

# Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer



Kirsti Skovdahl

## Kirsti Skovdahl

Kirsti-Iren Skovdahl er professor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap. Hun har doktorgrad i Medisin vitenskap med fokus på eldre fra Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige 2004. Hennes forskningsinteresser omfatter blant annet Helsefremmende intervensjoner til personer med demens – både yngre og eldre, og særlig de i tidlig fase. Hun har også flere studier som har fokus på eldre personer i kommunehelsetjenesten, f eks forebyggende hjemmebesøk, hverdagsrehabilitering og hjemme rehabilitering.

✉ [Kirsti.Skovdahl@hbv.no](mailto:Kirsti.Skovdahl@hbv.no)



Kari Blindheim

## Kari Blindheim

Kari Blindheim er helsesøster og høgskolelektor ved Høgskolen i Ålesund, Avdeling for helsefag. Hennes faglige interesser omfatter bl.a. folkehelse, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.



Rigmor Einang Alnes

## Rigmor Einang Alnes

Rigmor Einang Alnes er sykepleier og førsteamanuensis ved Høgskolen i Ålesund, Avdeling for helsefag og ved Senter for omsorgsforskning Midt-Norge. Hun har doktorgrad i Sykepleievitenskap fra Universitetet i Oslo. Hennes faglige interesser er bl.a. forebyggende helsearbeid for eldre, demensomsorg og velferdsteknologi.

**SAMMENDRAG** Ålesund kommune har systematisk gjennomført forebyggende hjemmebesøk siden 2001 og er en av de kommunene i landet som har lengst erfaring når det gjelder denne formen for tilbud til eldre. Hensikten med denne artikkelen er å utdype kunnskapene om de eldres og fagpersonalet/lederes erfaringer fra forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune, og å peke på utfordringer denne tjenesten står overfor. Våre vurderinger bygger på individuelle intervjuer med 30 eldre personer som har mottatt forebyggende hjemmebesøk, samt ett fokusgruppeintervju med seks fagpersoner og ledere som har vært engasjert i slik aktivitet. Analysen av intervjuene tyder på at forebyggende hjemmebesøk kan skape større grad av trygghet for friske eldre. Besøkene kan fungere både som en informasjonskanal og styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på egen helse. Undersøkelsen viser betydningen av at forebyggende hjemmebesøk ikke står alene, men må knyttes til øvrige helsetjenester og aktuelle aktivitetstilbud. Videre blir det fremhevet at det å gjennomføre hjemmebesøk krever spesialkompetanse av de som gjennomfører hjemmebesøkene. Dette gjelder både kunnskap om aldring og aldersforandringer og evnen til å styrke den eldre sin tro på egen mestring.

## Bakgrunn

Stadig flere eldre er friskere og lever lenger enn før, men samtidig vil det bli flere mennesker som får aldersrelaterte helseutfordringer. Dette øker betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid som kan legge til rette for at eldre kan opprettholde funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet i tillegg til å leve et så aktivt og meningsfullt liv som mulig (Meld. St. 34; 2012–2013). Aktiv aldring er bl.a. tema i NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg, og skaper forventning om at det må utvikles nye metoder som kan være med på å stimulere til et aktivt og godt liv. Det er dessuten lovpålagt at kommunen skal sørge for egne helsefremmende og forebyggende tjenester for hele befolkningen (Lov om kommunale helse og omsorgstjenester §§3-2 og 3-3).

Et ledd i dette er Helsedirektoratets satsing på å få utviklet modeller for forebyggende hjemmebesøk. Et forebyggende hjemmebesøk er som regel et tilbud til personer i aldersgruppen 75–80 år som ikke har andre tjenester fra kommunen. De får et brev og/eller telefon med spørsmål om de vil ta imot en person fra kommunens helsetjeneste (sykepleier, ergoterapeut eller fysioterapeut) til en samtale. Samtalen kan inneholde tema som bolig, sosialt felleskap, kosthold, fysisk aktivitet, aldring og mestring av hverdagen.

En rekke prosjekter, både nasjonalt og internasjonalt, har testet ut ulike metoder, fokusområder og faglige perspektiver på det forebyggende hjemmebesøket (Stuck, Egger, Hammer, Minder & Beck, 2002; Agahi, 2005, Vass, Avlund & Hendriksen, 2007a; Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson & Riis, 2007b; Karp et al, 2010). Et problem med å sammenligne disse studiene er at besøkene blir organisert og gjennomført svært forskjellig, og at undersøkelsene derfor gir begrenset overføringsverdi (Markle-Reid et al, 2006). Det mangler derfor fortsatt kunnskap som kan anbefale alder for besøk, modeller og organiseringen av denne tjenesten (Larun, Dalsbø & Kirkehei, 2013).

En undersøkelse gjennomført i kommunene i Norge viser at forebyggende hjemmebesøk til eldre er godt kjent. Tilbudet har fått økende utbredelse, men fortsatt var det bare 25 % av kommunene som hadde etablert tilbudet i 2013. Stram økonomi og mangel på personell er hovedårsaker til at tilbudet ikke er etablert. Noen kommuner oppgir at de mangler metodikk og verktøy og vil vente til dette er bedre utviklet før de starter opp. Andre utfordringer er at kravene og forventningene til

den faglige kompetansen til de som gjennomfører de forebyggende hjemmebesøkene ser svært forskjellig ut (Førland & Skumnes, 2014). Den samme undersøkelsen viser at 50 % av kommunene hverken tilbyr eller krever særlig opplæring til fagpersoner som utfører hjemmebesøkene. Dette kan bety at det er mye opp til den enkelte fagperson å utvikle en egen modell og profil for besøkene som for eksempel overordnet målsetning, alder, metoder og krav til dokumentasjon.

Videre peker Skumsnes og Førland (2014) på at bare 47–52 % av de eldre som får tilbud om hjemmebesøk tok imot besøket. I lys av denne svarfrekvensen kan vi stille spørsmål om målgruppen skal velges ut i fra alder, da høyere alder ser ut til å gi høyere besøksfrekvens. Samtidig blir det i denne sammenhengen viktig å fokusere på hensikten med besøket. Et forebyggende og helsefremmende fokus fordrer at en kommer inn tidlig nok til å oppnå langsiktige helsegevinster.

Tidlige modeller for forebyggende hjemmebesøk la stor vekt på å avdekke sykdom og hjelpebehov gjennom fysiske screeninger og undersøkelser (Fagerström, Wikblad & Nilsson, 2009), mens det i den seinere tid er lagt mer vekt på samtalen der en bl.a. har benyttet samtaleteknikker som motiverende intervju (MI) (Vass et al., 2007b). Dette må sees i lys av en dreining mot et mer helsefremmende fokus og mindre fokus på det sykdomsforebyggende. En ønsker i større grad å foreta en helhetsvurdering ut fra et mer personorientert perspektiv, som innebærer at hver enkelt eldre ses i sin sammenheng og med utgangspunkt i hvilke ønsker den enkelte har for å kunne leve et så meningsfullt og aktivt hverdagsliv som mulig (McCormack & McCance, 2006).

Det er fremdeles mange ubesvarte spørsmål knyttet til hvordan forebyggende hjemmebesøk best kan gjennomføres, og hva som kan være nytten av besøkene. Helsedirektoratet har derfor satset på seks prosjekter som på forskjellige måter skal bidra til utviklingen og kvalitetssikringen av metoder for hjemmebesøk til eldre. Ett av disse prosjektene er gjennomført i Ålesund kommune. Det har som mål å evaluere og videreutvikle sin modell for forebyggende hjemmebesøk til eldre. Ålesund kommune har systematisk gjennomført forebyggende hjemmebesøk siden 2001, og er en av de kommunene i landet som har lengst erfaring når det gjelder denne formen for tilbud til eldre. Det er derfor viktig at det blir gjort en evaluering av mål og arbeidsmetode, og





Når passer det med forebyggende hjemmebesøk hos eldre? En samtale kan skape viktig tillitsforhold mellom eldre og fagpersonene i kommunene, samtidig er det 75-påringene som føler seg spreke og synes det er bortkastede penger for kommunens side. (Illustrasjonsfoto: Colourbox)

av om tjenestetilbudet blir gjennomført på en slik måte at erfaringene også kan komme andre kommuner til nytte. Skumsnes, Larun og Lange-land (2013) etterlyser flere kvalitative studier på dette området, og denne artikkelen vil være et svar på dette.

Hensikten med artikkelen er å utdype våre kunnskaper om brukeres og fagpersonalet/lederes erfaringer fra forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune, og å peke på utfordringer denne tjenesten står overfor.

#### *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Ålesund kommune*

Tjenesten består i at alle personer som fyller 75 år inneværende år får tilsendt et informasjonsskriv om forebyggende hjemmebesøk. Deretter blir de oppringt for om mulig å avtale et hjemmebesøk. Ca. 50 % takker ja til tilbudet, og denne andelen har vært stabil hele perioden. Det er sykepleiere med videreutdanning i geriatri som gjennomfører hjemmebesøkene. Mellom 2003–2007 ble tjenesten organisert under hjemmetjenesten, men fra 2007 og fram til dags dato har tjenesten vært organisert i egen virksomhet for aktivitet og velferdstjenester. Begrunnelsen for dette har vært at forebyggende hjemmebesøk i liten grad ble prioritert og gjennomført som tiltak da det ble organisert under hjemmetjenesten.

#### *Evaluering av forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune*

For å kunne få nødvendig kunnskap om og forståelse av hvilke erfaringer mottager- og utførersiden har fra de forebyggende hjemmebesøkene i Ålesund kommune, har følgende problemstillinger blitt stilt:

1. Hvilke erfaringer har de eldre (75 år) som har takket ja til hjemmebesøk i forhold til nytteverdien og utviklingsmuligheter av tjenesten?
2. Hvilke erfaringer har ledere og de som tilbudt/gjennomført hjemmebesøk når det gjelder mål, nytteverdier, organisering, utfordringer og utviklingsmuligheter?

#### **Metode**

##### *Utvalg og datainnsamling*

Individuelle intervjuer

Totalt har 250 eldre fått et hjemmebesøk i løpet av en treårsperiode. Av disse ble 30 personer (ti personer fra tre forskjellige årstrinn), tilfeldig

valgt ut og forespurt om å delta i et individuelt intervju. Om noen takket nei til deltagelse, gikk forespørselen videre til neste person på listen over gjennomførte besøk. Det ble utarbeidet en strukturert intervjuguide, med åpne spørsmål der temaene var: *Kan du fortelle om hvilke erfaringer du har fra besøket? Hvordan opplevde du å få tilbud om forebyggende hjemmebesøk? Hva tenker du i etterkant av besøket? Hvilken nytte hadde du av besøket? Hva mener du kan gjøres annerledes?* Semi-strukturerte, individuelle intervjuer (n=30) ble gjennomført i en samtale med eldre som hadde erfaring fra å ha fått ett hjemmebesøk. To geriatriske sykepleiere med erfaring på området gjennomførte de individuelle intervjuene, men de byttet rolle med hverandre, slik at den som intervjuet ikke var den samme som hadde gjennomført hjemmebesøket. Intervjuene ble tatt opp digitalt. Totalt har 17 kvinner og 13 menn i alderen 76–78 år blitt intervjuet. Tolv personer var gifte eller samboere og 18 personer var enker, enkemenn eller skilte. Samtlige hadde fått ett hjemmebesøk da de var 75 år.

#### Fokusgruppeintervju

Ett fokusgruppeintervju ble gjennomført med fagpersoner og ledere som hadde hatt ansvar for å planlegge og å gjennomføre hjemmebesøkene i løpet av perioden 2001–2013. Fokusområdet for intervjuene var de erfaringene disse personene hadde gjort seg i løpet av den perioden de hadde hatt ansvar for de forebyggende hjemmebesøkene i Ålesund kommune. Informantene representerer både historien, gjennomføringen og utviklingen av forebyggende hjemmebesøk i kommunen. Gruppen bestod av en hjelpepleier og fem sykepleiere, der to av disse var geriatriske sykepleiere. Fokusgruppeintervjuet ble ledet av en forsker med erfaring fra denne formen for datainnsamling.

#### Forskningsetiske overveielser

Personene ble først kontaktet per brev med forespørsel om en av de to geriatriske sykepleierne i kommunen fikk ringe dem opp for å gi mer informasjon om undersøkelsen. De fikk da informasjon og forespørsel om de kunne tenke seg å bli intervjuet om sine erfaringer fra det forebyggende hjemmebesøket. Det ble gitt informasjon om at deltagelsen i undersøkelsen var frivillig, og at reservasjon for deltagelse ikke ville påvirke tildeling av framtidig tjeneste fra helse- eller omsorgstjenester. De fikk også informasjon om at

de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra undersøkelsen. Studien har blitt lagt fram for NSD (prosjektnummer 40331) og vurdert som ikke meldepliktig.

#### Analyse

Alle intervjuene ble transkribert, analysert og kategorisert med utgangspunkt i kvalitativ manifest innholdsanalyse (Schreier, 2012, Elo & Kyngäs, 2008). Det vil si at vi har beskrevet innholdet fra intervjuene så tekstnære som mulig. Kategoriene fra de individuelle intervjuene speiler tryggheten ved det å bli sett, utbyttet av samtalen, og usikkerhet rundt behovet for hjemmebesøk. Kategoriene fra fokusgruppeintervjuet speiler verdigrunnet og innholdet i samtalen, organisering av tjenesten, nytteverdi og utfordringer.

#### Resultater fra evalueringen

*De eldres erfaringer fra forebyggende hjemmebesøk*  
Trygghet ved det å bli sett og bekreftet som verdifull

Intervjuene tyder på at et hjemmebesøk kan skape et viktig tillitsforhold mellom de eldre og fagpersoner i kommunen. Dette kan senke terskelen for å ta kontakt ved behov, samt gi en bekreftelse og økt trygghetsfølelse i hverdagen.

De eldre beskrev besøket som en bekreftelse på at de både var verdifulle og at mye av det de foretok seg i hverdagen var riktig i forhold til å bevare egen helse. For noen kom samtalen veldig beleilig, da de nettopp hadde opplevd sorg i forbindelse med ektefelles død. Andre opplevde det som positivt at de fikk kontakt med et menneske som de kunne tenke seg å ringe til. Det å få et navn, et telefonnummer og på denne måten en kontaktperson i kommunen, var noe de opplevde som trygt og svært positivt. Noen beskrev det som at de hadde fått «en venn i nøden».

Flere av de eldre personene beskrev at det kunne oppleves som en terskel å ta kontakt med kommunen. Noen omtalte seg som å være i den «grå massen», og at besøket gjorde godt fordi de nå kunne oppfatte seg som innenfor «systemet». Andre mente at det var viktig å få etablert en slik kontakt mens de var friske, siden alt blir så mye mer komplisert om de skulle bli sjuke og da skulle lete opp aktuelle tilbud. Å få kunnskap om at det eksisterte «en åpen linje» de kunne ta kontakt med hvis noe skulle skje, ble oppfattet som svært viktig.

De eldre personene fortalte at de hadde fått informasjon om kosthold, fysisk og sosial

aktivitet, og de hadde fått mer kunnskap om hva de hadde rett på. Gjennom samtalen og kommunens informasjonsbrosjyre som ble levert ut i forbindelse med besøket, hadde de fått informasjon om kommunens tilbud, og hvilke aktiviteter som fantes, bl.a. på eldresentrene.

Noen hadde fått hjelp til å tenke videre på om de skulle skifte bolig, til å skrive søknad om hjelpemidler eller en kort instruksjon og trening på balanseøvelser. Andre omtalte besøket som særlig verdifullt fordi de hadde fått en samtale som de på dette tidspunktet hadde behov for (sorgbearbeidelse). Noen eldre refererte til at deres pårørende gjennom besøket hadde fått hjelp ved at flere instanser i kommunen ble trukket inn, og på denne måten var det også en hjelp for dem selv.

Flere syntes at det hadde vært positivt med et oppfølgingsbesøk. Noen av de eldre hadde til og med ventet på en ny kontakt og mente at det kunne være positivt om de ble regelmessig kontaktet via telefon. Andre foreslo at de burde kontaktes en gang i halvåret eller hvert annet år. De eldre mente at det kan være mange som ikke vil kontakte kommunen på eget initiativ. Andre var fornøyd med å vite at de kunne ringe når de ønsket kontakt og at de hadde navnet på en person de kunne ringe til.

De eldres kritiske perspektiv på hjemmebesøket På samme tid som besøket ble omtalt som et viktig tiltak, var det flere eldre i dette utvalget som var kritiske, og mente at hjemmebesøk for 75-åringene kunne være bra, men det passet ikke for dem. Mange oppfattet seg selv som friske og med god helse. De opplevde derfor ikke behov for noe tilbud fra kommunen. De fortalte at de var aktive, de trente, var på reiser, deltok på møter og foreninger, at de hadde familie som de hadde nær kontakt med og at de dermed fikk den hjelp og sosiale kontakt de hadde behov for. De mente at de og deres omgangskrets var godt informert om viktigheten av kosthold og fysisk aktivitet – og at de også var i stand til å skaffe seg informasjon selv. Noen av de eldre viste til kommunens begrensede økonomi og var kritiske til om kommunens ressurser ble brukt på en hensiktsmessig måte. En person uttrykte det slik:

«Veldig bra å føle at dere oppsøker oss og tar hensyn til oss, selv om jeg har sagt det er litt vekk-kasta penger.»

Intervjuene skildrer eldre som var i forskjellige livssituasjoner og hadde ulike behov. Synet på hvilken alder som kan være best for et hjemmebesøk varierte på grunnlag av dette. Noen mente at 75 år var rett tidspunkt, noen få mente det kunne komme enda tidligere, andre igjen mente at tilbudet kunne være mer aktuelt seinere, for eksempel når de fylte 77 eller 80 år og sannsynligvis hadde større behov for hjelp enn det de hadde når de var 75 år.

### *Erfaringene til fagpersonene og ledergruppa*

Verdigrunnlag og innhold i samtalerne Fagpersonene og ledergruppa fortalte at de ønsker å arbeide ut fra et verdigrunnlag der de hadde fokus på de eldre sine helseressurser, muligheter og mestring av eget liv. Dette ønsket de å få til gjennom samtalen. De mente det var viktig å skape refleksjon rundt den livssituasjonen som de ulike eldre var i, hva kunne de tenke seg å gå videre på, og hva som kunne endres. De fokuserte lite på sykdom, men understreket samtidig at sykdom ikke ble neglisjert dersom de som fikk besøk ga uttrykk for at de ønsket å snakke om akkurat det. Gruppen så det som viktig å løfte frem personenes ressurser slik at de kunne fremme opplevelse av mestring. De geriatriske sykepleierne var opptatt av å skape en dialog og å kunne snakke om det som var av betydning for den enkelte.

Andre temaer som ble tatt opp i løpet av hjemmebesøket var bolig, sosialt felleskap, nettverk, kosthold, fysisk aktivitet, aldring, og hvordan de eldre kunne registrere aldring og endringer hos seg selv. Forebygging av ulykker, hvordan hjemmet var utformet og mestring av hverdagen, var også sentrale tema. Erfaringene var at dette var noe de eldre ofte tok initiativet til å snakke om selv. De var også oppmerksomme på at ensomhet kunne være et problem for mange, og la vekt på å tilby aktiviteter som kunne motvirke dette.

De geriatriske sykepleierne mente at det er nyttig å komme hjem til de eldre for å se hvordan de levde. Dette kunne gi en større helhetsforståelse og en mulighet til å identifisere ressurser og evt. utfordringer som de ikke hadde fått tak i på samme måte bare ved en telefonsamtale eller et besøk på kommunens kontor. Som en av dem sa:

«Du ser hvordan de beveger seg, om de ser godt; du får så mye informasjon som du ikke kan få på annen måte.»

Organisering av tjenesten, nytteverdier og utfordringer

Informantene var meget tydelig på at det er en suksessfaktor at kommunen har en egen virksomhet for forebyggende og helsefremmende aktiviteter:

«At kommunen har valgt å ha en virksomhet for forebyggende og helsefremmende aktivitet der målgruppen er de over 60 år, det er jo i og for seg en genistrek.»

Informantene betegner det forebyggende hjemmebesøket som “navet” i denne virksomheten. De mente at besøket er med å mobilisere til aktivitet og ga mulighet for å informere den eldre befolkningen om tjenestetilbudene i kommunen.

Informantene fortalte om tidligere erfaringer med at den forebyggende tjenesten lå under hjemmesykepleien, og at dette ikke fungerte godt. På grunn av knappe ressurser ble forebyggende hjemmebesøk den gangen ofte prioritert bort:

«I hjemmesykepleien ble det aldri tid til å gjøre hjemmebesøkene. Lista lå der, men det ble aldri prioritert.»

En av lederne omtalte hjemmebesøket slik:

«Dette er et viktig samfunnsmessig tiltak, du forebygger tidlig bruk av kommunale tjenester, og det blir tilrettelagt for at brukeren kan være lenger hjemme. Dette er veldig samfunnsøkonomisk.»

Samtidig var de svært opptatt av at en slik tjeneste ikke kan stå alene. De mente at det ble meningsløst å ha samtaler med folk der de tok opp det som var viktig for dem i alderdommen uten å ha noe å tilby:

«Det å ha en plass å sluse folk, det å ha gode samarbeidspartnere er avgjørende.»

Andre aktiviteter var for eksempel seniorsenter med ulike aktiviteter, treningsmuligheter, turgrupper, samarbeid med frivillighetssentral og frivillige organisasjoner. Det forebyggende hjemmebesøket ga også en mulighet for å rekruttere de eldre til å bidra med frivillig innsats. Det at de som drev med forebyggende hjemmebesøk, seniorsenter, dagsenter, støttekontaktordning og frivillighetssentral var i samme virksomhet gjorde det lettere å henvise, og å hjelpe personer til rette i nye aktiviteter og grupper.

Informantene mente at den kompetansen som en geriatrisk sykepleier har var svært viktig for å kunne gjennomføre hjemmebesøkene på en god måte. De mente det var behov for kunnskap om hvordan en kan skille mellom normal aldring og sykdom, og kunnskap om hvordan man kan informere de eldre om dette. Å kunne supplere tjenesten med kompetanse fra ergo- og/eller fysioterapi mente de kunne være en styrke. Videre var de opptatt av at det ikke måtte være et helt team som kom hjem til de eldre samtidig, men at de var en tverrfaglig gruppe som gjennomførte hver sine besøk:

«Hvis du er et team så har du flere å diskutere med og kan finne løsninger, så det er en styrke.»

Lederne opplevde at forventningene fra befolkningen til kommunen hadde endret seg etter at hjemmebesøkene hadde startet opp:

«Vi har ikke det samme «trøkket» på boliger som før, fordi innbyggerne har fått opplysninger om hva som er kriteriene (for å få tildelt bolig), er det ikke samme misnøyen blant befolkninga.»

De mente at informasjonen som ble gitt på hjemmebesøket hadde medført at de eldre hadde fått en bedre forståelse, for hva de kunne få hjelp til og hva de måtte ordne selv. På den måten hadde de eldre fått mer realistiske forventninger til tjenesten. Videre tok de fram at det var viktig at tjenesten var et lavterskeltilbud som innebar at enkle tiltak som montering av håndtak for forebygging av fall, eller medisinske eller sosiale utfordringer hos den enkelte person som krever oppfølging og/eller henvisning blir utført fortløpende. Ved at forebyggende hjemmebesøk kan fungere som et lavterskeltilbud mente informantene at de var med på å sørge for at de eldre kunne bo lenger hjemme i egen bolig.

Å komme tidlig nok inn på banen til at det kunne skje en reell forebygging og helsefremming var derfor viktig. Lederne og sykepleierne hadde også erfaring med besøk hos mennesker i 80-årene, men hadde erfart at jo eldre en person blir, desto vanskeligere kan det være å forandre på vaner og livsstil.

Sykepleierne hadde erfart at de ble brukt som kontaktpersoner etter at de hadde etablert kontakt med de eldre ved 75 år. De var opptatt av at de eldre selv måtte ta ansvar for denne kontakten. De la alltid igjen kontaktkort med navn og telefon-

nummer, med en tydelig oppfordring om å ringe når det var behov for det. Samtidig kom det også fram at det ble praktisert oppfølging etter skjønn, der sykepleierne kunne avtale med den enkelte om nytt besøk, eller en telefon etter det første hjemmebesøket. For å kunne følge opp på en god måte så de behovet for et godt dokumentasjonssystem, der de kunne få varsel når det var tid for neste kontakt. Det dokumentasjonssystemet de hadde i dag var ikke godt nok tilrettelagt for dette og var en hindring for god oppfølging over tid.

### Diskusjon

Funn fra intervjuene med de eldre viser at mange mente at samtalen med en person fra kommunens helsetjeneste har gitt dem større grad av trygghet i eget hjem, både en trygghet på at det de faktisk gjør er bra for å opprettholde en god helse, og at mange av dem opplever det som positivt at noen fra storsamfunnet (kommunen) aktivt oppsøker enkeltindividet. Funn fra fokusgruppeintervjuene støtter også opp omkring dette, da sykepleierne som gjennomførte besøkene opplevde at flere av de eldre tok kontakt i ettertid og brukte dem som kontaktpersoner. Samtidig viser funn fra intervjuer med de eldre at noen er skeptiske til tilbudet og er usikre på om det er nødvendig med hjemmebesøk til friske eldre. Dette står i motsetning til det som er kjent og akseptert viten om forebyggende helsearbeid, der det er viktig å komme inn før problemene dukker opp (St. melding 16. 2002–2003). Det forebyggende hjemmebesøket kan muligens tilbys for første gang når de eldre personene er rundt 75–77 årsalderen for å få en helsefremmende effekt. Noen studier viser at effekten var best hos de yngste eldre (Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr, 2008; Bouman, van Rossum, Ambergen, Kempen & Knipschild, 2008; Stuck, et al, 2002).

Fagpersonalet var opptatt av å bevare det de mente var et viktig og nødvendig tilbud. De var opptatt av at det forebyggende hjemmebesøket skulle være et helsetilbud der det ble gjort en helsetilbud av den enkelte eldre ut i fra hans eller hennes livssituasjon og hverdagsliv. Forebyggende hjemmebesøk som har denne personorienterte tilnærmingen ser ut til å være et positivt og viktig helsetilbud som gir både forutsetninger for en helsetilbud av helsestatus og mulige framtidige behov. Erfaringene viser også at denne tilnærmingen bør være forankret i en personorientert tilnærming på både person- og systemnivå

(McCormack & McCance, 2006). Det innebærer at det forebyggende hjemmebesøk ikke kan ses som et engangsbesøk eller et tilbud som står for seg selv. Erfaringene fra Ålesund kommune viser at det er viktig at de forebyggende hjemmebesøkene er en integrert del, såkalt «navet», i et større helse- tjenestetilbud fra kommunen. Samtalene avdekker ressurser og behov, og de eldre kan «sluses» videre som deltakere eller som ressurspersoner i både kommunens og frivillige organisasjoners aktiviteter. Dette støttes også av en nylig gjennomført masteroppgave med kvalitative intervju med ni eldre, der det kommer fram at et forebyggende hjemmebesøk bør støttes av lavterskeltilbud som kan motivere til aktiv deltakelse (Sjøbbø, 2014).

Intervjuene tyder på at et hjemmebesøk kan skape et viktig tillitsforhold mellom de eldre og helsepersonell i kommunen, noe som kan gjøre terskelen for kontakt lavere, og gir en bekreftelse og økt trygghetsfølelse i hverdagen. Flere av de eldre som takket ja til tilbudet opplevde at samtalen ga dem en større grad av trygghet i eget hjem. Flere mente at de hadde fått en bekreftelse på at det de gjorde i forhold til for eksempel trening eller kosthold var viktig for fortsatt å opprettholde en god helse.

Det er en utfordring at frekvensen av de som takker ja til tilbudet er såpass lav. Det er viktig å ha fokus på hvordan man kan nå et bredere mangfold av eldre, og da særlig eldre med sosiale og helsemessige utfordringer som ensomhet, de som har psykiske helseutfordringer, lever med rusavhengighet, eller har en annen kulturell bakgrunn. Nytteverdien av forebyggende hjemmebesøk kan trolig styrkes gjennom at det blir lagt større vekt på motivasjon til endring av levevaner for de som har behov for det. For å kunne øke de eldre sin motivasjon til å foreta en endring i levevaner, kan bruk av motiverende intervju (MI) være en aktuell samtalem metode, noe som har vist seg å være en sentral metodikk for flere av modellene for forebyggende hjemmebesøk (Vass et al., 2007).

Vi kan også stille et spørsmål om det forebyggende besøket alltid bør være et hjemmebesøk. Erfaringene viser at dette er viktig for å kunne gjøre en helsetilbud. Samtidig vet vi at hjemmet er den enkeltes revierområde, og det er ikke alle som ser positivt på å slippe noen inn til seg. Et slikt besøk kan også oppleves som kontroll eller en uønsket innblanding i hvordan de lever livet sitt. Hjemmebesøket kan avdekke sider av livet som personen i utgangspunktet ikke ønsker å vise



fram, eller de opplever at det er et ekstra arbeid med å gjøre hjemmet i stand til et besøk. Et tilbud om time for samtale på kontoret til fagpersonene kan være et godt alternativ. Et forebyggende besøk på helsestasjon for eldre personer kan være et mulig supplement. Da kan de som ønsker det, etter å ha fått informasjon og invitasjon, komme dit på eget initiativ. Sannsynligheten for å nå en større bredde med et slikt tilbud er antakelig ikke stor, og en må her vurdere nytten av dette opp mot den ressursen det vil ta å etablere et slikt tilbud.

Det viser seg at gjentatte hjemmebesøk kan være positivt siden det gir mulighet til å følge opp de eldre personene over tid og dermed fange opp helseutfordringer i en tidlig fase (Skumsnes et al., 2013). For god kontinuitet og oppfølging kan det være viktig at helsepersonell som gjennomfører hjemmebesøkene registrerer og sikrer seg retten til å dokumentere besøket og behovet for oppfølging. Sammen med den eldre må det i hvert enkelte tilfelle vurderes om det kan være behov for en telefon eller et besøk etter en viss tid. Samtidig er det viktig at et initiativ om kontakt bør komme fra de eldre, da dette samsvarer med den helsepolitiske målsettingen om å ta ansvar for egen helse. Uansett er det viktig at det blir klarlagt for de eldre om de skal ha en oppfølging eller ikke, slik at de ikke sitter og venter på en telefon som aldri kommer, noe som kan skape usikkerhet om den kommunale tjenesten.

Det kom klart frem i våre intervjuer at det er viktig at faste personer med god kompetanse innen geriatrisk sykepleie gjennomfører hjemmebesøkene. Dette er av avgjørende betydning for å kunne ha en kvalitet på samtalen som reflekterte kunnskap om aldring, sykdom og mestring, ferdigheter innen observasjon og kartlegging i tillegg til å ha ferdighet i å skape den gode dialogen. Samtidig understreket fagpersonene at en større grad av tverrfaglighet hadde vært ønskelig. I følge Skumsnes et al. (2013) er tverrfaglighet blant helsepersonellet viktig for effekten av forebyggende hjemmebesøk, samt at hjemmebesøkene er utført av helsepersonell med spesialkompetanse eller ekstra opplæring innenfor forebyggende helsearbeid.

Uansett hvilket tilbud som gis vil det være en utfordring å få etablert en felles forståelse mellom helsepersonell som gir tilbudet om forebyggende hjemmebesøk og den eldre. Det kan også stilles spørsmål om navnet *forebyggende hjemmebesøk* gir klare nok assosiasjoner for målsetningen med

besøket. Det samme gjelder om det er sykdom som skal forebygges eller helse som skal fremmes med et helhetsperspektiv som tar utgangspunkt i individuelle behov og ønskemål. I betegnelsen på tjenesten bør det komme tydelig fram at dette er noe annet enn det som vanligvis forbindes med et tilbud innen hjemmebasert omsorg, der det ofte blir forventet at kommunen kommer hjem for å stille opp med et hjelpetilbud.

### Konklusjon

Vår studie peker i retning av at forebyggende hjemmebesøk kan være med på å skape større grad av trygghet for friske eldre. Gjennom samtalen kan de få tillit til en person de kan ta kontakt med. Det kan være viktig at de får en konkret person de kan henvende seg til dersom det skulle oppstå framtidige behov for helse- og omsorgstjenester. Samtalen i seg selv ser ut til å kunne fungere både som en informasjonskanal om kjennetegn på helseatferd, om kommunens og friville organisasjoners aktivitetstilbud, og en samtale for å styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på egen helse. Samtidig er noen av de eldre skeptiske til tiltaket og fremhever eget ansvar for både å skaffe seg helseopplysning og kunnskaper om kommunens tilbud. I studien kommer det også fram at forebyggende hjemmebesøk ikke kan stå alene. De må knyttes til andre tilbud gjennom henvisning til øvrige helsetjenester og aktuelle aktivitetstilbud som bl.a. seniorsentre, turgrupper og pårørende-grupper. Videre blir det fremhevet at det å gjennomføre hjemmebesøk krever spesialkompetanse av de som gjennomfører hjemmebesøkene. Dette gjelder både kunnskap om aldring og aldersforandringer og evnen til å styrke den eldre sin tro på egen mestring.

Denne undersøkelsen er med på å styrke det kvalitative kunnskapsgrunnlaget om hva som kan være nytten av forebyggende hjemmebesøk. Men, det er fortsatt behov for studier som vurderer alder for besøket, behovet for kompetansen hos de som gjennomfører besøket, og behov for utforming av intervensjonsstudier som har potensial til å inkludere forbyggende arbeid knyttet til rus og psykiatri i eldreomsorgen. Dette er nødvendig for å kunne gi tydelige anbefalinger om hvordan en modell for forebyggende hjemmebesøk bør se ut.

### REFERANSER

Agahi, N. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar: en kunnskapssam-*

- manställing*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bouman, A., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. & Knipschild, P. (2008). Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, Mar; 56(3), 397–404.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107–115.
- 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. & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Resultatene fra en landsomfattende kommuneundersøkelse*. Bergen: Senter for omsorgsforskning, Vest.
- 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.
- Karp, A., Wånell, S.E., Lagerin, A., Rydeman, I.B., Sherman, H., Blid, S.S. & Törnkvist, L. (2010). *Förebyggande hembesök. Hälsosamtal med 75-åringar i Stockholms läns landsting*. Stockholms läns Äldrecentrum.
- Larun, L., Dalsbø T.K. & Kirkehei, I.K. (2013). *Hjemmebesøk til eldre – systematisk litteratursøk med sortert referanseliste*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Lov om folkehelsearbeid* (2012). Lovdata.no.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (2012). Lovdata.no.
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. & Henderson, S. R. (2006). The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531–569.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479.
- Meld. St. 34 (2012–2013), *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:11, *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage Publications.
- Sjøbbø, B.A. (2014) *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Hvordan eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem*. Masteroppgave, Diakonhjemmet høgskole og Lovisenberg Diakonale høgskole.
- Skumsnes, R., Larun, L. & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. En systematisk oversikt, *Sykepleien Forskning* 4, 310–321.
- 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. *JAMA*, 287, 1022–8.
- Vass, M., Avlund, K. & Hendriksen, C. (2007a). 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), 410–7.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L. & Riis, P. (2007b). Preventive homevisits to older people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(4), 209–216.