

Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg?

Skal forebyggende hjemmebesøk blant eldre forebygge sykdom eller fremme helse? I dag varierer innholdet i tjenesten fra kommune til kommune, avhengig av hvem som organiserer tilbudet.

Wenche Bergseth Bogsti

Førstelektor

Fagenhet for sykepleie, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Silje Sveen

Doktorgradsstipendiat

Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Maren Kristine Raknes Sogstad

Førsteamanuensis

Senter for omsorgsforskning øst, Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik

Bente Norbye

Dosent

Institutt for helse og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Forebygging

Eldre

Kommune

Organisering

Hovedbudskap

Forebyggende hjemmebesøk hos eldre kan organiseres av hjemmesykepleien eller av forebyggende enheter. Kommunens valg av hvem som skal organisere tiltaket, får betydning for om det blir lagt mest vekt på å fremme helse eller forebygge sykdom. Sykepleiere må være bevisst på hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan bidra til best helse lengst mulig for den enkelte eldre. Samtidig må de være klar over hvilke tiltak som er mest effektive sett i et samfunnsperspektiv.

I kommunene der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av en forebyggende enhet som fysioterapi- og ergoterapitjenesten eller frisklivssentralen, legger de vekt på helsefremmende tiltak rettet mot de yngre og friske eldre, fra 67 år og oppover. De som arbeider i disse tjenestene vektlegger egeninnsats, mestring og langsiktig planlegging av alderdommen.

I kommuner der forebyggende hjemmebesøk til eldre blir organisert av hjemmesykepleien er det sykdomsforebyggende perspektivet mest fremtredende, og målgruppen er eldre hovedsakelig over 77–80 år. De som arbeider i hjemmesykepleien, vektlegger sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak til eldre.



«De som arbeider i hjemmesykepleien, vektlegger sykdomsforebygging, omsorg og hjelpetiltak.»

Kommuner som vil etablere eller videreutvikle tilbud om forebyggende hjemmebesøk, bør derfor være bevisst på at hvordan de velger å organisere tilbudet, kan ha betydning for hva som oppnås med forebyggende hjemmebesøk.

Hva er forebyggende hjemmebesøk?

Andelen eldre i befolkningen i Norge vil øke i årene som kommer (1). Økningen vil medføre økt etterspørsel av helse- og omsorgstjenester. Det vil derfor være avgjørende både på individ- og samfunnsnivå at eldre opprettholder god helse og utsetter behovet for helse- og omsorgstjenester lengst mulig. Ett tiltak kan være forebyggende hjemmebesøk.

Forebyggende hjemmebesøk er en uoppfordret og oppsøkende individrettet råd- og veiledningstjeneste til hjemmeboende eldre (2). Det overordnede målet er å bidra til økt mestring i eget liv og redusere fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester gjennom å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse (3).

Det mest vanlige er at alle kommunens eldre, i en valgt aldersgruppe, og som ikke mottar tjenester fra kommunen fra før, får tilbud om et individuelt besøk. Under hjemmebesøket gjennomgås ulike temaer som sikkerhet i hjemmet, funksjonsnivå, ernæring, fysisk aktivitet, mestring og sosialt nettverk, samt at det gis informasjon om frivillig sektor og kommunens tjenestetilbud.

Myndighetene ønsker at flere får tilbudet

En kartlegging i 2013 viste at 25 prosent av kommunene i Norge tilbyr forebyggende hjemmebesøk (4). Nasjonale myndigheter ønsker at tilbudet skal få økt utbredelse, og i 2017 utga Helsedirektoratet veiledningsmateriell om forebyggende hjemmebesøk for å hjelpe kommuner i gang (5). I kvalitetsreformen «Leve hele livet» (6) nevnes også forebyggende hjemmebesøk som eksempel til inspirasjon.



«Det er vanskelig å måle effekten av denne typen forebyggende tiltak.»

Til tross for at kommunene satser på forebyggende hjemmebesøk, er det vanskelig å måle effekten av denne typen forebyggende tiltak (7, 8). Studier har imidlertid vist at forebyggende hjemmebesøk har potensial til å utsette hjelpebehov (9, 10), og at det kan bidra til å redusere dødelighet samt øke selvstendighet og funksjonalitet hos de eldre (11).

Evalueringer av forebyggende hjemmebesøk i Norge har særlig belyst de eldre sine erfaringer (12–14), og viser at eldre anså besøket som en positiv opplevelse som bidro til at de følte seg tryggere, at de ble «sett» av de ansatte i kommunen, og at de fikk nyttig informasjon og en god samtale (15–17).

To perspektiver: fremme eller forebygge

Forebyggende helsearbeid kan deles i to hovedperspektiver. Det ene er det sykdomsforebyggende perspektivet, med hovedvekt på å identifisere sykdomstegn og forhindre, utsette eller minske konsekvenser av sykdom, og har tradisjonelt vært ekspertstyrt og preget av en viss grad av paternalisme.

Det andre er det helsefremmende perspektivet med søkelys på helse, velvære og livskvalitet, som i større grad bygger på en aktiv medvirkning fra folk selv (18).

Tidligere har forebyggende tiltak rettet mot eldre hatt et tydelig sykdomsfokus. Modeller som er utviklet i den senere tid kjennetegnes av et økt helsefremmende perspektiv, med vekt på god helse, mestring og deltakelse (3). Til tross for denne vektleggingen viste en generell kartlegging av folkehelsearbeidet i norske kommuner, at arbeidet fremdeles er sykdomsorientert, og at oppmerksomheten i hovedsak rettes mot risikoreduserende tiltak (19).



«Utøvere av tjenester beskriver det som utfordrende å finne balansen mellom det helsefremmende og det forebyggende perspektivet.»

Disse to perspektivene lever side om side i kommunens forebyggende helsearbeid, og utøvere av tjenester beskriver det som utfordrende å finne balansen mellom det helsefremmende og det forebyggende perspektivet (20). Kommunene har fått et tydelig ansvar for helsefremming og forebygging i befolkningen, og en undersøkelse av Skovdal og medarbeidere (16) viser at kommuner organiserer tilbudet om forebyggende hjemmebesøk ulikt.

Hensikten med denne studien er derfor å bidra til økt kunnskap om betydning av organisering av forebyggende hjemmebesøk ved å besvare problemstillingen: Hvordan organiserer ulike kommuner forebyggende hjemmebesøk til eldre, og hvilken betydning kan organisering ha for tilbudets innhold?

Slik ble studien gjennomført

Studien, med kvalitativt design, ble gjennomført 2017 i fem norske kommuner som tilbyr forebyggende hjemmebesøk til sine eldre innbyggere. Seks kommuner fikk invitasjon til å delta i studien, hvorav fem takket ja. To bykommuner samt tre landkommuner utgjorde utvalget.

Det er gjennomført 15 individuelle intervjuer med fagpersoner fra tre ulike nivå; Helse- og omsorgslederen, ledere for enheten for forebyggende hjemmebesøk, samt en utøver av forebyggende hjemmebesøk fra hver kommune. Forskningsetiske retningslinjer er fulgt (21), og NSD-godkjenning har prosjektnummer 45618.

Alle informantene fikk følgende hovedspørsmål: Hvordan organiseres forebyggende hjemmebesøk i din kommune? Intervjuene ble tatt opp digitalt og deretter ordrett transkribert.

Det er benyttet kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman (22). Forfatterne identifiserte og kondenserte meningsenhetene i datamaterialet, og formulerte koder. Koder som omhandlet samme emne ble sortert til subkategorier. Deretter ble subkategorier som hadde noe felles samlet i kategorier. Kategoriene gjenspeiler det manifeste innholdet, som er det en tydelig kan lese ut av teksten. Tema representerer det latente innholdet som beskriver den underliggende teksten og en forståelse av meningen bak teksten (se tabell 1).

Hva påvirker innholdet i tjenesten?

I resultatene kommer det frem tendenser som viser at hvilken enhet som organiserer forebyggende hjemmebesøk, kan ha betydning for hvordan tilbudet fremstår. Tabell 1 gir en skjematisk fremstilling av disse tendensene.

Tabell 1. Skjematisk fremstilling av resultater

		TEMA Hvor forebyggende hjemmebesøk plasseres i kommunens organisasjon, har betydning for tilbudet.	
Kategorier	Underkategorier	Forebyggende hjemmebesøk organisert i forebyggende enhet	Forebyggende hjemmebesøk organisert i hjemmetjenesten
		Anses som en del av helhetlig folkehelsestrategi	Anses som første hjelpetiltak
Organisering	Aldersgruppe	Tilpasse tilbudet/intervensjonen og starte tidlig, ved 67–70 år.	Tilbudet forskyves til eldre aldersgruppe (77-80 år), da de yngre opplever å ikke ha behov for/ønsker hjelp.
	Tilpasning	Tendens til å effektivisere ved å innføre alternative tiltak for de friske eldre, i stedet for individuelle hjemmebesøk.	Tendens til å effektivisere ved å ikke gjennomføre forebyggende hjemmebesøk i travle perioder med lite ressurser.
		Bedre folkehelse	Sykdomsforebygging, kartlegging/screening
Mål og innhold	Livskvalitet	Økt livskvalitet ved bemyndigelse og mestring.	Økt livskvalitet ved å sette inn tiltak som hjelpemidler, fysisk trening, matombringning etc.
	Hensikt	Bidra til at den eldre tar ansvar og kontroll over egen alderdom.	Redusere press på pleie- og omsorgstjenesten.
	Borger vs. pasient	Informasjon om kultur- og aktivitetstilbud. Rekruttere seniorer inn i frivillig arbeid.	Informasjon om kommunale aktivitetstilbud. Frivillighetssentralen introduseres som mulig hjelpeinstans.
Eldre benevnes som seniorer.		Eldre benevnes som eldre/gamle/pasienter.	
Ressurskamp		Prioriteringer mellom den yngre delen av kommunens innbyggere og den eldre del av befolkningen.	Prioriteringer mellom de syke og behandlingstrengende og den eldre del av befolkningen som fortsatt er friske/selvhjulpne.
	Effekt	Vanskelig å dokumentere effekt.	Vanskelig å dokumentere effekt.

Ulik organisering gir forskjellige tilbud

To av kommunene i denne studien organiserer forebyggende hjemmebesøk under forebyggende enheter som fysioterapi- og ergoterapitjenesten eller frisklivssentralen, heretter kalt forebyggende enhet. De tre andre organiserer tilbudet under pleie- og omsorgstjenesten, i hjemmesykepleien.



«De eldre får et tilbud før de egentlig tenker på at de trenger hjelp.»

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under en forebyggende enhet beskrives besøkene som en del av en helhetlig folkehelsestrategi. De eldre får et tilbud før de egentlig tenker på at de trenger hjelp. Det poengteres at det er ønskelig å starte tidlige prosesser hos de yngre eldre, gjerne rundt 67 år. Kommunene innfører alternative intervensjoner rettet mot dem som nylig har blitt pensjonister, der de inviterer til gruppemøter og informasjons- og aktivitetsdager, istedenfor individuelle hjemmebesøk.

Tiltak som dette kan ifølge informantene frigjøre ressurser som ellers ville blitt brukt til å tilby individuelle hjemmebesøk til alle, og dermed gi mulighet for å øke innsatsen mot utsatte eldre.

Der besøkene var organisert under hjemmetjenesten ble tilbudet beskrevet som første trinn i en helhetlig pleie- og omsorgstjeneste. Tilbudet forskyves her til eldre aldersgrupper ≥ 77 –80 år, da de som er yngre oppleves å ikke ha behov for hjelp eller ikke ønsker hjelp. Informantene sier også at forebyggende hjemmebesøk blir nedprioritert, eller «fryst» i travle perioder i hjemmesykepleien.

Hjemmebesøk er viktig

Informantene fra kommuner som organiserer forebyggende hjemmebesøk under hjemmetjenesten, sier at besøket er viktig for å forebygge sykdom. I tillegg gir det en oversikt over den eldre befolkningen i kommunen, som kan være til hjelp i planlegging av fremtidige helsetjenester.

Oversikten og sykdomsforebygging oppnås gjennom å foreta screening av helseparametere som for eksempel blodtrykksmåling, balansetester og kognitive tester. Samtidig gis informasjon og råd omkring fysisk og sosial aktivitet, kosthold, sikkerhet i hjemmet, og opplysninger om kommunale og frivillige kultur- og aktivitetstilbud som den eldre kan delta på. De som har behov for det får tilbud om hjelpemidler, fysisk trening, matombringing og andre tjenester.



«De eldre ses på som en ressurs som kan benyttes i lokalsamfunnet, i for eksempel frivillig arbeid.»

Informantene fra kommuner som organiserer forebyggende hjemmebesøk under forebyggende enheter sier at tilbudet er et bidrag for å bedre folkehelsen og for å øke livskvaliteten hos de eldre gjennom bemyndigelse og økt mestring. Det skal bidra til at den eldre tar ansvar og kontroll over egen alderdom. Informantene poengterer at målet er å starte en planleggings- og bevissthetsprosess hos de yngre eldre. De eldre ses på som en ressurs som kan benyttes i lokalsamfunnet, i for eksempel frivillig arbeid.

Informantene fra kommunene der forebyggende hjemmebesøk organiseres under forebyggende enhet benevner målgruppen som «seniorer». Informantene fra kommunene hvor tilbudet organiseres under hjemmetjenesten benevner personene i målgruppen som «eldre», «gamle» eller «pasienter».

Kamp om penger og ressurser

Forebyggende hjemmebesøk, som ikke er et lovpålagt tilbud, står ifølge informantene ofte på politikerne sin «kuttliste». Ved budsjettforhandlinger er det politiske diskusjoner omkring tilbudets videre eksistens.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under forebyggende enhet uttrykker informantene at kampen om pengene og ressursene står mellom tiltak rettet mot den yngre delen av kommunens innbyggere, opp mot hvor mye som skal gå til den eldre del av befolkningen.

Hos kommunene som organiserer tilbudet under hjemmetjenesten står kampen mellom ressurser til dem som ikke fra før mottar tjenester, og på den andre siden ressurser til behandling av syke som er etablerte mottakere av tjenester. Da «vinner» de syke og hjelpetrequende, ifølge informantene.

Hvilke utslag kan ulik organisering gi?

Hjemmetjenesten har som sin hovedoppgave å yte behandling, omsorg og hjelp til personer som trenger det. Som del av dette arbeidet skal de kartlegge, forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne (23). Gjennom omsorgsdiskursen i hjemmetjenesten kommer det sykdomsforebyggende perspektivet tydeligst frem, det handler om å hjelpe og yte omsorg (24).

I en forebyggende enhet er arbeidsoppgavene annerledes og søkelyset er i større grad rettet mot endring og mestring, og det helsefremmende perspektivet kommer tydeligere frem.

Informantene synliggjør de ulike perspektivene gjennom språk og innhold. Et tydelig eksempel er benevnelsen som benyttes overfor målgruppen. Ved et uttalt helsefremmende perspektiv ble målgruppen benevnt som «seniorer», mens i hjemmetjenesten benevnes de som «eldre», «gamle» eller «pasienter». Seniorbegrepet gir for mange positive assosiasjoner, og begrepet knyttes ofte til titler i arbeidslivet som for eksempel seniorrådgiver, seniorforsker og seniorkonsulent. På den andre siden er begrepene «eldre» og «gammel» mer assosiert med funksjonstap, og å være hjelpetrequende.

Disse ulike perspektivene trer også frem i innholdet i det forebyggende hjemmebesøket. Temaene er tilsynelatende like med hensyn til hva som blir tatt opp i hjemmebesøket, men de samme temaene kan få ulikt innhold i henholdsvis et helsefremmende perspektiv og et sykdomsforebyggende perspektiv.

Et eksempel er at alle kommunene oppga at frivillighet er et viktig tema i forebyggende hjemmebesøk. Forskjellen var at de som vektlegger helsefremming oppfordret de eldre til å delta i frivillig arbeid, fordi det kan være helsefremmende for den enkelte å få bidra og være til nytte, mens de som har hovedvekt på sykdomsforebygging ga den eldre informasjon om hva frivillighetsentralen kunne hjelpe dem med.



«De yngste eldre ser oftest ikke på seg selv som gamle eller hjelpetrengende og føler ikke at tilbudet treffer dem.»

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert i hjemmetjenesten ser vi at aldersgruppen som får tilbud om forebyggende hjemmebesøk stadig blir eldre. De yngste eldre ser oftest ikke på seg selv som gamle eller hjelpetrengende og føler ikke at tilbudet treffer dem. Følgelig er det en del som takker nei (3, 15). Da forskyver kommunen tilbudet om forebyggende hjemmebesøk til en eldre aldersgruppe, noe som resulterer i et forsterket søkelyset på sykdomsforebygging og hjelpebehov.

Det motsatte skjer i kommunene der forebyggende hjemmebesøk er organisert under en forebyggende enhet. Her er den helsefremmende diskursen tydeligere og hjemmebesøk tilbys så tidlig som mulig etter pensjonsalderen, og innholdet tilpasses til målgruppen de ønsker å nå. Dermed blir det helsefremmende aspektet forsterket, og disse kommunene prøver ut alternative modeller til det vanlige oppsøkende individuelle hjemmebesøket.

Målgruppen for første intervensjon er de yngre eldre, og forebyggende hjemmebesøk blir ikke en engangshendelse, men ett ledd i en «kjede» av tiltak. For eksempel kan første tiltak foregå som et gruppemøte eller et «messe»-konsept, ved at de eldre inviteres til et lokale hvor det blir gitt informasjon og det foregår aktiviteter samt stands og utstillinger. Målet er å bidra til refleksjon over kommende alderdom, og hvordan personene selv kan ta ansvar for tiltak rundt livsstil og boforhold, samt oppmuntre til samfunnsengasjement (14).

Vanskelig å dokumentere effekten

Informantene viser til en felles utfordring knyttet til å kunne dokumentere resultat av forebyggende hjemmebesøk. Erfaringene deres tilsier at å bruke ressurser på forebyggende tiltak gir utbytte både for kommunen og det enkelte individ. Likevel opplever informantene det vanskelig å argumentere for tilbudet da de mangler dokumentasjon på effekten.

Knapphet på ressurser i kommunene fører til at forebyggende hjemmebesøk blir satt opp mot andre lovpålagte oppgaver. Ressurskampen dreier seg for eksempel i hjemmetjenesten om prioriteringer mellom å gi nødvendig pleie og behandling til de som er syke, og å gjennomføre forebyggende tiltak overfor dem som er friske. Forebyggende tiltak vil tape kampen, da ressursene naturlig nok prioriteres til å hjelpe de som trenger behandling.

Der forebyggende hjemmebesøk er organisert under forebyggende enhet unngår en å konkurrere om ressurser som også skal dekke pleie- og behandling av syke. Likevel står forebyggende tiltak rettet mot eldre også her i en «skvis». I dette tilfellet handler det om å prioritere mellom de eldre, og andre målgrupper som barn og ungdom. I kommunenes folkehelsearbeid har vi inntrykk av at tiltak rettet mot barn og unge ofte er høyt prioritert.



«Sykepleiere må være bevisst på hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan bidra til best helse lengst mulig for den enkelte eldre.»

Med fremtidens eldrebølge i vente må sykepleiere være bevisst på hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan bidra til best helse lengst mulig for den enkelte eldre, og samtidig hvilke tiltak som er mest ressurseffektive sett i et samfunnsperspektiv, i tråd med nasjonale føringer om helsefremmende og forebyggende arbeid (25, 26).

Helse må fremmes og sykdom forebygges

Både helsefremmende og sykdomsforebyggende perspektiv er viktige, og bør komplementere hverandre. Det helsefremmende folkehelsearbeidet i kommunene må ikke slutte ved oppnådd pensjonsalder, men dras med inn i pleie- og omsorgstjenestens arbeidsområder slik at også den eldre del av befolkningen omfattes av folkehelse tiltak. Slik kan forebyggende hjemmebesøk både bidra til folkehelse og være et omsorgstiltak.

Denne studien viser at valg ved organiseringen av helsetjenestetilbud kan påvirke tilbudets mål og innhold. Det er derfor viktig at fagpersoner, i samarbeid på tvers av profesjoner, bidrar med dokumentasjon omkring effekten av ulike helsefremmende og forebyggende tiltak i fora der vedtak om ressursfordeling og organisering av kommunenes helsetjeneste skjer.

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå. Lavere befolkningsvekst framover. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/lavere-befolkningsvekst-framover> (nedlastet 26.03.2019).
2. Wyller TB, Pettersen AM. Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge – med blick mot Sverige og Danmark: en kartleggingsundersøkelse. Sem: Aldring og helse; 2005.
3. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. En oppsummering av kunnskap. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2017. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2476696> (nedlastet 08.01.2020).
4. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2014. Rapportserie – nr. 7/2014. Tilgjengelig fra: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2478657/F%c3%b8rland_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y (nedlastet 08.01.2020).

5. Helsedirektoratet. Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen> (nedlastet 08.01.2020)
6. Meld. St. nr. 15 (2017–2018). Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?q=Lev%20hele%20livet> (nedlastet 06.06.2019).
7. Frost H, Haw S, Frank J. Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2012;13(3):212–30.
8. Skumsnes R, Larun L, Langeland E. Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*. 2013;8(4):310–21.
9. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional geriatric assessment: back to the future multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(3):298–307.
10. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002;287(8):1022–8.
11. Tourigny A, Bédard A, Laurin D, Kröger E, Durand P, Bonin L, et al. Preventive home visits for older people: a systematic review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. 2015;34(4):506–23.
12. Blindheim K, Alnes RE. Evaluering og justering av modellen for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune. Ålesund: HIALS; 2015. Rapportserien 2015/02. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2015/06/evaluering-og-justering-av-modell-for-forebyggende-hjemmebesok-i-alesund-kommune-rapport.pdf> (nedlastet 06.06.2019).

13. Klungerbo B, Bredland K, Sødal AB, Nervik T. Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Trondheim: Trondheim kommune; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html> (nedlastet 06.06.2019).
14. Slåttsveen EM, Hellebergshaugen S, Sveen S, Sogstad M. Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning; 2015. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2479110> (nedlastet 08.01.2020).
15. Sjøbø BA, Teigen S, Alvsvåg H, Førland O. Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2016;2(1):47–58.
16. Skovdahl K, Blindheim K, Alnes RE. Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(1).
17. Tøien M, Bjørk IT, Fagerström L. Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. Qual Health Res. 2015;25(5):700–12.
18. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2016.
19. Helgesen MK, Hofstad H. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning; 2012. NIBR-rapport 2012/13 Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NIBR/Publikasjoner/Publikasjoner-norsk/Regionalt-og-lokalt-folkehelsearbeid> (nedlastet 06.06.2019).
20. Lagerin A, Törnkvist L, Hylander I. District nurses' experiences of preventive home visits to 75-year-olds in Stockholm: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 2016;17(5):464–78.

21. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/> (nedlastet 06.06.2019).
22. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(3):105-12.
23. Lov 24. juni 2011 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (nedlastet 06.06.2019).
24. Aaltvedt V, Juvland L, Öresland S. Omsorgsdiskurs og budsjettstyringsdiskurs. Nordisk sygeplejeforskning. 2017;7(03):209-23.
25. Helse- og omsorgsdepartementet. Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Rundskriv 1-2/2016. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene/id2503186/> (nedlastet 06.06.2019).
26. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted, til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1> (nedlastet 06.06.2019).