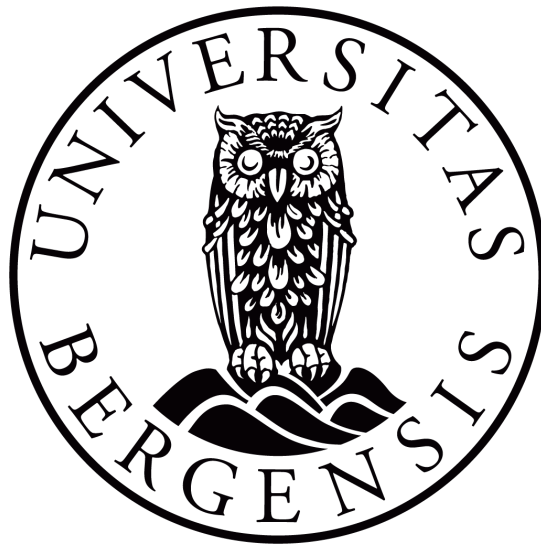


Helsefremjande arbeid retta mot eldre

Ein kvalitativ studie av ein kommune i Vestland fylke

Susanne Hesjevoll



Masteroppgåve

Masterprogram i helsefremjande arbeid og helsepsykologi

HEMIL-senteret

Det psykologiske fakultet

UNIVERSITETET I BERGEN

Haust 2023

Forord

Mine bestemor har vore pensjonistar og *eldre menneske* heile mitt liv. Eg har sett korleis deira roller, helse og livskvalitet har gjennomgått mange ulike fasar og endringar. Dette i kombinasjon med arbeidserfaring frå eldreomsorg gav meg interesse for målgruppa. Eg hadde eit inntrykk av at eldre fekk lite merksemd før dei hadde behov for helse- og omsorgstenester, og at det var lite fokus på eldre i folkehelsearbeid. Gjennom masterprogrammet har eg fått innsikt i helsefremjande arbeid. Med dette som bakgrunn ynskja eg å utforske korleis ein kommune arbeida helsefremjande mot ei gruppe som kanskje blir litt gløymt: friske heimebuande eldre.

Det er fleire som har bidratt i denne masteroppgåva. Takk til min rettleiar Torill Larsen, for konkrete og konstruktive tilbakemeldingar. Eg vil takke folkehelseavdelinga i Vestland fylkeskommune som hjelpte meg med å finne ein aktuell kommune for prosjektet. Takk til kontaktpersonen i kommunen som la til rette for prosjektet, og informantane som bidrog med sine erfaringar og kunnskap. Eg vil takke Marthe for korrekturlesing av oppgåva. Vidare vil eg takke venner, foreldre og medstudentar som har komme med støttande ord når prosessen har bydd på motbakkar. Ikkje minst vil eg takke sambuaren min Anders, som har hatt trua heile vegen, også når eg ikkje har hatt det sjølv.

Susanne Hesjevoll

Bergen, juni, 2023

Innhald

Forord.....	2
Innhald	3
Samandrag.....	6
Abstract	7
1.0 Introduksjon	7
1.1 Helsetilstand blant eldre nordmenn.....	8
1.5 Nasjonale føringar	10
Oppgåva sin oppbygnad	11
2.0 Teoretisk rammeverk	11
2.1 Aldring	12
2.2 Nasjonalt, regionalt og kommunalt folkehelsearbeid.....	12
2.3 Førebyggjande og helsefremjande arbeid	13
2.4 Medverknad og <i>empowerment</i>	14
2.5 Helse i alt me gjer (Health in all Policies)	15
2.6 Tverrfagleg samarbeid.....	16
2.7 Ulike samarbeidsformer	17
2.8 Hemjarar og fremjarar for tverrfagleg samarbeid	18
2.9 Vellukka og sunn og aktiv aldring	20
3.0 Litteraturgjennomgang.....	25
3.1 Litteratursøk	25
3.2 Moglegheit for å påverke aldringsprosessen.....	25
3.3 Eit aldersvenleg samfunn	30
3.4 Implementering av folkehelse- og aldersvenlege strategiar	33
3.5 Samanfatning og kunnskapshol.....	36
4.0 Hensikt, problemstilling og forskingsspørsmål	37
5.0 Metodologi.....	37

5.1 Vitenskapeteoretisk forankring	37
5.2 Forskingsdesign.....	39
5.3 Datainnsamling.....	40
5.4 Tilarbeiding av datamaterialet.....	43
5.5 Kvalitetssikring i forskingsprosessen.....	48
5.6 Etikk i forskingsprosessen.....	51
6.0 Presentasjon av funn	54
6.1 Samarbeid.....	54
6.2 Aldersvenleg samfunn.....	63
6.3 Førebygging	68
6.4 Velferdsteknologi	71
6.5 Ressursar	72
7.0 Diskusjon	74
7.1 Hovudfunn.....	75
7.2 Å fremje helse blant eldre	75
7.3 Medverknad og aldersvenleg samfunnsplanlegging	77
7.4 Tverrsektorielt samarbeid for å fremje helse blant eldre.....	78
7.5 Helsefremjande tiltak retta mot eldre	80
7.6 Meir ressursar til helsefremjande arbeid	82
7.7 Kommunen sitt perspektiv på aldring	83
7.8 Implikasjonar for helsefremjande arbeid.....	84
7.9 Studiens styrkar og avgrensingar	85
7.10 Forslag til vidare forskning	87
8.0 Avslutning.....	88
Litteraturliste.....	91
Vedlegg 1 – intervjuguide.....	112
Vedlegg 2 – Informasjonsskriv	115

Vedlegg 3 – Vurderings Norsk Senter for Forskingsdata..... 119

Samandrag

Bakgrunn: Fram mot 2050 vil andelen eldre i den norske befolkninga vekse. Fokus på å fremje helse og sjølvstende blant eldre har med dette som bakgrunn fått større merksemd dei siste åra. Samstundes får eldre ofte mindre merksemd i kommunalt folkehelsearbeid, og mest merksemd knytt til helse- og omsorgstenester. Det manglar kunnskap om korleis kommunar kan lukkast med å fremje helse blant eldre. Derfor ynskja eg å utforske korleis ein kommune arbeider med helsefremjande tiltak og tverrfagleg samarbeid for å fremje helse i denne målgruppa.

Hensikt: Å undersøke korleis ein kommune i Vestland fylke arbeider med helsefremjande arbeid retta mot eldre. Studien utforska kva tiltak kommunen hadde sett i verk for å fremje helse i denne gruppa, og korleis tverrfagleg samarbeid inngjekk i dette arbeidet.

Metode: Denne studien nytta ein kvalitativ casestudie. Det blei gjennomført sju semistrukturerte intervju med tilsette i ein kommune i Vestland fylkeskommune.

Resultat: Resultata viste at tilsette i kommunen såg på helsefremjande arbeid retta mot eldre som eit viktig prioriteringsområde. Informantane ynskja meir ressursar til å drive helsefremjande arbeid retta mot eldre. Tverrfagleg samarbeid blei skildra som nødvendig for å kunne gje eit tilbod til alle som hadde behov for det. Faktorar som faste møtepunkt, felles mål, openheit, respekt og reell moglegheit for påverknad blei beskrive som fremjande for samarbeid. Hemjande faktorar for samarbeid var mangel på ressursar, forståing av ansvarsområde, utfordringar knytt til kommunikasjon og at kvar sektor allereie var opptekne med eigne arbeidsoppgåver. Kommunen tok omsyn til eldre i areal- og bustadplanlegging. Studien fant at informantane opplevde at tiltaka *førebyggjande heimebesøk*, treningsgrupper og aktivitetshuset ga god effekt.

Konklusjon: Tverrfagleg samarbeid er eit sentralt element for at kommunen skal lukkast med å fremje helse blant eldre. Tiltaka *førebyggjande heimebesøk*, treningsgrupper og aktivitetshuset ga god effekt.

Nøkkelord: Helsefremjande arbeid, eldre, tverrfagleg samarbeid, tverrsektorielt samarbeid, aldersvenleg samfunn, folkehelse, helse i alt me gjer

Abstract

Background: Until 2050, the proportion of elderly people in the Norwegian population will grow. With this as a background, the focus on promoting health and independence among the elderly has received greater attention in recent years. At the same time, older people often receive less attention in municipal public health work, and most attention in connection with health and care services. There was a lack of knowledge about how municipalities can succeed in promoting health among the elderly. Therefore, I wish to explore how a municipality works with health-promoting measures and interdisciplinary collaboration to promote health in this target group.

Objectives: To examine how a municipality in Vestland county works with health promotion work aimed at the elderly. The study explores which measures the municipality had implemented to promote health in this group, and how interdisciplinary collaboration was part of this work.

Methods: This study used a qualitative case study. It was carried out with seven semi-structured interviews in a municipality in Vestland county.

Results: The results showed that employees in the municipality saw health-promoting work aimed at the elderly as an important priority area. The informants want more resources to carry out health-promoting work aimed at the elderly. Interdisciplinary collaboration was described as necessary to be able to provide an offer to everyone who needed it. Factors such as regular meeting points, common goals, openness, respect, and real possibility of influence were described as promoting collaboration. A lack of resources, understanding of the area of responsibility, challenges linked to communication and the fact that each sector was already busy with its own work tasks, were factors inhibiting collaborations. The municipality took care of the elderly in area and housing planning. The study found that the informants felt that measures such as preventive home visits, training groups and the activity center had a good effect

Conclusion: Interdisciplinary collaboration is a key element for the municipality to succeed in promoting health among the elderly. Measures of preventive home visits, training groups and the activity center had a good effect.

Keywords: Health promotion, older people, interdisciplinary collaboration, cross-sectoral collaboration, age-friendly society, public health, health in everything we do

1.0 Introduksjon

Dei sameinte nasjonane [SN] har erklært 2020-2030 som *The United Nations Decade of Healthy Ageing* (SN sitt tiår for *sunnt aldring*) (WHO, 2020). Dette er i tråd med SN sitt berekraftsmål nr. 3: «å sikre god helse og fremje livskvalitet for alle uansett alder». Og berekraftsmål nr. 11.7 «Innan 2030 sørgje for at alle, særleg kvinner og barn, eldre og personar med nedsett funksjonsevne, har tilgang til trygge, inkluderande og tilgjengelege grøntområde og offentlege rom» (De Forente Nasjoner [FN], 2023). Verdsorganisasjonen for helse skal leie gjennomføringa av *tiåret for sunnt aldring*. Medan internasjonale organisasjonar, ulike regjeringar, privat sektor, media, sivilsamfunn og akademia oppfordrast til å bidra til å nå måla (World Health Organization, [WHO], 2020).

Debattar om eldre, eldreomsorg og *eldrebølgja* omtalast hyppig i det offentlege rom. Beskrivinga av eldre som ei *bølgje* grunnar i ei internasjonal og nasjonal demografisk utvikling, der ein fram mot 2050 vil sjå ein stor auke i personar over 67 år, medan andelen menneske i yrkesaktiv alder søkk (WHO, 2021; Gleditsch, Thomas & Syse, 2020). Dette byr på utfordringar grunna at det blir ein ujamn demografisk fordeling i befolkninga (NOU 2020:15, s. 49). Samstundes blir det i ei rekkje politiske dokument poengtert at ein må sjå på den eldre befolkninga som ei ressurssterk gruppe som er viktige bidragsytarar i samfunnet (Meld. St. 15 (2017-2018), s.76).

Demografiske endringar i form av bølger, der ulike aldersgrupper i befolkninga stig eller søkk er ikkje uvanleg (NOU, 2020:15, s. 48). Noreg har hatt ei positiv utvikling knytt til medisinsk framgang og betra levestandard (Folkehelseinstituttet [FHI, 2021). I 2020 var det 596 567 menneske i aldersgruppa 67-79 år. I 2040 er dette talet estimert til å ligge på 814 651. Dette tilsvara ein auke på 36,6%. Talet på menneske i aldersgruppa 80-89 er estimert å auke frå 185 346 i 2020, til 360 864 i 2040. Dette svarar til ein auke på 105,5%. Medan er talet menneske med ein alder 90+ estimert å auke frå 45 260 til 103 249, som svarar til ein auke på 128,1%

(Helsedirektoratet, 2023). Samfunnsutfordringane knytt til ein auka andel eldre dreier seg blant anna om at andelen eldre vil auke kraftig i forhold til resten av befolkninga. Det vil dermed bli færre yrkesaktive (som betalar skatt) per pensjonist (som mottek pensjon). Samt vil ein større andel av befolkninga ha behov for helse- og omsorgstenester (NOU 2023:4, s.45-46).

Etterspurnaden etter årsverk i helse- og omsorgssektoren vil truleg auke frå 310 00 i 2017 til 411 000 i 2035. Det er estimert at det kjem til å vere stor underdekning på sjukepleiarar og helsefagarbeidarar fram mot 2040 (NOU 2020:15, s.113). Mangel på arbeidskraft og kompetanse i helse- og omsorgssektoren kan moglegvis svekke kvaliteten i tilboda. Ifølgje Theie et al., (2018, s.12) er det allereie rapportert at brukarar har svekka tillit til omsorgstenestene og at dei føler seg mindre trygge. Det er viktig å understreke at dette er framskrivingar, ein kan ikkje vere sikker på korleis befolkninga og helsetenestene vil sjå ut i 2040/2050. Det er likevel brei nasjonal og internasjonal einigheit om at fokus på eldre si helse og livskvalitet vil vere essensielt i tida framover (WHO, 2020; St.Meld.15 (2017-2018); Meld. St. 15 (2022-2023)). Eldre si helse og funksjon vil bli eit viktig folkehelseperspektiv dei neste tiåra (FHI, 2023).

1.1 Helsetilstand blant eldre nordmenn

Det er fleire faktorar enn talet eldre i befolkninga som påverkar aldringsbyrde og behov for helse- og omsorgstenester. Helsetilstanden hos den eldre befolkninga er også eit viktig element (FHI, 2022). Ei eldre befolkning betyr ikkje nødvendigvis ei sjukare befolkning. I Noreg er mange eldre, men mange har også god helse. I land som har ei yngre befolkning inntreffer aldersrelaterte sjukdommar tidlegare enn i befolkningar med mange eldre (Kinge et al., 2015; Skirbekk et al., 2022). Likevel er det slik at høgare alder gjev auka risiko for ei rekkje kroniske sjukdommar og nedsett funksjonsevne. Samstundes er det stor individuell variasjon i om sjukdommen hemmar den enkelte i kvardagen. I eit land som Noreg med relativt god tilgang på medisinsk behandling og støtte, kan eldre leve gode, sjølvstendige liv til tross for sjukdom og funksjonsnedsetting (Crimmins, 2015).

Likevel ligg det stor verdi i at den eldre befolkninga unngår sjukdom, og opprettheld god helse og funksjonsevne. Funksjonsevne omfattar aspekt som å utføre daglegdagse oppgåver, ta avgjersler, vere sosial og bidra i samfunnet (FHI, 2023). Eldre i Noreg i dag er sjølvhjelpne lenger enn tidlegare, sjølv om levealderen har auka. Undersøkingar indikerer at ein auke i forventa levealder gjev fleire funksjonsfriske år (Storeng et al., 2021). Funksjonsnivå og

ibuande kapasitet, målt ved faktorar som gripestyrke, kognisjon, høyrsel og evne til å greie seg sjølv er betre no enn tidlegare (Engdahl et al., 2021; Johnsen, et al., 2021; Storeng et al., 2021; Strand et al., 2019). Undersøkingar har også vist betring i hukommelse og prosesseringshastigheit hos nyare generasjonar eldre (Johnsen et al., 2021). Samt er det noko forskning som kan tyde på at risikoen for å utvikle demens har blitt redusert innad i aldersgrupper (Christensen et al., 2013; Langa et al., 2017; Llewellyn & Matthews, 2009; Matthews et al., 2016).

Til tross for dette vil andelen eldre stige så kraftig, at sjølv om den enkelte moglegvis vil ha redusert risiko for å utvikle demens, vil ein sjå ein dobling i personar som får diagnosen fram mot 2050 (FHI, 2023). Auka alder gjev også auka risiko for å få fleire sjukdommar samstundes, noko som kan ha negativ verknad på funksjonsevne, livskvalitet og psykisk helse (Johnston, et al., 2018). Sjølv om medisinsk framgang kan fasilitere for at eldre kan leve gode liv, også med sjukdom, vil truleg fleire ha behov for oppfølging frå helse- og omsorgstenestene, fleire vil også bli pleietrengande og ha behov for plass på omsorgsinstitusjon (FHI, 2023). Fleire sjukdommar og funksjonsnedsettingar som typisk oppstår i alderdommen er det mogleg å førebyggje. Ein kan blant anna førebyggje skrøpelegheit gjennom fysisk aktivitet, ernæring, god medisinsk behandling, samt gjennom sosial og psykologisk støtte (FHI, 2023). Fysisk aktivitet kan hjelpe eldre å oppretthalde funksjon, som kan gjere det mogleg å bu sjølvstendig lenger (FHI, 2023).

Det manglar kunnskap knytt til psykiske lidingar i den eldre befolkninga (Reneflot et al., 2018). Ein skil ofte mellom yngre eldre (65-79 år) og eldre-eldre (80+ år) (Daatland & Solem, 2011). Nokon studiar indikerer at førekomsten av psykiske lidingar og plager aukar noko med alder, spesielt blant eldre-eldre (personar 80+) (Andreas et al., 2017; Hansen & Slagsvold, 2017; Volkert et al., 2013). Forsking viser at blant eldre-eldre er 77% middels tilfreds med livet (Støren & Rønning, 2021). Ein har lite informasjon om livskvalitet blant eldre over 80 år i Noreg, og ifølgje Hansen & Blekesaune (2022) er det rimeleg å anta at denne gruppa har noko lågare livskvalitet enn yngre eldre. Dette grunna at eldre over 80 år er sjukare enn yngre grupper, og ofte bur på sjukeheim. Eldre-eldre rapporterer om mindre tilfredsheit, positive kjensler, oppleving av meining og auke i einsemd og negative kjensler (Hansen & Blekesaune, 2022; Hansen & Slagsvold, 2012; Nes et al., 2021; von Soest, Luhmann et al., 2018). Eldre under 80 år rapporterer å vere meir tilfredse med livet enn yngre aldersgruppe (Hansen & Daatland, 2016; Støren & Rønning, 2021). Samstundes opplever mange eldre manglande sosial støtte og meistringsressursar (FHI, 2011). Det er med andre ord fleire av helseutfordringane i

den eldre befolkninga som verkar å vere mogleg å påverke.

1.5 Nasjonale føringar

Eldre og demografiske endringar får mykje merksemd i nasjonale dokument. Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga* vektlegg at sunn aldring i folkehelsepolitikken handlar om å fremje aktiv og sunn aldring i eit livsløpsperspektiv. Ein skal gjere dette ved å arbeide mot eit meir helsefremjande samfunn, og gjennom å fremje faktorar som aukar livskvalitet. Frivillig sektor blir framheva som ein viktig bidragsytar for at eldre skal oppretthalde livskvalitet og funksjon. Men det blir understreka at eldreperspektivet må inn i all politikk, og at alle sektorar har eit ansvar. Samfunnet må leggje til rette for at eldre skal kunne ta i bruk egne ressursar for å handtere moglegheiter og utfordringar som alderdommen kan by på. Vidare blir det poengtert at eldre har eit individuelt ansvar for å planleggje eigen alderdom.

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet* er ei reform som tek sikte på å bidra til kvalitetsheving i tenester og tiltak knytt til den eldre befolkninga. Hovudfokuset i reforma er å skape eit meir aldersvenleg Noreg. Samt å finne nye, innovative løysingar på utfordringar knytt til følgjande hovudtema; Aldersvenleg Noreg, Aktivitet og fellesskap,. Mat og måltid, Helsehjelp og Samanheng i tenestene. Hovudmåla for reforma er følgjande:

1. *Fleire gode leveår der eldre beheld god helse lenger, opplever at dei har god livskvalitet, og at dei i større grad meistra eige liv, samstundes som dei får den helsehjelpa dei trengjer når dei har behov for det.*
2. *Pårørande som ikkje blir utslitne, og som kan ha ein jamn innsats for sine næraste.*
3. *Tilsette som opplev at dei har eit godt arbeidsmiljø, der dei får brukt sin kompetanse og gjort ein fagleg god jobb.*

(St.Meld.Nr 15 (2017-2018)).

I forbindelse med reforma blei *Senter for et aldersvennlig Norge* etablert (Senter for et aldersvennlig Norge, u.å.). Senteret har fokus på kampanjar knytt til planlegging av eigen alderdom, medverknad og involvering av eldre, og partnerskapsordningar på tvers av offentlege, frivillige og private verksemdar. Samt har dei fokus på tiltak for å aktivisere eldre gjennom lønna eller frivillig arbeid. Senteret arbeider med å skape eit nettverk for kunnskapsbygging og erfaringsutveksling. Og for at norske kommunar skal slutte seg til Verdsorganisasjonen for helse sitt globale nettverk for aldersvenlege byar og lokalsamfunn

(WHO, u.å.). Dette er eit internasjonalt nettverk med mål om å inspirere, kople saman og støtte opp om lokalsamfunn for å finne kunnskapsbaserte løysingar som legg til rette for sunn og aktiv aldring i nærmiljøet.

Oppgåva sin oppbygnad

Denne oppgåva består av 8 kapittel. I kapittel éin blir det gjeve ein introduksjon av tematikken og bakgrunnen for studien. Vidare i kapittel to vil det teoretiske rammeverket som oppgåva byggjer på bli presentert. Dette inkluderer det førebyggjande og helsefremjande perspektivet, så vel som sentrale omgrep innan aldring, folkehelse og helsefremjande arbeid. Vidare vil sentrale teoriar knytt til tverrfagleg samarbeid bli presentert, og til slutt vil teoriar knytt til korleis ein kan påverke aldringsprosessen vektleggjast. I kapittel tre vil eg gjere greie for gjennomføringa av litteratursøk, presentere eksisterande forskning på feltet og peike ut kunnskapshol som denne studien vil utforske. I kapittel fire blir hensikt, problemstilling og forskingsspørsmål presentert. I kapittel fem vil heile forskningsprosessen, samt grunngevingar for metodiske val bli presentert. I kapittel seks blir funna presentert. I kapittel sju blir funna diskutert opp mot teoretisk rammeverk og litteratur som blei presentert tidlegare i oppgåva. I kapittel 8 vil eg samanfatte hovudfunna frå denne studien.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil eg presentere det teoretiske rammeverket som brukast for å belysa korleis ein kommune i Vestland fylke arbeider for å fremje helse blant den eldre befolkninga. Eg vil gje ein kort introduksjon til sentrale tema som aldring og folkehelsearbeid på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå. Deretter vil eg trekkje fram kommunen sitt ansvar i folkehelsearbeidet, og knyte dette opp mot det helsefremjande perspektivet og eit ressursorientert perspektiv på helse. Vidare vil eg nytte helsedeterminantmodellen utvikla av Dahlgren & Whitehead (1991) for å gje ein visuell representasjon av korleis ulike faktorar og samfunnssektorar påverkar individet si helse. Med bakgrunn i oppgåva sin tematikk vil eg gjere greie for ulike typar samarbeid, med hovudvekt på tverrsektorielt, tverretatleg og tverrfagleg samarbeid. Til slutt vil eg sjå nærare på teorien om *successful ageing* og korleis denne modellen har prega politikk, intervensjonar og diskursen rundt den eldre befolkninga.

2.1 Aldring

Det finst ingen klar definisjon for når eit menneske kan omtalast som *eldre*. I eit moderne velferdssamfunn som Noreg er det vanleg å omtale menneske som *eldre* ved pensjonsalder (FHI, 2023). Normal pensjonsalder i Noreg er 67 år (NAV, 2023). Ved nådde 60-65 år kan aldersrelaterte endringar påverke funksjon i dagleglivet og livskvalitet (Hjartåker et al., 2017, s. 408-409). Men det er blant personar over 80 år ein ser at helseutfordringar og funksjonstap er mest framtreddande og gjev eit auka behov for helse- og omsorgstenester (FHI, 2023).

Aldringsprosessen startar då individet blir født og endar ved døden. Prosessen inneber at kroppen går igjennom ei biokjemisk og fysiologisk forandring. Dei fleste av kroppens funksjonar avtek gradvis etter 20-30 års alderen, men dette kjem ofte ikkje til syne før ein har nådd 60-65 år (Hjartåker et al., 2017, s. 408-409). Det finst inga brei einigheit om kva som styrer desse aldersrelaterte endringane (Vina, Borràs & Miquel, 2007). Forskarar er likevel einige om at aldring er eit konsept som omfattar fleire dimensjonar (Caprara et al., 2013). Aldringsprosessen består av biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Samt blir prosessen påverka av arv, levevanar og samfunnsrelaterte faktorar. Dei fleste eldre går igjennom store sosiale endringar, til dømes å gå frå livet som yrkesaktiv til å bli pensjonist. Slike endringar kan moglegvis framskande aldringsprosessen. Med andre ord kan ikkje aldring berre sjåast som eit resultat av kronologisk alder (Hjartåker et al., 2017, 409).

2.2 Nasjonalt, regionalt og kommunalt folkehelsearbeid

Både nasjonale og fylkeskommunale myndigheiter har noko ansvar i det norske folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2012, §20-23). Statlege myndigheiter skal vurdere konsekvensar for befolkninga si helse i sine verksemder. Medan Statsforvaltaren skal : «bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå (...)» (§22.-23). Fylkeskommunen skal fremje folkehelse innan sine oppgåver og verkemidlar, samt understøtte folkehelsearbeidet i kommunane (§20). Men hovudansvaret for å iverksette folkehelseiltak ligg hos kommunen (Folkehelseloven, §7). Ifølgje lovverket har kommunen ansvar for å: «iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringar (...)». Kommunen har sentrale oppgåver som å ha oversikt over helsetilstanden i befolkninga og faktorar som kan påverke helsa (§5). Samt skal kommunen medverke til at andre myndigheiter og verksemder tek omsyn til

befolkninga si helse. Vidare skal kommunen leggje til rette for medverknad frå ulike organ og leggje til rette for samarbeid med frivillig sektor (§4-7).

Det helsefremjande arbeidet i nærmiljøet og lokalsamfunnet bør ifølgje Meld. St. 15 *Folkehelsemeldinga* (2022-2023) skje i samarbeid mellom kommunen, frivillige organisasjonar, private- og brukarorganisasjonar. Kommunen fekk også i forbindelse med Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017-2018) ansvar for å avgjere korleis denne reforma skulle innførast i kvar kommune. Kvar enkelt kommune fekk i oppgåve å tilpasse målsettingane i reforma til lokale forhold og behov. Samt å samarbeide med andre tenester, frivilligheit og aktørar som var aktuelle i det gjeldande lokalsamfunnet. Dette viser at kommunen har eit stort ansvar for førebyggjande og helsefremjande arbeid knytt til den eldre befolkninga.

2.3 Førebyggjande og helsefremjande arbeid

Folkehelse blir i folkehelselova definert som; «befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2012, §3). Kommunen har blant anna ansvar for å fremje befolkninga si helse, trivsel, legge til rette for gode sosiale og miljømessige forhold, og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade eller liding (Folkehelseloven, 2012,§4). Folkehelsearbeidet følgjer to hovudperspektiv; det *sjukdomsførebyggjande perspektivet* og det *helsefremjande perspektivet* (Mæland, 2016, s. 16-17).

Det *sjukdomsførebyggjande perspektivet* handlar om å førebyggje eller hindre sjukdom (Mæland, 2016, s. 15). Dette perspektivet heng tett saman med Vesten si tradisjonelle forståing av helse, som byggjer på den biomedisinske modellen . Den biomedisinske modellen forstår helse som fråvær av sjukdom (Naidoo & Wills, 2016, s. 6). Denne modellen kan beskrivast som patogen og dualistisk, då den fokuserer på kvifor menneske blir sjuke og trekkjer eit sterkt skilje mellom det fysiske og det mentale (Naidoo & Wills, 2016, s. 7). Dette perspektivet har avgrensa verdi i det helsefremjande arbeidet, fordi det ikkje tek omsyn til dimensjonar i helse knytt til miljø og samfunn. Samt inkluderer det ikkje menneske sin subjektive oppleving av helse, og det fokuserer hovudsakleg på behandling etter at dårleg helse har oppstått (Naidoo & Wills, 2016, s. 15).

Det *helsefremjande arbeidet* tek utgangspunkt i kva faktorar som kan styrkje ressursar for god helse. Dette perspektivet vektlegg individuelle, miljømessige, samfunnsmessige og kulturelle føresetnader for god helseutvikling (Mæland, 2016, s. 17). Ifølgje Naidoo og Wills (2016, s.

15) er det å avklare korleis ein sjølv forstår helseomgrepet, samt korleis andre forstår omgrepet, eit essensielt første steg for ein person som skal arbeide helsefremjande. 'Helse' er eit krevjande omgrep å definere. Ulike menneske har gjerne ulikt syn på helse, og forståing av helse blir blant anna påverka av sosial klasse, kjønn, etnisk opphav og yrke (Naidoo & Wills, 2016, s. 15). Verdsorganisasjonen for helse definerte i 1948 helse som «A state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity» (1948, s.1). Denne definisjonen inkluderer psykososiale aspekt ved helse, men har samstundes mottatt mykje kritikk for å vere utopisk og uoppnåeleg (Mæland, 2016, s. 26). Samt kan denne definisjonen ifølgje Mæland (2016, s. 27) gje eit feilaktig inntrykk av at det å ha god helse og det å vere sjuk er totale motsetningar, så vel som at det er umogleg å oppleve god helse parallelt med at ein opplever sjukdom. I 1984 presenterte Verdsorganisasjonen for helse ein ny definisjon av helse:

«...the extent to which an individual or group is able to realize aspirations and satisfy needs and to change or cope with the environment. Health is a resource for everyday life, not the objective of living: it is a positive concept, emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities» (1984, s. 4)

Denne definisjonen blei vidare styrka ved den første internasjonale konferansen om helsefremjande arbeid, i Ottawa, Canada 1986 (WHO, 1986). Det helsefremjande perspektivet vektlegg positive ressursar for helse og livskvalitet (Mæland, 2016, s. 76). Ifølgje Mæland burde ein ikkje sjå på det *sjukdomsførebyggjande* og det *helsefremjande* perspektivet som konkurrerande perspektiv og arbeidsmåtar. Ein burde sjå på det som to perspektiv og arbeidsmåtar som utfyller kvarandre. Begge er nødvendige i folkehelsearbeidet og skiljet mellom dei har blitt mindre tydeleg i nyare tid. Denne oppgåva vil hovudsakleg fokusere på helsefremjande arbeid, og det helsefremjande perspektivet. Helse vil derfor bli forstått som ein ressurs og koplast saman med ein sosial modell for helse og helsepåverknad.

2.4 Medverknad og *empowerment*

Helsefremjande arbeid kan definerast som «prosessen for å gjere menneske i stand til å auke kontrollen over og forbetre si eiga helse» (WHO, 1986, s.1, min oversetning). To grunnprinsipp i det helsefremjande arbeidet er *empowerment* og *medverknad* (Rootman et al., 2001, s. 26). *Empowerment* kan ein forstå som «det å vinne større makt og kontroll over» (Mæland, 2016, s. 79). I samband med helsefremjande arbeid betyr dette at menneske må få kunnskap om kva som påverkar helsa deira, delta i avgjerder som påverkar helsa, og ha moglegheit til å delta

aktivt i arbeid for eit helsefremjande lokalsamfunn (Mæland, 2016, s. 79). Eit viktig skilje mellom det helsefremjande arbeidet og det tradisjonelle sjukdomsførebyggjande arbeidet er at ein ser på befolkninga som aktive samarbeidspartnarar (Sollesnes, 2006, s.16-17).

Målet med helsefremjande arbeid er ifølgje Sollesnes (2006, s. 17) å utvikle sterke og uavhengige individ og lokalsamfunn. Då må dei eventuelle brukarane av eit tilbod bli sett på som aktive deltakarar framfor passive mottakarar. *Medverknad* er ikkje berre eit viktig verkemiddel for å skape tiltak som brukarane opplever som relevante (Roland, 2015), det er også ei lovfesta rett. *Medverknad* blir i plan- og bygningsloven (2008) forstått som enkeltpersonar og grupper sin rett til å delta i, og påverke offentlege utgreiing- og avgjerdsprosessar (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2014, s. 8). Medan *medverknad* i pasient- og brukarrettigheitslova blir forstått som pasienten eller brukaren sin rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester (§3-1,1999). Dialog, likeverd og brukarmedverknad blir sett på som essensielt i det helsefremjande arbeidet (Sollesnes, 2006, s. 6).

2.5 Helse i alt me gjer (Health in all Policies)

I det helsefremjande arbeidet tek ein utgangspunkt i at helse skapast og blir halde ved like utanfor helsesektoren (Mæland, 2016, s. 79). Folkehelseloven bygger på fem grunnprinsipp, blant anna prinsippet om *Helse i alt vi gjer* (HiAP) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). *Health in All Policies* (HiAP) blei ved Ottawa-charteret i 1986 identifisert som ein nøkkelstrategi for å fremje helse (Naidoo & Wills, 2016, s. 185). Denne strategien er ein samarbeidstilnærming for å forbetre helse ved å inkludere helseomsyn på tvers av sektorar og politikkområde. HiAP sin kjerne er å adressere dei sosiale helsedeterminantane som er nøkkelfaktorar for ulikskap i helse og helseutfall (Rudolph et al., 2013, s.5). Denne politikken byggjer på ei økologisk forståing av helse. Eit økologisk perspektiv anerkjenner at helse blir påverka av samspelet mellom individuelle og miljømessige faktorar (Mittelmark, 2012, s. 12). Den sosiale helsedeterminantmodellen utvikla av Dahlgren & Whitehead (1991) er ein holistisk biopsykososial modell som koplpar saman biologiske, psykologiske og sosiale faktorar sin effekt på helse (Sletteland & Donovan, 2016, s 25-26). Modellen gjev ein visuell representasjon av korleis ulike faktorar, mange av dei utanfor individet sin kontroll, påverkar helse.



Figur 1. Den sosiale helsedeterminantmodellen av Dahlgren & Whitehead (1991). (Omsett av Sosial- og helsedirektoratet. 2006)

Modellen vektlegg interaksjonen mellom individet og dei ulike helsedeterminantane. Kjernen i modellen representerer individuelle determinantar, som kjønn, alder, genetiske og fysiske eigenskapar (Sletteland & Donovan, 2016, s. 24). Dette er faktorar som spelar inn på helse, men i mindre grad er mogleg å påverke. Det første laget «individuelle livsstilsfaktorer» representerer levevanar som til dømes fysisk aktivitet, røykevanar og kosthald. Det andre nivået «sosiale nettverk» representerer samspelet mellom individa og deira nærmiljø. Det tredje nivået representerer korleis til dømes tilgang på helse- og omsorgstenester og bustadforhold påverkar individet si moglegheit til å ta vare på eiga helse. Det ytste laget viser til sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige føresetnader som påverkar individet og befolkninga sine forutsetningar for god helseutvikling (Sletteland & Donovan, 2016, s. 24). Helsedeterminantmodellen vil i denne oppgåva bli brukt for å gje ein visuell representasjon av at helse blir påverka av ei rekkje ulike faktorar. Samfunnssektorar som til dømes utdanning, samferdsel, kultur og miljøvern påverkar folkehelsa. Det gjer også sektorar som ligg utanfor offentleg tenesteyting, som til dømes næringsliv og frivillige organisasjonar. Derav er eit tverrsektorielt samarbeid sentralt i det helsefremjande arbeidet. (Mæland, 2016, s. 79).

2.6 Tverrfagleg samarbeid

Meld. St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet* og Meld. St. 15 (2022-2023) *Folkehelsemeldinga* er blant mange nasjonale dokument som trekker fram *tverrfagleg* og *tverrsektorielt samarbeid* som viktige strategiar i arbeidet for eit aldersvenleg samfunn og i folkehelsearbeidet generelt. *Samarbeid* kan definerast som å arbeide saman (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Medan *tverrfagleg samarbeid* kan definerast som ein arbeidsform eller metode, der ulike yrkes- eller faggrupper arbeider saman for å nå eit felles mål (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). Omgrepa *tverrprofesjonelt-*, *tverretatleg-* og *tverrsektorielt-* *samarbeid* blir ofte nytta om kvarandre. I denne oppgåva vil eg skilje mellom *tverretatleg* og *tverrsektorielt samarbeid*.

Omgrepet *tverretatleg* vil bli nytta når eg refererer til samarbeid som skjer mellom etatar/avdelingar i ein kommune (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Dette kan til dømes vere eit samarbeid mellom etat for heimebaserte tenester og etat for aktivitet og rehabilitering. *Tverrsektorielt samarbeid* vil bli nytta når ein viser til eit samarbeid mellom ulike samfunnssektorar (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Dette vil omhandle eit samarbeid som går på tvers av *offentleg sektor*, til dømes kommunen, og *privat sektor*, til dømes private treningssenter og fysioterapeutar, og *frivillig sektor*, til dømes frivillige organisasjonar som Røde Kors. Uavhengig av om samarbeid skjer mellom etatar eller sektorar, inneber det eit *tverrfagleg samarbeid* mellom personar med ulik yrkes- og/eller utdanningsbakgrunn. Derfor vil eg vidare presentere teori knytt til *tverrfagleg samarbeid*. Omgrepet *tverrfagleg samarbeid* vil bli nytta som eit overbyggjande omgrep som inkluderer både *tverretatleg* og *tverrsektorielt samarbeid*. Medan *tverretatleg* og *tverrsektorielt samarbeid* vil bli nytta når eg ynskjer å ta føre meg den spesifikke samarbeidsforma.

2.7 Ulike samarbeidsformer

Grunna at dagens samfunn i stor grad er prega av spesialisering og sektorinndeling er *tverrfaglegheit* ifølgje Lauvås & Lauvås (2004, s.17) nødvendig. Knytt til institusjonar som arbeider med menneske blir ofte uttrykket *tverrfaglegheit* nytta for å vise at brukarar får heilheitleg behandling av høg kvalitet og at arbeidsmiljøet er spennande for dei tilsette. Men dette handlar også i stor grad om effektiv bruk av ressursar (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 17-18). Det er nødvendig at sektorar samarbeider dersom ein skal oppnå overordna målsettingar til dømes i ein kommune (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 18). Formålet med *tverrfagleg samarbeid* er ifølgje Lauvås & Lauvås (2004, s. 53) å sikre kvalitet i arbeidet ved å utnytte den tilgjengelege fagkompetansen best mogleg, så vel som å utvikle eit felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag

og stimulere til fagleg utvikling. Dette fordrar at dei ulike fagpersonane interagerer med kvarandre og deler av sin spesialkompetanse (Lauvås & Lauvås, 2004 s. 53).

Å skape og oppretthalde tverrsektorielle partnerskap er eit kjerneelement i HiAP-tilnærminga til helsefremjande arbeid. Det inneberer å engasjere partnerar frå andre sektorar, identifisere moglegheiter for samarbeid, forhandle agendaer, formidle ulike interesser og fremje synergjar (WHO, 2014, s.1-2). Det er likevel mogleg at ulike etatar i ein kommune arbeider mot ei felles målsetting utan å ta stilling til dette i fellesskap. Dette kan ikkje kallast *samarbeid*, men *fleirfaglegheit* (Glavin & Erdal, 2018, s. 15). Eit anna omgrep som ligg nært *samarbeid* er *samordning*. *Samordning* kan definerast som «en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør ovenfor en og samme problemstilling/klient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre» (Knoff 1985; i Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53). Omgrepa *samarbeid* og *samordning* blir ofte brukt om kvarandre, men *samordning* skil seg frå *samarbeid* ved at det krev strengare krav til forplikting og formalisering (Christiansen & Nordahl, 1993, s. 17). Medan *samarbeid* i større grad krev vilje frå ulike yrkesgrupper til å arbeide saman, føreset det også ein anna type relasjon mellom samarbeidspartnarane enn ved til dømes *samordning* av tenester (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 53).

Til tross for at det er mykje fokus på *tverrfagleg samarbeid* er det ikkje alltid lett å få til i praksis. Det er ikkje unormalt at *tverrfaglege samarbeid* blir avslutta før planlagt tid, grunna at ein ikkje har fått samarbeidet til å fungere (Corbin & Mittelmark, 2008, s. 365). Det er ifølgje Glavin & Erdal (2018, s. 39) viktig at deltakarane i eit samarbeid får kunnskap og ferdigheiter til å oppnå *samarbeidskompetanse* av høg kvalitet. Omgrepet *samarbeidskompetanse* inneber; brukarorientering, forståing av heilheit, omstillingsevne og fleksibilitet (Glavin & Erdal, 2018, s. 36). Vidare vil eg utforske identifiserte hemjande og fremjande faktorar for *tverrfagleg samarbeid*. Den allereie eksisterande teorien på feltet kan nyttast for å betre forstå det *tverrfaglege* samarbeidet i denne studia.

2.8 Hemjarar og fremjarar for tverrfagleg samarbeid

Det er ikkje uvanleg at det oppstår motstand ved endringsarbeid. Tverrfagleg samarbeid kan for nokon verke truande dersom ein har vore vand til å ta avgjerder åleine (Glavin & Erdal, 2018, s. 40). Skare (1996) har identifisert nokre typiske hemjande faktorar for tverrfagleg samarbeid, medan Glavin og Erdal (2018) har identifiser fremjande faktorar for tverrfagleg samarbeid.

Ifølgje Skare (1996) kan blant anna *domenekonfliktar* oppstå. Dette er ein type konflikt som gjerne oppstår når ein etat føler seg trua og ynskjer å verne om eigne arbeidsområde og fagfelt. Dersom ein av samarbeidspartane er motvillige til å samarbeide vil dette naturleg nok opptre som ein barriere for godt samarbeid. Ifølgje Skare (1996, s. 179) er opplæring i samarbeid viktig i denne samanhengen for å få alle partar med «på laget». Nokon av samarbeidspartane kan også oppleve at *gevinsten er asymmetrisk fordelt*. Dersom ein av partane opplever at samarbeidet gjev uheldige konsekvensar er dette svært problematisk (Skare, 1996). Det kan vere naturleg at nokon av samarbeidspartane opplev større gevinst av samarbeidet enn andre. Men ein må sørgje for ein viss balanse i utbytte av samarbeidet dersom det skal fungere over tid. Det er i følgje Erdal og Glavin (2018, s. 43) viktig at samarbeidet er ein metode for å nå eit mål og ikkje berre eit samarbeid for samarbeidets skuld. Det er også nødvendig å etablere ei felles forståing for kva arbeidsoppgåver som skal løysast, slik at ein kan oppnå ei felles forståing for kvifor det er viktig å bruke tid på samarbeidet.

Ei anna utfordring, dersom ulike profesjonar arbeider saman kan vere at ulike yrkesgrupper har for lite kjennskap til kvarandre sine arbeidsområde, og derfor ikkje har tillit til kvarandre sin kompetanse (Skare, 1996, s.179). Derfor er det viktig at dei ulike fagområda eller etatane har kjennskap til kvarandre og er opne for at andre enn dei sjølv har noko å bidra med (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). I ein kommune kan det også hende at ulike etatar arbeider med ulike målsettingar ovanfor same gruppe (Skare, 1996, s. 180). Det å utvikle felles målsettingar er viktig, både for å gjere dei tilsette i ulike etatar bevisst på kva dei ynskjer å oppnå, men og for å gjere det lettare å finne felles strategiar og metodar for å nå måla (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Det er også mogleg at samarbeidsinitiativet ikkje kjem frå dei som faktisk skal gjennomføre det, men til dømes frå leiarane i ein kommune. Det å leggje til rette for deltaking og oppleving av medbestemming er viktig for at dei tilsette skal oppleve samarbeidet som nyttig og motiverande (Skare, 1996).

Skare (1996) identifiserer også manglande ressursar som eit hinder for samarbeid. Tverrfagleg samarbeid er ressurskrevjande og kan gå ut over dei daglege arbeidsoppgåvene som skal ivaretakast. Derav kan tilsette vere motvillig til å bruke tid på denne type samarbeid. Møteverksemd kan opplevast som unødvendig, og mange har dårlege erfaringar med dette frå tidlegare. Ifølgje Glavin og Erdal (2018, s. 43) er det viktig at kvar deltakarane i samarbeidet må oppleve det som nyttig. Dette kan ein gjere gjennom å fordele ansvar og oppgåver på ein slik måte at arbeidsbyrdene blir mindre for den enkelte. Etablering av gode samarbeidssystem som er forankra hos leiinga og i kommuneplanane er nødvendig for å unngå at samarbeida blir

av varierende kvalitet og blir avhengig av enkeltpersonar (Glavin & Erdal, 2018, s. 24, 43). Ein må etablere planar for tverrfagleg samarbeid som godkjennast og vedtakast både administrativt og politisk. Det blir sett som viktig at dei ulike etatane har eit eigarforhold til dei etablerte planane for samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Ifølgje Glavin & Erdal (2018, s. 45) verkar tverrfagleg samarbeid å fungere best i kommunar som har tilsett ein koordinator som har overordna ansvar for dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet anbefalte i samband med etablering av folkehelselova (2012) at norske kommunar burde definere ein koordinatorfunksjon til å følgje opp folkehelsearbeidet (Prop. 90 L (2010-2011), s. 198). Tilsetting av ein folkehelsekoordinator til koordinering av tverr-sektorielt samarbeid og ulike aktørar sin innsats på folkehelsefeltet nemnast også i St.meld.nr 16 (2002-2003) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s. 76). Ifølgje Helgesen et al. (2017), burde folkehelsekoordinator tilsettast i minimum 70% stilling og plasserast høgt i det administrative systemet for å sikre tilstrekkeleg myndigheit til handling (s. 80-82). Ved ein nasjonal kartlegging av lokalt folkehelsearbeid (NIBR, 2011, referert i Meld.St. 19 (2014-2015), s. 180) kom det fram at kommunar som hadde plassert folkehelsearbeidet på strategisk nivå, til dømes i eigne strategiske avdelingar eller knytt til rådmannen såg ut til å lukkast betre med å få til ein tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet.

Andre faktorar som ifølgje Glavin og Erdal (2018, s. 44-45) er føresetnader for eit vellukka samarbeid er tryggleik, respekt og tillit. Dei ulike aktørane må vere trygge nok i samarbeidsforumet til å setje ord på kva dei ulike partane gjer som verkar hemjande og fremjande for samarbeidet. Samt må ein ha respekt for ulike fagbakgrunnar og perspektiv. Det er nettopp ulikskapane som er essensielle for å få noko ut av å arbeide tverrfagleg. Ulikskapane kan ofte vere ei kjelde til konflikt, men då er det viktig med ein grunnleggande tillit til kvarandre sin kompetanse og villigheit til å løyse konfliktane (Glavin & Erdal, 2018, s. 43). Det å etablere eit felles verdigrunnlag kan også vere nyttig før oppstart av tverrfaglege samarbeid. Verdigrunnlaget handlar om å klargjere kva haldningar og menneskesyn som ligg bak den enkelte sine meiningar. Det handlar om kva samarbeidspartnarane opplev som viktig (Glavin & Erdal, 2018, s. 35).

2.9 Vellukka og sunn og aktiv aldring

Healthy ageing er eit av fleire omgrep som refererer til eit skifte i gerontologien, der aldring sjåast frå eit positivt perspektiv (Caprara et al., 2013). Verdsorganisasjonen for helse definerer

healthy aging som: «the process of developing the functional ability that enables wellbeing in older age», og målet med tiåret er å optimalisere eldre menneske si funksjonsevne. Viktigheita av å jobbe på tvers av sektorar blir framheva, og Verdsorganisasjonen for helse (WHO, 2020) har presentert fire handlingsområder for *sunnd aldring*:

1. *Endre korleis me tenker, føler og handlar rundt eldre og aldring.*
2. *Sikre at lokalsamfunn fremja eldre menneske sine evner.*
3. *Levere personsentererte integrert omsorg og tenester som svara til eldre sine behov*
4. *Gje tilgang til langtidspleie til eldre menneske som treng det*

I lang tid har diskursen om *vellukka aldring* (successful aging) hatt stor innverknad på forsking, intervensjonar og offentleg politikk knytt til eldre. *Vellukka aldring* er ein modell som vektlegg helsefremjande intervensjonar retta mot å støtte eldre til å unngå sjukdom og funksjonsnedsetting ved å oppretthalde høg mental og fysisk funksjon, og vere sosialt engasjert (Stephens, 2016, s. 490). Modellen om *Vellukka aldring* blei utvikla av Rowe & Kahn (1987) som eit motsvar til tidlegare forsking på eldre som hovudsakleg fokuserte på tap. Ifølgje Rowe & Kahn (1987, s. 143) hadde forskarar i mangel på patologi, i lang tid tolka aldersassosierte kognitive og fysiske svekkingar som aldersbestemte. Altså som eit direkte resultat av at menneske blir eldre. Rowe & Kahn (1987, s. 143) hevda at mange av hovudkomponentane for aldersrelaterte svekkingar kunne forklarast av levevanar, kosthald og ei rekkje psykososiale faktorar som var eksterne for aldringsprosessen. Derav såg dei eit behov for å skilje mellom «normal» og «vellukka» aldring.

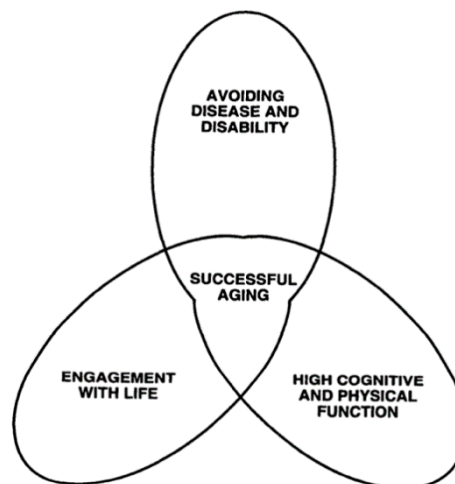
I forsking på «normal» aldring har ein gjerne fokusert på kva eldre gjer, og ikkje gjer, samt kva fysiologiske og psykologiske tilstandar som er vanlege (Rowe & Kahn, 1987, s. 143). Dette har gjeve eit utydeleg skilje mellom kva som er normale aldersrelaterte endringar og kva som er typisk for eldre. Rowe & Kahn (1987) hevda at forsking på eldre ofte har fokusert på ulike aldersgrupper, utan å ta omsyn til at det finnast store forskjellar i fysisk og kognitiv funksjon innad i aldersgruppene. Noko som vidare har ført til at ein har oversett verknaden av eksterne faktorar og samspelet mellom psykososiale og fysiologiske variablar (Rowe & Kahn, 1987, s. 143).

Rowe & Kahn (1987) understreka at det er svært viktig å ha innsikt i dei dominante aldringsmønsterane i samfunnet vårt og kva sjukdommar som opptre hyppigast. Dei hevdar likevel at eit overdrivent fokus på tap kan ha ført til eit feilaktig inntrykk av at fysiske og

kognitive endringar som typisk oppstår i alderdommen ikkje er moglege å påverka (s. 144). Rowe & Kahn utvikla derfor modellen for *vellukka aldring* for å bidra til å stimulere til forskning på intervensjonsstudiar som kan bidra til at ein større del av dei eldre i samfunnet oppnår *vellukka aldring* (Rowe & Kahn, 1997, s. 433). *Vellukka aldring* er eit konsept som kan definerast av tre hovudkomponentar:

- 1) *Lågt sannsyn for sjukdom og sjukdomsrelatert funksjonsnedsetting*. Denne komponenten referer til nærvær og fråvær av sjukdom, samt fråvær, nærvær og alvorsgrad av risikofaktorar for sjukdom.
- 2) *Høg kognitiv og fysisk kapasitet*. Dette viser til det kognitive og fysiske potensialet for aktivitet.
- 3) *Aktivt engasjement i livet*, denne komponenten viser til to spesifikke typar engasjement/aktivitetar:
 - A) *Mellom-menneskelege relasjonar* som inneber kontakt og transaksjonar med andre, dette kan vere utveksling av informasjon, emosjonell støtte eller direkte assistanse.
 - B) *Produktiv aktivitet*. Ein aktivitet er produktiv dersom den skapar samfunnsverdi, uavhengig om den er lønna eller ikkje. Dette kan til dømes vere organisert eller uorganisert frivillig arbeid.

(Rowe & Kahn, 1997, s. 433-444)



Figur 2. Frå Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *American Association of the Advancement of Science*, 238 (4811), 143-149.

https://www.jstor.org/stable/1699814#metadata_info_tab_contents

Rowe & Kahn (1997) understreka at det er interaksjonen mellom dei tre hovudkomponentane som saman bidreg til at individet oppnår *vellukka aldring* (s. 444). Til dømes seier kognitiv og

fysisk kapasitet berre noko om kva som er potensialet for aktivitet, ikkje noko om kva individet faktisk gjer. Det å både ha kognitiv og fysisk kapasitet som mogleggjer deltaking i produktiv aktivitet i samspel med at ein faktisk gjennomfører slik aktivitet vil saman bidra til *vellukka aldring* (Rowe & Kahn, 1997, s. 444). Denne modellen har i følgje Stephens (2016, s. 490) bidrege til å posisjonere eldre som ansvarlege for å delta i trening, ha eit helsefremjande kosthald og oppretthalde sosialt engasjement for å produsere god helse.

Verdsorganisasjonen for helse sitt rammeverk for aktiv aldring (WHO, 2002) har bidrege til at politikk knytt til den eldre befolkninga no i stor grad nyttar omgrep som aktiv, sunn og vellukka aldring. Verdsorganisasjonen for helse nyttar tidlegare omgrepet *Active Ageing*, og definerte det som «the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age» (WHO, 2002, s. 12). Mange gerontologar støttar eit skifte som har gått over til å fokusere på utvikling av strategiar og intervensjonar for vellukka aldring, framfor å fokusere på tap, avhengigheit og omsorg. Ifølgje Stephens (2016, s. 490) kan den breie populariteten rundt *vellukka aldring* forståast som eit svar på frykta rundt verdas aldrande befolkning. Media har i lang tid omtalt den eldre befolkninga som ei bølge eller ein tsunami som stiger ned over oss. Robertson (1997) refererer kritisk til denne framstillinga som ein «apokalyptisk demografi» som fokuserer på korleis eldre med si uhelse og høge helsekostnader tømmer samfunnet og endar i økonomisk og sosial katastrofe.

Til tross for at det har vore brei oppslutnad om modellen for *vellukka aldring* og det generelle politiske skifte rundt helsefremjande strategiar for vellukka, aktiv og sunn aldring, har *vellukka aldring* både som modell og diskurs fått mykje kritikk. Stephens (2016, s. 491-492) har kategorisert denne kritikken inn i tre hovudkategoriar. 1) *Støtte til undertrykkande ideal*, i dette ligger det at diskursen rundt *vellukka aldring* konstruerer eit ideal som ikkje alle kan leve opp til. *Vellukka aldring* tek ikkje omsyn til at ulike menneske igjennom livsløpet har hatt ulik moglegheit til å eldast «vellukka». Økonomiske, politiske og sosiale prosessar påverkar helsa til eldre menneske. Ifølgje Stephens (2016, s. 491) posisjonerer *Vellukka aldring* eldre menneske som igjennom livsløpet har opplevd dårleg helse, låg inntekt og usikre arbeidsforhold, og derav dårlegare fysiske og økonomiske føresetnader for å oppretthalde god helse, som mislukka. Det å arbeide ut ifrå ei forståing om at alle aldrande menneske er i stand til å vere aktive og heilt uavhengige kan i følgje Ranzijn (2010, s. 716) vere like skadeleg som å arbeide ut frå eit perspektiv om at alle eldre menneske er avhengige av hjelp og omsorg.

2) *Individuelt ansvar*, dette omhandlar at ansvaret for helse blir flytta frå offentleg sektor til

familiar og individ, samstundes som at helsetilstand og situasjon seinare i livet blir sett på som eit resultat av individuelle avgjersler. Dett kan føre til at eldre menneske som ikkje eldast «vellukka» får skulda for sin eigen situasjon, samt at strukturelle forhold som påverkar menneske sine føresetnader for god helse blir nedprioritert eller gløymt (Breheny & Stephens, 2010, s. 46; Rozanova, 2010, s. 221). Ifølgje Stephens (2016, s. 491) kan det at dårleg helse og sjukdom blir sett på som sjølvpåførte konsekvensar føre til at eldre som har behov for hjelp og støtte ikkje ber om eller tek imot nettopp dette. 3) *Helseisme og dødsfornekting*. I modellen for *vellukka aldring* er det å fremje fysisk helse eit viktig aspekt. Dette støtter opp om omgrepet helseisme (healthism), som Crawford (1980) skildra som ein individualisert versjon av helse der ansvar i stor grad ligg hos individet. I modellen for *vellukka aldring* blir helse sett på som eit produkt av variablar som kosthald, trening og sosialt engasjement.

Utfordringane med *vellukka aldring* er at det har ein moralsk dimensjon, der dei som er sunne og flinke til å følgje dominerande helsemeldingar i samfunnet blir sett på som å ha god moral og oppførsel, medan dei som er usunne eller likegyldige til dette blir sett på som uansvarlege og klanderverdige dersom dei utviklar sjukdom (Crawford, 2006; Galvin, 2002). Noko som vidare kan resultere i at eldre menneske opplever skam rundt helseutfordringar (Pond et al., 2010, s. 739). Ifølgje Stephens (2016) kan dette perspektivet vere spesielt belastande for eldre menneske, grunna at sannsynet for funksjonsnedsetting og tap av fysiske evner auka med aukande alder. Samt kan politikktutforming som er sterkt påverka av dette perspektivet føre til eit overdrive fokus på det å oppretthalde helse og deltaking, framfor å tilretteleggje samfunnet for aldrande menneske. Samt ignorerer denne diskursen ifølgje Stephens (2016, s. 492) at alle menneske på eit tidspunkt kjem til å avtaka fysisk og til slutt døy.

Stephens (2016) foreslo evnetilnærminga (capability) utvikla av Sense (1993) som ein meir hensiktsmessig tilnærming til eldre og helse. Grunnleggjande for evnetilnærminga er at ein person sitt velvære eller livskvalitet ligg i moglegheitene dei har til å leve eit liv dei verdsette (Stephens, 2016). Ifølgje Stephens (2016, s. 493) flyttar evnetilnærminga forståinga for god helse bland eldre frå individuelt ansvar til sosial og miljømessig kontekst ved å vurdere menneske sin faktiske moglegheit til å leve eit liv som dei verdsette. Ifølgje Vik (2015, s. 16) består det norske helsetilbodet for eldre framleis hovudsakleg av tilsyn, pleie og sjukeheimsplassar. Samt viser studiar at eldre får mindre individuelt tilpassa tilbod enn yngre tenestemottakarar (Hamran & Moe, 2012, s. 38). Det er fleire faktorar som tydar på at helsepersonell og politikara framleis ser på eldre som ei gruppe som er hjelpelause og sjuke (Vik, 2015, s. 151).

3.0 Litteraturgjennomgang

I dette kapittelet vil eg presentere relevant faglitteratur på feltet, og plassera mi eiga oppgåve innanfor dette. Litteratur med fokus på kva som fremja helse blant friske heimebuande eldre og kva faktorar som påverkar alderdommen vil vektleggjast. Eg vil utforske litteratur knytt til ulike intervensjonar som kan være overførbare til ein norsk kommunesetting. Samt vil eg utforske litteratur knytt til korleis ein kan leggje til rette for eit aldersvenleg samfunn og implementering av aldersvenlege strategiar.

3.1 Litteratursøk

Mengda forskingslitteratur om eldre er enorm, samstundes omhandlar store delar av denne litteraturen helse- og omsorg, sjukdom og funksjonstap. I prosessen med å lokalisere litteratur som tok føre seg helsefremjande tiltak retta mot eldre, fann underteikna store mengder forskingslitteratur knytt til medisinske intervensjonar i institusjonar som sjukhus og omsorgssenter. Derfor valde eg å gjennomføre fleire målretta søk for å identifisere litteratur som tok føre seg heilskaplege, helsefremjande tiltak retta mot friske heimebuande eldre. Med bakgrunn i at forskingsfeltet går på tvers av ulike faglege miljø nytta eg *Web of Science*, då denne søkemonitoren ga tilgang til litteratur frå ulike fagfelt.

Det første søket blei utforma for å finna forskingslitteratur om kva som påverkar helse og funksjon blant eldre. Søkeord som *elderly*, *health promotion*, *active ageing*, og *succesfull aging* blei nytta. Det andre søket blei utforma for å finne forskingslitteratur knytt til aldersvenlege samfunn og implementering av aldersvenlege strategiar. Søkeord som *Age Friendly Communtites and Cities*, *barriers* og *facilitators* blei nytta. Søka blei avgrensa til dei siste ti åra, og inkluderte kun norske og engelskspråklege artiklar. Eldre studiar blei inkludert dersom det blei anset som relevant. Litteratur funne i litteraturlistene i artiklane blei nytta som eit supplement til det opprinnelge søket.

3.2 Moglegheit for å påverke aldringsprosessen

Ifølgje Caprara et al., (2013, s. 12) etterlyser internasjonale og nasjonale institusjonar implementering av retningslinjer og program som kan forlengje god helse og velvære ved høg alder. Dette masterprosjektet utforska kva tiltak ein kommune har sett i verk for å fremje helse blant eldre. Derfor var det hensiktsmessig å få oversikt over kva faktorar som er moglege å påverke for å fremje helse og livskvalitet i denne befolkningsgruppa. Caprara et al., (2013)

hevda at aldring ikkje er eit tilfeldig fenomen, og at alderdommen blir påverka av individuell og sosiopolitisk handling.

3.2.1 Individuell åtferd og god alderdom

Som tidlegare nemnt har det utvikla seg eit skifte i gerontologien der aldring sjåast frå eit positivt perspektiv. Omgrep som *sunn*, *aktiv* og *vellukka aldring* har stått i fokus, og sentralt i mykje av litteraturen er eldre si moglegheit til å påverka eigen alderdom (Caprara et al., 2013; Rowe & Kahn, 1997). Denne litteraturen tek utgangspunkt i at eldre har moglegheit til å påverke eigen helsestatus, funksjon og livskvalitet. Vidare vil underteikna derfor utforske litteratur knytt til individuelle levevanar og *vellukka/sunn aldring*.

I 2005 publiserte Borgers et al., ein rapport på bakgrunn av HALE prosjektet (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) (Bogers et al., 2005). Dette var eit prosjekt med formål å undersøke endringar i determinantar for *vanleg* og *sunn* aldring i Europeiske land. Studia nytta data frå tre internasjonale studiar (the Seven Countries Study; FINE; SENECA). Utvalet inkluderte 7047 menn frå fem Europeiske land som blei følgt i 35 år (the Seven Countries Study, u.å.). Samt 3805 eldre men og kvinner som blei følgt i ti år i 12 Europeiske land (the seven countries study, u.å.; SENECA). Funna publisert i 2005 viste at moderat fysisk aktivitet senka risiko for dødelegheit med omtrent 35%. Samt var fysisk aktivitet negativt korrelert med kognitivt svik og positivt assosiert med fysisk funksjon. Det blei rapportert at eldre som ikkje røyka hadde ein redusert risiko for dødelegheit på 35% samanlikna med eldre som røyka. Eit moderat inntak av alkohol var assosiert med redusert risiko for dødelegheit. Borgers et al., rapporterte at eit middelhavskosthald (lågt inntak av metta feitt og transfeitt, høgt inntak av fukt og grønnsaker) reduserte dødelegheit av hjarte-kar sjukdom med 40%, og av alle dødsårsaka med omtrent 20%.

Dette er i tråd med anna forskning som viser at faktorar som røyking, kroppsmasseindeks og fysisk trening blant vaksne og eldre vaksne, var prediktorar for seinare funksjonsnedsetting (Vita et al., 1998). Forsking har vist at personar med «sunne» levevaner lever lenger. Samt at funksjonsnedsetting blei forseinka og komprimert til færre år på slutten av livet. «Sunne» levevaner i høg alder var også assosiert med redusert risiko for dødelegheit og forseinking av forverra helsestatus (Haveman-Nies et al., 2003 ; Vita et al., 1998).

Borgers et al., (2005) rapporterte at fysisk, psykisk og kognitiv funksjon blei svekka med auka

alder. For menn var tap av ektefelle assosiert med høgare risiko for dødelegheit og sterkare kognitive nedgang. For kvinner var færre sosiale relasjonar assosiert med høgare risiko for dødelegheit. Ifølgje Hansen & Daatland (2016) gav det å engasjere seg i nettverk, lokalmiljø og frivillig arbeid moglegheit for å oppleve eigenverdi og meining, samt kunne det ha ein førebyggjande effekt i forhold til fysiske og psykiske plager. Deltaking i fritidsaktivitetar var assosiert med minska risiko for reduksjon i kognitiv funksjon. Samt redusert risiko for utvikling av vaskulær demens og Alzheimers (Verghesen et al., 2003). Personar som deltek hyppig i fritidsaktivitetar hadde lågare risiko for å utvikle demens enn personar som deltok i mindre grad (Wilson et al., 2002; Small et al., 2000; Elias, et al., 2000). Ifølgje Mendes et al., (2003) opplevde menneske som var sosialt aktive lågare grad av funksjonsnedsetting enn persona som var mindre sosialt aktive. Sosiale band verka å ha positiv effekt på oppretthalding og rehabilitering av ADL (aktivitetar i dagleglivet). Deltaking i samfunnet og familiær tilknytning verkar spesielt viktig for å oppretthalde funksjon (Zunzunegui et al., 2005). Forsking har vist at sosiale relasjonar kan ha positiv verknad på dødelegheit, kognitiv funksjon, depresjon og sjølvrapportert helse (Seeman 1996; House et al., 1998). Funn frå Morrow-Howell et al., (2003) indikerte at eldre som deltek i frivillig arbeid rapporterte høgare nivå av velvære.

Funna over er i tråd med Bosnes et al., (2019) som fant at det var ein samanheng mellom levevanar midt i livet og sannsyn for å oppnå *vellykka aldring*. Å ikkje røyke og sosial støtte var dei sterkaste prediktorane for *vellukka aldring*. Med dette som utgangspunkt ser det ut til at eldre har moglegheit til å påverke eigen alderdom, og at det derav kan være hensiktsmessig å setje i verk intervensjonar retta mot vaksne og eldre sine levevaner for å fremje helse.

3.2.2 Helsefremjande og førebyggjande intervensjonar

Bajraktari et al., (2020) gjennomførte ein kunnskapsoppsummering av forskingslitteratur knytt til helsefremjande og førebyggjande intervensjonar (for eksempel seniormøter, treningsgrupper) retta mot eldre. Denne kunnskapsoppsummeringa konkluderte med at det finnast lovande forskning knytt til effekten av helsefremjande tiltak retta mot denne gruppa. Ei utfordring var likevel at innhaldet i intervensjonar og metodar for å måle effekt varierte i stor grad. Derav var det vanskeleg for avgjerdstakarar å ta kunnskapsbaserte val knytt til iverksetjing av tiltak. Ifølgje Fänge et al., (2009) var friske eldre ei gruppe som ville ha stor nytte av helsefremjande og førebyggjande intervensjonar. Dette grunna at eldre hadde eit sterkt ynskje om å oppretthalde god helse og funksjon. Stuck et al., (2000) hevda at eldre som ikkje

allereie hadde utvikla funksjonsnedsetting var dei som ville ha størst nytte av førebyggjande intervensjonar. Bajraktari et al., (2020) fant at førebyggjande og helsefremjande intervensjonar gjennomført i Nordiske land viste positive effektar, samstundes mangla studiane informasjon om gjennomførbarheit, kostnadseffektivitet og om deltakarane sine erfaringar. Dette var spesielt utfordrande grunna at manglande ressursar ofte var ei barriere for å gjennomføre tiltak.

Blant intervensjonane som verka å fremje helse og velvære blant eldre var seniormøter (Zingmark et al., 2014; Johansson et al., 2015; Dahlin-Ivanoff et al., 2010; Gustafsson et al., 2015). Seniormøter verka å gje positive effektar på fysisk funksjon (Ziden et al., 2014), og ADL (Aktivitatar i dagleglivet) (Gustafsson et al., 2013). I følgje Behm et al., (2013b) kunne det være krevjande å formidle informasjon knytt til førebygging av helseplager og sjukdom til friske, sjølvstendige eldre. Men undervisning i gruppe, ved bruk av ei multi-profesjonell tilnærming såg ut til å fungere. Behm et al., (2013b) gjennomførte ein intervensjon, der eldre i grupper på seks stykk møttest totalt fire gonger. Formålet med møta var å diskutere informasjon og konsekvensar av aldringsprosessen, samt formidling av verktøy og strategiar for å løyse ulike utfordringar som kunne oppstå. Møta blei leia av personar med ulik profesjonell bakgrunn.

Deltakarane beskreib senior-møta som ein «nøkkel til handling» for vidare førebygging av helseplager. Ifølgje deltakarane gav senior-møta eit avbrekk frå normale rutinar, og skapte rom for å ta meir beviste val i kvardagen. Ifølgje deltakarane var dei viktigaste elementa ved intervensjonen at dei høyrte til eit støttande fellesskap, samt at dei fekk moglegheit til å lære om ein førebyggjande tilnærming til helse. Ifølgje Behm et al., (2013b) kunne ei slik tilnærming moglegvis styrke deltakarane sine evner til å ta kontroll over eigen situasjon, samstundes som dei fekk moglegheit til å dele felles utfordringar og lære av kvarandre.

Fleire studiar har funne positive effektar av seniormøter, men innhaldet i desse møta har variert frå studie til studie. Zingmark et al., (2015) rapporterte positive effektar både ved intervensjonar som innebar diskusjonsgrupper, og intervensjonar i form av aktivitetsgrupper. Fleire studiar har også vist at seniormøter kan være kostnadseffektive, også i eit langsiktig perspektiv (Zingmark et al., 2015; Zingmark et al., 2019). Eit viktig element for å sikre at seniormøter gav ynskja effekt var rekruttering. Ifølgje Norberg et al., (2019) opplevde deltakarar det som positivt å delta på seniormøter, samstundes som det var krevjande å rekruttere eldre til å delta. Strategiar for å auke deltaking kunne blant anna innebære å gje tydelege informasjon. Det var også lettare å identifisere deltakarar gjennom kliniske journalar heller enn at personell skulle identifisere moglege deltakarar sjølv.

Bajraktari et al., (2020) fant også at intervensjonar som nytta *førebyggjande heimebesøk* kunne gje ein helsefremjande effekt gjennom å førebyggje forverring i helsestatus blant heimebuande eldre. Førebyggjande heimebesøk blir av Helsedirektoratet (2019) beskrive som eit tilbod der eit tverrfagleg team besøker heimebuande eldre og gjennomfører ei kartlegging knytt til bumiljø, helse og funksjon, samt gjev råd og informasjon knytt til kommunen sine tilbod. I forskingslitteraturen blei intervensjonar som nytta førebyggjande heimebesøk gjennomført på mange ulike måtar. I nokre intervensjonar blei det gjennomført èit besøk, i andre har det blitt gjennomført tolv besøk (Dahlin-Ivanoff et al., 2010, Möller et al., 2014). Behm et al., (2014) gjennomførte intervensjonar som nytta førebyggjande heimebesøk i kombinasjon med seniormøter. Resultata viste at det var mogleg å utsette sjukdom og nedgang i sjølvrapportert helse hos eldre-eldre med risiko for skrøpelegheit. Ifølgje Behm et al., (2014) var moglegvis ein kombinert intervensjon det som ga størst effekt.

Gustafsson et al., (2012) fant at intervensjonar som nytta seniormøte eller førebyggjande heimebesøk førte til at eldre vart sjølvstendige lenger då det gjaldt ADL (aktivitetar i dagleglivet). Seniormøta verka å gje noko betre effekt enn førebyggjande heimebesøk. Seniormøta i denne studia bestod av totalt fire samlingar, med 4-6 deltakarar der dei mottok informasjon knytt til aldringsprosessen og moglege helseutfordringar, så vel som verktøy for å løyse utfordringar som kunne oppstå i heimen. Eit viktig poeng er at intervensjonen som nytta seniormøter også hadde eit oppfølgingsbesøk i heimen. Noko som kan tyde på at intervensjonar som å kombinera seniormøter og førebyggjande heimebesøk moglegvis er å føretrekke. Sahlen et al., (2008) har konkludert med at førebyggjande heimebesøk er kostnadseffektive, men understreka at det har vore noko ueinigheit knytt til dette. Bajraktari et al., (2020) konkluderte i sin kunnskapsgjennomgang med at førebyggjande heimebesøk kan sjåast som eit gunstig supplement til blant anna seniormøter, grunna at ikkje alle eldre nødvendigvis ynskjer å delta på eit gruppetilbod.

Bajraktari et al., (2020) trakk også fram intervensjonar som nytta trening eller ein kombinasjon av trening og andre komponentar som til dømes rettleiing knytt til ernæring, alkohol og røykeslutt. Ifølgje Sherrington et al., (2017) kunne intervensjonar som nyttar fysisk trening førebyggje fall blant heimebuande eldre. Treningsopplegg som inkluderte balansetrening verka å ha større effekt enn treningsopplegg som ikkje inkluderte dette elementet. Forsking har vist at intervensjonar som nytta heimetrening kan betre helsesrelatert livskvalitet og gangfart. Men

at intervensjonar som inkluderte både heimetrening og trening i gruppe ga større effektar på mental helse. Ifølgje Helbostad et al., (2004) var motivasjon til å fortsette trening og treningsintensitet essensielle element for at intervensjonar som nytta heimetrening skulle fungere. Derfor blei det anbefalt å inkludere felles møter, samt å nytte helsepersonell til å overvake treninga for at eldre skulle oppretthalde motivasjon til å fortsette med aktiviteten. Fahlström et al., (2018) fant ingen fallførebyggjande effekt ved gjennomføring av ein 5-månders treningsintervensjon. Intervensjonen innebar at eldre som tidlegare hadde opplevd fall fekk individualiserte treningsprogram som skulle gjennomførast i heimen ved hjelp av helsepersonell. Til tross for at det ikkje blei dokumentert ein reduksjon i fall, hadde intervensjonen positive effektar på balanse, ADL (aktivitetar i dagleglivet) og smerter, samt blei det dokumentert positive endringar i sjølvopplevd helse.

Ifølgje Sherrington et al., (2017) var intervensjonar som nyttar trening for å forbetre styrke og balanse moglegvis ein av dei mest gjennomførlege og kostnadseffektive metodane for å førebyggje fall blant heimebuande eldre. Eit sentralt element for at slike intervensjonar skulle fungere var at eldre deltok over ein lang tidsperiode (Granbom et al., 2019). Bajraktari et al., (2020) fant at intervensjonar som nytta fagfolk til å gjennomføre trening i gruppe, i ein periode på over eit år kunne gje positive effektar. Samstundes kunne det være kostbart å tilby denne type intervensjon til store befolknings-grupper. Ifølgje Dahlin-Ivanoff et al., (2010) kunne det å inkludere både fagfolk og eldre sjølve i planlegginga av tiltak, bidra til å utvikle intervensjonar som var meir effektive, og som i større grad tok omsyn til individuelle ulikheiter mellom eldre individ. Dette kunne være spesielt viktig grunna at mange eldre ikkje ynskja å delta på intervensjonar grunna at dei ikkje opplevde at dei var i målgruppa. Nokon opplevde at dei var for friske til å delta, medan andre opplever at dei var for sjuke til å delta (Behm et al., 2013b).

Oppsummert fant Bajraktari et al., (2020) at seniormøter, førebyggjande heimebesøk og fysisk trening var lovande intervensjonar som kunne fungere i ein nordisk kommune-setting. Bajraktari et al., (2020) poengterte at det var få studiar som fokuserte på mental helse og einsemd, og at dette i større grad burde forskast på grunna at nettverk og sosiale band var eit viktig element for å fremje god helse blant eldre. Det mangla også informasjon knytt til kostnadseffektivitet av ulike intervensjonane, noko som gjorde det krevjande for avgjerdstakarar å prioritere ressursar til dette.

3.3 Eit aldersvenleg samfunn

Som tidlegare nemnt hevda Caprara et al., (2013) at alderdommen blir påverka av både

individuell og sosiopolitisk handling. Det er ifølge Stephens (2016) hensiktsmessig å forstå god helse i ein sosial og miljømessig kontekst, og ikkje berre som eit individuelt ansvar. I ei rekkje internasjonale og nasjonale politiske dokument har det blitt sett mål knytt til å skape eit samfunn som legg til rette for at eldre kan leve gode, sjølvstendige liv (Meldt. St.15 (2020-2023); Meld. St. 15 (2017-2018); WHO, 2020). Eit *aldersvenleg samfunn* er eit miljø som gjev støtte og moglegheit i det fysiske og sosiale miljøet for deltaking i samfunnet og tryggleik (WHO, 2007, s. 5). Det å bu i eit miljø som støtter og held ved like ibuande kapasitet og funksjonsevne er ifølge Verdsorganisasjonen for helse (2020) eit nøkkelaspekt for sunn aldring. Ibuande kapasitet er eit mål på kroppen sine mentale og fysiske reserver (WHO, 2015). Funksjonsevne kan definerast som samspelet mellom ibuande kapasitet og miljøet individet lever i (WHO, 2015).

3.3.1 Utvikling av aldersvenlege samfunn

Ifølge Menec & Brown (2022) finnast det veksande mengder forskning om aldersvenlege samfunn. Nokon studiar har undersøka i kva grad lokalsamfunn og byar er aldersvenlege. (Aboderin et al., 2017; Kano et al., 2017) Andre har sett på forholdet mellom aldersvenlege samfunn og parameter som sjølvvurdert helse og livskvalitet (Cramm et al., 2018; Menec et al., 2014). Nokon studiar har også identifisert nøkkelkarakteristikkar som fremja aldersvenlege samfunn (Steels et al., 2015). Sánchez-González et al., (2020) hevda at det finnast lite forskning om intervensjonar som har som mål å fremje aktiv aldring gjennom å skape aldersvenlege byar og lokalsamfunn. Menec & Brown (2022) hevda at til tross for at det no eksisterer ei større mengde forskning knytt til å utvikle aldersvenlege samfunn, manglar desse studiane kriterier for kva som kan leggje til rette for ein vellukka implementering av slike initiativ. Og at det derfor vil være hensiktsmessig å utvide litteraturen og empiriske bevis knytt til fasilitatorar og barrierar for aldersvenlege samfunn.

Menec & Brown (2022) gjennomførte derfor ein tolkande gjennomgang der dei undersøka kva faktorar som la til rette for eller hindra implementeringa av aldersvenlege lokalsamfunn og byar. Gjennomgangen fant at det mangla evalueringstudiar knytt til implementering av aldersvenlege strategiar. Dette kunne ifølge Menec & Brown (2022) henge saman med at det å implementere aldersvenlege lokalsamfunn var ein langvarig prosess, som blant anna krevja store mengder forarbeid, utvikling av partnerskap og handlingsplanar. Samt at mange byar og lokalsamfunn nyleg hadde starta denne prosessen og moglegvis ikkje hadde sett i gang

implementering på dåverande tidspunkt. Føresetnader for å gjennomføre evaluering av slike tiltak var nødvendig kapasitet, kompetanse og tilstrekkelege midlar. Fleire studiar har vist at det var hensiktsmessig å samarbeide med forskarar ved gjennomføringa av slike evalueringar (Garon et al., 2014; Menec et al., 2014).

Ifølgje Steels et al., (2015) har noko studiar utforska korleis spesifikke fysiske eller sosiale faktorar, som til dømes tilgang på grønt-områder, kunne medverke til aldersvenlege samfunn. Medan andre studiar har utforska korleis både det fysiske og sosiale miljøet kunne bidra til å fremje aktiv aldring. Ifølgje Zeitler et al., (2012) kunne bymiljø ofte skape barrierar knytt til mobilitet, som hindra eldre i å fortsette å bu heime, og som gjorde det krevjande å delta i samfunnet. Eit sentralt verkemiddel for å påverke eldre sin moglegheit til å delta aktiv i samfunnet var transport. Barrierar for bruk av offentlege bussar blant eldre kan inkludere lange avstandar til busstopp, dårleg tilgjengelegheit for fotgjengarar og mangelfull skjerming/busskur (Broome et al., 2012). Tilgjengeleg og påliteleg transport som ikkje kostar for mykje kunne legge til rette for at eldre kunne delta både i familieliv og i samfunnet (Rosenbloom, 2009; Zeitler et al., 2012). Samt var transport ein faktor som kunne bidra til å oppretthalde eldre sin mobilitet, og leggje til rette for eit sjølvstendig liv (Broome, et al., 2012). Ifølgje Zeitler et al., (2012) kunne tilrettelegging av gangstiar og busskur i nærleiken av eldre sine bustadar bidra til at eldre opplevde å være mindre isolerte, noko som vidare kunne gje ein auke i velvære knytt til sosial inkludering og deltaking.

Andre studiar har utforska samanhengen mellom bustad og helse blant eldre (Pérez Martín et al., 2012; Rioux & Werner, 2011). Det har blitt gjennomført ei rekkje intervensjonar med mål om å leggje til rette for at eldre skal kunne bu heime lengst mogleg. Fokuset i desse intervensjonane var blant anna tilpassingar i brukaren sin heim, til dømes ved plassering av rekkverk og sklisikre trinn (Boldy, et al., 2011; Costa-Font et al., 2009). Ifølgje Donald (2009) kunne tilpassingar i heimen redusere faren for sjukehusinnleggingar blant eldre. Medan heimehjelp og bruk av tryggleiksalarm kunne redusere skader og på denne måten gjere det mogleg for eldre å bu heime lenger. I følgje Cheng et al., (2011) kunne det å flytte til eit omsorgssenter for nokon eldre føre til ein oppleving av makteslausheit og negative kjensler grunna reduksjon i sjølvstende. Men det var store individuelle variasjonar mellom korleis dei eldre opplevde dette, og i korleis ulike sjukeheimar la til rette for eit godt miljø.

Ifølgje Scharlach et al., (2013) kunne aldersvenlege samfunn fremje sosial inkludering gjennom å tilpasse fysiske og sosiale barrierar som påverkar eldre si moglegheit til å delta i samfunnet.

Dette kunne dreie seg om økonomiske ulemper, personlege avgrensingar, fysiske miljø som ikkje la til rette for aktivitet uavhengig av funksjonsnivå, eller negative verdiar i samfunnet knytt til aldring og eldre menneske. Forsking indikerer at sosial inkludering kan fremjast gjennom faktorar som; nabolag med god tilkomst for fotgjengarar, moglegheit for mobilitet og tilstrekkeleg med bustadar som er lagt til rette for personar med ulike behov (Scharlach et al., 2013). Aldersvenlege fysiske og sosial karakteristikkar i lokalsamfunnet verka å ha positiv effekt på psykisk og fysisk helse, gje større livstilfredsheit og redusere risiko for innflytting på sjukeheim. Samt viser forskning at det kan være hensiktsmessig å leggje til rette for samhandling mellom ulike generasjonar (Scharlack et al., 2013). Og at ein på denne måten kan endre fokuset frå korleis det fysiske og sosiale miljøet skal tilpassast eldre, til korleis miljøet kan ha positive verknader for alle individ, uavhengig av alder.

Eit anna aspekt ved det å bli eldre er samfunnet sine haldningar knytt til aldring og eldre personar (Scharlack et al., 2013). Ifølgje Wurm et al., (2007), kan eldre sin helsetilstand bli påverka av individet sitt sjølvbilete. Eit positivt syn på alderdommen kan verke beskyttande, medan eit negativt syn på aldringsprosessen kan gje auka risiko for aldersassosiert funksjonsnedsetting og sjukdom. Wurm et al., (2007) argumenterer for at individet sitt syn på alderdommen blir påverka av den generelle diskursen rundt aldring i samfunnet. Samt at vestlege land i stor grad er prega av ein negativ stereotypi rundt alderdommen. Wurm et al., (2007) hevdar at det vil være hensiktsmessig å endre samfunnsmessige syn knytt til aldring, og på denne måte påverke individet sine antakingar knytt til alderdom. Dette er i samsvar med Scharlack et al., (2013) som hevda at offentleg politikk kan bidra til å endre haldningar knytt til aldring, gjennom å anerkjenne at eldre er viktige i samfunnet.

3.4 Implementering av folkehelse- og aldersvenlege strategiar

Steels et al., (2015) fant at aldersvenlege tiltak ofte bar preg av tverrsektorielle samarbeid. Viktige bidragsytarar i implementering av aldersvenlege strategiar var nasjonale myndigheiter, forskingsinstitusjonar og grasrot-organisasjonar. På statleg nivå involverte dette ofte nasjonale, regionale og lokale myndigheiter frå statlege sektorar og ulike departement, samt byplanleggarar og helse- og sosialtenesta. Frivillige organisasjonar var også involverte i aldersvenlege initiativ, noko som gjorde det mogleg for ulike menneske å arbeida saman mot eit felles mål.

Ifølgje Garon et al., (2014) var det å koordinere innsats og fremje samarbeid viktige faktorar for å lukkast med implementering av strategiar for å skape aldersvenlege samfunn. Innsats frå organisasjonar og foreiningar som representerer eldre var viktig, men desse organisasjonane åleine hadde avgrensa moglegheit til å utvikle aldersvenlege samfunn. Fleire studiar har funne at ein *ovanfrå-* og *ned tilnærming*, i form av sterkt politisk engasjement og langvarig støtte var viktige faktorar for å lukkast med å skape aldersvenlege samfunn på nasjonalt og regionalt nivå (Garon et al., 2014; Menec et al., 2014; Sun et al., 2017). På lokalt nivå var politisk vilje til å bli meir aldersvenleg, effektiv styring og etablering av mangfaldige partnerskap viktige faktorar for å lukkast (Menec & Brown, 2022).

Samstundes har forskning vist at det å involvere eldre personar i planlegging, implementering og evaluering av aldersvenlege strategiar ga auka sannsyn for at intervensjonen blei vellukka (Hanson et al., 2007; McGarry & Morris, 2011; Zeitler et al., 2012). Noko som indikerte at ein *under-* og *opp* tilnærming gjennom å inkludere eldre sjølve i prosessen kunne være hensiktsmessig (Steels et al., 2015). Nøkkelfaktorar for å fremje ein vellukka implementering av aldersvenlege strategiar var ifølgje Menec & Brown (2022) blant anna å forankre handlingsplanen i lokale tenester og integrere denne strategien med andre strategiar som til dømes berekraftig utvikling. Forfattarane understreka viktigheita av å sjå på overbyggjande faktorar som politikk og økonomi for å lukkast med implementering.

Jansson et al., gjennomførte i 2011 ein studie for å undersøke folkehelsepolitikken i to svenske kommunar. Dei fant at ved implementering av ein omfattande folkehelsepolitikk hadde kommunane stor grad av sjølvstende knytt til val av lokale mål og tiltak for å fremje helse. Det å implementere ein omfattande folkehelsepolitikk var ei altomfattande oppgåva som krevja store strukturelle endringar, og som inkluderte tverrsektorielle samarbeid. I forbindelse med implementering av den svenske folkehelsepolitikken nytta regjeringa «mjuke» styringsverktøy og vedtok at politikken skulle bli implementert lokalt. Dette førte til at det var lite samanheng mellom den nasjonale og den lokale implementeringa av folkehelsepolitikken. Ifølgje Jansson et al., (2011) var ein essensiell faktor for å lukkast med implementering at kommunane opplevde at måla sett av nasjonale myndigheiter var nødvendige og gjennomførlege. Studien fant at dei viktigaste faktorane for å lukkast med lokal implementering av folkehelsepolitikk var engasjerte samfunnsaktørar og ein stabil politisk leiing.

Hagen et al., (2017) gjennomførte ei studie for å undersøke korleis Norske kommunar arbeida for å redusere sosiale ulikheiter i helse. I denne studia fant ein at kommunar som prioriterte

levekår i folkehelsearbeidet hadde etablert samarbeid knytt til helsefremjing mellom ulike sektorar, både i eigen og nærliggjande kommunar. Denne studia viste at kommunar som hadde lukkast med å implementere ein HiAP (helse i alt me gjer) tilnærming til folkehelsearbeidet, og som hadde satt fokus på sosiale determinantar for helse, var kommunar som hadde etablert tverrsektorielle samarbeid. Ifølgje Hagen et al., (2017) understreka funna i denne studia viktigheita av tverrsektorielt samarbeid for å fremje helse og velvære. Medan Hagen, et al., (2015) indikerte at det var ein samanheng mellom kommunar som hadde implementert ein HiAP (helse i alt me gjer) tilnærming til folkehelse arbeidet, og teke i bruk ein indikator for lågare sosioøkonomisk status, og bruk av folkehelsekoordinator.

Dale et al., (2020) gjennomførte ein studie for å undersøke avgjerande faktorar for å lukkast med tverrsektorielt samarbeid for å betre helsefremjande aktivitetar. Ved å undersøke 20 ulike helsefremjande intervensjonar fant Dale et al., (2020) sju anbefalingar for å lukkast med tverrsektorielt samarbeid for å betre helsefremjande aktivitetar. Desse anbefalingane inkluderte å kople saman samarbeidsmåla med eksisterande nøkkelpolitikk, medan ein aktivt søkte politisk støtte. Samt vart det anbefalt å definere eit delt visjon, skape ein effektiv blanding av ulike partnarar og oppmuntre til effektiv leiing, oppretthalde engasjement hos samarbeidspartnerane, bruke ein planlagt systematisk tilnærming og sikre tilstrekkelege ressursar for å oppretthalde samarbeidet.

Ved innføring av eit aldersvenlege partnarship i Quebec, Canada fant ein ei rekkje vilkår som verka å vere essensielle for å lukkast (Garon et al., 2014). Sentralt for arbeidet var å etablere ei styringsgruppe. Medlemmane i denne gruppe burde vere forankra i samfunnet og komme frå ulike sektorar. Samt kom det fram at gruppa burde inkludere både folkevalde og tilsette i administrative stillingar. Prosjektleiaren for den aldersvenlege strategien burde være engasjert og dedikert til prosessen. Vidare var det i følgje med Garon et al., (2014) avgjerande å inkludere den eldre befolkninga for å styrke involvering frå fleire interessentar rundt eit felles mål. Handlingsplanen for strategien burde forplikte ulike interessentar for å auke sannsynet for at det blei gjennomført. Ved implementering var det ifølgje Garon et al., (2014) viktig at interessentane nytta nettverket sitt og fordelte ansvaret. Og det å ha med ein engasjert folkevald var avgjerande for å sørgje for politisk prioritering, slik at tilstrekkelege økonomiske og menneskelege ressursar blei tilgjengelege for implementeringa.

Nokon utfordringar som ein ifølgje Menec & Brown (2022) burde adressere var spørsmål knytt til mangfald i implementeringa av aldersvenlege strategiar. Ei utfordring som kunne oppstå var

at nokon grupper, til dømes minoritetsgrupper kunne bli gløymt eller ekskludert i planleggingsprosessen, og derav ikkje få sine behov dekkja. Det er eit grunnleggjande element i aldersvenlege strategiar at ein skal inkludere og engasjere eldre i prosessen. (Ring et al., 2017). Samt kunne målet om å etablere partnerskap by på utfordringar knytt til maktforskjellar mellom offentlege styringsorgan og ulike samfunnsgrupper. Ifølgje Menec & Brown (2022) ville det være hensiktsmessig å utforske kva som fremja ei vellukka implementering av aldersvenlege strategiar. Før ein fram i tid, når rørsla har utvikla seg, kan setje i verk fleire resultatevalueringar knytt til korleis denne type strategiar påverkar eldre si helse og livskvalitet.

3.5 Samanfating og kunnskapshol

Denne litteraturgjennomgangen viser at det finnst store mengder forskning som byggjer opp under effektiviteten av å setje i verk tiltak med mål om å fremje helse blant eldre. Forsking viser at individuelle faktorar som levevanar og sosial deltaking kan ha positiv effekt på helse og trivsel i alderdommen. Intervensjonar som seniormøter, førebyggjande heimebesøk og fysisk trening var intervensjonar som såg ut til å kunne fungere godt i ein nordisk kommune setting. Vidare såg ein at det å leggje til rett for aldersvenlege samfunn moglegvis var minst like viktig som å prøve å påverke individuelle levevaner. Til tross for at det er behov for meir evalueringsforskning, hadde fleire av studiane i denne litteraturgjennomgangen belegg for å hevde at det å minske barrierar for deltaking som økonomiske ulemper eller dårleg tilrettelagt fysisk miljø, var hensiktsmessig for å fremje sosial inkludering og deltaking blant eldre. Tverrsektorielt samarbeid verka å vere viktig i implementeringa av aldersvenlege strategiar. Fleire studiar fant at ein *ovanfrå- og ned tilnærming*, i form av sterkt politisk engasjement og langvarig støtte var viktige faktorar for å lukkast med å skape aldersvenlege samfunn. Samstundes som ein *under- og opp tilnærming* i form av å involvere eldre i planlegging, implementering og evaluering av aldersvenlege strategiar ga auka sannsyn for at intervensjonen blei vellukka.

I litteraturen verka det å mangle studiar med fokus på å førebyggje einsemd, noko som var overraskande då viktigheita av sosial deltaking blant eldre var godt dokumentert. Samt mangla det informasjon i ei rekkje av intervensjonsstudiane knytt til kostnadseffektivitet, noko som var svært viktig for å kunne argumentere for nytteverdien av å gjennomføre slike tiltak. Det var også behov for meir informasjon knytt til korleis aldersvenlege samfunn kunne påverke eldre si helse og trivsel. I litteraturen mangla det meir spesifikk informasjon om korleis ein burde gå

fram for å oppnå ein vellukka implementering av aldersvenlege tiltak. Eg ynskja å utvide litteraturen ved å utforske ein kommune som arbeida målretta med å fremje helse blant den eldre befolkninga. Eg ynskja å utforske kva spesifikke tiltak dei har sett i verk, men også korleis dei koordinerer og legger til rette for tverrsektorielt samarbeid for å nå desse måla. Ved å utforske denne kommunen, ynskjer eg å finne kva hovudelement som er viktige for å lukkast med implementering av ein helsefremjande tilnærming til den eldre befolkninga.

4.0 Hensikt, problemstilling og forskingsspørsmål

Med bakgrunn i presentert teori og forskning, og i samsvar med at kommunen har eit eksplisitt ansvar for helsefremjande og førebyggjande arbeid (Folkehelselova, 2012, §4) er det av interesse å undersøke korleis kommunen arbeider med dette i praksis. Masterprosjektet vil hovudsakleg fokusere på helsefremjande arbeid, og helse vil derfor bli forstått ut i frå eit helsefremjande perspektiv. Dette inneberer at helse vil sjåast om ein ressurs og koplast saman med ein sosial modell for helsepåverknad. Eg har vald å belyse ein kommune i Vestland fylke. Eit breitt utval av informantar som arbeida innan ulike etatar i kommunen blei vald, nettopp for å undersøke korleis kommunen arbeida med å fremje helse blant eldre på tvers av ulike etatar og sektorar. Følgande problemstilling blei utforma:

*Korleis arbeider ***** kommune med helsefremjande tiltak retta mot eldre?*

5.0 Metodologi

I dette kapitlet vil eg presentere den vitenskapeteoretiske forankringa og forskingsdesignet som er nytta i dette masterprosjektet. Eg vil gjere greie for ein kvalitativ tilnærming til forskning og casestudiar, samt vil eg presentere korleis datamaterialet i denne studien har blitt innhenta og korleis dette blei tilarbeidd. Til slutt diskuterast kvalitetskriteriar og etiske vurderingar som har vært grunnleggjande i forskingsprosessen.

5.1 Vitenskapeteoretisk forankring

Det finnast ulike tilnærmingar og undersøkingsmetodar som blir nytta i samfunnsvitskapleg forskning. Dei ulike tilnærminga kan kallast *paradigmar*. Neuman (2014) beskriv eit *paradigme* som eit rammeverk for teori og forskning, som inkluderer metodar for å finne svar, modellar for kvalitetssikring, problemstillingar og antakingar om verdiar si rolle i vitskapen. Val av *paradigme* legg føringar for korleis forskinga skal føregå. I samfunnsvitskapen finnast det tre dominerande paradigmar: *positivistisk*, *tolkande* og *kritisk* samfunnsvitskap (Neuman, 2014, s. 96). Ifølgje Neuman (2014, s. 91) kan refleksjon og bevisstheit rundt paradigme påverka forskingsprosessen og skape betre forskarar.

Denne studia byggjer på det *fortolkande* paradigme. Det fortolkande paradigme tek utgangspunkt ein *nominalistisk ontologi*, noko som betyr at ein antek at menneske aldri opplever verkelegheita «der ute». I fortolkande samfunnsvitskap ser ein på verkelegheita som noko som er skapt av den subjektive opplevinga til menneske (Neuman, 2014, s. 103). Målsettinga i fortolkande forskning er å utvikle ei forståing av sosialt liv og oppdage korleis menneske konstruerer meining i naturlege settingar Fortolkande forskning utforska *meningsfull sosial handling*. *Meningsfull sosial handling* inneber sosial handling i sosiale settingar som menneske subjektivt tillegg betydning (Neuman, 2014, s. 102). *Meningsfull sosial handling* blir i det fortolkande paradigme sett på som eit nøkkelaspekt i den sosiale verkelegheita. Formålet med fortolkande forskning er å få djup innsikt i ein tematikk ved å forstå menneske sin konstruerte verkelegheit. Med andre ord å forstå ein tematikk ut i frå perspektivet til dei som blir intervjuet. I fortolkande samfunnsvitskap sjåast kunnskapen som innhentast å vere kontekstspesifikk (Neuman, 2014, s. 105). Derav skal kunnskapen som innhentast alltid sjåast i samheng med konteksten.

Formålet med denne studia var å utforske tilsette i ein kommune sine perspektiv knytt til kommunen sitt arbeid med helsefremjande tiltak retta mot eldre. Derav blei det fortolkande paradigme vurdert som gunstig grunna at ein ynskje å få djubdekunnskap om tilsette sine opplevingar. I det fortolkande paradigme blir det sett på som viktig å setje seg inn i intervjuobjekta sine verdiar og syn på verda. Fortolkande forskarar argumenterer for at forskning aldri vil kunne unngå å bli påverka av verdiar (Neuman, 2014, s. 107). Valet av det *fortolkande* paradigme har vore ein grunnstein for vidare val av studiedesign, metode for informasjonsinnhenting og forståing av vitskap i denne studia. Oppgåva må derav forståast i lys av dette.

5.2 Forskingsdesign

Forskingsdesignet kan beskrivast som ei kopling mellom forskingsspørsmålet og datamaterialet (Punch, 2014, s. 139). Forskingsdesignet er ein grunnleggjande plan for korleis forskinga skal gjennomførast. Forskingsdesignet inneheld fire hovudelement; *Strategi, rammeverk, kven eller kva* som skal utforskast, samt *verktøy og prosedyrar* som skal nyttast i innsamling og analyse av materialet (Punch, 2014, s. 114).

5.2.1 Kvalitativ tilnærming

Det fortolkande paradigme blir hovudsakleg assosiert med ein kvalitativ tilnærming til forskning (Neuman, 2014, s. 107). Kvalitativ forskning har ofte som mål å beskrive eller undersøke menneske sine opplevingar og erfaringar (Helsebiblioteket, 2016). Formålet med dette masterprosjektet var å få ein djubdeforståing av korleis nøkkelinteressentar i ein kommune opplevde det helsefremjande arbeidet knytt til eldre. Derav var det nødvendig å få innsikt i deira haldningar, opplevingar og tankar rundt tematikken. Med bakgrunn i dette blei ein kvalitativ tilnærming vurdert som passande for denne studia.

5.2.2 Casestudie

I utforming av forskingsdesign tek ein ikkje berre eit val mellom kvalitativ, kvantitativ og blanda metode som tilnærming. Ein vel også eit spesifikt design for studien (Creswell & Creswell, 2018, s. 11). Denne studia blei gjennomført som ein kvalitativ *casestudie*. Creswell & Poth (2018, s. 96-97) definerer ein *casestudie* som ein kvalitativ tilnærming der forskaren utforska ein ekte, avgrensa case eller fleire casar over tid. Samt nyttar forskaren detaljert og djuptgåande datainnsamling som involverer fleire kjelder til informasjon. Med andre ord brukast ein casestudie til å utvikle ei djup beskriving av ei *case*. Ei *case* kan til dømes vere ei mindre gruppe eller ein aktivitet (Creswell & Poth 2018, s. 96). Det er for-øvrig ikkje full einigheit rundt om ein casestudie skal definerast som ein metodologi eller som ein strategi (Yin, 2014). Denne studia tek utgangspunkt i Creswell & Poth (2013) si forståing av casestudie som ein metodologi eller eit spesifikt forskingsdesign. Ein casestudie kan inkludere ein eller fleire casar. Funna i ein casestudie er kontekstspesifikke, og kan ikkje generaliserast (Creswell & Poth, 2018, s. 99).

Ifølgje Punch (2014, s. 122) trekker casestudiar på fire hovudkarakteristikkar. For det første er ein casestudie avgrensa. Forskaren skal tydeleg beskrive rammene for casestudien som til dømes tid og stad (Creswell & Poth, 2013, s. 97). For det andre må forskaren tydeleg definere sjølv casen som skal undersøkast (Punch, 2014, s. 122). Døme på casar er; eit lokalsamfunn, ei hending, ein organisasjon eller liknande (Creswell & Poth, 2013, s. 96). For det tredje skal ein i ein casestudie forsøke å bevare casen si heilheit og integritet. Avslutningsvis er det ifølgje Punch (2014, s. 122) vanleg å nytte fleire datainnsamlingsmetodar for å gje best mogleg innsikt i ein case. Typiske metodar for datainnsamling i ein casestudie er observasjon og intervju.

Dette masterprosjektet har tatt utgangspunkt i ein kommune i Vestland fylke som ein case. Kommunen blei vald på bakgrunn av anbefalingar frå Vestland Fylkeskommune. Den utvalde kommune hadde ifølgje fylkeskommunen arbeida med tematikken på ein god måte, og kunne moglegvis vere eit førebilde eller ei inspirasjonskjelde til andre kommunar sit arbeid med å fremje helse blant den eldre befolkninga. Det blei gjennomført individuelle intervju med personar som var tilsette i administrative stillingar i kommunen.

5.3 Datainnsamling

Denne studia blei gjennomført som eit individuelt, uavhengig masterprosjekt. Datainnsamling blei derav gjennomført sjølvstendig av underteikna.

5.3.1 Utval

Ved rekruttering av deltakarane blei det nytta *purpose sampling* (Punch, 2014, s. 162). Med bakgrunn i at kommunen i samsvar med Folkehelselova har eit eksplisitt ansvar for helsefremjande og førebyggjande arbeid (Folkehelselova, 2012, §4), var det ønskjeleg å innhente informasjon frå tilsette som arbeida i ein kommune. I tillegg er eit viktig grunnprinsipp i det helsefremjande arbeidet *helse i alt me gjer* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) og fleire nasjonale dokument poengterer viktigheita av tverrfagleg samarbeid for å fremje helse blant eldre (St.meld.nr.15 (2022-2023); St.meld.nr.15 (2017-2018)). Derfor var det ønskjeleg å intervju tilsette som var lokalisert under ulike avdelingar/etatar i kommunen. Med bakgrunn i at ein i kvalitativ forskning ynskjer å få ei djupare forståing av eit fenomen var det naturleg å nytte eit mindre utval av informantar. Ifølgje Kvale & Brinkman (2015, s. 148) er mellom 5-25 informantar vanleg ved bruk av intervju som metode for datainnsamling. Det er ein vanleg

misoppfatning at fleire intervju gjev betre kvalitet. I nyare intervjuundersøkingar er det derimot eit generelt inntrykk at det å gjennomføre eit mindre antal intervju gjev meir tid til førebuing og analyse av intervju (Kval & Brinkmann, 2015, s. 148). Faktorar som tilgjengelegheit og ressursar (økonomi, tid) vil også verke inn på omfanget av datainnsamlinga.

5.3.2 Rekruttering av deltakarar

Fleire steg var nødvendig for å velje ut både riktig case og riktige deltakarar i dette studie. Tilsatte i Folkehelseavdelinga i Vestland fylkeskommune fungerte som *portvoktarar* i første del av prosessen (Creswell & Creswell, 2018, s. 185). Fylkeskommunen har i samsvar med folkehelselova §20 (2012) ansvar for å understøtte folkehelsearbeidet i kommunane, og hadde gode føresetnader for å anbefale ein kommune som var passande for dette masterprosjektet. I andre del av prosessen med å rekruttere deltakarar fungerte folkehelsekoordinator i den utvalde kommunen som *portvoktar*. Folkehelsekoordinator fekk tilsendt informasjonsskriv og innleiande førespurnad om å delta i masterprosjektet. Informasjonsskrivet gjorde greie for formål, framgangsmåten og metode (Vedlegg 2). Folkehelsekoordinator bidrog i prosessen med å finne aktuelle deltakarar innad i kommunen og vidareformidla kontaktinformasjon til dei moglege deltakarane tilbake underteikna. Deretter blei alle dei moglege deltakarane tilsendt eit informasjonsskriv og samtykkeskjema der formål, rettigheiter og bruksområde blei beskrive (Vedlegg 2). Kommunikasjonen føregjekk over e-post. Etter at alle deltakarane hadde sendt tilbakemelding i forhold til deltaking i prosjektet, bidrog folkehelsekoordinatoren i den respektive kommunen med å setje opp eit program for gjennomføring av intervju.

Det blei planlagt gjennomføring av åtte intervju. Dette blei i samråd med vegleiar vurdert som ei tilstrekkeleg mengde intervju for å belyse casen på ein heilheitleg måte. Samt blei det vurdert at åtte intervju var på grensa til det som var handterbart med utgangspunkt i dei tidsavgrensingane eit masterprosjekt medfører, samt at intervju, transkripsjon og analyse skulle gjennomførast av ein person.

5.3.3 Kvalitativt forskingsintervju

. I dette prosjektet blei *individuelle semi-strukturerte intervju* nytta. Dette for å få konkrete svar som samsvara med forskingsspørsmålet, samstundes som at informantane skulle få moglegheita til å greie ut om tematikk som dei fant relevant. Individuelle intervju vart nytta for å gje

informantane moglegheita til å snakke fritt rundt sine opplevingar. Dette blei føretrukke framfor gruppeintervju for å unngå at informantane skulle bli påverka av kvarandre sine oppfatningar. Dette var eit bevisst val, med bakgrunn i at informantane arbeida i ein relativ liten kommune, og derav hadde god kjennskap til kvarandre, også på tvers av avdelingar.

5.3.4 Utvikling av intervjuguide

I forkant av eit semi-strukturert intervju burde ein utforme ein intervjuguide. Ifølgje Malterud (2017, s. 133) er det ikkje nødvendig å følgje intervjuguiden nøyaktig, men ein kan nytte den som eit rammeverk med stikkord som skal verke førande for samtalen. I eit semi-strukturert intervju er det eit mål for forskaren å vere tilstrekkeleg open slik at informanten får svare utfyllande på spørsmåla, samstundes som ein fokuserer intervjuet inn mot forskingsspørsmålet (s. 134). I dette masterprosjektet blei det utforma ein intervjuguide med utgangspunkt i tre sentrale tema som underteikna ynskja å undersøke (Vedlegg 1): *Helsefremjande tiltak retta mot eldre, Samarbeid og Kunnskap og medverknad*. Dette var tema som underteikna, i samråd med rettleiar, fant relevant både med bakgrunn i forskingsspørsmålet og med utgangspunkt i tidlegare forskning. Kwart tema inneheldt konkrete spørsmål som ga informantane moglegheit til å svare utdjupande.

5.3.5 Førebuing og gjennomføring av intervju

Ifølgje Malterud (2017, s. 55) er det hensiktsmessig å notere ned tankar og opplevingar knytt til intervjuet i etterkant av gjennomføring. Dette for å luke ut intervju spørsmål som ikkje fungerer eller liknande. Ein anna måte å kvalitetssjekke intervjuguiden på er å gjennomføre eit pilotintervju (Bryman, 2012, s. 264). I dette masterprosjektet blei eit pilotintervju gjennomført. Formålet med pilotintervjuet var å kvalitetssikre intervjuguiden, samt fekk underteikna moglegheit til å øve på å stille spørsmål og å skape flyt i samtalen. Informanten som blir nytta i eit pilotintervju burde ha nokon likheiter med dei faktiske informantane. Dette for å kunne gje relevante tilbakemeldingar knytt til intervjuet og intervju spørsmåla (Bryman, 2012, s. 264). Med dette som bakgrunn blei ein tilsett i ein anna kommune i Vestland fylke nytta som pilotinformant. Vedkommande hadde god kjennskap til arbeid retta mot eldre, og var også tilsett i ei administrativ stilling i kommunen. Intervjuet blei gjennomført over zoom, og informanten kom med tilbakemeldingar til intervjustil og spørsmål i etterkant av intervjuet. Dette gav

moglegheit til verdifulle justeringar før gjennomføring av intervjuet som skulle nyttast i masterprosjektet.

Dei faktiske intervjuet blei gjennomført i november 2022. Grunna store geografiske avstandar og eit ynskje om å gjennomføre intervjuet fysisk blei det satt av to arbeidsdagar til gjennomføring av alle intervjuet. Majoriteten av intervjuet blei gjennomført inne på kontoret til informantane. Eit blei gjennomført på eit møterom. Alle informantane samtykka til opptak av samtalen ved bruk av diktafon. Dette var spesielt gunstig då underteikna gjennomførte intervjuet åleine. Bruk av diktafon gav underteikna rom til å rette all merksemd mot å stille spørsmål, lytte og å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Kvart av intervjuet hadde varigheit på omtrent 60 minutt. Eit av intervjuet varte i 38 minutt, men majoriteten av intervjuet låg på mellom 50-70 minutt. Eit intervjuet blei ved teknisk feil sletta frå diktafonen før underteikna rakk å overføre det til harddisk. I samsvar med informanten og rettleiar blei det tatt ei avgjersle om å ikkje gjennomføre intervjuet på nytt. Dette grunna tidsavgrensingar, samt at underteikna opplevde å ha tilstrekkeleg datamaterialet til å belyse tematikken på ein god måte.

5.4 Tilarbeiding av datamaterialet

Vidare vil det bli gjort greie for prosessen med å behandla datamaterialet i etterkant av intervjuet. Dette inneber transkripsjon, analysing, verifisering og rapportering av kunnskapen som har blitt produsert i samtalane (Kvale & Brinkman, 2015, s. 204).

5.4.1 Transkribering av intervju

Ein transkripsjon er ein omsetjing frå talespråk til skriftspråk. Det å transkribere er i følge Kvale & Brinkman (2015) ein komplisert prosess som innebere tolking, samanfating og fiksering av ein samtale mellom to personar. Ein transkripsjon inneberer abstraksjon når det gjeld element som stemmeleie og kroppsspråk. Derfor er transkripsjonen ein avgrensa gjengjeving av verkelegheita (Kvale & Brinkman, 2015, s. 204-205). I dette masterprosjektet blei transkripsjon gjennomført i kort tid etter intervjuet. På denne måten kunne underteikna sjå transkripsjonen i samanheng med inntrykka frå samtalane, før desse blei gløymt.

Transkripsjon av lydopptak til tekst kan by på ei rekkje utfordringar knytt til tekniske feil og tolking (Kvale & Brinkman, 2015, s. 204). I dette masterprosjektet var det berre underteikna

som transkriberte, noko som gjorde det lettare å sikre at same skriveprosedyre blei nytta ved transkribering av dei ulike intervju. Lydopptak strukturerast til tekst for å skape ein oversikt og gjere det enklare å analysere. Den ferdige transkripsjonen burde ta omsyn til lesbarheit og konfidensialitet (Kvale & Brinkman, 2015, s. 206, 213). Derfor blei intervju gjengjeve i nynorsk skriftform. Dette var spesielt nyttig knytt til dialektord, som både kan vere krevjande å forstå, og som kan gjere informantane mogleg å kjenne att. Med bakgrunn i at kommunen nytta i denne casestudien var anonymisert, var det også hensiktsmessig å unngå bruk av dialektord for å sikre at kommunen ikkje var gjenkjenneleg på bakgrunn av dialekta til majoriteten av informantane. Ord som «mhm», «hmmm» blei utelat i samanhengar der underteikna ikkje opplevde at det la til meining i samtalen. Slike ord blei inkludert når underteikna opplevde at det var relevant for meiningsinnhaldet. Pausar, latter og andre nonverbale uttrykk blei skriva i (parentes). Opplysningar som namn og stilling blei anonymisert. Kvar informant blei tildelt eit tal mellom 1-7 som metode for å sikre anonymitet.

Etter at underteikna hadde gjennomført alle transkripsjonane blei lydfilene gjennomgått på nytt og sjekka opp mot transkripsjonen. Nokon endringar blei gjort. Nokon stadar blei ord, punktum (.) eller komma (,) lagt til eller fjerna. Denne kontrollen blei gjennomført for å sikre kvalitet. Det hadde moglegvis vore gunstig å fått ein annan person/medstudent til å kontrollere lydfile og transkripsjon for å sikre at underteikna sin tolking ikkje påverkar transkripsjonen i ein spesifikk retning. Tekstmaterialet vil alltid bli påverka av den som gjennomfører transkripsjonen (Kvale & Brinkman, 2015, s. 211). Med bakgrunn i tidsavgrensingar og at underteikna ikkje hadde tilgang på ressursar i form av økonomisk støtte til prosjektet eller ein forskingsassistent blei transkripsjonen gjennomført og kontrollert av ein person.

5.4.2 Oppbevaring av datamaterialet

Lydfilene blei overført til ein ekstern harddisk, deretter sletta frå diktafonen. Den eksterne harddisken blei oppbevart i eit låst skap i Universitetet i Bergen sine lokale. Etter transkripsjon blei lydfilene sletta frå den eksterne harddisken. Transkripsjonen blei oppbevart digitalt på underteikna sin OneDrive. Informantane blei anonymisert umiddelbart ved transkribering, og person-identifiserande informasjon blei ikkje inkludert i transkripsjonen. Kodenøkkel, eit dokument som kopla informantane til transkripsjonane blei oppbevart på ekstern harddisk. Den eksterne harddisken blei oppbevart i eit låst skap på Universitetet. Kodenøkkel vil bli sletta frå harddisk ved innlevering av denne oppgåva.

5.4.3 Tematisk analyse

I dette masterprosjektet vil tematisk analyse frå Braun & Clark (2006) bli nytta ved analyse av datamaterialet. Det er noko ueinigheit om tematisk analyse er ein prosess, eit verktøy som går på tvers av ulike metodar eller ein spesifikk metode som alle kvalitative forskarar burde kunne (Braun & Clarke, 2006, s. 78; Boyatzis, 1998; Ryan & Bernard, 2000). Uavhengig av dette vil tematisk analyse bli nytta i dette prosjektet grunna at den i følgje Braun & Clark (2006, s. 87) er godt eigna for nybegynnarar eller for forskarar som ikkje har god kjennskap til kvalitativt arbeid. Som masterstudent reknar eg meg som nybegynnar. Denne metoden for analyse har derfor blitt vurdert som passande både i forhold til underteikna sitt ferdigheitsnivå og for å gjennomføre analysen på ein strukturert og oversiktleg måte.

Tematisk analyse er ein metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre/tema i datamaterialet. Denne type analyse gjev ein strukturert og detaljert beskriving av eit empirisk materiale (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Eit tema inneheld noko om datamaterialet som er relevant i forhold til forskingsspørsmålet. Når ein skal identifisere tema er det viktig å tenke på om dette er noko som blir hyppig nemnt i transkripsjonane. Med bakgrunn i at dette er ein kvalitativ analyse er det ikkje nokon faste retningslinjer for kor ofte ein tematikk må vere nemnt for at det skal reknast som eit tema, dette er ein vurdering som forskaren må ta (Braun & Clarke, 2006, s.82-83).

Tema kan identifiserast på to måtar; ved hjelp av ein *induktiv analyse* eller gjennom ein *teoretisk analyse*. Ved ein *induktiv tilnærming* er identifiserte tema knytt til datamateriale, og i mindre grad til det spesifikke forskingsspørsmålet. Forskaren vil kode datamaterialet utan å prøve å setje det inn i allereie utforma kodar. Dette kan også kallast ein *datadriven* tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Ein *teoretisk analyse* vil vere driven av forskaren sin teoretiske interesser for område. Ved ein *teoridreven* analyse vil forskaren ta utgangspunkt i forskingsspørsmålet og dette vil vere førande for heile prosessen (Braun & Clarke, 2006, s. 84). I dette masterprosjektet har ein hybrid av både induktiv og teoridreven analyse blitt nytta. Informasjonen frå intervjuet blei forsøkt plassert under tema som blei utforma i intervjuguide. Vidare vil Braun & Clarke (2006) sine seks steg for tematisk analyse bli presentert, med beskrivingar for korleis analysen blei utført i dette prosjektet.

Steg ein: Gjere deg kjend med datamaterialet

Første steg er ifølge Braun & Clarke (2006) å gjere seg godt kjend med datamaterialet. Dette inneberer transkripsjon, gjennomlesing og å skrive ned idear. Braun & Clarke (2006, s. 87) anbefalar å sette seg grundig inn i datamaterialet, og gjerne lese over alle transkripsjonane før ein setter i gang med koding. I etterkant av intervju og transkribering sat eg att med nokon indikasjonar på kva som var gjennomgåande tematikk i datamaterialet. Dette er i tråd med Braun & Clarke (2006, s. 87) som poengterer at transkribering er ein viktig innleiing til analyse i intervjustudiar. Vidare leste eg over alle transkripsjonane, og noterte ned utsegn og ofte nemnde tema som verka å vere relevant for vidare analyse. Desse ideane drøfta eg med vegleiar og medstudentar for å få perspektiv på kva som moglegvis kunne vere overordna tema i denne oppgåva.

Steg to: Generere innleiande kodar

I fase to skal ein prøve å generere dei første kodane på ein systematisk måte igjennom heile datasettet og samle relevant data for kvar kode. Hensikten er å identifisere og organisere datamaterialet i samsvar med framtrekande mønster (Braun & Clark, 2006, s. 88). Underteikna gjennomførte initierande koding ved hjelp av intervjuguiden for å skape struktur. Bruk av intervjuguiden ved koding gjorde det lettare å identifisere gjentakande tematikk. Samt gjorde systematisk koding ved hjelp av intervjuguiden det mogleg å identifisere i kva grad informantane hadde like eller ulike opplevingar knytt til spesifikke forskingsspørsmål. Kodane blei først skrive som stikkord og setningar. Desse kodane blei fargekategorisert i tråd med intervjuet, og plassert under intervjustørsmåla. I første omgang inkluderte eg ein stor del av materialet i kodinga, dette for å sikre at eg ikkje oversåg viktige tema. Samt for å unngå at temaene i for stor grad skulle bli påverka av mine initierande tankar om kva funna kom til å vise. Vidare blei gjentakande kodar slått saman. Ved kodar som var nemnt fleire gonger vart antal skrive i (parentes) bak koden. Dette for å gje underteikna nødvendig informasjon for å til dømes kunne hevde at «majoriteten av informantane» opplevde noko på ein spesifikk måte. I tillegg blei relevante utsegn skrive ned under passande kodar.

Steg tre: leite etter tema

Steg nummer tre inneberer å sortere kodar inn i moglege tema og undertema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Her byrja eg med å gå igjennom alle kodane og skrive ned idear til moglege tema. Deretter utforma eg ein tabell i Microsoft Word. I denne tabellen blei foreløpige tema og undertema skrivne, og alle tilhøyrande kodar blei plassert under passande tema. Dette er i tråd

med Braun & Clarke (2006, s. 89) som anbefala å utforme tematiske kart eller liknande for å få oversikt over kva kodar som formar potensielle tema.. Ved slutten av steg tre hadde eg identifisert 12 tema med undertema, og eg byrja å få oversikt over tema og funna som framkom av datamaterialet.

Steg fire: Revidere tema

Steg fire består av to nivå; *ein* lese igjennom alle utdrag frå kvart tema og vurdere om dei ser ut til å danne eit samanhengande mønster (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I denne prosessen kom det fram at nokon tema overlappa kvarandre, enkelte tema blei derav slått saman eller fjerna. Det same gjaldt undertema. Her reduserte eg antal tema frå 12 hovudtema til 5 hovudtema med undertema. Det framkom også ein tydleg raud tråd av materialet som var med på å forme eit overordna tema for oppgåva; *Bu heime lengst mogleg*. I nivå to vurderer ein gyldigheita til ulike tema opp mot heile datamaterialet. Her måtte eg gjere ein vurdering på om utforma tema representerte heile datamaterialet nøyaktig (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I denne prosessen blei tittelen på nokon hovudtema endra for å gje ein tydlegare representasjon av datamaterialet.

Steg fem: Definere og namngje tema

Steg fem inkluderer analyse av ulike tema, finne passende namn og å utforme klare definisjonar (Braun & Clarke, 2008, s. 92). Her gjekk eg igjennom alle tema på nytt og gjorde ein vurdering på korleis tema som skulle presenterast i analysen.

Steg seks: Produsere rapporten

Steg nummer seks er siste steg. Ved steg nummer seks skal ein utforme ein ferdig rapport av analysen. Ved utforming av rapporten gjekk eg fram og tilbake mellom steg nummer seks og fem. På denne måten fekk eg utforma tema og undertema som representerte funna på ein nøyaktig måte. Nokon undertema blei fjerna i denne prosessen for å skape betre flyt i rapporteringa av tema. Rapporten skal gje ein tydleg og interessant framstilling av tema og bruke sitat for å illustrere viktige poeng (Braun & Clarke, 2006, s. 93). Under viser eg eksempel på tema og undertema knytt til kodar og sitat.

Tabell 1.

Eksempel på tema med tilhørende kodar og sitat

Tema 2: Aldersvenleg samfunn	Døme på kodar	Døme på sitat
Undertema: Involvering	<ul style="list-style-type: none"> - Eldre er ei viktig gruppe i utvikling av nærmiljøet - Samarbeid med regulering og byggesak - Kollektivtransport 	<p><i>«Og då tek dei ofte litt meir eigarskap til ting og. Når dei er motiverte for det sjølv. Så det er jo da, viktig å få dei med på laget. Det er jo dei som sitte der, og det er jo dei som veit kor skoen trykker.»</i></p>
Undertema; Medverknad	<ul style="list-style-type: none"> - Innspel frå eldreråd - Kommunen har faste rutinar, som blant anna universell utforming ved politiske saker, som kjem eldre til gode 	<p><i>«Så ein prøver å ta dei med veldig tidleg i prosessen, og ikkje berre velsigna det når me har tygga ferdig»</i></p>

5.5 Kvalitetssikring i forskingsprosessen

Det å sikre kvalitet i ein kvalitativ forskingsprosess er ei svært samansett oppgåve, og det er mange omsyn som må takast. Samt er ulike forskarar usamde om kva type omgrep og framgangsmåtar som er best eigna for å sikre kvalitet i kvalitativ forskning (Yilmaz, 2013; Morse; 2015). Nokon forskarar nyttar omgrep frå kvantitativ metode for å vurdere kvalitativ forskning. Men det er omdiskutert om kvantitative omgrep som validitet og reliabilitet fungerer for å vurdere kvalitet i kvalitativ forskning, grunna at ein ikkje måler resultat på same måte (Yilmaz, 2013, s. 317-321). I 1981 introduserte Guba nye omgrep som skulle erstatte bruk av kvantitative omgrep i kvalitativ forskning; truverdigheit, overførbarheit, pålitelegheit og bekræftbarheit. Dog er det endå ikkje full oppslutnad rundt desse omgrepa. Morse (2015, s. 1212) hevdar at desse metodane for å oppnå truverdigheit ikkje er kritisk vurderte, og at ein har for lite kunnskap om korleis desse strategiane faktisk fungerer. Uavhengig av dette vil Guba &

Lincoln (1985) sine fire kriterier for å vurdere kvalitet i forskning bli nytta for å vurdere kvalitet i dette masterprosjektet.

5.5.1 Truverdigheit

Lincoln & Guba (1985, s. 213) hevdar at truverdigheit ein av dei viktigaste faktorane for å etablere tillit. Ifølgje Merriam (1998) handlar truverdigheit i kvalitativ forskning om å stille spørsmål rundt om funna i studien samsvara med verkelegheita. Shenton (2004, s. 64-69) har utvikla ei liste over ulike metodar forskarar kan nytte for å auke tillit til funna sine. Eit av desse punkta er å nytte forskingsmetodar som er godt etablerte i kvalitativ forskning og i vitskapen generelt. I denne masteroppgåva har det blitt gjort bevisste avgjersler i samsvar med studiedesign og metode for datainnsamling. Casestudie og semistrukturerte individuelle intervju er velutprøvde og veletablerte metodar i kvalitativ forskning, og kan derav vere med på å byggje opp under truverdigheita i denne studia.

Ein anna metode for å sikre truverdigheit er *member checking* (Shenton, 2004, s. 68). Dette går ut på å at forskaren sjekkar at det informanten har fortalt eller det som er skrive ned i transkripsjonen er i samsvar med det informanten prøvde å formidle. I denne studia blei «member checking» nytta undervegs i og ved slutten av intervjuet. Underteikna gjorde dette ved å stille spørsmål tilbake til informanten for å få ein stadfesting om at informant og intervjuar hadde ein felles forståing av det som blei sagt. Eg oppsummerte også det eg som intervjuar opplevde var hovudpunkta informanten hadde formidla igjennom intervjuet. På denne måten fekk informantane moglegheita til å korrigere eller tydeleggjere utsegn dersom det ikkje var i samsvar med min oppfatning.

5.5.2 Overførbarheit

Ifølgje Malterud (2017, s. 24) handlar *overførbarheit* om å finne ut om funna frå enkeltstudiar kan overførast til andre samanhengar. *Overførbarheit* kan vere krevjande å oppnå i kvalitativ forskning grunna at studiar gjerne utførast i ein avgrensa setting (Shenton, 2004, s. 69). Dette er spesielt gjeldande for casestudiar, der hovudformålet er å utføre ein djuptgåande undersøking av ein case. Forskaren må derfor gje lesaren tilstrekkeleg informasjon til å sjølv vurdere om

funna er overførbare til eigen situasjon. I dette masterprosjektet har det blitt oppgjeve informasjon om at studia er gjennomført i ein kommune i Vestland fylke. Meir informasjon om organisasjonen er ikkje gjeve grunna anonymitet. Men det er gjeve ei beskriving av kva type rolle informantane hadde i den respektive kommunen, antal deltakarar som er inkludert i studien og kva metode for datainnsamling som blei nytta. Vidare blei også lengde på intervju og tidsperiode for datainnsamling beskrive. Dette er i samsvar med Shenton (2004, s. 72) sine anbefalingar for kva informasjon som burde inkluderast for å sikre overførbareheit.

5.5.3 Pålitelegheit

I kvantitativ forskning blir *pålitelegheit* gjerne vist igjennom reliabilitet. Dette betyr at dersom nokon andre gjennomfører studien på nytt, med same metodar og med dei same deltakarane vil dei ende opp med det same resultatet. Dette er krevjande å attskape i kvalitativ forskning grunna at fenomenet ein studerer gjerne endrar seg. Dette betyr at til tross for at ein har attskapa ein studie sin framgangsmåte så vil ein moglegvis ikkje sitje att med same resultat. Ifølgje Guba & Lincoln (1985) heng *pålitelegheit* og *truverdigheit* tett saman. Dermed vil tiltak for å sikre *truverdigheit* også bidra til å sikre *pålitelegheit*. For å sikre *pålitelegheit* i kvalitativ forskning må forskaren grundig beskrive forskingsdesignet, gjennomføring av studia, detaljar ved datainnsamling og reflektere rundt eigen forskingsprosess (Shenton, 2004, s. 71-72). Dette kan kallast «audit trails» (Shenton, 2004, s. 72). Ved bruk av «audit trails» kan andre forskarar attskape studia, til tross for at ein moglegvis ikkje endar opp med same resultat. Samt kan lesaren sjølv vurdere om riktig forskingspraksis er følgd. Underteikna har i dette masterprosjektet forsøkt å gje ein så presis beskriving av forskingsprosessen som mogleg og gjeve grundige forklaringar av vala som er tatt. Eg har forsøka å vere så ærleg som mogleg, og å formidle både styrkar og svakheiter ved forskingsprosessen som er gjennomført.

5.5.4 Bekreftbarheit

Bekreftbarheit handlar om å sikre at resultatata i ein studie ikkje er blitt påverka av forskaren sine idear og preferansar. Funna i studia skal vere eit resultat av informantane sine opplevingar og idear. Med andre ord må ein ta steg for å vise at funna er basert på data (Shenton, 2004, s. 72). Dette kan ein gjere ved å greie ut om koplinga mellom datamaterialet og funna (Lincoln & Guba, 1985). Også her blir bruk av «audit trails» trukke fram, grunn at det tydleg viser heile

forskningsprosessen (Shenton, 2004, s. 2004). *Truverdigheit, overførbarheit, pålitelegheit og bekræftbarheit* heng tett saman. Ved at forskaren sikra *truverdighet, overførbarheit og pålitelegheit* vil dette bidra til å oppfylle kravet om *bekræftbarheit*. I dette masterprosjektet har underteikna forsøkt å etterleve Guba & Lincoln (1985) sine fire kriterier for kvalitet i kvalitativ forskning.

5.5.5 Refleksivitet

Fortolkande forskarar argumenterer for at forskning aldri vil kunne unngå å bli påverka av verdiar, grunna at det ligg verdiar i alt menneske gjer. Ifølgje Neuman (2014, s. 107) burde fortolkande forskarar reflektere rundt, undersøke og analysere personlege synspunkt og kjensler i prosessen med å forske på andre. Refleksivitet betyr at forskaren gjer greie for sine tidlegare erfaringar og bakgrunn innan det aktuelle forskingsområdet, og korleis dette moglegvis påverkar deira tolking av materialet (Creswell & Creswell, 2018, s. 184). Dette setter lesaren i stand til å vurdere om forskaren sine verdiar og personlege synspunkt har påverka forskningsprosessen og funna i studia (Creswell & Poth, 2018, s. 261).

Eg har ein bachelorgrad i folkehelsearbeid, noko som er grunnleggjande for min interesse for kommunalt folkehelsearbeid. Eg har ved gjennomføring av akademiske oppgåver knytt til studie utvikla synspunkt rundt korleis kommunalt folkehelsearbeidet i Noreg fungerer. Samt har eg arbeidserfaring knytt til eldre menneske i institusjon, noko som har skapt interesse for målgruppa. Igjennom masterprogrammet helsefremjande arbeid og helsepsykologi, har eg skifta fokus frå det å førebyggje og unngå sjukdom til å fremje helse og livskvalitet. Det helsefremjande perspektivet er sentralt i denne oppgåva. I forkant av denne studia hadde eg lite kjennskap til administrativ praksis i norske kommunar, nasjonale føringar for folkehelsearbeidet knytt til eldre, samt til tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid. Eg har prøvd å leggje vekk mine antakingar om svakheiter i det kommunale folkehelsearbeidet. Dette for å sikre at funna i denne studia reflekterer dei tilsette i den respektive kommunen sine faktiske opplevingar og meiningar knytt til helsefremjande tiltak retta mot eldre

5.6 Etikk i forskningsprosessen

Etikk er eit grunnleggjande element i gjennomføring av all forskning. Forskaren må vere i stand

til å sjå avgrensingar og etiske implikasjonar av avgjersler knytt til eigen forskingsprosess (Punch, 2014 s. 37). Etisk handling handlar om kontekstsensitive vurderingar, der ein nyttar praktisk kunnskap, teoretisk forståing og prinsipielle resonnement (Punch, 2014, s. 70). Ein forskar må oppnå etiske «godkjenningar» og nytte etablerte metodar for å sikre etiske omsyn. Ein må også ha utvikla ein forståing av etikk som gjer ein i stand til å ta etisk gode vurderingar i komplekse situasjonar (Punch, 2014, s. 70). Med andre ord handlar etiske vurderingar om kva som er riktig og galt (Thomas, 2016, s. 78). Vidare vil etiske omsyn i tatt i dette masterprosjektet beskrivast. Dette inkluderer etiske omsyn knytt til godkjenningar, informert samtykke og konfidensialitet.

5.6.1 Personvern

Etiske retningslinjer gjev ikkje berre forskaren moglegheita til å ta gode etiske vurderingar, det gjev også moglegheit for sanksjonering av forskarar som handlar uetisk (Punch, 2014, s. 54). Kvalitative data gjev eit innblikk i menneske sine livserfaringar og tankar, og kan derav innehalde sensitive opplysningar. Dette stiller strenge krav til informert samtykke og konfidensialitet (Malterud, 2017, s. 214). For å ivareta personvern skal forskingsprosjekt som behandlar personopplysningar godkjennast av NSD (NDS [Norsk Senter for forskingsdata]). Personopplysningar er informasjon som kan vere direkte eller indirekte identifiserande. Døme på slik informasjon er namn, fødselsnummer, e-postadresse og stemme på lydopptak (Sikt, u.å). I dette masterprosjektet blei personopplysningar som alder, kjønn og stillingstittel behandla. Samt blei det tatt lydopptak av alle informantane. Derfor blei NSD bedt om å vurdere og kvalitetssikre at prosjektet var innanfor rammene av GDPR. Dette blei gjort i god tid før etablering av kontakt med informantane. Tilbakemelding frå NSD er lagt ved som vedlegg (Vedlegg 3). Prosjektet blei etter behandling hos NSD automatisk lagt inn i RETTE, som er UiB sin oversikt over alle prosjekter som behandlar personopplysningar (UiB [Universitet i Bergen], 2022).

5.6.2 Informert samtykke

Informert samtykke betyr at deltakaren skal informerast om forskingsprosjektet sitt formål og hovudtrekk i forskingsdesignet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 104). Deltakaren skal ha nok informasjon til å kunne ta ei informert avgjersle knytt til om hen ynskjer å bidra eller ikkje.

Deltakaren må også informerast om mogleg risiko eller ulempe som deltaking i prosjektet kan medføre. Informert samtykke inneberer også at deltakaren skal vere klar over at det er heilt frivillig å delta og at ein kan trekke seg frå undersøkinga når som helst (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 104). Undervegs kan det oppstå situasjonar der deltakar angrar på det dei har sagt. Da skal deltakaren allereie ha fått informasjon om at det er mogleg å stoppe opptak eller slette materiale dersom det er ynskja (Malterud, 2017, s. 214,). Når informantane i dette masterprosjektet hadde takka ja til å delta i prosjektet, blei dei tilsendt eit informasjonsskriv og samtykkeskjema (Vedlegg 2). Dette gav deltakarane moglegheita til å setje seg inn i prosjektet, og stille spørsmål via e-post dersom noko var uklart. På sjølve intervjudagen gjekk eg igjennom informasjon- og samtykkeskjema på nytt saman med deltakarane. Dette gav informantane moglegheit til å stille spørsmål om forskingsprosjektet og intervjuet. Det blei informert om at informantane kunne trekke seg frå prosjektet til ein kvar tid. Deretter blei samtykkeerklæringa underteikna. Ingen av informantane trakk seg frå prosjektet i etterkant.

5.6.3 Konfidensialitet

Konfidensialitet handlar om respekt for den enkelte sitt privatliv og «føre var prinsippet» (Hammersley & Traianou, 2012). Ein sørgjer mellom anna for konfidensialitet igjennom anonymisering av deltakaren. Dette kan gjerast ved å fjerne all informasjon frå data og analyse som kan gjere deltakarane moglege å spore og identifisere (Punch, 2014, s. 48). Dette kan vere informasjon som namn, stillingstittel og arbeidsstad. Samt utforma ein gjerne generiske kodar og numeriske identifikatorar for personleg informasjon, og lagra koplingar mellom kodar og informasjon avskilt frå datamaterialet (Punch, 2014, s. 48). Som nemnt i 5.1 blei informantane i dette masterprosjektet anonymisert under transkribering ved at personopplysningar blei fjerna. Informasjon om informantane og transkripsjonane blei oppbevart i separate, låste skap i UiB sine lokale. Ein essensiell del av det å sørgje for konfidensialitet er å unngå at informantane er moglege å kjenne att i forskingsrapporten (Punch, 2014, s. 47).

Som nemnt i 5.1 blei kommunen anonymisert i dette masterprosjektet. Underteikna vurderte i samsvar med rettleiar at det å informere om korleis kommune som blei nytta i oppgåva ikkje ville tilføre verdifull informasjon. Derav var det ingen grunn til å «svekke» konfidensialitet til deltakarane ved å identifisere kommunen. I dette forskingsprosjektet arbeida alle informantane i same kommunen, dette skapar nokon utfordringar knytt til anonymitet. Informantane blei innleiingsvis gjeve informasjon via felles e-post noko som gjorde at alle involverte var klar

over kven som hadde fått førespurnad om å delta i prosjektet. Samt vil det alltid vere ein viss risiko for at deltakarar kan kjenne at individ på bakgrunn av utsegn i rapporten. Med dette som bakgrunn tok eg grep for å unngå attkjenning. Informantane sine stillingstitlar, kjønn og utdanning/yrke blei anonymisert. Samt var eg bevist på moglegheit for attkjenning i presentasjonen av funna. Eg forsøka å sørge for at utsegn og beskrivingar ikkje kunne koplast til enkeltpersonar. I forkant av intervju fortalte eg også at deltakarane ville bli anonymisert og at eg ikkje hadde noko kontakt eller rapporteringsansvar ovanfor kommunen. Dette var spesielt viktig å understreka då spørsmål om til dømes prioritering av økonomiske ressursar kan vere eit lada spørsmål innad i ein kommune. Samt kan det hende at enkeltindivid ikkje ynskjer at øvste leiar skal ha innsikt i det dersom dei stiller seg kritisk til fordeling av ressursar.

6.0 Presentasjon av funn

Bakgrunn for denne studien var å få ein djupare forståing for korleis ein kommune i Vestland fylke jobbar med helsefremjande tiltak retta mot eldre. I dette kapittelet presenterast funna frå analysen. Informantane i denne studien jobba i administrative eller administrative og praktiske stillingar i ulike etatar/avdelingar i kommunen. Resultata spegla derav ulike synspunkt og ulike fagfelt sine perspektiv på korleis ein skal arbeide for å fremje helse blant den eldre befolkninga. Ved spørsmål om kva som var bakgrunn for at kommunen arbeida med helsefremjande tiltak retta mot eldre, kom det fram at det dei hadde fokus på livsløpsperspektiv. Den overordna målsettinga til kommunen var: *“***** skal vere ein god plass å leva heile livet og det skal vere lett å ta gode val for eiga helse.”*

Eit overordna tema kom tydleg fram i analysen; “Bu heime lengst mogleg”. Informantane lista opp ei lang rekkje verkemiddel og tiltak for å fremje helse blant eldre, ved majoriteten av desse blei det å leggje til rette for at eldre skulle bu heime så lenge som mogleg, trukke fram som ei målsetting. I analysen blei følgjande fem hovедtema identifisert: *Samarbeid, Aldersvenleg samfunn, Førebygging, Velferdsteknologi og Ressursar.*

6.1 Samarbeid

Temaet samarbeid belyser informantane sine tankar, haldningar og opplevingar knytt til

samarbeid. Ved spørsmål om korleis kommunen samarbeida om helsefremjande tiltak retta mot eldre blei ulike typar samarbeid vektlagt. Undertema som kom fram var *tverr-sektorielt samarbeid med eksterne aktørar utanfor kommunen, tverr-sektorielt samarbeid mellom einingane i kommunen og tverr-fagleg samarbeid mellom helse- og omsorgstenestene.*

6.1.1 Tverr-sektorielt samarbeid

Ved spørsmål om korleis kommunen arbeida for å samarbeida om helsefremjande tiltak retta mot eldre trakk fleire av informantar fram tverr-sektorielt samarbeid med frivillig sektor, privat sektor og mellom ulike einingar i kommunen. I samtale med informantane kom det fram at kommunen hadde behov for å spele på andre instansar grunna stort behov for tenester/tilbod og avgrensa ressursar.

«Kommunen greier jo ikkje dette aleine» (Informant 5)

6.1.2 Samarbeid med treningssenter og private fysioterapeutar

Det kom fram at private aktørar kunne bidra til å avlaste kommunen. Eining for aktivitet og rehabilitering hadde blant anna etablert samarbeid med private fysioterapeutar med driftstilskot. Dei hadde etablert samarbeid for å sørge for at kommunen og private fysioterapeutar tilbydde ulike tilbod, slik at ein derav saman kunne dekke behovet til brukarane. Fleire informantar beskrev det som heilt nødvendig å samarbeida med private aktørar grunna stort behov for deira tenester.

«Me har eit fast halvårsmøte med dei private fysioterapeutane med driftstilskot. Der går me igjennom kva me manglar i kommunen og kva me må satsa på og då blir me litt på same bølgelengde, at me ikkje starta opp to like tilbod...»(Informant 4)

«Me dreiv ei gruppe for slagamma (...). Dei har behov for jamleg trening. Men då såg me at det tilbodet gjorde at andre grupper blei litt skyvd ut. Derfor har me inngått samarbeid med eit privat institutt, dei driver den slaggruppe for oss.» (informant 5)

Eining for aktivitet og rehabilitering hadde også etablert samarbeid med lokale treningssenter og idrettslag for å kunne gje brukarane deira eit meir langvarig treningstilbod i etterkant av oppfølging frå dei. Nokre av informantane fortalte at dei hadde positive opplevingar i samarbeid

med treningsssentera. Dette bidrog til at eining for aktivitet og rehabilitering kunne bruke sine ressursar på dei brukarane som hadde størst behov, og som hadde diagnosar som i større grad krev oppfølging frå helsetenesta.

«Alle har jo nokon sjukdommar, men friske, klarerte eldre der går da heilt fint, det er generell trening ein trenger, det er ikkje noko avansert. Det er funksjonell styrketrening og uthaldstrening dei trenge, og det kan dei like godt klara å møta på eit treningsssenter, og så lenge dei er trygge. Gjennom at me rekruttere og får dei i gang, og så kjem dei vidare. Og treningsssentera har vore veldig positive. For dei og får ei anna gruppa inn i senteret som er positivt for dei og.» (Informant 4)

Nokre av informantane fortalte at bruk av treningsssenter og lokale idrettslag var positivt for å avlaste deira tenester. Samt opplevde nokre av informantane at når brukarar var ferdige med oppfølging frå eining for aktivitet og rehabilitering greidde dei ofte ikkje å oppretthalde trening på eiga hand. Nokre av informantane fortalte at fleire av brukarane opplevde meistringskjensle ved å trene på treningsssenter.

«Og du ser jo det på mange av dei som me har fått inn på treningsssenter no, at dei er jo veldig stolte for dei har jo aldri tenkt at dei kom til å klara å komma seg inn på eit treningsssenter. Så det er jo veldig mykje meistring i det og sånn sett, sjølv om treningsssenter er ofte veldig skummelt. Men i den overgangen følge me dei ofte fysisk over på senteret. At me kanskje er med å ha dei to første timane, berre slik at da blir litt mindre skummelt»(Informant 4)

Ifølgje ein av informantane var det viktig å prioritere auka forståing for helseeffektane av fysisk aktivitet og trening blant eldre. Informanten fortalte at mange av dei eldre tidlegare hadde vore i fysisk arbeid, og tenkte at dei skulle nytte alderdommen til å slappe av. Informanten fortalte at det var hensiktsmessig å ha trening hyppigare enn ein gong i veka for at brukarane skulle få moglegheita til å kjenne effekten av treninga. Samt at det ville vere hensiktsmessig å få eldre til å bli litt meir sjølvgåande i forhold til fysisk aktivitet. Mange av informantane fortalte at det å kombinere fysisk trening og sosial aktivitet var noko som hadde fungerte godt, og som dei tenkte vil kunne ha god effekt på både fysisk og psykisk helse.

«Det er ikkje alltid medisin ein treng, ein treng rett og slett eit tilbod å gå til.» (Informant 4)

Ein av informantane fortalte at i forbindelse med organiserte treningsgrupper fungerte treningsssentera truleg betre enn bruk av frivillige organisasjonar. Bruk av treningscenter, der dei betalte ein liten kontingent var på mange måtar meir bindande og strukturert enn eit gratistilbod i regi av frivillige organisasjonar. Frivillige organisasjonar blei for øvrig beskriver som gode samarbeidspartnerar ved andre tilbod.

«Me har spelt mest på treningsssenter. Fordi det blir litt sånn at når dei må betale for det så blir det litt meir bindande. Og det er jo ikkje store summar, treningsssentera har laga kjempe gode avtalepakker for dei eldre. (...). Men ein ser jo at det kanskje blir litt meir bindande enn at når det er frivillig. Då er det litt sånn: “det kostar ingenting likevel”, då er det litt enklare å avlysa.» (informant 4)

6.1.3 Samarbeid med frivillige organisasjonar

Ved spørsmål om korleis kommunen arbeider med helsefremjande arbeid retta mot eldre fortalte majoriteten av informantane at frivillige organisasjonar spelar ei viktig rolle. Ifølgje fleire av informantane bidrog mange eldre inn i frivillig arbeid og i lokalsamfunnet. Frivilligheittsentralen blei trukke fram som eit viktig bindeledd mellom kommunen, frivillige organisasjonar og eldre som ynskjer å arbeide som frivillige. Frivillig arbeid gav i følgje ein av informantane eldre moglegheita til å fylle dagane sine med noko meiningsfullt. Ein av informantane fortalte at kommunen var heilt avhengig av å samarbeide med frivilligheita for å kunne tilby eit breitt aktivitetstilbod.

«Det er kort og godt umogleg for ein kommune å vere så omfattande i sine tiltak og tilbod, det er ikkje meininga det...» (informant 1)

Fleire av informantane fortalte at til tross for at kommunen hadde eit dekkande aktivitetstilbod for eldre, var det framleis nokon manglar ved dagens tilbod. Ein av informantane fortalte at dei mangla dagtilbod for kognitivt friske eldre. Samt kom det fram at diagnosespesifikke grupper hos eining for rehabilitering moglegvis burde vore prioritert i større grad. Det var også krevjande å få tak i støttekontaktar til eldre. Nokon av informantane fortalte at demenstilbodet burde vore styrka, samt at demenstilbodet burde vore betre tilpassa individet. Dette grunna at ein ser at aldersspennet hos dei som utviklar sjukdommen kan vere stort.

Ifølgje ein av informantane samarbeider kommunen med frivillige organisasjonar for å kunne

gje fleire brukarar det tilbodet dei treng. Eining for aktivitet og rehabilitering hadde blant anna etablert samarbeid med frivillige organisasjonar. På denne måten kunne dei saman gje eit tilbodet til fleire ulike diagnosegrupper. Frivillighetssentralen samarbeida også med heimebaserte tenester, tenesta leverte ut aktivitetsplanar for kommunen sitt tilbod ved *førebyggjande heimebesøk*. Fleire informantar understreka at kommunen truleg ikkje greidde å nå ut til alle eldre. Einsemd og isolasjon var ei utfordring som dei ynskja å arbeide meir med. «Dørstokkmila» blir også nemnt som ei barriere for å delta på tilboda. Ifølgje ein av informantane verkar det til at det er lettare å delta dersom ein har nokon å gå ilag med. Informanten fortel at transport er ein barriere for å komme seg til tilboda. Informanten trakk fram eksempel frå andre kommunar som har fått midlar til minibuss, og reflekterte rundt om dette kunne vore ei god løysning.

«Eg har ei som er så dårleg til beins som kjem på den senior-data, ho går med to stavar når ho er her, for ho bur eit stykke ifrå, ho er avhengig av å ta bussen. Og då kan ho ikkje ha rullator for ho klara ikkje å løfta den inn på bussen sjølv. Og ikkje veit eg, kunne sikkert fått slik TT-kort. Å be om, at eigentleg hatt nokon som hjalp dei med slike ting også.» (Informant 7)

Fleire av informantane fortalte at kommunen kunne støtte opp om dei frivillige organisasjonane gjennom økonomisk støtte, koordinering av aktivitetar og tilgang på lokale. Majoriteten av informantane trakk fram det nyleg etablerte aktivitetshuset som eit eksempel på dette. Kommunen hadde investert i eit lokale. Frivillige organisasjonar som hadde aktivitetar som var opne for alle, fekk nytte lokalet gratis. Leiar av frivillighetssentralen hadde ansvar for koordinering av lokalet, og fungerte som eit bindeledd mellom kommunen og dei frivillige organisasjonane. Ein anna informant fortalte at det etter opning av lokalet vaks fram eit breitt spekter av aktivitetar, også organisert av dei eldre sjølv.

«No har me investert mykje i eit møtepunkt. Aktivitetshuset (...), der har me prioritert ressursar slik at ein kan ha bemanning på nokon tider av døgnet. (...) Ingenting går utan ressursar. (...) Det er eit tett samarbeid med frivilligheita, det er ei utfordring, men også ei moglegheit.» (Informant 5)

Ein av informantane fortalte om viktigheita av miljøarbeid ved tilbod for eldre. Dette med bakgrunn i at det allereie fantast ein møteplass i lokalsamfunnet. Dette tilbode var drive på frivillig basis av eit vennelag. Informanten hadde i forbindelse med eit tilbod i regi av

frivillighetssentralen fått vite at fleire eldre ikkje ynskja å gå dit. Dette grunna at dei ikkje følte seg velkomne. Informanten fortalte at det var positivt for tilboda dersom det var nokon tilstades som la til rette for at alle skulle trivast. Og som moglegvis hadde andre perspektiv enn det deltakarane og dei frivillige hadde. På denne måten kunne ein sørgje for at eldre kunne delta på tross av moglege funksjonsnedsettingar eller sosiale utfordringar.

«(...) når dei først har komme seg ut, så er det viktig å få behalde dei der og gjera at dei trivast.» (informant 7)

Ein av informantane ynskja å belyse eldre som sjølv er pårørande til for eksempel ein sjuk ektefelle. Ifølgje informanten var dette ei gruppe som ofte blir gløymt. Det å leggje til rette for avlasting, slik at vedkommande kunne delta på gjevande aktivitetar utanfor eigen heim var ifølgje informanten viktig.

«Så fekk han avlastning to dagar i veka, og det passa akkurat på ein slik dag, då me hadde eldretreff med bingo. Det var ho veldig takknemleg for, ho sa ho fekk eit nytt liv, for ho fekk litt input frå andre (...). Men det er litt viktig å hugsa på dei som er pårørande og. Dei blir jo utslitne.» (Informant 7)

Ein av informantane fortalte at det til tider var krevjande å rekruttere eldre inn i frivillig arbeid. Ein informant fortalte at hen hadde eit ynskje om å rekruttere yngre pensjonistar til leksehjelp og natteramn. Men at hen ikkje greidde å rekruttere nokon. Det var også krevjande å rekruttere eldre som deltakarar til kurs innan datakompetanse. Ifølgje nokon av informantane hadde ein sett at det var behov for dette grunna at eldre sleit med å få til det digitale, samstundes var ikkje alle eldre interesserte i å setje seg inn i ny teknologi. Ifølgje nokre av informantane hadde det blitt etablert arbeidsgrupper knytt til digital helsekompetanse der eldrerepresentantar var inkludert.

«...mange vegra seg for å læra i vaksen alder, og eg skjønner jo det. (...) og nokon seier berra "kan det ikkje gjera det på gamle måten, berra for oss?" men kor lenge skal du gjera det?» (informant 7)

«Me har prosjekt gåande på styrking av digital kompetanse. Det er kurs i både Helse Norge og korleis ein kan kommuniser med legar og tenester. Og korleis ein kan sende melding til oss i kommunen. (..) I prosjektet har me med både eldrerådet og brukarar (...) eg syns me har våre veldig flinke til brukarmedverknad». (Informant 6)

Etter korona-pandemien hadde ein ifølgje nokre av informantane sett ei endring i frivillig deltaking. Mange fekk interesse for friluftsliv under pandemien, og valde gjerne å delta i turlag framfor å melde seg inn i pensjonistforeininga. Yngre pensjonistar ynskja ikkje å binde seg for mykje grunna at dei ynskja å reise. Ifølgje ein av informantane arbeida frivillighetssentralen med å leggje til rette for at eldre skulle kunne bidra frivillig på eigne premissar, så mykje eller lite som dei ynskja. Ein av informantane fortalte at det kunne vere utfordrande å nytte frivillige i tilboda grunna at ein ikkje ynskjer å stilla for store krav, samstundes som ein ynskja å gje eit best mogleg tilbod.

«Me har leksehjelp og der eg kunne tenkt meg å få med pensjonerte lærarar. Men dei er kanskje metta av jobben sin.» (informant 7)

6.1.4 Samarbeid mellom etatar

Fleire av informantane trakk fram viktigheita av samarbeid mellom dei ulike etatane i kommunen for å skape eit aldersvenleg samfunn. Ein av informantane beskreiv det helsefremjande arbeidet mot eldre som “altomfattande”, og uttrykka eit behov for ein “kulturendring” i dei forskjellige etatane i kommunen for å kunne skapa eit aldersvenleg samfunn.

«For det gjelder ikkje berre helse, det gjelder tekniske tenester, det gjelder reguleringsplanar. Det gjelder kulturpolitikken, det gjelder samferdsels-politikken, i den grad kommunen har kontroll over det. Så det gjelder på så mange felt, at det er ein heil kultur som må skapast for at ein skal tenka aldersvenleg» (informant 1)

Samtlege informantar opplevde at utvikling og implementering av helsefremjande tiltak eller samfunnsutvikling med omsyn til eldre blei sett på som viktig i ulike avdelingar i kommunen. Det kom fram at dei fleste informantane opplevde at deira eiga eining hadde stort fokus på eldre, samt hadde eit inntrykk av at dette var noko andre etatar hadde interesse for og tok omsyn til.

«Ja, min oppleving er at dei er interessert og opptatt av det. Altså til og med barnehagane, dei har jo lyst til å omgåast eldre» (informant 3)

Ifølgje informantane hadde kommunen faste samarbeids-møter, og det har blitt arrangert samling med alle einingsleiarar knytt til utvikling av samfunnsdelen av ny kommuneplan. Her

hadde ein blant anna hatt oppe tematikken om å ta omsyn til den eldre befolkninga. Fleire av informantane understrekar likevel at dei ulike etatane/avdelingane har nok med sine egne utfordringar og arbeidsoppgåver. Ifølgje informantane er samarbeidet mellom etatane godt, samstundes som at kommunen er strukturert på ein slik måte at ein arbeider for sin eigen sektor og for si eiga målgruppe.

«Det blir jo slik i ein kommune at alle slåst for sine»(informant 6)

«Så kvar kjempar innanfor sin sektor, men så er det jo det me var inne på i stad om den overordna aldersvenleg perspektivet som folkehelsekoordinatoren skal ha» (informant 6)

Samtlege informantar trakk fram folkehelsekoordinator som viktig for samarbeidet i kommunen. Fleire av informantane fortalte at folkehelsekoordinatoren hadde oversikt over det aller meste av tilbud for dei eldre, både det som var organisert av kommunen og det som var organisert av andre aktørar. Det blei lagt vekt på at folkehelsekoordinator sitt arbeid gjaldt mange ulike målgrupper, men i stor grad også eldre. Informantane beskrev at folkehelsekoordinator hadde ein oversikt over det som føregjekk i kommunen og “haldt fana oppe” for folkehelseomsyn i arbeid med kommuneplanen. Ein av informantane fortalte at det å ha folkehelsekoordinator i 100% stilling var viktig for det førebyggjande arbeidet. Fleire informantar trakk fram viktigheita av at folkehelsekoordinator var lokalisert under fagkontor for plan. Denne organiseringa la ifølgje informantane til rette for at folkehelsekoordinator hadde stor innflytelse i samfunnsplanlegginga.

«Og då har me fått folkehelsekoordinator inn som ein fast full stilling, og det er veldig viktig.» (informant 1)

«Det er absolutt viktig for full stilling, og så er det veldig viktig at den stillinga er knytt inn mot planarbeid. For planarbeid er nøkkelen, når det gjelder førebyggjande arbeid.» (informant 1)

6.1.5 Tverr-fagleg samarbeid

Ved spørsmål om korleis kommunen arbeida for å samarbeida om helsefremjande tiltak retta mot eldre trakk fleire av informantar fram tverr-fagleg samarbeid mellom helsetenestene. Ifølgje fleire av informantane var samarbeid mellom tenester essensielt for å skape tryggleik

for den eldre i heimen. Ein av informantane trakk fram innsatstemaet i kommunen som ein viktig aktør for å skape gode overgangar mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Ifølgje informanten var det fleire ledd som saman hadde ansvar for eit rehabiliteringsforløp. Eit saumlaust samarbeid var nødvendig for at pasienten skulle føle seg trygg i eigen heim, noko som var essensielt for at vedkommande skulle kunne bu heime. Informanten understreka at dei ikkje var gode nok på å skape saumlause rehabiliteringsforløp, men at dette var noko dei kontinuerleg arbeider med.

«Slik at ein kan få formidla og skape ein god overgang der pasienten kan kjenna seg trygg og den eldre kan komma heim. For veldig mykje handlar om angst, og redsel for å detta. Eller redsel for å ikkje få hjelp når ein trengje det ikkje sant. Så det å kjenne seg trygg og vita at nokon der heima veit om meg trur eg kan vera ganske avgjerande for at den prosessen skal bli vellykka. At den eldre skal klara å bu heima, som målet vårt faktisk er.» (informant 5)

I samtale om samarbeid vektla fleire av informantane samarbeid mellom ulike helsetenester, der i blant sjukehus, rehabiliteringstenesta, omsorgsinstitusjonar og heimebaserte tenester. I desse samtalane blei tverr-fagleg samarbeid tatt opp. Eit døme på tverr-fagleg samarbeid var at kommunen valde å etablere ei arbeidsgruppe med representantar frå sjukeheimen, Fysio- og ergoterapi tenesta, heimebaserte tenester, røde kors og eldrerådet ved oppretting av det nyleg etablerte aktivitetshuset i kommunen. Arbeidsgruppa skulle samarbeide for å avdekke kva behovet var i kommunen. Ein av informantane trakk også fram tverrfaglege team. Eit døme var heimerehabiliteringsteamet, som bestod av yrkesgrupper som sjukepleiarar, ergoterapeutar og fysioterapeutar. I samtalane med informantane kom det fram at kommunen hadde fleire ulike team og prosjekt der tverr-fagleg samarbeid var viktig.

I intervjuet kom det fram at alle informantane såg på samarbeid som eit grunnleggjande element for å kunne tilby gode tilbod og tenester til den eldre befolkninga. Alle informantane i denne studien hadde positive haldningar til samarbeid, likevel kom det fram at dette ikkje alltid var like lett i praksis. Ressursar i form av økonomi og tid blei omtalt som ei barriere for samarbeid mellom etatar og tenester. Ein av informantane fortalte at det moglegvis kunne vore positivt for samarbeidet dersom tenestene hadde ressursar som gjekk på tvers. Ein av informantane insinuerte også at til tross for at delar av samarbeidet fungerte godt, var det lett “å tenke i silo”. Informanten fortalte at kommunen var organisert slik at ulike avdelingar arbeida for sine målgrupper. Dette kunne legge til rette for “ansvarsfråskrivning”, i saker der leiarar eller tilsette

såg tematikken som å ikkje ligge under deira ansvarsoppgåver.

Ei anna utfordring som kom fram i intervjuet var at tenestene låg spreidd, dette var utfordrande i forhold til kommunikasjon. Fleire informantar identifiserte samarbeid med fastlegane som særleg utfordrande. Bakgrunnen for dette var i følge informantane at fastlegane var krevjande å få tak i grunna at dei hadde svært travel arbeidskvardagar. I tillegg var det fleire i kommunen som arbeider turnus, dette gjorde det og krevjande å få kontakt med riktig person til riktig tid. Ein av informantane fortalte at ein i stor grad var avhengig av elektroniske meldingar for å kommunisere, men at informasjon då lettare falt ut.

I samtale med informantane blei det identifisert fremjara for godt samarbeid. Faste fysiske møtepunkt blei av samtlege informantar framheva som viktig. Ein av informantane fortalte at faste møtepunkt var viktig for å hindre at samarbeidet sklei ut og blei avhengig av enkeltpersonar. Felles forståing for viktigheita av samarbeidsmøta og tid satt av til det blei også identifisert som fremjara for godt samarbeid. Andre fremjara for samarbeid var gode, felles mål og bevisstheit rundt målsettingane. Openheit, respekt og reell moglegheit for å påverke, komme med innspel og bli sett og høyrte blei også karakterisert som viktig. Ein av informantane framheva viktigheita av at einingane og avdelingane hadde kjennskap og gode relasjonar til kvarandre.

«Og det å kjenna kvarandre, viss eg har eit behov, kven kan eg henvenda meg til? At me er opne om kompetansen som finns der ute da. For da er, der har me også eit stykke veg og gå. Men det fremja samarbeid.» (informant 5)

6.2 Aldersvenleg samfunn

Teamet *aldersvenleg samfunn* belyser informantane sine tankar, haldningar og opplevingar knytt til korleis ein kan tilretteleggje samfunnet slik at det verkar helsefremjande for eldre, samt korleis dei eldre sjølv kan vere med å påverke dette. Undertema her var *involvering, medverknad og aldersvenleg samfunnsplanlegging*.

6.2.1 Involvering

I samtale med informantane kom det fram at alle såg på medverknad som nødvendig for å få

innsikt i kva som var viktig for dei eldre. Samt for å oppnå betre treffsikkerheit ved utforming av tiltak. Ein av informantane fortalte at medverknad kunne vere med på å gje brukarane større eigarskap og motivasjon for å delta på dei tiltaka som blei sett i verk. Ein annan informant understreka at dei var avhengige av tilbakemelding frå brukarar for å få tenestene til å fungere best mogleg.

«Då tek dei ofte litt meir eigarskap til ting og. Når dei er motivert for det sjølv. Så det er jo det, viktig å få dei med på laget. Det er jo dei som sitte der, og det er jo dei som veit kor skoen trykker.» (informant 4)

Ifølgje nokre av informantane gav involvering kommunen moglegheit til å forstå kva behovet blant innbyggjarane faktisk var. Samt fortalte ein informant at det var viktig å orientere innbyggjarane om at kommunen ikkje vil ha moglegheit til å dekke absolutt alle behov framover i tid. Det var viktig å skape ei haldning om at ein saman skulle skape eit aldersvenleg samfunn.

«Det er tryggande for planleggarane, bevisstgjerande for dei som deltek i slike møter og det skapar litt av den kulturendringa som eg var inne på i stad. At ein får ein felles forståing for kva eit aldersvenleg samfunn er.» (informant 1)

6.2.2 Medverknad

Ved spørsmål om korleis kommunen la til rette for medverknad i det helsefremjande arbeidet retta mot eldre, kom det fram at kommunen nytta ulike metodar for å sørgje for at dei eldre si stemme vart høyrte. Alle informantane i denne studien trakk fram eldrerådet som eit essensielt organ i kommunen sitt arbeid for å sikre medverknad. Ein av informantane fortalte at eldrerådet si oppgåve var å representera eldreperspektivet i kommunepolitikken, samt at dei kunne ta opp saker sjølv. Ein annan informant fortalte at eldrerådet og pensjonistlaget var viktige pådrivarar for å få etablere ein møteplass i lokalsamfunnet. I tillegg til å vere høyringsinstans i politiske saker, involverte kommunen representantar frå eldrerådet i arbeidsgrupper knytt til prosjekt som var relevant for den eldre befolkninga.

«Så ein prøver å ta dei med veldig tidleg i prosessen, og ikkje berre velsigna det når me har tygga ferdig.» (informant 2)

Majoriteten av informantane fortalte at grunnen til at eldrerådet fungerte godt, var at representantane som no sat i eldrerådet var dyktige. Eldrerådet hadde ifølgje informantane gode

evner til å fange opp kva andre eldre i kommunen var interessert i. Samt hadde representantane god samfunnsforståing og evna til å forstå heilheita i kommunen sitt arbeid.

«(...) no har me eit veldig oppegåande eldreråd.» (informant 3)

«Og dei er jo også representert i eldrerådet. Og dei er flinke og er ein engasjert gjeng, og me har jo mykje med dei å gjere.» (informant 3)

I medverknadsarbeidet var kommunen også i kontakt med andre brukarråd, der i blant råd for personar med funksjonsnedsetting og blindedeforbundet. Kommuneplanen for rehabilitering, helse og omsorg blir blant anna sendt til desse råda. Samt hadde eining for rehabilitering jamlege møter med brukarrepresentantar. Det blir gjennomført brukarundersøkingar annakvart år. Informantane formidlar at kommunen nytta eldrerådet som representerer alle eldre, i tillegg til andre brukarråd som er knytt til meir spesifikke brukargrupper.

Dette kan ifølgje nokon av informantane også skape utfordringar. Eining for aktivitet og rehabilitering har etablert bruk av prioriteringsretteleiar for å finne ut kva tilbod dei skal prioritere. Noko av grunnen til dette var at enkelte brukargrupper har ein organisasjon som snakka deira sak. Medan andre sto åleine og hadde ikkje nokon som løfta fram deira behov. Derfor var det viktig at kommunen var godt orientert i forhold til kva det faktisk var størst behov for når dei skulle fordele bruk av sårbare ressursar.

«Me har fleire foreiningar, revmatismelaget, LHL. Dei har jo på ein måte ein heil foreiningar i ryggen som kan snakke deira sak. Medan andre brukargrupper, pasientgrupper, dei har kanskje ikkje like stort nettverk rundt seg. (...) at det ikkje er dei som ropar høgast som får, men dei som faktisk har det største behovet (...) derfor har me prioriteringsretteleiarar. Slik at me får eit objektivt syn på ting.»(informant 4)

I samtale med informantane kom det fram at kommunen også ynskja innspel frå eldre som ikkje var organiserte. Dette gjorde dei gjennom publisering av kommuneplanar, aktivitetsplanar og liknande i lokale aviser og på sosiale media. Kommunen tok også imot innspel frå innbyggjarane gjennom sosiale media. Eining for aktivitet og rehabilitering hadde blant anna etablert bruk av sosiale media, med formål om å gje befolkninga og andre avdelingar i kommunen eit innblikk i deira tenester. Dette hadde ifølgje ein av informantane fungert godt.

Kommunen organiserer også opne møter i regi av noko kalla folkehelseforum. Folkehelseforum er i følgje informantane ikkje spesielt retta mot eldre, men forumet tek ofte opp tematikk som

er relevant for eldre. Slike opne møter blei både nytta til å gje befolkninga moglegheit til å komme med innspel til kommuneplanen, men også til å formidle saker til befolkninga. Til dømes fortalte ein av informantane at folkehelseforum nyleg hadde arrangert eit ope møte, der formålet var at den eldre befolkninga skulle få komme med innspel om korleis dei ynskja å bu i alderdommen. Dette skulle samfunnsplanleggjarar vidare ta med seg inn i utforminga av kommunedelplanen.

Ifølgje fleire av informantane kunne det vere krevjande å få folk til å stille opp på slike møter, og å få folk i tale. Ein av informantane fortalte at dei hadde hatt erfaring med at det å arrangere slike møter for eldre midt på dagen gjorde at fleire møtte opp. Majoriteten av informantane fortalte om eit behov for å informere innbyggjarane om skilje mellom medverknad og medbestemming. Ifølgje informantane kom det ofte fram mange gode idear i medverknadsprosessar, men ein hadde ikkje ressursar til å løyse alle utfordring på same tid. Dette kunne ifølgje informantane føre til at innbyggjarane opplevde at kommunen ikkje brydde seg om innspela dei kjem med.

«Det høyrer me jo stadig vekk, kvifor spør de når de ikkje bryr dikka om kva me seier?»(informant 4)

Ein av informantane fortel at kommunen moglegvis skulle vore flinkare til å gje opplæring knytt til medverknad. Ei anna utfordring var også at det var vanskeleg for innbyggjarane å sjå heilheita.

«Mange ser kanskje ikkje at dei har veldig mange gode tilbod, mens andre ikkje har tilbod i det heile tatt.» (informant 4)

6.2.3 Individuell brukarmedverknad

Ved spørsmål om medverknad, trakk fleire informantar fram individuell brukarmedverknad. Ein av informantane fortalte at kommunen ikkje nytta individuell brukarmedverknad i alle saker som kommunen har oppe, til dømes har kommunen teke ei uavhengig avgjersle på at dei skal nytte velferdsteknologi. Men då kjem brukarmedverknad inn ved individuell bruk av denne type teknologi. Fleire av informantane vektla spørsmålet “Kva er viktig for deg”, og fortalte at dei aktivt arbeida med individuell brukarmedverknad i tenestene sine. Der i blant fekk deltakarar kurs i regi av eining for rehabilitering moglegheit til å gje anonyme tilbakemeldingar

i etterkant av kurset.

Fleire av informantane trakk fram eldre sine pårørande som viktige medverknadsparter i arbeidet retta mot eldre. Samstundes var det ei utfordring når personar ikkje har moglegheit til å medverka sjølv. Det var krevjande å vere sikker på kvaliteten i medverknaden når den kom frå pårørande og ikkje direkte frå den det gjaldt.

6.2.4 Aldersvenleg samfunnsplanlegging

Gjennom intervjua kom det fram at majoriteten av informantane hadde eit heilskapleg syn på korleis ein kunne fremje helse blant den eldre befolkninga. Ein av informantane beskrev omgrepet aldersvenleg samfunn som diffust og romsleg. Og fortalte at arbeidet for å oppnå dette involverte mange etatar og krevja kulturendring. Kommunen hadde derfor oppretta ei eiga arbeidsgruppe for å jobbe med nettopp dette. Informanten trakk også fram at folkehelsekoordinator hadde ein viktig rolle i å «halde fana oppe» for folkehelsa i arbeidet med kommuneplanar.

«For det er så altomfattande og så vanskeleg å handtere, og ein kulturendring må til for at den tenkinga skal komme inn i ulike etatar. For det gjelder ikkje berre helse, det gjelder tekniske tenester, det gjelder reguleringsplanar. Det gjelder kulturpolitikken, det gjelder samferdsels-politikken, i den grad kommunen har kontroll over det. Så det gjelder på så mange felt, at det er ein heil kultur som må skapast for at ein skal tenka aldersvenleg. At det er vennleg for, eller gjere det lett for eldre. Lat oss halde oss til dei, å leve eit innhaldsrikt, aktivt liv også når dei når høg alder.» (informant 1)

Fleire av informantane fortalte at eldre var ei viktig målgruppe i kommunen sin arealplanlegging. Då både i forhold til å prioritere å leggje til rette for aktivitetar som verka helsefremjande for eldre på areala dei hadde til rådighet. Samt i forhold til plassering av teneste- og aktivitetstilbod. Ein av informantane fortalte at kommunen har laga ein aktivitetspark i sentrumsområde, som inneheld parkour, skaterampe og petong. Her har ein lagt til rette for naturleg samhandling på tvers av generasjonar. Ifølgje fleire informantar arbeider kommunen mykje med universell utforming. Ein av informantane vektla at kommunen i dette arbeidet hadde faste rutinar for vurdering av universell utforming i politiske saker, og at dette blant anna kom dei eldre til gode. Ein av informantane opplevde at arbeidet med universell utforming tok for lang tid. Medan ein annan fortalte at dei arbeida aktivt med universell

utforming, men at dei likevel kunne vore betre på det. Fleire av informantane vektla at dei ynskja å leggje til rette for at samfunnet skulle verke helsefremjande for alle aldersgrupper, inkludert eldre. Framfor at ein skulle tilretteleggje spesielt for eldre.

«Det som er godt for dei eldre, er også godt for alle andre» (informant 3)

Kommunen hadde ifølgje informantane også hatt mykje fokus på bustad. Ein av informantane fortalte at differensiert bustadtilbod er eit fokusområde som ein ynskja å arbeide med. Slik at eldre skulle ha moglegheit til å bu slik dei ynskjer, og gjerne i inkluderande fellesskap saman med andre. Det var også viktig for kommunen å ha eit godt samarbeid med private entreprenørar og utbyggjarar. Her tok kommunen imot innspel i tillegg til å setje krav. Samt hadde kommunen arbeida med førebyggjande kampanjar mot yngre personar, då dei ynskja at folk skulle ruste sin eigen bustad, slik at dei kunne bu der så lenge som mogleg.

«Og det har retta seg mot ikkje fullt så gamle, men mot yngre eldre. Der dei har fått hjelp og råd i forhold til korleis dei kan begynne allereie no å rusta bustaden sin eller eigendommen sin til at dei skal kunne bu der lenge.» (informant 3)

6.3 Førebygging

Ved spørsmål om korleis og kvifor kommunen arbeider med helsefremjande tiltak retta mot eldre, byrja majoriteten av informantane å snakke om førebyggjande arbeid. Temaet *førebygging* belyser informantane sine tankar og opplevingar knytt til førebyggjande arbeid retta mot den eldre befolkninga. Det var einigheit blant informantane om at det var viktig at kommunen arbeider førebyggjande. Bakgrunnen for at kommunen arbeida med helsefremjande tiltak retta mot eldre hang i følgje informantane saman med nasjonale satsingar. Pålegg frå Statsforvaltaren, leve heile livet reforma og andre styrande dokument blei trukke fram. Samtlege informantar vektla demografiske endringar i befolkninga som eit av dei første argumenta for kvifor ein arbeida med helsefremjande arbeid i denne målgruppe. Samt at kommunen mangla sjukeheims plassar, og derav var avhengig av å førebyggje for å utsette behovet for kostbare habiliterande og behandlande tenester lengst mogleg. Fleire av informantane var opptekne av å understreke at eldre ikkje var ei homogen gruppe, og at dei hadde ulike ynskjer og behov. Eit viktig perspektiv i fleire intervju var at samfunnet skulle vere utforma slik at det verka helsefremjande for alle aldersgrupper, inkludert eldre. Framfor at ein skulle tilretteleggje spesielt for eldre

«For det er for få sjukeheims plassar så derfor må me på ein måte jobbe meir førebyggjande» (informant 4)

«Med tanke på eldrebølgja og ikkje minst at ein ser at det er for få sjukeheims plassar, så er det på ein måte noko me har blitt tvinga til å jobbe med»(informant 4)

«Det som er godt for dei eldre, er også godt for alle andre» (informant 3)

Ein av informantane fortalte at førebyggjande arbeid på nokon måtar var det enklaste å arbeide med i kommunen. Ein annan trakk fram at det var viktig å støtta opp om dei enkle tiltaka. Det verkar å vere einigheit blant informantane om at førebygging var både effektivt og økonomisk lønsamt på lang sikt. Ein av informantane fortalte at dei var avhengige av førebygging for å kunne gje gode tenester

«Me må rekna med at dei som blir eldre og er eldre, ein del helde seg no friskare lengre, men i den grad dei trenger helse- og omsorgshjelp så er det kommunen som må støtte det behovet. Og då tenker me slik at me må prøva å komma litt i forkant. Førebyggja at dei blir sjuke eller får skader eller behov for bistand» (informant 2)

Fleire av informantane trakk fram at førebyggjande arbeid ville vere hensiktsmessig for individet. Det ville moglegvis vere enklare å motivere individ som ikkje allereie hadde opplevd eit stort funksjonstap til å ta grep i forhold til eiga helse. Og at ein moglegvis kunne minske den gruppa som opplever eit stort funksjonstap gjennom å førebyggje.

«Så det å jobbe på eit tidlegare trappetrinn før ein kjem der, det er hensiktsmessig for alle»(informant 5)

6.3.1 Førebyggjande tiltak

Ifølgje informantane arbeider kommunen førebyggjande igjennom ei rekkje tiltak. Ein av informantane fortel at eining for aktivitet og rehabilitering har eit overordna ansvar i forhold til helsefremjande arbeid og at hen opplever at tiltaka dei driv har stor effekt. Ifølgje nokon av informantane er det eit viktig mål for eining for rehabilitering å styrke den fysiske og kognitive funksjon til dei eldre slik at dei kan bu heime lenger.

«Kortvarig tilbod, men dei får seg kanskje eit løft som gjer at dei kan bu heime lenger»

(informant 4)

«Erfaringane mine som er jo at dei tiltaka me driver, dei tenestene me driver, har stor effekt, og stor betydning. Veldig mange ønska seg tilbake, fordi dei har fått ein auke i sin funksjon, og ein ser at det er nødvendig fordi ein skal heim, og du kjemme liksom ikkje i den same motiverande situasjonen i forhold til å jobba med eigentrening»(informant 5)

Fleire av informantane trakk fram *Førebyggjande heimebesøk* som ein ordning som fungerte godt. Målgruppa var eldre som ikkje var i kontakt med helsetenesta, og formålet var å tilretteleggje for at den eldre skulle kunne leve eit godt og sjølvstendig liv i eigen heim. Andre tilbod var blant anna demensteamet som kartlegg i forhold til mistanke om demens-sjukdom. Det tverrfaglege teamet iverksett tiltak som kan betre situasjonen for individet, samt som kan avlaste pårørende og heimesjukepleie. Informantane nemnte også førebyggjande velferdsteknologi og andre hjelpemiddel som verktøy i det førebyggjande arbeidet. Andre tilbod var gruppetilbod med fokus på fysisk aktivitet. Blant anna fallførebyggjande treningsgrupper. Fleire informantar trakk fram Frisklivssentralen som ein viktig aktør i det førebyggjande arbeidet, då spesielt med fokus på levevanar. Nokon av informantane vektla også viktigheita av innovasjon i tenestene dei gjev. Med bakgrunn i at behovet for deira tenester auka, var dei avhengig av å tenke nytt. Og det var ifølgje nokre av informantane viktig å lytte til tilsette som hadde gode idear.

«...tenke litt nytt. For det er heilt nødvendig, me kan ikkje holda på slik som me alltid har gjort. For behova endrar seg, og det blir fleire som treng oss»(informant 5)

Det blei argumentert for at førebygging var viktig i samband med samfunnsøkonomi, manglande sjukeheimsplassar og for individet sin livskvalitet. Likevel var det fleire aspekt som informantane beskrev som utfordrande i dette arbeidet. Fleire av informantane trakk fram at det tek lang tid før ein såg resultata av det førebyggjande arbeidet, samt var det krevjande å måle effekten av det. Ein av informantane hevda også at det var vanskeleg å måle effekten av rehabilitering. Dette bidrog til at det kunne vere krevjande å få støtte til å arbeide førebyggjande.

«Og det er utfordrande, for det hadde nok vore lettare å fått igjennom nokon gode forslag og styrking av desse tenestene dersom ein kunne garantere at det ga mindre utgifter i neste omgang.» (informant 2)

Fleire av informantane fortalte at dei hadde ei viktig rolle i å formidle verdien og viktigheita av tiltaka dei dreiv til politikarane og kommunalsjefen. Slik at dei fekk innsyn i at dette er eit viktig felt å satse på. Det var ifølgje informantane mykje “brannsløkking” i kommunen og ein arbeida ofte etter eit meir kortsiktig perspektiv. Fleire av informantane ynskja å kunne arbeide meir førebyggjande enn det dei gjer i dag, og beskreiv ressursar i form av økonomi og tid som ein barriere for å få dette til. Ein av informantane understrekar at det var god samfunnsøkonomi å arbeide meir førebyggjande.

«Eg tenker jo at når ein veit at ein institusjonsplass kostar 1,3 million så er det god samfunnsøkonomi å styrka dei førebyggjande tenestene» (informant 5)

«Men sett i lys av at det er sjukeheimskrise og det er ikkje nok sjukeheimsplassar så syns eg me kunne ha sett inn støtet meir mot helsefremjande arbeid. For det er mykje brannsløkking ute å går»(informant 4)

6.4 Velferdsteknologi

Fleire av informantane trakk fram velferdsteknologi som eit viktig verktøy for at eldre skulle kunne bu heime så lenge som mogleg. Ein av informantane fortalte at dei i stor grad vektla førebygging i velferdsteknologien. Ifølgje informanten ga velferdsteknologi brukaren moglegheita til å vere mest mogleg sjølvstendig. Bakgrunnen for bruk av velferdsteknologi var ifølgje fleire av informantane den demografiske endringa i befolkninga og manglande sjukeheimsplassar. Ifølgje ein av informantane ville det vere stor gevinst dersom fleire kunne klara seg sjølv. Ein av informantane fortalte at bruk av velferdsteknologi kan “bespara andre tenester, og du kan rette tenestene mot dei som treng det mest”.

Ein av informantane understreka at velferdsteknologi ikkje førte til at kommunen kunne spare ressursar, men at ein fekk nytte ressursane sine på ein meir effektiv måte. Ein annan informant fortalte at hovudformålet med bruk av velferdsteknologi var at brukaren skulle oppleve kvalitet i tenesta. Informantane fortalte at bruk av velferdsteknologi var heilt nødvendig for å kunne gje dei tenestene dei gjev i dag, samt for å kunne løyse dei kommande utfordringane. Samt at det er eit viktig verktøy i ein pressa kommuneøkonomi.

«No hadde me stopp i tryggleiksalarmar hin dagen, og me ser kor mykje me då må setja i gang» (informant 6)

Ein av informantane fortalte at hen har ein oppleving av at velferdsteknologien fungerte godt for brukarane. Det ga moglegheit for å kunne halde seg meir aktiv og vere trygg. Informanten trakk fram GPS som kunne gje fridom ved tidleg fase av demenssjukdom, medisindispensarar som gav moglegheit for reise, dør og fallsensorar som kunne bidra til at ein våga å vere meir aktiv i eigen heim. Samt blei tryggleiksalarm nemnt, då dette var eit lågterskeltilbod som ein fekk dersom ein ynskjer det.

«Men me har jo sett meir og meir at den må vere førebyggjande. Så me prøver å komma tidleg ut med GPS blant anna. Men og det med medisin-dispensarar, at folk kan administrera sjølv og kjenne på den meistringa (...). Kan leva litt meir normalt, og ikkje vera knytt til at nokon skal komme heim på besøk. Og sjølv sagt dette med GPS, med at dei som er i ein begynnande fase av demenssjukdom kan nytta seg av da, og framleis vera aktive og pårørande sjølv sagt kan leva litt meir sitt eige liv.» (informant 6)

Fleire av informantane nemnte også bruk av Komp på omsorgssentera. Komp er eit kommunikasjonsverktøy for dei som ikkje meistra moderne teknologi. Det er ei datamaskin som berre har ein knapp, og som familie og venner kan ringe til frå sine smarttelefonar, og på denne måten ha videosamtalar med brukaren. Formålet er å gje bebuarane moglegheita til å ha sosial kontakt med familie og kjente. Ein av informantane fortalte at det var god forståing hos både brukarar og av tilsette som arbeider med eldre for bruk av velferdsteknologi. Samt hadde hen inntrykk av at det var god kjennskap til moglegheita for å få utdelt hjelpemiddel blant dei eldre. Det var nokre praktiske utfordringar knytt til bruk av velferdsteknologi då i forhold tekniske utfordringar, lading og at ein ikkje alltid kunne vere sikker på om brukarane faktiske nytta dei hjelpemidla dei fekk utdelt. Samt fortalde ein av informantane at det tek tid å få implementert bruk av velferdsteknologi som ein naturleg del av tenestene. Velferdsteknologi var ifølgje ein av informantane det første ein skulle få tilbod om, før ein eventuelt fekk tilbod om andre typar tenester. Blant dei informantane som nemde velferdsteknologi som eit viktig hjelpemiddel for å fremje helse blant eldre, verkar det til å vere einigheit i at bruk av velferdsteknologi var heilt avgjerande for at kommunen skulle kunne gje eit tilbod til alle som treng det. Samstundes som denne teknologien også kunne fremje sjølvstendigheit hos den enkelte

6.5 Ressursar

I intervjuet kom det tydeleg fram at økonomi og ressursar var med på å forme korleis kommunen

arbeida og kva tenester dei kunne tilby. Tema *ressursar* tek føre seg informantane sine opplevingar og tankar rundt kva ressursmessige forutsetningar kommunen hadde for å arbeide helsefremjande retta mot eldre. Økonomi blei av fleire av informantane beskrive som ein avgrensande faktor for å arbeide både førebyggjande og helsefremjande retta mot eldre. Majoriteten av informantane opplevde at kommunen ikkje sette av tilstrekkeleg med ressursar for å arbeide med dette. Fleire av informantane utrykka at dei gjerne ynskja å arbeide meir med førebygging enn dei gjorde per dags dato, men at ressursane ikkje strakk til.

«Nei, dei gjere jo sjølvsagt ikkje det, behovet er jo mykje større enn det som ein dekka»(informant 1)

Frivillighetssentralen skulle ifølgje ein av informantane hatt meir ressursar. Dette grunna at dei ynskja å utrette meir enn det dei greidde med ressursane dei hadde tilgjengeleg. Samt at dei allereie hadde meir enn nok arbeid fordelt på få stillingar. Til tross for dette valde kommunen å kutte midlar til Frivillighetssentralen ved oppsett av nytt budsjett. Informanten fortalte at det var snakk om 100. 000 og at dette var midlar som kommunen ville fått svært mykje igjen for.

«For dei 100.000 så får dei masse igjen, i forhold til det aktivitetssenteret. Det syns eg, det er lite pengar på budsjettet, og eg skjønner det. Men dei må i alle fall ikkje ta der» (informant 7)

«(...) da kunne godt vore to heile stillingar. Og me hadde hatt rikeleg med jobb til to også.» (informant 7)

Ein av informantane fortalte at også rehabiliteringstenesta gjerne skulle gjort meir, spesielt med tanke på at dei såg at tiltaka dei har satt i verk har hatt god effekt. Det var ifølgje nokon av informantane krevjande å skulle prioritere bruk av sårbare ressursar. Ifølgje ein av informantane kom det skjeldan nye midlar ved oppstart av nye prosjekt. Då måtte ein vere villig til å flytte på ressursar. Ifølgje ein av informantane hadde eining for rehabilitering og meistring lukkast med å innføre fleire prosjekt som faste tilbod. Informanten trakk fram villigheit til å flytte på ressursar og det å komme raskt i gong med implementering som viktige faktorar for å lukkast med dette.

«Men sett i lys av at det er sjukeheimskrise og det er ikkje nok sjukeheimsplassar så syns eg ein kunne sett inn støtet meir mot helsefremjande arbeid.» (informant 4)

Til tross for at mykje av arbeidet i kommunen tok sikt på å leggje til rette for at eldre skulle bu

lengst mogleg heime, var sjukeheims plassar noko som blei prioritert. Ein av informantane fortalte at fleire med høg alder vil gje fleire individ med demenssjukdom, og det vil då gjerne vil bli umogleg å bu heime. Samt står kommunen allereie i ein situasjon der dei manglar sjukeheims plassar. Ein av informantane fortalte at det allereie var lange ventelister for å få sjukeheims plass. Fleire av informantane nemna også at døgnrehabiliteringa blei lagt ned til fordel for sjukeheims plassar. Dette blei beskrive som ein mangel i kommunen sine tenester. Til tross for nedlegginga streva kommunen med å oppretthalde eit korttidstilbod grunna at presset på institusjonsplassar hadde vore høgt.

«Sjukeheims plass er ein knapp ressurs som er økonomisk og politisk styrt» (informant 1)

«For det er jo ein merkeleg ting, for alle som står på ventelista skulle jo hatt plass» (informant 1)

Ifølgje ein av informantane var kommuneøkonomien svært pressa og ein kunne sjå på det å ikkje få kutt i sine midlar som ei satsing, og at det var eit viktig signal om at dette var noko kommunen skulle satse på i “tronge tider”. Samstundes fortalte fleire av informantane at det var krevjande å skulle argumentere for tiltak som ein ikkje såg effekten av før om mange år. Majoriteten av informantane opplevde til tross for dette at kommunepolitikarane såg på arbeid retta mot eldre som viktig, og hadde forståing for at det har effekt. Samstundes skulle ressursane fordelast på mange ulike interesseområde og derav var kommunen avhengig av å spele på andre instansar.

«Så er jo dette kjempe langsiktige prosjekt, du ser ikkje fruktene av det før kanskje om 15 år, om kva som fungerer, kva fungerer ikkje.» (informant 15)

7.0 Diskusjon

Formålet med denne studia var å undersøke korleis dei tilsette i ein kommune i Vestland fylkeskommune opplevde det helsefremjande arbeidet retta mot eldre. I dette kapittelet vil eg fyrst presentere hovudfunna frå dette masterprosjektet, før eg vil diskutere funna i lys av tidlegare forskning og teori. I fyrste del av diskusjonen vil kvart hovudfunn diskuterast, og vidare vil eg diskutere kva implikasjonar funna har for helsefremjande arbeid. Deretter vil forslag til

vidare forskning bli presentert, og til slutt vil eg sjå nærare på denne studia sine styrkar og avgrensingar.

7.1 Hovudfunn

Samla sett viste funna at kommunen hadde mykje fokus på eldre i sitt arbeid. Samt blei helsefremjande og førebyggjande arbeid retta mot eldre anerkjent som viktige satsingsområde. Eit overordna tema i denne studia var «Bu heime lengst mogleg». Det å leggje til rette for at eldre kunne bu heime så lenge som mogleg var eit grunnleggjande argument for kvifor kommunen sette i verk førebyggjande og helsefremjande tiltak retta mot denne gruppa. Det kom fram at majoriteten av informantane hadde ei forståing av at det var viktig å satse på førebyggjande arbeid grunna demografiske endringar i befolkninga og mangel på sjukeheimsplassar. Tverrsektorielt samarbeid blei identifisert som nødvendig for at kommunen skulle ha moglegheit til å gje eit tilbod til alle som hadde behov for det. Samt blei samarbeid mellom ulike etatar og tenester i kommunen karakterisert som viktig for å kunne tilby brukarane eit best mogleg tilbod.

Funna viste at informantane såg på det å leggje til rette for eit aldersvenleg samfunn som nødvendig for å fremje helse blant eldre. Dette inkluderte å leggje til rette for medverknad ved utforming av tiltak retta mot eldre og ved andre kommunale saker som kunne påverke eldre. I tillegg var helsefremjande tiltak som *førebyggjande heimebesøk*, treningsgrupper og aktivitetshuset tiltak som informantane opplevde at hadde god effekt. Funna viste at majoriteten av informantane opplevde at kommunepolitikarane såg på arbeidet retta mot eldre som viktig, men samstundes kom det fram at fleire meinte at det burde vore prioritert fleire økonomiske midlar til helsefremjande arbeid.

7.2 Å fremje helse blant eldre

Denne studia viste at den respektive kommunen arbeida målretta for å fremje helse blant eldre. Funna viste at kommunen hadde ein heilskapleg tilnærming til det å fremje helse som inkluderte målretta tiltak i form av *førebyggjande heimebesøk*, treningsgrupper og eldretreff, så vel som aldersvenleg samfunns- og bustadplanlegging. Dette er tiltak som er i tråd med Dahlgren & Whitehead (1991) sin helsedeterminantmodell. Modellen viser at helse utviklast i ein

interaksjonen mellom individet og ulike helse-determinantar som individuelle levevanar, sosiale nettverk, bustadforhold, og overbyggjande sosioøkonomiske faktorar. Kommunen hadde eit stort fokus på at eldre skulle bu heime og klare seg sjølv så lenge som mogleg. Dette er i samsvar med eit helsefremjande perspektiv som handlar om å setje individet i stand til å auke kontrollen over og betre eiga helse (WHO, 1986). Kommunen sitt hovudargument for å leggje til rette for at eldre skulle bu sjølvstendig så lenge som mogleg var mangel på sjukeheimsplassar, i tillegg til eit stort press på helsetenestene. Forsking har vist at aldersvenlege samfunn kan fremje individet si fysiske og psykiske helse og redusere risiko for innflytting på sjukeheim (Scharlack et al., 2013). Det å unngå å flytte inn på sjukeheim kan også vere positivt for individet, då nokon eldre opplever makteslausheit og negative kjensler knytt til dette (Cheng et al., 2011). Forsking har vist at levevanar kan påverke fysisk og psykisk funksjon hos eldre og at førebyggjande intervensjonar som fysisk aktivitet, *førebyggjande heimebesøk* og eldretreff kan bidra til å oppretthalde individet si helse og funksjon (Borger et al., 2005; Vita et al., 1998; Haveman-Nies et al., 2003; Bajaktari et al., 2020). Noko som moglegvis kan leggje til rette for deltaking i samfunnet og at eldre får moglegheit til å leve det livet dei sjølv ynskjer.

Til tross for at majoriteten av informantane nytta omgrepet førebyggjande arbeid, og argumenterte for at arbeid retta mot eldre var viktig for å førebyggje sjukdom og funksjonsnedsetting, var mange av tiltaka kommunen hadde sett i verk prega av eit helsefremjande perspektiv. Majoriteten av tiltaka hadde nemleg som mål å setje eldre i stand til å ta kontroll over og betre eiga helse og livssituasjon. Funna i denne studien spegla at informantane hadde lite kjennskap til omgrepet helsefremjande arbeid, samstundes som at kommunen var oppteken av å fremje sjølvstende, livskvalitet og god kognitiv og fysisk funksjon. I tillegg til dette hadde kommunen som mål å leggje til rette for eit samfunn som verka helsefremjande for alle aldersgrupper. Desse fokusområda samsvara med internasjonale og nasjonale satsingar retta mot eldre. Desse satstingane understreka viktigheita av å skape eit helsefremjande samfunn for alle aldrar, og å leggje til rette for at eldre skal kunne ta i bruk egne ressursar for å handtere alderdommen (WHO, 2020; Meld. St. 15 (2022-2023)). Samt var kommunen oppteken av å inkludere dei eldre sjølv i utviklinga av aldersvenlege strategiar og tiltak. Noko som bygger opp under at kommunen sine tiltak var prega av eit helsefremjande perspektiv, då Sollesnes et al., (2006, s.16-17) hevda at eit viktig skilje mellom det helsefremjande arbeidet og det tradisjonelle sjukdomsførebyggjande arbeidet er at fyrstnemnde ser på befolkninga som aktive samarbeidspartnarar.

7.3 Medverknad og aldersvenleg samfunnsplanlegging

Denne studia fant at medverknad var eit viktig verkemiddel både for å skape engasjement blant eldre, men også for å utvikle treffsikre tiltak. Ifølgje Sollesnes (2006, s.17) er målet med helsefremjande arbeid å utvikle sterke og uavhengige individ og lokalsamfunn. Noko som inneber at mottakarane av eit tilbod må sjåast som aktive deltakarar framfor passive mottakarar. Dette er i samsvar med funna i dette masterprosjektet som fant at kommunen forsøka å inkluderte eldre tidleg i prosessen ved tiltak og saker som var av relevans for dei. Eldrerådet i kommunen var ein viktig høyringsinstans og pådrivar for å få etablert tilbod for den eldre befolkninga. Samt blei eldre invitert til opne møter i forbindelse med blant anna utvikling av den nye kommuneplanen. Dette er i tråd med plan- og bygningslova, som gjev enkeltpersonar og grupper rett til å delta i, og påverke avgjerdsprosessar (Kommunal- og Moderniseringsdepartementet, 2014, s.8).

Denne studien fant at informantane hovudsakleg hadde positive opplevingar knytt til det å tilretteleggje for medverknad, og at det gav positive effektar både for brukarar og kommunen. Likevel blei det identifisert nokon utfordringar knytt til medverknad. Blant anna var det krevjande for brukarane å forstå kvifor kommunen ynskja innspel frå dei, dersom dei ikkje såg endringar knytt til desse innspela. I denne studia kom det fram at nokre informantar ynskja at innbyggjarane i kommunen skulle få meir opplæring knytt til medverknad. Det kom også fram at eldrerådet fungerte godt grunna at medlemmane der hadde god samfunnsforståing, og evne til å snakke på vegne av alle eldre i kommunen.

Ifølgje Menec & Brown (2022) burde spørsmål knytt til mangfald i implementering av aldersvenlege strategiar adresserast. Dersom det berre er eit fåtal av innbyggjarar som deltek i planleggingsprosessen, kan til dømes minoritetsgrupper bli gløymde og ikkje få sine behov dekkja. Ifølgje informantane i denne studia kunne det være krevjande å sikre medverknad frå heile den eldre befolkninga, grunna at oppmøte på til dømes høyringsmøte ikkje alltid var like bra. Informantar frå eining for aktivitet og rehabilitering opplevde det som nødvendig å etablere verktøy for medverknad, innspel og prioriteringar. Slik at dei på denne måten kunne sikre at enkeltindivid blei høyrte uavhengig av om dei hadde ein brukarorganisasjon i ryggen, støtte frå sterke pårørande eller sto aleine i sin situasjon.

Kommunen i denne studien fremja helse gjennom både målretta tiltak og aldersvenleg

samfunnsplanlegging. Dette er i tråd med forskning som har vist at aldersvenlege samfunn kan fremje sosial inkludering, gje positive effektar på fysisk og psykisk helse, samt gje større livstilfredsheit hos eldre (Scharlack et al., 2013). Ifølgje Zetiler et al., (2012) kan det å leggje til rette for aldersvenlege samfunn ved hjelp av til dømes gangstiar og busskur gjere at eldre opplever å være mindre isolerte, og auke velvære knytt til sosial inkludering og deltaking i samfunnet. Dette kan være spesielt positivt for eldre då forskning har vist at menneske som er sosialt aktive opplever lågare grad av funksjonsnedsetting enn personar som er mindre sosialt aktive. Samt kan sosiale relasjonar ha positive verknader på dødelegheit, kognitiv funksjon, depresjon og sjølvrapportert helse (Seeman, 1996; House et al., 1998).

Ifølgje Menec & Brown (2022) er det å implementere aldersvenlege lokalsamfunn ein prosess som krev utvikling av partnerskap og handlingsplanar. Samt har forskning vist at aldersvenlege strategiar ofte er prega av tverrsektorielle samarbeid mellom myndigheiter, forskingsinstitusjonar og frivillige organisasjonar, noko som legger til rette for at ulike menneske kan arbeide saman mot felles mål (Steels et al., 2015). Dette er i samsvar med funna i denne studien som viste at alle informantane opplevde at det å fremje helse blant eldre krev innsats frå og samarbeid mellom ulike tenester, etatar og sektorar. Dette byggjer også opp under ein HiAP (helse i alt me gjer) tilnærming til folkehelse, som er ein samarbeidstilnærming for å betre helse ved å inkludere helseomsyn på tvers av sektorar og politikkområder (WHO, 2014, s. 1-2) . Ifølgje Hagen et al., (2017) er det ein samanheng mellom kommunar som har lukkast med å implementere ein HiAP (helse i alt me gjer) tilnærming til folkehelsearbeid og bruk av folkehelsekoordinator. Kommunen i denne studia verka å ha ei *helse i alt me gjer* tilnærming til eldre, då tiltak for å fremje helse i denne befolkningsgruppa inkluderte alt frå målretta tiltak knytt til fysisk funksjon og sosial deltaking, til aldersvenleg areal- og bustadplanlegging. Samt blir folkehelsekoordinator framheva som viktig for samarbeidet knytt til å fremje helse i den eldre befolkinga. Det å koordinere innsats og fremje samarbeid har blitt dokumentert som viktige faktorar for å lukkast med aldersvenlege strategiar (Garon et al. 2014).

7.4 Tverrsektorielt samarbeid for å fremje helse blant eldre

Funna i denne studien viste at majoriteten av informantane omtalte samarbeid på tvers av sektorar, etatar og tenester som nødvendig grunna at det var stort behov for kommunen sine tenester, samt at kommunen hadde avgrensa ressursar. Majoriteten av informantane opplevde samarbeid både innad i kommunen og med eksterne aktørar som positivt. Tidlegare forskning har vist at det å implementere omfattande folkehelsepolitikk krev store strukturelle endringar

og inkluderer tverrsektorielt samarbeid (Jansson et al., 2011). Hagen et al., (2017) fant at det å etablere tverrfaglege samarbeid var viktig for å lukkast med ein HiAP (helse i alt me gjer) tilnærming. Funna i denne studia viser at arbeidet for å fremje helse blant eldre føregjekk på tvers av etatar og sektorar. Samt at det var ein felles einigheit om at dette var eit viktig prioriteringsområde.

Til tross for at informantane i denne studien hadde positive haldningar til samarbeid, blei det identifisert barrierar for tverrsektorielt og tverretatleg samarbeid. Ressursar i form av tid og økonomi blei omtalt som ei barriere for samarbeid mellom etatar og tenester. Dette er i samsvar med Skare (1996) som identifiserte manglande ressursar som ei barriere for samarbeid, og som skildra tverrfagleg samarbeid som ei ressurskrevjande oppgåve som kunne gå ut over andre arbeidsoppgåver. I denne studien kom det fram at kommunen framleis bar preg av «silotenking», og at ansvarsfråskrivning frå leiarar og tilsette kunne verke hemjande for samarbeid. Glavin & Erdal (2018, s. 43) hevda at alle deltakarane i eit samarbeid må oppleve det som nyttig for at det skal fungere. Samt at dette kan gjerast gjennom å blant anna etablere gode samarbeidssystem.

I denne studien blei faste fysiske møtepunkt identifisert som ein fremjande faktor for samarbeid. Kommunen hadde etablert faste samarbeids-møter med alle einingsleiarar. Eining for aktivitet og rehabilitering hadde også faste møter med private fysioterapeutar for å avklare korleis dei saman kunne dekke tenestebehovet i kommunen. Dersom desse samarbeidsmøta skulle fungere godt var det avgjerande at alle deltakarane i møta forstod verdien av å delta og, prioriterte tid til dette. Ifølgje Glavin & Erdal (2018, s. 43) er det viktig at samarbeid er ein metode for å oppnå eit mål, ikkje berre eit samarbeid for samarbeidets skuld. Det er viktig å etablere ei felles forståing for kva arbeidsoppgåver som skal løysast. Dette er i samsvar med funna i denne studien som fant at det å etablere gode, felles mål og skape bevisstheit rundt desse måla verka fremjande for samarbeidet. Andre fremjande faktorar for samarbeid som blei identifisert i denne studien var openheit og respekt, samt moglegheit til å komme med innspel og bli sett og høyr.

I tillegg trakk fleire informantar fram folkehelsekoordinator som viktig for å ha ein oversikt over folkehelsearbeidet, og for å sikre folkehelseomsyn på tvers av etatar. Folkehelsekoordinatoren i den respektive kommunen var tilsett i ei 100% stilling under fagkontor for plan. Dette er i tråd med Helgesen et al., (2017) som fant at folkehelsekoordinator burde tilsettast i ei minimum 70% stilling og plasserast høgt i det administrative systemet for å få tilstrekkeleg myndigheit. Ei kartlegging har også vist at kommunar som hadde plassert

folkehelsearbeidet på strategisk nivå såg ut til å lukkast betre med å få til ei tverrsektoriell forankring av folkehelsearbeidet (NIBR, 2011, referert i Meld.St. 19 (2014-2015), s. 180). Funna i denne studien viser at fleire informantar såg på folkehelsekoordinator si rolle, som inkluderte å ha oversikt over og koordinere det helsefremjande arbeidet retta mot eldre, som nødvendig for at omsyn og tiltak retta mot eldre skulle bli prioritert hos ulike etatar og sektorar. Dette er i tråd med Galvin & Erdal (2018, s. 45) som hevda at tverrfagleg samarbeid fungerte best i kommunar som hadde tilsett ein koordinator med eit overordna ansvar for dette arbeidet.

7.5 Helsefremjande tiltak retta mot eldre

Til tross for at samarbeid er ein sentral del av kommunen sitt helsefremjande arbeid retta mot eldre, har enkelte einingar i større grad ansvar for målretta tiltak retta mot denne gruppa. Til dømes hadde eining for aktivitet og rehabilitering ansvar for ulike treningsgrupper, medan frivilligsentralen hadde hovudansvar for blant anna aktivitetshuset. Denne studien fant at dei målretta tiltaka iversatt for å fremje helse blant eldre i hovudsak var; treningsgrupper, *førebyggjande heimebesøk* og ulike former for «eldretreff» i regi av frivillighetssentralen. Dette er i samsvar med funna i Bajraktari et al., (2020) som konkluderte med at seniormøter, *førebyggjande heimebesøk* og fysisk trening var lovande intervensjonar som kunne fungere i ein nordisk kommune-setting.

Informantane i denne studien opplevde at treningsgrupper ga mange eldre eit løft i fysisk funksjon som kunne gjere det mogleg for dei å vere sjølvstendige lenger. Samt opplevde informantane at deltakarane sette pris på treningsgrupper i fellesskap med andre, og som gjerne inkluderte kaffi og sosial samvær etterpå. Dette er i samsvar med ein ei studie av Sherrington et al., (2017) som fant at intervensjonar som nytta fysisk trening kunne førebyggje fall blant heimebuande eldre. Samt viste denne studia at intervensjonar som nytta heimetrening kunne gje positive effektar knytt til fysisk funksjon, men at intervensjonar som nytta både heimetrening og trening i gruppe kunne ha større effektar på mental helse.

Informantar i denne studien har understreka viktigheita av at dei eldre har eit tilbod å gå til for at dei skal greie å oppretthalde treninga. Dette er i tråd med Helbostad et al., (2004) som anbefalte at intervensjonar knytt til fysisk trening burde inkludere felles møter og nytte helsepersonell til å overvake aktiviteten for å oppretthalde motivasjon hos dei eldre. Ei utfordring knytt til å nytte fagfolk i slike intervensjonar var i følge Bajraktari et al., (2020) at det kunne være kostbart å tilby dette til store befolkningsgrupper over ei lenger tidsperiode. Dette

er utfordringar som også informantane i denne studien har adressert. Kommunen i denne studia har løyst dette gjennom å samarbeide med lokale treningscenter. Dei lokale treningscentera har fått ansvar for å halde treningsgrupper for friske eldre. På denne måten får eldre som har delteke på eit tilbod i regi av kommunen moglegheit til å fortsette på eit tilbod hos treningscenteret til ei rimeleg treningsavgift. Dette gjev eining for aktivitet og rehabilitering moglegheit til å prioritere sine økonomiske ressursar og sin faglege spesialkompetanse til dei som har størst behov for dette.

Førebyggjande heimebesøk vart i denne studia skildra om eit viktig tiltak for å leggje til rette for at eldre kunne bu heime lenger. Ifølgje Behm et al., (2014) kunne intervensjonar som nytta *førebyggjande heimebesøk* i kombinasjon med seniormøter utsette sjukdom og nedgang i sjølvrapportert helse hos eldre-eldre med risiko for skrøplegheit. Det har vore noko ueinigheit knytt til om *førebyggjande heimebesøk* er ein kostnadseffektiv intervensjon, men Bajraktari et al., (2020) konkluderte med at *førebyggjande heimebesøk* kan sjåast som eit gunstig supplement til blant anna seniormøter, grunna at ikkje alle eldre nødvendigvis ynskjer å delta på eit gruppetilbod. Informantane i denne studia opplevde *førebyggjande heimebesøk* som eit godt tiltak, som kunne leggje til rette for at eldre kunne bu heime lenger. Samt fortalte fleire av informantane at dei ikkje greidde å nå ut til alle eldre, derav vil det truleg være hensiktsmessig å ha eit tilbod som gjer det enklare å nå ut til fleire.

Det siste av dei tre hovudtiltaka som blei identifisert i denne studien var tilbod i regi av frivillighetssentralen. Eit nyetablert aktivitetshus i kommunen la til rette for ulike typar sosiale samlingar for eldre, der i blant middagsservering og ulike kurs. I forskingslitteraturen blir ulike typar seniormøter beskrive (Zingmark et al., 2014; Johansson et al., 2015; Dahlin-Ivanoff et al., 2010; Gustafsson et al., 2015). Ifølgje Behm et al., (2013b) kunne det være krevjande å formidle informasjon knytt til førebygging av helseplager til eldre, men undervisnings i gruppe med ein multiprofesjonell tilnærming såg ut til å fungere. I denne studia har det blant anna blitt gjennomført møte med lokale utbyggjarar der eldre får informasjon om ulike bustad moglegheiter. Mange eldre hadde møtt opp på dette møtet og engasjementet var stort. Ifølgje Norberg et al., (2019) opplever deltakarar som har delteke på seniormøter det som positivt å delta, samstundes som at det kan være krevjande å rekruttere eldre til dette. Dette er i tråd med funna i denne studia som viser at det kan være krevjande å rekruttere eldre til å delta på kurs i digital kompetanse til tross for at kommunen ser at det er eit tydeleg behov for dette. Middagsservering i aktivitetshuset, der eldre er både deltakarar og frivillige er eit av dei tilboda der mange eldre møter opp.

7.6 Meir ressursar til helsefremjande arbeid

Eit fellestrekk ved fleire av dei helsefremjande tiltaka som blei identifisert i denne studia var samarbeid med andre aktørar grunna avgrensa ressursar til dette arbeidet hos kommunen. Lokale treningscenter, private fysioterapeutar og frivillige organisasjonar var blant dei aktørane som bidrog til at kommunen kunne ha eit heilskapleg tilbod for sine innbyggjarar. Til tross for at dette samarbeidet fungerte godt og ga innbyggjarane i kommunen eit breiarar tilbod, var det også problematisk at nokre tiltak ikkje fekk meir ressursar til si drift. Ifølgje ein av informantane hadde kommunen planar om å kutte i midlande til frivillighetssentralen. Kuttet var på 100.000 kroner, noko som ifølgje informanten ikkje var mykje peng i det store bilde, men pengar som frivillighetssentralen kunne få utretta mykje for. Samt fortalde ein av informantane om at det gjerne kunne vore to 100% stillingar hos frivillighetssentralen, då dei hadde meir enn nok arbeid.

Ifølgje Bajraktari et al., (2020) er det krevjande for avgjerdstakarar å ta val knytt til implementering av helsefremjande tiltak, då det finst lite fagleg dokumentasjon om den økonomiske gevinsten av dette. Dette samsvara med opplevingane til informantane i dette masterprosjektet, som også poengterte at det kunne vere krevjande å prioritere ressursar til førebyggjande og helsefremjande arbeid, Til tross for at informantane opplevde at kommunepolitikarane hadde forståing for arbeidet dei gjorde, opplevde mange at økonomi vart ein avgrensande faktor i dette arbeidet. Derav kan det i vidare forskning være interessant å undersøke kommunepolitikarar og andre avgjerdstakarar si forståing av helsefremjande arbeid. Dette med bakgrunn i at fleire av dei tilsette i kommunen hadde lite kjennskap til omgrepet helsefremjing, og i forhold til at kommunen planlagde å kutte midlar til frivillighetssentralen som ifølgje informantane evna å leggje til rette for helsefremjande aktivitet for mange eldre utan å nytte store mengder ressursar. Dette kan tyde på at det er ei manglande forståing for verdien av helsefremjande tiltak i form av sosiale samlingar og liknande. Samstundes har kommunen satsa på eit nytt aktivitetshus som legger til rette for denne type helsefremjande aktivitet, som kan forståast som eit teikn på at kommunepolitikarane ynskjer å satse på dette.

Det var berre informantar som arbeida med arealplanlegging som opplevde at dei hadde tilstrekkelege ressursar til å arbeide helsefremjande retta mot eldre i sitt arbeid. Majoriteten av informantane opplevde at kommunen burde satse meir på helsefremjande og førebyggjande aktivitetar, til tross for at kommunebudsjettet var stramt.

7.7 Kommunen sitt perspektiv på aldring

Oppsummert hadde kommunen i denne studien stort fokus på å legge til rette for god helse og livskvalitet blant eldre. Nokon av informantane snakkar om sunn aldring, og viktigheita av at eldre fortsett å delta i samfunnet og på denne måten opprettheld god helse. Dette er i samsvar med modellen om *vellukka aldring* som vektlegg helsefremjande intervensjonar retta mot å støtte eldre til å unngå sjukdom og funksjonsnedsetting ved å oppretthalde høg mental og fysisk funksjon, og å vere sosialt engasjert (Rowe & Kahn, 1987; Stephens, 2016, s. 490). Ei utfordring med denne modellen er at den i følgje Stephens (2016, s. 490) har bidrege til å posisjonere eldre som ansvarlege for å gjennomføre helsefremjande åtferd i form av trening, kosthald og sosialt engasjement. Samt at den har vore med på å fremje ein diskurs rundt eldre der dei som er sunne og flinke til å følgje dominerande helsemeldingar i samfunnet blir sett på som å ha god moral, medan dei som er likegyldige til dette blir sett på som uansvarlege og klandreverdige dersom dei utviklar sjukdom (Crawfor, 2006; Galvin, 2002).

Kommunen i denne studia har i ein del av sine tiltak fokus på individuelle levevanar som fysisk aktivitet og sosial deltaking, noko som er i tråd med modellen om *vellukka aldring* (Rowe & Kahn, 1987). Perspektivet i kommunen verkar likevel ikkje å vere prega av eit perspektiv der individet blir posisjonert som både ansvarleg og skuldig for sin situasjon. Samarbeidet mellom eining for Aktivitet og rehabilitering og lokale treningssenter viser at kommunen tek ansvar for helsefremjande aktivitet i befolkninga, til tross for ein krevjande kommuneøkonomi. Dette vert også vist gjennom kommunen si satsing på det nye aktivitetshuset, der det er sett inn ressursar slik at ein kommunalt tilsett har ansvar for koordinering og bruk. Dette har også bidrege til at den tilsette frå kommunen kan leggje til rette for at fleire skal kunne delta, uavhengig av om dei har utfordringar knytt til fysisk funksjon eller sosial interaksjon.

Fleire av informantane i denne studia vektlegg eit livsløpsperspektiv, kommunen skal bidra til å fremje helse i alle aldrar, noko som vidare kan bidra til å skape ein friskare eldre befolkning. Dette er i tråd med Stephens (2016, s. 491) sin kritikk mot modellen for *vellukka aldring*, då menneske gjennom livet har hatt ulike økonomiske, politiske og sosiale moglegheiter til å oppretthalde god helse og skape ein «vellukka» alderdom. Tilsette i denne kommunen verkar å ha eit perspektiv som samsvara med evnetilnærminga av Sense (1993). Stephens (2016) har framheva denne tilnærminga som meir hensiktsmessig i forhold til eldre og helse. Dette grunna at evnetilnærminga forstår god helse blant eldre i ein sosial og miljømessig kontekst gjennom

å vurdere om menneske faktisk har moglegheit til å leve eit liv dei verdsett.

I denne studien har det også komme fram at kommunen arbeider for å skape eit samfunn som gjer det mogleg for alle aldrar, også eldre, å leve eit godt liv. Fokuset blant informantane var fyrst og fremst korleis kommunen kunne fremje helsefremjande åtferd, framfor at individet skulle ta dette ansvaret sjølve. Eit tiltak som også er i tråd med denne tilnærminga var kommunen sin bruk av velferdsteknologi. Bruk av velferdsteknologiske hjelpemidlar var nødvendig grunna at det var eit stort press på kommunen sine helsetenester, og at dei på denne måten fekk retta sine fysiske tenester mot dei som hadde det største behovet. Samstundes blei velferdsteknologi tilbydd av kommunen slik at heimebuande eldre skulle ha moglegheit til å leve det livet dei ynskja, og legge til rette for større grad av sjølvstende og fridom i eige liv.

Det er tydeleg at informantane har fokus på å fremje tiltak i heile den eldre befolkninga. Til dømes transport og store avstandar blei også teke opp som ei utfordring. Men det blei ikkje nemnt nokon spesifikke tiltak som var sett i verk for å gjere transport meir tilgjengeleg. Forsking har vist at tilgjengeleg transport som ikkje kostar for mykje kan leggje til rette for at eldre kan delta i samfunnet, og som kan leggje til rette for eit sjølvstendig liv (Rosenbloom, 2009; Zeitler et al., 2012; Broome et al., 2012). Dette kan vere interessant å utforske vidare. Samt kom det fram at kommunen sine tiltak samsvara med helsedeterminantmodellen av Dahlgren & Whitehead (1991), og har implementert ulike strategiar som omfattar både individuelle levevanar, sosiale nettverk og bustadforhold. Likevel fant ikkje denne studia at kommunen hadde eit særleg fokus på ein av dei overbyggjande føresetnadene i modellen: sosioøkonomiske forhold. Det kom fram at tiltak som deltakarane måtte betale for hadde ei rimeleg avgift. Utanom dette verka ikkje kommunen å ha spesielt fokus på sosioøkonomisk status og korleis dette kunne verke inn på helsestatus hos eldre. Det er sjølvstendig mogleg at kommunen har fokus på dette til tross for at det ikkje kom fram i denne studien. Det same gjeld også for transport. Tema i studien var eit stort og omfattande tema, derfor kan ikkje denne masteroppgåva gje dekkande informasjon knytt til kvart undertema i denne studien, men heller gje ei oversikt over korleis kommunen arbeida med å fremje helse blant eldre.

7.8 Implikasjonar for helsefremjande arbeid

Det er brei nasjonal og internasjonal einigheit om at fokus på eldre si helse og livskvalitet er viktig i tida framover (WHO, 2020; Meld. St. 15 (2017-2018); Meld. St. 15 (2022-2023)). Samt

har det vore eit skifte i gerontologien der ein har byrja å utforske aldring frå eit positivt perspektiv (Carpara et al., 2013). Internasjonale og nasjonale dokument har auka fokus på helsefremjande tiltak som eit supplement til mål sentrert rundt pleie og omsorg (WHO, 2020; Meld.St.15 (2017-2018)). Tverrsektoriell innsats for å fremje helse blant eldre har også fått merksemd dersom ein skal meistre å leggje til rette for eit samfunn der eldre får moglegheit til å vera aktive og sjølvstendige (Meld. St. 15 (2017-2018), s.10). Til tross for at det finst forskning knytt til helsefremjande intervensjonar retta mot eldre, manglar desse studiane ofte informasjon som er viktig for avgjerdstakarar, der i blant kostnadseffektivitet og gevinst (Bajraktari et al., 2020). Denne studia fant også ressursar som ei barriere for implementering av helsefremjande tiltak. Samt hevda Menec & Brown (2022) at det manglar informasjon om kva som kan leggje til rette for ein vellukka implementering av aldersvenlege initiativ. Med andre ord har helsefremjing blant eldre fått større fokus i nyare tid, samstundes som kunnskapen om kva som krevjast for å lukkast med dette er avgrensa. Denne studien fant at tilsette i kommunen arbeider målretta med helsefremjande tiltak retta mot eldre, men at til ressursar er ei barriere for dette arbeid. Informantane i denne studien såg på førebyggjande og helsefremjande arbeid retta mot eldre som eit viktig satsingsområde. Kommunen i denne studien har i stor grad nytta samarbeid for å kunne skape eit best mogleg tilbod for sine eldre innbyggjarar til tross for avgrensa ressursar. Denne studien kan nyttast som eit godt eksempel på kva ein kan gjere for å lukkast med aldersvenlege og helsefremjande initiativ retta mot eldre.

Samstundes indikerer funna at det finnast lite kjennskap til omgrepet helsefremjande arbeid blant deil tilsette i kommunen. Det kan moglegvis vere hensiktsmessig at dei tilsette får ei betre forståing av omgrepet, slik at dei får eit betre argumentasjonsgrunnlag i møte med avgjerdstakarar. Spesielt med tanke på å skaffe ressursar til helsefremjande tiltak som det kan vere krevjande å sjå den umiddelbart nytteverdien av, der i blant aktivitetar i regi av frivillighetssentralen.

7.9 Studiens styrkar og avgrensingar

7.9.1 Forskingsdesign

Denne studien blei gjennomført som ein kvalitativ casestudie. Formålet med ein casestudie er å utvikle ein djup skildring av ein case, i dette tilfelle ein spesifikk kommune sitt helsefremjande arbeid retta mot eldre. Kommunen i denne studia blei vald på bakgrunn av anbefalingar frå Vestland fylkeskommune. Derav har ein funne verdifull informasjon knytt til korleis ein

kommune arbeider for å fremje helse i den eldre befolkninga, som moglegvis kan overførast til andre kommunar. Det er likevel slik at funna i ein casestudie er kontekstspesifikke, noko som betyr at det ikkje er mogleg å generalisere desse funna (Creswell & Poth, 2018, s. 99). Med omsyn til konfidensialitet har det ikkje blitt gjeve informasjon om kva kommune som blei nytta i denne studia. Det har heller ikkje blitt gjeve spesifikk informasjon knytt til storleik eller andre element som kunne ha gjort kommunen mogleg å identifisere. I Vestland fylke er det 43 tre kommunar med stor variasjon i storleik og innbyggjartal, noko som vidare kan påverke kva føresetnader kommunen har for å arbeide med helsefremjande tiltak. Det at faktorar som storleik og innbyggjartal ikkje er presentert i denne studien kan gjere det krevande for andre kommunar å vurdere om funna i denne studien er overførbar til deira kontekst. Uavhengig av dette identifiserte denne studia nokon hovudutfordringar som kommunen hadde, der i blant utfordringar knytt til avgrensa ressursar til å drive helsefremjande arbeid, og løysningar i form av samarbeid med private treningssenter og frivillige organisasjonar. Avgrensa ressursar er ei utfordring som mange kommunar har, derav kan truleg andre kommunar ha nytte av funna knytt til korleis kommunen i denne studia møter desse utfordringane.

7.9.2 Utval

Utvalet av informantar kan påverke funna i denne studien. Ein styrke i denne studien var at alle informantane hadde god innsikt og forståing for tema som blei undersøkt. Samt hjalp portvoktaren med rekruttering av informantar frå ulike avdelingar og etatar i kommunen, noko som gjorde at fleire perspektiv blei representert. Informantane i denne studien hadde både administrative og praktiske oppgåver knytt til arbeid mot eldre. Derav kan funna i studia reflektere opplevingar frå tilsette i kommunen som arbeider med helsefremjande tiltak retta mot eldre både på administrativt, plan- og praktisk nivå. Likevel er det berre sju tilsette som har blitt intervjuet i denne studien, og funna kan derav ikkje representere alle tilsette som arbeider med eldre sine perspektiv knytt til korleis kommunen arbeider helsefremjande mot målgruppa. Eldre innbyggjarar i kommunen, som er mottakarane av dei helsefremjande strategiane har heller ikkje blitt intervjuet. Deira perspektiv kunne gjeve ein djupare forståing for effektane av kommunen sitt helsefremjande arbeid retta mot eldre. Samstundes var målet med denne studia å få djupekunnskap om korleis kommunen arbeida med helsefremjande tiltak retta mot eldre, og informantane i denne studia har gjeve unik, verdifull informasjon. Med utgangspunkt i at masterprosjektet var prega av tidsavgrensingar og at eg ynskja å finne djupekunnskap om

tematikken, var eit mindre utval meir gunstig for denne studia.

7.9.3 Forskarrolla

Underteikna har delteke på mindre prosjekt knytt til kvalitative intervju og forskning tidlegare, likevel var dette fyrste gongen eg gjennomførte heile prosessen sjølv. Eg har lært om kvalitativ forskning og forskingsprosessen gjennom masterstudiet, men dette var fyrste gongen eg skulle setje kunnskapen ut i praksis. Meir erfaring som forskar ville moglegvis gjeve ein anna forståing av dataene, og min avgrensa erfaring innan innhenting, tilarbeiding og tolking av data kan ha påverka studien som heilheit. I følge Kvale & Brinkman (2015, s. 36-37) er eit intervju eit samspel mellom intervjuar og informanten, og relasjonen mellom partane vil alltid verke inn på kva kunnskap som kjem fram. Mi rolle som intervjuar sett i samanheng med at eg er ein masterstudent og gjerne har mindre kjennskap til tematikken enn dei eg intervjuar, så vel som at majoriteten av informantane var betrakteleg eldre enn meg kan ha påverka informantane sitt syn på meg. Denne studia tok utgangspunkt i eit fortolkande paradigme, noko som inneberer at verkelegheita blir skapt av den subjektive opplevinga til menneske (Neuman, 2014, s. 103). Med bakgrunn at eg har god kjennskap til utfordringar i kommunalt folkehelsearbeid som følge av studiane mine, hadde eg som intervjuar moglegvis hadde nokon førebestemte idé om kva informasjon som kom til å komme fram i denne studia. Dataene i denne studia har med andre ord truleg blitt påverka av underteikna sine eigenskapar, samt korleis informantane oppfatta meg. Samstundes følgde eg ein semi-strukturert intervjuguide for å sikre at eg fekk konkrete svar på forskningsspørsmåla.

7.10 Forslag til vidare forskning

Ved litteraturgjennomgangen i denne studia fant underteikna store mengder litteratur sentrert rundt medisinske intervensjonar i institusjonar som sjukehus og omsorgssenter, til tross for at hovudmålet var å lokalisere litteratur om helsefremjande tiltak retta mot friske, heimebuande eldre. Med dette som bakgrunn kan det vere hensiktsmessig å utvide litteraturen knytt til helsefremjing blant eldre generelt. Samt fant denne studia at kommunen arbeida aktiv med å fremje helse gjennom ein variasjon av tiltak, samstundes som at kjennskapen til omgrepet helsefremjande arbeid blant kommunen sine tilsette var avgrensa. Derav kan det vere av verdi å utforske tilsette i kommunar, samt avgjerdstakarar/kommunepolitikarar sin kjennskap og forståing av omgrepet. Då kan ein vidare sjå på om det er ein samanheng mellom forståinga av omgrepet, og villigheit til å prioritere økonomiske midlar til helsefremjande arbeid. Denne

casestudien gjev ein detaljert innsikt i korleis ein kommune arbeider med helsefremjande tiltak retta mot eldre. Casestudiar av andre kommunar kan gje eit samanlikningsgrunnlag, som vidare kan gjere det mogleg å identifisert kva nøkkelfaktorar som gjer at kommunar lukkast/ikkje lukkast med helsefremjande arbeid retta mot eldre. Samt kan ein då identifisere kjenneteikn for kommunar som lukkast med helsefremjande arbeid på tvers av sektorar og fagfelt. Denne studien gjev eit heilheitleg bilete av korleis ein kommune arbeider helsefremjande, men i tråd med Bajraktari et al (2020) er det framleis behov for evalueringsstudiar av førebyggjande og helsefremjande tiltak. Desse studiane burde inkludere informasjon knytt til effektivitet, brukaroppleving og økonomisk gevinst slik at avgjerdstakarar lettare kan bestemme kva tiltak dei skal prioritere. Samt kan det vere av verdi å utforske opplevinga til eldre innbyggjarar av det helsefremjande tilbodet, før dei får behov for helse og omsorgstenester. Både informantar i denne studia og anna litteratur (Bajraktari et al., 2020) vektla at einsemd blant eldre var eit område som burde utforskast i større grad. Undersøkingar knytt til helsefremjande intervensjonar som har som hovudmål å redusere einsemd vil kunne bidra til å styrke kommunar sitt arbeid retta mot isolerte eldre.

8.0 Avslutning

I tida fram mot 2050 vil andelen eldre menneske i befolkninga, både nasjonalt og internasjonalt, auke. Dette speglast i politiske dokument som no inkluderer målsettingar knytt til å fremje god helse og livskvalitet blant eldre, samt bruk av tverrfagleg og tverrsektorielt samarbeid for å lukkast med helsefremjande strategiar (WHO, 2020; Meld. St. 15 (2017-2018); Meld. St. 15 (2022-2023); Meld. St.19 (2020)). Kommunen har i samsvar med folkehelselova eit særskilt ansvar for å fremje helse blant heile sin befolkning (Folkehelselova, 2012, §3).

I denne studien kom det fram at kommunen hadde mykje fokus på helsefremjande og førebyggjande arbeid retta mot eldre, og at dette var anerkjent som eit viktig satsingsområde. Eit overordna tema som kom fram var «Bu heime lengst mogleg». Andelen eldre i kommunen vaks samstundes som at dei ikkje hadde tilstrekkeleg med sjukeheimsplassar. Noko som førte til eit stort fokus på tiltak som kunne leggje til rette for at eldre kunne bu i eigen heim så lenge som mogleg. Til tross for at kommunen satsa på førebygging og helsefremjing blant eldre hadde informantane avgrensa kjennskap til omgrepet helsefremjande arbeid. Tverrsektorielt og tverretatleg samarbeid blei karakterisert som nødvendig for å fremje helse blant eldre. Dette var med bakgrunn i at det å fremje helse blant eldre inkludere mange fagområde, alt i frå bustad- og samfunnsplanlegging til rehabiliteringstiltak. Så vel som at samarbeid med eksterne aktørar

som private treningssenter og frivillige.

Kommunen sitt arbeid med å fremje helse gjekk på tvers av sektorar, og inkluderte fleire etatar. Samt blei samarbeid mellom ulike etatar og tenester i kommunen karakterisert som viktig for å gje brukarane eit best mogleg tilbod. Faktorar som fremja godt samarbeid var faste møtepunkt, felles mål, openheit, respekt og reell moglegheit for påverknad. Samt blei det framheva som viktig at ulike einingar hadde kjennskap og gode relasjonar til kvarandre. Vidare blei folkehelsekoordinator trekt fram som viktig for å ha oversikt over det helsefremjande og førebyggjande arbeidet, og for å fremje folkehelseperspektivet på tvers av etatar og sektorar. Hemjande faktorar for samarbeid om helsefremjande arbeid retta mot eldre var ressursar i form av tid og økonomi. Samt forståing av ansvarsoppgåver, utfordringar knytt til kommunikasjon og at kvar sektor hadde meir enn nok med eigne arbeidsoppgåver, samt at ein gjerne kjempa for sine «eigne» målgrupper.

Denne studien fant at helsefremjande tiltak som *førebyggjande heimebesøk*, treningsgrupper og aktivitetshuset var tiltak som informantane opplevde at hadde god effekt. Samt kom det fram at velferdsteknologi var eit viktig verkøy både for at kommunen skulle ha moglegheit til å gje eit tilbod til alle som hadde behov for det, og for å fremje sjølvstende hos den enkelte. Funna viste at majoriteten av informantane opplevde at kommunepolitikarane såg på arbeidet retta mot eldre som viktig, samstundes som at det burde vore prioritert meir økonomiske midlar til helsefremjande arbeid. Spesielt eining for aktivitet og rehabilitering og frivillighetssentralen var aktørar som opplevde økonomi som ein avgrensande faktor for deira arbeid, og som hadde eit ynskje om å gjere meir.

Oppsummert viser funna i denne studien eit godt eksempel på korleis ein kommune kan arbeida målretta for å fremje helse blant eldre til tross for ein krevjande kommuneøkonomi. Tverrsektorielt samarbeid, tverretatleg samarbeid og involvering av eldre har vore viktige verkemiddel i dette arbeidet. Samstundes som at det å samarbeide på tvers av sektorar og etatar fortsett å vere krevjande i praksis. Og økonomiske ressursar er ei barriere i det helsefremjande og førebyggjande arbeidet. Vidare forskning burde moglegvis senterast rundt forståing av helsefremjande arbeid, og kva som kjenneteiknar dei kommunane som lukkast med dette arbeidet.

Litteraturliste

- Aboderin, I., Kano, M., & Owii, H. (2017). Toward “age-friendly slums”? Health challenges of older slum dwellers in Nairobi and the applicability of the age-friendly city approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (10), 1259. DOI: [10.3390/ijerph14101259](https://doi.org/10.3390/ijerph14101259)
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausin, B., Canuto, A., Crawford, M., Da Ronch, C., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Munoz, M., Quirk, A., Rontenstein, O., Santos-Olmo, A.B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., Wegerscheider, K., Wittchen, H-U. & Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. DOI:10.1192/bjp.bp.115.180463
- Bajraktari, S., Sandlund, M., & Zingmark, M. (2020). Health-promotion and preventive intervention for community-dwelling older people published from inception to 2019: a scoping review to guide decision making in a Swedish municipality context. *Arch Public Health*, 78 (97), DOI: [10.1186/s13690-020-00480-5](https://doi.org/10.1186/s13690-020-00480-5)
- Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S.D. & Ziden, L. (2013b). Preventive home visits and health--experiences among very old people. *BMC Public Health*, 13(1), 378. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-378>
- Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Ziden, L. & Dahlin-Ivanoff, S. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: long-term results of the three-armed RCT elderly persons in the risk zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 58(3), 376–383. DOI: [10.1016/j.archger.2013.12.010](https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.010)
- Behm, L., Zidén L, Dunér, A., Falk, K., Dahlin-Ivanoff, S. (2013a). Multi-professional and multi-dimensional group education - a key to action in elderly persons. *Disability and Rehabilitation*. 35(5), 427–35. [10.3109/09638288.2012.697249](https://doi.org/10.3109/09638288.2012.697249)
- Bogers, R.P., Tijus, M.R., Van Gelder B.M & Kromhout, D. (2005). *Final report of the HALE (Healthy Ageing: a Longitudinal study in Europe) Project*. (RIVM report

- 260853003/2005). Centre for Prevention and Health Services Research. [https://www.semanticscholar.org/paper/Final-report-of-the-HALE-\(Healthy-Ageing%3A-a-study-Rp-Mar/2da23e0272940b230531138796847be306ff4c03#citing-papers](https://www.semanticscholar.org/paper/Final-report-of-the-HALE-(Healthy-Ageing%3A-a-study-Rp-Mar/2da23e0272940b230531138796847be306ff4c03#citing-papers)
- Boldy, D., Grenade, L., Lewin, G., Karol, E. & Burton, E. (2010). Olders people's decisions regarding «ageing in place»: A Western Australian case study. *Australasian Journal on Ageing*, 30 (3), 136-142. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00469.x>
- Bosnes, I., Nordahl, H.M., Stordal, E., Bosnes, O., Myklebust, & Almkvist, O. (2019). Lifestyle predictors of successful aging: A 20 year prospective HUNT study. *PLoS ONE*, 14 (7) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219200>
- Boyatzis, R.E. (1998). *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breheny, M., & Stephens, C. (2010). Ageing in a material world. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2), 41–48. <https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/9488>
- Broome, K., Worrall, Fleming, J. & Boldy, D. (2012). Evaluation of flexible route bus transportation for older people. *Transport Policy*. 21, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2012.02.005>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4 utg.). Oxford University Press.
- Caprara, M., Molina, M.À., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V.M., Rojas, M. & Fernández-Ballesteros. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. 13, 817813-14. DOI:10.1155/2013/817813.
- Cheng, Y., Rosenbergn, M.W., Wang, W., Yang, L. & Li, H. (2011). Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine*, 73(3), 365-372. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.008>

- Christensen, K., Thinggaard, M., Oksuzyan, A., Steenstrup, T., Andersen-Ranberg, K., Jeune, B., McGue, M., Vaupel, J. W. (2013). Physical and cognitive functioning of people older than 90 years: a comparison of two Danish cohorts born 10 years apart. *Lancet*, 382(9903), 1507-1513.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613607771?via%3Dihub>
- Christiansen, K. U., & Nordahl, T. (1993). *Tverretattlig samarbeid i utvikling: beskrivelse og evaluering av formalisert samarbeid mellom PP-tjenesten, barnevernet, helsetjenesten og skoler/barnehager i tre kommuner i Hedmark*. Kapére forlag.
- Corbin, J.H., Mittelmark, M.B., 2008. Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. *Health Promotion International*, 23 (4), 365-371. DOI: [10.1093/heapro/dan029](https://doi.org/10.1093/heapro/dan029)
- Costa-Font, J., Elvira, E. & Mascarilla-Miró. (2009). «Ageing in Place»? Exploring People's Housing Preferences in Spain. *Urban studies*, 46 (2), 295-316.
<https://doi.org/10.1177/0042098008099356>
- Cramm, J., Van Dijk, H. & Nieboer, A. (2018). The creation of age-friendly environments is especially important to frail people. *Ageing & Society*, 38 (4). 700-720.
doi:10.1017/S0144686X16001240
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10 (3), 365–388.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7419309/>
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4), 401–420.
DOI: [10.1177/1363459306067310](https://doi.org/10.1177/1363459306067310)
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design. Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5 utg.). SAGE Publications.
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4.utg). SAGE Publications

- Creswell, John. W., & Poth, Cheryl. N. (2013). Five qualitative approaches to inquiry. I *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (3 utg.). SAGE Publications.
- Crimmins, E. M. (2015). Lifespan and Healthspan: Past, Present, and Promise. *Gerontologist*, 55(6), 901-911. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv130>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*.
- Dahlin-Ivanoff, S., Gosman—Hekdström, G., Edberg, A.K., Wilhelmson, K., Eklund, K., Duner, A., Ziden, L., Welmer, A-K. & Landahl, S. (2010). Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for “prefrail people” of 80+ years living at home. *BMC Geriatrics*, 10, 27-27. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-27>
- Dale, D.V., Lemmens, L., Hendriksen, M., Savolainen, N., Nagy, P., Marosi, E., Eigenman, M., Stegemann. & Rogers, H.L. (2020). Recommendations for Effective Intersectoral Collaboration in Health Promotion Interventions: Results from Joint Action CHRODIS-PLUS Work Package 5 Activities. *Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6474. DOI:[10.3390/ijerph17186474](https://doi.org/10.3390/ijerph17186474)
- De Forente Nasjoner. (2023, 4.April). *FNs berekraftsmål*. FN-sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal?lang=nno-NO>
- De Forente Nasjoner. (2023, 15.September). *FNs berekraftsmål*. *God helse og livskvalitet*. FN-Sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet?lang=nno-NO>
- De Forente Nasjoner. (2023, 01.Februar). *FNs berekraftsmål*. *Berekraftige byar og lokalsamfunn*. FN-Sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/baerekraftige-byer-og-lokalsamfunn?lang=nno-NO>
- Donald, I.P. (2009). Housing and health care for older people. *Age and Ageing*, 38 (4), 364-

367. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afp060>

Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*: Fagbokforlaget.

Elias, M.F., Beiser, A., Wolf, P.A., Au, R., White, R.F. & D'Agostion, R.B.D. (2000). The preclinical phase of alzheimer disease: A 22-year prospective study of the Framingham Cohort. *Arch Nerol*, 57(6), 808-813. DOI: 10.1001/archneur.57.6.808

Elstad, J.I. (2006). Sosial- og helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad/Sosial%20ulikhet>

Engdahl, B., Stigum, H., & Aarhus, L. (2021). Explaining better hearing in Norway: a comparison of two cohorts 20 years apart - the HUNT study. *BMC Public Health*, 21(1), 242. DOI: /10.1186/s12889-021-10301-1

Fahlström, G., Kamwendo, K., Forsberg, J., Bodin, L. (2018). Fall prevention by nursing assistants among community-living elderly people. A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32(2), 575–85. DOI: 10.1111/scs.12481

Fasting, M. (2018, 6. desember). *Hva er eldrebølgen?* Civita. <https://www.civita.no/politisk-ordbok/hva-er-eldrebolgen>

Folkehelseinstituttet. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. FHI <https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>

Folkehelseinstituttet. (2021, 8.Juli). *Forventa levealder i Norge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/levealder/?term=>

Folkehelseinstituttet. (2023, 13.Mars). *Helse hos eldre i Norge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>

Folkehelseloven. (2021). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2021-05-07-34)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

Fänge, A & Dahlin-Ivanoff, S.D. (2009) The home is the hub of health in very old age: Findings

- from the ENABLE-AGE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48 (3), 340-345. DOI: [10.1016/j.archger.2008.02.015](https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.02.015)
- Galvin, R. (2002). Disturbing notions of chronic illness and individual responsibility: Towards a genealogy of morals. *Health*, 6(2), 107–137.
DOI: <https://doi.org/10.1177/136345930200600201>
- Garon, S., Paris, M., Beaulieu, M., Veil, A., & Laliberté, A. (2014). Collaborative partnership in age-friendly cities: Two case studies from Quebec, Canada. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1–2), 73–87. doi:10.1080/08959420.2014.854583
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4 utg). Kommuneforlaget.
- Gleditsch, R. F., Thomas, M. J., & Syse, A. (2020). *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2020. Modeller, forutsetninger og resultater*. SSB.
<https://www.ssb.no/forskning/befolkning-og-offentlig-okonomi/nasjonale-befolkningsframskrivinger>
- Granbom, M., Clemson, L., Roberts, L., Hladek, M.D., Okoye, S.M., Liu, M., Felix, C., Rotch, D.L., Gitlin, L.N. & Szanton. (2019) Preventing falls among older fallers: study protocol for a two-phase pilot study of the multicomponent LIVE LiFE program; 2019. *Trials*, 20 (2). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3114-5>.
- Guba, E.G. (1981) Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries, *Educational Communication and Technology Journal*, 29(2), 75–91.
<https://www.jstor.org/stable/30219811?seq=1>
- Gustafsson, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Edberg, A.K., Johansson, B., Kronlöf, G.H., Gosman-Hedström, Dahlin-Ivanoff. (2013). Long-term outcome for ADL following the health-promoting RCTelderly persons in the risk zone. *Gerontologist*. 53(4), 654–63.
[10.1093/geront/gns121](https://doi.org/10.1093/geront/gns121)
- Gustafsson, S., Lood Q, Wilhelmson, K., Häggblom-Kronlöf, G., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff.,S. (2015). A person-centred approach to health promotion for persons 70+ who have migrated to Sweden: promoting aging migrants' capabilities implementation and RCT study protocol. *BMC Geriatrics*, 15 (10). <https://doi.org/10.1186/s12877-015->

0005-4.

Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedstrom, G., Ziden, L., Kronlöf, G.H., Højgaard, B., Slinde, F., Rothenber, E., Landahl, S. & Dahlin-Ivanoff. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term-results from the randomized and three-armed elderly persons in the risk zone study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 60(3), 447–54. DOI:[10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x)

Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators`role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 597-605. DOI: [10.1177/1403494815585614](https://doi.org/10.1177/1403494815585614)

Hagen, S., Torp, S., Helgesen, M. & Fosse, E. (2017). Promoting health by addressing living conditions in Norwegian municipalities. *Health Promotion International*, 32 (6), 977-987. <https://www.jstor.org/stable/48519004?sid=primo>

Hammersley, M. & Traianou, A. (2012) *Ethics in Qualitative Research*. SAGE.

Hamran, T. & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetenesten. Ulike behov eller forskjellsbehandling*. (3). Senter for omsorgsforskning. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/8975/report.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Hansen, T., & Blekesaune, M. (2022). The age and well-being “paradox”: a longitudinal and multidimensional reconsideration. *European Journal of Ageing*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-022-00709-y>

Hansen, T., & Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. (IS-2475) Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_/attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-9008c05a8ded:fddecdbd64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf

Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A

- multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 187-195.
<https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1565>
- Hansen, T., & Daatland, S.O. (2016). *Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet*. (IS-2475) Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aldring-mestringsbetingelser-og-livskvalitet/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf/_attachment/inline/8eb8c451-2e98-4e41-859c-9008c05a8ded:fddecdbd64bb4227305494f4314cea8aa97e894ac/Aldring,%20mestringsbetingelser%20og%20livskvalitet.pdf
- Hanson, E., Magnusson, L., Arvidsson, H., Claesson, A., Keady, J. & Nolan, M. (2007). Working together with person with early stage dementia and their family members to design a user-friendly technology-based support service. *Sage Journals*, 6 (3), 411-434.
<https://doi.org/10.1177/1471301207081572>
- Haveman-Nies., A., Lisette C.P.G.M de Groot. & Wilja A. Van Staveren. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study. *Age and Ageing*. 34(4) 427-434. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.4.427>
- Helbostad, J.L., Sletvold, O., Moe-Nilssen, R. (2004). Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging Clinical Experimental Research*. 16(2), 113–121. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03324539>
- Helgesen, M.K., Fosse, E. & Hagen, S. (2017). Capacity to reduce inequities in health in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(18), 77–82.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494817709412>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 1. Juni). *Folkehelseloven*. Regjeringa.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsearbeid/id673728/>
- Helsebiblioteket. (2016, 7. Juni). Kvalitativ metode. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativmetode>

Helsedirektoratet (2019, 2. Mai). Forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Henta 20.Mai 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen#gjennomforeforebyggendehjemmebesokikommunen>

Helsedirektoratet. (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-2015 [rapport]*. (Rapport IS-2367). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedat%20tid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf

Helsedirektoratet. (2023, 20. februar). *Demografiske endringer og konsekvenser for omsorgssektoren*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/demografiske-endringer-og-konsekvenser-for-omsorgssektoren>

Hjartåker, A., Pedersen, J.I., Müller H., & Andersen, S.A. (2017). *Grunnleggende ernæringslære*, (3.utg). Gyldedal Akademiske

House, J.S., Landis, K.R. & Umberson D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241 (4865), 540-545. [10.1126/science.3399889](https://doi.org/10.1126/science.3399889)

Jansson, E., Fosse, E. & Tillgren, P. (2011). National public health policy in local context – Implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy*, 103(2-3), 219-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.08.013>

Johansson, E., Dahlberg, R., Jonsson, H. & Patomella, A.H. (2015). Does a falls prevention program impact perceived participation in everyday occupations? A pilot randomized controlled trial. *OTJR*. 35(4), 204–12. [10.1177/1539449215589728](https://doi.org/10.1177/1539449215589728)

Johnsen, B., Strand, B. H., Martinaityte, I., Mathiesen, E. B., & Schirmer, H. (2021). Improved Cognitive Function in the Tromso Study in Norway From 2001 to 2016. *Neurol Clin Pract*, 11(6), 856-866. DOI: [10.1212/CPJ.0000000000001115](https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000001115)

- Johnston, M. C., Crilly, M., Black, C., Prescott, G. J., & Mercer, S. W. (2018). Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*, 29(1), 182-189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky098>
- Kano, M., Rosenberg, P. E., & Dalton, S. D. (2017). A global pilot study of age-friendly city indicators. *Social Indicators Research*, 138, 1505-1227. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-017-1680-7>
- King, J., Steingrimsdóttir, Ó. A., Moe, J. O., Skirbekk, V., Næss, Ø., & Strand, B. H. (2015). Educational differences in life expectancy over five decades among the oldest old in Norway. *Age ageing* 44 (6), (1040-1045). <https://doi.org/10.1093/ageing/afv128>
- Kommunal- og Moderniseringsdepartementet (2014). *Medvirkning i planlegging. Hvordan legge til rette for økt deltakelse og innflytelse i kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/plan/medvirkningsveileder/h2302b_veileder_medvirkning.pdf
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Gyndendal.
- Langa, K. M., Larson, E. B., Crimmins, E. M., Faul, J. D., Levine, D. A., Kabeto, M. U., & Weir, D. R. (2017). A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Internal Medicine*, 177(1) 51-58. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2587084>
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - Perspektiv og strategi* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Lincoln Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Llewellyn, D. J., & Matthews, F. E. (2009). Increasing levels of semantic verbal fluency in elderly English adults. *Aging Neuropsychology Cognition*, 16(4), 433-445. <https://doi.org/10.1080/13825580902773867>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetodar for medisin og helsefag*.

Universitetsforlaget AS

Matthews, F. E., Stephan, B. C., Robinson, L., Jagger, C., Barnes, L. E., Arthur, A., & Brayne, C. (2016). A two decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II. *Nature Communications*, 7 (11398).

DOI: [10.1038/ncomms11398](https://doi.org/10.1038/ncomms11398)

McGarry, P. & Morris, J. (2011). A great place to grow older: a case study of how Manchester is developing an age-friendly city. *Working with Older People*, 15(11), 38-46.

DOI:10.5042/wwop.2011.0119

Mendes de Leon, C.F., Glass, A. & Berkman. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology* 157 (7), 633-642. <https://doi.org/10.1093/aje/kwg028>

Menec, V. & Brown, C. (2022?). Facilitators and Barriers to Becoming Age-Friendly: A Review. *Journal of Aging & Social Policy*, 34 (2), 175-197).

<https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1528116>

Menec, V., & Nowicki, S. (2014). Examining the relationship between communities' 'age-friendliness' and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada.

Rural and Remote Health, 14(1), 2594-2594.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24437338/>

Merriam, S.B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education*. Jossey-Bass.

Mittelmark, M. B. (2012). From associations to processes. I B. Wold & O. Samdal (Red.), *An ecological perspective on health promotion: systems, settings and social processes*.

Bentham E books.

Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario P.A. & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the wellbeing of older adults. *Journal of Gerontology B*, 58 (3), 137-145.

<https://doi.org/10.1093/geronb/58.3.S137>

- Morse, M.M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25 (9), 1212-1222.
DOI:10.1177/1049732315588501
- Mæland, J.G. (2016). *Førebyggjande helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4.utg). Universitetsforlaget.
- Möller, U.O., Kristensson, J., Midlöv, P., Ekdahl, C., Jakobsson, U. (2014). Effects of a one year home-based case management intervention on falls in older people: a randomized controlled trial. *Journal of Aging and Physical Activity*.22(4), 457–64. DOI: [10.1123/japa.2013-0101](https://doi.org/10.1123/japa.2013-0101)
- Naidoo, J. & Willis, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4.utg). Elsevier.
- NAV. (2023, 26.April) *Alderspensjon*. <https://www.nav.no/alderspensjon>
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (2021). *Fra Nord til sør: Livskvalitet i Norge* (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/publ/2020/livskvalitet-i-norge-2019/>
- Neuman, W. L. (2014). The meanings of methodology. In *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7.utg.). Pearson
- Norberg, E.B., Biberg, E. & Zingmark, M. (2019). Exploring reach and experiences of participation in health-promotion senior meetings in a municipality context. *Journal of Public Health*, 29, 641-65. <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01170-5>
- NOU 2020:15. (2020). *Det handler om Norge. Bærekraft i hele landet. Utredning om kosekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Kommunal. Og distriktsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
- NOU 2023:4 (2023). *Tid for handling. Personell i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- Pasient- og brukarrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukarrettigheter* (LOV-2022-12-16-92). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3

- Pérez Martín, A., Bartolome, J.S.A., Gonzalo Pascua, S., Sedano, A.I.F., Moreno, A.F., Rodríguez Benavente, A. & Gaviria, A.Z. (2012) Place of residence before hospital and mortality at 12-months in Spanish patients aged 70 years or older. *Geriatrics and Gerontology International*, 12 (4), 695-702. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00846.x>
- Plan- og bygningsloven (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling (LOV-2021-05-11-37). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71/*#KAPITTEL_2-1-3
- Pond, R., Stephens, C., & Alpass, F. (2010). Virtuously watching one's health older adults' regulation of self in the pursuit of health. *Journal of Health Psychology*, 15, 734–743. <https://doi.org/10.1177/1359105310368068>
- Prop. 90 L (2010-2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
- Punch, Keith. F. (2014). *Introduction to social research: Quantitative and qualitative approaches* (3 utg.). SAGE Publications
- Ranzijn, R. (2010). Active ageing. Another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal Elders as a case study. *Journal of Health Psychology*, 15, 716–723. <https://doi.org/10.1177/1359105310368181>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Ring, L., Glicksman, A., Kleban, M., & Norstrand, J. (2017). The future of age-friendly: Building a more inclusive model using principles of ecology and social capital. *Journal of Housing for the Elderly*, 31(2), 117–129. doi:10.1080/02763893.2017.1309930
- Rioux, L. & Werner, C. (2011). Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 31 (2), 158-169. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2010.12.001>
- Robertson, A. (1997). Beyond Apocalyptic Demography: Towards a Moral Economy of

Interdependence. *Ageing and Society*, 17, 425-446.

DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X97006521>

Roland, P. (2015) Hva er implementering? I: P. Roland, & E. Westergård, (red).

Implementering. Hvordan omsette ideer, visjoner, teorier og aktiviteter til praksis. Universitetsforlaget.

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B, McQueen, D.V., Potin, L., Springett & Ziglio, E. (2001). Evaluation in health promotion. Principals and perspectives. WHO Regional Publications European Series, No.92.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf

Rosenbloom, S. (2009). Meeting transportation needs in an ageing-friendly community. *Journal of the American Society of Ageing*, 33 (2), 33-43.

<https://www.jstor.org/stable/26555648>

Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987). Human Aging: Usual and Successful. *American Association of the Advancement of Science*, 238 (4811), 143-149.

https://www.jstor.org/stable/1699814#metadata_info_tab_contents

Rožanova, J. (2010). Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology. *Journal of Aging Studies*, 24 (4), 213-222.

<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.05.001>

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC and Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute. <http://www.phi.org/wp-content/uploads/migration/uploads/application/files/udt4vq0y712qpb1o4p62dexjlgxlnogpq15gr8pti3y7ckzysi.pdf>

Ryan, G.W. and Bernard, H.R. 2000: Data management and analysis methods. In Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S (Red.), *Handbook of qualitative research*, (2.utg., s.769-802). Sage.

Sahlen, K-G., Löfgren, C., Hellner, B,M. & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 (3), 265-271.

<https://doi.org/10.1177/1403494807086983>

- Sánchez-González, D., Rojo-Pérez, F., Rodríguez-Rodríguez, V. & Fernández-Mayoralas. (2020). Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Aging: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (22), 8305. DOI: [10.3390/ijerph17228305](https://doi.org/10.3390/ijerph17228305)
- Scharlach, A. E & Lehnin, A.J. (2013). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. *Aging and Society*, 33, 110-136. <https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society/article/ageingfriendly-communities-and-social-inclusion-in-the-united-states-of-america/2338845DD53D67AD4C2544CEBD1194F1>
- Seeman, T. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology* 6 (5), 442-445. DOI: [10.1016/s1047-2797\(96\)00095-6](https://doi.org/10.1016/s1047-2797(96)00095-6)
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. in M. C. N. A. Sen (Ed.), *The quality of life* (pp. 30–53). Oxford: Clarendon Press.
- Senter for et aldersvennlig Norge (u.å). *Dette jobber vi med*. Henta 1.Mai 2023 frå <https://www.aldersvennlig.no/om-oss/dette-jobber-vi-med>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. <https://doi.org/10.3233/EFI-2004-22201>
- Sherrington, C., Michaleff, Z.A., Fairhall, N., Paul, S.S., Tiedemann, A., Whitney, J., Cumming, R.G., Herbert, R.D. Jacqueline C.T. & Lord, S.R. (2017). Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 51(24), 1750–1758. DOI: [10.1136/bjsports-2016-096547](https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096547)
- Sikt. (u.å.). *Hva er en personopplysning?* Henta 19.April 2023 frå <https://sikt.no/hva-er-personopplysninger>
- Skare, S. (1996). *Flerkulturelt barnevernsarbeid: En innføring* (2.utg.). Kommuneforlaget
- Skirbekk, V., Dieleman, J. L., Stonawski, M., Fejkiel, K., Tyrovolas, S., & Chang, A. Y. (2022). The health-adjusted dependency ratio as a new global measure of the burden of ageing: a population-based study. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(5), e332-e338.

[https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00075-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00075-7)

Sletteland, N. & Donovan, R.M. (2016) *Helsefremmende lokalsamfunn*. Gyldendal Norsk Forlag.

Small, B.J., Fratiglioni, L., Viitanen, M. & Backman, B. (2000) The course of Cognitive Impairment in Preclinical Alzheimer Disease. Three- and 6-year Follow-up of a Population Based Sample. *Arch Neurol* 57, 839-844.
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/776625>

Sogaard, A. J., Holvik, K., Meyer, H. E., Tell, G. S., Gjesdal, C. G., Emaus, N., Grimnes, G., Schei, S., Forsmo S. & Omsland, T. K. (2016). Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. *Osteoporosis International*, 27(7), 2217-2222. DOI:10.1007/s00198-016-3516-8

Sollesnes, R. (2006) *Utfordringer med å implementere kunnskapsbasert praksis i helsefremmende arbeid*. Høgskolen i Bergen.

St.meld. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Hels- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

St.Meld. 15. (2022-2023). *Folkehelsemeldinga. Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

St.meld. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/>

St.meld. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

St.meld.19 (2018-2019). *Folkehelsemeldingen: Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet.

https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158_f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf

Steels, S. (2015). Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities* 47, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2015.02.004>

Stephens, C. (2016). From Success to capability for healthy ageing: shifting the lens to include all older people. *Critical Public Health*, 27 (4), 490-498. <https://doi.org/10.1080/09581596.2016.1192583>

Storeng, S. H., Overland, S., Skirbekk, V., Hopstock, L. A., Sund, E. R., Krokstad, S., & Strand, B. H. (2021). Trends in Disability-Free Life Expectancy (DFLE) from 1995 to 2017 in the older Norwegian population by sex and education: The HUNT Study. *Scand J Public Health*, 50(5), 542-551. <https://doi.org/10.1177/14034948211011796>

Strand, B. H., Bergland, A., Jorgensen, L., Schirmer, H., Emaus, N., & Cooper, R. (2019). Do More Recent Born Generations of Older Adults Have Stronger Grip? A Comparison of Three Cohorts of 66- to 84-Year-Olds in the Tromso Study. *The Journals of Gerontology*, 74(4), 528-533. <https://doi.org/10.1093/gerona/gly234>

Stuck. A.E., Minder, C.E., Peter-Wüest, I., Gillman, G., Egli, C., Kesselring, A., Leu, R.E. & Becj., J.C. (2000). A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community- dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of Internal Medicine*. 160 (7), 977-986. DOI: [10.1001/archinte.160.7.977](https://doi.org/10.1001/archinte.160.7.977)

Støren, K. S., & Rønning, E. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Statistisk Sentral Byrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>

Sun, Y., Chao, T.-Y., Woo, J., & Au, D. W. H. (2017). An institutional perspective of “glocalization” in two Asian tigers: The “structure–agent–strategy” of building an age-friendly city. *Habitat International*, 59, 101–109. <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2016.11.013>

The Seven Countries Study. (u.å.). *The FINE study*. Henta 12.Juni 2023.

<https://www.sevencountriesstudy.com/about-the-study/related-studies/fine-study/>

The Seven Countries Study. (u.å.). *What is the Seven Countries Study?*. Henta 12.Juni 2023 frå

<https://www.sevencountriesstudy.com/>

Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B. & Skogli, E. (2018). *Bemanning, kompetanse og kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*. (Menon-publikasjon nr. 51/2018; 55).

Thomas, G. (2016). *How to do your case study* (2. utg.). SAGE Publications

Universitet i Bergen (2023, 4. april). Rette UiBs prosjektoversikt.

<https://www.uib.no/personvern/128207/rette-uibs-prosjektoversikt>

Verghesen, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky G., Ambrosa, A.F., Sliwinski. & Buschke. M.D. (2003). Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Eldrely. *The New England Journal of Medicine*. 348 (25), 2508-2516. DOI: 10.1056/NEJMoa022252

Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen: Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. (1.utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Viña, J., Borrás, C., & Miquel, J. (2007). *Theories of ageing*. IUBMB Life, 59(4-5), 249-254.

<https://doi.org/10.1080/15216540601178067>

Vita, A.J., Terry, R.B., Hubert, H.B. & Fries J.F. (1998). Aging, health risks, and cumulative disability. *The New England Journal of Medicine*. 338 (15), DOI: 10.1056/NEJM199804093381506

Volkert, J., Schulz, H., Harter, M., Wlodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339-353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>.

von Soest, T., Luhmann, M., Hansen, T., & Gerstorf, D. (2018). Development of loneliness in midlife and old age: Its nature and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*. 188(2), 388-406. <https://doi.org/10.1037/pspp0000219>

WHO (2014). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*.

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/140120HPRHiAPFramework.pdf>

- WHO. (1948). *Constitution of the World health organization*.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO. Regionalt kontor for Europa. (1984). *Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>
- Wilson, R.S., Barnes, L.L. & Bennett, D.A. (2003) Assessment of lifetime participation in cognitively stimulating activities. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25 (5), 634–642. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.634.14572>
- World Health Organization (u.å). *WHO`s Work on the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030)*. Henta 1.Mai 2023 frå <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing : a policy framework*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. (ISBN 978 92 154730 3). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. (ISBN 978 92 154730 3). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43755>
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*.
https://reliefweb.int/report/world/world-report-ageing-and-health?psafe_param=1&gclid=Cj0KCQjw0tKiBhC6ARIsAAOXutno1CPg_V8r7jrAbwDlizVa3SkahwmT989ISvB51pXahLLppVBiejIaAp0NEALw_wcB
- World Health Organization. (2020, 26. Oktober). *Healthy aging and functional ability*.
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
- World Health Organization. (2020, 26. Oktober). *Healthy aging and functional ability*.
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and->

functional-ability

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing. Baseline report.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2022, 1.Oktober). *Ageing and health.*

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=At%20this%20time%20the%20share,2050%20to%20reach%2042%20million.>

World Health Organization. (u.å). About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Henta 1.Mai 2023 frå <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>

Wurm, S., Tesch-Römer, C. & Tomasik, M.J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognition, control beliefs, and health in later life. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 62 (3), 156-164. DOI: [10.1093/geronb/62.3.p156](https://doi.org/10.1093/geronb/62.3.p156)

Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311–325. <https://doi.org/10.1111/ejed.12014>

Yin, R. K. (2014). *Case Study Research Design and Methods* (5. utg.). SAGE Publishing.

Zeitler, E., Buys, L., Aird, R. & Miller E. (2012). Mobility and Active Ageing in Suburban Environment: Findings from In-Depth Interview and Person Based GPS Tracking. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012 (2012), 257186-10. <https://doi.org/10.1155/2012/257186>

Ziden, L., Haggblom-Kronlof, G., Gustafsson, S., Lundin-Olsson, L. & Dahlin-Ivanoff, S. (2014). Physical function and fear of falling 2 years after the health-promoting randomized controlled trial: elderly persons in the risk zone. *Gerontologist*. 54(3), 387–397. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt078>

Zingmark, M., Fisher A.G., Rocklöv, J. & Nilsson, I. (2014) Occupation-focused interventions for well older people: an exploratory randomized controlled trial. *Scandinavian Journal*

of Occupational Therapy. 21(6), 447–57. DOI: [10.3109/11038128.2014.927919](https://doi.org/10.3109/11038128.2014.927919)

Zingmark, M., Nilsson, I., Fisher, A. G. & Lindholm L. (2015). Occupation-focused health promotion for well older people — a cost-effectiveness analysis. *British Journal of Occupational Therapy*. 79(3), 153-162. <https://doi.org/10.1177/0308022615609623>.

Zingmark, M., Norström, F., Lindholm, L., Dahlin-Ivanoff, S. & Gustafsson, S. (2019). Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for communitydwelling older people. *European Journal of Ageing*. 16(4), 395–404. DOI:[10.1007/s10433-019-00505-1](https://doi.org/10.1007/s10433-019-00505-1)

Zunzngui, M.V. Rodriquez-Lado, A., Otero, A., Pluijm, S.M.F., Nikula, S., Blumstein, T., Jylhä. Minicuci, N., Deeg, D.J.H. & CLESA Workinh Group. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing* 2 (1), 40-47. DOI: [10.1007/s10433-005-0021-x](https://doi.org/10.1007/s10433-005-0021-x)

Vedlegg 1 – intervjuguide

Bakgrunn

- Kan du starte med å fortelje litt om deg sjølv, stillinga di, kor lenge har du arbeida i stillinga?
 1. Kor lenge har du jobba i kommunen?
 2. Kva er utdanningsbakgrunnen din?
 3. Kva er dine ansvars-områder og oppgåver?

Helsefremjande tiltak retta mot eldre

- Folkehelseloven skal sikre at eit langsiktig og systematisk folkehelsearbeid finn stad. Kommunen skal setje i verk nødvendige helsefremjande og førebyggjande tiltak for å møte kommunen sine folkehelseutfordringar. I mi oppgåve har eg fokus på korleis kommunen jobbar med helsefremjande tiltak retta mot eldre.
 4. Korleis arbeidar kommunen for å fremje helse blant den eldre befolkninga?
 5. Kva tiltak har kommunen set i verk for å fremje helse blant den eldre befolkninga?
 6. Er eldre ei målgruppe som kommunen tek særskilt omsyn til i utvikling av folkehelsetiltak?
 7. Er eldre ei målgruppe som kommunen tek særskilt omsyn til i utvikling av kommunedelplanar?
 8. Arbeidar kommunen med universelle tiltak retta mot heile den eldre befolkninga eller med risikostyrte tiltak retta mot eldre som er spesielt utsette (låg sosioøkonomisk status, sjukdom, demens, einsemd)?
 9. Kva er dine erfaringar/tankar rundt det å arbeide med helsefremjande tiltak retta mot eldre?
 10. Kva fungera godt i helsefremjande arbeid retta mot eldre? Kva er utfordrande?
 11. Har kommunen nokon særskilte områder som blir prioritert i det helsefremjande arbeidet retta mot eldre?
 12. Er det nokon områder innan helsefremjande arbeid retta mot eldre som er viktig å prioritere i større grad enn det som gjerast no?

13. Kva er bakgrunnen for at kommunen arbeidar med helsefremjande tiltak retta mot eldre?

Samarbeid

Med bakgrunn i at kommunen skal medverke til at helsemessige omsyn blir ivaretatt av andre myndigheiter og verksemder.

14. Korleis arbeidar kommunen for å samarbeide om helsefremjande tiltak retta mot eldre?
15. Har kommunen etablert rutinar/møteplassar for å arbeide tverrsektorielt med helsefremjande arbeid retta mot eldre?
16. Opplever du at kommunen set av tilstrekkeleg ressursar (tid, budsjett) for å arbeide med helsefremjande tiltak?
17. Opplever du at utvikling og implementering av helsefremjande tiltak/samfunnsutvikling med omsyn til eldre blir sett på som viktig i ulike avdelingar i kommunen?
18. Er det nokon avdelingar i kommunen i større grad har eldre som ei viktig målgruppe i sitt arbeid?

Hemjara og fremjara

19. Kva opplev du at fremja godt samarbeid om helsefremjande tiltak/strategiar retta mot eldre?
20. Kva opplever du at hemma godt samarbeid om helsefremjande tiltak/strategiar retta mot eldre?

Kunnskap og medverknad

21. Kva kunnskapsgrunnlag nyttar kommunen for å utvikle forslag til strategiar og tiltak retta mot eldre?
22. Korleis legg kommunen til rette for medverknad? (Korleis legg de til rette for at eldre sjølv får utrykke kva tiltak dei har behov for/ynskjer?)
23. Kva tenkjer du er positivt med å nytte medverknad i helsefremjande arbeid retta mot eldre, kva er utfordrande med det?

Anna

24. Er det nokon område/tema som me ikkje har vært igjennom, og som du tenker eg viktig å belyse?

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv

*«Korleis arbeidar ***** kommune med helsefremjande tiltak retta mot eldre?»*

Takk for at du vil delta i dette forskingsprosjektet. Føremålet med prosjektet er å med undersøke korleis ulike kommune arbeidar for å førebu seg i møte med den demografiske endringa, som inneber at ein vil få ein aukande andel eldre fram mot 2050. Formålet er å undersøke om ulike kommunar arbeidar spesifikt med helsefremjande tiltak retta mot den aldrande befolkninga og eventuelt kva tiltak dette er. I dette skrivet gjev vi deg informasjon om måla for prosjektet og om kva deltaking vil innebere for deg.

Føremål

Formålet med denne studien er å bidra med kunnskap om kva ulike kommunar i Vestland fylke gjer for å fremje helse, livskvalitet og trivsel blant eldre. Forskingsprosjektet vil kunne gje eit bilete av korleis dei ulike kommunane jobbar, og om dette arbeidet har høg prioritet i det kommunale folkehelsearbeidet. Den overordna problemstillinga er: «Korleis arbeida ***** kommune med helsefremjande tiltak retta mot eldre?».

Kven er ansvarleg for forskingsprosjektet?

Universitetet i Bergen, fakultet for helse, miljø og likeverd er ansvarleg for prosjektet.

Kva inneber det for deg å delta?

Deltakarane i studien er valde med bakgrunn i at dei er tilsette i ein kommunar i Vestland fylke. Personen har ein stilling i kommunen som gjer at han/ho har innsikt i det kommunale folkehelsearbeidet eller kommunens planleggingsarbeid. Det at du har takka ja til å delta i dette prosjektet, vil det innebere at du let deg bli intervjuet. Dette vil ta ca 60 minuttar. Du vil bli spurt om korleis du opplever at din respektive kommune arbeidar med helsefremjande tiltak retta mot eldre. Du vil bli spurt spørsmål angående kva type helsefremjande tiltak kommunen arbeidar med, korleis implementeringa av tiltak fungerer i praksis og korleis du opplever samarbeidet mellom ulike avdelingar i kommunen, knytt til helsefremjande tiltak retta mot eldre. Intervjuet vil bli tatt opp på bandopptakar, og bli transkribert i etterkant.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekkje samtykket tilbake utan å gje nokon grunn. Alle personopplysingane dine vil då bli sletta. Det vil ikkje føre til nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vel å trekkje deg.

Ditt personvern – korleis vi oppbevarer og bruker opplysingane dine

Vi vil berre bruke opplysingane om deg til føremåla vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandlar opplysingane konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er berre masterstudenten som gjennomfører prosjektet og vegleiar frå universitetet som vil ha tilgang til informasjonen frå dette. Ved fullført prosjekt vil resultata bli nytta i gitt masteroppgåve. Som deltakar vil informasjonen du bidreg med være anonymisert. Informasjon som framkjem frå intervju, som kan gjere deltakarar mogleg å identifisere vil bli ekskludert. Transkripsjon vil bli oppbevart på ekstern harddisk låst inn i eit skap hos Universitetet i Bergen.

Kva skjer med opplysingane dine når vi avsluttar forskingsprosjektet?

Prosjektet vil etter planen bli avslutta 15.05.2023. Etter prosjektslutt vil datamateriale med dine personopplysningar anonymiserast. Lydfil frå bandopptak vil bli sletta etter transkribering. Når prosjektet er avslutta/oppgåva er godkjent vil transkribering bli sletta.

Kva gjev oss rett til å behandle personopplysningar om deg?

Vi behandlar opplysingar om deg basert på samtykket ditt. På oppdrag frå Universitetet i Bergen har Personverntenesta vurdert at behandlinga av personopplysningar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettar

Så lenge du kan identifiserast i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i kva opplysingar vi behandlar om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysingane,
- å få retta opplysingar om deg som er feil eller misvisande,
- å få sletta personopplysningar om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av personopplysingane dine.

Dersom du har spørsmål til studien, eller om du ønskjer å vite meir eller utøve rettane dine, ta kontakt med:

- Universitetet i Bergen, psykologisk fakultet, senter for helse, miljø og likeverd (HEMIL), ved professor Elisabeth Fosse: Elisabeth.Fosse@uib.no
- Eller student Susanne Hesjevoll, epost: Susanne.Hesjevoll@student.uib.no
- Vårt personvernombod: Janecke Helene Veim, Seniorrådgjevar Personvernombodet ved Universitet i Bergen. E-post: Janecke.Veim@uib.no. Telefon: 55 58 20 29.
Universitetsdirektørens kontor. Personvernportalen.

Dersom du har spørsmål knytt til Personverntenester si vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med:

- Personverntenester, på e-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Venleg helsing

Prosjektansvarleg

Eventuelt student

(Forskar/rettleiar)

Samtykkeerklæring

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet «*korleis arbeidar ulike kommunar i Vestland fylke med helsefremjande tiltak retta mot eldre*» og har fått høve til å stille spørsmål. Eg samtykker til:

- å delta i *intervju*

Eg samtykker til at opplysningane mine kan behandlast fram til prosjektet er avslutta.

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Vedlegg 3 – Vurderings Norsk Senter for Forskingsdata

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
292526

Vurderingstype
Standard

Dato
21.10.2022

Prosjekttittel

Korleis arbeidar kommunar i Vestland fylke med helsefremjande tiltak retta mot eldre?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det psykologiske fakultet / Hemil-senteret

Prosjektansvarlig

Elisabeth Fosse

Student

Susanne Hesjevoll

Prosjektperiode

28.09.2022 - 15.05.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og

ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos oss: Simon Gogl

Lykke til med prosjektet!