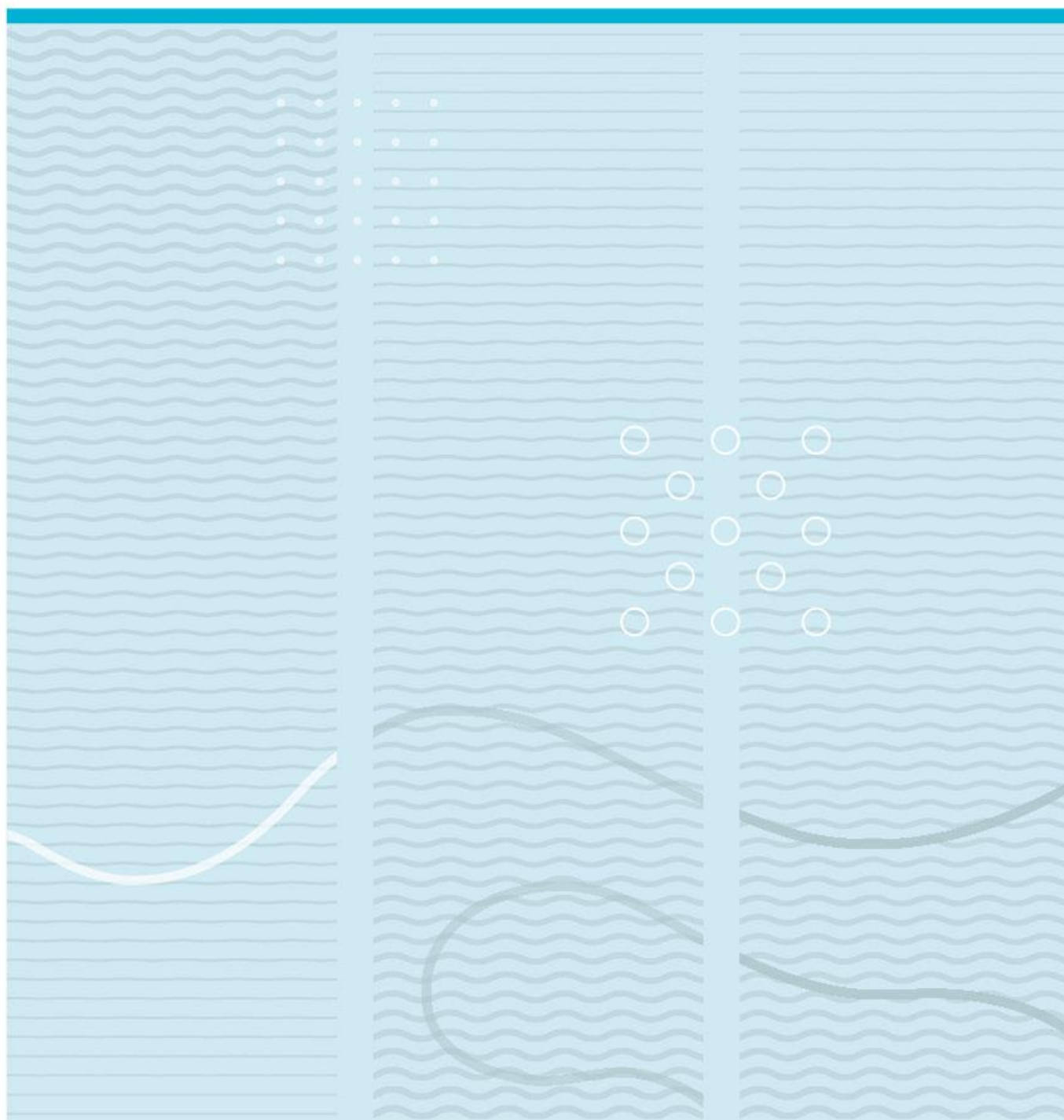


Anne Gjedrem Friestad

Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Hva er viktig for at besøket skal oppleves som nyttig? En litteraturstudie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© Vår 2023 Anne Gjedrem Friestad

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Hensikt

Hensikten med denne studien var å identifisere hva eldre mente var viktig for at forebyggende hjemmebesøk skulle oppleves som nyttig.

Bakgrunn

Det blir stadig flere eldre i befolkningen, og behovet for helse- og omsorgstjenester vil øke framover. Samtidig blir det færre yrkesaktive til å ta seg av de som trenger helsetjenester. Fokuset på forebyggende helsearbeid er derfor økende, og forebyggende hjemmebesøk til eldre er et tiltak som er ønsket av myndighetene for å øke Eldres evne til å bo hjemme lengst mulig, og dermed utsette behov for helsetjenester. Det er foreløpig ingen standardisert modell for hvordan forebyggende hjemmebesøk til eldre skal gjøres, og det tilbys heller ikke i alle landets kommuner.

Metode

Jeg har gjort en litteraturstudie av kvalitativ forskning på Eldres erfaring med forebyggende hjemmebesøk. Resultatene i hver artikkel ble analysert med tematisk analyse etter Aveyards beskrivelse av metoden.

Resultater

Det var to hovedtemaer som pekte seg ut som resultater av denne studien. Det som var viktigst for de eldre for å oppleve nytte av forebyggende hjemmebesøk, var det å ha en kontaktperson de hadde tillit til. Som en del av dette kom det fram at de fant det nyttig å vite hvem de skulle kontakte ved behov, at de hadde en kunnskapsrik samtalepartner de hadde tillit til, og at de ble sett og fulgt opp. I tillegg var det veldig viktig at besøket var tilpasset den enkeltes behov. Dette innebar at de kunne få samtale om helse, sykdom og forebygging, at de fikk støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet, at de fikk informasjon om rettigheter og muligheter og at de fikk praktisk hjelp til det de trengte.

Konklusjon

Det viktigste for at eldre skulle oppleve forebyggende hjemmebesøk som nyttig var at de fikk en kontaktperson de hadde tillit til, og at besøket var tilpasset dem og deres behov.

Abstract

Aim

The aim of this study was to identify what the elderly thought was important for preventive home visits to be perceived as useful.

Background

There is an increasing number of elderly people in the population, and the need for healthcare services will increase in the future. At the same time, there will be fewer working people to care for those who need health services. The focus on preventive health work is therefore increasing, and preventive home visits to the elderly is desired by the authorities to increase the elderly's ability to live at home as long as possible and thus postpone the need for health services. There is currently no standardized model for how preventive home visits to the elderly should be carried out, nor is it offered in all the country's municipalities.

Method

I have conducted a literature review on qualitative research on older people's experience of preventive home visits. The results in each article were analyzed with thematic analysis according to Aveyard's description of the method.

Results

There were two main themes that stood out as the results of this study. What was most important for the elderly to experience benefit from preventive home visits was having a contact person they trusted. As part of this, it emerged that they found it useful to know who to contact when needed, that they had a knowledgeable interlocutor they trusted, and that they were seen and followed up. In addition, it was very important that the visit was adapted to the individual's needs. This meant that they could have conversations about health, illness and prevention, that they received support to maintain coping and independence, that they received information about their rights and opportunities, and that they received practical help with what they needed.

Conclusion

The most important thing for the elderly to find preventive home visits useful was that they were given a contact person they trusted, and that the visit was adapted to them and their needs.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Hensikt og problemstilling	9
3 Bakgrunn	10
3.1 Den eldre befolkningen nå og i framtiden	10
3.2 Forebyggende hjemmebesøk	11
3.3 Tidligere forskning	14
4 Teori	18
4.1 Forebyggende helsearbeid	18
4.2 Helsekompetanse	20
4.3 Personsentrert sykepleie	21
5 Metode	24
5.1 Design	24
5.2 Utvalg	24
5.3 Søkestrategi	25
5.4 Kritisk vurdering av artiklenes kvalitet	31
5.5 Analyse	33
6 Resultater	37
6.1 Å ha en kontaktperson jeg har tillit til	38
6.1.1 Å vite hvem jeg kan kontakte	38
6.1.2 Å ha en kunnskapsrik og samtalepartner jeg har tillit til	39
6.1.3 At jeg blir sett og fulgt opp	40
6.2 At besøket er tilpasset meg og mine behov	40
6.2.1 Å få samtale om helse, sykdom og forebygging	41
6.2.2 Å få støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet	42
6.2.3 Å få informasjon om rettigheter og muligheter	43
6.2.4 Å få praktisk hjelp	44
6.2.5 Besøket oppleves ikke alltid nyttig	44

7	Diskusjon	46
7.1	Diskusjon av resultater	46
7.2	Diskusjon av metode	52
8	Konklusjon	53
9	Referanser/litteraturliste.....	54

Forord

I arbeidet med denne masteroppgaven har jeg blitt inspirert av min hjemkommunes tanker om å imøtekomme de utfordringene vi står overfor i eldreomsorgen. Det har vært snakket om ulike tiltak, der forebyggende hjemmebesøk er et av dem. Jeg håper å kunne bidra til kommunens arbeid med dette. Jeg har også blitt valgt ut til å være kommunens representant i arbeidsgruppen for skrøpelige eldre i helsefellesskapet i Sør-Rogaland. Arbeidet med oppgaven har gitt meg mer kunnskap til å bidra inn i dette arbeidet.

Jeg er takknemlig for god hjelp fra min veileder Mette Tøien, god tilrettelegging fra min arbeidsgiver, og ikke minst for tålmodigheten til mine nærmeste.

1 Innledning

Denne studien omhandler forebyggende hjemmebesøk til eldre, og søker å identifisere hva eldre mener er viktig for at de skal oppleve nytte av tilbudet. Forebyggende hjemmebesøk kan defineres som: «omfattende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har (eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse» (Førland & Skumsnes, 2017, p. 11).

Andelen eldre i Norge vil fram mot 2050 fortsette å øke i større grad enn befolkningen som helhet. Dette innebærer at det blir flere som vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som det blir færre i yrkesaktiv alder til å ta vare på dem (NOU 2023:4).

For å imøtekomme utfordringene med økte behov i helse- og omsorgstjenesten kombinert med færre antall yrkesaktive, er det satt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot eldre. Dette kan være viktig for å bidra til å opprettholde Eldres helse og funksjon, og dermed til å kunne klare seg i egen bolig så lenge som mulig, og utsette behov for helsetjenester. Selv om eldre har helseutfordringer, bor de likevel lengre hjemme. Helsetjenestene har gjort en dreining fra institusjonstjenester til hjemmetjenester (NOU 2020:15).

Det er flere måter å jobbe forebyggende på, og forebyggende hjemmebesøk er et av tiltakene som nevnes for å imøtekomme dette behovet (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2018).

Flere lover, forskrifter og andre offentlige dokumenter i Norge sier noe om forebyggende arbeid i kommunene generelt, og forebyggende hjemmebesøk til eldre spesielt. Folkehelseloven gir kommunene ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid:

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. (Folkehelseloven, 2012,§4)

Også helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å tilby forebyggende tjenester. I tillegg til opplysninger, råd og veiledning, skal kommunen også ha oversikt på befolkningens helsetilstand og hvilke faktorer som påvirker denne (Helse-og-omsorgstjenesteloven, 2012,§3-3).

Forebyggende hjemmebesøk til eldre tilbys i flere land og på flere ulike måter. Norge har blitt inspirert av andre land og det er satt i gang forebyggende hjemmebesøk i flere kommuner. Det er likevel ikke lovpålagt å tilby forebyggende hjemmebesøk, og det er heller ikke standardiserte modeller som sier hvordan disse skal utføres.

Det er gjort mye forskning internasjonalt på forebyggende hjemmebesøk, men det meste er av kvantitativ art, og det mangler fortsatt kunnskap om hva som er viktig for at besøkene skal oppleves som nyttige for den enkelte. Gjennom denne studien søker jeg å finne svar på dette for å kunne bidra til utvikling av gode tjenester i framtiden. Utvikling av helsetjenester generelt og forebyggende hjemmebesøk spesielt, er et naturlig område for både sykepleier og avanserte kliniske allmennsykepleiere å bruke sin kompetanse.

2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å identifisere elementer i de forebyggende hjemmebesøkene som eldre selv beskriver som viktige for å oppleve nytte av tilbudet. De kvalitative studiene som er gjort tidligere har sett på de eldres erfaringer og kommet fram til at de eldre i stor grad ser på besøkene som nyttige. Det er likevel ikke beskrevet direkte hva de eldre mener er viktig for at de får denne opplevelsen. Jeg ønsker med dette å bidra med kunnskap til hvordan forebyggende hjemmebesøk bør planlegges og gjennomføres dersom en velger å ha de eldres beskrivelser og perspektiv i fokus.

Med nytte mener jeg i denne sammenhengen det som bidrar til en opplevelse av at noe er fordelaktig, hensiktsmessig eller meningsfullt. I bokmålsordboka er betydningen av ordet beskrevet som fordel, utbytte eller gagn (Bokmålsordboka, 2023). Det vil si at det er den enkeltes oppfatning av hva som er fordel, gir utbytte eller oppleves å være til gagn som her bestemmer om noe er nyttig. Jeg er ute etter hva den eldre selv beskriver som nyttig. Dette trenger ikke ha direkte sammenheng med hva intensjonen for besøket var i utgangspunktet, men det kan være interessant å se om de eldres opplevelse av nytte sammenfaller med hensikten med besøket.

Problemstilling:

Hva beskriver eldre som viktig for at forebyggende hjemmebesøk skal oppleves som nyttig?

3 Bakgrunn

3.1 Den eldre befolkningen nå og i framtiden

Behovet for forebyggende tiltak vil øke framover relatert til demografiske endringer. På bakgrunn av økt forventet levealder, forteller framskrivninger om økt sykkelighet og dødelighet i befolkningen, og de over 70 år vil stå for det aller meste av forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester fram til 2040. Den økte graden av sykkelighet og dødelighet kommer i hovedsak av økt antall eldre. SSB har i sitt hovedalternativ skissert at forventet levealder for menn vil øke fra 81,6 år i 2021 til 89 år i 2060. For kvinner er tilsvarende tall 84,7 år i 2021 med økning til 91 år i 2060. SSB forventer også at forventet levealder vil fortsette å stige også etter dette (Tømmerås & Thomas, 2022). På bakgrunn av tall fra Helsedirektoratet og SSB er det laget framskrivninger på hvor mange som vil motta pleie- og omsorgstjenester framover. Dette viser en økning fra i overkant av 350 000 mottakere i 2019 til mellom 490 000 og 570 000 mottakere i 2040. Ser en bort fra en aldrende befolkning, viser framskrivninger at sykkelighet og dødelighet går nedover, men i mindre grad enn i perioden fra 1990-2019 (FHI, 2022). Nyere studier viser at eldre kan ha flere friske år, og leve selvstendig i stadig høyere alder (Storeng et al., 2022). Likevel vil den økte andelen eldre samlet gi økt sykdomsbyrde i befolkningen, og dermed gi økt behov for helse- og omsorgstjenester (FHI, 2022). Dette har betydning for hvordan vi tenker om forebyggende arbeid, der forebyggende hjemmebesøk til eldre er et av tiltakene.

Av de eldre over 67 år som bor hjemme, er mer enn dobbelt så mange kvinner som menn. Det er også en vesentlig større andel kvinner som bor alene. Dette kan forklares med at kvinner lever lengre enn menn, og mange er yngre enn sine ektemenn og lever dermed flere år alene. Særlig blant de eldste er det mange som bor alene. Ser en på menn og kvinner under et, bor over halvparten over 80 år alene (SSB, 2019). Framskrivninger viser at det sannsynligvis er stort sett de samme helseutfordringene vi ser i dag, som vil være gjeldende i 2050. Det er i aller størst grad de ikke-smittsomme sykdommene som gir stor sykdomsbyrde. Med sykdomsbyrde menes at sykdommene både fører til død før oppnådd forventet levealder, og at de gir helsetap i flere av de årene vi lever. Hjerte- og karsykdommer og kreft er de desidert største årsakene både til dødelighet og ikke-dødelig helsetap i dag, og vil sannsynligvis fortsette å være det fram mot 2050. I tillegg vil

muskel- og skjelettlidelser øke framover, og nevrologiske sykdommer, psykiske lidelser, kroniske luftveislidelser, diabetes og nyre sykdommer og rusmiddellidelser være de viktigste årsakene til helsetap. Dødelighet som følge av hjerte- og karsykdommer har gått ned, og vil fortsette og avta. Dette gjør at flere lever lengre og oppnår en alder der flere sykdommer vil opptre samtidig og gi sammensatte helseutfordringer. Generelt vil dødelighet og år med helsetap reduseres for alle aldersgrupper med unntak av de helt eldste, de over 90 år (FHI, 2022).

Helse og funksjonsnivået til de eldre som bor hjemme varierer veldig. Både internasjonale og norske studier viser at sosioøkonomiske ulikheter, spesielt utdanningsnivå, har betydning for dette. Eldre med lengre skolegang har i snitt bedre helse og funksjonsevne sammenlignet med de med kortere utdanning, og forskjellene ser ut til å øke. Fra 1995-2017 økte antall forventede leveår uten uførhet for 70 åringer fra 8,5 til 13 år for kvinner og fra 8 til 12,1 år for menn. Det skjedde en økning i alle utdanningsgrupper, men mer i de gruppene med høyest utdanning (Storeng et al., 2022). Eldre lever altså lengre som friske, men sosioøkonomiske ulikheter i befolkningen fører til ulikheter på dette området. Selv om utfordringene som følger med høy alder kanskje kommer senere i livet, vil altså risikoen for kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse som følge av høy alder øke med økende alder. Det er likevel stor variasjon i hvor mye den enkelte blir preget av sykdommer i det daglige (Strand, 2022).

3.2 Forebyggende hjemmebesøk

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et tilbud som finnes i flere land, og de første startet opp allerede på 1970-tallet. Flere land i Europa, samt USA, Canada, Japan og Australia har eller har hatt dette tilbudet. I Danmark har det siden 1990-tallet vært en lovpålagt ordning. I 2010 ble loven endret fra å pålegge to besøk i året til et besøk i året. I 2012 mottok 25% av eldre over 75 år i Danmark forebyggende hjemmebesøk. I Sverige er ikke tilbudet pålagt, men myndighetene oppfordrer til det og har bevilget midler for å komme i gang. Det er ikke en ensartet måte å planlegge og gjennomføre forebyggende hjemmebesøk på, så tjenesten er ulik fra land til land, og innad i de enkelte land (Førland & Skumsnes, 2014, 2017).

Internasjonalt er det store ulikheter i forebyggende tjenester til eldre. Det er ulike helsesystemer, ulike finansieringsordninger, og ulike fokus for hvordan tjenesten utføres. Duan-Porter et al (2019) har gjort en systematisk review av reviewer, og fant stor kompleksitet og variasjon av tilbud, samt

stor variasjon i karakteristika ved deltakere i primærstudier og variasjon i settinger undersøkelsene var gjennomført i. Dette sier noe om store ulikheter, og utfordringer med å forske på tilbudet.

I Norge er forebyggende hjemmebesøk ikke lovpålagt, og det er langt fra alle kommunene som tilbyr dette selv om myndighetene oppfordrer til det. Førland og Skumsnes (2014) sin rapport kartla status i Norge fram til 2013. I starten av 2000-tallet var det bare et fåtall kommuner som hadde tilbud om forebyggende hjemmebesøk, men det har kommet flere og flere til de siste årene. Hamar kommune oppgav at de hadde startet allerede i 1980, og fem andre kommuner var også i gang før 2000. I 2003 hadde 8% av landets kommuner etablert tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Dette hadde i 2013 økt til 25 %, og inkluderer også noen av de mest folkerike kommunene i landet. Av de som ikke hadde startet opp et tilbud i 2013, oppgav 40% at de hadde planer om dette (Førland & Skumsnes, 2014). Vi kan derfor anta at det i dag er langt flere kommuner i Norge som tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Selv om forebyggende hjemmebesøk til eldre ikke er lovpålagt i Norge, oppfordrer myndighetene likevel til bruk av tiltaket (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2018; Helse-og omsorgsdepartementet, 2016; Helsedirektoratet, 2019). Det er ingen standardisert form eller modell for besøkene. De kan derfor variere i innhold og profil. Det varierer også hvilke yrkesgrupper som har ansvar for besøkene, men de fleste (ca 62%) er utført av sykepleier (Førland & Skumsnes, 2014). Kommunene har stor frihet til å utforme tilbudet etter eget ønske, men det fører også til at tilbudene er ulike fra kommune til kommune.

De fleste modellene har som mål å bidra til økt mestring og bedre helse, og dermed utsette behov for hjemmesykepleie eller sykehjemsplass. Måten det blir jobbet på for å oppnå dette målet er noe ulikt, og Førland og Skumsnes (2017) skiller mellom fire ulike profiler. En type besøk handler om å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov. Her blir det brukt klinisk kartlegging for å avdekke risiko for sykdom og funksjonssvikt, og prøve å forebygge dette. I tillegg til kartlegging av den enkeltes helse, kan dette også brukes til å få planlegge blant annet kommunens helse- og omsorgstjenester. En annen modell er besøk for å forebygge skader og ulykker. Disse besøkene har hovedfokus på forebygging av for eksempel fallulykker og brann. Det kan på bakgrunn av dette gis råd om ulike utbedringer eller hjelpemidler. Besøk for å gi helseråd og informasjon om tjenester er en tredje modell. Her blir informasjon om tjenester og tilbud i kommunen, både offentlige og

frivillige. Det blir også gitt råd om kosthold, fysisk aktivitet og sosiale nettverk. I tillegg kan informasjonen handle om tilgjengelig velferdsteknologi og hjelpemidler, samt om hvordan man kommer i kontakt med helsetjenesten ved behov. Den siste modellen har fokus på å ha en ressursfokusert helsesamtale. Her er det viktig å få fram den eldres ressurser, hva som er viktig for dem og hva de selv opplever som gjør dem friske. Det handler her om å stimulere den enkeltes egne mestringsressurser, og legger vekt på det som fremmer god helse og velvære. Internasjonalt er det også stor variasjon i innhold og fokus for de forebyggende hjemmebesøkene.

I praksis er det ikke tydelige skiller mellom de ulike modellene, og det kan være innslag av flere av de ulike profilene samtidig. Fokuset har over tid flyttet seg fra å ha et tydelig sykdomsfokus til å legge større vekt på helsefremmende perspektiver og stimulering til mestring (Førland & Skumsnes, 2017). I kartleggingen fra 2013 svarer de fleste kommunene at de ser på sitt eget tilbud som et helsefremmende tilbud. Bare 6 % svarer at de har et sykdomsforebyggende fokus (Førland & Skumsnes, 2014).

Det varierer også fra kommune til kommune i Norge hvem som blir regnet som målgruppen. De fleste tjenester omfatter dem som ikke har andre tjenester fra før, og det er vanlig å rette seg mot enkelte aldersgrupper. I 2013 sa 27% av kommunene som hadde tjenesten at de rettet tilbudet mot alle over 80 år. 20% gav tilbud til alle over 75 år, men 16 % inviterte bare det kullet som var 75 år, og 12 % inviterte bare de som var 80 år. Noen satte også grensa på 77 eller 78 år (Førland & Skumsnes, 2014). Noen kommuner målretter tilbudet til enkelte grupper, som for eksempel de som er nylig utskrevet fra sykehus, eller de som blir henvist fra fastleger på grunn av spesielle behov (Førland & Skumsnes, 2017). Det vanligste er å sende ut skriftlig invitasjon, selv om henvisninger fra fastlege eller forespørsel fra den eldre selv eller pårørende også forekommer. I tillegg sier over halvparten av kommunene at de ringer i etterkant av den skriftlige invitasjonen for å avtale tid for hjemmebesøk. Av de som fikk invitasjon takket 52 % ja i 2013. I Norge er det helse- eller sosialfaglig personell fra kommunen som utfører besøkene, oftest sykepleiere (62%), fysioterapeuter (35%) eller ergoterapeuter (50%). Når det gjelder antall besøk som tilbys, er dette også ulikt. 48 % gav tilbud om et enkelt besøk, mens 42% gav et besøk, og vurderte deretter behov for flere besøk. Bare 3 % gav alle tilbud om oppfølging over tid. Tjenesten er oftest organisert under hjemmetjenester (38%), eller som egen kommunal tjeneste (27%), men flere varianter finnes (Førland & Skumsnes, 2014, 2017).

Helse- og omsorgsdepartementet har uttrykt mål om at forebyggende hjemmebesøk til eldre er et tiltak de ønsker å stimulere til som et ledd i å oppfylle kravene som stilles til kommunene om forebyggende tjenester (Helse-og-omsorgstjenesteloven, 2012). Det ble derfor i 2016 sendt ut et rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Målet var å stimulere kommunene til å etablere tilbudet. Det står blant annet i rundskrivet at en ved å drive forebyggende arbeid, og sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, kan bidra til å forhindre en negativ utvikling av helsetilstand, funksjonsevne og sosiale forhold. Forebyggende hjemmebesøk kan også bidra til å få oversikt over behovet for helse- og omsorgstjenester i befolkningen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016). For å hjelpe kommunene å komme i gang med arbeidet ble det i 2017 sendt ut en veileder fra Helsedirektoratet. Denne inneholder råd om etablering og gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2019).

3.3 Tidligere forskning

Kvantitativ forskning: Det er forsket mest på kvantitative mål på effektene av forebyggende hjemmebesøk. Det er forsket på effekter på funksjon og helsetilstand, egenopplevd helse og livskvalitet, fall, tidspunkt for død, behov for sykehjem og sykehusinnleggelse, offentlige kostnader og Eldres evne og ressurser til å møte utfordringer i alderdommen. I nesten alle de nevnte kategoriene er det funnet studier som viser effekt i ulik grad, men samtidig også andre studier som viser liten eller manglende effekt. I 2017 leverte Førland og Skumsnes (2017) i Senter for omsorgsforskning en kunnskapsoppsummering om forebyggende hjemmebesøk til eldre. I denne oppsummeringen har de gått gjennom tilgjengelig forskning relatert til temaet, og de har sett spesielt på tiltak rettet mot hjemmeboende eldre. Det er i stor grad studert hjemmebesøk som har til hensikt å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov ved hjelp av geriatriske undersøkelser. Dette er ikke den modellen som er mest utbredt i Norge i dag. Det er gjort analyser av 14 ulike oversiktsstudier, der disse studiene hadde ulike tilnærminger, og ulike målgrupper og innhold i besøkene som ble studert. Det gjør det derfor vanskelig å komme med klare konklusjoner. Det viser seg at det er vanskelig å påvise at tiltakene har effekt på å bedre funksjon eller om de utsetter hjelpebehov eller død. En interessant observasjon er at i kategorien som omhandler Eldres ressurser og evne til å møte utfordringer i alderdommen, er det mye som tyder på at intervensjon har effekt (Førland & Skumsnes, 2017).

Også en nyere review av reviewer konkluderer med at det ikke kan påvises en direkte effekt av forebyggende hjemmebesøk på forebygging eller utsetting av behov for sykehjemsplass (Duan-Porter et al., 2020).

Andre nyere studier har sett på innholdet i de forebyggende hjemmebesøkene, og hvordan en kan nå flest mulig på tross av sosioøkonomiske ulikheter. I en norsk studie fra 2020 blir det satt søkelys på at det er viktig å se på hvilke faktorer som begrenser den eldre og adressere disse. Begrensinger på grunn av sykdom og smerte gav lav egenvurdering av helse, og indikerte at dette burde være viktige vurderinger i forebyggende hjemmebesøk. Det samme gjaldt digital kompetanse. Bruk av digitale verktøy kunne kompensere for, eller bedre sosial kontakt og gi tilgang til helse relatert informasjon. Dette burde derfor også være et tema på hjemmebesøkene (Fjell et al., 2020).

En nederlandsk studie fra 2020 finner noe av det samme. Det konkluderes med at smerte, urininkontinens, lav utholdenhet og bruk av forflytningshjelpemidler var faktorer som begrenset sosial deltakelse. Disse faktorene bør derfor vurderes og adresseres både under forebyggende hjemmebesøk som individuelle tiltak, men kan også sees på i samfunnssammenheng for å utjevne forskjeller blant eldre (Nivestam et al., 2020). En faktor som kan påvirke både deltakelsen i forebyggende hjemmebesøk, og dermed også deltakelsen i studier som omhandler dette er sosioøkonomiske forhold. En studie fra Danmark viser at allerede ved invitasjonen til disse besøkene var det ulikheter relatert til slike forhold. Studien viser til at en kan utjevne sosioøkonomisk ulikhet ved å være bevisst på hvordan en inviterer til forebyggende hjemmebesøk (Yamada et al., 2012)

En annen rapport fra Senter for omsorgsforskning har sett på forebyggende hjemmebesøk i Agder. De hadde i oppdrag å utvikle metodikk, og å dokumentere erfaringer som ble gjort i forbindelse med hjemmebesøkene. De samlet mye data på karakteristika ved de eldre som mottok førstegangsbesøk og oppfølgende besøk. Generelt satt de igjen med inntrykk av at de eldre hadde genuin interesse for å klare seg selv i sitt eget hjem så lenge som mulig. Dette mente de var et argument for å komme inn med forebyggende og helsefremmende tiltak så tidlig som mulig. De erfarte også at det som ble oppfattet som mest nyttig i besøkene var selve samtalen, i tillegg til informasjonen og det de fikk av råd og oppmuntring. Dette bidro til trygghet og støttet opp under de eldres egen mestringsressurs (Dale & Westby, 2021). I en review fra 2014 konkluderes det med at forebyggende hjemmebesøk ikke kan påvises å ha effekt på endringer i mortalitet eller evne til å

bo selvstendig. Men variasjon i intervensjoner og manglende informasjon om innholdet i de ulike besøkene, gjør det vanskelig å utelukke muligheten for at noen programmer likevel kan ha effekt. (Mayo-Wilson et al., 2014). En review fra 2015 så etter effekt på kostnader og bruk av helsetjenester, men fant ingen påviselig effekt av forebyggende hjemmebesøk på dette (Liimatta et al., 2015).

Kvalitativ forskning er det gjort betydelig mindre av. Noen studier og masteroppgaver har sett på Eldres erfaringer med hjemmebesøk. En fagartikkel fra Ålesund sier for eksempel at besøkene gav trygghet og bidro til å styrke Eldres egne ressurser til å mestre egen helse. Det var også en god måte å få informasjon fra kommunen på (Skovdal, 2015). En studie fra Tyskland fant at kvinner og menn hadde ulike oppfatninger av god helse i alderdommen. Menn hadde mest fokus på fysisk aktivitet, mens kvinner også syntes det var viktig med kosthold, avslapning/velvære, hukommelsestrening og selvstendighet. Studien konkluderte med betydning av individuell tilpasning til den enkeltes helse og livssituasjon når en jobber med forebyggende tiltak til eldre (Patzelt et al., 2016).

I en ny systematisk review av kvalitative studier, ble det sett på hva eldre ønsket av ambulerende helsetjenester, altså helsetjenester gitt i hjemmet (eller poliklinisk). Dette gjaldt både medisinsk og sykepleiefaglige helsetjenester, og ser dermed på et bredere utvalg av tjenester. Studien konkluderer med at eldre har ønske om å føle seg trygge, opprettholde kontroll og uavhengighet, og få følelsen av å være et betydningsfullt menneske. Forfatterne mener at dette er sammenfallende med tidligere studier, men at omsorgen og det å bli styrket som betydningsfullt menneske ble understreket sterkere i disse resultatene (Herrler et al., 2022).

Det er også forsket på hva som kjennetegner en god samarbeidende relasjon i forebyggende hjemmebesøk. Denne studien peker på at god evne til kommunikasjon, profesjonalitet og evne til praktisk handling rettet mot den enkeltes behov, var mest avgjørende. Med profesjonalitet mentes det kunnskapsbasert kompetanse i helse- og sosialfaglige spørsmål, samt evne til en omsorgsfull tilnærming. Dersom disse egenskapene var til stede hos besøk, kunne det føre til positive endringer (Yamada et al., 2010).

Både kvantitativ og kvalitativ forskning er gjort i ulike land, ulike kommuner og på ulike modeller av forebyggende hjemmebesøk. De ulike helsetjenestene fra land til land, og mellom kommuner i landet gjør det vanskelig å sammenligne effekter. Blant annet forskes det på om forebyggende hjemmebesøk kan utsette innleggelse i sykehjem. Når modellene for forebyggende hjemmebesøk, og terskelen for sykehjems plass er ulik innad i landet og antagelig fra land til land, er det vanskelig å sammenligne og dermed komme til en konklusjon på dette.

Hva bør det forskes mer på, og hva kan denne studien bidra med?

Det kan altså tyde på at besøkene oppleves generelt positive, men det er vanskelig å bevise effekt på bestemte mål.

Førland og Skumnes (2017) nevner i sin kunnskapsoppsummering at det blant annet trengs mer forskning på hvilke elementer som er særlig virkningsfulle for ulike målgrupper, og hvilken betydning hjemmebesøker sin kompetanse har for resultatene av besøket. Tøien (2019) sier i sin doktorgradsavhandling at det bør forskes videre på erfaringer med ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk. Denne litteraturstudien vil ikke være et direkte svar på disse spørsmålene, men jeg ønsker å gå gjennom kvalitativ forskning for å se om jeg kan finne svar på hva som ligger bak resultatene. Der de eldre har positive erfaringer ønsker jeg å vite hva de selv beskriver som viktig for at det skal være nettopp positivt eller nyttig. For å kunne planlegge gode tjenester i kommunen er dette viktig å vite noe om.

4 Teori

Jeg vil i dette kapittelet drøfte noen temaer som jeg mener er aktuelle for å belyse viktige sider av forebyggende hjemmebesøk til eldre, og som kan være aktuelle for drøfting av funnene i studien.

4.1 Forebyggende helsearbeid

Forebyggende helsearbeid handler om flere faktorer. Det dreier seg om å forebygge sykdom, skade og tidlig død, men det handler også om å fremme folks helse slik at helsen blir en positiv ressurs i deres hverdag. Helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid har gjerne blitt sett på som motsetninger. Dette er to ulike måter å tenke forebygging på, men de bør ifølge Mæland (2021) sees på som komplementære tilnærminger i folkehelsearbeidet. Til det helsefremmende arbeidet ligger gjerne det å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling, det å styrke befolkningens motstandskraft mot helserisiko, det å stimulere folks egen evner til best mulig mestring, fungering og kontroll og det å bidra til best mulig livskvalitet for folk. Sykdomsforebygging handler mer spesifikt om det å sette fokus på enkelte sykdommer eller skader, og hvordan de kan forebygges.

Tabell 4-1. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid – prinsipielle forskjeller

	Sykdomsforebygging	Helsefremmende arbeid
Teoretisk modell	Biomedisinsk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskapelig	Samfunnsvitenskapelig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsbasert medvirkning

(Mæland, 2021, p. 17)

Forebyggende hjemmebesøk blir sett på som en anledning til å komme i posisjon for begge disse tilnæringsmåtene. En kan fremme helse ved å legge til rette for bedre mestring av ADL, eller en

kan hjelpe med tilrettelegging for sosial kontakt. En kan også avdekke områder der en har mulighet for å forebygge sykdomsutvikling eller skader, som for eksempel fall.

I helsefremmende arbeid ser en på helse både som et mål i seg selv, og som et middel til å oppnå andre mål som overskudd, og dermed muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling og dermed økt livskvalitet. Empowerment er et sentralt begrep i helsefremmende arbeid. Det handler om makt og kontroll over egen helse. Brukermedvirkning er dermed en avgjørende faktor i denne måten å tenke forebygging på, og avhenger av en demokratisk medvirkning fra den det angår. Det å underbygge et menneskes egne ressurser og jobbe mot mål som er viktige for den enkelte blir derfor viktig. Med mestring forstår vi at kravene fra omgivelsene ikke overstiger det mennesket selv har av ressurser til å håndtere disse kravene, og dermed mestre sin egen hverdag (Johnsen et al., 2021). Gjennom forebyggende hjemmebesøk kan vi få muligheten til å kartlegge behov og dermed gi tilbud og for eksempel hjelpemidler som reduserer krav til fysisk helse. For eksempel kan en arbeidsstol gjøre en ustødig 80-åring kan fortsette å lage mat selv. Dette kan bidra til å fremme helse og mestring, og gi eldre mulighet til å leve et aktivt og selvstendig liv også når helsen blir redusert (Helse-og omsorgsdepartementet, 2016). Ifølge Johansen et al. (2021) krever det både faglig og personlig kompetanse for å ivareta kartlegging og foreslå tiltak for å øke mestringsevnene uten å krenke individet. Det å være et medmenneske og forstå den som skal hjelpes, og være oppmerksom og bevisst i samtalen slik at en oppfatter hva som foregår og hva som blir sagt, er en viktig del av den profesjonelle kompetansen. Førland (2017) fant studier fra både Norge og Canada som pekte på at personlig og profesjonell kompetanse hos de som gjennomfører besøkene er et av virkemidlene som må til for at forebyggende hjemmebesøk skal være vellykket og ha en nytteverdi.

Det er vanskelig å føre bevis for at forebyggende tiltak har effekt, men det betyr ikke at resultater av forebyggende innsats ikke viser igjen. En bør ha et «føre-var»-prinsipp som betyr at vi må akseptere en viss usikkerhet i forhold til effekt av forebyggende tiltak, og at det kan være uetisk å ikke jobbe forebyggende dersom det finnes gode grunner som taler for. Risiko for bivirkninger av forebygging er lav, men argumenter som taler imot er blant annet usikkerhet i forhold til utgifter sammenlignet med nytte (Mæland, 2021).

4.2 Helsekompetanse

For å styrke eldres helse er helsekompetanse et viktig tema å ha fokus på og ha kunnskap om i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Internasjonalt har begrepet health literacy blitt benyttet om den enkeltes kunnskap, motivasjon og evne til å tilegne seg, forstå, evaluere og be om helseinformasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet et norsk begrep og en tilhørende definisjon. De kaller det helsekompetanse, og definerer det slik: «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, p. 3). Helsekompetanse styrker altså den enkeltes evne til å mestre ulike livssituasjoner, som for eksempel når en som frisk skal forholde seg til informasjon om tiltak som kan virke helsefremmende og som bidrar til å opprettholde og bevare funksjon. I tillegg til at helsekompetanse avhenger av den enkeltes situasjon, erfaring og utdanning, vil også måten informasjonen presenteres være av betydning. Spesielt når det gjelder personer og grupper som er avhengige av andre for å ivareta egen helse eller oppsøke helsetjenester er dette avgjørende. Helsekompetanse avhenger dermed også av forhold utenfor personen selv. Dette må tas hensyn til når en utvikler helse- og omsorgstjenester. En må ta hensyn til at det skal være enkelt å finne fram til rett tilbud, og at tilbudet er tilpasset den enkeltes helsekompetanse.

Det er også viktig å fokusere på digital helsekompetanse. I et stadig mer digitalisert samfunn er det viktig å ha digital kompetanse for å kunne søke opp, finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon fra elektroniske kilder. Det er nyttig å kunne bruke digitale verktøy i oppfølging av egen sykdom. Dårligere helse, svakere oppfølging av egen sykdom og lavere kunnskap om egen sykdom og legemiddelbruk, større sykdomsforekomst og hyppigere sykehusinnleggelseser er konsekvenser som er forbundet med lav helsekompetanse (Jenum & Pettersen, 2014). Noen grupper har dårligere forutsetninger for å tilegne seg helsekompetanse. Dette kan gjelde blant annet personer med nedsatte lese- og skriveferdigheter, manglende språkferdigheter (for eksempel enkelte innvandrergupper), personer med lav digital kompetanse eller ulike grader av kognitiv svikt. Manglende helsekompetanse i befolkningen har vist seg å ha betydelige økonomiske konsekvenser i samfunnet. Dette er derfor viktig å fokusere på også i et bærekraftperspektiv.

Helsekompetanse bidrar til å gi folk forutsetninger for å treffe sunne livsstils-valg og det gir forutsetninger for egenbehandling og mestring av kroniske sykdommer, og også forbigående ufarlige sykdommer. Det kan også sette flere i stand til å bruke tilgjengelige tjenester på en god måte, og det bidrar til å redusere sosial ulikhet når det kommer til helse. For å øke helsekompetansen til den enkelte har det stor betydning hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienter. Dette er det derfor viktig at helsepersonell har kunnskap om og er bevisste på. Det er svært viktig at informasjonen fra helse- og omsorgstjenestene har et klart og tydelig språk som er lett å forstå for alle. I arbeidet med å øke helsekompetansen i befolkningen er det nevnt mange punkter. Det som er mest aktuelt å i forbindelse med forbyggende hjemmebesøk, er det å sørge for at informasjon som blir gitt er tilpasset brukernes helsekompetanse muntlig og skriftlig. Kartlegging av helsekompetanse bør derfor inngå i den helhetlige kartleggingen for å kunne gi personsentrert helsehjelp. Det er avgjørende å bruke et klart språk både i invitasjoner og i annen informasjon, og det er viktig at alle som har behov for tolketjenester får dette. Pasientopplæring er viktig for å styrke pasienters egen mestring av helsetilstand (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). At helsepersonell har kunnskap om helsekompetanse er viktig, og dette synliggjøres ved å innlemme denne kompetansen i utdanningen til blant annet avansert klinisk allmennsykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2020).

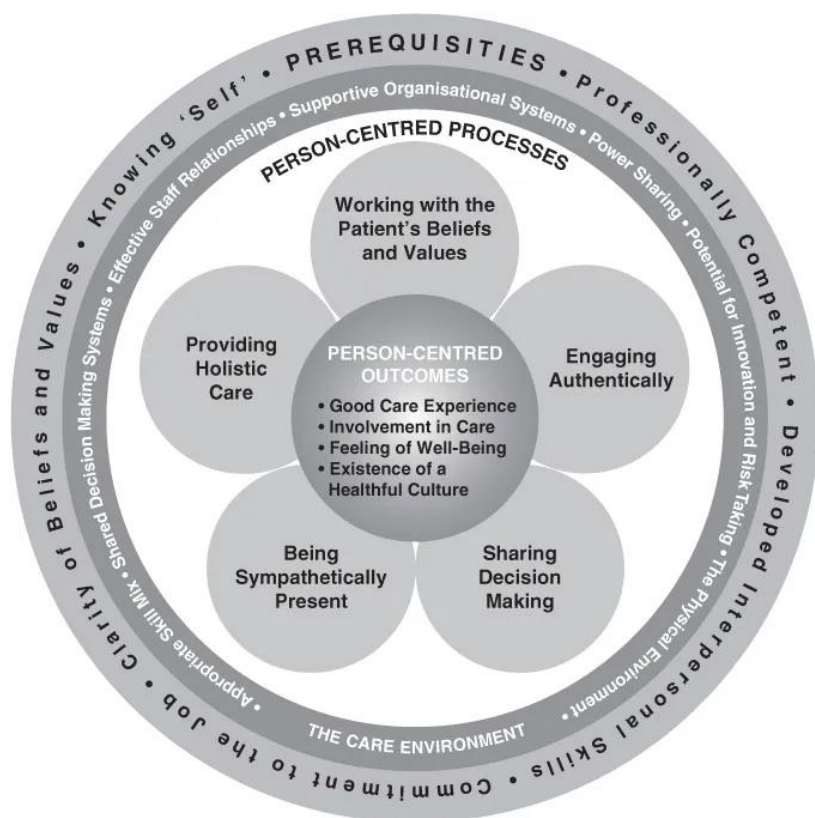
4.3 Personsentrert sykepleie

Som det beskrives i kapittelet over, er det viktig å tilpasse kommunikasjonen og informasjonen til den enkelte. Dette kan kalles for personsentrert tilnærming eller personsentrert sykepleie. De siste årene har det blitt stadig større fokus på det å jobbe personsentrert i helsevesenet. Dette handler om at vi behandler personer som individer. Vi respekterer deres rettigheter som mennesker, bygger gjensidig tillit og forståelse, og utvikler terapeutiske relasjoner. Krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og rett til tilpasset informasjon etter individuelle forutsetninger er nedfelt i norsk lov (Helsepersonelloven, 2000; Pasientrettighetsloven, 2001).

Det å jobbe personsentrert blir viktig i forebyggende hjemmebesøk for å komme i posisjon til å være en støtte for de som får besøk. Som nevnt er forebyggende helsearbeid noe som bør foregå i en prosess sammen med den som mottar helsehjelpen, og det som er viktig for den enkelte er det

som blir styrende for hvor en bør fokusere tiltakene. For å kunne jobbe personsentrert er det noen egenskaper hos sykepleieren som er viktige.

Figur 4-1. Personsentrert sykepleie



Figuren viser rammeverk for personsentrert sykepleie fra ytterst til innerst: 1: forutsetninger med fokus på sykepleiers egenskaper. 2: omsorgsmiljøet, konteksten som omsorgen blir gitt i. 3: den personsentrerte prosessen; gi omsorg gjennom ulike tilnærminger. 4: forventede utfall av det å ha gitt personsentrert sykepleie. (McCormack & McCance, 2010, p. 34)

Å jobbe personsentrert handler om å være kompetent, altså inneha kunnskap, ferdigheter holdninger og verdier som gir en bred og helhetlig yrkesutøvelse. Godt utviklede mellommenneskelige egenskaper som gir evne til å kommunisere på flere nivåer er viktig. Også det å være dedikert til jobben, og ha klarhet i egne holdninger og verdier beskrives som betydningsfullt. I tillegg til egenskaper hos den enkelte helsearbeider beskrives også forhold på det enkelte tjenestested som viktig. Kulturen på den enkelte arbeidsplass, den samlede kompetansen, og

måten en samarbeider på har betydning for i hvor stor grad en greier å jobbe personsentrert (McCormack & McCance, 2010).

Viktigheten av dette understrekes av myndighetenes fokus på «pasientens helsetjeneste» og at en personsentrert tilnærming er av stor betydning. En ønsker at pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og at «hva er viktig for deg?», er førende både i utviklingen av helse- og omsorgstjenester og i møtet med den enkelte pasient (Meld.St.7(2019-2020)).

5 Metode

5.1 Design

For å finne svar på mitt forskningsspørsmål, har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie. Jeg har fulgt metodikken fra systematisk litteraturstudie selv om noen områder ikke er tilfredsstillt (Aveyard, 2019). Det er gjort flere kvalitative studier på eldres erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. Basert på resultatene i disse studiene, vil jeg søke å finne svar på min problemstilling. Jeg tar utgangspunkt i Aveyard sin framgangsmåte for litteraturstudie (Aveyard, 2019). Målet med kvalitativ forskning er blant annet å beskrive folks erfaringer og motivasjoner. Målet blir det samme med en litteraturstudie, men da ved å syntetisere på tvers av primærstudier (Folkehelseinstituttet, 2022). Hensikten med en litteraturstudie er å oppsummere tilgjengelig litteratur, og presentere en analyse av dette. Eksisterende forskning blir på denne måten mer tilgjengelig for flere ved at alle ikke trenger å lese alt. Gjennom litteraturstudier kan en få større oversikt over forskningsmassen. Dette kan igjen gi økt innsikt i, og muligheter for nye konklusjoner på et bestemt område (Aveyard, 2019). Gjennom min studie håper jeg å finne ny kunnskap på bakgrunn av eksisterende kunnskap om forebyggende hjemmebesøk.

5.2 Utvalg

Mitt forskningsspørsmål er av kvalitativ art, og jeg skal derfor bruke kvalitative studier til å finne svar på dette spørsmålet. Ifølge Polit og Beck (2021) er primære studier den viktigste type informasjonskilde for en forskningsgjennomgang (Polit & Beck, 2021).

I tillegg er det nødvendig å definere detaljerte kriterier for hvilke studier jeg vil inkludere i min studie, og hvilke som blir utelatt. Dette er viktig for å fokusere på den litteraturen som kan gi svar på forskningsspørsmålet, legge grunnlag for et strategisk søk, og dermed unngå å spore av. I tillegg kan det hjelpe lesere til å se om studien inkluderer det de ønsker å lese om da det gir detaljer på hva det er søkt etter. Flere hensyn må tas, både for å få et bredt nok søk til å svare på forskningsspørsmålet, men også for å avgrense søket i forhold til kapasitet og avsatt tid til å gjennomføre studien (Aveyard, 2019).

Inklusjonskriterier

- Artikler fra Europa, Canada, Australia og USA
- Engelsk og skandinaviske språk
- Kvalitative artikler
- Publiserte artikler
- Studier som omfatter personer over 65 år
- Artikler som er nyere enn 15 år
- Artikler som omhandler forebyggende hjemmebesøk uavhengig av valgt modell eller fokusområde

Eksklusjonskriterier

- Artikler fra andre land enn de nevnt i inklusjonskriteriene
- Masteroppgaver, guidelines og andre dokumenter
- Artikler som omhandler spesifikke diagnoser

5.3 Søkestrategi

Det er anbefalt å få veiledning av bibliotekar når en skal velge ut databaser og utarbeide søkestrategi (Aveyard, 2019; Polit & Beck, 2021). Utvalget av databaser til søket mitt ble gjort på bakgrunn av veiledning fra bibliotekar og veiledningsseminar. Cinahl, Embase og Medline er store referansedatabaser som omfatter sykepleie, medisinske fag og farmakologi. Psyk info har mye kvalitativ forskning som jeg leter etter. Web of Science dekker flere fagområder, og jeg har fått ulike anbefalinger når det gjelder å bruke denne databasen da den ikke er spesifikk for sykepleie eller medisinsk forskning. Jeg valgte å ta den med for å ikke utelukke eventuelle studier. Idunn er fortrinnsvis forskning utgitt på norsk og andre skandinaviske språk. Jeg har ikke søkt i databaser som i hovedsak har oppsummeringer (som Cochrane) da jeg kun var ute etter primærstudier. Søkeord er funnet ved å sette opp PICO-skjema med utgangspunkt i mitt forskningsspørsmål. Jeg har også sett etter emneord og nøkkelord som er brukt i relevante artikler. I tillegg har jeg prøvd meg litt fram med ulike kombinasjoner og nye ord for å se om jeg kunne finne flere treff på aktuelle artikler.

Tabell 5-1. PICO - skjema

Database	Person		Intervention	Comparence	Outcome
Cinahl Embase Medline Psyk info	Elderly Aged/aged Aged, 80 and over Older people Older adults Home dwelling	AND	Preventive home visit* Preventive health care Home visit* House call* Home care	-	-
WOS	Older Aged Elderly	AND	Preventive home visits		
Idunn	Eldre	AND	Forebyggende hjemmebesøk		
	OR		OR		

Tabell 5-2. Søkestrategi:

1	Elderly
2	Aged/aged
3	Aged, 80 and over
4	Older people
5	Older adults
6	Home dwelling
7	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6
8	Preventive home visit*
9	Preventive health care
10	Home visit*
11	House call*
12	Home care

13	10 OR 11 OR 12
14	9 AND 13
15	8 OR 14
16	7 AND 15

Denne søkestrategien ble brukt i Cinahl, Embase, Medline og PsykInfo. I WOS og Idunn ble det gjort enklere søk med ordene vist i PICO-skjema. Søk nr 14 og 15 ble gjort på måten som er beskrevet i tabellen for å spisse mot forebyggende hjemmebesøk til eldre, da det er veldig mange treff på ulike typer hjemmebesøk. Dette ble gjort etter veiledning fra bibliotekar og gjorde søket mer målretta

Jeg har forsøkt å legge til søkeordene «experience» og «opinion» for å begrense til de eldres erfaringer. Dette begrenset søket veldig, og jeg gikk bort fra det i fare for å miste relevante artikler. Det er gjort enkelte søk med et og et ord om gangen fra «I»-kategorien i pico-skjema. Dette for å se om det kunne gi flere eller andre treff. Det ble ikke funnet andre artikler på denne måten.

Jeg fikk i starten uoverkommelig mange treff, og har fått hjelp av bibliotekar til å kombinere ordene for å spisse søket noe. Ved å sette OR mellom home visit, house call og home care, og deretter kombinere dette med AND preventive health care er målet å unngå artikler som omhandler hjemmebesøk som ikke angår forebygging. Dette har hjulpet godt med å spisse søket.

Jeg har søkt med ulike kombinasjoner og kombinasjoner av færre av søkeordene om gangen. I Medline har jeg søk på older persons og preventive home visits, og fant da ytterligere en aktuell artikkel (Tøien et al., 2014)

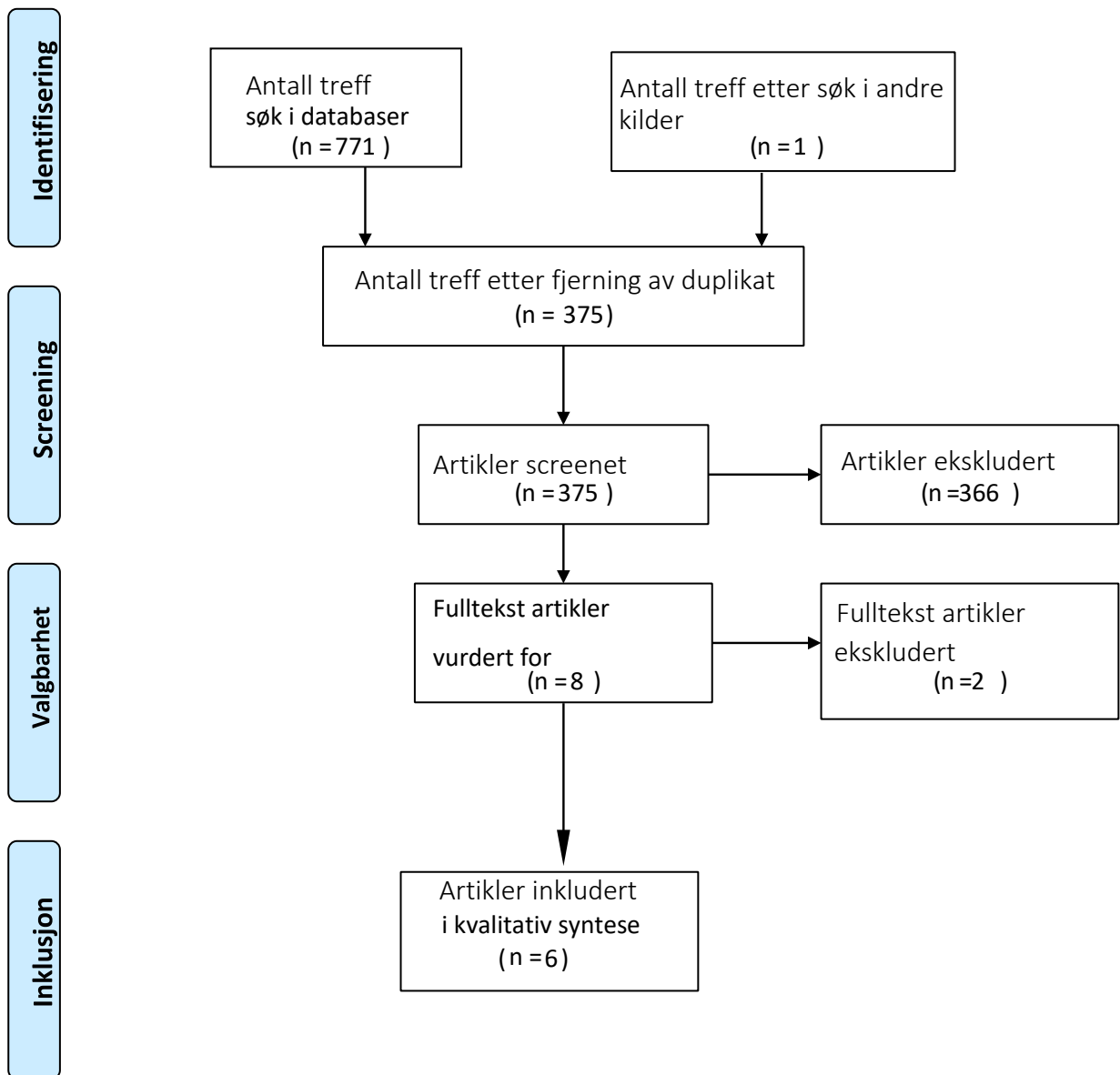
Jeg oppdaget at jeg ikke fant norske artikler som jeg trodde fantes. Jeg gjorde derfor et enkelt søk i Idunn (søkeord: forebyggende hjemmebesøk og eldre) der jeg fikk 28 treff. To av disse var antatt aktuelle, men bare en ble inkludert til slutt da det viste seg at den ene var en fagartikkel, og ikke en studie. I tillegg har jeg også funnet en artikkel (van Kempen et al., 2012) via referanseliste på en artikkel av A. Herrler et al. (2022) fra det opprinnelige søket.

Søkestrategien i WOS og Idunn er enklere med færre søkeord. I WOS ble dette gjort på bakgrunn av råd fra bibliotekar. Hun begrunnet dette med at det var en stor og vid database som gav veldig mange treff, og det var derfor hensiktsmessig med et begrenset søk.

Etter søk som beskrevet i søkestrategi fikk jeg totalt 771 treff. Etter fjerning av duplikat stod jeg igjen med 374 treff, samt et treff etter søk i referanselister. 366 av disse ble ekskludert på grunn av at studiene var gjort før 2007, og på grunn av nasjonalitet (for det meste japanske studier). Flere av de studiene jeg fikk treff på, var heller ikke relevante på grunn av tema eller fordi det ikke var kvalitative studier som jeg var ute etter. Etter siling på overskrifter og abstracts satt jeg igjen med ni kvalitative studier som jeg søkte opp fulltekst på. Et av treffene jeg fikk, viste seg å være en posterpresentasjon fra en konferanse, og det fantes ikke fulltekst. En annen utført av forskere tilknyttet Danmark, viste seg å være gjort i Japan. Denne ble derfor utelukket på grunn av eksklusjonskriteriene mine. Jeg hadde da 7 artikler igjen som ble analysert. Etter første analyse-
runde så jeg at en av artiklene ikke hadde direkte relevans for mitt forskningsspørsmål. Denne ble derfor ekskludert. Alle artiklene jeg fant var på norsk eller engelsk, så ingen ble utelatt på grunn av språk. Jeg satt da igjen med 6 aktuelle artikler. Søket ble avsluttet i september 2022 (23/9).

Prisma- skjema

Figur 5-1; prisma skjema



Tabell 5-3. Litteratormatrise

Artikkel (forfatter, år, nasjonalitet)	Metode	Deltakere	Intervensjon	Analyse	Hovedfunn
B. A. Sjøbø, S. Teigen, H. Alvsvåg and O. Førland 2016 Norge	Kvalitativ studie Semi- strukturerte intervjuer	15 eldre, åtte kvinner og syv menn	Forebyggende hjemmebesøk i fire ulike kommuner.	Fenomenolo gisk- hermeneutis k tilnærming	Fire hovedtemaer av de eldres erfaringer med hjemmebesøk: -Vage forventninger -Å oppleve seg sett -Nyttige råd og påminnelser -Å oppleve trygghet etter å ha fått en kontaktperson i kommunen
A. Nivestam, P. Petersson, A. Westergren and M. Haak 2012 Sverige	Kvalitativ studie Semistrukturert e intervjuer	13 eldre personer, medianalder 77 år. Hjemmeboend e og hadde fått forebyg- gende hjemme-besøk	Forebyggende hjemmebesøk Helsefremmen de og sykdomsforeb yggende fokus	Innholds analyse	Å bli myndiggjort og anerkjent som person -Følelse av kontroll -Føle seg anerkjent -Følelse av å være forberedt
M. Toien, M. Heggelund and L. Fagerstrom 2014 Norge	Kvalitativ studie Semistrukturert e intervjuer	10 mottakere av FHB De med kognitiv svikt ekskludert	Forebyggende hjemmebesøk en gang siste år	Innholdsanal yse Tematisk analyse	Eldre personers forståelse av hensikten med forebyggende hjemmebesøk varierer -Eldre får informasjon og en kommunal kontaktperson -Evaluering av eldres helse og omgivelser -Oversikt over eldres helse og hjemmesituasjon for helseledere -Hjelp og støtte til helse og selvstendig liv -Uklar oppfatning av meningen med tilbudet, og liten tid til å forberede seg En god og tillitsfull relasjon -En god dialog -Varierende behov
M. Toien, I. T. Bjork and L. Fagerstrom 2015 Norge	Kvalitativ studie Semistrukturert e intervjuer	10 mottakere av FHB	Forebyggende hjemmebesøk flere ganger siste seks år	Innholdsanal yse Tematisk analyse	Opplevde fordeler med forebyggende hjemmebesøk: -Å føle seg trygg -Å håndtere dagliglivet -Å leve godt -Å være noen
L Behm, S.D Ivanoff, L Ziden 2013 Sverige	Kvalitativ studie Semistrukturert e intervjuer	17 eldre mellom 80 og 92 år, hjemmeboend e uten hjelp. Kognitivt intakte	Strukturerte forebyggende hjemmebesøk. Hensikt: opprett kontakt og oppdage umøtte behov	Fenomenogr afisk Tematisk analyse (Dalhgren/Fa llsberg)	-FHB gjorde meg synlig og beviste min menneskelige verdi -FHB gav meg følelse av trygghet -FHB gav meg insentiv til handling -FHB var ikke noe for meg

		12 kvinner, 5 menn			
J. A. van Kempen, S. H. Robben, S. U. Zuidema, M. G. Olde Rikkert, R. J. Melis and H. J. Schers , 2012 Nederland	Kvalitativ studie Semistrukturerte intervju	11 skrøpelige eldre over 65 år 11 pårørende	Forebyggende hjemmebesøk	Grounded theory-tilnærming Ingen store ulikheter mellom svar fra pasienter og pår	Behov for forebyggende hjemmebesøk -Får tid til personlig oppmerksomhet -Økt tillit til ansatte i primærhelsetjenesten på grunn av en tillitsfull og god pasient- helsearbeider-relasjon -Ikke alle var overbevist om verdien til forebyggende hjemmebesøk Preferanser for forebyggende hjemmebesøk -Fokus på psykososial helse, «wellbeing» -Pasientsentrert omsorg -Kontinuitet av helsearbeidere -Godt pasient-helsearbeider-forhold basert på tillit. -Helsearbeiders kompetanse på eldre -Besøk bør foretas hjemme

Det kom ikke fram i alle artiklene hva slags type forebyggende hjemmebesøk den eldre hadde mottatt, altså hvilket fokus besøket hadde, og hvor mange besøk de ble tilbudt.

5.4 Kritisk vurdering av artiklenes kvalitet

Kritisk vurdering er en strukturert måte å vurdere styrker og svakheter ved en studie. Dette kan hjelpe når en skal vurdere hvor stor vekt det bør legges på hver enkelt artikkel som er inkludert i studien, eventuelt om studien er så svak at den bør utelukkes helt (Aveyard, 2019).

I en kvalitativ studie har ikke leseren adgang til informasjon som kan bekrefte at forskeren har gjort gode og innsiktsfulle vurderinger når de har analysert datamaterialet sitt. Sitater som eksempler kan gjøre det noe lettere, men det er begrenset hvor mange sitater som kan være med i artikkelen, og det gir derfor en noe begrenset innsikt i datamaterialet. Prosessen bak det å trekke mening ut av datamaterialet kan også være noe diffus og vanskelig å beskrive. Det kan derfor være vanskelig å vurdere kvalitative studier (Polit & Beck, 2021).

Det kan være utfordrende å kritisk vurdere forskning. Det er lett å enten bli for naiv og stole på alt som andre har gjort, eller å dømme for strengt i den tro at alt må kritiseres (Aveyard, 2019). Jeg har derfor begrunnet de punktene jeg ikke har svart «ja» på i tabellen.

Jeg har brukt sjekklistene for kritisk vurdering fra FHI (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2020). Disse listene er inspirert av sjekklistene «CASP checklists: 10 questions to help you make sense of qualitative research» (CASP, 2022) som er anbefalt til kvalitativ forskning av Cochrane sin håndbok (Higgins et al., 2022)

Jeg har seks studier inkludert i min oversikt. Totalt er det 87 informanter i disse seks studiene, og jeg ser på det som et god antall totalt.

Tabell 5-4. Kritisk vurdering av de artiklenes kvalitet

Artikkel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
Tøien et.al 2014	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig	Høy
Sjøbbø et.al 2016	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig	Høy
Van Kempen et.al, 2012	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Nyttig	Høy
Behm et.al 2013	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Nyttig	Høy
Nivestam et.al 2021	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig	Høy
Tøien et.al 2015	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nyttig	Høy

Nummer på øverste rad i tabellen tilsvare spørsmålene i skjema for kritisk vurdering. 1: Er formålet med studien klart formulert?, 2: er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillingen?, 3: Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?, 4: Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?, 5: Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?, 6: Ble det gjort rede for

bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?, 7: Er etiske forhold vurdert?, 8: Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?, 9: Er funnene klart presentert?, 10: Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Behm et al. (2013): Jeg har satt «uklart» på spørsmål nr 7 angående etiske forhold. Det er beskrevet at deltakerne har gitt informert samtykke, men det er ikke diskutert videre etiske utfordringer, eller om studien er godkjent av aktuelle etiske komiteer.

Van Kempen et al. (2012): Jeg har satt «uklart» på spørsmål 8 ang om det går klart fram hvordan analysen er gjennomført. Det er ikke beskrevet hvilken tilnærming innen grounded theory som er brukt. Dette mener Polit og Beck (2021) er nødvendig.

Jeg har ikke klart å finne noen eksakte kriterier for hvordan en oppsummerer vurderingen av hver enkelt artikkel i forhold til om den er av høy, moderat eller lav kvalitet. Jeg har derfor valgt å sette høy kvalitet på de som har 9 eller ti «ja», 6-8 «ja» har jeg satt til moderat, og lavere enn dette har jeg satt til lav kvalitet. Jeg fant ingen artikler med moderat eller lav kvalitet, og ingen har derfor blitt ekskludert på bakgrunn av kritisk vurdering.

5.5 Analyse

Analysen er utført som en tematisk analyse inspirert av Helen Aveyards (2019) beskrivelse av metoden. Tematisk analyse handler om å identifisere temaer i dataene. Dette innebærer at flere data med tydelige fellestrekk blir samlet i grupper kalt tema. Disse temaene utgjør så svarene på forskningsspørsmålet. Når en analyserer flere artikler på denne måten, kan en se om samme tema går igjen i flere artikler. Dersom et tema bare kommer fram i et fåtall av artiklene, kan det kanskje ikke tillegges like mye vekt som et tema som går igjen i alle eller flesteparten av artiklene.

Resultatene kan derfor måtte tillegges ulik vekt. Det har også en sammenheng med hvordan artiklene som frambringer resultatene har skåret på kritisk vurdering. En artikkel med lav skår på dette blir kanskje tillagt mindre vekt i oppsummeringen av resultatene (Aveyard, 2019). I min studie fant jeg ikke nevneverdig ulikhet i kvalitet, og har derfor vektlagt artiklene likt.

Resultatdelen av de inkluderte artiklene ble lest på nytt, og jeg markerte alle setninger eller deler av setninger som kunne bidra til å svare på mitt forskningsspørsmål. Tekstutdragene jeg brukte satte jeg inn i en tabell i venstre kolonne. I kolonnen til høyre beskrev jeg med egne ord hva tekstutdraget handlet om. Aveyard (2019) kaller dette beskrivelse av resultat, som videre skal samles til tema. Etter at jeg hadde funnet beskrivelser til hele resultatkapittelet i alle artiklene, lette jeg etter måter å samle dette til tema på. Det var flere beskrivelser som handlet om det samme, og disse ble da samlet til tema.

Det å samle de første beskrivelsene til tema, er det viktig å være nøye med. En må hele tiden sjekke med den opprinnelige teksten i artikkelen at meningen ikke blir endret på. Det å være alene om denne prosessen øker risikoen for ensidig tenkning og kanskje feil. Veileder på oppgaven har derfor vært med å diskutere tematiseringen av resultatene for å kvalitetssikre dette. Tabell 4 og 5 viser et eksempel på beskrivelse og tematisering. Tabell 4 viser hvordan et utdrag av teksten har blitt til en setning som beskriver hva dette utdraget handler om. Tabell 5 viser hvordan jeg har funnet flere beskrivelser som omhandler samme tema. Disse har blitt samlet i overordnede temaer.

Tabell 5-5. Eksempel på tekstutdrag med beskrivelse

Utdrag fra resultatdelen i Behm et al. (2013)	Mitt tema/beskrivelse
The PHV could also help the participants to get assistive devices, for instance, a shower stool, which made them feel safer in daily activities. The participants said that the PHV could decrease feelings of worry, thus increasing their chances of remaining in their own homes. Altogether this gave the participants a feeling of security.	Hjelp til å skaffe hjelpemidler

Venstre kolonne er utdrag av teksten i resultatdelen av artikkelen. I det opprinnelige dokumentet ble hele resultatdelen limt inn her, og flere koder beskrevet i høyre kolonne.

Tabell 5-6. Tematisering

Praktisk hjelp	<p>Å få praktisk hjelp til å skaffe hjelpemidler</p> <p>Hjelp til å skaffe trygghetsalarm</p> <p>Hjelp til å opprettholde aktiviteter som er viktige for livskvalitet og glede.</p> <p>Hjelp til å skaffe hjelpemidler</p> <p>Informasjon om hjelpemidler</p>
-----------------------	---

Eksempel på tema som er satt på bakgrunn av innhold med felles mening. De ulike fargene representerer ulike artikler. Dette gjorde det lett å finne temaene igjen i de opprinnelige artiklene. Temaet «praktisk hjelp» ble i nest omgang samlet under hoved-tema «Besøket er tilpasset meg og mine behov».

Til slutt har jeg laget en tabell som viser oversikt over hvilke temaer jeg har funnet i hvilke artikler. Begge hoved-temaene ble beskrevet i alle artiklene.

Tabell 5-7. Oversikt over temaer funnet i hver artikkel

Hovedtema	Å ha en kontaktperson jeg har tillit til				At besøket er tilpasset meg og mine behov					
Undertema		1	2	3		4	5	6	7	8
Artikkel										
Tøien et al. (2014)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Tøien et al. (2015)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Behm et al. (2013)	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Van Kempen et al (2012)	X	X	X	X	X	X		X		X
Sjøbø et al. (2016)	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Nivestam et al.(2021)	X	X			X	X	X	X	X	

Undertema: 1: Å vite hvem jeg kan kontakte 2: Å ha en kunnskapsrik samtalepartner jeg har tillit til 3: At jeg blir sett og fulgt opp 4: Å få samtale om helse, sykdom og forebygging 5: Å få støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet 6: Å få informasjon om rettigheter og muligheter 7: Å få praktisk hjelp til det jeg trenger 8: Besøket oppleves ikke alltid nyttig

6 Resultater

Resultatene er funnet på bakgrunn av seks artikler med til sammen 87 informanter. 11 av disse var pårørende til eldre som hadde mottatt forebyggende hjemmebesøk. Resten var eldre som selv hadde mottatt dette tilbudet i en eller annen form. Det er ikke konkret beskrevet i artiklene hvilket fokus det var for det forebyggende hjemmebesøket de hadde fått. På bakgrunn av at vi vet det finnes flere ulike tilbud, må vi gå ut fra at det har vært ulikheter i innhold i besøkene og antall besøk. Det er gjort intervjuer med noen som har fått et besøk (Tøien et al., 2014), og noen som har fått flere besøk (Tøien et al., 2015). Fire av artiklene har ikke beskrevet antall besøk. Tre av studiene er gjort i Norge, to i Sverige og en i Nederland.

I analysen har jeg leita etter hva de eldre selv beskriver som viktig for at forebyggende hjemmebesøk skal oppleves som nyttig. Tolkningen av hva som ligger bak dette, hva som bidrar til at nettopp disse elementene oppleves nyttig, tas opp igjen i diskusjonen.

To hovedtemaer peker seg ut som resultater av denne litteraturstudien. I all hovedsak ser de eldre nytte av hjemmebesøkene. De beskriver at det som er viktig for å oppleve nytte av forebyggende hjemmebesøk er det å ha en kontaktperson de har tillit til og at besøket er tilpasset den enkeltes individuelle behov. Disse to temaene har også underkategorier som sier noe om at de har nytte av å vite hvem de kan kontakte, at de har en kunnskapsrik samtalepartner og at de blir sett og fulgt opp. De sier også noe om nytte av å få snakke om det som opptar dem angående helse, sykdom og forebygging, samt at de får støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet. De har også stor nytte av informasjon og av praktisk hjelp. I tillegg har også noen gitt uttrykk for at forebyggende hjemmebesøk ikke var noe for dem. Forfatterne av de artiklene som har nevnt dette, mener at dette gjelder et mindretall. Tre av artiklene nevner ikke dette i det hele tatt.

Tabell 6-1. Oversikt over temaer med under-temaer

Overordnede tema	Under-tema
Å ha en kontaktperson jeg har tillit til	<ul style="list-style-type: none">- Å vite hvem jeg kan kontakte- Å ha en kunnskapsrik samtalepartner jeg har tillit til- At jeg blir sett og fulgt opp
At besøket var tilpasset meg og mine behov	<ul style="list-style-type: none">- Å få samtale om helse, sykdom og forebygging- Å få støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet- Å få informasjon om rettigheter og muligheter- Å få praktisk hjelp til det jeg trenger.- Besøket oppleves ikke alltid nyttig.

6.1 Å ha en kontaktperson jeg har tillit til

Det å ha en kontaktperson å forholde seg til er det temaet som er mest omtalt i alle artiklene. Dette temaet ble delt opp i tre under-tema.

6.1.1 Å vite hvem jeg kan kontakte

I alle artiklene beskrives det at de eldre som ble intervjuet satte pris på å ha en person de visste at de kunne kontakte dersom det skulle oppstå behov. Ikke alle opplevde å ha store utfordringer på det tidspunktet hjemmebesøket ble gjort, men det gav dem trygghet å vite at de kunne kontakte noen om behovet skulle endre seg. Det at de kunne kontakte en de allerede hadde stiftet bekjentskap med gav ekstra trygghet. En informant sa det på denne måten: "It is great for us to have a contact to call rather than to call a switchboard should there be something. It is reassuring" (Tøien et al., 2014, p. 4). Det å føle seg trygg ble av noen beskrevet som det viktigste for å oppleve god helse, og det ble sagt at en kjent kontaktperson bidro til dette. Det å vite hvem en skulle ringe, og samtidig være trygg på at en ville få hjelp var veldig viktig og bidro til trygghet. Det ble også uttalt at tryggheten ved å vite at du kunne få hjelp ved behov, gjorde at en kunne slappe av, og dermed ble kanskje behovet for hjelp utsatt (Tøien et al., 2015). Også i Nivestam et al. (2021) sin studie blir det å vite hvor og til hvem en kan henvende seg ved framtidige behov beskrevet som

viktig for de eldre. Det å få kontaktinformasjon til en person i nærområdet, gav en følelse av trygghet. En informant beskrev at når en når en viss alder, du får større behov, og du er usikker på hvordan framtiden skal bli, da er det viktig å føle at du har noen å kontakte, og at det er hjelp å få. Behm et al. (2013) sine informanter kobler også det å ha en kontaktperson opp mot det å føle seg trygg. Det å vite hvor og til hvem en kan henvende seg hadde stor betydning for opplevelsen av å være trygg. Det at informasjonen ble gitt både skriftlig og muntlig når besøker var til stede var av betydning. Informanter trodde at dersom de hadde fått informasjonen bare skriftlig i posten ville det vært vanskeligere å ta til seg informasjonen og forstå den. Når de fikk treffe kontaktpersonen ansikt til ansikt gav det dem økt trygghet i forhold til at de kjente den de kunne kontakte senere ved behov. Van Kempen et al. (2012) fant også at kontinuitet av sykepleier som kom på besøk, var viktig for dem som mottok flere hjemmebesøk. Også de fleste informantene i Sjøbø et al. (2016) sin studie oppgav at det gav trygghet å få en kontaktperson i kommunen som de kunne forholde seg til: «...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!» (Sjøbø et al., 2016, p. 54).

6.1.2 Å ha en kunnskapsrik og samtalepartner jeg har tillit til

Det var ikke bare det å vite hvem man kan kontakte ved behov som var av betydning. Det var også tydelig gjennom disse studiene at det å kunne snakke med en profesjonell om det som opptok dem i forhold til aldring, helse og andre aspekter i livet var viktig. Det var viktig at besøker hadde kompetanse om, og evne til å formidle informasjon om andre kommunale tjenester (Tøien et al., 2014). Det var også viktig at besøker hadde kompetanse og kunnskap om helserelaterte problemer. Det opplevdes som en sikkerhetsmekanisme at det var helsepersonell som kunne sette inn tiltak om nødvendig (Tøien et al., 2015). Nivestam et al. (2021) fant at besøkers helsekompetanse var viktig og gav en trygghet til den eldre. Også van Kempen et al. (2012) fant at besøkers helsekompetanse ble sett på som en viktig del av det som gav de eldre opplevd nytte av besøket. De satte pris på å få snakke om sine problemer med en profesjonell i stedet for å ta dette opp med for eksempel barna sine: "I would appreciate it when a professional is visiting me and I can talk about my problems" (van Kempen et al., 2012, p. 556). I tillegg kom det fram at besøkers evne til å bygge relasjon med den eldre, ha en god dialog og ha kunnskap om hvordan man behandler eldre ble verdsatt. Tillit og et godt forhold mellom pasient og besøker ble beskrevet som en ekstremt viktig faktor i et

forebyggende hjemmebesøk. Det var viktig at besøker hadde evne til å lytte til og respektere den eldre.

6.1.3 At jeg blir sett og fulgt opp

Et annet aspekt ved det å ha en kontaktperson, var det å oppleve å bli sett. Det å føle at noen bryr seg og tar vare på en, hadde en viktig verdi. Sjøbø et al. (2016) beskriver at de eldre følte seg sett og tatt på alvor fordi noen tok seg tid og lyttet til dem. Bare det å bli kontaktet av kommunen gav dem en følelse av at kommunen brydde seg om dem og at de hadde en verdi. Det å vite at noen visste om dem var av betydning: «Det er veldig godt å vite at de vet om oss, at de følger oss opp, veldig godt!» (Sjøbø et al., 2016, p. 52). Noe av det samme fant Tøien et al. (2015) i sin studie. Hun beskriver at måten besøker snakker til og responderer til den eldre var med på at den eldre følte seg sett, og at de hadde en verdi. Forutsigbarhet og regelmessighet i gjentakende besøk gav også en følelse av trygghet, og en følelse av å ikke bli glemt av myndighetene. Det at besøker kom hjem til dem i stedet for at de måtte oppsøke hjelp var også av betydning. Van Kempen et al. (2012) fant at flere eldre savnet den personlige oppmerksomheten de tidligere fikk fra sin fastlege, men som legen ikke lengre hadde tid til. Denne oppmerksomheten kunne de nå få gjennom forebyggende hjemmebesøk. Det kom også her fram at kontinuitet av besøker og tillitt til han/henne var viktige elementer. Noen nevnte også derfor at relasjonsbygging tar flere besøk for å opparbeide. I Behm et al. (2013) sin studie ble det beskrevet at det at noen viste interesse for tankene og behovene til den eldre, og brukte tid på dem, gav en følelse av at de hadde en verdi. Det gav dem en opplevelse at de fortsatt var viktige medlemmer av samfunnet, og at de ikke var overlatt til seg selv.

6.2 At besøket er tilpasset meg og mine behov

Det andre hovedtemaet var det at besøket var tilpasset den enkelte og deres behov. Dette gjennomsyrrer egentlig alle delene av hjemmebesøket, og har derfor flere underkategorier. Disse handlet om det å få snakke om helserelevante tema, og å få støtte til å opprettholde selvstendighet til å bo hjemme lengst mulig. Det handlet også om å få informasjon og praktisk hjelp ut fra hva som var aktuelt for den enkelte.

Det at besøket, og tiltakene det genererte, var tilpasset den enkelte var et viktig moment for mange. Det å få hjelp til å starte eller fortsette med aktiviteter som var viktige for livskvalitet og

glede var verdsatt. Hjelpen kunne bestå i å få informasjon om hvilke aktiviteter som finnes. Det kunne også være hjelp til å greie å opprettholde relasjoner. Dette kunne gjøres ved å få hjelp til praktisk tilrettelegging, for eksempel transport, men også psykisk støtte til å opprettholde kontakten. Både sosiale, kulturelle og fysiske aktiviteter var viktig for mange å kunne fortsette med (Behm et al., 2013; Tøien et al., 2015).

Van Kempen et al. (2012) beskriver også viktigheten av å få personlig oppmerksomhet, og det at en har fokus på det som er viktig for den enkelte. En informant som oppgav å være ensom, sa dette om hva som var viktig innhold i et forebyggende hjemmebesøk: "Ask about your personal situation, your wellbeing. How do you value your life and how the circumstances are at home, are you lonely, can you go out alone?" (van Kempen et al., 2012, p. 557).

Noen beskrev også at de fikk inspirasjon til å tenke på litt andre måter angående hva som var viktigst i livet. De opplevde å få hjelp til å prioritere annerledes (Behm et al., 2013).

Å få mulighet til å være forberedt til besøket var et ønske, slik at de kunne tenke gjennom det de ønsket å snakke om. Noen uttrykte også at det kunne være greit for noen å få besøk tidligere dersom man er mer skrøpelig (Tøien et al., 2014). At besøket foregår i hjemmet mente flere var viktig for at besøker skulle få et bedre helhetsinntrykk av den eldre (van Kempen et al., 2012). Også det å få informasjonen personlig, og ikke via post var noe som var viktig for flere. De fikk da mulighet til å spørre og snakke om informasjonen ansikt til ansikt med besøker (Behm et al., 2013; Sjøbø et al., 2016).

Ellers kommer en tilbake til det som allerede er nevnt i forbindelse med det å ha en kontaktperson, og det å kunne samtale om det som opptar en. Alle artiklene i denne oppgaven rapporterer at det er viktig for den eldre å bli lyttet til, få mulighet til å fortelle sin historie, at noen bruker tid på dem og at noen er interessert i deres tanker og behov. Dette presiseres videre gjennom de ulike underkategoriene, som alle var viktige elementer i det å tilpasse besøket til den enkelte.

6.2.1 Å få samtale om helse, sykdom og forebygging

Informantene til van Kempen et al. (2012) mente at forebyggende hjemmebesøk gav dem muligheten til å snakke om problemer før de ble store. De utsatte å ta kontakt med fastlegen, men besøk fra kommunen gav dem muligheten til å snakke om det som bekymret dem. En av informantene sa at hun satte pris på å få snakke med profesjonelle om problemene sine. Hun

ønsket ikke å belaste barna med alt hun bekymret seg for. Det at hun slapp å be om hjelp, men likevel fikk muligheten til en slik samtale var verdifullt for henne. Nivestam et al. (2021) fant at det å få informasjon om hva de kan forvente av framtiden gav en følelse av trygghet og det å være forberedt. At det opplevdes nyttig å bli forberedt på framtiden ble også påpekt i studien til Tøien et al. (2015). Også i studien fra 2014 fant forfatterne at informantene opplevde det som nyttig å ha samtaler om helserelaterte tema med den som kom på besøk (Tøien et al., 2014). Behm et al. (2013) skriver at forebyggende hjemmebesøk motiverte deltakerne til å se framover og satte dem i stand til å forebygge framtidig helserisiko og sykdom.

Det å få kunnskap om hvordan en kan forebygge ulykker og forebygge sykdom og funksjonstap, var også et viktig moment for flere. Informasjon om hvordan de kunne unngå ulykker og unngå funksjonstap var kilder til både trygghet og en motivasjon til å gjøre endringer (Behm et al., 2013). Også Tøien et al. (2015) fant at informasjon om hvordan en kunne holde seg i form og unngå fall, var verdsatt. I tillegg kunne de også få hjelp til mindre helseproblemer. Dette sparte dem for en tur til legen og hjalp dem å håndtere egen situasjon. Å få kunnskap om risikofaktorer som kunne forebygges gav en følelse av kontroll, og dermed opplevelse av å kunne håndtere ulike utfordringer på egenhånd. For eksempel ble råd om ernæring satt pris på. Tips om vaksiner var et annet eksempel: "There was talk about injections for the flu and infection control, we got to know where the infection control office was" (Tøien et al., 2014, p. 4).

Noen av informantene var også usikre på egen evne til å vurdere helsen sin og omgivelsene de bodde i. De mente det var viktig at besøker hjalp dem med denne vurderingen. De opplevde at besøker hadde bedre kunnskap til dette, noe de oppfattet som viktig (Nivestam et al., 2021).

6.2.2 Å få støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet

En verdsatt del av samtalen med besøker var å få støtte til å opprettholde selvstendighet. Noen informanter påpekte at samtale rundt tilpasning av hjemmet og anskaffelse av hjelpemidler ble oppfattet som støtte til å bo hjemme lengst mulig. Dette mente de var en god ting (Tøien et al., 2014). Det å være selvstendig var en viktig verdi for mange, og det at de fikk informasjon og kunnskap som bidro til å opprettholde selvstendigheten var høyt verdsatt (Tøien et al., 2015). Det å få støtte og bekreftelse på at den eldre selv kunne klare å mestre utfordringer hadde stor verdi. Når de gjorde noe som var bra for helsa ble de bekreftet på dette, og følte seg anerkjent og trygge på

egen håndtering av helse. Selv om noen hadde mye kunnskap på forhånd, satte de pris på å få bekreftelse på at det de tenkte og gjorde var riktig. Ny innsikt som følge av råd og veiledning gav en følelse av kontroll. De fikk støtte til å kunne endre på dårlige vaner, og opprettholde de gode vanene. Det å få støtte på det de gjorde bra for helsen gav dem en tilfredsstillelse og økt tro på egne evner (Nivestam et al., 2021). Også Sjøbø et al. (2016) sin forskning viser at det var positivt med informasjon selv om rådene kanskje var kjent fra før. En informant sa det slik: «Det [besøket] var positivt fordi selv om du tror du vet mye og alt...så gjør du jo ikke det for det skjer mye forandringer gjennom tiden» (Sjøbø et al., 2016, p. 52). Flere fikk påminnelser om forebyggende tiltak, og opplevde hjelp med å komme i gang og tilrettelegge for dette som nyttig (Sjøbø et al., 2016).

Noen informanter mente at samtalen kunne ta form av psykisk støtte som kunne bidra til å opprettholde håp eller hjelp til å overkomme vanskelige opplevelser. Det å ha en samtalepartner var til stor hjelp (Tøien et al., 2015). De eldre følte seg verdsatt gjennom det at noen ønsket å lytte til dem, og de fikk muligheten til å fortelle sin historie. En generell oppfatning var at dette var en form for støtte som burde være alle eldre forunt. Dette både for å få kunnskap og kunne være forberedt på framtiden, men også det at støtten de fikk gav dem vilje og energi til å leve, og økt tro på framtiden (Nivestam et al., 2021).

6.2.3 Å få informasjon om rettigheter og muligheter

En tredje underkategori under dette, var det å få informasjon om rettigheter en hadde, og om muligheter i kommunen. Selv om de helst ville klare seg hjemme syntes de det var nyttig å få vite om hva kommunen kunne tilby om de skulle ha behov for det (Sjøbø et al., 2016). Det å få vite om hvilken hjelp som kan gis, og hvilke boformer som finnes dersom en får økt behov for hjelp, gav en følelse av trygghet. Det var en trygghet i det å vite at en ville bli tatt vare på. En informant sa det slik: :

... from the information you have received you know what you can get... If for example I move into an apartment or if I come into a retirement home... I think it feels good and I like knowing that... well, you will be well taken care of...it also gives security in one way.

(Nivestam et al., 2021, p. 1100)

Også Tøien et al. (2015) og Behm et al. (2013) fant at informantene opplevde denne type informasjon som nyttig.

6.2.4 Å få praktisk hjelp

Det å få praktisk hjelp gjennom forebyggende hjemmebesøk var noe som ble omtalt i resultatene i fem av de seks studiene som er inkludert i denne oppgaven. Det handler for de fleste om å få hjelp til å skaffe hjelpemidler. Mange var ikke klar over hva som finnes av hjelpemidler, og i enda mindre grad klar over hvordan de kan skaffe seg dette. Noen hadde kanskje også redusert evne til å finne fram til hvor de kan henvende seg for å få hjelp. Flere av informantene i studiene hadde fått hjelp til å skaffe for eksempel trygghetsalarm, toalett-forhøyer, dusjekrakk, arbeidsstol og lignende.

Hjelpemidlene kunne ha til hensikt å kunne klare oppgaver selv lengre, eller å forebygge ulykker, for eksempel ved å montere håndtak og rekkverk. Noen visste kanskje om dette, men hadde ikke tatt tak i det å få skaffet det til veie. De opplevde det som nyttig å få hjelp til dette (Sjøbø et al., 2016). Også informantene i Tøien et al. (2015) sin studie rapporterte at de verdsatte høyt den hjelpen de fikk gjennom tilpasninger av bolig og hjelp til å skaffe hjelpemidler. Mindre hjelpemidler kunne skaffes på et par dager. Dersom det trengtes mer omfattende hjelpemidler eller tilpasninger, kunne besøker henvise dem videre til fysio- eller ergoterapitjenesten. Besøker kunne også bidra til at en fikk tilpasset hjelpemidler dersom funksjonsnivået endret seg. Dette ble satt stor pris på av deltakerne. En ektefelle sa det slik:

For min del, jeg hadde ikke bruk for noe spesielt, men slik som for henne så hører hun ikke dørklokken og det skulle de forsterke, forstod jeg. Så det var flere ting ... forhøyning på toalettet, krakk på badet så hun [ektefelle] kunne sitte i dusjen og dusje seg, og trillebord. Jeg synes det er positivt det vi har fått...jeg har ikke anelse om hva kommunen kan gi oss...Ja, veldig stor nytte [av besøket]. (Sjøbø et al., 2016, p. 52)

6.2.5 Besøket oppleves ikke alltid nyttig

Selv om majoriteten av alle informantene i de inkluderte studiene gav uttrykk for at de satte pris på, og opplevde nytte av forebyggende hjemmebesøk, så var det også noen om hadde en annen oppfatning. Behm et al. (2013), van Kempen et al. (2012) og Sjøbø et al. (2016) fant at ikke alle

syntes at dette var noe for dem. Noen var ikke klar for å få informasjon om framtidige behov. De var stolte over å klare seg selv, og håpet at de skulle slippe behov for hjelp i framtiden. Noen følte seg allerede for syke. Noen mente også at besøket først og fremst var nyttig for kommunen. En informant sa det på denne måten:

Well, I don't know if it has made any difference... I mean, I have had no joy of it at all... That thing, that you should go out and meet other people and so on, that's nothing for me. It's very difficult for me to attend when there are many people [because of difficulty of hearing]... I just spoil it for them... I guess I am like an ordinary 85-year-old, not much more to expect.... it goes as long as it goes. (Behm et al., 2013)

7 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å se på hva eldre beskriver som viktig for at forebyggende hjemmebesøk skal oppleves som nyttig. De kvalitative studiene som er analysert i denne oppgaven, har kartlagt Eldres erfaringer, og hva de fikk ut av besøkene. Resultatene viser at det er positive erfaringer med besøkene. Ingen av studiene jeg fant hadde sett konkret på hva de eldre selv beskrev som viktig for å få opplevelsen av nytte av besøket. Jeg har sett etter hvilke elementer i det forebyggende besøket de beskriver som viktige for å oppleve nytte. Resultatene viste at det viktigste for at eldre fant det nyttig, var å få en kontaktperson de hadde tillit til, og det at besøket var tilpasset den enkeltes behov. Tre av artiklene fant at ikke alle opplevde nytte av tilbudet. I dette kapittelet vil jeg også diskutere hvordan resultatene kan forstås og se på dette i sammenheng med teoretisk bakgrunn. Jeg vil også se hva dette kan bety for praksis.

7.1 Diskusjon av resultater

Å ha en kontaktperson jeg har tillit til

Det første hovedtemaet som ble kartlagt i denne studien var at det var viktig å ha en kontaktperson de hadde tillit til. Undertemaene som kom fram her var å vite hvem de kunne kontakte, å ha en kunnskapsrik samtalepartner de hadde tillit til, og at de ble sett og fulgt opp. Herrler et al. (2021) fant i sin systematiske review at alle disse faktorene hadde sammenheng med det å føle seg trygg. I studien blir det beskrevet at kontinuerlig, pålitelig og forutsigbar omsorg var avgjørende for følelse av trygghet. Det å ha en kjent kontaktperson å kontakte ved behov var også viktig, og det å ha en nær og langsiktig relasjon gav tillit og en følelse av trygghet. En annen studie fant at eldre som følte seg trygge hadde større sannsynlighet for å se på livet som meningsfullt, og var i bedre stand til å mestre ulike livskriser. Den konkluderte med at det var viktig at omsorgspersoner fokuserte på å styrke Eldres trygghet ved å vektlegge tillitsfulle relasjoner (Fagerström et al., 2011). Dette bekreftes også av Petersson og Blomquist (2011) som sier at følelse av trygghet er avgjørende for hvordan den enkelte håndterer og erfarer ulike situasjoner.

I lys av teori om forebyggende helsearbeid i et helsefremmende perspektiv gir dette mening. Der snakker en om en sosial modell der en har søkelys på å fremme helse med utgangspunkt i egne ressurser. Det å føle seg trygg på egen situasjon og egen evne til å håndtere hverdagen, bidrar til empowerment (Mæland, 2021). Det vil si at de opplever å ha kontroll over egen helse. Kanskje

styrkes opplevelsen av kontroll når de har visshet om at de blir fanget opp om nødvendig. Dette kan være en viktig faktor for god livskvalitet (Herrler et al., 2022). Van Kempen et al. (2012) sier i sin konklusjon at pasienters forventinger er ulike fra den egentlige meningen med forebyggende hjemmebesøk. De sier at pasienter ønsker omsorg og velbefinnende, der hensikten egentlig var kurering og forebygging. Men kanskje er ikke disse aspektene så langt fra hverandre? Kanskje omsorg og velbefinnende gir en trygghet som bidrar til empowerment, økt livskvalitet og økt helsekompetanse, og dermed bidrar til forebygging av helseplager?

Fra et sykdomsforebyggende perspektiv i det forebyggende helsearbeidet, er det også tydelig at det å ha en kunnskapsrik samtalepartner de har tillit til er viktig (Herrler et al., 2022; Mæland, 2021). Det at besøker har kunnskap om eldre og sykdom og sykdomsforebygging, samt har evne til å formidle dette på en forståelig måte, gir trygghet og kan bidra til økt helsekompetanse hos den eldre. Styrket helsekompetanse kan igjen bidra til bedre oppfølging av egen sykdom, riktigere bruk av legebesøk, og redusert behov for sykehusinnleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). For å kunne gi trygghet, gode samtaler basert på den enkeltes behov, og gi den enkelte opplevelse av å bli sett og fulgt opp er det avgjørende at besøker har god kompetanse. Den faglige kompetansen er viktig, men kanskje vel så viktig er evnen til å gi personsentrert sykepleie. Yamada et al. (2010) undersøkte i sin studie hvilke elementer som var viktige for en god samarbeidende relasjon under forebyggende hjemmebesøk til eldre. En av de viktigste funnene var kommunikasjonsevner. Det å kunne bidra til å motivere, og være tålmodig i møte med frustrasjon var avgjørende. Det samme var det å være profesjonell, altså å kunne gi råd og veiledning basert på kunnskapsbasert praksis på en omsorgsfull måte. På denne måten kan besøker bli en kontaktperson den eldre har tillit til. Også Skumsnes et al. (2013) fant at spesialkompetanse hos de som utførte besøkene kunne bidra til positiv effekt på helse og livskvalitet. De mente også at det å jobbe i tverrfaglige team var en fordel.

Gjennom en god relasjon får en mulighet til å trygge den enkelte i sin situasjon, og når de blir møtt på en respektfull og omsorgsfull måte kan de også få opplevelse av å føle seg sett. Det å føle seg sett har også nær sammenheng med det å føle seg som et betydningsfullt menneske. Nettopp det å føle seg trygg og det å føle seg som et betydningsfullt menneske var noen av de viktigste funnene i Herrler et al. (2021) sin review der det ble undersøkt hva som var viktig for eldre når de mottok ambulerende helsetjenester.

De inkluderte artiklene i denne studien er basert på ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk. Noen har hatt et besøk, mens andre har blitt fulgt opp over flere år. Det er naturlig å tenke at det å skape en relasjon der den eldre får tillit til besøker kan ta mer enn et besøk for å oppnå. I tillegg vil dette være tilfelle for en del av de som får besøk. Studien til Duan-Porter et al. (2020) fant at intervensjoner med over 9 besøk hadde en forebyggende effekt på sykehjems-innleggelse. Kanskje understreker dette betydningen av trygghet og det å bli sett. Det er naturlig å tenke seg at disse effektene kommer etter flere besøk med mulighet til relasjonsbygging og oppfølging av den enkeltes behov.

Også i Tøien (2019) sin doktorgradsavhandling blir det pekt på at følelsen av trygghet hadde sammenheng med en god relasjon, og det å bli fulgt opp over tid. Det kan derfor tyde på at flere besøk gir økt trygghet og kan dermed også gi reduksjon i behov for sykehjemsplass. Samtidig er det naturlig å tenke seg at det er nødvendig å bygge tillit i første besøk for at den eldre skal være interessert i oppfølgingsbesøk. Flere studier har kommet fram til at oppfølging over tid er av betydning for å få best mulig utbytte av forebyggende hjemmebesøk (Frost et al., 2012; Huss et al., 2008; Stuck et al., 2002).

Det er viktig å etablere en viss tillit i første besøk for at den eldre skal ta imot tilbud om flere besøk. En studie fra 2017 mente at menneskers som hadde mistillit til offentlige helsetjeneste hadde mindre sannsynlighet for å ta dem i bruk, mindre sannsynlighet for å følge råd og veiledning, og hadde også større risiko for dårligere helse (Ward, 2017).

For å kunne bidra til trygghet og tillit er det viktig at helsepersonell som kommer på besøk har en trygghet i seg selv, og at de får jobbe i et system som legger til rette for at eldre kan få opprettholde tillitsfulle og pålitelige relasjoner over tid (Petersson & Blomqvist, 2011). Dette samsvarer også med rammeverket for personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2010).

Når en planlegger og gjennomfører forebyggende hjemmebesøk er det på bakgrunn av dette viktig å ta hensyn til betydningen av en kompetent kontaktperson, og gjøre en vurdering på betydningen av tilbud om flere hjemmebesøk.

At besøket er tilpasset meg og mine behov

Det at besøket var tilpasset individuelle behov, var det andre hovedfunnet i denne studien. De eldre fant det nyttig å få samtale om helse, sykdom og forebygging, å få støtte til å opprettholde mestring og selvstendighet, og å få informasjon om rettigheter og muligheter. I tillegg kom hjelp til praktiske

ting de hadde behov for. Det er naturlig å tenke at disse fokusområdene er viktige i forebyggende helsearbeid, men det ble altså påpekt viktigheten av at det var tilpasset den enkelte for at det skulle oppleves som nyttig.

Personsentrert sykepleie har som nevnt blitt en mer og mer vanlig og ønsket måte å tenke på når en tilbyr helsehjelp. Resultatene av denne studien viser at forebyggende hjemmebesøk oppleves nyttige når innhold og tiltak rettes mot det som opptar den enkelte, altså når besøkene blir personsentrert. Det er lett å forestille seg at dersom hele samtalen ble utformet av helt standardiserte temaer, så ville færre føle seg sett og møtt på egne behov. Begrepet personsentrert sykepleie er fagspråk, og ikke et ord de eldre selv bruker. De bruker likevel andre ord som sier noe ganske tydelig om dette, og det er flere som beskriver at det er viktig at besøket handler om dem og det de er opptatt av. Frost et al. (2012) sier at en av faktorene for å lykkes med forebyggende hjemmebesøk er at intervensjonen er skreddersydd etter behovene. Mæland (2021) snakker om at helsefremmende arbeid bygger på en demokratisk prosess med dem det angår, det vil si at de må være en likeverdig part når en setter ord på hva som er viktig. Nivestam et al. (2021) fant i sin studie at informantene følte seg anerkjent gjennom det forebyggende hjemmebesøket, og ifølge McCormack og McCance (2010) er dette en sentral del av det å jobbe personsentrert. Forfatterne mener at det å jobbe personsentrert er avgjørende for å nå et mål om å opprettholde eller forbedre helse. Dette blir støttet av resultatene i denne studien som viser at informanter i alle de inkluderte artiklene har sagt de opplever nytte av at besøket er tilpasset dem og deres behov.

Det siste undertemaet i dette funnet var at ikke alle opplevde besøket som nyttig. Ut fra formuleringer og sitat kan det tolkes som at de som ikke opplevde nytte kanskje ikke hadde blitt møtt med personsentrert omsorg. De hadde muligens ikke fått tilpasset samtale eller tiltak etter det de hadde behov for. Det er vanskelig å si ut fra de dataene som var tilgjengelig hvorfor dette skjedde, men det kan tenkes at det kan ha hatt sammenheng med manglende evne fra besøkere til å avdekke hva som var viktig for den enkelte. Det kan igjen ha sammenheng med manglende kompetanse, evt at en bare hadde et besøk på seg til å bygge opp en relasjon. Kanskje hadde ting vært annerledes om en hadde fått flere besøk?

Hvilken modell eller fokusområde som ble brukt i besøket kan også ha påvirket om den eldre opplevde nytte. Det å få besøk på riktig tidspunkt i livet er også av betydning. Noen uttalte at de følte seg for friske, for syke eller var stolte av å klare seg selv, og dermed ikke så nytte av forebyggende hjemmebesøk.

Førland og Skumsnes (2017) peker i sin oppsummering på at det er viktig at besøkere har rett kompetanse. Helsepersonells kompetanse på kommunikasjon har betydning for å fremme eller hemme helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette bekreftes av informantene som opplever nytte av å snakke med en profesjonell som har kompetanse på sykdom og helse, og som har evne til å se de eldre for den de er, se deres behov og kommunisere med dem på en god måte. Helsekompetanse er et viktig begrep, og noe en jobber for å bygge opp i befolkningen. De eldre i de undersøkte studiene mente de hadde nytte av å snakke om, og få informasjon om sykdom, og om muligheter for forebygging og mestring av eksisterende sykdom. De satte også pris på informasjon om muligheter og rettigheter, og hvor de kunne henvende seg om det oppstod nye eller økte behov. Dette mener jeg handler om å få økt sin helsekompetanse, og dette oppleves som meningsfullt og til gagn for de eldre hjemmeboende. Med andre ord kan en si at de eldre opplever nytte av forebyggende hjemmebesøk gjennom at de får økt sin helsekompetanse.

Forskning har som nevnt vist at sosioøkonomiske ulikheter påvirker helsen i alderdommen (Storeng et al., 2022; Strand, 2022). Ved å øke helsekompetanse er det også mulig å utjevne denne ulikheten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det at de eldre i større grad kjenner at de kan ta hånd om egen helse, styrker sannsynligvis opplevelsen av nytte av besøket. Forebyggende hjemmebesøk blir dermed et viktig middel for å utjevne helsemessige ulikheter på bakgrunn av sosioøkonomiske ulikheter. De som i utgangspunktet har lav helsekompetanse, og dermed er i økt risiko for å håndtere helse dårligere, kan få hjelp. Forhåpentligvis kan hjelpen komme på et så tidlig tidspunkt at den kan forebygge sykdom og skade og dermed redusere behovet for kommunale helsetjenester. Ved å øke helsekompetanse som igjen bidrar til økt mestring av ulike livssituasjoner, kan en sannsynligvis bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet (Mæland, 2021).

Digital kompetanse defineres også som viktig del av det å ha god helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Dette blir ikke spesifikt nevnt i noen av primærstudiene, men kan tenkes å inngå i det å få praktisk hjelp. For eksempel hjelp til å bruke trygghetsalarm, eller hjelp til å bestille legetime på internett. Fjell et.al (2020) fant i sin studie at digital kompetanse var et tema som burde adresseres i et forebyggende hjemmebesøk. Dette trenger det kanskje mer bevissthet rundt?

Tilbudet i kommunen i forhold til hvilke verktøy som finnes, og hva slags opplæring som er tilgjengelig kan være eksempler på hva som bør snakkes om i det forebyggende hjemmebesøket.

Har de eldre oppfatning av hva som er nyttig sammenheng med intensjonen for det forebyggende hjemmebesøket? Ifølge Førland og Skumsnes (2017) sin definisjon er formålet å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse. De eldre sier at de opplever nytte av å få en kontaktperson de har tillit til, og at tiltakene er tilpasset deres behov. De mener at de gjennom dette blir tryggere, og får hjelp til å håndtere helse og dagligliv på en bedre måte. Forskning viser at trygge, kompetente besøkere, persontilpasning samt oppfølging over tid har gjennom økt trygghet og økt helsekompetanse, god effekt på understøtting av helse og funksjonsevne (Frost et al., 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Herrler et al., 2022; Huss et al., 2008; McCormack & McCance, 2010; Stuck et al., 2002; Tøien, 2019; Ward, 2017). Dette viser at dersom de eldre perspektiv på hva som er nyttig blir vektlagt, kan det se ut til at en kan oppnå målet for forebyggende hjemmebesøk.

Det er forsket relativt lite på eldre erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. Her trengs det fortsatt mer forskning. Det bør også skaffes et bedre grunnlag for å si noe om hvilke modeller for forebyggende hjemmebesøk som gir best resultat, både i form av opplevd nytte, og i form av effekt på forebygging av sykdom og skade, og på styrking av helse, funksjonsevne og deltakelse. Det bør også gjøres erfaringer med hvor mange besøk det er hensiktsmessig å tilby, og hvilken kompetanse det er ønskelig at besøker har.

Modellene for forebyggende hjemmebesøk i de ulike studiene har vært litt ulike. Likevel har det ikke vært lett å skille de fra hverandre så kategorisk som det er skissert i Førland og Skumsnes (2017) sin kunnskapsoppsummering. Som forfatterne av kunnskapsoppsummeringen også selv skriver, har de fleste modellene for hjemmebesøk elementer fra alle de fire kategoriene: besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov, besøk for å forebygge skader og ulykker, besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester, og besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale.

Resultatene i denne studien viser at eldre har opplevd nytte av alle tilnæringsmåtene. Mæland (2021) mener det er riktig at sykdomsforebyggende og helsefremmende modeller komplementerer hverandre. Det kan ut fra resultatene i denne studien se ut til at eldre opplever nytte av en slik kombinasjon.

7.2 Diskusjon av metode

Jeg har gjort en litteraturstudie og har i hovedtrekk fulgt framgangsmåte for systematisk litteraturgjennomgang (Aveyard, 2019). Den ble basert på seks kvalitative studier som omhandlet eldres erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. I min vurdering var alle studiene av god kvalitet, og dette ser jeg på som en styrke for studien som gir god pålitelighet.

I arbeidet med denne litteraturstudien har jeg vært alene. I en systematisk litteraturstudie er det anbefalt å være flere, spesielt i utarbeidelse av søkestrategi, kritisk vurdering av artikler og analyse (Aveyard, 2019). Det kan være en svakhet ved studien at jeg har jobbet alene, men jeg for å kompensere noe, har jeg benyttet meg av anbefalingen om å bruke en erfaren bibliotekar til å utarbeide søkestrategi. Kritisk vurdering og analyse har jeg hatt mulighet til å diskutere med veileder, men har likevel hatt ansvaret alene. Studien tilfredsstiller derfor ikke alle krav til en systematisk litteraturstudie.

Det er også en svakhet ved oppgaven at jeg ikke har gjort en GRADE-vurdering av egne resultater. Dette er en strukturert måte å vurdere tillitten til resultatene i en strukturert oversikt på (Helsebiblioteket, 2021), og det kunne bidratt til økt troverdighet til resultatene. Jeg har utelatt det på grunn av kapasitet og omfang på oppgaven.

Det alltid en usikkerhet i forhold til om jeg har funnet alle relevante artikler, men har prøvd å sikre dette best mulig ved å benytte meg av veiledning fra bibliotekar.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg lært mye om det å søke etter forskning, sammenstille resultater og trekke kunnskap ut av den. Jeg har også sett viktigheten av å vurdere kvaliteten på forskning. Jeg tror denne lærdommen vil styrke meg i å jobbe kunnskapsbasert som ferdig utdannet avansert klinisk allmennsykepleier.

Jeg har vært sykepleier i mange år, og har jobbet mange år i eldreomsorgen. Jeg hadde fra før en stor tro på forebyggende arbeid, og har hatt ønske om å innføre forebyggende hjemmebesøk i egen kommune. Dette kan ha påvirket mitt ståsted og vurdering. Jeg mener likevel at jeg har jobbet systematisk, og at mitt ståsted ikke har påvirket analysen på en måte som påvirker troverdigheten.

8 Konklusjon

Denne studien har gitt noen svar på hva som er viktig for eldre for å oppleve nytte av forebyggende hjemmebesøk. Det å få en kontaktperson de har tillit til, og at besøket blir tilpasset den enkeltes behov er de overordnede temaene som kom fram. Resultatene støttes både av teori og av tidligere forskning.

Studien er basert på seks kvalitative artikler som har tatt utgangspunkt i ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk. Det er fortsatt lite forskning på hvilke modeller som i størst grad gir de ønskede utfallene. Dette gjelder både i forhold til utsatt behov for helsetjenester, og i forhold til eldres opplevelse av nytte. Hva bør være hovedfokus for besøket, og skal de tilbys oppfølgingsbesøk, eventuelt hvor mange? Dette trengs det mer forskning på.

Jeg har også diskutert litt rundt helsepersonells kompetanse, men også her kan det trenes mer forskning på hva som gir det beste resultatet.

Resultatene i denne studien er kanskje ikke så overraskende. Det er likevel viktig å ta hensyn til det de eldre selv mener er viktig for å oppleve nytte. Dersom forebyggende hjemmebesøk ikke oppleves som nyttig, vil sannsynligvis færre ta imot tilbudet. En risikerer da å gå glipp av en viktig mulighet til å drive med helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blant eldre. Jeg mener derfor at resultatene er viktige for praksis. Når en planlegger og gjennomfører forebyggende hjemmebesøk til eldre vil funnene i denne studien være viktige å ta med seg for å få god kvalitet i tjenesten. Dette er derfor relevant for avanserte kliniske allmennsykepleiere og andre som jobber med tjenesteutvikling i kommunene.

På bakgrunn av resultatene i denne studien kan en si at det er viktig å legge vekt på at den som skal gjennomføre forebyggende hjemmebesøk blir opplevd som en god kontaktperson for de som mottar besøk, og at de har evne til å tilpasse besøkene til den enkelte. Det er derfor viktig at de har kompetanse på å bygge gode relasjoner. De må også ha faglig kunnskap og gode kommunikasjonsferdigheter for å formidle denne kunnskapen. I tillegg må de ha evne til å jobbe personsentrert.

9 Referanser/litteraturliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing literature review in health and social care. A practical guide* (4 ed.). Open University Press.
- Behm, L., Ivanoff, S. D., & Ziden, L. (2013). Preventive home visits and health - experiences among very old people. *BMC Public Health*, *13*(378). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-378>
- Bokmålsordboka. (2023). *Ordbøkene*. Språkrådet. <https://ordbokene.no/bm,nn/search?q=nytte&scope=ei>
- CASP. (2022). *CASP scehcklists*. Critical Appraisal Skills programme. Retrieved 02.11.2022 from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dale, B., & Westby, B. (2021). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre på Agder* (02/2021).
- Duan-Porter, W., Ullman, K., Rosebush, C., McKenzie, L., Ensrud, K. E., Ratner, E., Greer, N., Shippee, T., Gaugler, J. E., & Wilt, T. J. (2020). Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments-a Systematic Review of Reviews. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, *35*(7), 2118-2129. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05568-5>
- Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S., & Vartiainen, P. (2011). Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of advanced nursing*, *67*(6), 1305-1316. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy2.usn.no/10.1111/j.1365-2648.2010.05562.x>
- FHI. (2022). *Fremtidens utfordringer for folkehelsen. Folkehelse rapportenes temautgave 2022*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 31.01.2023 from <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelse rapporten---temautgave-2022.pdf>
- Fjell, A., Cronfalk Berit, S., Hermann, M., Rongve, A., Aßmus, J., Kvinge, L., Seiger, Å., Skaug, K., Boström, A.-M., & Cronfalk Seiger, B. (2020). Factors associated with self-rated health in a Norwegian population of older people participating in a preventive home visit program: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, *20*(1), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01733-2>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Slik oppsummerer vi forskning*. <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
- Lov om folkehelsearbeid, (2012). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Frost, H., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. *Quality in Ageing & Older Adults*, *13*(3), 212-230. <https://doi.org/10.1108/14717791211264241>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse* (7/2014). https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/217477/Rapport7_14_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2017). *En kunnskapsoppsummering Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre* (Oppsummering nr 8). S. f. omsorgsforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2018). *Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre*. Regjeringen.no. Retrieved 05.03.21 from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, (2012). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2016). *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. (1-2). Regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/>
- Helsebiblioteket. (2021, 17.09.2021). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?q=grade>
- Helsedirektoratet. (2019, 02.05.2019). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Lov om helsepersonell, (2000). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2?q=helsepersonell#KAPITTEL_2
- Herrler, A., Kukla, H., Vennedey, V., & Stock, S. (2022). What matters to people aged 80 and over regarding ambulatory care? A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Eur J Ageing*, 19(3), 325-339. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00633-7>
- Higgins, J., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M., & Welch, V. (2022). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3*. Cochrane <https://training.cochrane.org/handbook>
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 63(3), 298-307. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.298>
- Jenum, A., & Pettersen, K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helse-kommunikasjon? *Sykepleien Forskning*, 9(3), 272-280. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0145>
- Johnsen, H. C., Evensen, A. E., & Brataas, H. V. (2021). Forebyggende hjemmebesøk til eldre Fokus på mestring, mening og trivsel i hverdagen. In M. Hedlund, K. Ingstad, & A. Moe (Eds.), *God helse Kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste* (pp. 115-133). Universitetsforlaget. <https://doi.org/> <https://doi.org/10.18261/9788215042985-2021>
- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2020, 17.09.2021). *Sjekklist*. Folkehelseintituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, (2020). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-03-45>
- Liimatta, H., Lampela, P., & Laitinen-Parkkonen, P. (2015). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review [Conference Abstract]. *European geriatric medicine*, 1), S122.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(3), e89257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089257>
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing*. Wiley-Blackwell.

- Meld.St.7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5 ed.). Universitetsforlaget.
- Nivestam, A., Petersson, P., Westergren, A., & Haak, M. (2021). Older person's experiences of benefits gained from the support and advice given during preventive home visits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1096-1103. <https://doi.org/10.1111/scs.12923>
- Nivestam, A., Westergren, A., Petersson, P., & Haak, M. (2020). Factors associated with good health among older persons who received a preventive home visit: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 688-688. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08775-6>
- NOU 2020:15. (2020). *Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (2001). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Patzelt, C., Heim, S., Deitermann, B., Theile, G., Krauth, C., Hummers-Pradier, E., & Walter, U. (2016). Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach - Results of a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0374-3>
- Petersson, P., & Blomqvist, K. (2011). Sense of security – searching for its meaning by using stories: a Participatory Action Research study in health and social care in Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 25-32. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00211.x>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing reaserch. Generating and assessing evidence for nursing practice* (11 ed.). Wolters Kluwer.
- Sjøbbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 47-58. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2016-01-08>
- Skovdal, K. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre - erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 62-71.
- SSB (2019). *Befolkning - en av tre eldre bor alene*. Statistisk sentralbyrå. Retrieved 30.01.2023 from <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/1-av-3-eldre-bor-alene>
- Storeng, S. H., Øverland, S., Skirbekk, V., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., & Strand, B. H. (2022). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *50(5)*, 542-555. <https://doi.org/10.1177/14034948211011796>
- Strand, B. H. (2022). *Folkehelse rapporten. Helse hos eldre i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/?term=&h=1>
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis [Review]. *Jama*, 287(8), 1022-1028. <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>
- Tøien, M. (2019). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes. Users' and service-providers' perspectives* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].

- Tøien, M., Bjork, I. T., & Fagerstrom, L. (2015). Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qualitative Health Research, 25*(5), 700-712.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1049732314553595>
- Tøien, M., Heggelund, M., & Fagerstrom, L. (2014). How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. *Nursing Research and Practice, 2014*, 640583.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1155/2014/640583>
- Tømmerås, A. M., & Thomas, M. J. (2022). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022 Sammendrag av forutsetninger og resultater* (29).
<https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/artikler/nasjonale-befolkningsframskrivinger-2022Ane>
- van Kempen, J. A., Robben, S. H., Zuidema, S. U., Olde Rikkert, M. G., Melis, R. J., & Schers, H. J. (2012). Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. *Br J Gen Pract, 62*(601), e554-560.
<https://doi.org/10.3399/bjgp12X653606>
- Ward, P. R. (2017). Improving Access to, Use of, and Outcomes from Public Health Programs: The Importance of Building and Maintaining Trust with Patients/Clients. *Frontiers in public health, 5*. [https://doi.org/ https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00022](https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00022)
- Yamada, Y., Ekmann, A., Nilsson, C. J., Vass, M., & Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health, 12*(1), 396-396.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-396>
- Yamada, Y., Vass, M., Hvas, L., Igarashi, A., Hendriksen, C., & Avlund, K. (2010). Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *International Journal of Older People Nursing, 6*(1), 33-40. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00213.x>