



Senter for
omsorgsforskning
V E S T

Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge

Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse



Oddvar Førland
Randi Skumsnes

Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge

Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 7/2014

Oddvar Førland
Randi Skumsnes

Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge

Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse

Senter for omsorgsforskning, Vest
Høgskolen i Bergen

2014

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Pia Wall/Utviklingssenter for sykehjem
og hjemmetjenester i Hordaland

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.7/2014

Tittel: Forebyggende hjemmebesøk til eldre i
Norge: Resultater fra en landsomfattende
kommuneundersøkelse

Forfattere: Oddvar Førland: *Senter for omsorgsforskning
Vest, Høgskolen i Bergen. E-post: oddvar.forland@hib.no*
Randi Skumsnes: *Utviklingssenter for sykehjem og
hjemmetjenester i Rogaland.
E-post: randi.skumsnes@stavanger.kommune.no*

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-93269-71-7

ISBN (digital utgave): 978-82-93269-72-4

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

INNLEDNING

Denne rapporten viser status i Norge i 2013 for den kommunale tjenesten «forebyggende hjemmebesøk til eldre». Søkelyset rettes på utbredelse, innhold og planer i kommunene. Forrige nasjonale kartlegging ble gjennomført i 2003. Kartleggingen er en følge av Helse- og omsorgsdepartementets utviklingsprogram for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen.

METODE

Alle norske kommuner ble kontaktet med spørsmål om å besvare et spørreskjema om utbredelse og innhold av tjenesten. Skjemaet bestod av 21 hovedspørsmål og bygger på skjemaet som ble benyttet i 2003. Innsamlede data er behandlet statistisk og ved hjelp av tematisk innholdsanalyse.

RESULTATER

386 av 428 kommuner har svart, hvilket gir en svarprosent på 90. Forebyggende hjemmebesøk til eldre som kommunalt tilbud er godt kjent i norske kommuner. 80 % av dem har satt saken på dagsorden. Tilbudet har fått økende utbredelse, men er ennå forholdsvis lite utbredt; 25 % av dem hadde etablert tilbudet i 2013, mot 8 % i 2003. Stram økonomi og mangel på personell er hovedårsaker til ikke å ha etablert tilbudet. 10 % av kommunene ser ikke behov for en slik tjeneste. Noen kommuner oppgir at de mangler metodikk og verktøy og vil vente til dette er bedre utviklet før de vil starte opp.

Det har vært størst vekst i etableringen av tilbudet de siste tre årene. Alle de fem største kommunene i Norge hadde etablert tjenesten i 2013. 40 % av kommunene uten tilbudet planlegger å starte opp tjenesten. Vi kan dermed forvente en videre økning i antall kommuner med tilbudet de nærmeste årene. 52 % av alle eldre som fikk tilbud om hjemmebesøk, tok i mot besøket. Ett besøk en gang er vanligst, og vanligste målgruppe er innbyggerne over 80 år, og dernest dem over 75 år. Besøkene vektlegger i større grad helsefremmende enn sykdomsforebyggende forhold. Mange av de samme temaene blir tatt opp under hjemmebesøkene på tvers av kommunene, med hovedvekt på sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter. Ulike helseprofesjoner med høgskoleutdanning arbeider med dette feltet, og i størst grad sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det er uklarerhet rundt dokumentasjon av tiltaket. Kun vel halvparten av kommunene definerer hjemmebesøkene som helsehjelp med dokumentasjonsplikt. 50 % av kommunene tilbyr ikke egen opplæring til dem som utfører hjemmebesøkene. Like fullt; de fleste kommunene som har etablert tilbudet uttrykker, på spørreskjemaets avsluttende åpne spørsmål, at de har mange positive erfaringer med denne type forebyggende og helsefremmende tjeneste for sine eldre innbyggere.

DISKUSJON OG KONKUSJON

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er på nytt satt på dagsorden i norske kommuner som følge av særlig tre forhold: (1) samhandlingsreformens vektlegging av forebygging og tidlig intervensjon, (2) det pågående nasjonale utviklingsprogrammet i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og (3) regjeringens politiske plattform høsten 2013 (Sundvollen-erklæringen). Tallene i kartleggingen viser at vi kan forvente vekst i utbredelse de nærmeste årene. Hjemmebesøkets hensikt og formål bør være bestemmende for dets innhold og hvilke målgrupper som skal prioriteres. Det at kun 56 % av kommunene definerer hjemmebesøkene som helsehjelp med dokumentasjonsplikt indikerer at det trengs tydeligere retningslinjer og veiledning knyttet til dette kommunale tilbudet. Tilbudets faglige innhold og metodikk er i tillegg i liten grad fastlagt i Norge. Det synes å være behov for mer sentralt veilednings- og opplæringsmaterieell som kan bidra til videreutvikling av tilbudet som en kommunal tjeneste. Likeens at det utvikles opplæringstiltak som kan bidra til økt kompetanse på dette arbeidsområdet.

Vi tror det vil være hensiktsmessig at veilednings- og opplæringsmateriellet utarbeides som en nasjonal veileder, og at denne fokuserer på kommunale forebyggende og helsefremmende tiltak for eldre i bred forstand, og ikke bare på forebyggende hjemmebesøk til eldre. Et slikt materieell vil være en god basis lokalt for kommunene i arbeidet med å videreutvikle, tilpasse og målrette virkningsfulle forebyggende- og helsefremmende tilbud til sine eldre innbyggere.

FORORD

Kartleggingen i denne rapporten er en følge av Helse- og omsorgsdepartementets program «for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 179). Første del av kartleggingen ble gjennomført som et samarbeid mellom de fire Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning Vest, og tok for seg status ved de tre vestlandsfylkene (Førland et al., 2013). Helsedirektoratet har stilt midler til rådighet for å gjennomføre en tilsvarende kartlegging for resten av landet. Senter for omsorgsforskning Vest har hatt det faglige ansvaret. Forrige nasjonale kartlegging ble gjennomført i 2003 (Pettersen & Wyller, 2005). Dette gjør at vi nå kan se utviklingen på feltet i et ti-års perspektiv.

Vi vil takke Sønneve Teigen ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Kristin Bie ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Helse Fonna, Nina Helgheim ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Sogn- og Fjordane og Hanne Skjæveland ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland for innsatsen knyttet til datainnsamlingen blant kommunene på Vestlandet. Takk til Hanne Skjæveland som tillegg har bidratt til datainnsamling i de øvrige fylkene. Takk til Utviklingssenteret for

sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland for godt samarbeid. Prosjektleder Sønneve Teigen har blant annet gitt viktige bidrag til videreutvikling av spørreskjemaet og utformingen av det praktiske datainnsamlingsopplegget. Til slutt vil vi takke oppdragsgiver Helsedirektoratet for viktige innspill til spørreskjemaet og for støtte til prosjektet.

Oddvar Førland har hatt ansvar for datainnsamlingen, foretatt de statistiske analysene og hatt hovedansvar for rapportens innhold.

Randi Skumsnes har hatt hovedansvaret for telefonintervjuene med kommunene som ikke svarte på den elektroniske utsendelsen og har bidratt til rapportens innhold med hovedvekt på kommentarer og drøftinger av funnene i lys av forskningslitteratur.

Vi håper kartleggingen vil bidra til økt kunnskap om, og videreutvikling av, forebyggende hjemmebesøk for eldre i Norge.

Oddvar Førland og Randi Skumsnes

Bergen/Stavanger juni 2014.

Senter for omsorgsforskning Vest.

INNHold

SAMMENDRAG V

Innledning V

Metode V

Resultater VI

Diskusjon og konklusjon VII

FORORD IX

INNLEDNING 1

Bakgrunn 1

Hva er forebyggende hjemmebesøk til eldre? 2

Hvilke effekter og virkninger har forebyggende
hjemmebesøk til eldre? 3

METODE 5

Datainnsamling 5

Utvalg 6

Instrument 6

Analyser 7

Forskningsetisk godkjenning 7

RESULTATER 9

Svarprosent 9

Hvor aktuelt er tilbudet forebyggende
hjemmebesøk til eldre i norske
kommuner? 9

Hvor utbredt er tilbudet i norske kommuner og
hvordan har utviklingen vært? 10

Hvor mange kommuner har planer om å starte opp tilbudet?	12
Hva oppgis som årsaker til ikke å ha etablert tilbudet?	14
Hvem er målgrupper for hjemmebesøkene?	16
Hvordan informerer kommunen om tilbudet og hvordan avtaler de besøkene?	18
Hvor mange tar i mot besøk?	19
Hvor mange besøk tilbys?	20
Hvor lang tid brukes på hjemmebesøkene?	21
Hvilken enhet i kommunen organiserer hjemmebesøkene?	22
Hvilke yrkesgrupper foretar hjemmebesøkene?	23
Hvilke metoder blir brukt for å kartlegge de eldre sin situasjon?	25
Hvilke temaer blir tatt opp og hva er faglig profil?	26
Hvor stor andel av besøkene resulterer i videre tiltak?	28
Defineres det forebyggende hjemmebesøket som helsehjelp med dokumentasjonsplikt?	29
Tilbyr kommunen oppæring til dem som utfører besøkene?	31
Erfaringer fra besøkene	32
Har kommunen evaluert tilbudet?	33
OPPSUMMERTE FUNN OG DISKUSJON	35
Forebyggende hjemmebesøk er godt kjent i norske kommuner	35
Tilbudet har fått økende utbredelse, men er ennå lite utbredt	36
Vi kan forvente en sterk økning i antall kommuner med tilbudet de nærmeste årene	37
Stram økonomi og mangel på personell er hovedårsaker til ikke å ha etablert tilbudet	37
Hjemmebesøkets hensikt og formål bør være bestemmende for dets innhold og hvilke målgrupper som skal prioriteres	38
Mange av de samme temaene blir tatt opp på hjemmebesøkene på tvers av	

kommunene	40
Ett besøk en gang er vanligst	41
Vi vet lite om dem som takker nei til tilbudet	42
Det er primært helseprofesjo-ner med høgskoleutdanning som arbeider i dette feltet	43
Personlig egnethet er vesentlig	44
Uklarhet rundt dokumentasjon av tiltaket	44
Det er behov for mer sentralt veilednings- og opplæringsmateriell	45
Kommunene bør ha et lokalt tilpasset forebyggende og helsefremmende arbeid overfor sine eldre	47
LITTERATUR	49
VEDLEGG	55
Vedlegg 1: Kommunenes egne erfaringer med tilbudet	57
Vedlegg 2: Spørreskjemaet	71

FIGURER OG TABELLER

Figur 1: Andeler kommuner som har drøftet tilbudet	9
Figur 2: Andel som har etablert tilbudet i 2003 og 2013	10
Figur 3: Antall som har startet opp med tilbudet i ulike årstall	11
Figur 4: Andel med planer om å starte opp tilbudet	12
Figur 5: Planlagt tidspunkt for oppstart av tilbudet	13
Figur 6: Oppgitte årsaker til ikke å ha etablert tilbudet	14
Figur 7: Målgrupper for besøkene	16
Figur 8: Informasjonskanaler for å nå målgruppene	18
Figur 9: Rutiner for å avtale det enkelte besøk	18
Figur 10: Andel som tilbyr ett og flere hjemmebesøk	20
Figur 11: Ansvarshavende enhet for hjemmebesøkene	22
Figur 12: Yrkesgrupper som utfører hjemmebesøkene	24
Figur 13: Metoder i kartleggingen av de eldre sin situasjon	25
Figur 14: Temaer som tas opp under hjemmebesøket	26
Figur 15: Hjemmebesøkets hovedprofil	27
Figur 16: Andel som dokumenterer hjemmebesøket	29
Figur 17: Opplæring til dem som utfører hjemmebesøkene	31
Tabell 1: Eldre som fikk tilbud om hjemmebesøk siste år	19
Tabell 2: Antall minutter per hjemmebesøk	21
Tabell 3: Andel som resulterer henvisning/videre tiltak	28

INNLEDNING

BAKGRUNN

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2011 et program for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen. Som følge av dette pågår det nå seks regionale utviklingsprosjekter i regi av utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Sentrene skal prøve ut metodikk, samt dokumentere og spre erfaringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 144). På Vestlandet gikk de fire utviklingssentrene sammen med Senter for omsorgsforskning Vest om et fellesprosjekt i fire deler. Del 1 av prosjektet var å gjøre en kartlegging av arbeidsmetodikk og utbredelse av forebyggende hjemmebesøk i kommunene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane ved hjelp av spørreskjema. Resultatene finnes i rapporten «Forebyggende hjemmebesøk til eldre - En kartlegging av alle kommunene på Vestlandet» (Førland et al., 2013). Deler av den foreliggende nasjonale rapporten, i særlig grad diskusjonsdelen, bygger på vestlandsrapporten.

I 2003 ble det gjennomført en landsomfattende kartlegging av utbredelse og metoder for forebyggende hjemmebesøk. Denne ble utført av daværende

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Universitetsseksjonen Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus på vegne av Sosial- og helsedirektoratet (Pettersen & Wyller, 2005). Gjennom kartleggingen av status for Vestlandet i 2012 så vi at det ville være nyttig å utvide kartleggingen til hele landet for å se utviklingen i et ti-års perspektiv på landsbasis. Resultatene fra vestlandskartleggingen inngår nå i tallmaterialet som presenteres her i den foreliggende nasjonale rapporten.

HVA ER FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE?

Både i Norge, Norden og verden for øvrig finnes det ulike forståelser, tradisjoner og praksiser knyttet til forebyggende hjemmebesøk til eldre. Slike hjemmebesøk startet noen steder opp allerede på 1970- og 80 tallet. USA, Canada, Japan, Australia, Tyskland, Spania, Nederland, England, Sveits, Danmark, Sverige, Finland og Norge er blant land som har hatt eller har slike tilbud. I England var det tidligere pålagt ved lov å tilby forebyggende hjemmebesøk til eldre, men denne lovreguleringen er tatt bort. I Danmark har kommunene vært pålagt å tilby to årlige forebyggende besøk til hjemmeboende eldre siden midten av 90-tallet. Loven ble i 2010 endret til at kommunene skal tilby minimum ett besøk årlig. I 2012 mottok ca. 25 % av alle eldre over 75 år i Danmark slike besøk (Danmarks Statistikk, 2013). I Sverige er ikke besøkene lovpålagt men sentrale helsemyndigheter har bevilget midler til kommunene med oppfordring om å opprette tilbud om forebyggende besøk (Löfqvist, Eriksson, Svensson, & Iwarsson, 2012). I Norge er det bare noen få kommuner hatt tilbudet i over 10 år. Med en større oppmerksomhet rundt helsefremming, forebygging og tidlig innsats har flere startet tilbud de siste årene, og denne rapporten vil gi et bilde på status per 2013.

Det er mange ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk. Felles for de fleste er målsetningen om å bidra til at eldre opprettholder funksjon og bevarer helsen, og dermed utsetter funksjonsfall og behov for pleietjenester hjemme og i institusjon. Dersom funksjonssvikt oppstår skal en kunne tilby hjelp tidlig.

I Pettersen and Wyller (2005, s. 10) beskrives forebyggende hjemmebesøk som en uoppfordret, oppsøkende og mangesidig individrettet råd- og veiledningstjeneste som foregår i hjemmet, med hovedmål å bevare den Eldres funksjonsevne og helse. Det dreier seg enten om et enkeltbesøk en gang eller besøk som følges opp og gjentas. Forebyggende besøk skiller seg dermed ut fra tradisjonelle helse- og omsorgstjenester i hjemmet ved at det ikke er pleietjeneste eller hjelp i hjemmet etter søknad/henvisning og vedtak.

Tidlige modeller for forebyggende hjemmebesøk la stor vekt på å avdekke sykdom og hjelpebehov gjennom fysiske screeninger og undersøkelser (Fagerström, Wikblad, & Nilsson, 2009). De senere årene har det vært en dreining mot et mer helsefremmende fokus. De nordiske modellene i dag legger størst vekt på intervju og gode samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester (Theander & Edberg, 2005; Vass, Avlund, & Hendriksen, 2007).

HVILKE EFFEKTER OG VIRKNINGER HAR FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE?

Det finnes etter hvert en ganske omfattende internasjonal forskningslitteratur om forebyggende hjemmebesøk til eldre. Vi vil her referere kort til noen sentrale studier som har undersøkt effekt av hjemmebesøkene, og der resultatene er oppsummert i systematiske oversiktsartikler. Den nyeste artikkelen konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk ikke

har en viktig effekt på dødelighet og selvstendighet, men at det ikke kan utelukkes at noen typer forebyggende besøk/modeller kan ha positiv effekt (Mayo-Wilson et al., 2014). Tidligere oversikter viser også sprikende resultat. Noen konkluderer med positiv effekt på funksjonell status, innleggelse i institusjon og dødelighet (Elkan et al., 2001; Huss, Stuck, Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr, 2008; A. Stuck, M. Egger, A. Hammer, C. Minder, & J. Beck, 2002) mens andre finner ikke at besøkene kan redusere sykehjeminnleggelse, bremse nedgang i funksjon eller utsette død (Bouman, van Rossum, Nelemans, Kempen, & Knipschild, 2008; Haastregt, Diederiks, Rossum, Witte, & Crebolder, 2000).

Det har i liten grad vært gjort kvalitative studier for å få større innsikt i eldres opplevelser og erfaringer med å motta forebyggende hjemmebesøk. I forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets program pågår det imidlertid nå slike studier i flere regioner i Norge. I mars 2014 ble en kvalitativ studie fra et doktorgradsarbeid i Norge om temaet publisert. Her oppgir eldre at de satte pris på å få besøk, de trakk fram viktigheten av gode samtaler og at kontakt med fagperson fra kommunen skapte trygghet (Tøien, Heggelund & Fagerström, 2014).

METODE

DATAINNSAMLING

Dataene fra kommunene ble samlet inn i 2012 (Vestlandet) og 2013 (resten av landet). For Vestlandet foregikk datainnsamlingen sommeren og høsten 2012. Rådmennene ble bedt om å oppgi en kontaktperson i sin kommune for et telefonintervju om forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Kontaktpersonene ble deretter kontaktet og intervjuet per telefon med utgangspunkt i et spørreskjema (Førland et al., 2013, s. 3). For resten av landet ble det i mai 2013 sendt e-post til postmottak i kommunene med informasjon om kartleggingen og med spørsmål om sende e-posten videre til en kontaktperson med kjennskap til forebyggende hjemmebesøk som kunne svare på spørreskjemaet. Kommunene ble bedt om selv å vurdere hvem som var best egnet til å svare. Det kunne for eksempel være pleie- og omsorgsleder, forebyggende koordinator eller annen person. E-posten inneholdt lenke til spørreskjemaet (via Questback). Kommunene som ikke svarte via denne lenken ble kontaktet per telefon. Datainnsamlingen foregikk til fram til desember 2013.

UTVALG

Alle norske kommuner, til sammen 428, ble kontaktet med spørsmål om å besvare spørreskjemaet.

INSTRUMENT

Spørreskjemaet er basert på skjemaet som ble brukt i 2003 i den daværende nasjonale kartleggingen av forebyggende hjemmebesøk til eldre. Denne kartleggingen ble gjennomført av daværende Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Universitetsseksjonen Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, på vegne av Sosial- og helsedirektoratet (Pettersen & Wyller, 2005). Skjemaet fra 2003 ble revidert og supplert med noen tilleggsspørsmål for 2012/2013-kartleggingen. Revisjonen ble foretatt i samarbeid med prosjektleder i Vest Sønneve Teigen. Også Helsedirektoratet gav innspill til spørreskjemaet.

Spørreskjemaet (vedlegg 2) bestod av 21 hovedspørsmål. De fleste var avkryssningsspørsmål og noen hadde i tillegg åpne spørsmål der svarerne kunne fylle inn supplerende opplysninger. Blant annet ble kommunene som hadde etablert tilbudet bedt om å svare med egne ord på «Hvilke erfaringer har kommunen med forebyggende hjemmebesøk til eldre». Skjemaet inneholdt blant annet spørsmål om kommunen har tilbudet, målgruppen, hvordan de informerer målgruppen, antall besøk, hvem som foretar besøkene, opplæring som blir gitt, metoder og verktøy, temaer som blir vektlagt og dokumentasjon etter besøkene. Kommuner som ikke har tilbudet fikk spørsmål om årsaken til dette og om eventuelle planer om oppstart.

Følge-informasjon til spørreskjemaet definerte forebyggende hjemmebesøk som «besøk i den Eldres hjem med det formål å styrke den Eldres mulighet for egen mestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig».

ANALYSER

Dataene ble lagt inn i og analysert i statistikkprogrammet IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Statistics 21. Det er gjort deskriptive statistiske analyser av avkryssningsspørsmålene. Spørreskjemaets åpne spørsmål er analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse.

FORSKNINGSETISK GODKJENNING

Prosjektet og datainnsamlingsopplegget ble meldt til Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Prosjektet fikk vedtak om at det kunne igangsettes.

RESULTATER

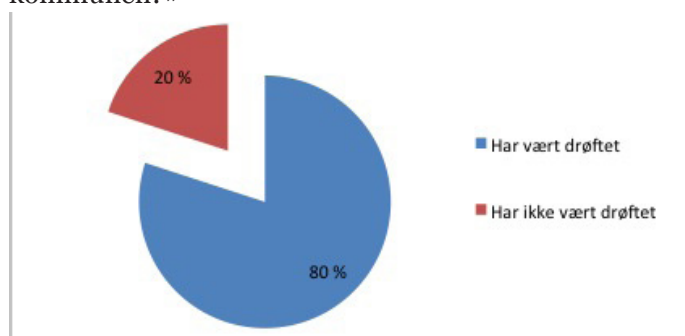
SVARPROSENT

Vi har svar fra 386 av de 428 norske kommunene, det vil si 90,2 %.

HVOR AKTUELT ER TILBUDET FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE I NORSKE KOMMUNER?

Vi ønsket å få svar på hvor kjent og aktuelt tilbudet forebyggende hjemmebesøk er i kommunene. En indikasjon på dette er hvorvidt de har drøftet tilbudet. Vi stilte spørsmålet: «Har tilbudet vært drøftet i kommunen?»

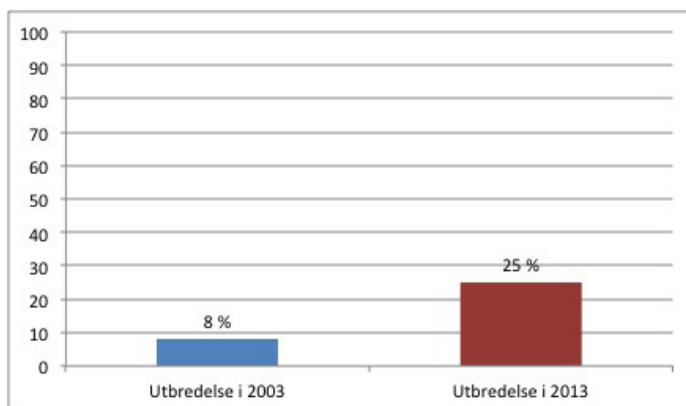
Figur 1: Andeler kommuner som har drøftet tilbudet. N=378.



Langt de fleste norske kommuner har diskutert tilbudet. Kun i 20 % av kommunene oppgis det at tiltaket ikke har vært drøftet.

HVOR UTBREDT ER TILBUDET I NORSE KOMMUNER OG HVORDAN HAR UTVIKLINGEN VÆRT?

Et kjernespørsmål i kartleggingen var å undersøke hvor mange kommuner som har etablert tilbudet i 2013 og hvordan utviklingen har vært siden forrige nasjonale kartlegging i 2003.



Figur 2: Andeler kommuner som har etablert tilbudet i 2003 og 2013. N=386.

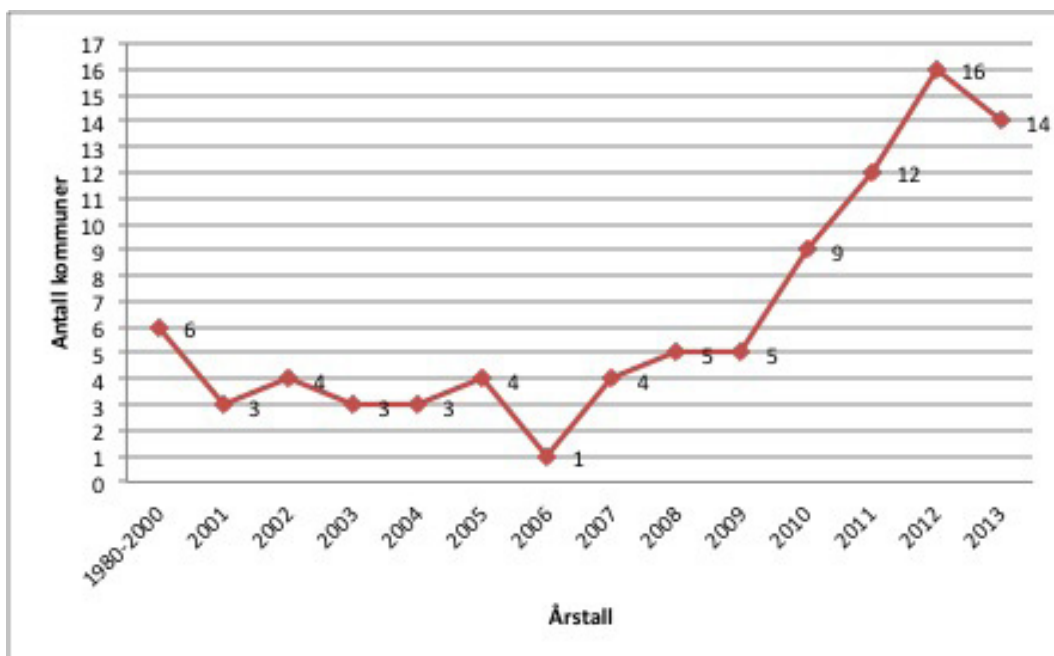
Av de 386 kommunene som har svart på spørreskjemaet har 96 etablert tilbudet per 2013, det vil si 25%. Det har i ti-årsperioden 2003-2013 vært en økning fra 8 til 25 % av kommuner med forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Ser vi nærmere på enkeltkommuner finner vi at alle de fem største kommunene i Norge har etablert tilbudet i 2013 (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum). I folketall utgjør disse kommunene alene 27 % av Norges befolkning.

Noen kommuner oppgav at de ikke gjennomfører forebyggende hjemmebesøk til eldre, men i stedet inviterer til informasjonsmøter eller egne kurs. Et eksempel på et slikt kurs som tilbys er «Lyst på livet»

som er utviklet av Kunnskapssenteret i samarbeid med Pensjonistforbundet og Sandefjord kommune (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Noen kommuner inviterer både til kurs og tilbyr oppsøkende hjemmebesøk til bestemte målgrupper.

Figur 3: Antall nye kommuner som har startet opp med tilbudet i ulike årstall. N=89.

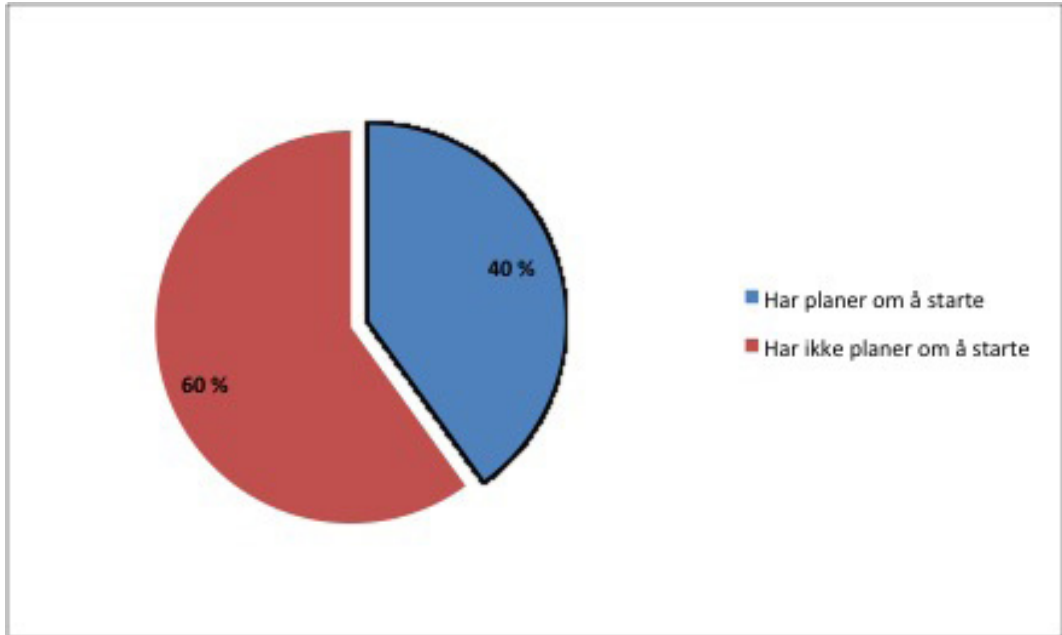


En kommune oppgir å ha startet opp i 1980 (Hamar) og fem andre før 2000. De fleste nyetableringene har foregått de siste tre årene. I 2012 startet 16 nye kommuner opp med tilbudet og 14 i 2013. Vi skal her ta med at noen av kommunene kan ha etablert tilbudet høsten 2013 etter at de hadde svart på spørreskjemaet.

HVOR MANGE KOMMUNER HAR PLANER OM Å STARTE OPP TILBUDET?

Kommunene som ikke hadde etablert forebyggende hjemmebesøk til eldre ble spurt om de har planer om å starte opp tilbudet.

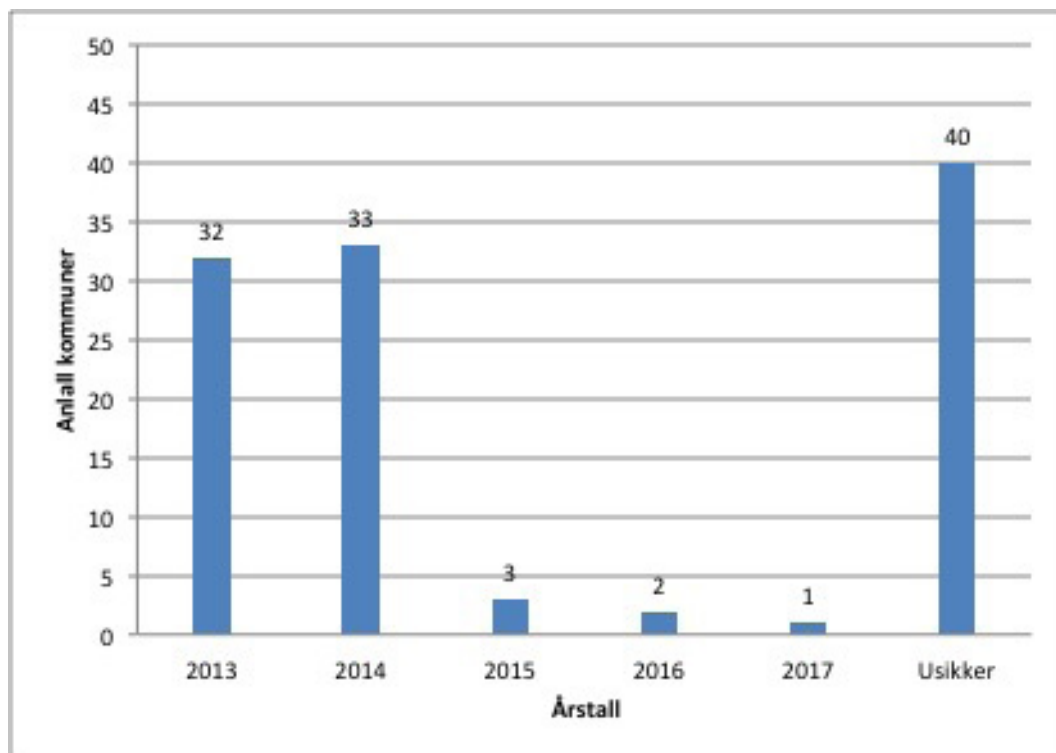
Figur 4: Andeler av kommuner med planer om å starte opp tilbudet. N=285.



Som vi så av figur 2 har 75 % av kommunene ikke etablert forebyggende hjemmebesøk til eldre. 40 % (113) av disse oppgav at de har planer om igangsetting av tilbudet.

Figur 5: Planlagt tidspunkt for oppstart av tilbudet. Antall kommuner. N=111.

Kommunene som krysset av på at de har planer om igangsetting av tilbudet ble også spurt om *når* de planlegger oppstart.

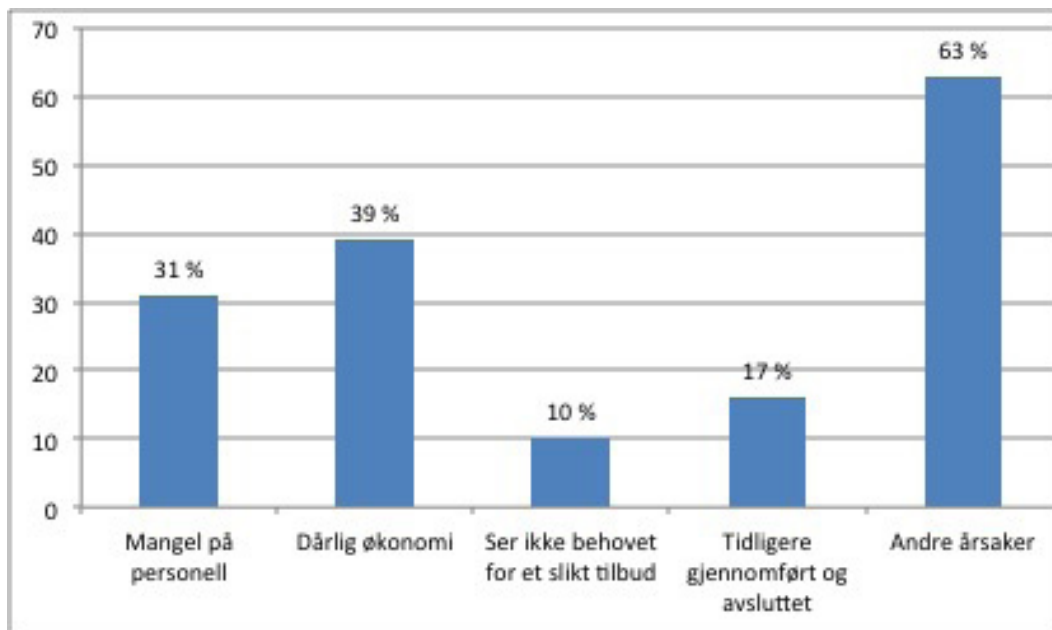


111 av 113 kommuner med planer om oppstart svarte på dette spørsmålet. Mange av dem er usikker på planlagt oppstartstidspunkt (40), mens 32 og 33 kommuner oppgir henholdsvis 2013 og 2014 som oppstartsår.

HVA OPPGIS SOM ÅRSAKER TIL IKKE Å HA ETABLERT TILBUDET?

Kommunene som ikke hadde startet opp tilbudet (75 %) ble spurt om hvorfor det ikke var etablert.

Figur 6: Oppgitte årsaker til ikke å ha etablert tilbudet. Prosent.



Kommunene kunne krysse av på flere av kategoriene. Dårlig økonomi oppgis som viktigste enkeltårsak (39 %), dernest mangel på personell (31 %). Vi merker oss at 17 % (38 kommuner) oppgir at de tidligere har hatt tilbudet men avsluttet det. Mange oppgir dessuten andre årsaker. Av disse gjentar mange at tilbudet ikke kan prioriteres innen rammene de har til rådighet, eller at andre helsefremmende og forebyggende tiltak er prioritert eller ønskes prioritert (helsestasjon for eldre, hverdagsrehabilitering, innsatsteam, frisklivssentral, fallforebygging, oppsøkende demenskoordinator, aktiviserende tiltak for eldre).

Mange svarer at de er en liten kommune der de har god oversikt over hvem som trenger hjelp, for eksempel via hjemmetjenesten, fastlegen, fysioterapeut, feier¹ eller pårørende. De mener de kommer tidlig i kontakt

¹ Et kuriøst, men illustrerende eksempel er følgende svar fra en liten kommune: «Har god oversikt over heimebuande eldre i kommunen. Mange har praktisk bistand jevnlig og vi har dermed oversikt. Er nok eit godt tiltak i større kommunar og i kommunar der alle ikkje kjenner alle. I vår kommune har ein god kontakt med feieren for eksempel, og han har nokre gongar kome og gitt beskjed om forhold som ein bør sjå på».

med de som trenger hjelp, og at det er lav terskel for å be om hjelp. En kommune svarer at siden de har et lite miljø er de redd det vil oppleves som kommunen trækker over en privat grense med å tilby oppsøkende besøk. Noen oppgir at de foretar kartleggingsbesøk dersom de mottar søknad om en kommunal tjeneste eller en bekymringsmelding.

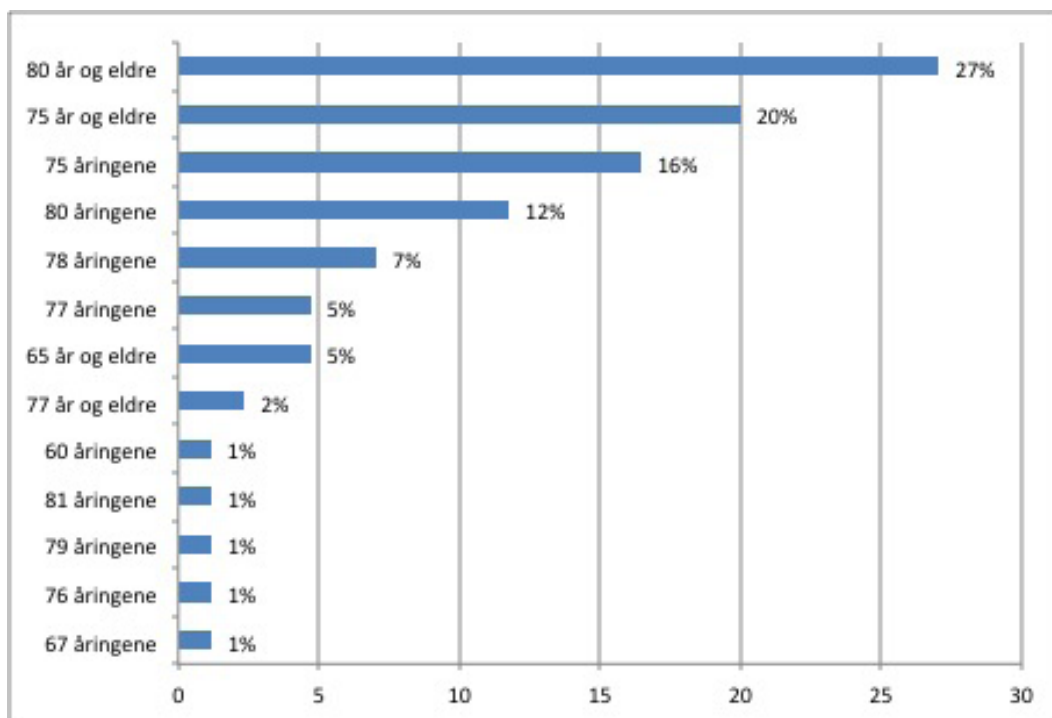
Mange kommuner svarer at tilbudet diskuteres eller er i en planleggingsfase, der det jobbes med å utarbeide rutiner, hvem som skal gjennomføre hjemmebesøkene og hvordan. Noen kommuner prøver ut tiltaket i et prosjekt/forprosjekt. Noen oppgir at de mangler metodikk eller verktøy, og ønsker at det ble utviklet en egen nettside der en kunne tatt opp aktuelle spørsmål, problemstillinger, maler, løsninger og svar. Noen skriver at de mangler personell med relevant kompetanse, eller at de ikke har økonomi til å ansette noen. Mange uttaler at de har tro på at det er et nyttig tiltak på sikt, mens noen uttrykker at de aldri har hørt om tilbudet eller vet hvordan det kan gjøres.

HVEM ER MÅLGRUPPER FOR HJEMMEBESØKENE?

ALDERSGRUPPER

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om hvilke aldersgrupper som gis tilbudet om forebyggende hjemmebesøk, og om det gjøres unntak for de som allerede har kommunale pleie og omsorgstjenester.

Figur 7: Målgrupper for besøkene. Prosent. N=85.



Noen kommuner tilbyr hjemmebesøket kun for *bestemte årganger*, andre for *alle over en viss alder*. Det vanligste er å tilby besøk til *alle i kommunen som er 80 år og eldre* (27 %), dernest til alle over 75 år (20 %). 16 % av kommunene gir tilbudet til dem som er *nøyaktig 75 år* i løpet av året og 12 % til dem som er *nøyaktig 80 år*.

MER MÅLRETNING TIL ANDRE GRUPPER AV ELDRE:

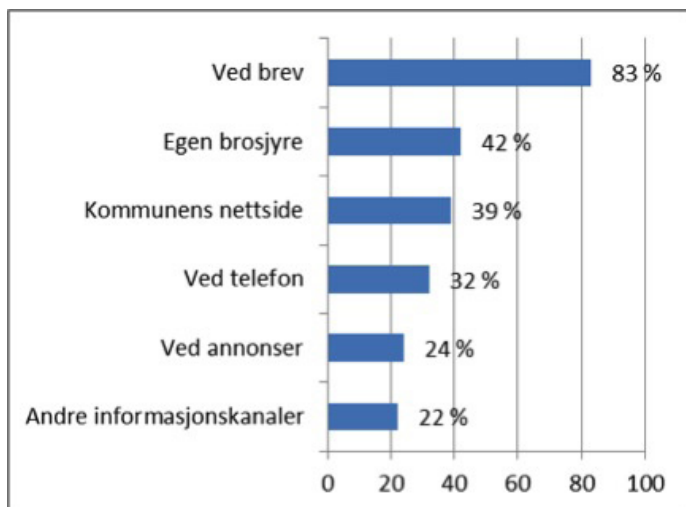
Av de 96 kommunene med tilbudet krysset 50 % av at *alle* i oppgitt målgruppe får hjemmebesøk. Den andre halvparten oppgav at det gjøres *unntak*. Av dem som gjør unntak oppgav 34 av 92 at det gjøres unntak for mottakerne av kommunale pleie og omsorgstjenester. I disse kommunene går altså ikke tilbudet ut til dem som allerede har pleie- og omsorgstjenester, men kun til dem som *ikke* har slike kommunale tjenester.

Noen kommuner oppgir at de også tilbyr forebyggende hjemmebesøk til andre som henvender seg og ønsker besøk, i tillegg til spesifikke aldersgrupper. Det kan være etter henvendelse fra for eksempel lege, hjemmetjeneste, pårørende der en er bekymret for endret funksjonsnivå. Noen tilbyr hjemmebesøk til eldre med spesielle helseutfordringer som fallproblematikk, begynnende demens eller KOLS, eller til eldre innbyggere med innvandrerbakgrunn.

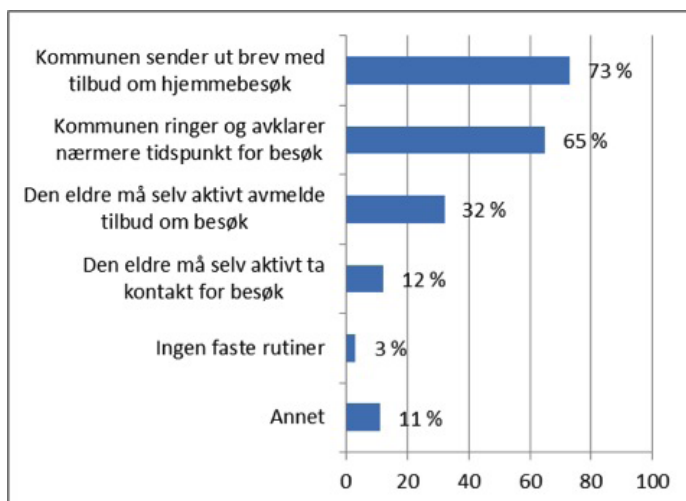
Som eksempel på større målretting skriver en kommune i sin kommentar følgende: «Vi har tidligere prøvd ut en modell med besøk til alle 80+. Dette avdekket at svært mange er veldig godt fungerende og ressurssterke. Har derfor nå gått for en modell med mer målrettede besøk i samarbeid med bl.a. fastleger, hjemmetjenester og eldresentre».

HVORDAN INFORMERER KOMMUNEN OM TILBUDET OG HVORDAN AVTALER DE BESØKENE?

De 96 kommunene med forebyggende hjemmebesøk ble spurt om hvilke informasjonskanaler de bruker for å nå målgruppene (figur 8). Etter at tilbudet er gjort kjent for målgruppene generelt skjer det en kontaktetablering med den enkelte eldre. Den enkelte får tilbud om hjemmebesøk og hvis den eldre takker ja, avtales tidspunkt for besøket. Figur 9 viser hvilke rutiner har kommunen for dette? Flere svar var mulig å krysse av på disse to spørsmålene.



Figur 8: Informasjonskanaler for å nå målgruppene. N=95.



Figur 9: Rutiner for å avtale det enkelte besøk. N=94.

Det vanligste (83 %) var å sende brev for å informere om tilbudet. 42 % har egen brosjyre og 39 % informerer gjennom kommunens nettside. Telefon og annonser blir også brukt av en del kommuner. Av andre kommunikasjonskanaler nevnes besøk i lag, foreninger og eldresentre, informasjon via fastleger og hjemmetjenester og reportasjer i lokale medier.

Figur 9 viser at også for å avtale det enkelte konkrete besøk med den eldre er det vanligst å sende ut brev (73 %), men mange kommuner bruker også telefon for dette. Mange kommunen tar altså kontakt per telefon etter brev er sendt for å informere og å høre om tidspunkt passer. Om lag en tredjedel praktiserer at den eldre selv må avmelde besøket etter at konkret tilbud om besøk er gitt.

HVOR MANGE TAR I MOT BESØK?

Tabell 1: Eldre som fikk tilbud om og som hjemmebesøk siste år. N=60.

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om hvor mange eldre som i løpet av siste år *fikk tilbud* om hjemmebesøk, og hvor mange som *tok i mot*.²

	ELDRE SOM FIKK TILBUDET SISTE ÅR	ELDRE SOM TOK I MOT TILBUDET SISTE ÅR
Sum alle kommuner	12290	6414
Andel som tok i mot besøk av alle som fikk tilbud om besøk		52
Gjennomsnitt	208	107
Standardavvik	322	140
Minimum	4	0
Maksimum	1500	700
Kvartil 25 %	30	15
Kvartil 50 %	70	45
Kvartil 75 %	300	138

Vi har svar fra 60 kommuner med tilbudet på dette spørsmålet. Antall eldre som fikk tilbud om hjemmebesøk varierte mye fra kommune til kommune,

fra 4 (Bykle) til 1500 (Bærum). Totalt fikk 12290 tilbud om besøk, med et gjennomsnitt på 208 personer per kommune.

Antall som tok i mot varierte fra 0 (Suldal) til 700 (Tønsberg) personer. Totalt 6414 personer tok i mot besøk og gjennomsnittet for kommunene var 107 personer.

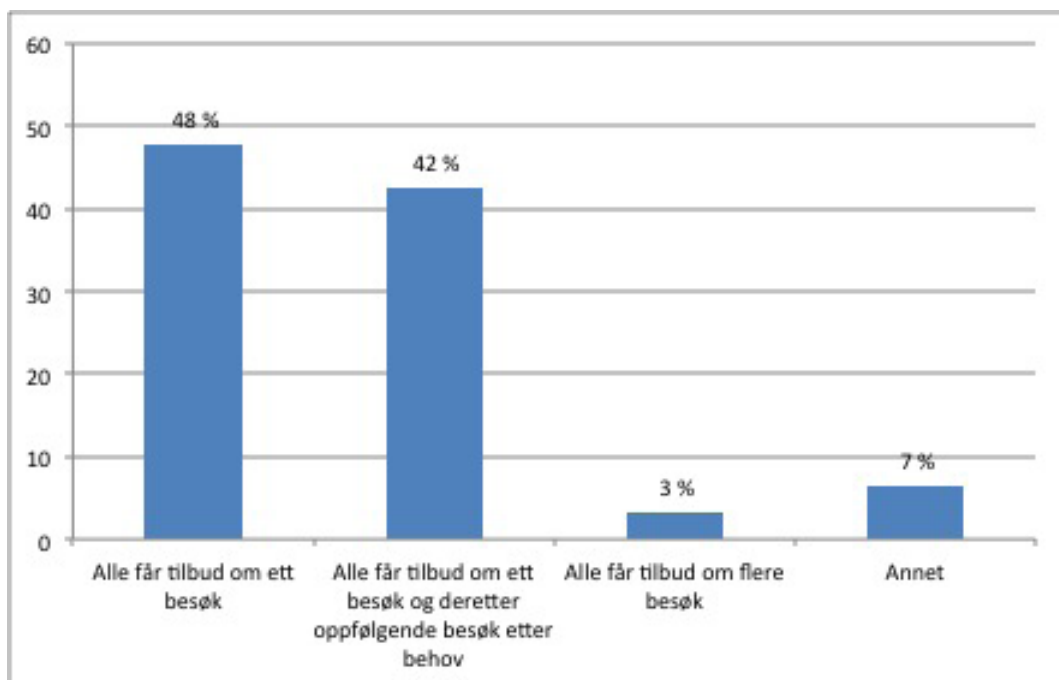
Det høye standardavviket viser at det var stor variasjon både med hensyn på antall som ble gitt tilbud og antall som tok i mot besøk. Dette må forklares med forskjeller i innbyggertall.

52 % av alle som fikk tilbudet, tok i mot besøk.

² Spørsmålene lød slik: «Hvor mange eldre fikk tilbudet i løpet av 2012» og «Hvor mange eldre tok i mot tilbudet i 2012». For Vestlandet ble det spurt om situasjonen i 2011, ettersom denne kartleggingen foregikk sommer/høst 2012. Antall personbesøk er sannsynligvis noe høyere ettersom noen få kommuner oppgav at de regnet besøk til ektepar som et besøk, og ikke to.

HVOR MANGE BESØK TILBYS?

Gir kommunene tilbud om *ett eller flere besøk* til de eldre?



Det vanligste er å tilby ett besøk *én gang* (48%). 42% oppgir at de gir tilbud om oppfølgende besøk *ved behov*, mens 3% gir tilbud om *oppfølgende besøk til alle*.

Figur 10: Andel av kommunene som tilbyr ett og flere hjemmebesøk. N=92.

HVOR LANG TID BRUKES PÅ HJEMMEBESØKENE?

Kommunene med hjemmebesøk oppgav hvor lang tid som *i gjennomsnitt* brukes på selve hjemmebesøket (uten reisetid).

Tabell 2: Antall minutter per hjemmebesøk. N=86.

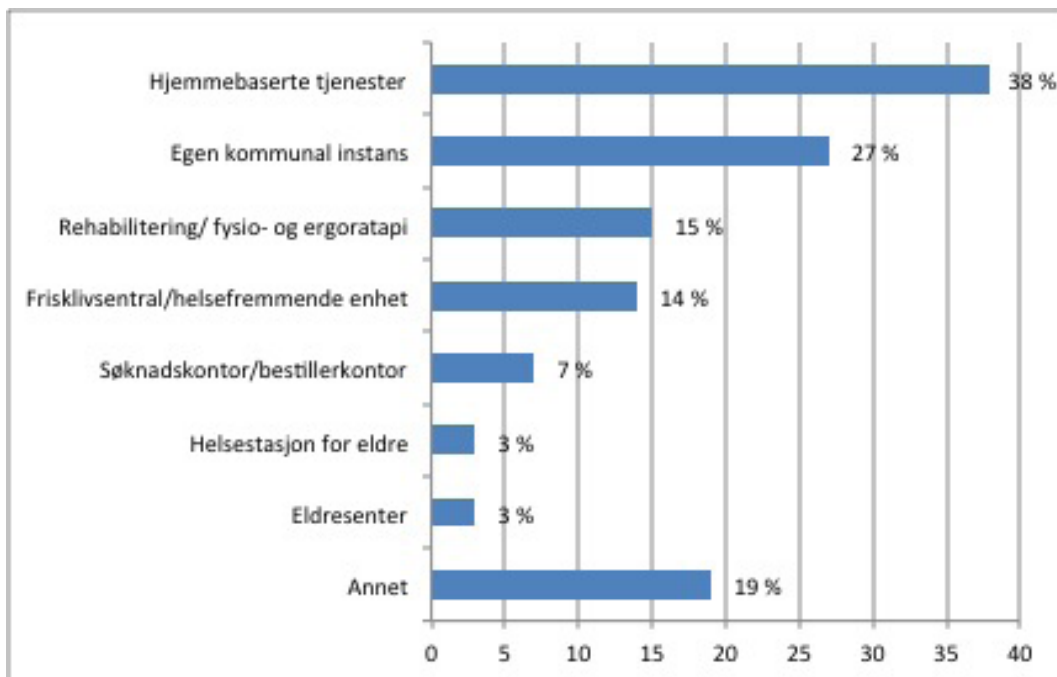
	HVOR LANG MINUTTER BRUKES I GJENNOMSNIITT PÅ SELVE HJEMMEBESØKET
Gjennomsnitt-tid	74
Median	60
Mode	60
Standardavvik	24
Minimum-tid	20
Maksimum-tid	120

Det vanligste er at hjemmebesøkene varer en time. 37% av kommunene angav dette, mens 22% oppgav 1,5 time, 12% oppgav to timer og 7% oppgav 45 minutter. De andre kommunene oppgav andre varigheter, varierende fra minimum 20 minutter til maksimum 120 minutter.

HVILKEN ENHET I KOMMUNEN ORGANISERER HJEMMEBESØKENE?

Kommunene fikk spørsmål om hvilken enhet i kommunen som organiserer den daglige virksomheten av hjemmebesøkene. Flere svar var mulig.

Figur 11: Ansvarshavende enhet for hjemmebesøkene. Prosent. N=93.



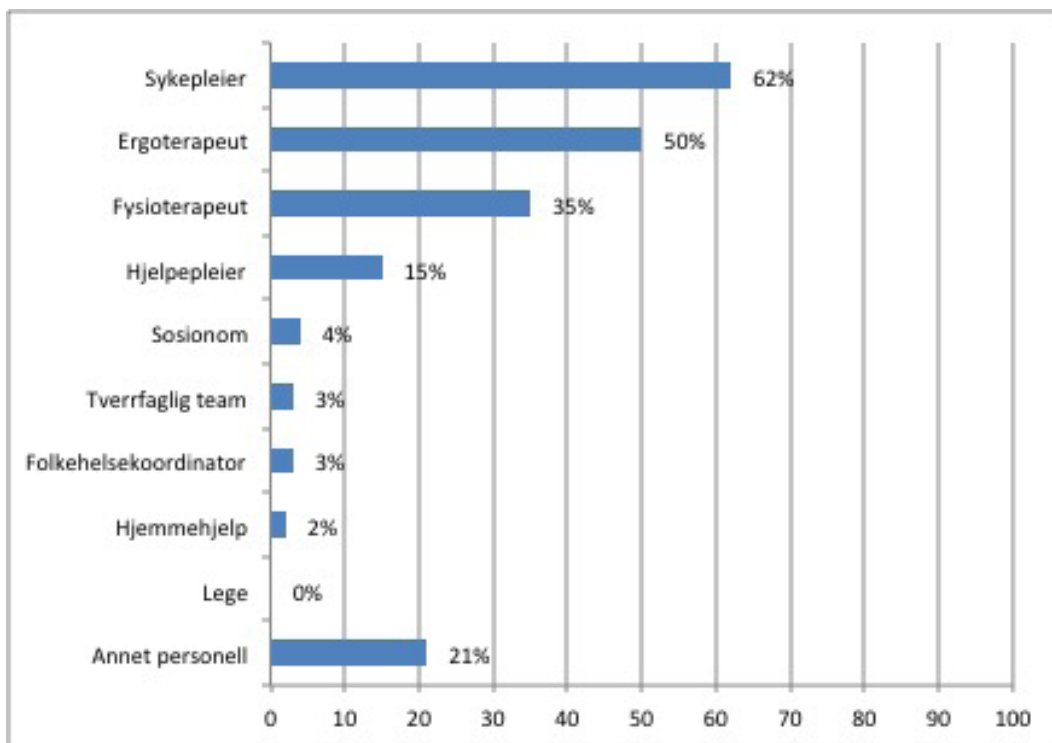
Forebyggende hjemmebesøk er ulikt organisatorisk forankret i kommunene. Det vanligste er å organisere tilbudet som del av hjemmebaserte tjenester (38 %). En del kommuner har forebyggende hjemmebesøk som egen kommunal instans (27 %), andre knyttet til avdeling for rehabilitering/fysio- og ergoterapi (15 %) og frisklivssentral/helsefremmende enhet (14 %).

HVILKE YRKESGRUPPER FORETAR HJEMMEBESØKENE?

Ettersom forebyggende hjemmebesøk er et forholdsvis nytt kommunalt tiltak er det interessant å se nærmere på hvilke yrkesgrupper som preger denne tjenesten. Dette er spesielt interessant fordi det kan antas at ulike profesjoner står i ulike helse- og sosialfaglige tradisjoner og har ulik vektlegging av forebygging og helsefremming.

I spørreskjemaet ble følgende spørsmål stilt: Hvem foretar hjemmebesøkene? Kommunene ble bedt om å krysse av for de yrkesgruppene de benytter for å gjennomføre hjemmebesøkene:

- Sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Hjelpepleier
- Hjemmehjelp
- Sosionom
- Lege
- Folkehelsekoordinator
- Tverrfaglig team
- Andre



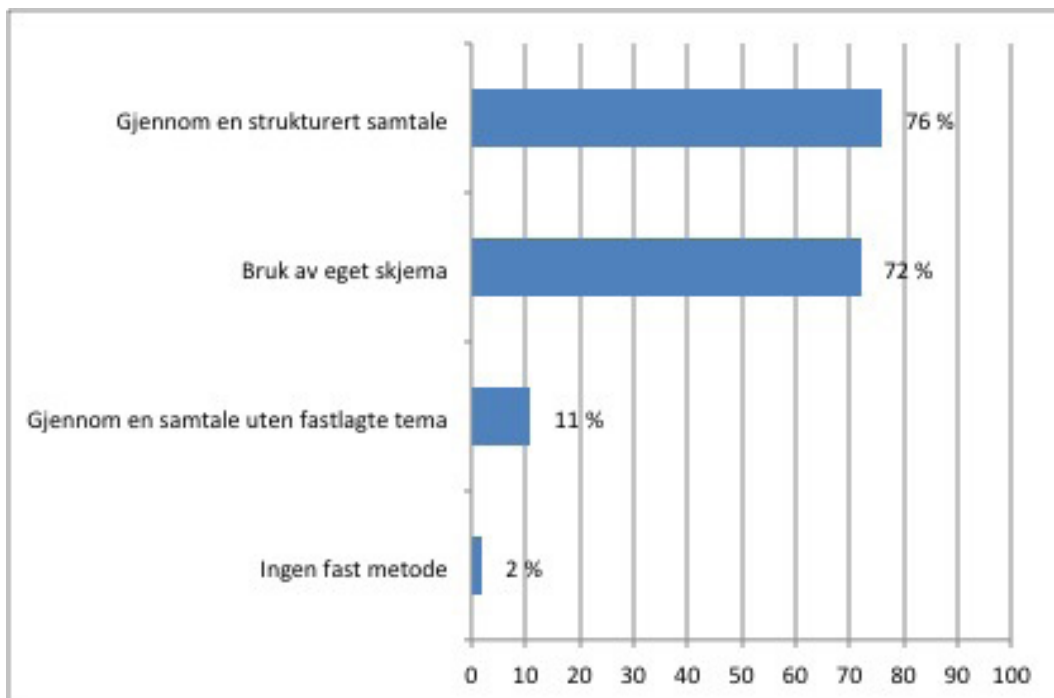
62 % av kommunene benytter sykepleiere, 50 % ergoterapeuter og 35 % fysioterapeuter. Av annet personell nevnes primært de nevnte yrkesgruppene med videreutdanning, men også vernepleier, universitetsutdannet samtalerapeut, aktivitør og leder av frivillighetssentralen. Ingen kommuner oppgav at leger foretar slike hjemmebesøk.

Figur 12: Yrkesgrupper som utfører hjemmebesøkene. Prosent. N=94.

HVILKE METODER BLIR BRUKT FOR Å KARTLEGGE DE ELDRE SIN SITUASJON?

Figur 13: Metoder i kartleggingen av de eldre sin situasjon. Prosent. N=85.

Det ble stilt spørsmål om hvilke metoder som blir benyttet til ved hjemmebesøkene for å kartlegge de eldre sin situasjon. Flere svar var mulig.



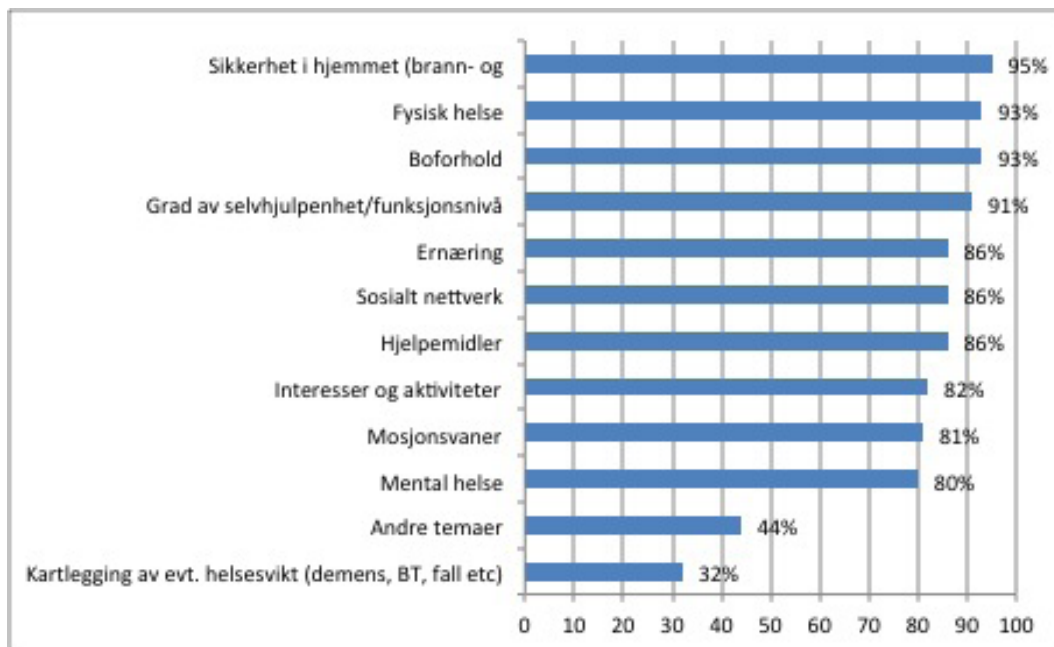
De fleste kommuner oppgir at gjennomfører strukturerte samtaler under hjemmebesøkene (76 %) og at de bruker eget skjema som hjelpemiddel (72 %).

HVILKE TEMAER BLIR TATT OPP OG HVA ER FAGLIG PROFIL?

Kommunene som har forebyggende hjemmebesøk ble bedt om å oppgi hvilke tema som tas opp i møtene med de eldre. De ble bedt om å krysse av på følgende alternativer:

- Boforhold
- Sikkerhet i hjemmet (brann, fall og ulykkesforebygging)
- Hjelpemidler
- Ernæring
- Mosjonsvaner
- Fysisk helse
- Mental helse
- Grad av selvhjelpenhet/funksjonsnivå
- Interesser og aktiviteter
- Sosialt nettverk
- Kartlegging av evt. helsesvikt (demenstester, blodtrykk, falltendens etc)
- Andre. Beskriv

Figur 14: Temaer som tas opp under hjemmebesøket. Prosent.

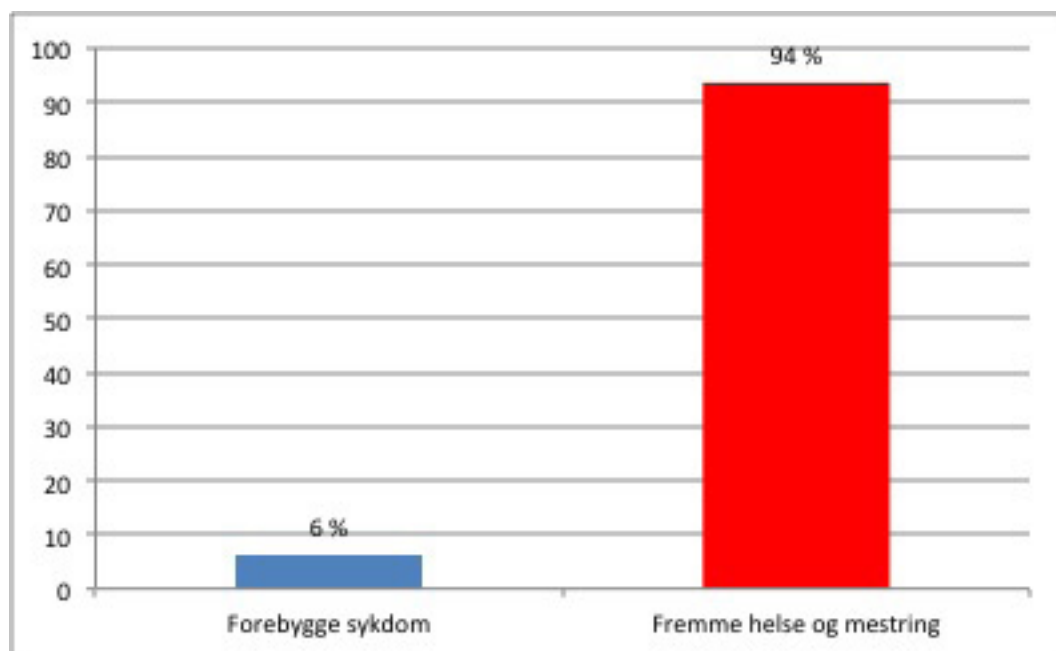


Sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold og temaer knyttet til selvhjelpenhet og funksjonsnivå vektlegges i over 90 % av kommunene. Også de andre nevnte temaene vektlegges av de fleste kommunene, bortsett fra «kartlegging av evt. helsesvikt (demenstester, blodtrykk, falltendens etc.)». 3 av 10 kommuner vektlegger dette temaet.

Av andre tema som nevnes i tillegg er livskvalitet, aktiviteter og deltakelse i nærmiljøet, medikamentbruk, tannhelse, syn og hørsel, trusler, vold og trygghet, hjelpebehov og informasjon om kommunale tjenester og andre tilbud.

De 96 kommunene med tilbudet ble også bedt om å oppgi om besøkene primært hadde som mål å forebygge sykdom eller å fremme helse og mestring.

Figur 15: Hjemmebesøkets hovedprofil. Prosent. N=93.



Når kommunene ble «tvunget» til å ta stilling til om hjemmebesøkene har et sykdomsforebyggende eller helsefremmende hovedfokus svarte nesten alle at besøkene primært fokuserer på å fremme helse og mestring og ikke primært å forebygge sykdom.

Av åpne kommentarer til spørsmålet var det noen kommuner som poengterte at det var vanskelig å velge kun en av kategoriene ettersom besøkene har begge siktemålene. Andre trakk fram tilleggs-fokus som det å forebygge ulykker og det å bo i eget hjem lengst mulig.

HVOR STOR ANDEL AV BESØKENE RESULTERER I VIDERE TILTAK?

Kommunene fikk spørsmål om å «anslå hvor stor prosentandel av hjemmebesøkene som resulterer i henvisning eller anbefaling av videre tiltak».

Gjennomsnitt	31 %
Median	20 %
Mode	10 %
Standardavvik	25
Minimum	2 %
Maksimum	100 %
Kvartil 25 %	10 %
Kvartil 50 %	20 %
Kvartil 75 %	46 %

Tabell 3: Andel av besøkene som resulterer henvisning eller anbefaling av videre tiltak. N=57.

Vi har kun tall fra 57 av de 96 kommunene med forebyggende hjemmebesøk. I gjennomsnitt resulterte 31 % av besøkene i disse kommunene med henvisning eller anbefaling av videre tiltak. Forskjellene mellom kommunene var stor, varierende fra 2 til 100 prosent. Høyt standardavvik viser det samme.

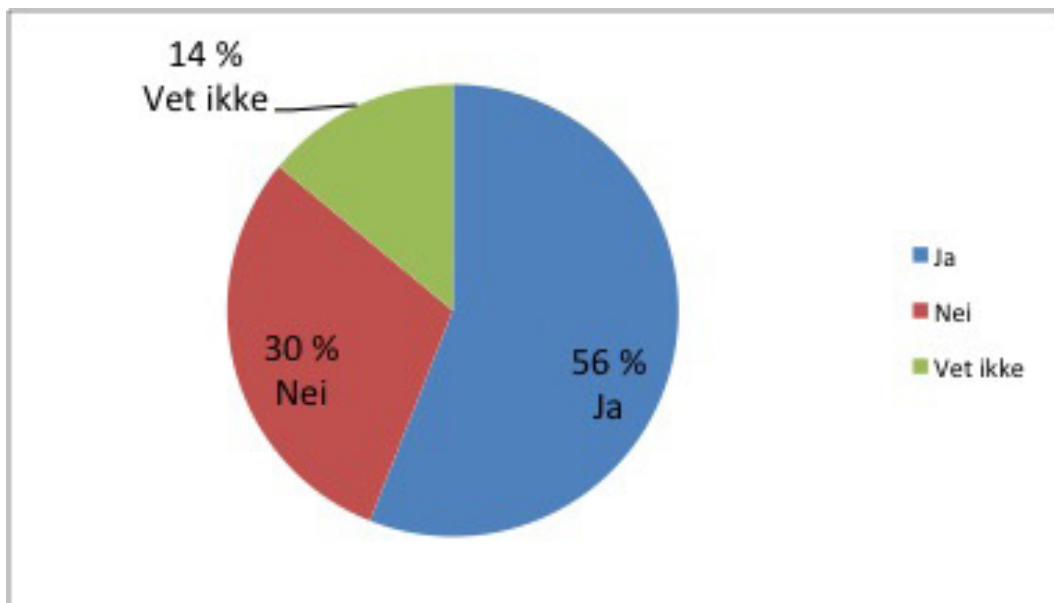
Vi skal her være oppmerksom på at spørsmålet kan ha blitt tolket på ulike måter. «Henvisning» assosieres gjerne med henvisning til spesifikk behandling. «Anbefaling av tiltak» er åpnere og assosieres gjerne aktiviteter og tiltak i nærmiljøet og hjemmet.

En kommune kommenterte for eksempel sitt svar slik: «Tenker en på tiltak som hjelpemidler, hjemmetjeneste, psykisk hjelp, besøksvenn o.l. er det ikke mange, kanskje 6 %. Tenker en på alle som motiveres til å delta i gågrupper, treningsgrupper, aktiviteter på eldresenter, kurs i folkeuniversitetet, melder seg inn i forening, tar bort matter, setter opp gelender, tilretteleggerbolig med tanke på fremtiden o.l. så er det veldig mange. kanskje 50 %».

DEFINERES DET FOREBYGGENDE HJEMMEBESØKET SOM HELSEHJELP MED DOKUMENTASJONSPLIKT?

Figur 16: Andeler av kommunene som dokumenterer hjemmebesøket. N=93.

Vi stilte spørsmålet: «Defineres det forebyggende hjemmebesøket som helsehjelp med dokumentasjonsplikt?» 93 av de 96 kommunene med forebyggende hjemmebesøk svarte.



Litt over halvdel (56%) av kommunene som gir forebyggende hjemmebesøk til eldre definerer tilbudet som helsehjelp med dokumentasjonsplikt. 30% dokumenterer ikke hjemmebesøket mens 14% oppgir at de er usikre.

Kommuner som definerer forebyggende hjemmebesøk som helsehjelp med dokumentasjonsplikt:

Kommunene som svarte «ja» på spørsmålet om dokumentasjonsplikt ble bedt om å utdype dette. Svarene viser en stor variasjon og dokumentasjon gjøres på mange forskjellige måter. Vi har sortert svarene og oppsummerer når det dokumenteres, hva som dokumenteres og hvordan.

NÅR DOKUMENTERES DET?

Flere kommuner oppgir at de dokumenterer dersom personen de besøker samtykker til det. Noen skriver at de i utgangspunktet dokumenterer, men gir personen muligheten til å reservere seg. En del kommuner dokumenterer hjemmebesøkene dersom de leder til et oppfølgingstiltak eller henvisning videre i hjelpeapparatet.

HVA DOKUMENTERES?

Her spenner svarene fra at det kun dokumenteres at personene har fått tilbud og om de eventuelt har tatt imot tjenesten, til utfyllende funksjonsrapport om den enkelte som har fått besøk. Mange oppgir at de skriver et oppsummeringsnotat eller sammendrag om hva som har blitt snakket om på besøket, og noen kommenterer at det er for å kunne gi en god oppfølgingssamtale i etterkant, for eksempel året etter. Noen dokumenterer i et forhåndsdefinert skjema som fylles ut under hjemmebesøket. Dette kan være ulike helseopplysninger, boforhold og informasjon relatert til sikkerhet og fall og andre ulykker. Noen få oppgir at de registrerer i IPLOS, og noen dokumenterer at besøket leder til tiltak.

HVORDAN OPPBEVARES DOKUMENTASJONEN OG HVEM HAR TILGANG?

En del kommuner oppbevarer denne dokumentasjonen i egne permer og arkivskap som kun er tilgjengelige for de som jobber med forebyggende besøk. Mange dokumenterer i det elektroniske pasientjournalssystemet som kommunen bruker (CosDoc, Geric, Profil). Her har en del fått laget egne journaler eller områder for forebyggende besøk. Skjema scannes inn eller det skrives egne elektroniske notater. Det varierer om det er åpen tilgang for andre virksomheter i kommunen eller ikke. Noen oppgir at de legger dokumentasjon inn i pasientjournalssystemet til fastlege.

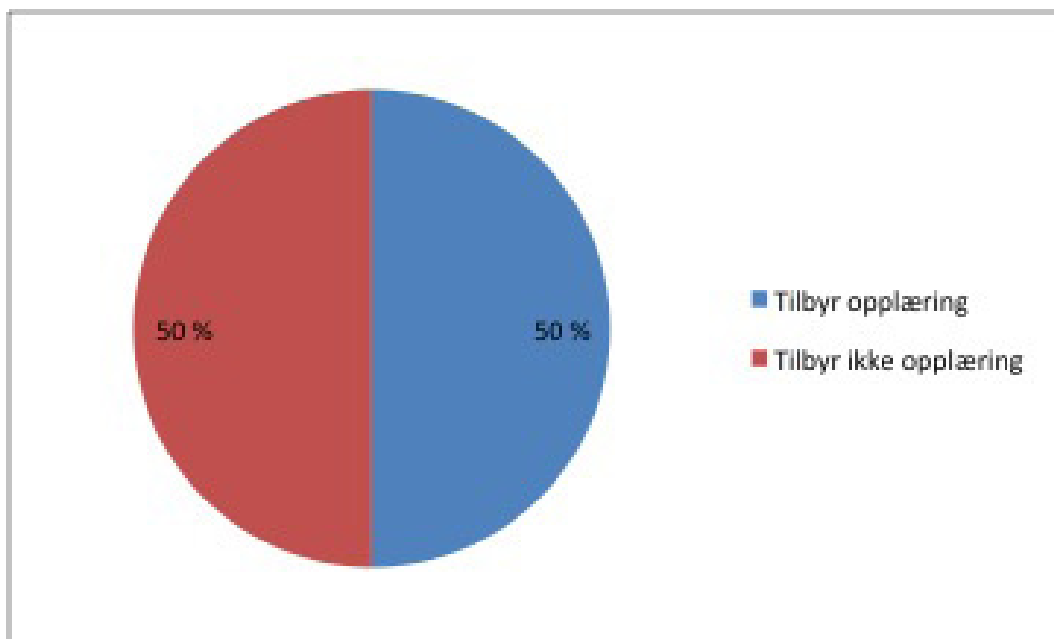
Kommuner som ikke definerer forebyggende hjemmebesøk som helsehjelp med dokumentasjonsplikt:

Disse kommunene fikk tilleggsspørsmålet: «Gjøres det likevel dokumentasjon? Og i tilfelle hva og hvor oppbevares den?» Også her kom det ulike svar. Noen dokumenterer kun om personene har tatt imot tilbudet eller ikke, andre skriver noen få setninger fra besøket, noen fyller ut skjema som oppbevares. Her varierer det også om en bruker fysiske arkiv eller elektroniske.

TILBYR KOMMUNEN OPPÆRING TIL DEM SOM UTFØRER BESØKENE?

Figur 17: Opplæring til dem som utfører hjemmebesøkene. Prosent. N=93.

Vi stilte spørsmål om kommunen tilbyr spesiell opplæring til de som utfører besøkene.



50 % av kommunene med forebyggende hjemmebesøk til eldre tilbyr spesiell opplæring til dem som utfører besøkene.

Kommunene som svarte ja på spørsmålet ble bedt om å spesifisere hvilken type opplæring. Av kommentarer nevnes at hjemmebesøker har tatt ulike relevante eksterne kurs, for eksempel kurs om kommunikasjon, motiverende samtaler, hjelpemidler, brannvern, kurs på høyskoler etc., og deltatt på konferanser, for eksempel erfaringskonferansene om helsefremmende og forebyggende arbeid til eldre. Av andre type opplæring nevnes opplæring i bruk av skjemaer, sjekklister og verktøy. Noen trekker fram at den kompetansen som er etablert i kommunen gjennom flere år overføres til nye ansatte og videreutvikles gjennom møter og drøftinger internt. Andre trekker fram at kommunen, som del av opplæring og forberedelse, har hatt kontakt med andre kommuner som har lengre erfaring med å gi tilbudet.

Svarene tyder på at det ikke er nyutdannede, men erfarne helsearbeidere som settes til denne jobbfunksjonen, gjerne personer med videreutdanning. Ellers som en kommune svarte: «Kompetansekrav ved tilsetting er høyskoleutdanning som helsepersonell, enten lang erfaringsbasert kompetanse innenfor helsefremmende og forebyggende virksomhet, eller videreutdanning innenfor området, samt praksis».

ERFARINGER FRA BESØKENE

Spørreskjemaet ble avsluttet med et åpent spørsmål: «Hvilke erfaringer har kommunen med forebyggende hjemmebesøk til eldre?» Alle sitatene er gjengitt i vedlegg 1.

Oppsummert: Kommunene uttrykker seg i overveiende grad i positive vendinger når de svarer på spørsmålet. De får mye positive tilbakemeldinger fra de eldre, og noen ganger også fra pårørende. De opplever at de eldre setter pris på å få informasjon om kommunale tilbud og tilbud fra frivillige organisasjoner, at besøkene skaper kontakt og trygghet og bidrar til tillit til kommunen. De har inntrykk av

at de eldre opplever det som positivt at de gjennom besøket erfarer at ikke er glemte, men husket på av kommunen. De tror besøket gir lavere terskel for at de eldre tar kontakt seinere, og at dette bidrar til at de kan bo lenger i egen bolig. Noen kommuner mener besøkene bidrar til å rekruttere eldre til trim og andre aktiviteter i nærmiljøet. I tillegg opplever noen at besøkene bidrar til å forebygge sykdom, og særlig fallulykker, ved at det fokuseres på omgivelser, lysforhold og farer. Videre trekkes det fram at besøkene bidrar til å skape større bevissthet over hva den eldre selv kan gjøre for å holde seg aktiv og frisk og bli boende hjemme lenger.

Mange kommuner sitter med inntrykk av at de som takker nei gjør det fordi de føler seg for spreke. Mange eldre føler seg ikke gamle og er litt overrasket over tilbudet. Det kan i utgangspunktet være en utfordring å få «innpass» blant disse.

HAR KOMMUNEN EVALUERT TILBUDET?

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om hvorvidt det foretatt noen form for evaluering av tilbud om hjemmebesøk i kommunen. 91 kommuner svarte på spørsmålet og 57 % oppgav at de har evaluert tilbudet. Vi skal her være oppmerksom på at mange kommuner har etablert tilbudet forholdsvis nylig (se figur 3).

OPPSUMMERTE FUNN OG DISKUSJON

Vi skal nå oppsummere og diskutere noen av punktene og resultatene som kom frem i kartleggingen, opp mot helsefaglige- og helsepolitiske satsninger og relevant forskning. Vi ser spesielt på utbredelse, målgruppe for hjemmebesøkene, antall besøk, form og innhold i besøkene, kompetansen til de som utfører besøkene, opplæring og dokumentasjonspraksiser. Avslutningsvis i kapitlet vil vi komme med noen refleksjoner over forebyggende og helsefremmende tjenester for eldre i kommunene mer generelt. Kapitlet bygger delvis på drøftingskapitlet i Førland et al. (2013, s. 27–35).

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK ER GODT KJENT I NORSKE KOMMUNER

Når 80 % av kommunene har drøftet tilbudet tyder det på at forebyggende hjemmebesøk til eldre en forholdsvis kjent «sak» i norske kommuner i dag. Det er sannsynlig at dette er særlig stimulert av samhandlingsreformens vektlegging av forebygging og tidlig innsats. Utviklingsprogrammet som nå pågår, i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet gjennom Utviklingssentrene

for sykehjem og hjemmetjenester, har også satt søkelys på saken. Som illustrasjon på dette vil vi nevne at flere kommuner oppgav i åpne kommentarfelt på spørreskjemaet at den nasjonale kommunekartleggingen utgjorde en påminning om saken, og har ført til at den er blitt drøftet i kommunen. At tiltaket synes å være rimelig godt kjent i kommunene betyr imidlertid ikke nødvendigvis at alle har god kjennskap hva dette innebærer og hvilken kompetanse som kreves.

Også regjeringens politiske plattform (Sundvolden-erklæringen av 7. oktober 2013) har satt oppsøkende hjemmebesøk på dagsordenen på nytt. I denne erklæringen, under overskriften «Omsorg for eldre og pleietrengende» heter det: «Regjeringen vil pålegge kommunene å gjennomføre oppsøkende hjemmebesøk for å tilpasse hjelpetiltak til den enkelte» (Sundvolden-erklæringen, 2013, s. 42). Det er foreløpig for tidlig å si hva som konkret ligger i denne formuleringen og hva som skal pålegges kommunene. Det er imidlertid nærliggende å tolke formuleringen nært opp til forebyggende hjemmebesøk til eldre.

TILBUDET HAR FÅTT ØKENDE UTBREDELSE, MEN ER ENNÅ LITE UTBREDT

Noen få kommuner etablerte tilbudet allerede før 2000. Det har vært en gradvis spredning deretter, med sterkest vekst de siste tre årene. Til tross for veksten har kun 25 % av kommunene har etablert tilbudet. Alle de fem største kommunene i Norge hadde imidlertid etablert tjenesten i 2013. Like fullt har *tre av fire kommuner ikke igangsatt et slikt tilbud til sine eldre*. Det kan ut fra disse tallene synes å være en lang vei å gå før tilbudet er blitt normalt i kommune-Norge.

VI KAN FORVENTE EN STERK ØKNING I ANTALL KOMMUNER MED TILBUDET DE NÆRMESTE ÅRENE

Like fullt kan vi forvente en sterk vekst i antall kommuner som etablerer tilbudet i årene som kommer. Dette bygger vi på at 80 % av kommunene oppgir at de har drøftet tilbudet, og at 40 % av kommunene uten tilbudet har planer om å starte opp. Til sammen tilsier dette at vi kan forvente en markant økning av nye kommuner med forebyggende hjemmebesøk til eldre de nærmeste årene. Det er likevel høyst usikkert om alle de 65 kommunene som oppgav at de planlegger oppstart i 2013 og 2014 faktisk kommer til å etablere tilbudet, men gitt at de gjør det, vil det ved utgangen av 2014 anslagsvis være 41 % av norske kommuner med tilbudet, mot 25 % i 2013. Utbredelsen vil selvsagt øke dramatisk dersom regjeringen pålegger kommunene å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk til eldre.

STRAM ØKONOMI OG MANGEL PÅ PERSONELL ER HOVEDÅRSAKER TIL IKKE Å HA ETABLERT TILBUDET

Det er velkjent at dårlig økonomi er ofte er forbundet med lite fokus på forebygging og langsiktighet. Kommunene står overfor utfordrende prioriteringer i forhold til daglig drift av lovpålagte tjenester. I slike situasjoner vinner ofte de akutte må-oppgavene framfor langsiktige forebyggende tiltak. Flere kommuner oppgir at de ikke klarer å prioritere forebyggende hjemmebesøk innenfor gjeldende personal og ressursrammer. Dersom etablering av tilbudet også i framtiden blir frivillig vil den generelle kommuneøkonomi være en vesentlig faktor for videre spredning. Noen kommuner oppgir at de mangler metodikk og verktøy for tiltaket, og vil vente til dette er bedre utviklet før de vil starte opp.

HJEMMEBESØKETS HENSIKT OG FORMÅL BØR VÆRE BESTEMMENDE FOR DETS INNHOLD OG HVILKE MÅLGRUPPER SOM SKAL PRIORITERES

Det vanligste er å definere målgruppe ut fra alder. 27 % av kommunene gir tilbud om forebyggende besøk til alle hjemmeboende over 80 år, mens 20 % gir tilbudet til alle over 75 år. Andre gir av praktiske og ressursmessige hensyn tilbud til kun ett årskull. Det vanlige er at forebyggende besøk blir tilbudt dem som har få eller ingen aktive kommunale helse- og omsorgstjenester.

Effektstudier som er gjort viser sprikende resultat med tanke på hvem som drar best nytte av hjemmebesøkene. En systematisk oversiktsartikkel konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk kan ha positiv effekt på sykehjeminnleggelse, dødelighet og funksjonell status dersom målgruppen er yngre eldre (A. E. Stuck, M. Egger, A. Hammer, C. E. Minder, & J. C. Beck, 2002). Bouman et al. (2008) finner at forebyggende hjemmebesøk til gamle eldre hjemmeboende som har begynt å bli litt skrøpelige, ikke gir effekt på dødelighet, helsetilstand, bruk av helsetjenester eller kostnader. Det forklares med at disse eldre bedre ville nyttiggjøre seg andre type tjenester. Gustafsson et al. (2012) finner på den annen side at forebyggende hjemmebesøk, samt helseinformasjon og møter på seniorsenter har signifikant positiv effekt på egenopplevd helse og aktiviteter i dagliglivet (ADL) i en studiepopulasjon med gjennomsnittsalder på 86 år. Ulike forhold kan spille inn her, blant annet hvilke land er studiene utført i, helsetilstand i ulike aldre i ulike land, hvilket helsevesen man har, foruten hvordan hjemmebesøkene eller tiltaket er utformet og hva som er hovedhensikten med det.

Valg av målgruppe bør henge sammen med hva som er målsetningen med tiltaket. Har man et tydelig ressursfokus med mål om å styrke den

enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig (helsefremmende fokus) er det gjerne et poeng å komme inn tidlig, som i 70-årene. Dersom hovedfokuset er å avdekke sykdom og hjelpebehov, for å kunne sette inn tradisjonelle hjelpetiltak, er 70-årene for tidlig for friske eldre som gjerne ikke begynner å få en funksjonsendring før de er litt eldre. Utfordringen er at hvis en først begynner å skranke i 80-årene, kan det gå raskere nedover med funksjonen, og dermed kan forebyggende hjemmebesøk i vanlig forstand være et tiltak som ikke er godt nok målrettet (Bouman et al., 2008). En større kartleggingsstudie av hjemmeboende Eldres egenomsorgsevne i Sør-Norge viste at det var dem over 85 år som var mest sårbare (Sundslø, Soderhamn, Espnes, & Soderhamn, 2012). I en spørreundersøkelse som ble utført blant over 500 hjemmeboende 80-åringer i Trondheim i 2010-11 oppgav 96 % at de hadde det bra, 75 % var aktive i hverdagen, 68 % mestret vanlige daglige gjøremål selv, og 85 % sa de var fornøyd eller meget fornøyd med sin livskvalitet (Klungerbo, Bredland, Nervik, & Sødal A.B., 2012). Dette indikerer at det kanskje likevel ikke er «for sent» å drive helsefremming og forebygging til 80-åringer.

Vi vil her konkludere med at det er hjemmebesøkets hensikt og formål som bør være bestemmende for dets innhold og hvilke målgrupper som skal prioriteres. Selv om et ressurs- og helsefremmende fokus også kan passe for eldre eldre, er en slik profil særlig aktuell for å nå de yngre eldre. Dersom målet er å avdekke sykdom og hjelpebehov for å kunne sette inn hjelpetiltak er yngre eldre som oftest ikke riktig målgruppe. Like fullt skal vi være oppmerksom på at eldre, som andre aldersgrupper, har svært ulik helse og funksjon. Slik sett er det i det hele tatt problematisk å bruke alder som kriterium for å gi tilbud om besøk eller ikke besøk. Ideelt sett bør behovet være bestemmende, ikke alder. Den enkelte eldre sitt behov kjenner imidlertid ikke kommunen på forhånd. *Å henvende seg generelt til alle innen visse aldersgrupper fordrer dermed at fokus og profil lett kan tilpasses og endres i møtet med den enkelte, framfor å tilby standardiserte opplegg.*

MANGE AV DE SAMME TEMAENE BLIR TATT OPP PÅ HJEMMEBESØKENE PÅ TVERS AV KOMMUNENE

Spørsmålet om hjemmebesøkets hovedprofil (figur 15) viste at 94 % av kommunene hadde «Fremme helse og mestring» som hovedfokus, og bare 6 % oppgav at hovedfokuset var å «Forebygge sykdom». En sammenligningsstudie som vurderte innholdet i 18 forskjellige modeller for forebyggende hjemmebesøk fra ulike land viste at over halvparten av disse manglet et helsefremmende og ressursfokuserert perspektiv (Fagerström et al., 2009). Modellene som ble undersøkt var presentert i forskningsartikler fra 1988 til 2004, og man kan dermed anta at ressursperspektivet kan ha økt de siste 10-15 årene. Det er heller ikke alltid enkelt å skille mellom hva som er helsefremming og hva som er forebygging. Ser vi på tema som blir tatt opp i hjemmebesøkene (figur 14), ser vi at 32 % av kommunene oppgir at de kartlegger eventuell helsesvikt med for eksempel demenstester og falltendens. Langt flere (95 %) tar opp sikkerhet i hjemmet. For alle de andre temaene som var nevnt i dette spørsmålet oppgav 80-93 % av alle kommunene at dette var områder de var innom i besøkene.

Tallene tyder på at temaene som blir tatt opp på hjemmebesøkene er ganske like på tvers av kommunene. Hjemmebesøksmodellene er tilsynelatende relativt like, og en forklaring på det kan være at flere oppgav at de hadde brukt nabokommuners eller andre ressurskommuners opplegg som mal når de utviklet eget tilbud. Vi bør imidlertid her være oppmerksom på at vår kartlegging ikke fanger opp nyanser og dybde knyttet til mulige ulikheter i modeller blant kommunene. Til dette trengs det egne kvalitative eller kvantitative undersøkelser som nettopp søker å fange ulike faglige og organisatoriske modeller.

Av kommunene som ikke hadde forebyggende hjemmebesøk var det mange som svarte at de var små kommuner med god oversikt over sine eldre, og dermed kom raskt inn med hjelpetiltak når det trengtes. Disse svarene indikerer en forståelse av at besøkene i hovedsak skal ha et sykdoms- og hjelpefokuserert perspektiv.

ETT BESØK EN GANG ER VANLIGST

Vi så av figur 10 at det vanligste for norske kommuner som tilbyr hjemmebesøk er å tilby ett besøk en gang (48 %), mens 42 % oppgir at de gir tilbud om oppfølgende besøk ved behov og 3 % gir tilbud om oppfølgende besøk til alle. Forskning på om det er effekt av ett hjemmebesøk eller om det må være flere gjentakende besøk, er også sprikende. Tre tidligere oversikter viser at dersom besøkene er gjentakende over tid kan det påvirke effekten positivt på sykehjeminnleggelse, dødelighet og funksjonell status (Beswick et al., 2008; Huss et al., 2008; A. E. Stuck et al., 2002). En stor australsk primærstudie viser at flere gjentakende besøk gir effekt på livskvalitet (Byles et al., 2004). En svensk primærstudie viser imidlertid gode resultater på egenopplevd helse etter kun ett besøk (Gustafsson et al., 2012). Ressursmessig kan det være utfordrende å få til gjentakende besøk til alle. Noen kommuner tilbyr oppfølgingsbesøk annethvert år, og andre merker seg de som er ekstra sårbare eller har økt risiko for helseutfordringer, og tilbyr flere besøk til disse. Noen kommuner gjennomfører oppfølgingssamtaler ved å ringe tilbake til de som har fått ett besøk. En mindre ny norsk studie har nylig vist at fem egenomsorgssamtaler per telefon (self-care telephone talks) hadde signifikant positiv effekt på Eldres psykiske helse, sammenlignet med en tilsvarende gruppe eldre som ikke fikk denne intervensjonen (Sundslø, Soderhamn, Espnes, & Soderhamn, 2014). Vi mener at oppfølgende besøk er å anbefale. Empirisk forskning og teori om endring av vaner og helseatferd støtter dette.

VI VET LITE OM DEM SOM TAKKER NEI TIL TILBUDET

Tabell 1 viste at 52 % av alle som fikk tilbud om hjemmebesøk, tok i mot besøket. Det vil alltid være en usikkerhet rundt hvem dem som takker nei til et slikt frivillig tilbud er. Er det dem som takker nei som trenger det mest eller er dette eldre som uansett ikke vil ha utbytte av besøket, for eksempel fordi de er så friske og lever så aktive liv at tilbudet oppleves uaktuelt? Takker noen nei fordi de tror at besøket innebærer at de skal få hjelp og mener at andre trenger det mer? Er det noen som takker nei fordi de er skeptiske til hva kommunen vil oppnå med dette, for eksempel engstelse for overvåkning. Er det kulturelle utfordringer knyttet til innbyggere med fremmedkulturell bakgrunn? Er personer med rusproblemer og personer med dårlig psykisk helse overrepresentert blant dem som takker nei? Er mange av dem som går inn i kategorien «takker nei» personer man ikke har fått tak i etter utsendt brev og gjentatte telefonoppringninger? Vår kartlegging har ikke gitt svar på dette. Halvparten av kommunene som gir tilbudet ringer på forhånd for å avtale besøk, og en slik samtale gir dem sannsynligvis et visst inntrykk av hvem som takker nei og hvorfor. En dansk studie viser at personer med høyere sosioøkonomisk status i noe større grad takker ja til forebyggende besøk enn de som har lavere sosioøkonomisk status. Samme studie indikerer at forskjellen i andel som tar imot besøk blir mindre mellom disse gruppene dersom kommunen tilbyr besøkene på en proaktiv måte (Yamada, Ekmann, Nilsson, Vass, & Avlund, 2012).

DET ER PRIMÆRT HELSEPROFESJONER MED HØGSKOLEUTDANNING SOM ARBEIDER I DETTE FELTET

Kartleggingen viser at kommunene i hovedsak benytter helsepersonell med høyskoleutdanning (sykepleiere 62 %, ergoterapeuter 50 % og fysioterapeuter 35 %) til å utføre hjemmebesøkene. Tatt i betraktning at det er betydelig færre ergoterapeuter og fysioterapeuter enn sykepleiere i kommunene, er imidlertid ergoterapeuter og til dels fysioterapeuter oftere prioriterte yrkesgrupper til denne nye kommunale funksjonen.

Noen kommuner har fagpersoner med ulik bakgrunn som deler på besøkene, mens andre kommuner har en faggruppe som står for alle besøkene. Det er ikke vanlig at flere fagpersoner går sammen på hjemmebesøk. Det er svært få som oppgir at det er ufaglærte eller frivillige som utfører besøkene. Ingen kommuner oppgir at leger er direkte involvert i hjemmebesøkene. Fastleger foretar i noen tilfeller hjemmebesøk til eldre men disse besøkene ansees ikke av kommunene som forebyggende hjemmebesøk til eldre. Gustafsson, Edberg, Johansson, and Dahlin-Ivanoff (2009) hevder at tverrfaglige team med variert helsefaglig bakgrunn tar opp ulike helserelaterte temaer og tilfører komplementære kunnskaper til de sammensatte helsefremmende og forebyggende tiltakene. Beswick et al. (2008) har utarbeidet en omfattende oversikt over komplekse intervensjoner i forhold til å bevare Eldres fysiske fungering og selvstendighet. Her måles blant annet hvor mange fagprofesjoner som er involvert i tiltaket. Oversikten kunne imidlertid ikke påvise at intervensjoner som bestod av tre eller flere profesjoner hadde mer effekt enn de som involverte kun en profesjon. Erfaringer som er gjort i Trondheim kommunes utviklingsprosjekt innen forebyggende hjemmebesøk, er at besøkere med ulik tverrfaglig bakgrunn hadde en bredere tilnærming til det helsefremmende arbeidet (Klungerbo et al., 2012).

PERSONLIG EGNETHET ER VESENTLIG

Utviklingsprosjektet i Trondheim har også vurdert hvilke personlige egenskaper dem som utfører forebyggende hjemmebesøk bør ha. De mener det bør være en trygg fagperson som tåler uforutsigbarhet, viser respekt og verdighet, som er glad i eldre og deres livshistorier og åpner for Eldres egne refleksjoner uten at besøket blir et «kaffeselskap» (Klungerbo et al., 2012). Tøiens studie underbygger også dette ved at eldre som har mottatt forebyggende hjemmebesøk oppgir gode samtaler og trygge fagpersoner som medvirkende grunner til at de satte pris på besøkene (Tøien et al., 2014). I en primærstudie fra Sveits ble det påvist effekt av forebyggende hjemmebesøk, men det var stor forskjell i resultatene ut fra hvilken sykepleier som foretok hjemmebesøkene, selv om de hadde lik opplæring (Stuck et al., 2000). Dette indikerer at utførelse og personlig egnethet også kan påvirke resultatene. McNaughton (2000) har gjort en syntese over kvalitativ forskning på helsesøstres forebyggende hjemmebesøk til nybakte mødre. Selv om dette ikke er samme målgruppe, er mye av hensikten med besøkene samsvarende med forebyggende besøk til eldre, og funnene kan dermed være interessante. Det hevdes blant annet at relasjonsbygging mellom besøk og den som får besøk er sentral for å identifisere problemområder og å finne løsninger på disse.

UKLARHET RUNDT DOKUMENTASJON AV TILTAKET

56 % av kommunene som gir forebyggende hjemmebesøk til eldre definerer tilbudet som helsehjelp med dokumentasjonsplikt, mens 44 % ikke gjør det eller er usikre. Tallene tyder på at det er uklarhet og usikkerhet rundt dette blant kommunene.

Det er uklarhet både knyttet til om og når det skal dokumenteres, hva som skal dokumenteres og hvordan dokumentasjonen oppbevares og hvem som skal ha tilgang. Usikkerheten bunner seg sannsynligvis i at dette er en oppsøkende tjeneste for «friske» eldre og ikke knyttet til en tjeneste som det er søkt om å få innvilget.

Helsepersonell har ifølge kapittel 8 i Helsepersonelloven dokumentasjonsplikt. Alle relevante og nødvendige opplysninger skal dokumenteres. Under § 39 i denne loven står det blant annet: «Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient». I § 40 står det: «Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen» (Lov om helsepersonell, 2014). Spørsmålet kommuner stiller seg er om forebyggende hjemmebesøk til eldre, som et tilbud til eldre som ennå ikke er blitt mottakere av ordinære pleie- og omsorgstjenester, skal anses som helsehjelp med dokumentasjonsplikt³. Usikkerheten indikerer at tydeligere veiledning og retningslinjer trengs knyttet til dette kommunale tilbudet.

³ Lov om pasient- og brukerrettigheter (2014) § 1-3, punkt C definerer helsehjelp som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». I utredningen NOU 1992:8 knyttet til forslag til ny lov om pasientrettigheter er pasientrettigheter er helsehjelp definert slik: «Med helsehjelp menes enhver tjeneste som noen trenger på grunn av sykdom, skade, funksjonshemming eller graviditet, eller for å forebygge slike tilstander og som helsevesenet er nærmest til å gi.»

DET ER BEHOV FOR MER SENTRALT VEILEDNINGS- OG OPPLÆRINGSMATERIELL

50 % av kommunene tilbyr ikke egen opplæring til dem som utfører hjemmebesøkene. Det kan tyde på at den enkelte hjemmebesøker i mange kommuner i stor grad selv må utvikle opplegg og profil for besøkene. Det er nok også et uttrykk for at tiltaket er lite utviklet som kommunalt tilbud og at det i begrenset grad er utviklet veiledningsmaterieell som kan inngå i en opplæring. Svarene kan tyde på at kommunene søker råd fra andre kommuner, prøver seg fram på egen hånd eller lar det være opp til den enkelte fagperson å

utforme tilbudet. Det eksisterer få opplæringsopplegg eller retningslinjer. For å videreutvikle tilbudet som en kommunal tjeneste er det behov for at det utvikles mer sentralt veilednings- og opplæringsmateriell som kan bidra til økt kompetanse på dette arbeidsområdet.

Forskning tyder på at videreutdanning eller spesiell opplæring av de som foretar besøkene ser ut til å bidra til positiv effekt. En systematisk oversikt fra 2013 har vurdert effekten av forebyggende hjemmebesøk på egenopplevd helse og livskvalitet. Studiene med best resultat var de hvor besøkene var «specially trained professionals» enten med videreutdanning innen forebyggende helsearbeid eller ekstra opplæring underveis (Skumsnes, Larun, & Langeland, 2013). En dansk primærstudie viste at sykepleiere som hadde fått ekstra opplæring gav bedre resultat fra hjemmebesøkene enn de besøkene som ikke hadde noen ekstra opplæring. Denne opplæringen bestod blant annet av kommunikasjonsteknikker med eldre, hvordan støtte opp om individuelle helseressurser, viktigheten av fysisk aktivitet og opprettholdelse av sosialt nettverk, fallforebygging, samt hvordan identifisere tidlige indikatorer på funksjonsnedgang og oppfordre til tverrfaglig oppfølging ved behov. De som ikke mottok denne opplæringen var sykepleiere som utførte forebyggende hjemmebesøk innimellom sitt ordinære arbeid i hjemmesykepleietjenesten (Avlund, Vass, Kvist, Hendriksen, & Keiding, 2007). En nederlandsk forsker som ikke kunne påvise effekt av forebyggende hjemmebesøk hevder at det blant annet kan skyldes at sykepleierne i de aktuelle studiene som ble vurdert ikke hadde nok kompetanse til å håndtere kompleksiteten av problemene til de eldre som de besøkte (Bouman et al., 2008). Gjennom utviklingsprosjektet i Trondheim kommune ble det beskrevet hvilken kompetanse de som utfører helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk bør ha. Det vektlegges at besøkere skal ha vurderingskompetanse, kunnskap om geriatrifeltet, gode veilederegenskaper og motiverende samtaleteknikker, ressursfokus og kunnskap om positiv psykologi. I tillegg bør de som er besøkere kjenne

til nyanser og forskjeller mellom helsefremmende og forebyggende arbeid (Klungerbo et al., 2012). Kunnskap om demens og hvordan fange dette opp i en tidlig fase er også en viktig kompetanse for dem skal utøve denne tjenesten.

KOMMUNENE BØR HA ET LOKALT TILPASSET FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID OVERFOR SINE ELDRE

Noen kommuner oppgav at de ikke gjennomfører oppsøkende forebyggende hjemmebesøk til eldre, men i stedet inviterer eldre (alle eller bestemte målgrupper) til informasjonsmøter eller egne kurs. Et eksempel på et slikt kurs som tilbys er «Lyst på livet» utviklet av Kunnskapscenteret i samarbeid med Pensjonistforbundet og Sandefjord kommune (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2014). En kommune inviterer til det de omtaler som «forebyggende helsesamtale» i grupper. Noen kommuner inviterer både til gruppesamtaler/kurs og tilbyr oppsøkende hjemmebesøk til bestemte målgrupper.

Avslutningsvis vil vi tillate oss å komme med noen refleksjoner over forebyggende og helsefremmende tjenester for eldre i kommunene mer generelt. Vi tror at kommunene, med bakgrunn i et sentralt og bredt veilednings- og opplæringsmateriell for forebyggende og helsefremmende tjenester for eldre (en nasjonal veileder), selv bør tilpasse sine opplegg på dette feltet. Bestemte, definerte og pålagte forebyggende tiltak, enten det heter det ene eller det andre, er sannsynligvis ikke like effektive i alle kommuner. Slike pålegg vil kunne føre til at mange kommuner blir tvunget til å sette i gang et bestemt tiltak som ikke er forankret og gjennomarbeidet fra ledelsens side eller hos

fagpersonene. Risikoen er da større for å få tilbud av dårlig kvalitet. Det er vesentlig at slike forebyggende tiltak passer inn i den enkelte kommunes struktur og i kommunens samlede satsing på helsefremming og forebygging. Tradisjonelle forebyggende hjemmebesøk til eldre kan være ett, men ikke det eneste formålstjenlige tiltaket i så henseende. Det vesentlige må være at kommunene etablerer virkningsfulle forebyggende- og helsefremmende tilbud til sine eldre innbyggere.

LITTERATUR

- Avlund, K., Vass, M., Kvist, K., Hendriksen, C., & Keiding, N. (2007). Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *Journal of clinical epidemiology*, (9), 954-962. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/388/CN-00697388/frame.html>
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 725-735. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12008008107/frame.html>
- Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research*. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12008103322/frame.html>
- Byles, J. E., Tavener, M., O'Connell, R. L., Nair, B. R., Higginbotham, N. H., Jackson, C. L., . . . Goodger, B. G. (2004). Randomised controlled trial of health

assessments for older Australian veterans and war widows. *Medical Journal of Australia*, 181(4), 186-190.

Danmarks Statistik. (2013). *Stabilt niveau i forebyggende hjemmebesøg*. Danmarks Statistik, NYT NR. 191, 15. april 2013. <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2013/NR191.pdf>

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315), 719-725.

Fagerström, L., Wikblad, A., & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 558-568.

Førland, O., Teigen, S., Bie, K., Helgheim, N., Skjæveland, H., & Skumsnes, R. (2013). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre - En kartlegging av alle kommunene på Vestlandet (Rapportserie nr. 8/2013)*. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest. http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/193435/Rapport_8.2013.pdf?sequence=1

Gustafsson, S., Edberg, A. K., Johansson, B., & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *European Journal of Ageing*, 6(4), 315-329.

Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedstrom, G., Ziden, L., Kronlof, G. H., . . . Dahlin-Ivanoff, S. (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), 447-454.

- Haastregt, J. C. M. v., Diederiks, J. P. M., Rossum, E. v., Witte, L. P. d., & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 320(7237), 754-758.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Prop. 1 S (2011–2012). For budsjettåret 2012. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Prop. 1 S (2013–2014). For budsjettåret 2014. Oslo: Regjeringen.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 298-307. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2008.01944.x>
- Klungerbo, B., Bredland, E., Nervik, T., & Sødal A.B. (2012). Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012: Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag. Trondheim kommune. <file:///C:/Users/ofr/Downloads/Prosjektrapport,%20Helsefremmende%20og%20forebyggende%20hjemmebes%C3%B8k%202012.%20Trondheim.doc.pdf>
- Lov om helsepersonell. (2014). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), sist endret LOV-2014-06-20-49 fra 01.07.2014. <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2014). Pasient- og brukerrettighetsloven: lov 2 juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter, sist endret LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014 (pp. 200 s.). <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Löfqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T., & Iwarsson, S. (2012). First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences gathered in a

- Swedish Municipality. *Journal of Aging Research*, 2012.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(3).
- McNaughton, D. B. (2000). A Synthesis of Qualitative Home Visiting Research. *Public Health Nursing*, 17(6), 405-414.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Lyst på Livet - hvor nye muligheter kan vokse fram. <http://www.kunnskapssenteret.no/mer-om-oss/lyst-p%C3%A5-livet>
- Pettersen, A. M., & Wyller, T. B. (2005). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blikk mot Sverige og Danmark: Forlaget Aldring og helse.
- Skumsnes, R., Larun, L., & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 310-321. <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1340569/effekten-av-forebyggende-hjemmebesok-til-eldre>
- Stuck, A., Minder, C., Peter Wuest, I., Gillmann, G., Egli, C., Kesselring, A., . . . Beck, J. (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. *Arch Intern Med*, 160(7), 977 - 986.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis (Structured abstract). *Jama*, 287 (8), 1022-1028. <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12002008151/frame.html>
- Sundslø, K., Soderhamn, U., Espnes, G. A., &

- Soderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *J Multidiscip Healthc*, 5, 85-95.
- Sundsli, K., Soderhamn, U., Espnes, G. A., & Soderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. *Clin Interv Aging*, 9, 95-103.
- Sundvolden-erklæringen. (2013). Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet <http://www.regjeringen.no/pages/38500565/plattform.pdf>
- Theander, E., & Edberg, A. K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 33(5), 392-400.
- Tøien, M., Heggelund, M., & Fagerström, L. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice*, 2014, 8.
- Vass, M., Avlund, K., & Hendriksen, C. (2007). Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scandinavian journal of public health*, 35(4), 410-417.
- Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C., Vass, M., & Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12(1), 396. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/396>

VEDLEGG

VEDLEGG 1: KOMMUNENES EGNE ERFARINGER MED TILBUDET

Spørreskjemaet ble avsluttet med et åpent spørsmål:
«Hvilke erfaringer har kommunen med forebyggende hjemmebesøk til eldre?»

Følgende svar ble formulert (sitater):

1. Bare positive erfaringer fra både de som har mottatt besøk og de som har gått på besøk. De føler seg trygge og ivaretatt av kommunen. 80-åringene er spreke og har det veldig travelt. Positivt tiltak. Fantastisk å besøke dem. De som takker nei er veldig spreke og føler ikke behov.
2. Besøk genererer tiltak tidlig. Gir god forebyggende effekt. Vanskelig å kartlegge. Regner med forebygging av fall. Behov for standardisering; likest mulig, men fortsatt individuelt.
3. Kommunen har hatt tilbudet lenge, men har noe mangelfull dokumentasjon. Dette spørreskjemaet har hjulpet på til å tenke evaluering og forbedring av tilbudet!
4. Det oppnås bedre kontakt med de eldre, og de blir kjent med oss. Det blir dermed lettere for dem å kontakte oss. De kan få hjelp fra f.eks. hjemmesykepleier, evt. hjelpemidler som kan være med å gjøre at de kan klare seg/bo lenger hjemme.
5. Eget prosjekt sammen med annen kommune; helseteam for eldre under Helsetorgmodellen.
6. Fått en del data som er relevante: Hvor mange som ønsker å bo hjemme? Hvilke tilbud ønsker de for å kunne bo hjemme? Hvilke type helsehjelp er det behov for? Få som ønsker å søke annen bolig, ønsker å få tilrettelagt slik at de kan bo hjemme i eget hjem. Ønske om gjentatte besøk.
7. God erfaring, gode tilbakemeldinger frå dei eldre og pårørande. Er sosialt for dei eldre då det vert laga

til samlinger og Scooter treff (elektrisk rullestol) veldig populært.

8. Gode erfaringar. Mykje positive tilbakemeldingar frå dei som fekk besøk og frå pårørande. Vert vidareført som fast tilbod til heimebuande 80-åringar i regi av fysio-og ergoterapeut.
9. Gode tilbakemeldingar; eit ønske frå eldre. Dei som avbestiller er dei som føler seg for spreke.
10. Ja, vært til vurdering, og gjort endringer underveis. Ikke føle det som kontroll, ha fokus på hva som er gjort og fungerer, ha mer fokus på samtale enn å fylle ut skjema. Utøver: godt fornøyd, fungerer godt, godt å få kontakt før behov for hjelp. Bruker: Tilbudet er kjent, mange venter å bli kontaktet ved aktuell alder. Viktig at ergoterapeut er med. Startet med tilbud med besøk både fra sykepleier og ergoterapeut. Ble redusert fra 2 personer til 1 person. Planlegger å vurdere tilbud av hjemmebesøk til personer som er 75 år.
11. Kommunal sjef gir positive tilbakemeldinger; muntlig orienteringer i aktuelle pensjonistfora. Arbeidsmetode er svært tilfredsstillende. Ut fra strategien i omsorgsplanen i kommunen; at alle kan være lengst mulig i eget hjem og føle seg trygge. Forebyggende hjemmebesøk bidrar til dette.
12. Liten og oversiktlig kommune. De er tidlig inne med hjelp og tilbud om hjemmetjenester. De fleste har noen i familien som jobber. Gir lav terskel for selv å ta kontakt.
13. Til dei som er 80 år, for ungt for dei på 75 år. Større behov for 80 åringar, er ei nisje som passar betre for 80 åringar. 75 åringar er spreke. Godt oppmøte på info-dagane.
14. Vanskelig å finne alder. Eldrerådet: hvorfor ikke starte med eldre over 90 år? Men 85-86 år ble valgt. Mange har takket nei da de mener å være for friske. Blir notert og får nytt tilbud. 50 %

ergoterapeut, 50 % fysio/trygghetsterapeut gir tilbudet. Viktig tilbud, blir godt tatt imot. Rom for å ta kontakt fra andre aldersgrupper.

15. Veldig mange klarte seg bra, noen hjelpemidler ble søkt på, ønsket aktivitetskalender, skapte trygghet, ønsket besøk.
16. Viktig tilbud. Treffer mange spreke eldre som bor hjemme. De som trenger hjelp har fått hjelp. Lite henvisninger videre. Kjekt å få jobbe forebyggende innimellom. Prosjektet ble startet i 2002 etter inspirasjon fra en nabokommune med prosjektet «Hold deg på beina Olga.» Vår kommune har også senior kurs med mange ulike tema gratis.
17. Positivt med besøk, men ikke ført til noen endring i hverdagen. Evaluering viser at de husker besøket veldig godt. Man kan dermed anta at samtalen bidrar til noe refleksjon rundt sin egen situasjon. Bruker mye ressurser på målgruppen som oppleves som spreke og aktive. Målgruppen opplever at det er nyttig med informasjon fra kommunen om aktiviteter og tilbud som finnes. Målgruppen fremstiller at de er tilfreds med hverdagen og i liten grad føler behov, eller motivasjon, for endring.
18. Alle tilbakemeldinger til forebyggende team har vært positive både fra eldrerådet, avdelingsledere i hjemmebaserte tjenester og politikere.
19. Arbeidsgruppe/samarbeidsparter evaluerer hvert år. Fokus på brann og fall, anser som viktig pga. liten kommune uten egen brannstasjon. Fall er forbundet med store kostnader og personlig smerte og ressursbruk. Partnerskap for folkehelseiltak - formelle avtaler inngått med samarbeidspartene.
20. At hjemmebesøket var positivt, og at de besøkende var veldig fornøyd med den informasjon de fikk.
21. Blir godt mottatt blant innbyggerne. Mange ønsker besøk tross at de er spreke og selvstendige. Det er få besøk hvor vi har erfart at vi har kommet for

sent inn i prosessen. Vi får tilbakemeldinger på at besøkene bidrar til å gi trygghet med tanke på framtiden dersom de skulle få behov for hjelp, og at veien for å søke hjelp blir lettere. Videre at den enkelte blir mer bevisst på hva de må passe på for å forebygge bl.a. fallulykker. Det kan gjelde alt fra behov for god belysning, fjerne løse matter osv. Innbyggere er positive til å få et tilbud de selv ikke har bedt om. Det gjør at de ikke føler seg glemt. De fleste problemstillingene er knyttet til forebygging av ulykker, behov og spørsmål knyttet til bolig og hjelpemidler og informasjon og anbefalinger om kulturelle og sosiale tilbud. Likevel berører vi de fleste temaene hos dem vi besøker. Vi har anbefalt personer å oppsøke lege vedr. medisinske spørsmål (bl.a. demensutredning), jobbet for at de skal ta i mot hjelp fra hjemmesykepleie, anbefalt økt fysisk aktivitet/øvelser og anbefalt tilbud fra frivillige tjenester, bl.a. Livsglede for eldre. Vi har henvist flere til fallforebyggende gruppe. De som takker nei oppgir at de ikke har behov per i dag. Mange opplyser at de er aktive, jobber, trener og er selvstendige. Noen ønsker å ta kontakt med oss ved en senere anledning. Vi tilbyr å sende aktuell informasjon til de som ønsker det. Med nesten 120 gjennomførte hjemmebesøk har vi satt inn mange forebyggende tiltak, dekket behov hos enkelte ved å veilede og henvise de videre i systemet og bidratt til økt aktivitet og trygghet. Vi har formidlet kunnskap om helsefremmende tiltak og informasjon om det tilbudet og hjelpen som er for eldre i Ullensaker.

22. Brukerne setter stor pris på besøk. De anser det som meget nyttig. Nyttig metode for å nå ut med informasjon.
23. De eldre er veldig takknemlige, også de som takker nei. Eldre føler de ikke er glemt, opptatt av bosituasjon. Rekrutterer til aktiviteter for de eldre, trim osv. God positiv opplevelse fra fagpersonene. Usikker på effekt - har ikke skikkelig evaluering. Ønsker seg et evalueringsskjema til bruk hos de eldre.

24. De eldre synes det er greit at vi kommer innom. Vi får et godt innblikk i hvordan de fungerer i sine hjem, og kan tilpasse treningen etterpå litt på det. Det er fortsatt mange eldre som har snublefeller i sine hjem som de blir glad for vi gjør dem oppmerksom på.
25. De fleste av de som blir ringt opp føler seg for «ung og sprek» til å ta imot besøk. Vi må i neste omgang vurdere om det er rett aldersgruppe.
26. Dei som fekk besøk vart positivt overaska av å bli kontakta. Takknemleg for brosjyre og informasjonsmateriell. Samtalen var vinkla positivt og opplevde ikkje eit einaste negativt møte med brukar.
27. Det er få som vil ha heimebesøk, og vi får tilbakemelding om at informasjonen i brosjyren er tilstrekkeleg. Vi har problemer med å få tak i alle 80-åringar i kommunen, sidan vi ikkje kan få denne informasjonen frå SSB. Vi ønsker å kunne gå lengre ned i alder, og tilby dette til 75-åringar.
28. Det er først nå vi har startet så vi har ikke noen erfaringer enda.
29. Det er viktig for å forebygge funksjonsfall.
30. Dette er ett relativt nytt tilbud. Det vi ser er at funksjonsnivået i det gitte aldersklassen varierer voldsomt. Ser det som viktig å informere om kommunenes tilbud da mange veit lite om dette. Har gode erfaringer med tilbudet så langt.
31. Egne erfaringer etter oppfølgende besøk:
 - Det er viktig at vi som er på hjemmebesøk har kunnskap om kommunen generelt, og ikke bare det som skjer i kommunal regi.
 - Det viktigste vi ønsker er å formidle trygghet og mange sier at det føles trygt med en kontaktperson i kommunen.
 - Vi får god tilbakemelding på at det er den samme personen som kommer hver gang.
 - «Tenk at kommunen vet om meg og er interessert i meg» er en ikke så

sjelden kommentar. · Vi opplever at noen som i utgangspunktet var skeptiske til å la oss komme på besøk nå er glade for det. · Vi opplever at de vi har vært hos ringer og spør om ulike ting de lurer på. Noen spør om «kan du komme til meg først?»· Vi blir en nøytral person som har taushetsplikt og som en kan ta opp mer personlige ting med. Det er ikke alt det er så lett å snakke med familien om. · Vi vet at mange av anbefalingene er fulgt opp som for eksempel satt opp gelender, tatt bort matter, startet en aktivitet. · En del kommer flyttende til kommunen og trenger hjelp til å «finne fram» for å skaffe seg nettverk og bli kjent med aktiviteter og tilbud i kommunen. · Vi er med på å gi et positivt bilde av kommunen.

32. Eldre selv er positive til tiltaket og setter pris på og har nytte av besøkene. Vi har hatt fokus på å forebygge hjemmeulykker og tilrettelegging i hjemmene i fht. bl.a hjelpemidler og har vært behjelpelige med å søke om andre tjenester. Ser behov for dette. Prosjektet er planlagt avsluttet 31.08.2013, mens eldre ønsker fortsatt drift.
33. Erfaringen er at de eldre ikke føler seg gamle og er litt overrasket over tilbudet. De er positive til tilbudet og at kommunen har en seniorkontakt. Det brannforebyggende arbeidet viser seg å være svært nyttig under alle hjemmebesøkene fordi de eldre mener at de har fulgt reglene, men i praksis viser det seg at de ikke behersker brannutstyret.
34. Erfaringen min så langt er at de eldre, uten unntak, er positive til tilbudet. Ikke alle takker ja til besøk, men føler takknemlighet for kontakten de blir tilbudt. Det er stor forskjell på eldre og deres funksjonsnivå. Mange er spreke og sørger for fremtiden, men jeg treffer også endel som vil trenge hjelp etterhvert. Noen allerede nå. Arbeidet vil helt klart bidra til bedre oversikt over fremtidige behov.

35. Erfaringene er at det har vært viktig med planlegging av rutiner / opplegg for forebyggende team, samt forankring i ledelsen. De som har hatt besøk sier det har vært positivt, både med selve besøket, informasjonen og at det brukes 1 1/2 time.
36. Erfaringene er at det har vært viktig med planlegging av rutiner / opplegg for forebyggende team, samt forankring i ledelsen. De som har mottatt besøk sier det har vært positivt både med informasjon og at det blir brukt god tid.
37. Erfaringene så langt er at mange av de som får tilbud takker nei, da de synes de for friske og spreke. Det er en utfordring å få «innpass». På den annen side er besøkene som faktisk blir gjennomført positive.
38. Erfaringer fra 2013: Alle har satt pris på informasjonen de har fått. Veldig viktig å legge det opp individuelt, for å nå den enkelte. Har de et problem de ønsker å drøfte, er dette det beste utgangspunkt for de andre emnene, for at brukeren skal få utbytte av samtalen.
39. Et tilbud som de eldre setter stor pris på. Pr dd har vi kun tilbud til et årskull, men ønsker å utvide dette når prosjektperioden er over. De som ikke får delta nå synes dette er veldig leit.
40. Evalueringen av hjemmebesøk gjøres årlig med pleie og omsorgsleder. Erfaringen med besøkene er at de eldre føler seg trygge på at de kan få hjelp når de trenger det. Ved besøket får de også høre om forebyggende tiltak og evt. bruk av hjelpemidler som kan lette hverdagen for dem.
41. Får tidligere helseshjelp, forebyggende og informerende om kommunens tilbud.
42. For tidlig i prosjektperioden. De ansatte har brukt mye tid på å forberede seg og er nå veldig motivert for å starte.

43. Første gang kommunen gjennomførte forebyggende hjemmebesøk var tilbudet rettet til de som fylte 80 det året. Sist gang til de som fylte 75 år. Vi vurderer at i år bør tilbudet rettes til de som fyller 80 i år. Forebyggende hjemmebesøk erfarer vi er nyttig redskap for å kartlegge deres helse, og eventuelt sette i verk nødvendige tiltak i tidlig fase. Det gir også mulighet til å informere om frivillige organisasjoners arbeid, (vi har med brosjyre over det) og motivere til deltakelse i sosiale fellesskap.
44. Gjort noen interne evalueringer, ikke så god kontakt med ledelse i kommunen. Vurderer å kutte ut 78-åringene, heller kun 80 åringer og ikke følge opp årlig - mer behov for hvert andre eller tredje år, og mer realistisk å klare ressursmessig. Vurderer å kombinere med time på helsestasjonen. Ønsker også å komme på banen tidligere for å tenke helsefremmende før 80 år (70 og 75 åringer).
45. God erfaring. Positive tilbakemeldinger. Mer fokus på kartlegging av forventninger etterhvert.
46. Gode erfaringer. Det medvirker til at den eldre bor lengere i egen bolig. Tilrettelegging og anskaffelse av hjelpemidler bedrer funksjonsevne og øker grad av selvhjelpenhet. Vi får tilbakemeldinger på bedre opplevd livskvalitet.
47. Gode erfaringer. Eldre som ikke fra før har kontakt med hjelpeapparatet føler trygghet med at noen kommer heim. Får en kontaktperson som de kan kontakte senere dersom det oppstår spørsmål ol. har inntrykk av at besøkene virker betryggende og kan bidra til at eldre føler større trygghet og dermed mestrer å bo heime lengre.
48. Gode erfaringer. Skaper trygghet og tillit hos innbyggerne. God oversikt over den eldre befolkningen. Støtte for personer med demens eller annen helsesvikt og deres pårørende. Innbyggerne har en kontakt over tid.

49. Gode tilbakemeldinger fra brukerne. Fått god oversikt over 80 åringenes helse og mestring, egen rapport er sendt Helsedirektoratet i forbindelse med det 3-årige prosjektet om forebyggende hjemmebesøk. Forsker på nytteverdi av hjemmebesøkene nå som en del av det 3-årige prosjektet.
50. Hamar kommune er med i et utviklingsprosjekt om forebyggende helsesamtaler for eldre. Fra første halvår 2013 utprøves en modell der 77 åringer inviteres til «forebyggende helsesamtale» i grupper. Hensikt: Å frigjøre tid slik at sårbare grupper kan få mer oppfølging. Informasjon for grupper gir gjerne økt inspirasjon for de eldre til å starte med aktiviteter eller endringer i livet.
51. Har blitt teken godt imot av dei fleste, men ser at dagens 75 åringer i ein liten kommune generelt er godt informert. I fyrstninga var det mange som var eldre som fekk besøk og som hadde ein anna situasjon, og kanskje meir behov for å vere i kontakt med pleie/helsetenesta.
52. Har kun vært gjennomført en gang tidligere i 2001. To ganger nå i 2013. Hyppighet ikke avklart.
53. Helsefremmende tilbud har eksistert bare i ¾ år. Tilbakemeldinger fra de eldre er så langt at de synes hjemmebesøkene er meget nyttige, informative og at de har mulighet for å ta opp situasjoner i livet som er godt å lufte.
54. Jevnaker kommune har gode erfaringer med tilbudet. Det har blitt svært godt mottatt av kommunens innbyggere, og det oppleves også nyttig for kommunen.
55. Kommunen har fått mange positive og gode tilbakemeldinger fra de eldre selv vedr. hjemmebesøkene. Mange små enkle endringer i boforhold og annet har blitt utført som nok har vært positivt for den det gjelder og som kanskje har forebygget ulykker eller annet. Mange har

også tatt godt imot informasjon om hjelpetiltak og annet som finnes i kommunen. For kommunen har det vært positivt å ha et journalnotat vedr enkelte dersom de senere trenger tjenester fra Helse og omsorg. Vi bor i en liten kommune og hjemmebesøkene gir oss delvis oversikt over behovene framover.

56. Kommunen har god erfaring med forebyggende hjemmebesøk. Besøket og samtalen setter gjerne i gang en tankeprosess som igjen er forebyggende. Dette tilbudet skal kommunen ha og hvis behov, øke stillingsprosenten. Det er svært få som takker nei til tilbudet om besøk. Dersom de takker nei i første omgang, tar de gjerne kontakt eller takker ja ved neste henvendelse.
57. Kommunen har gode erfaringer med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk og gruppeveiledning. Tilbake melding fra seniorer er at tilbudet gir trygghet til å mestre alderdom.
58. Kontakten med 75åringene er verdifull og bidrar til gjensidig utveksling av nyttig informasjon. Mange uttrykker trygghet ved å få en kontaktperson i kommunen.
59. Leder får tilstandsrapport hver uke. Ukentlige møter med fysio/ergotjenesten og hjemmetjenesten. Ser tydelig nytteverdi - hjemmetjenesten er opptatt av konkrete pleieoppgave.
60. Mange 75 åringer synes det er tidlig, viktig å informere tidlig, når eldre har store muligheter for utvikling.
61. Me bur i ein liten og oversiktleg kommune. Me bruker heimebesøka til inf. om kva som finnes av evt. hjelpemidler, og trygger personene om at det skal mykje til for at dei ikkje skal kunna bu heime så lenge dei ynskjer.
62. Meget positivt. I tillegg til planlagt fokus gis i år

spesielt fokus på ernæring, jfr Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

63. Mer informerte og opplyste innbyggere. Mer riktige forventninger.
64. Pågående prosjekt for å nå samisk befolkning. Liten kommune, har god oversikt, og innbyggerne vet hvor de skal henvende seg for hjelp og kommunene har godt utbygd helsetjeneste.
65. Positiv erfaring. De eldre føler seg ivaretatt. Kommunen har til hensikt at de eldre skal bo lengst mulig hjemme. Med forebyggende og vedlikeholdende tiltak opprettholder vi pasientens funksjon.
66. Positive erfaringer. Mange uttrykker at det er nyttig og det avdekkes flere behov. Både når det gjelder hjelpemidler, behov for trening, begynnende mental svikt og andre omsorgstjenester.
67. Positive tilbakemeldinger fra de som har valgt å delta, de jobber med hvordan få opp andel som takker ja til besøk.
68. Positivt tiltak som er godt mottatt blant 80-åringene som får tilbudet.
69. Positivt! Både med opplæring av ansatte, at vår brosjyre er godt egnet som informasjon til både brukere og pårørende og til en samtale mellom brukere og pårørende om hvilke tilbud som finnes. Det å ha fokus på forebygging er alltid aktuelt, og dette med å gi informasjon ut i forhold til hva den enkelte sjøl kan gjøre er i tråd med folkehelsesatsinga. En tverrfaglig tilnærming er avgjørende for å komme videre, og for å lykkes. Vårt prosjekt skal implementeres i ordinær drift, og koordinerende enhet og opprettelse av denne er avgjørende. Koordinerende enhet kom i gang fra februar 2013. Styrker samholdet og samhandlingskompetansen å jobbe med andre enheter. Alle tjenester og faggrupper er viktig i

forhold til forebyggende hjemmebesøk. Oppgavene som omsorgsarbeiderne gjør er vel så avgjørende som de sykepleiefaglige, sett i en slik praktisk sammenheng. Legene bør involveres mer. Burde hatt en mer/bedre oversikt ift. utsendelse av materiell mm., for om mulig å kunne «forsket». Men totalt sett er vi svært fornøyd med det arbeidet som er gjort så langt. Skal evaluere nå, og evalueringen skal legges til grunn for vår søknad om å komme i betraktning i forhold til Møre og Romsdals «omsorgspris».

70. Prosjekt sammen med Arendal, Grimstad og Kristiansand gjennom Utviklingscenteret i Agder. Prosjektet er i ferd med å evalueres nå, vil bli avklart i løpet av kort tid om tilbudet skal fortsette.
71. Så langt i prosjektperioden oppleves det svært nyttig for de som får besøk og for tjenesten.
72. Se tidligere info. Basert på tidligere erfaring har kommunen valgt å spisse tilbudet. Dvs. en dreining fra at alle over 80 år som ikke allerede har tjenester får tilbud om hjemmebesøk til at vi retter tjenesten inn mot de som har et reelt behov. Dette skal gjøres i tett samarbeid med eldresentrene, hjemmetjenesten, fastleger og bestillerenhet eller på bakgrunn av henvendelser fra eldre selv eller deres pårørende.
73. Spreke 78 åringer, holder seg i aktivitet.
74. For tidlig å si ennå. Men det avdekkes innenfor brukergruppen faremomenter samt at tjenesten er blitt mer oppmerksom innen forebyggende helsearbeid. Ressursene er ikke store nok slik at hjemmetjenesten drar ut på besøk til alle over en viss alder. Det kan være et mål å øke omfanget på gruppen. Frivillige og helsestasjon for eldre vil da være samarbeidsparter
75. Tidlig fase, sak skal opp politisk, vil evaluere mot slutten av året.

76. Tilbudet gis til de som ikke har tjenester fra kommunen. Men de om kun har vedtak om TT-kort og trygghetsalarm får også tilbud om hjemmebesøk. Tilbudet er beskrevet i kommunens budsjett og anses som et viktig tilbud
77. Tjenesten blir stadig bedre etablert og kjent. Dette har resultert i stadig flere henvendelser fra blant annet de eldre selv, pårørende, hjemmebasert omsorg og psykisk helseteam. Resultater har blant annet vært at de eldre har kommet ut av en isolasjon, og til bedre fysisk og psykisk helse.
78. Veldig gode
79. Veldig positive erfaringer.
80. Veldig positivt
81. Veldig viktig arbeid, forebyggende og oppsøkende, selv der behovet ikke er oppstått. Setter i gang tankeprosess hos eldre; hva kan jeg gjøre for å holde meg aktiv og frisk, holde seg boende hjemme lenger. Trygghet for hvor en skal ta kontakt. Oppdager også de som trenger hjelp.
82. Veldig viktig tiltak, og mange eldre får informasjon og opplysninger de ikke var klar over fantes slik at de får et «innhold» i tilværelsen.
83. Vi er i planleggingsfasen med oppstartsfase høsten 2013.
84. Vi får gode tilbakemeldinger fra de som mottar besøkene. Vi er med i Helsedirektoratets 3-årige program. Vi har kvalitetssikret hjemmebesøkene og utviklet en samtaleguide i 1. år, 2 påfølgende år forskes det på effekt og nytteverdi for de som mottar tjenesten.
85. Vi har god erfaring og tro på tilbudet og vil nå utvide dette med tilbud om hjemmebesøk til alle som fyller 77 år i 2013, samtidig utvider vi med flere faggrupper; helsesøster, diabetessykepleier, geriatrisk sykepleier. Vi åpner helsestasjon for voksne / eldre 1. september 2013.

86. Vi har hatt god erfaring, men opplevde i 2012 at de eldre mente at 77 år var for ungt for hjemmebesøk. Ønsket at dette tilbudet skulle gis til de over 80 år. Tilbakemeldingen var i tillegg at de eldre selv ønsket å ta kontakt ved behov.
87. Vi har ikke opparbeidet oss erfaring ennå!
88. Vi har startet opp med dette tiltaket i år og har ikke kommet i gang med hjemmebesøkene. Men har gjort mye forberedelser å tenker å komme i gang med hjemmebesøkene høsten 2013. Derfor har vi svart «uavklart» på noen av spørsmålene i undersøkelsen. Vi vil være bedre rustet til å svare grundigere på disse neste år. Prosessen skal evalueres på januar og besøkene er planlagt videreført.
89. Vi tror det utsetter hjelpebehov og forebygger fall. De eldre får også kjennskap til kommunens tjenester og vet litt mer om hva de kan etterspørre.
90. Viktig å komme inn med eventuelle tiltak i tide for å kunne bo hjemme og være selvstendig lengst mulig.

VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMAET



Spørreskjema

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDTRE

1. Har kommunen i dag et tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre?

- Ja —→ Tilbudet startet opp i _____
- Nei

Hvis nei, hvorfor ikke?

Sett ett eller flere kryss

- Mangel på personell
- Dårlig økonomi
- Ser ikke behovet for et slikt tilbud
- Tidligere gjennomført og avsluttet
- Annet. Beskriv: _____

2. Har tilbudet vært drøftet i kommunen? Ja Nei

Hvis ja, med hvem?

- Eldrerådet
- Pensjonistforening
- Andre. Beskriv: _____

Hvis kommunen har et tilbud, gå direkte til spørsmål 4

3. Har kommunen i dag planer om igangsetting av forebyggende hjemmebesøk til eldre?

- Ja —→ Når har kommunen planer om igangsetting? _____
- Nei

Hvis ja, har tilbudet vært drøftet i kommunen? Ja Nei

Hvis ja, med hvem?

- Eldrerådet
- Pensjonistforening
- Andre. Beskriv: _____

Hvis nei, hvorfor ikke?

Sett ett eller flere kryss

- Mangel på personell
- Dårlig økonomi
- Ser ikke behovet for et slikt tilbud
- Tidligere gjennomført og avsluttet
- Annet. Beskriv: _____

For kommuner som i dag gir tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre:

4. Hvilke grupper i kommunen får tilbud om hjemmebesøk?

Sett ett eller flere kryss.

- Alle over år/alder
- Alle mellom.....år/alder
- Eldre som nylig er blitt alene
- Eldre som er nye i kommunen
- Eldre som nylig er utskrevet fra kommunen
- Eldre over en viss alder (_____ år) som selv melder sin interesse
- Andre grupper. Beskriv: _____

Får alle i den / de avkryssede rute(r) tilbud om hjemmebesøk?

- Ja
- Nei, det gjøres unntak for: De som mottar kommunale pleie og omsorgstjenester
 Andre grupper. Beskriv: _____

5. Hvordan informerer kommunen de eldre om tilbudet om hjemmebesøk?

Sett ett eller flere kryss

- Ved brev
- Egen brosjyre
- Ved telefon
- Ved annonser
- Kommunens nettside
- Annet. Beskriv: _____

6. Hvilke rutiner bruker kommunen for å avtale hjemmebesøk?

Sett ett eller flere kryss

- Kommunen ringer og avklarer nærmere tidspunkt for besøk

- Kommunen sender ut brev med tilbud om hjemmebesøk
 - Den eldre må selv aktivt ta kontakt for besøk
 - Den eldre må selv aktivt avmelde tilbud om besøk
 - Ingen faste rutiner
 - Annet. Beskriv: _____
-

7. Hvor mange eldre fikk tilbudet i 2012?

- Andel i følge statistikk:(ca) _____ %
- Antall i følge anslag:(ca) _____ personer

8. Hvor mange eldre tok imot tilbudet i 2012?

- Andel i følge statistikk(ca) _____ %
- Antall i følge anslag:(ca) _____ personer

9. Hvor mange besøk får de eldre tilbud om?

Sett ett eller flere kryss

- Ett besøk en gang
- besøk hvert år
- Etter individuelle avtaler
- Annet. Beskriv: _____

10. Hvor lang tid brukes i gjennomsnitt på selve hjemmebesøket (uten reisetid)?

- Timer/minutter

11. Hvilken instans forestår den daglige virksomheten av hjemmebesøkene?

Sett ett eller flere kryss

- Hjemmetjenesten/hjemmebaserte tjenester
- Søknadskontoret/bestillerkontoret
- Helsestasjon for eldre

- Eldresenteret/seniorsenteret
- Frisklivsentral/kommunalt forebyggende/helsefremmende enhet
- Egen kommunal instans, gruppe eller lignende med betegnelsen: _____
- Frivillig instans: _____
- Annet. Beskriv: _____

12. Hvem foretar hjemmebesøkene?

Sett ett eller flere kryss

- Sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Hjelpepleier
- Hjemmehjelp
- Sosionom
- Lege
- Folkehelsekoordinator
- Tverrfaglig team
- Annet. Beskriv: _____

13. Hvor mange årsverk ble i 2012 benyttet til gjennomføring av hjemmebesøk?

Antall årsverk: _____

14. Tilbyr kommunen spesiell opplæring til de som utfører besøkene?

- Ja
- Nei

Hvis ja, hvilken opplæring? _____

15. Hvilke av følgende metoder blir benyttet ved hjemmebesøkene for å kartlegge de eldres situasjon?

Sett ett eller flere kryss

- Bruk av eget skjema (Vennligst legg ved en kopi av skjemaet)
- Gjennom en strukturert samtale (Vennligst legg ved kopi av guide/skjema)
- Gjennom en samtale uten fastlagte tema
- Har ingen faste metode

16. Hvilke temaer vektlegges i kartleggingen ved hjemmebesøkene?

Sett ett eller flere kryss

- Boforhold
- Sikkerhet i hjemmet (brann – og ulykkesforebygging)
- Hjelpemidler
- Ernæring
- Mosjonsvaner
- Fysisk helse
- Mental helse
- Grad av selvhjelpenhet/funksjonsnivå
- Interesser og aktiviteter
- Sosialt nettverk
- Kartlegging av evt. helsesvikt (demenstester, blodtrykk, falltendens etc)
- Andre. Beskriv: _____

17. Hva vil du beskrive som hovedfokuset under hjemmebesøket?

Sett ett kryss

- Forebygge sykdom
- Fremme helse og mestring

18. Defineres det forebyggende hjemmebesøket som helsehjelp med dokumentasjonsplikt?

Ja Nei Vet ikke

Hvis **ja**: kan du utdype hva som evt. dokumenteres og hvor dokumentasjonen oppbevares? _____

Hvis **nei / vet ikke**: gjøres det likevel dokumentasjon? og i tilfelle hva og hvor oppbevares den? _____

19. Føres det statistikk over hvor mange hjemmebesøk som resulterer i henvisning eller anbefaling av videre tiltak?

Nei

Ja → Regnet i prosent av de besøkte:(ca) _____

Regnet i antall tiltak:(ca) _____

20. Er det foretatt noen form for evaluering av tilbud om hjemmebesøk?

Nei

Ja →

21. Hvilke erfaringer har kommunen med forebyggende hjemmebesøk til eldre?

Takk for hjelpen!

