

Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning

Preventive home visits to older people in Norwegian municipalities. Prevalence, diffusion and dissemination

SAMMENDRAG Bakgrunn: Forebyggende hjemmebesøk til eldre (FHB) har fått økende helsefaglig og helsepolitisk oppmerksomhet de seneste årene. Det eksisterer internasjonalt en omfattende forskning omkring tjenestetilbudets effekt og betydning for målgruppene, men vi vet lite om hvordan tilbudet sprer seg i en kommunekontekst.

Metode: Alle norske kommuner ble kontaktet med spørsmål om å besvare et spørreskjema om utbredelse og innhold av FHB. Disse svarene ble koblet med andre data om kommunene hentet fra Statistisk sentralbyrå og andre kilder.

Resultater og konklusjon: Utbredelsen av FHB i norske kommuner har økt fra 8 % i 2003 til 24 % i 2013. Halvparten av nyetableringene foregikk mellom 2010 og 2013. Resultatene tyder på at FHB spredte seg først lokalt og regionalt gjennom ildsjeler og samhandling mellom kommuner, særlig i store, mellomstore og sentrale kommuner. Funnene indikerer at kommuner med lite økonomisk slingsringsmonn i større grad enn rike kommuner ser seg nødt til å tenke nytt, forebyggende og helsefremmende, men mer forskning om denne sammenhengen er påkrevet. Sterkere nasjonale føringer og retningslinjer for FHB vil sannsynligvis komme til å framstå som en tydeligere faktor for spredning og utbredelse i årene som kommer.

ABSTRACT Background: Preventive home visits to older people (PHV) in Norway have received increased attention as a matter of health policy during recent years. Internationally, there is extensive research about the effects of the service and its importance for the users, but we know little about prevalence, diffusion processes and dissemination among municipalities.

Method: Every Norwegian municipality was contacted and asked to answer a questionnaire about the prevalence and content of PHV. These answers were linked to other data about the municipalities, retrieved from data collections associated with Statistics Norway.

Results and conclusion: The prevalence of PHV has increased from 8% in 2003 to 24% in 2013. Half of the start-ups of PHV took place between 2010 and 2013. The results indicate that PHV first spread locally and regionally through local enthusiasts and cooperation among municipalities, especially large and medium-size, and centrally located municipalities. The results indicate that municipalities with little financial wiggle room to a greater extent than financially wealthy municipalities, have to think health prevention, health promotion and innovative. Strong national recommendations and guidance for PHV will probably be an important factor in the future spread of PHV.



Oddvar Førland

✉ E-post: oddvar.forland@hib.no

Forsker og førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen og Haraldsplass diakonale høgskole.



Randi Skumsnes

✉ randi.skumsnes@stavanger.kommune.no

Fagrådgiver ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland, Stavanger kommune og forsker ved Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen.



Sønneve Teigen

✉ Sonneve.Teigen@bergen.kommune.no

Rådgiver og prosjektleder ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland.



Bjarte Folkestad

✉ Bjarte.Folkestad@uni.no

Bjarte Folkestad er forsker ved Uni Research Rokkansenteret og Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen.

Ny statlig satsning

En rekke sentrale offentlige dokumenter og satsinger de siste fem årene har satt forebyggende hjemmebesøk til eldre (FHB) høyt opp på den helsepolitiske dagsordenen i Norge: I samhandlingsreformen, og i flere senere stortingsmeldinger, er forebygging, helsefremming og tidlig intervensjon sentrale elementer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013b, 2015). Det har pågått et 3-årig nasjonalt utviklingsprogram for å utvikle metoder og modeller for FHB (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, s. 144). I regjeringens politiske plattform høsten 2013, under overskriften «Omsorg for eldre og pleietrengende» heter det at «Regjeringen vil pålegge kommunene å gjennomføre oppsøkende hjemmebesøk for å tilpasse hjelpetiltak til den enkelte» (Regjeringen, 2013, s. 42). Helse- og omsorgsdepartementet har i 2015 gitt Helsedirektoratet i oppdrag å oppsummere modeller, metodikk og annen kunnskap om FHB og å utarbeide en veileder som også skal innbefatte andre forebyggende tiltak rettet mot eldre. Departementet skal i tillegg lage et rundskriv til kommunene om saken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 144). FHB er dermed på få år blitt en offisiell helsepolitisk satsing i Norge.

Tjenestetilbudet har imidlertid en betydelig lengre tilblivelseshistorie både i Norge, Norden og andre land. Det finnes etter hvert mye forskning på helseeffekter av å gi tilbudet (Mayo-Wilson et al., 2014). Derimot er det ikke tidligere forsket på denne tjenestens utbredelse og *hvilke strukturelle forhold og prosesser som påvirker spredning i kommuner*. For å komme på sporet av dette i en norsk kontekst, studerer vi i artikkelen karakteristika ved kommunene som har tilbudet, sammenlignet med dem som ennå ikke har etablert et slikt tilbud. Slik kunnskap kan bidra til innsikt i hvordan også andre lignende helsepolitiske satsinger sprer seg i kommunene.

Hva er FHB, og hvor utbredt er det?

Forebyggende hjemmebesøk har som hensikt å støtte eldre hjemmeboende til å bevare og styrke funksjonsevne og helse og forhindre innleggelse i institusjon. Besøkene utføres av helse- eller sosialfaglig personell og er en individrettet rådgivning og veiledningstjeneste. Det dreier seg enten om et enkeltbesøk en gang eller besøk som følges opp og gjentas, for eksempel årlig (Huss, Stuck,

Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr, 2008; Pettersen & Wyller, 2005; Stuck, Egger, Hammer, Minder, & Beck, 2002; M Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, & Riis, 2007). Besøkene har oftest en helsefremmende vinkling med samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester (Avlund, Vass, Kvist, Hendriksen, & Keiding, 2007; Theander & Edberg, 2005). Tidligere modeller hadde gjerne et større sykdomsfokus for å avdekke hjelpebehov (Fagerström, Wikblad, & Nilsson, 2009).

Effekten av FHB har vært omdiskutert og det er gjort flere kunnskapsoppsummeringer av forskning på feltet. Den siste oppsummeringsstudien har vurdert 64 randomisert kontrollerte studier og konkluderer med at slike hjemmebesøk ikke har en tydelig effekt på dødelighet og selvstendighet for eldre, men at det ikke kan utelukkes at noen typer forebyggende besøk og modeller kan ha positiv effekt (Mayo-Wilson et al., 2014). Det meste av denne forskningen er imidlertid gjort på tidlige modeller som har hatt størst fokus på sykdomsforebygging og risikovurdering, og ikke nyere modeller preget av mestring og helsefremmende strategier. Det stilles også spørsmål om hvilke elementer i hjemmebesøket som eventuelt utgjør en forskjell, og noen mener at tiltaket bør spisses mot sårbare grupper (Mayo-Wilson et al., 2014).

Danmark har vært et foregangsland for FHB. På begynnelsen av 1990-tallet etablerte flere danske kommuner et slikt tilbud på egne initiativ og siden 1996 er alle kommunene pålagt å tilby ett årlig hjemmebesøk til alle over 75 år (Ankestyrelsen, 2010). I tillegg til Danmark har også Australia hatt lovhjemlet tilbud om FHB (Mikkel Vass, Avlund, Hendriksen, Holmberg, & Nielsen, 2006). I England fikk allmennlegene i 1998 en plikt til å tilby årlige besøk, men denne ordningen opphørte etter en evaluering i 2004. Mange andre land har prøvd ut og gjort erfaringer med ulike varianter av FHB, eksempler er Sverige, Tyskland, Nederland, USA, Canada, Australia og Japan (Mayo-Wilson et al., 2014; Mikkel Vass et al., 2006).

I Norge ble FHB startet opp i noen få norske kommuner på 1980-tallet. En nasjonal kartlegging i 2003 viste at 8 % av kommunene da hadde etablert tilbudet (Pettersen & Wyller, 2005). I en tilsvarende undersøkelse i 2013 hadde andelen steget til om lag 24 % (Førland & Skumsnnes, 2014). Disse to kartleggingene gir dessuten informasjon om målgrupper, responsrater, innhold og organi-

sering av slike hjemmebesøk. I den siste rapporten konkluderes det med at det trengs tydeligere retningslinjer, veiledning og opplæringsmaterieell som kan bidra til videreutvikling av tilbudet som en kommunal tjeneste (Førland & Skumsnes, 2014).

I det følgende kobler vi data fra denne undersøkelsen med andre datakilder som kan bidra til innsikt i hvilke strukturer og prosesser som ligger til grunn for spredningen av tjenestetilbudet i norske kommuner.

Materiale og metode

Datainnsamling

Alle norske kommuner (428) ble kontaktet med spørsmål om å besvare et spørreskjema om FHB. For Sogn- og Fjordane, Hordaland og Rogaland foregikk datainnsamlingen i siste halvdel av 2012 via telefonintervju. For resten av landet ble det samme spørreskjemaet sendt til kommunene i mai 2013 via lenke i e-post (Questback). Kommunene som ikke svarte via lenken ble kontaktet per telefon for intervju. I alle kommunene ble det bedt om at en person med god oversikt over FHB og kommunens generelle arbeid til eldre svarte.

Spørreskjema og variabler

Vårt spørreskjema er en revidert utgave av spørreskjemaet som brukt i den nasjonale kartleggingen i 2003 (Pettersen & Wyller, 2005). De fleste spørsmålene er beholdt med identisk ordlyd, men noen tilleggsspørsmål om aktuell situasjon og utvikling ble i tillegg tatt med i 2013. Helsedirektoratet gav innspill til revideringen. Spørreskjemaet bestod av 21 hovedspørsmål med underspørsmål. I følgeinformasjonen til kommunene ble FHB definert som «besøk i den eldres hjem med det formål å styrke den eldres mulighet for egen mestring og bevare funksjonsnivået lengst mulig».

Disse dataene har vi koblet til ulike registre i Statistisk sentralbyrå: KOSTRA, kommuneregnskapet, personregisteret og familie og husholdningsregisteret og hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste sin kommunedatabase.¹ *Kommunestørrelsesvariabelen* er målt som antall innbyggere i kommunen gruppert i 7 kategorier (se tabell 1 for kategorier). *Kommunesentralitetsvariabelen* er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk og måler «...en kommunes geografiske beliggenhet sett i forhold til tettsteder av ulik størrelse» (Statistisk sentralbyrå, 2008). Variabelen skiller mellom fire sentralitetsnivåer (0–3) der 0 er minst sentrale

kommuner (se tabell 1 for kategorier). *Frie inntekter* består av inntekter fra skatt på inntekt og formue, naturressursskatt og rammetilskudd. Disse kan kommunene disponere uten andre bindinger enn gjeldene lover og forskrifter. *Lånegjeld* er netto lånegjeld som er oppgitt i kommuneregnskapet. *Netto lånegjeld* er definert som «langiktig gjeld fratrukket totale utlån og ubrukte lånemidler» (Statistisk sentralbyrå, 2015b). *Netto driftsresultat* omtales gjerne som kommunens «bunnlinje» som enten «...kan brukes til finansiering av investeringer eller avsettes til senere bruk» (Statistisk sentralbyrå, 2015a). De økonomiske variablene kan vurderes som uttrykk for kommunenes økonomiske handlingsrom. *Eldre over 80 år* er antall personer over 80 år i kommunen. *Heldøgns plasser* er antall disponible heldøgns plasser totalt i helse- og omsorgsinstitusjoner. Kommunene er dessuten gruppert etter de 19 fylkene de tilhører.

Data om utbredelse av hverdagsrehabilitering i norske kommuner er hentet fra Facebook-gruppen Hverdagsrehabilitering. På denne siden blir kommuner som har startet med hverdagsrehabilitering registrert. Registreringen administreres av Norsk Ergoterapeutforbund. Per mai 2015 hadde 110 kommuner registrert seg.

Data om utbredelse av FHB i 2003 er hentet fra publikasjonen «Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Norge – med blick mot Sverige og Danmark» (Pettersen & Wyller, 2005).

Analyser

Det er gjort beskrivende analyser av forskjeller i utbredelse av FHB mellom 2003 og 2013. Bivariat korrelasjonsanalyse er utført for å undersøke samvariasjon mellom utbredelse av tjenestetilbudet og kjennetegn ved kommunene. Når vi har undersøkt de bivariate sammenhengene har vi relatert disse til innbyggertallet i kommunen. Dette gjelder kommunevariablene utenom kommunestørrelse, sentralitet og fylke. I tillegg forenkler vi de fleste variablene ved å skille mellom høye og lave verdier på disse. Når vi for eksempel skiller mellom kommuner som har lav eller høy lånegjeld per innbygger, så regner vi først ut verdien for lånegjeld per innbygger for hver kommune. Deretter deler vi materialet i to like deler, der gruppen som ligger under 50 % får merkelappen lav lånegjeld per innbygger og gruppen av kommuner som ligger over 50 % får merkelappen høy lånegjeld. Dette gir et forenklet og grovkornet bilde av hvordan lånegjeld per innbygger henger

sammen med utbredelsen av FHB. Dataene om utbredelse av hverdagsrehabilitering tas inn for å undersøke om kommuner med FHB i større eller mindre grad enn andre kommuner også har startet opp med dette nye tilbudet.

Det er videre utført en samlet regresjonsanalyse ved å studere flere uavhengige variabler i sammenheng. Dette gjør vi ved hjelp av en multippel logistisk regresjonsanalyse. At analysen er multippel vil si at analysen ser på den enkeltes variabel sin effekt kontrollert for effekten av andre variabler. Vi benytter oss av en logistisk regresjonsanalyse fordi vår avhengige variabel er dikotom, der vi gir verdien 1 til de kommuner som har etablert tjenesten og verdien 0 til kommuner som ikke har gjort dette. Analysene er gjort ved hjelp av SPSS Statistics versjon 22 og Stata versjon 14.

Forskningsetikk

Det var frivillig for kommunene å besvare spørreskjemaet. Prosjektet ble 06.05.2012 meldt til av Personvernombudet ved Norsk samfunnsviten-

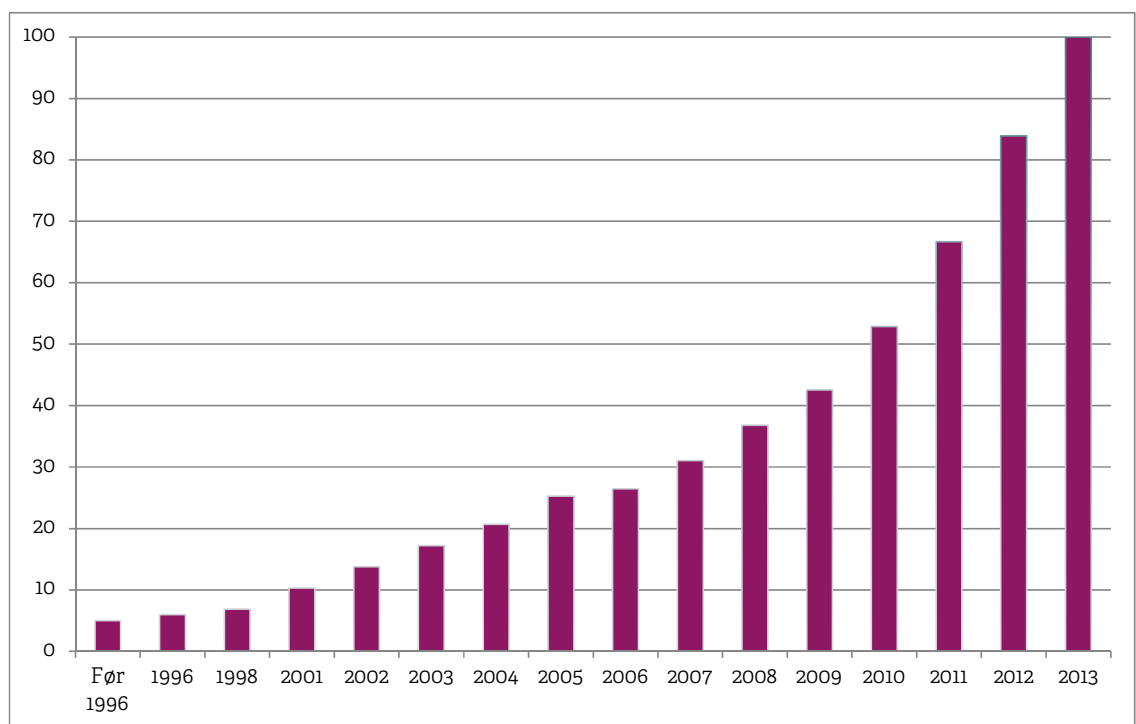
skapelig datatjeneste og tilsrãdt (prosjektnummer 30609).

Resultater

Spørreskjemaet ble besvart av 383 kommuner. Dette utgjør 89,5 % av alle norske kommuner. 93 av dem, det vil si i underkant av en fjerdedel (24,3 %), oppgav at de hadde etablert FHB i 2013, mot 8 % i 2003. 70 % av kommunene med tilbudet i 2003 drev det fortsatt i 2013. 20 % av kommunene uten tilbudet i 2003 hadde etablert det i 2013. Alle de fem største kommunene i Norge hadde etablert tjenesten på dette tidspunktet.

40 % av kommunene uten tilbudet oppgav at de hadde planer om å starte opp. Det fleste kommunene (80 %) hadde drøftet tilbudet. Blant de 86 % av kommunene uten tilbudet oppgis «dårlig økonomi» (39 %) og «mangel på personell» (31 %) som de to viktigste årsakene til ikke å ha startet opp, til sammen 60 %. I 2003 oppgav 56 % disse to årsakene. 10 % av kommunene så ikke behovet for et slikt tilbud i 2013.

Figur 1: Oppstartsår for de 93 kommunene med forebyggende hjemmebesøk til eldre i 2013. Kumulativ prosent.



Kommunene med FHB ble spurt om *når* tjenestetilbudet ble etablert. Figur 1 viser kumulativ prosent for etableringsårene fram til 2013. Det er særlig etter 2010 at tjenestetilbudet har bredt om seg i kommunene: 47 % av nyetableringene foregikk mellom 2010 og 2013.

Tabell 1 viser at 45 % av kommunene som har etablert FHB i 2013 har startet opp med hverdagsrehabilitering per mai 2015. Sentrale kommuner og kommuner med høyt innbyggertall har i større grad enn små kommuner etablert tilbudet. Det er

store variasjoner i spredningen mellom fylkene, med Østfold (7 %) og Akershus (62 %) som ytterpunkter. Det er også signifikante bivariate forskjeller mellom kommuner med høye og lave frie inntekter, med utbredelse av FHB på henholdsvis 14 og 34 %. Kommuner med lav andel eldre over 80 år per innbygger har i større grad tilbudet enn kommuner med høy andel. Likeens har kommuner med lav andel heldøgns plasser per innbygger i større grad tilbudet enn kommuner med høy andel.

Tabell 1: Forskjeller mellom kommuner i utbredelse av forebyggende hjemmebesøk til eldre (FHB). Prosent og kji-kvadrat. Bivariate sammenhenger.

	Kategori	Utbredelse i 2013	Kji-kvadrat
Andel kommuner med FHB i 2013		24,3 %	
Kommuner som også hadde FHB i 2003		70 %	0,000
Kommuner som også har hverdagsrehabilitering i 2015		45 %	0,000
Kommunestørrelse	Under 2000 innbyggere	15 %	0,032
	2000-4999 innbyggere	14 %	0,003
	5000-9999 innbyggere	23 %	0,827
	10.000-19.999 innbyggere	38 %	0,012
	20.000-49.999 innbyggere	48 %	0,001
	Over 50.000 innbyggere	64 %	0,002
Kommunesentralitet	Minst sentral	12 %	0,000
	Mindre sentral	27 %	
	Noe sentral	35 %	
	Mest sentral	37 %	
Fylke	Østfold	7 %	0,105
	Akershus	62 %	0,000
	Oslo	100 %	0,077
	Hedmark	20 %	0,646
	Oppland	27 %	0,736
	Buskerud	38 %	0,129
	Vestfold	36 %	0,343
	Telemark	25 %	0,945
	Aust-Agder	29 %	0,703
	Vest-Agder	33 %	0,404
	Rogaland	37 %	0,109

	Hordaland	12 %	0,088
	Sogn og Fjordane	15 %	0,273
	Møre og Romsdal	15 %	0,173
	Sør Trøndelag	14 %	0,272
	Nord Trøndelag	30 %	0,540
	Nordland	13 %	0,104
	Troms	28 %	0,723
	Finnmark	13 %	0,262
Frie inntekter per innbygger	Lav	34 %	0,000
	Høy	14 %	
Lånegjeld per innbygger	Lav	27 %	0,207
	Høy	21 %	
Netto drift per innbygger	Lav	27 %	0,151
	Høy	21 %	
Eldre over 80 år per innbygger	Lav	31 %	0,003
	Høy	18 %	
Heldøgns plasser per innbygger	Lav	33 %	0,000
	Høy	15 %	

I tabell 2 viser vi oppsummerende statistikk for utbredelse av FHB i kommunene, samt andre egen-skaper ved disse kommunene.

Tabell 2: oppsummerende statistikk for utbredelse av forebyggende hjemmebesøk i kommunene (avhengig variabel) og kommune karakteristika (uavhengige variabler)*

Variabler	Antall kommuner	Gjennomsnitt	Standardavvik	Min	Max
FHB i 2013	383	0.24	0.43	0	1
FHB i 2003	383	0.08	0.27	0	1
Hverdagsrehabilitering 2014	383	0.27	0.45	0	1
Kommunestørrelse	382	2.65	1.36	1	7
Kommunesentralitet	380	2.22	1.27	1	4
Frie inntekter målt i kroner	382	553707	1884228	26189	32600000
Lånegjeld målt i kroner	382	412292	1130182	-13200000	10600000
Netto driftsinntekter målt i kroner	382	22834	97999	-68121	1671255
Antall eldre over 80 år	382	522	1435	13	22692
Heldøgns plasser i alt	382	98	297	8	4785

* I tillegg til disse har vi en variabel for fylkestilhørighet.

For å teste ut hvilke sammenhenger som har størst betydning, gjennomførte vi en multipl logistisk regresjonsanalyse (tabell 3). Her bruker vi de samme variablene som er brukt i tabell 1. Antatte

strukturelle forklaringsfaktorer for utbredelsen av FHB er samlet i to modeller for å undersøke effektstørrelsen for hver av dem når det samtidig kontrolleres for enkeltfaktorene.

Tabell 3: Multivariat logistisk regresjonsanalyse med oddsratio for sannsynligheten for at kommunene har FHB.

	Odds ratio modell 1	Odds ratio modell 2
Konstant	0.071***	0.003***
FHB 2003	6.242***	9.132***
Hverdagsrehabilitering	1.663	1.842
Kommunestørrelse	1.216	1.122
Kommunesentralitet	1.242**	1.293
Frie inntekter	0.999	0.999
Lånegjeld	1.000	1.000
Netto driftsinntekter	1.000	1.000
Eldre over 80 år	0.999	1.001
Heldøgns plasser	1.005	1.005
Fylke (Østfold referanse):		
Akershus		68.227**
Hedmark		11.297
Oppland		17.532**
Buskerud		35.107**
Vestfold		18.710**
Telemark		21.776**
Aust-Agder		22.430**
Vest-Agder		16.810**
Rogaland		38.193**
Hordaland		7.543
Sogn og Fjordane		23.043**
Møre og Romsdal		10.018
Sør-Trøndelag		9.460
Nord-Trøndelag		54.013**
Nordland		17.706**
Troms		43.651**
Finnmark		22.686**

***=signifikant på 0,01 nivå, **=signifikant på 0,05 nivå

Resultatene fra tabell 3 viser at det primært ser ut til å være geografiske dimensjoner knyttet til utbredelsen av FHB. I den første modellen ser vi at variabelen som måler kommunenes sentralitet er signifikant og positiv. Det betyr at sentrale kommuner i større grad enn usentrale kommuner har tjenestetilbudet. Når vi så tar inn variabelen fylke i modell 2 så er ikke variabelen *kommunesentralitet* signifikant lenger. Dette henger sammen med at mange av de fylkene som slår ut signifikant i modell 2 også har stor overvekt av sentrale kommuner. Akershus fylke fungerer som et godt

eksempel. Her hadde over halvparten av kommunene FHB, og samtlige av kommunene i Akershus regnes som sentrale. For de andre variablene finner vi ingen statistisk signifikante sammenhenger. Vi så for eksempel i den bivariate tabellen (tabell 1) at variabelen *frie inntekter* var signifikant og at kommuner med lav andel frie inntekter i større grad hadde FHB. Retningen er den samme i den multivariate tabellen (det er fortsatt kommuner med lave frie inntekter som i større grad har FHB), men sammenhengen er ikke lenger signifikant på 0,05 nivå.¹

Diskusjon

Velkjent tilbud og økende utbredelse

Når 80 % av kommunene i 2013 oppgav at de har drøftet FHB, tyder det på at tiltaket er blitt velkjent innenfor helse- og omsorgstjenesten i norske kommuner. Veksten i utbredelse var imidlertid svak de første 25 årene etter at det ble innført i noen foregangskommuner på 1980-tallet. Først etter 2010 har dets popularitet skutt fart og i 2013 hadde 24 % av kommunene etablert tilbudet. Nesten halvparten av disse hadde etablert det etter 2010. Hva kan forklare veksten og spredningen av tilbudet? Vi skal peke på flere strukturelle forhold.

Betydningen av samhandlingsreformen og påfølgende statlige føringer

Selv om den forskningsbaserte evalueringen av samhandlingsreformen ikke er fullført, er det mye som tyder på at den har hatt betydelig innvirkning på helse- og omsorgstjenestenes prioriteringer, dog på andre måter for det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunene enn for mer avgrensede og konkrete helse- og omsorgstjenester som for eksempel sykehjem og helsetjenester i hjemmet (Helgesen & Hanssen, 2014; Hofstad, 2014; Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014). FHB som spesifikt tiltak ble ikke omtalt i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, men meldingen har satt tydelig fokus på flere av hjemmebesøkenes hovedelementer: forebygging av sykdom, helsefremmende tiltak og tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 22–23). Siden har Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015

1 Sammenhengen er derimot signifikant på 0,1 nivå (0,090 i første modell, og 0,078 i den andre modellen med fylkestilhørighet, se tabell 3).

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), Folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b) og Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a) tatt opp i seg og forsterket disse føringene. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å tilby «helsefremmende og forebyggende tjenester» (§ 3-2), blant annet «ved opplysning, råd og veiledning» (§ 3-3). Den senere tids økte fokus på FHB, herunder det treårige programmet for modellutvikling og spredning som har pågått i alle regionene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, s. 143–144), samt den varslede veilederen og rundskrivet om FHB (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 144), må sees på som statlige myndigheters oppfølging av de nevnte føringene etter samhandlingsreformen.

Smitteeffekt fra ildsjeler og entreprenører i kommuner

Den betydelige forskjellen i utbredelse mellom fylker kan tyde på at det finnes andre mekanismer knyttet til veksten av kommuner med dette tjenestetilbudet. De store fylkesforskjellene kan tyde på en smitteeffekt mellom nærliggende kommuner. Det er sannsynlig at ildsjeler og entreprenører for tilbudet har fungert som ambassadører i sine nærområder. Vi er blant annet kjent med at flere av disse (gjennom det såkalte «Prosjektforum for forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre») siden 2008 har arrangert en årlig nasjonal erfaringskonferanse for helsepersonell med interesse for dette feltet. Det er rimelig å anta at spredningen i hovedsak skyldtes kjennskapet til kommuner som hadde startet opp tiltaket og inspirasjon fra engasjerte fagpersoner med FHB-erfaring. Fylkesoppfølgingen tyder på at det har foregått en diffusjons- og spredningsprosess mellom nærliggende kommuner nedenfra og at dette inntil nå har hatt større betydning enn sentrale overordnede direktiver. Som følge av en varslet statlig veileder og rundskriv på feltet er det sannsynlig at spredningen i framtiden i økende grad vil komme som en følge av sentralstyrte myndighetsinitiativ.

Politiske diffusjonsprosesser

At faglige tiltak også sprer seg ved at politiske partier og myndigheter lar seg inspirere av nye ideer fra andre land, er et velkjent fenomen i statsvitenskap. Dette kan forstås som en politisk diffusjon, og er en prosess som kan skje både på

lokalt og nasjonalt politisk nivå (Grødem, 2014). Politiske partiers positive oppfatning av FHB, med henvisning til og inspirasjon fra Danmark og Sverige (Stortinget, 2013, s. 20), kan sees i et slikt lys. Likeens må vektleggingen av oppsøkende hjemmebesøk til eldre i regjeringens politiske plattform (Regjeringen, 2013, s. 42) sees i et slikt perspektiv.

«Trange kår» gjør oppfinnsom?

For de økonomiske variablene så finner vi at frie inntekter samvarierer med utbredelsen av FHB. Kommuner med lav andel frie inntekter, sett i lys av innbyggertallet, har i større grad dette tjenestetilbudet enn kommuner med en høy andel frie inntekter. De to andre økonomiske variablene som måler driftsresultat (kommunenes «bunnlinje») og lånegjeld per innbygger gir ikke signifikante resultater, men peker i samme retning (tabell 1). En mulig tolkning av dette er at kommuner med trange økonomiske budsjett må «eksperimentere» seg ut av situasjonen ved å finne ulike måter å få ned utgiftene sine på. Dette står i tilsynelatende kontrast til det faktum at kommunene selv oppgav «dårlig økonomi» som den viktigste årsaken til ikke å ha etablert tilbudet, og at økonomisk press oppleves som begrensende for deres handlingsrom for å sette i gang nye tiltak (Helgesen & Hanssen, 2014). Våre funn kan tyde på at trange økonomiske kår i realiteten tvinger kommunene til nytenkning og oppfinnsomhet på dette feltet. Når vi ser materialet under ett er det likevel en viss usikkerhet forbundet med denne sammenhengen. Den statistiske signifikansen forsvinner når vi i tabell 3 blant annet kontrollerer for kommunenes fylkestilhørighet, noe som styrker antakelsen om regional geografisk spredning og diffusjonsprosesser mellom kommuner. Det er kjent at store kommuner har relativt sett lavere bundne kostnader og lavere korrigerede inntekter enn mindre kommuner (Langørgen, Løkken, & Aaberge, 2015, s. 11–15). Store og sentrale kommuner har på den annen side større totalbudsjetter som gir økte muligheter for omprioriteringer og å finne midler til nye tiltak dersom disse ikke medfører nye store kostnader. Det er imidlertid tendenser i vårt materiale som krever videre undersøkelser av sammenhengen mellom kommunenes økonomiske forutsetninger, evner og kapasitet til å igangsette nye tiltak i helse- og omsorgssektoren. Et åpenbart grep vil være å studere dette for flere lignende tilbud og over en lengre tidsperiode.

Innovative også på andre områder?

Kommuner med FHB har i større grad enn andre kommuner også startet med hverdagsrehabilitering. Dette er et interessant funn. Kommunene er pålagt å ha helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a), men har frihet til selv å velge hvilke konkrete tiltak som er mest passende lokalt. Både FHB og hverdagsrehabilitering er knyttet til prinsippet om tidlig innsats og man kunne antatt at kommuner som allerede prioriterer FHB ikke også vil prioritere å starte med hverdagsrehabilitering. Begge tjenestene krever betydelig opplæring og ressursinnsats. At vi likevel finner at kommuner med FHB i større grad enn andre kommuner har startet med hverdagsrehabilitering kan tyde på at det her dreier seg om særlig proaktive og innovative kommuner, som er tidlig ute med å innføre nyere tjenester knyttet til forebygging og tidlig innsats. Det kan også være at slike kommuner, som i vårt materiale er store og sentrale, er mer faglig «motebevisste» og lettere fanger opp nye trender og myndighetenes signaler.

Det er kommuner med lav andel eldre over 80 år og med lavt antall heldøgns plasser som i størst grad har FHB. Også dette kan synes overraskende. En mulig tolkning kan være at lavere andel heldøgns plasser og innbyggere over 80 år frigjør ressurser til å drive forebyggende hjemmetjenester.

Kommunale diffusjonsprosesser

Vi finner det hensiktsmessig avslutningsvis å se spredningen av FHB i lys av innovasjons- og diffusjonsteori (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004; Rogers, 1995). Kommunal fagutvikling og innovasjon har ofte sine egenartete diffusjonsprosesser (Førland, 2014; Teigen, Aarsæther, & Ringholm, 2013). Teigen, Ringholm, og Aarsæther (2013, s. 29) beskriver mønsteret i slike diffusjonsprosesser på denne måten: utspringet er gjerne ildsjeler og et særskilt faglig engasjement i en enkeltkommune, og spredningen skjer vanligvis først til nabokommuner og til egen region med lignende type utfordringer. Dernest blir innovasjonen ofte fanget opp av det politiske systemet og/eller forskningsinstitusjoner. Senere inngår den gjerne i statlige program som stortingsmeldinger, statsbudsjett, statlige veiledere, rundskriv og lovgivning. I denne prosessen spiller kommunenes interesseorganisasjon KS ofte en formidlende rolle mot kommunene. Implementeringen av innovasjonen tilpasses ofte til lokale

forhold og blir tatt i bruk der kommunen ser seg tjent med den. Sosiale innovasjoner forblir sjelden statiske når de flytter fra en kommune kontekst og til en ny. Det foregår en lokal tilpasning og skreddersying slik at spredning av innovasjoner ofte innebærer en ny innovasjon (Grødem, 2014, s. 68; Øye et al., 2015).

FHB synes å følge en diffusjons- og spredningsprosess tett opp til en slik skisse. Fylkesoppfølgingen vi så i materialet tyder på at den oppsto og spredte seg først lokalt og regionalt gjennom ildsjeler og samhandling mellom kommuner, særlig i store og mellomstore kommuner. Både politiske partier og forskningsinstitusjoner har de siste par årene fanget opp tematikken, statlige program for modellutvikling og spredning er igangsatt og utarbeiding av en faglig veileder på feltet står nå for tur. Så langt har ikke KS spilt en aktiv formidlerrolle, slik de har gjort med for eksempel velferdsteknologi- og hverdagsrehabiliteringssatsningen, og tiltaket er så langt ikke integrert spesifikt i lov eller forskrift.

Ennå et stykke fram

Til tross for de beskrevne diffusjonsprosesser og økende utbredelse kan det likevel synes langt fram til at FHB blir en normal tjeneste i norske kommuner, slik det er blitt i Danmark etter lov-hjemlingen fra 1996. At ¾ deler av kommunene ikke hadde etablert tjenestetilbudet i 2013 tilsier dette. Tilbudet blir ikke automatisk prioritert selv om det er godt kjent. Å etablere det krever både opplæringsmateriell, opplæring og avsatte økonomiske og personellmessige ressurser. Det kan være flere andre underliggende tilleggsårsaker til manglende etablering av tilbudet enn dem som allerede er nevnt. Tjenesten er per i dag frivillig for norske kommuner og det finnes lite autorativt veiledningsmateriell og opplæringsopplegg. Flere kommuner har etterlyst slikt materiell (Førland & Skumsnes, 2014, s. 45). Det mangler dessuten en tydelig forskningsmessig evidens for tiltakets effekt på helse, dødelighet og helsetjenesteforbruk fra de mange randomiserte kontrollerte studiene som er gjort internasjonalt (Mayo-Wilson et al., 2014). Det er imidlertid problematisk derved å konkludere med at tjenesten, slik den vanligvis innrettes i Norge, ikke har effekt og betydning. Norske kommuner som har igangsatt tiltaket gir overveiende grad uttrykk for positive erfaringer (Førland & Skumsnes, 2014, s. 32). De nevnte internasjonale studiene er gjort noen år tilbake i tid og

med bakgrunn i helsesystemer og hjemmebesøksmodeller som til dels er svært forskjellige fra norske forhold. De norske hjemmebesøksmodellene er sannsynligvis mindre sykdomsorienterte og mer preget av helsefremmende tenkning enn disse (Førland & Skumsnes, 2014, s. 40). Dessuten fanger ikke slike studier nødvendigvis opp mer subjektive og mindre målbare betydninger for mottakerne. Nyere kvalitative studier fra norsk kontekst tyder på at besøkene gir eldre en verdifull og trygghetskapende kontaktkanal til kommunens helse- og omsorgstjeneste, men også at noen eldre ikke ser behov for besøket (Skovdahl, Blindheim, & Alnes, 2015; Slåtsveen, Hellebergshaugen, Sveen, & Sogstad, 2015; Tøien, Bjørk, & Fagerström, 2015; Tøien, Heggelund, & Fagerström, 2014).

Studiens begrensning og styrke

Data om FHB ble samlet inn både elektronisk og telefonisk og på to ulike tidspunkt. Det er sannsynlig at det ville vært noen flere kommuner med FHB på Vestlandet dersom datainnsamlingen også der hadde foregått i 2013 og ikke høsten 2012. Det er videre knyttet usikkerhet til hvor nøyaktig registreringen av den uavhengige variabelen *hverdagsrehabilitering* er. Sannsynligvis har noen flere kommuner startet opp med hverdagsrehabilitering enn de 110 som hadde registrert seg pr. mai 2015. Det er dessuten tidsforskjell mellom våre registreringer om FHB, og hverdagsrehabiliteringsregistreringen i 2015. Vi har valgt 2015 som registreringstidspunkt for hverdagsrehabilitering ettersom få kommuner hadde startet opp dette tjenestetilbudet i 2013. Til tross for denne tidsforskjellen tror vi at den påviste samvariasjonen mellom de to nyere kommunale tiltakene antyder en interessant sammenheng.

Høy svarprosent fra kommunene tilsier at studien gir et representativt bilde av utbredelsen av FHB i Norge. Koplingen av dataene til andre kommuneregistre har muliggjort analyser av sammenhenger mellom utbredelsen og strukturelle kjennetegn ved kommunene. Dette har satt oss på sporet av noen sannsynlige forklaringer på kommuneforskjellene og sannsynlige diffusjons- og spredningsprosesser som dette tjenestetilbudet gjennomgår. Vi vil understreke ordet «sannsynlige», ettersom diffusjons- og spredningsprosessene i det meget forskjelligartede norske kommunelandskapet nok er mer komplekst og sammensatt enn vi har kunnet påvise.

Konklusjon

Noen kommuner er mer opptatt enn andre av å ta i bruk ny kunnskap og utvikle nye tiltak for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene, herunder forebyggende og helsefremmende tiltak som FHB. Hvilke kommuner dette gjelder er ikke tilfeldig. Spredningen av denne tjenestetypen synes å følge et mønster ved at nærliggende, sentrale, mellomstore og store kommuner etablerer tilbudet først. Likeens kommuner som tidlig etablerer andre nye tilbud som hverdagsrehabilitering. En mulig tolkning av datamaterialet er at kommuner med trange økonomiske kår i større grad ser seg nødt til å tenke nytt, forebyggende og helsefremmende ved å etablere tjenestetilbudet. Her er tendensen i materialet noe usikkert, og det trengs mer forskning som enten bekrefter eller avviser dette funnet. Sterkere nasjonale føringer og retningslinjer på dette feltet vil sannsynligvis komme til å framstå som en sterkere faktor for spredning og utbredelse i årene som kommer.

Videre trengs det mer forsknings- og utviklingsarbeid på hvordan kommunene anvender og nyttiggjør seg av kunnskapen om eldrebefolkningen generelt, som de får gjennom de forebyggende hjemmebesøkene, og om hvordan tjenestetilbudet kan implementeres og forankres som en integrert og varig del av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det trengs også mer forskning på hvordan andre nyere helsepolitiske trender i kommunene spres, forankres og implementeres, for eksempel hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi.

Takk

Takk til Helsedirektoratet for økonomisk støtte til kartleggingen. Takk til Kristin Bie, Nina Helgheim og Hanne Skjæveland ved utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i Fonna, Rogaland og Sogn og Fjordane for innsatsen knyttet til datainnsamlingen og til Hilde Haaland-Kramer for tekstbehandlingshjelp.

REFERANSER

- Ankestyrelsen. (2010). Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre (2. oplag ed.): Ankestyrelsen.
- 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. Hentet fra:

- <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clcentral/articles/388/CN-00697388/frame.html>
- 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. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00637.x
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. In G. Haugan & T. Rannestad (Eds.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm.
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Resultater fra landsomfattende kommuneundersøkelse*. In Senter for omsorgsforskning (Series Ed.) Rapportserie, Vol. 7-2014. doi:http://hdl.handle.net/11250/217478
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Grødem, A. S. (2014). *Innovasjon og styring i boligsosialt arbeid* (Vol. 2014:16). Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Helgesen, M. K., & Hanssen, G. S. (2014). Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Stort. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30, (2012a).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Prop. 1 S (2013–2014). For budsjettåret 2014*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *St.meld. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg*. Oslo: Regjeringen Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Meld.St.26 2014-15*, Oslo: Regjeringen.
- Hofstad, H. (2014). Vil folkehelse få et løft av samhandlingsreformen? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17(1), 59–62.
- 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.1471-6712.2008.00637.x>
- Langørgen, A., Løkken, S. A. K., & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013* Rapporter (Statistisk sentralbyrå : online), Vol. 2015/1. Hentet fra: https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?_ts=14ce4c230d0
- 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). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089257> doi:10.1371/journal.pone.0089257
- Pettersen, A. M., & Wyller, T. B. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge – med blikk mot Sverige og Danmark*: Forlaget Aldring og helse.
- Regjeringen. (2013). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. Sundvollen, 7. oktober 2013.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: Free Press.
- Schou, A., Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør* Vol. NIBR-rapport 2014:21. Hentet fra: <http://www.nibr.no/filer/2014-21.pdf>
- Skovdahl, K., Blindheim, K., & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1).
- Slåtsveen, E. M., Hellebergshaugen, S., Svein, S., & Sogstad, M. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell* Vol. 3/2015. doi:<http://hdl.handle.net/11250/282422>
- Statistisk sentralbyrå. (2008). *Sentralitet 2008*. Hentet fra: <http://stabas.ssb.no/ItemsFrames.asp?ID=5285601&Language=nb>

- Statistisk sentralbyrå. (2015a). Definisjon av Netto driftsresultat. Hentet fra: <http://www.ssb.no/a/metadata/conceptvariable/vardok/2421/nn>
- Statistisk sentralbyrå. (2015b). Definisjon av Netto lånegjeld. Hentet fra: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/vardok/vardok.asp?id=26053&mainable=Kostr3KAFinansi&contents=CRC3360075391&VarText=Netto+1%E5negjeld&tilbake=1&planguage=0>
- Stortinget. (2013). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om morgendagens omsorg. Innst. 477 S (2012–2013)*, hentet fra: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/innstillinger/stortinget/2012-2013/inns-201213-477.pdf>
- Stuck, A., Egger, M., Hammer, A., Minder, C., & Beck, J. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022–1028. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194675>
- Teigen, H., Aarsæther, N., & Ringholm, T. (2013). *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Teigen, H., Ringholm, T., & Aarsæther, N. (2013). Innovatør frå alders tid. In H. Teigen, T. Ringholm, & N. Aarsæther (Eds.), *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Theander, E., & Edberg, A. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scand J Publ Health*, 33(5), 392–400.
- Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2015). Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. *Qual Health Res*, 25(5), 700–712. doi:10.1177/1049732314553595
- 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. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/640583> doi:10.1155/2014/640583
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Holmberg, R., & Nielsen, H. F. (2006). *Older people and preventive home visits*. Odense: AgeForum.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark-why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 40(4), 209–216. <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-007-0470-2>

NOTER

1. En del av de data som er benyttet i denne publikasjonen er dermed hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes kommune-database. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her.