være deilig å være ute i en skog, men vet du, jeg synes det er herlig å stå i kjøkkenvinduet og se at det er litt liv! Så nå forstår jeg en gammel mann som bodde ved siden av her før, han satt kronisk i vinduet, og det forstår jeg, for det var hans adspredelse. En forstår det ikke før en blir gammel selv!»

I neste kapittel vil funnene i analysen diskuteres i relasjon til tidligere forskning om forebyggende hjemmebesøk, ulike oppfatninger av helse og SOK-modellen som teoretisk referanseramme.

5 Diskusjon

Hensikten med studien er å utforske og beskrive hvordan de eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem.

Det som kanskje overrasket mest var at de eldre jeg intervjuet hadde lav eller ingen forventning til selve besøket, og flere visste ikke om tilbudet før de ble kontaktet av kommunene med forespørsel om besøk. Hvordan dette kan forstås og eventuelt hvordan kommunene i større grad kan synliggjøre tilbudet, blir en viktig del av diskusjonen.

5.1 De eldre sine erfaringer med forebyggende hjemmebesøk

Kunnskapen om og forståelsen av hensikten med forebyggende hjemmebesøk kom ikke entydig fram hos de eldre som ble intervjuet. I noen grad synes det å være avhengig av den eldre sin situasjon og nettverk. Mange av de eldre jeg intervjuet hadde ikke hørt om tilbudet før de ble kontaktet med forespørsel om besøk. De ble overrasket og noen ble imponert over hvilke tilbud og hjelp de egentlig kunne få. Det gir grunn til å stille spørsmålene hvorfor forebyggende hjemmebesøk synes lite kjent blant målgruppen, og hvordan tilbudet i så fall kan synliggjøres i større grad. En kartlegging på Vestlandet⁸ (2012) viser at 17 av 85 kommuner har etablert tilbudet om forebyggende hjemmebesøk. Det er en økning på fem % fra 2003. Flere kommuner planlegger å etablere ordningen (Førland, O. m.fl. 2013). Det kan tyde på at forebyggende hjemmebesøk til en viss grad er kjent blant politikerne i kommunene, mens funnene i min studie viser at målgruppen i liten grad har kjennskap til tilbudet. Den vanligste måten å gjøre tjenesten kjent på i kommunene, er å sende ut brev til alle i målgruppen. Om lag halvparten av kommunene som har etablert ordningen, har i tillegg laget egen brosjyre. Ifølge egenoppgitte tall fra kommunene, takket 65 % av de eldre ja til forebyggende hjemmebesøk (ibid). Det kan tolkes som et høyt tall når mange av de eldre i utgangspunktet sier at de ikke kjente til tilbudet før de fikk forespørsel om besøk. Det kan også være et uttrykk for at den skriftlige informasjonen som formidles skaper nysgjerrighet for hva tilbudet innebærer. Til tross for at 65 % er positiv til forebyggende hjemmebesøk, er det fortsatt 35 % som takker nei. Tidligere forskning viser at de som takker nei til besøk enten føler seg for syk eller for frisk for tilbudet (Behm m.fl. 2013). Selv om de jeg intervjuet hadde takket ja til forebyggende hjemmebesøk, viser min studie at noen egentlig kjente seg for friske til besøket, og mente andre kunne hatt større nytte av et slikt tilbud. Det underbygger

⁸ Senter for omsorgsforskning Vest – Rapportserie nr. 8/ 2013: Forebyggende hjemmebesøk til eldre – en kartlegging av alle kommunene på Vestlandet

mistanken om at den helsefremmende og forebyggende hensikten med besøket ikke er forstått eller oppfattet fullt ut av målgruppen. En kan også tenke seg muligheten av at begrenset kjennskap til tilbudet kan være en av årsakene til negativ respons vedrørende besøk. Utfordringen for kommunene blir i så fall å gjøre tilbudet om forebyggende hjemmebesøk bedre kjent både ovenfor målgruppen og befolkningen generelt. Videre bør forebyggende hjemmebesøk til eldre inkluderes i overordnede planer for helsefremmende og forebyggende tiltak. Det gir tjenesten en mulighet til å bli en synlig og naturlig del av det helsefremmende og forebyggende tilbudet i kommunene. En annen årsak til at tjenesten synes å være lite kjent kan være at forebyggende hjemmebesøk utøves med svært ulik tilnærming og organisering (Vass m.fl. 2005, Huss m.fl. 2008). Kartleggingen vedrørende forekomst av forebyggende hjemmebesøk blant kommunene på Vestlandet (2012) viste også at kommunene som hadde tilbudet i stor grad utviklet eget opplegg og profil for besøkene. Noen av kommunene som ikke har startet med forebyggende hjemmebesøk, oppgav at de savnet bedre verktøy og metodikk for tilbudet (Førland, O. m.fl. 2013). Utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk til eldre, etablert i 2011 av Helsedirektoratet og referert til tidligere i oppgaven, har som formål å utvikle modeller og verktøy for forebyggende hjemmebesøk som har nasjonal overføringsverdi. En overordnet veileder som utgangspunkt kan forenkle arbeidet med å etablere tilbudet i den enkelte kommune.

De eldre sin overraskelse over tilbudet forebyggende hjemmebesøk representerer, kan gi grunn til å spørre om det er slik at det for eksempel gjennom media og våre politikere skapes inntrykk av man må være svært dårlig for å kunne motta hjelp? Eller er det tidligere erfaringer med helsevesenet som ligger til grunn for deres reaksjoner? Uansett kan elendighetsbeskrivelser og fokus på manglende helsetilbud medføre usikkerhet og utrygghet hos de eldre (Vik 2012). Det kan i så fall skape motstand og manglende initiativ til å ta grep om egen situasjon, i motsetning til optimisme og motivasjon som tilstrebes gjennom forebyggende hjemmebesøk. Med Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008 – 2009) settes det fokus på et mer helsefremmende og forebyggende helsevesen. Da har både media, og ikke minst våre politikere, et stort ansvar for å fremme det forebyggende- og helsefremmende perspektivet slik at det skapes trygghet og forutsigbarhet i forhold til ulike helsetjenester. På den andre siden må en prøve å finne en balansegang slik at det ikke skapes urealistiske forventninger og «falsk trygghet» til hvilken hjelp samfunnet kan tilby ved fremtidige behov for hjelp.

Funnene i min studie tyder videre på at de eldre gjerne ville klare seg selv lengst mulig, ofte til tross for helseproblemer. Samtidig synes de å ha liten kunnskap om hvor de kan henvende seg og hvilken hjelp de kan få i egen kommune når behovet melder seg. Mange av de eldre jeg intervjuet gav uttrykk for at kontakten utøver representerte hadde stor betydning for dem. Selv om mange av de eldre brukte ord som «å bli registrert» eller «overvåket» for å beskrive hva de erfarte var hensikten med besøket, synes mange at de ved å bli registrert opplevde trygghet for at noen vet om dem, samtidig som det gir legitimitet for selv å ta kontakt dersom det skulle bli behov for det. Sherman m.fl. (2012) fant i sin studie at over 40 % av 75-åringene svarte at de hadde liten kunnskap og forståelse for egne helseproblem. Funnene understreker betydningen av at utøver bør ha et allsidig og sammensatt kunnskapsgrunnlag for å kunne møte de eldre på deres premisser. En del studier (Stuck m.fl. 2002, Huss m.fl. 2008, Markle-Reid m.fl. 2011, Skumsnes m.fl. 2013) har påpekt behovet for at forebyggende hjemmebesøk gjennomføres med en helhetlig, tverrfaglig tilnærming og utøves av fagpersoner eller tverrfaglige team med spesialkompetanse og god kommunikasjonsevne, og som kan være tilgjengelige og utøve sin funksjon innenfor bestemte rammer. Dette blir diskutert litt seinere i kapitlet.

Mange av mine informanter var aktive, hadde gode relasjoner til familie og venner og fungerte godt til tross for en del plager i hverdagen. For disse var kanskje besøket, bevisst eller ubevisst, et ønske om bekreftelse på at deres livsstil var i tråd med ekspertenes anbefalinger for en sunn livsstil. Jeg opplevde imidlertid at de eldre hadde et tradisjonelt sykdoms- og problemorientert perspektiv framfor et forebyggende og helsefremmende fokus. For eksempel innviet mange av de eldre meg i sine sykehistorier, og jeg opplevde at de i liten grad klarte å skille min rolle som sykepleier og forsker. Et tradisjonelt sykdoms- og problemorientert perspektiv kan muligens forklares ut fra denne generasjonens erfaringer med helsevesenet generelt, men kan også ha sin årsak i generelt liten informasjon og kunnskap om forebyggende hjemmebesøk eller at det helsefremmende og forebyggende perspektivet i forbindelse med besøket har vært for lite vektlagt. Tidligere forskning påpeker at det helsefremmende perspektivet ved forebyggende hjemmebesøk vektlegges i liten grad (Fagerstrøm m.fl. 2008, Skumsnes m.fl. 2013, Tøien m.fl. 2014). Når det helsefremmende og forebyggende perspektivet er uklart eller ikke forstått av målgruppen, blir det vanskelig for utøver av tjenesten å kartlegge individuelle risikofaktorer som kan hemme eller fremme helse. Tøien (2014) peker blant annet i sin studie på hvor viktig det er å fremme og tydeliggjøre det

helsefremmende og forebyggende perspektivet i den skriftlige informasjonen de eldre mottar i forkant for i større grad å forberede dem på besøket.

Noen av de eldre jeg intervjuet hadde takket ja til forebyggende hjemmebesøk da de var nysgjerrige på hva besøket innebar og mente de måtte «ta med det som var å ta med». I et velferdssamfunn skapes det kanskje behov og ønsker som en i utgangspunktet ikke visste en trengte, mens andre kanskje kjenner på at de vil ha sin del av velferdsgodene når muligheten byr seg. Dette var ikke spesielt framtrødende hos de som ble intervjuet, men det kunne være et snev av antydning hos noen. Det bør være tankevekkende at de eldre som kjente til tilbudet om forebyggende hjemmebesøk hadde fått vite det gjennom andre som hadde hatt eller hørt om besøket. De ventet på en henvendelse fra kommunen, men var usikker på når og om det ville skje. Bedre kjennskap til og informasjon om forebyggende hjemmebesøk kan gjøre det enklere og tryggere for den eldre og deres pårørende å ta tidligere kontakt når for eksempel funksjonssvikt oppstår. De eldre jeg intervjuet var tydelige på at det gav ekstra trygghet å ha en kontaktperson å henvende seg til ved spørsmål eller behov for hjelp. Vi finner tilsvarende funn i studiene til blant annet Elkan m.fl. (2001), Vass m.fl. (2005) og Theander og Edberg (2005).

Noen få av mine informanter så ikke behovet for eller hensikten med forebyggende hjemmebesøk på aktuelt tidspunkt. Dette synspunktet syntes å være mer relatert til vedkommende sitt funksjonsnivå, situasjon eller tidligere erfaringer med helsevesenet, heller enn alder. De var aktive både fysisk og sosialt, og mente at det var andre, både yngre og eldre enn dem selv, som hadde større behov for et slikt besøk. Andre mente de gjennom livet hadde tatt høyde for føre-var-prinsippet, og fikk igjen for det som eldre ved at de nå hadde en rimelig god helse. Til tross for at mange av de eldre hadde kroniske sykdommer og plager, definerte de ikke seg selv som syk eller hjelpetrengende. Antonovsky (2003) beskriver det som en helsefremmende holdning eller som opplevelse av sammenheng der en evner å mestre og fremme egen helse i møte med livets utfordringer. Ifølge Mæland (2012) kan helse oppleves som velbefinnende til tross for sykdom, mens Drageset (2003) mener at helse og sykdom står i forhold til hverandre og må ses i sammenheng. Helsebegrepet kan erstattes med velvære, som har noe å gjøre med hva man gjør ut av sine muligheter og om det gir en følelse av mening. Velvære kan videre oppstå når en føler at andre bryr seg (Drageset 2003). SOK-modellen beskriver blant annet hvordan miljøet rundt den eldre kan være avgjørende for om den eldre ønsker eller motiveres for endring (Baltes og Baltes 1990). Et forebyggende

hjemmebesøk med fokus på muligheter og ressurser framfor begrensninger kan være oppmuntrende og styrke den eldre i troen på hva som er mulig, til tross for aldring.

Forebyggende hjemmebesøk har en del fellestrekk med hverdagsrehabilitering som for tiden etableres i mange av våre kommuner. Hverdagsrehabilitering⁹ har en individuell, tverrfaglig tilnærming. Utgangspunkt for tiltak er ikke hva fagutøver mener er nødvendige mål og tiltak, men hva den enkelte bruker selv definerer som viktige mål i hverdagen (Ness, N.E. m.fl. 2012:14). En slik tankegang samsvarer på mange måter også med SOK-modellen som beskriver hvordan den enkelte kan mestre ulike utfordringer ved hjelp av seleksjon, optimalisering og mulig kompensering forutsatt at den eldre selv ønsker det og omgivelsene tilrettelegger for det. Forebyggende hjemmebesøk og hverdagsrehabilitering kan være det tilbudet som er med å optimalisere omgivelsene, og dermed gir muligheten for at den enkelte kan nå sine ulike mål.

Forebyggende hjemmebesøk gir, i motsetning til hverdagsrehabilitering, anledning til å fange opp eventuell begynnende fysisk eller psykisk funksjonssvikt på et svært tidlig tidspunkt, slik samhandlingsreformen (St.meld. 47 2008–2009) forutsetter at forebyggende intervensjoner skal fungere. Ofte mangler imidlertid oppfølgende tilbud eller det er begrensede ressurser når det gjennom forebyggende hjemmebesøk avdekkes begynnende funksjonssvikt. I min studie fortalte de eldre for eksempel om mottatte hjelpemidler som ikke var montert eller tilpasset, eller det hadde tatt lang tid før hjelpemidlene var på plass. Hverdagsrehabilitering kan kanskje være det individuelle tilbudet som kan utgjøre en forskjell. Den eldre står på vippen med hensyn til å opprettholde funksjonsnivå eller bli avhengig av hjelp, og hverdagsrehabilitering kan være det oppfølgende, tverrfaglige tilbudet som medfører at den eldre opprettholder sitt funksjonsnivå (Vik 2012).

Mange av mine informanter hadde oppfattet at hensikten med besøket var at en skulle få informasjon og råd om hva som måtte til for at de skulle kunne bo hjemme så lenge som mulig. Mange av rådene og informasjonen de fikk mente de var kjent kunnskap, en bekreftelse på hva de visste fra før. For noen var det en motivasjonsfaktor for å fortsette med eller å gå i gang med det som var viktig for den enkelte. Elkan m.fl. (2001) og Vass m.fl. (2005) har i sine studier vist at individuell informasjon og råd kan styrke den eldre sine muligheter for å klare seg selv, samtidig som det skapes trygghet og forutsigbarhet. Ifølge

⁹ Rapport «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» (2012)
Utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Ergoterapeutforbund

Mæland (2012) er forutsetningen for eventuelle endringer at den eldre er mottakelig og motivert for informasjonen og rådene som blir gitt. Det å skape motivasjon til endring hos den eldre er en stor utfordring for utøver, særlig hvis den eldre i utgangspunktet er skeptisk til besøket eller ikke ønsker eller er motivert for endringer (Behm m.fl. 2013). Det blir derfor viktig at utøver har evnen til å lytte, har kunnskap om kommunikasjon og gode kommunikasjonsferdigheter. Utøver må ha evnen til å møte den eldre på den eldre sine premisser. Et samtaleverktøy i denne sammenheng kan være motiverende intervju (MI) som blant annet benyttes i forbindelse med hverdagsrehabilitering. Opphavsmannen til MI, William R. Miller og samarbeidspartner Steven Rollnick, har følgende definisjon av MI (ifølge Ivarsson 2011:9):

«MI er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon.»

En av informantene mente besøket først og fremst var nyttig for kommunen, da besøket gav kommunen anledning til å kartlegge den enkelte eldre sin tilstand fysisk, psykisk og sosialt. Et slikt utsagn trenger ikke nødvendigvis å være negativt ment. Vedkommende mente kanskje det var lite hensiktsmessig med et forebyggende besøk sett fra sitt ståsted. Det er likevel en påminning om at utøver bør tilstrebe å opptre på en slik måte at den eldre ikke bare opplever besøket som en kartlegging. På den andre siden er det en reell konklusjon da hensikten med besøket, i tillegg til å ha et individuelt fokus, også har en samfunnsøkonomisk gevinst. Forebyggende hjemmebesøk kan på et svært tidlig tidspunkt gi kommunene en oversikt over helsetilstand og eventuelle helseutfordringer blant den eldre hjemmeboende befolkningen som de ellers ikke hadde fått anledning til. Denne kunnskapen er viktig når kommunen legger planer for fremtidig eldreomsorg.

5.2 Besøkets betydning for de eldre

Målgruppen i min studie var eldre 80 år og over. De opplevde seg selv som friske og aktive til tross for en del plager. Gjennom intervjuene gav de likevel uttrykk for at forebyggende hjemmebesøk hadde gitt dem følelsen av at noen hadde omsorg for dem, de var ikke glemt. De opplevde å bli tatt på alvor ved at noen lyttet til dem. I vårt moderne samfunn med økende individualisering (Næss og Wærness 2005) kan mange eldre kjenne på følelsen av å være

overlatt til seg selv, og ha inntrykk av at verken familie eller samfunn lenger har bruk for dem. Vår generasjon eldre har med seg erfaringer fra et samfunn annerledes enn det velferdssamfunnet vi opplever i dag. Tilhørighet og fellesskap med samfunnet ble skapt gjennom arbeid og fritid. Når de eldre ikke lenger klarer å være aktive i samme grad og samfunnet sjelden etterspør deres kompetanse og erfaringer, er det kanskje forståelig at de kan kjenne på følelsen av å være til bry eller glemt.

Mellommenneskelige relasjoner har stor betydning for helsen (St.meld. 16 2002–2003). Det blir derfor viktig at utøver i møte med den enkelte eldre, er bevisst sin holdning og måte å kommunisere på. Goffman (1992) sier at et møte mellom mennesker er et samspill hvor ulike roller utspiller seg, og beskriver to typer kommunikasjon; de uttrykk man gir og de man avgir. De uttrykk man gir innbefatter verbale eller tilsvarende symboler som en bruker for å formidle opplysninger, for eksempel i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. De uttrykk man avgir, altså den nonverbale kommunikasjonen, omfatter derimot en rekke handlinger, bevisste eller ubevisste, som noen ganger understreker det en faktisk sier. Andre ganger kan de virke mot sin hensikt og skape motstand og utrygghet hos den eldre. Når de eldre gav tilbakemelding om at besøket var en positiv opplevelse, kan det bety at utøver med sin framferd og kommunikasjon har lyktes både med å gi og avgi uttrykk som har medført å skape tillit hos de eldre. Drageset (2003) mener tillit fremmer anerkjennelse, likeverd, kunnskap og selvtillit. Den eldre og utøver blir likeverdige i den forstand at det er en forståelse for at den eldre er ekspert på sitt liv, mens utøver er ekspert i egenskap av sin fagkunnskap. Med et slikt tillitsforhold kan den eldre oppleve omsorg og støtte til videre egenomsorg og mestring, bedre helse og livskvalitet (Klepp (red.) 2010). I motsatt fall kan en oppleve at den eldre gir svar som vedkommende tror utøver ønsker å høre, eller at en møter motstand hos den eldre til å ta grep om egen situasjon.

SOK-modellen (Baltes og Baltes 1990) beskriver hvordan eldre selekterer, optimaliserer og kompenserer på ulike måter for å kunne mestre og for å kunne ha en tilfredsstillende hverdag, særlig når det oppstår funksjonstap eller endringer i omgivelsene. En trenger etter hvert lengre tid på ulike oppgaver sammenlignet med yngre år, og velger bort det en ikke klarer eller orker lenger. Ofte velger en å disponere ressurser, tid og krefter på andre områder. Gjennom de historiene de eldre delte med meg gjennom intervjuene, fant jeg flere eksempler på SOK-modellen i praksis. Et eksempel er den eldre som for et par år siden sluttet å kjøre bil fordi kjøreforholdene var blitt mer krevende. Vedkommende tok nå bussen, kunne slappe av på turen og nyte omgivelsene.

SOK-modellen beskriver videre hvordan eldre kan profitere på optimaliserte omgivelser, for eksempel tilrettelegging ved bruk av ulike hjelpemidler, mens restriktive og overbeskyttende omgivelser kan hemme optimalisering av egne ressurser. I en slik sammenheng er det ikke bare krav eller forventninger fra pårørende eller andre i nærmiljøet som spiller en rolle, men også hvordan og på hvilken måte for eksempel utøver utfordrer den eldre i løpet av det forebyggende hjemmebesøket. Et samtaleverktøy som for eksempel MI-modellen, kan være til hjelp i den grad en ønsker å utfordre den eldre til å reflektere over sin situasjon, mens lukkede spørsmål ikke inviterer til noen form for overveielser.

Optimalisering av omgivelsene kan også dreie seg om at den eldre senker kravene til egne prestasjoner når funksjonssvikt oppstår, og ikke ønsker eller ser muligheter for å kompensere for dette. Noen av de eldre jeg intervjuet påpekte for eksempel at de som følge av høy alder, ikke lenger klarte å utføre ulike gjøremål like raskt som tidligere. I stedet for å senke kravene til egen prestasjon eller finne nye løsninger, lot de være å utføre handlingene eller de utsatte gjøremålene på ubestemt tid, gjerne til noen i familien kom på besøk og kunne bistå. Slik SOK modellen beskriver det, kan det være en form for optimalisering som sikrer kontakt med andre mennesker.

Gjennom intervjuene ble det også gitt uttrykk for at så lenge de var friske, var det ingen grunn til å endre noe verken ved seg selv eller i omgivelsene. Det kan være forståelig med en slik holdning når en vet at en på grunn av høy alder er sårbar for forandringer og ønsker å utnytte tiden hvor en fortsatt har rimelig god helse. På den andre siden er det nettopp på et slikt tidspunkt det er viktig å gjøre tiltak for å beholde helsen eller, for den saks skyld, tilrettelegge for endringer som sannsynligvis kommer før eller siden. Behm m.fl. (2013) skriver blant annet i sin artikkel at en av utfordringene er å motivere eldre, friske personer til å ta grep om sin situasjon med tanke på framtiden. I mange tilfeller ytes det hjelp som den eldre fint kunne klart selv hvis omgivelsene hadde stilt større krav til vedkommende. Enten det er familie eller andre, blir det viktig å være bevisst om hjelpen en tilbyr er med å styrke eller svekke den eldre sin selvtillit og troen på egen mestring. I motsatt fall kan hjelpen medføre tiltagende hjelpebehov, og den eldre kan bli mer hjelpeløs enn strengt tatt nødvendig.

Ser vi på omgivelsene i et større perspektiv har også samfunnet generelt ansvar for å legge omgivelsene til rette for de eldre. Det kan være, for eksempel gjennom media og våre politikere, å skape gode og positive holdninger til den eldre befolkningen. I motsatt fall kan eldre stigmatiseres og oppleves generelt som skrøpelige. Fram til nå har samfunnet i liten grad

stilt krav til de eldre eller gitt inntrykk av at det er bruk for deres kompetanse og erfaringer etter oppnådd pensjonsalder. Vi kan likevel se en tendens til at denne holdningen er i ferd med å snu. Våre politikere synes etter hvert å innse at de eldre er en viktig ressurs, og at samfunnet trenger deres kompetanse og erfaringer både når det gjelder arbeidslivet og som frivillige. Mange av de jeg intervjuet var tydelig stolt av og satte stor pris på å kunne bidra med hjelp i ulike sammenhenger enten det var familie eller ulike lag og organisasjoner.

De fleste av mine informanter la vekt på betydningen av å få en kontaktperson å forholde seg til. Selv om det kanskje kan være vanskelig å forstå hvordan en utøver kan være kontaktperson for en stor gruppe eldre, er det viktig å huske på at de eldre som tilbys forebyggende hjemmebesøk i utgangspunktet er eldre som i utgangspunktet klarer seg godt i hverdagen uten kommunale helsetjenester. En av hensiktene med forebyggende hjemmebesøk er nettopp å opprettholde helse og utsette ytterligere funksjonstap hos de eldre så lenge som mulig. Å ha en kontaktperson som kjenner kommunens ulike tjenestetilbud, som kan gi råd, hjelpe med eventuelle søknader eller henvise videre, skaper en forutsigbarhet som kan være viktig for at de eldre skal kjenne seg trygg i hverdagen. Trygghet representerer trivsel, gir økt mestringsevne og har en positiv effekt på det vi forbinder med livskvalitet, sier Drageset (2003). Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, ofte definert som en følelse av å ha det godt, uavhengig av de ytre omstendighetene. Hva som er viktig for livskvaliteten endrer seg som regel gjennom livsløpet, sier Dattland og Solem (2000:231). En av de eldre fortalte hvor livlig det hadde vært i gatene da barna var små og mødrene var hjemmевærende. Vedkommende fortalte samtidig om den eldre mannen som hver dag satt ved kjøkkenvinduet og så på livet i gaten, det synes de var merkelig. Nå var vedkommende selv i samme situasjon. Aktiviteten i gata var en bekreftelse på at livet gikk sin gang, og vedkommende hadde forstått at det for mannen i kjøkkenvinduet kanskje også hadde handlet om en form for livskvalitet.

Ikke alle jeg intervjuet hadde familie i nørområdet. De som hadde barn og barnebarn i nærheten, hadde erfart at de hadde en travel hverdag og ønsket ikke å være til bry. En del av de eldre sa at det forebyggende hjemmebesøket hadde vært et avbrekk i hverdagen, og en mulighet for sosial kontakt med andre mennesker. Det kan tyde på at disse eldre muligens opplevde utøver som en kompensasjon for manglende eller lite kontakt med familie eller naboer. Utøver ble en viktig kontaktperson som hadde tid til å høre på dem, oppmuntre og støtte dem. I Frank (2003) sin studie var dette et viktig poeng for de eldre.

En del av de eldre jeg intervjuet, hadde mistet ektefelle og nære venner. Det kunne derfor være vanskelig å komme seg ut for å treffe andre, delta på ulike aktiviteter eller de kjente ikke til mulighetene i nærområdet. Det kunne også gjelde dem som fortsatt har en partner. En av oppgavene til utøver er å informere om ulike aktivitetstilbud og oppmuntre den eldre til å delta. Oppmuntring og støtte fra en utenforstående kan ofte ha større effekt enn om det kommer fra nær familie.

Mange av de eldre hadde som følge av funksjonssvikt, kompensert for tidligere aktiviteter med andre tilsvarende aktiviteter. Et eksempel er kvinnen som i over 60 år hadde gått på turn og hatt stor glede av dette både fysisk og sosialt. På grunn av funksjonssvikt måtte hun velge bort turn. Hun kunne ikke lenger gå nedoverbakke, men så viktig var det for henne å holde seg i form at hun bestemte seg for å kompensere turn med å gå tur hver dag – hun tok bussen ned og gikk opp igjen! Det sosiale nettverket ble opprettholdt ved telefonkontakt og en fast avtale om middag ute på byen med venninner én gang i måneden. Dette var en holdning jeg opplevde var representativ for mange av de eldre jeg intervjuet. Når de opplevde familien som travel og opptatt på sin kant, hadde mange av de eldre, spesielt de som var alene, sørget for å ha et sosialt nettverk utenfor nær familie. SOK-modellen peker nettopp på at den enkelte velger det som er viktigst for dem, og velger vekk det som er mindre viktig, situasjonen tatt i betraktning (Baltes & Carstensen 1996). De eldre som ikke orket å være så sosialt aktive lenger, hadde valgt kontakt med familien framfor andre sosiale aktiviteter. De eldre bidro da med hjelp der det var aktuelt eller sørget for å invitere på middagsbesøk med jevne mellomrom.

Mange av de eldre tilbrakte mye tid alene, men få gav uttrykk for ensomhet. De beskrev følelsene mer som savn i forhold til tap av roller i arbeids- og familieliv, tap av ektefelle og nære venner. Mange hadde hagearbeid, håndarbeid, TV, kryssord og data som adspredelse, og var fornøyd med situasjonen slik den var. Det kan være beskrivende for hvordan man som eldre kan kompensere for krevende aktiviteter en ikke lenger har ork til eller klarer.

De fleste jeg intervjuet hadde god kunnskap om hvor viktig det var å holde seg i form, treffe andre mennesker, spise godt og riktig og at det var hjelpemidler å få hvis det var behov for det. Mange praktiserte disse levereglene i hverdagen. De gav uttrykk for at de ikke hadde behov for å endre noe ved sin livssituasjon, men samtidig synes det å være viktig for dem å få bekreftet at det de gjorde, i form av ulike aktiviteter, var bra for helsen. I løpet av besøket fikk de gitt uttrykk for egen kompetanse og kunnskap. Ved positiv respons fra utøver kan det i

neste omgang være motiverende for å fortsette med aktivitetene. Gjennom samtalen kan utøver bidra til at den eldre får hjelp til å se egne ressurser og muligheter og anledning til å tenke gjennom sin egen hverdagssituasjon (Klungerbo m.fl. 2012).

Den eldre sin boligsituasjon hadde vært et tema i forbindelse med det forebyggende besøket. For noen var det et ork å starte en flytteprosess, mens andre syntes det var vanskelig å flytte fordi en har mange minner og en følelsesmessig tilknytning. Andre kjenner på at de er blitt eldre. Yngre generasjoner overtar hus og leiligheter i naboskapet og tidene forandrer seg, ting er ikke som før i tiden, men det er likevel vanskelig å flytte på seg. Ytrehus (2004) fant i sin studie at hjemmet representerer det trygge og vante som en ofte ønsker å bevare. Å flytte til en mindre bolig kan også bety begrenset mulighet for å ha familie, ofte barn og barnebarn, på overnattingsbesøk, spesielt hvis de bodde på andre kanter av landet. Det kan være begrunnet i redselen for å bli enda mer alene eller for å miste den kontakten med familien som de tross alt har. Å flytte fra det kjente og kjære kan være vanskelig for noen, mens andre opplever det som en lettelse, avhengig av situasjonen en befinner seg i. Det å kunne bo i eget hjem synes å være et mål for de fleste jeg intervjuet, men noen av dem hadde erfaringer som tilsa at å bo hjemme for enhver pris, ikke alltid var det optimale. Det kom an på situasjonen den eldre befant seg i, om de klarte seg selv eller hadde større behov for hjelp fra den kommunale helsetjenesten. Tidligere erfaringer med helsevesenet synes å spille en rolle i denne sammenheng, særlig hvis erfaringene var negative.

Til tross for mye kunnskap hos de eldre og informasjon om helsefremmende og forebyggende tiltak i forbindelse med besøket, var det ikke selvsagt at de hadde fulgt rådene. Noen hadde for eksempel fått råd om å bytte ut badekar med dusj eller sette opp rekkverk langs kjellertrapp, men dette var fortsatt tiltak som mange ikke hadde iverksatt. Det syntes å være et tiltak å ta grep om egen situasjon så lenge hverdagen fungerte noenlunde greit og de var rimelig friske. En del syntes det var lett å utsette eller skubbe tingene foran seg, mens andre gav uttrykk for at de ikke klarte så mye fysisk som tidligere, eller de bruker lengre tid på å få ting gjort. De erfarte at alderdommen medfører utfordringer på ulike områder, de var kanskje ikke motiverte nok til å gjøre aktuelle endringer eller så ikke gevinsten ved å iverksette tiltak på nåværende tidspunkt. Det kunne være ulike grunner til det. Kanskje hadde utøver vært for lite tydelig i sin formidling av informasjon og råd. En annen årsak kan være at den eldre ikke oppfattet eller var mottagelig for budskapet. Kanskje trengte de hjelp til å utføre en del av

tiltakene og ville ikke være til bry eller spørre om hjelp da de opplever travle hverdager for familie og naboer.

Jeg fant i mine intervju at samtalen i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk hadde satt i gang noen refleksjoner i ettertid. Det kan gi bevissthet rundt egne muligheter og ressurser, i motsatt fall næring til opplevelsen av egen utilstrekkelighet. Måten utøver gjennomfører besøket på blir derfor av stor betydning (Klungerbo m.fl. 2012). Det var også en del av de eldre som mente at det var andre enn dem, både yngre og eldre, som ville ha større nytte av besøket enn det hadde for dem selv. Her ser en at selv om alderen skulle tilsi at de hørte til i den eldre generasjonen, så identifiserer en seg ikke alltid med målgruppen. Mange forbinder eldre med sykdom og skrøpeligheit som medfører hjelp fra helsetjenesten, mens de selv var aktive både fysisk og sosialt. En slik holdning skiller seg ikke fra samfunnet for øvrig. Ifølge Mead (1934) baserer vårt selvbilde seg på at vi speiler oss i andre, mens Biggs (1997) (ifølge Daatland og Solem 2000) hevder at den enkelte er aktivt med på å forme sitt selv. Vi velger bort de aspektene som identifiserer oss som gamle og velger ut aspekter som kan ha motsatt effekt, for eksempel fysisk aktivitet (Daatland og Solem 2000). Det samme beskrives gjennom SOK-modellen. Så lenge de var friske, prioriterte for eksempel noen av mine informanter fysisk trening, gjerne på treningssenter, framfor trening på eldresenteret.

Funnene viser videre at de eldre i liten grad var opptatt av eller husket hvilken faggruppe utøver representerte. Hvem som kom på besøk hadde liten betydning for dem. Det kan skyldes at de ikke skiller mellom de ulike helsefaggruppene, ikke har nok kunnskap om forskjellene på de ulike helsefaggruppene eller at de rett og slett ikke vektlegger fagkompetansen så lenge besøket oppleves positivt.

Tidligere forskning (Fagerstrøm m.fl. 2008, Skumsnes m.fl. 2013) konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk bør utføres av tverrfaglige team med spesialkompetanse eller ekstra opplæring. Det vil gjøre utøver bedre i stand til, gjennom samtalen med den eldre, å avdekke helsesvikt på et tidligere tidspunkt enn hva som ville vært tilfelle dersom utøver mangler kunnskap på området eller tilbudet ikke hadde vært tilgjengelig (Vass m.fl. 2005). Gjennom tidligere forskning er det også vist at de som utfører besøkene bidrar til en positiv effekt på helse- og livskvalitet dersom de jobber i et tverrfaglig team med spesialkompetanse eller har ekstra opplæring (Skumsnes m.fl. 2013). Andre mener at det å være glad i eldre mennesker og i livshistorier er viktige personlige egenskaper en utøver bør inneha (Klungerbo

m.fl. 2012). Denne studien har ikke kartlagt hvilken kompetanse eller egenskaper den enkelte utøver har hatt. Gjennom intervjuene med de eldre får en likevel en formening om at det er viktig at utøver møter den eldre med respekt, evner å lytte og kommunisere slik at den eldre føler seg som en likeverdig part. Har utøver i tillegg relevant spisskompetanse, ser jeg redusert behov for å jobbe i et tverrfaglig team. Når det er sagt, er det viktig at utøver har anledning til å ta kontakt, samarbeide med og søke råd hos andre faggrupper dersom det skulle være aktuelt. Et eksempel kan være samarbeid i forhold til hverdagsrehabilitering.

6 En oppsummerende sammenfatning og konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å utforske og beskrive de eldre sine erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. I den forbindelse er det gjort ni intervju med tolv eldre 80 år og over som har mottatt forebyggende hjemmebesøk. Kun én av de eldre hadde hatt flere enn ett hjemmebesøk, mens to hadde hatt telefonkontakt med utøver i etterkant av besøket. Flere studier har påpekt at det bør være oppfølgende besøk, men hvor ofte og hvor mange besøk som anbefales er imidlertid uklart.

Funnene i min studie viser at forebyggende hjemmebesøk hadde vært en positiv erfaring for de fleste, selv for dem som i utgangspunktet hadde vært skeptiske til besøk. De erfarte det positivt å bli registrert, få informasjon og bli gitt gode råd. For dem betydde det omtanke og anerkjennelse. De var ikke glemt og overlatt til seg selv, som noen sa det. Utøver ble en kontaktperson de kunne forholde seg til og som gav legitimitet for ytterligere kontakt dersom det skulle bli behov for det. Det hadde betydning for deres opplevelse av trygghet.

Det forebyggende hjemmebesøket hadde avdekket begynnende funksjonssvikt på ulike områder hos en del av de eldre. Det ble tydeliggjort ved at blant annet ulike hjelpemidler var kommet i hus etter besøket. Når funksjonssvikt oppstår, har mange kommuner kun tradisjonelle helsetjenester og enkle hjelpemidler å tilby. SOK-modellen beskriver blant annet hvordan den eldre er avhengig av at omgivelsene tilrettelegges for å kunne bevare eller opprettholde funksjonsnivå. Enkle hjelpemidler kan være gode løsninger for en periode, men ofte tilrettelegges det for passiviserende helsetjenester som hjemmehjelp, rullator og lignende, fremfor aktiv deltakelse. Hverdagsrehabilitering kan for eksempel være et mer egnet oppfølgende tilbud. Det ville gitt den eldre muligheten til å være aktiv deltaker i stedet for passiv mottaker. Det kan videre skape større motivasjon hos den eldre for å klare seg selv og bo i eget hjem så lenge som mulig. Det gir både en personlig og samfunnsøkonomisk gevinst.

Mange av de eldre i min studie gav uttrykk for at besøket hadde medført refleksjoner i ettertid. Tilsvarende funn fremkommer i andre studier hvor de fleste eldre opplevde at besøket gjorde dem mer oppmerksom på å ta forholdsregler og tenke forebyggende. For noen få hadde ikke besøket noen betydning. De opplevde seg selv for friske for tilbudet, og mente at andre, både yngre og eldre, kunne ha større nytte av forebyggende hjemmebesøk.

Vi ser videre at helse kan oppfattes ulikt. De fleste eldre i min studie opplevde egen helse som god, til tross for en del plager. De mestret tilværelsen, var aktive og hadde gode relasjoner til familie og venner. Det bidrar til opplevelsen av å være frisk, slik Antonovsky beskriver det i sin salutogene teori. Det at andre bryr seg og har omsorg for dem, har også betydning for opplevelsen av velvære. Funnene i min studie viser videre eksempler på SOK-modellen i praksis. De eldre selekterer, optimaliserer og kompenserer på ulike måter, og i den grad det er mulig, særlig når funksjonssvikt oppstår eller omgivelsene endrer seg. De viser med sine holdninger og mestringsevner at det fortsatt er muligheter for positive forandringer og aktivitet til tross for høy alder.

De funnene som kanskje overrasket mest i studien, var at de eldre i liten grad kjente til tilbudet om forebyggende hjemmebesøk. Heller ikke den helsefremmende og forebyggende hensikten med besøket synes å være fullt ut forstått av målgruppen. Tidligere forskning har vist tilsvarende funn. Det kan gi grunn til å tro at forebyggende hjemmebesøk er lite kjent blant befolkningen generelt, og de eldre spesielt. Det gir også grunn til å stille spørsmål ved om den skriftlige informasjonen som formidles til målgruppen er for utydelig eller bør formidles på andre måter. Det er rimelig å anta at forebyggende hjemmebesøk kan utnyttes på en bedre måte. Et av bidragene i den retning, kan være å gjøre tilbudet om forebyggende hjemmebesøk bedre kjent i befolkningen.

7 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2003). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Baltes, P.B og Baltes, M.M. (1990). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. USA: Cambridge University Press, s. 1 - 27
- Baltes, M.M og Carstensen, L. (1996). The process of Successful Ageing. *Journal of Ageing and Society*. 16, s. 397 – 422
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. USA: Cambridge University Press
- Baltes, M.M og Carstensen, L. (1999). Social-psychological theories and their applications to aging: from individual to collective. I: Bengtson, V.L. og Warner, K. (red.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Pub.Co., s. 209 - 226
- Behm, L. m.fl. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health*, 13, s.378
- Behm, L. m.fl. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive intervention for independent very old persons: Long-term results of the Three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58, s. 376 – 383
- Bjørk, I.D. og Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe
- Clark, J. (2001). Preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*. 323, s. 708
- Dahlgren, G. og Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. I: Å.Gammersvik og T. Larsen (red.) (2012). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 52 – 53
- Dahlin-Ivanoff, S. m.fl. (2010). Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomized three-armed controlled trial for “prefrail” people of 80+ years living at home. *BMC geriatrics*, 2011, 10:27) s. 1 – 10
- Drageset, I. (2003). Helsefremmende arbeid - kunnskap, mening og verdier. *Sykepleien*, 91(15), s. 30-33. DOI:10.4220/sykepleiens.2003.0035
- Daatland, S.O. og Solem, P.E. (2005, 2011[2000]). *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlag

Eklund, K. m.fl. (2008): A randomized controlled trial of a health-promotion programme and its effect on ADL dependence and self-reported problems for the elderly visually impaired *Scand journal of Occupational Therapy*, 15, s. 68 – 74

Ekman m.fl. (2010). Preventive home visits to older-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health and Social Care in the Community*. 18 (6), s. 563-571

Elkan, R. m.fl. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis Commentary: when, where and why do preventive home visits work? *British Medical Journal*, s.1 – 23 (Helsebiblioteket)

Fagerström, L. m.fl. (2008). An integrative review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. s. 558 - 568

Frank, D.I. (2003). Elderly client's perceptions of communication with their Health Care Provider and its relation to health Deviation Self Care Behaviors. *Self-care, Dependent-care & Nursing*. 11 (2), s. 15 – 30

Førland, O. m.fl. (2013): *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – en kartlegging av alle kommunene på Vestlandet*. Rapportserie nr 8. Bergen: Senter for omsorgsforskning vest

Gammersvik, Å. og Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Goffman, E. (1992 [1974]). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag A/S

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Gustafsson, S. m.fl. (2012). Health-Promotion Interventions for Persons Aged 80 and Older Are Successful in the Short Term – Results from the Randomized and Three-Armed Elderly Persons in the Risk Zone Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60 (3), s. 447 – 54

Heggdal, K. (2008). *Kroppskunnskaping: pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk

Hendriksen, C., Lund, E. og Strømsgård, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 289, s.1522 - 1524

Hjort, P. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. I: P.E. Lorentzen m.fl.(red.). *Helsepolitikk og helseadministrasjon*. Oslo: Tanum-Norli, s. 11 – 32

Huss, A. m.fl. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Gerontology*, 63 (3), s.298 - 307

Ivarsson, B.H. (2011). *Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia Forlag AS

Klepp, K.-I. (red.) (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1846

Klungerbo m.fl. 2012: Prosjektrapport – Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Trondheim kommune

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2 utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Larun L, Dalsbø, T.K. og Kirkehei, I. (2013). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste*. Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (forskningsetikkloven) av 30. juni 2006 nr. 56.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) av 20. juni 2008 nr. 44.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) av 24. juni 2011 nr. 29

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr. 30.

Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Markle-Reid, M. m.fl. 2011. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three RCT in Ontario, Canada. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 19, s.118 – 131

Melding til Stortinget 16 (2011–2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Melding til Stortinget 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Melding til Stortinget 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Melding til Stortinget 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Mæland, J.G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Ness, N.E. m.fl. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*. Rapport. Oslo: NEF, NSF og NFF

Nord, R. Eilertsen, G. og Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk

Nortvedt, M.N. m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS

NOU (1998:18). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

NOU (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Næss, S. og Wærness, K. (2005). Den offentlige eldreomsorgen ved tusenårsskiftet. I: M. Bondevik og H.A. Nygaard. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 296 - 306

Pettersen, A.M. og Wyller Bruun, T. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Norge med blick mot Sverige og Danmark*. Oslo: Aldring og Helse

Romøren, T.I. (2005). Gamle mennesker i Norge. I: Nord, R. Eilertsen, G. og Bjerkreim, T. (2005). *Eldre i en brytningstid*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 62 - 69

Sherman, H. m.fl. (2012). The 75-year-old persons' self-reported health conditions: a knowledge base in the field of preventive home visits. *Journal of Clinical Nursing*, 21, s. 3170 - 3182

Skumsnes, R. m.fl. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien forskning*, 4 (8), s. 310 – 321

Stark, M.A. m.fl. (2010). Barriers to health promotion in community dwelling elders. *Journal of Community Health Nursing*, 27, s. 175 - 186

Statistisk sentralbyrå (2010). *Befolkningsframskrivinger 2010 – 2060*. URL: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2010-06-15> (lest 20.januar 2014)

Statistisk sentralbyrå (2014). *Befolkningsframskrivinger 2014 – 2100*. URL: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06>

[17?fane=tabell&sort=nummer&tabell=183270](#) (lest 18.juli 2014)

Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

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

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Stuck, A.E. m.fl. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and Meta-regression analysis. *Jama* ; s.1022 – 1030

Thagaard, T. (2013 [2009]). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 4. utg. [3.utg.]. Bergen: Fagbokforlaget

Theander, E. og Edberg, A-K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian Journal of Public health*, 3, s. 392 – 400

Thomassen, M. (2007). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Torp, S. (2005). Atferdsteoretiske perspektiv på forebygging av muskel- og skjelettplager. *Fysioterapeuten*, nr. 4, s. 16 - 21

Tøien, M. m.fl. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice*, Article ID 640583, 8 pages

Tønne, T (2011). Helse for folk flest. URL: <http://www.tillerfysioterapi.no/artikler/129-hels-for-folk-flest> (lest 12. februar 2014)

Van Haastregt, J.C.M. m.fl (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal*. 320, s.754 – 758

Vass, M. m.fl. (2002). Preventive home visits to older people in Denmark: Methodology of a randomized controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14, s. 509-515

Vass, M. m.fl. (2005). Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (4), s. 563-568.

Vass, M., Avlund, K. og Hendriksen, C. (2005). *Ældre og forebyggende hjemmebesøg. ÆldreForum*. ISBN: 87-90651-45-6

Ytrehus, S. (2004). *Mellom modernitet og tradisjon. Unge eldres syn på flytting*. Bergen: Universitetet i Bergen. (Avhandling for dr.polit.-graden)

Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre. Et middel for å nå helsepolitiske mål om aktiv aldring. *Ergoterapeuten*, 01.12, s. 23 – 28

WHO (1987). Ottawa charteret for helsefremmende arbeid. Oslo: Helsedirektoratet
<http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Helsefremmende-arbeid/> (lastet ned 06.08.2014)

Witsø, A. E. (2012). *Et essay om "vellykket aldring"*. Trøndelag: Høgskolen i Sør-Trøndelag (PhD i helsevitenskap)

Informasjonsskriv til faglig ansvarlig for forebyggende hjemmebesøk i kommunen.

Forebyggende hjemmebesøk for eldre - en kvalitativ undersøkelse av brukere og utøveres erfaringer fra forebyggende hjemmebesøk.

Bergendato

Til faglig ansvarlig for forebyggende hjemmebesøk i (kommune)

Dette er et spørsmål til deg som er ansvarlig for forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Vi ber om bidrag til opplysninger i en forskningsstudie for at vi skal få mer kunnskap om forebyggende hjemmebesøk.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å stimulere til utvikling av arbeidsmetodikk for forebyggende hjemmebesøk til eldre. De fire Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet har i den forbindelse fått midler til et treårig forskningsprosjekt fra Helsedirektoratet for å videreutvikle arbeidsmetodikken og spre gode metoder og erfaringer. Alle 85 kommuner i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland har høsten 2012 deltatt i en kartlegging av tilbud om «Forebyggende hjemmebesøk til eldre». 16 kommuner gir et slikt tilbud.....kommune er en av disse.

Som ledd i det treårige forskningsprosjektet skal det nå gjennomføres kvalitative intervjuer for å innhente erfaringer fra både mottakere og utøvere av forebyggende hjemmebesøk. I den forbindelse samarbeider Utviklingssentrene med Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen. Professor Herdis Alvsvåg er leder for denne forskningsdelen av prosjektet. Sønneve Teigen er prosjektleder. Masterstudent Bjørg Aspenes Sjøbø, vil forta totalt 6 - 8 intervjuer av brukere.

Datamaterialet i studien vil få betydning for videreutvikling av arbeidsmetodikken knyttet til forebyggende hjemmebesøk til eldre i vår region. Kommunene vil i løpet av prosjektperioden, bli invitert til en temasamling om forebyggende hjemmebesøk til eldre. Det vil også bli utarbeidet en idéhåndbok knyttet til forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Vi ønsker innen.....(dato)

1. **Navn, adresse og telefonnummer til ansatte som utøver forebyggende hjemmebesøk** i kommunen. Den /de vil få spørsmål om å delta i fokusgruppeintervju sammen med 3-5 utøvere fra andre kommuner.

➤ Gjennomføring av fokusintervjuer vil bli avtalt med den enkelte:

Det er avsatt 3 dager: **torsdag 19 september, torsdag 3 oktober, torsdag 24 oktober.** Den enkelte deltaker vil kun være med på en av dagene og det regnes ca 2 timer til selve intervjuet. (evt reisetid vil komme i tillegg)

2. **Kommunen, ved ansvarlig for forebyggende hjemmebesøk, sender forespørsel og informasjonsskriv til 10-20 personer over 80 år som har mottatt forebyggende hjemmebesøk fra 2011**, og som kan være aktuell å spørre om å delta i et intervju om hjemmebesøket (personer uten samtykkekompetanse, eksempelvis kognitiv svikt utelukkes). Det informeres om at svar blir gitt til forsker, ikke til kommunen.

Kommunen vil dermed ikke vite hvem som takker ja og hvem som ikke ønsker å delta på studien.

- Intervjuene planlegges ferdig gjennomført innen 1 juli 2013

Vi ønsker å få frem hvilken betydning forebyggende hjemmebesøk har for eldre personer 80 år og over, hva disse besøkene betyr og hva som eventuelt kan forbedres og/ eller endres. Videre håper vi å få frem spennvidde av fremgangsmåter/metoder for forebyggende hjemmebesøk, få kunnskap om hvordan hjemmebesøkene fungerer i forhold til intensjonene og få belyst relasjonene mellom utøvers erfaringer og mottakers erfaringer av forebyggende hjemmebesøk.

På vegne av de ansatte som sier seg villig til å delta ber vi om at de får anledning til å ta del i fokusgruppeintervjuene i sin arbeidstid.

Det er frivillig å delta. I samtykkeerklæringene opplyses det om telefonnummer slik at vi kan gjøre avtale om intervju. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd. Datamaterialet vil bli oppbevart forskriftsmessig. Informasjonen som registreres vil bli anonymisert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Heller ikke hvilke kommuner som data innhentes fra vil kunne bli identifisert. Aktuelle fora som Regional Etisk Komité (REK) og NSD har vurdert studien, og godkjent gjennomføring av intervjuene. Alle data vil bli aidentifisert og anonymisert i 2014. Båndene slettes.

Vi er takknemlig om du kan være behjelpelig med oversikt over aktuelle navn og forespørsel til aktuelle brukere.

Ta gjerne kontakt med oss for ytterligere informasjon.

Med vennlig hilsen

Herdis Alvsvåg

Professor, Haraldsplass diakonale høyskole, Ulriksdal 10 5009 Bergen

Telefon: 55 97 96 60, mobil 48 24 52 87 Epost: herdis.alvsvag@haraldsplass.no

Sønneve Teigen,

Prosjektleder Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Teatergaten 41 postboks 7700 5020 Bergen

Telefon: 55 56 78 75, mobil 945 22 161 E-post: sonneve.teigen@bergen.kommune.no

Bjørg A. Sjøbø

Trygghetssykepleier, Os kommune, p.b. 182, 5201 Os.

Telefon: 56575021, mobil 900 12 091 E-post: bjas@os-ho.kommune.no

Vedlegg: Informasjonsbrev til informanter/brukere

Informasjonsbrev til utøvere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Forebyggende hjemmebesøk til eldre»

Til informanter

Mitt navn er Bjørg Aspenes Sjøbø. Jeg er deltidsstudent på masterstudiet «Helsetjenester til eldre» ved Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg diakonale høgskole i Oslo. Din kommune er en av flere som tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre. Jeg håper du vil dele dine erfaringer fra hjemmebesøket. Kommunen har valgt å sende en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie for å få mer kunnskap om forebyggende hjemmebesøk. **Dersom du velger å takke ja til forespørselen kan du henvende deg direkte til meg.** Kommunen vil dermed ikke kjenne til hvem som takker ja og hvem som ikke ønsker å delta i studien.

Min masteroppgave vil basere seg på erfaringene fra seks til åtte personer som har hatt forebyggende hjemmebesøk. Erfaringer vil også inngå i et større prosjekt kalt «Forebyggende hjemmebesøk». Dette er et forskningsprosjekt som er forankret i Utviklingssentrene i Helseregion Vest og Senter for omsorgsforskning, Vest. Professor Herdis Alvsvåg er leder for forskningsdelen av prosjektet. Sønneve Teigen er prosjektleder.

Hva innebærer studien?

Jeg ønsker å intervju deg om forebyggende hjemmebesøk. Hensikten er å få fram:

1. Hvilken betydning forebyggende hjemmebesøk har for eldre personer.
2. Hva som eventuelt kan forbedres og/ eller endres.

Intervjuet blir tatt opp på bånd, og vil ta ca. 1 – 1 ½ time. Jeg kommer gjerne hjem til deg, men hvis du heller ønsker å treffe meg et annet sted hvor vi kan samtale uforstyrret, er det greit for meg.

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven eller i resultatene av studien når disse publiseres. All informasjon slettes ved studiens slutt desember 2014.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Jeg er takknemlig om du svarer positivt på denne henvendelse. Dersom du har spørsmål til studien, kan du kontakte; **Sønneve Teigen, mob.nr.945 22 161** (prosjektleder) eller **Bjørg Aspenes Sjøbø, mobil nr. 900 12 091** (masterstudent)

Med vennlig hilsen

Bjørg Aspenes Sjøbø

Samtykke til deltakelse i studien «Forebyggende hjemmebesøk til eldre»

En kvalitativ studie av eldre sine opplevelser av å ha mottatt forebyggende hjemmebesøk fra kommunen.

Jeg.....

(navn med blokkbokstaver), bekrefter at jeg har lest informasjonsskrivet. Jeg samtykker i å delta.

Jeg kan treffes for å gjøre avtale om intervju på telefon:.....

Signatur:..... Dato.....

(Signert og datert av prosjektdeltaker)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

2012/2013

INTERVJUGUIDE **Forebyggende** **hjemmebesøk til** **eldre**

Bjørg Aspenes Sjøbø
Masterstudent
«Helsetjenester til eldre»

Diakonhjemmet høgskole/ Lovisenberg
diakonale høgskole

Revidert 23.10.12 etter masterseminar
17.10.12

INTERVJUGUIDE

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om personer 80 år og eldre sine erfaringer og opplevelser i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Kunnskapen vil gi et innblikk i hvilken betydning tilbudet har for målgruppen, og et bedre empirisk grunnlag for å videreutvikle denne virksomheten i årene som kommer.

Intervjuguiden er forberedt for å gi Regional komite for medisinsk forskningsetikk (REK), Vest-Norge/ Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) innsikt i hvilke tema og spørsmål som blir stilt til den enkelte. Intervjuguiden er også en retningslinje og forberedelse til intervjuene for meg som intervjuer.

Intervjuguiden er delt inn i 3 hovedtema med underspørsmål. Hovedtemaene vil være informantens situasjon før hjemmebesøket, selve besøket og tiden etter hjemmebesøket. Hvert hovedtema har relevante underspørsmål som kan være naturlig å samtale om. Temaene er veiledende, men ikke nødvendigvis styrende for samtalen. Intervjuguiden vil være lik for alle informantene.

I. FØR HJEMMEBESØK (bakgrunnsinformasjon)

1. Kan du fortelle litt om deg selv og din livssituasjon/ditt hverdagsliv (alder, sivil status, familiesituasjon, bosituasjon, sosialt nettverk, fritidsintr./hobby)
2. På hvilken måte fikk du kjennskap til kommunens tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre?
Hvem fikk du i så fall informasjonen fra (lokalavis, annonse, gjennom fam.og/eller bekjente, lokallag, andre)
3. Forebyggende hjemmebesøk – hvilke tanker gjorde du deg om det?
Kan du gi meg noen eksempler... Kan du si litt mer om det...

II. HJEMMEBESØK

1. Hvem fikk du besøk av (sykepleier, fysiot., ergot., andre) – hva betydde det for deg?
Kan du si litt mer om det...
2. Hva snakket dere om?
3. Hvordan var det å ha besøk?
4. Var det noe du savnet (i forbindelse med selve) under besøket? Kan du si litt mer om det...

II. ETTER HJEMMEBESØK

1. Hvordan svarte besøket til dine forventninger? Kan du si litt mer om det....
2. I hvilken grad har besøket hatt betydning for din situasjon i ettertid? Kan du gi meg noen eksempler...
3. Er det noe du ønsker å si/ formidle som ikke vi har snakket om?

Seminardeltakelse Emne 11

Bjerg A. Sjøbø

Seminar dato	Deltakelse/framlegg/ respons	Underskrift
07.05.12	Presentasjon Framlegg nr. 1.	Marianne Gundersen
17.10.12	Framlegg nr. 2	Marianne Gundersen
21.11.12	Framlegg	Marianne Gundersen
13.03.12	Framlegg nr. 3	Marianne Gundersen
05.09.13	Respons	Marianne Gundersen
24.10.13	Framlegg	Marianne Gundersen
11.03.14	Opponent	



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Herdis Alvsvåg
Senter for omsorgsforskning Vest
Høgskolen i Bergen
Møllendalsveien 6
5009 BERGEN

Vår dato: 22.04.2013

Vår ref:33346 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.02.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 11.04.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33346 *Forebyggende hjemmebesøk til eldre - brukererfaringer og utøvererfaringer*
Behandlingsansvarlig *Høgskolen i Bergen, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Herdis Alvsvåg*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52
Vedlegg: Prosjektvurdering



Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Diakonhjemmets høgskole/Lovisenberg diakonale høgskole, Bergen kommune (paraplyprosjektet Forebyggende hjemmebesøk til eldre), de fire utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Helseregion Vest og Senter for omsorgsforskning Vest ved Høgskolen i Bergen. Høgskolen i Bergen er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet forsetter at behandlings-/ansvarsfordelingen formelt er avklart mellom institusjonene. Vi anbefaler at det utarbeides en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Formålet med prosjektet er å undersøke om hjemmebesøk bidrar til bedre trygghet og helse for eldre.

Datamaterialet innhentes gjennom personlige intervju og gruppeintervju. Utvalget består av 10-16 kvinner og menn over 80 år, som mottar hjemmebesøk (kvalitative forskningsintervju), i tillegg til 12-18 profesjonelle (ulike fokusgruppeintervju). Personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse forespørres ikke.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Forespørsel til kvinner og menn som mottar hjemmebesøk formidles via kommunen/den som utfører hjemmebesøk. Interesserte tar direkte kontakt med forsker, og gir altså ikke sitt samtykke via kommunen/den ansatte. Forespørsel til ansatte/fagpersoner for deltakelse i fokusgruppeintervju, formidles via kommunen og interesserte tar også her direkte kontakt med forsker. Personvernombudet finner informasjonsskrivene av 11.04.2013 tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at forsker setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Region:
REK sør-øst

Saksbehandler:
Jørgen Hardang

Telefon:
22845516

Vår dato:
20.12.2012

Vår referanse:
2012/2024/REK
sør-øst A

Deres dato:
06.11.2012

Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Herdis Alvsvåg
Høgskolen i Bergen

2012/2024 A Forebyggende hjemmebesøk til eldre - brukererfaringer og utøvererfaringer

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 29.11.2012.

Prosjektleder: Herdis Alvsvåg

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Bergen

Temaet for prosjektet er forebyggende hjemmebesøk til eldre over 80 år. Senter for omsorgsforskning vest har tatt initiativ til en undersøkelse som omfatter de fire utviklingssentrene i Helseregion vest. Målet er å finne ut om hjemmebesøk slik de er lagt opp bidrar til bedre trygghet og helse for eldre. Dermed er det et mål å få flest mulig kommuner til å etablere ordninger med forebyggende hjemmebesøk og at organiseringen blir utviklet på grunnlag av erfaringer og forskningsbasert praksis.

Data til undersøkelsen skal innhentes ved å intervju 10–16 kvinner og menn over 80 år individuelt og 12–18 ansatte i tre ulike fokusgruppeintervju. Datamaterialet tas opp på bånd, skrives ut som tekst og vil bli gjenstand for tematisk tekstanalyse. Søker planlegger å benytte data senere i forbindelse med tilsvarende nasjonale prosjekter.

Komiteens vurdering

Målet med prosjektet er å bidra til at ”at flest mulig kommuner skal etablere ordninger med forebyggende hjemmebesøk og til sist at besøkene skal bygge på erfaringer og forskningsbasert praksis”. I den sammenheng vil en gjennomføre en undersøkelse der en skal kartlegge arbeidsmetodikk og utbredelse i kommunene og samle brukererfaringer fra de eldre og utøvererfaringer fra de som foretar besøkene. Formålet med prosjektet er altså å bidra til en bedre organisering av en del av helsetjenesten, det vil si forebyggende hjemmebesøk hos eldre. Resultatene fra undersøkelsen skal gi utbyggingen av denne tjenesten et grunnlag i ”erfaringer og forskningsbasert praksis”.

Målet med prosjektet er ikke å utvikle en bedre metode for diagnostisering eller behandling av sykdom, men ny kunnskap om hva som kreves for at denne delen av helsetjeneste kan fungere tilfredsstillende. Det skal ikke registreres personidentifiserende opplysninger fra deltakerne i prosjektet.

Selv om prosjektet er helserelatert, faller det ikke inn under helseforskningslovens virkeområde og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Etter søknaden retter forskningsprosjektet seg mot organiseringen av helsetjenesten og faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK Sørøst A. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen
Professor
Leder

Jørgen Hardang
Komitésekretær

Kopi til: frode.fadnes.jacobsen@hib.no
<skriver andre e-postadresser her>