



RAPPORTSERIEN 2015/02

## Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune

Kari Blindheim, høgskolelektor  
Høgskolen i Ålesund  
Rigmor Einang Alnes, 1.amanuensis  
Høgskolen i Ålesund og Senter for  
omsorgforskning Midt -Norge

[www.hials.no](http://www.hials.no)

ISBN:978-82-92186-54-1

ISSN:1502-7643

# Et samarbeidsprosjekt mellom:



Fagfelleurdert av Berit Misund Dahl, phd student/høgskolelektor, Høgskolen i Ålesund

Copyright: Høgskolen i Ålesund / Blindheim, Kari og Alnes, Rigmor Einang  
ISSN: 1502-7643  
ISBN: 978-82-92186-54-1

## **Forord**

Forskningsprosjektet Forebyggende hjemmebesøk til eldre er et samarbeidsprosjekt mellom virksomhet for Aktivisering og velferd, Ålesund kommune, Utviklingssenteret for hjemmetjenestene, Møre og Romsdal, Senter for Omsorgsforskning- Midt Norge og Høgskolen i Ålesund. Prosjektet er i tråd med høgskolens fokus på anvendt forskning i samarbeid med omliggende kommuner, og oppfyller intensjonene om samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og samfunn (Meld. St.13 (2011-2012)).

Forebyggende og helsefremmende arbeid mot alle samfunnssektorer skal styrkes, og med dette forebyggende og helsefremmende arbeid til eldre. Grunnlaget for bedre helse i alderdommen skal få større oppmerksomhet i folkehelsearbeidet (Meld. St.34 (2012-2013)). Forebyggende hjemmebesøk til eldre har økt markant de siste årene og det kan bidra til å fremme helse og mestring gjennom forebyggende tiltak og tidlig intervensjon (Meld. St.26 (2014-2015)).

For å kunne tydeliggjøre eksisterende kunnskap om forebyggende hjemmebesøk og å utvikle modellen for forebyggende hjemmebesøk, har vi samlet inn relevant forskningslitteratur på området, innhentet data fra personer som har fått hjemmebesøk og de som har hatt ansvaret for-, og har gjennomført tilbudet. Rapporten presenterer resultatene fra disse undersøkelsene, samt den nye modellen for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune.

Vi vil rette en stor takk til Ålesund kommune for samarbeidet, og vil spesielt fremheve Anne Røsvik Roald, Liv Aarseth Lied, Ida Skotheim og Brit Steines Krøvel. Det har vært et lærerikt og spennende samarbeid.

## Sammendrag

Bakgrunnen for dette prosjektet var at Utviklingscenter for hjemmetjenesten, Ålesund kommune, i perioden 2012-2015 ble tildelt midler for å gjennomføre et prosjekt der hensikten var å tydeliggjøre eksisterende kunnskap om forebyggende hjemmebesøk til eldre og å utvikle modellen for denne tjenesten. Omtalte prosjektet ble etablert i 2012 og var et samarbeid mellom virksomheten for Aktivisering og velferd (Ålesund kommune), Utviklingscenter for hjemmetjenestene, Møre og Romsdal, Senter for Omsorgsforskning Midt- Norge og Høgskolen i Ålesund.

Gjennom prosjektet er det samlet inn forskningslitteratur på området, kvalitative data fra personer som har fått forebyggende hjemmebesøk, og fra ansatte som har hatt ansvaret for, - og har gjennomført tilbudet.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen viser at forebyggende hjemmebesøk til eldre har stor bredde og mangfold. Besøket oppleves verdifullt for de fleste eldre og for de som gjennomfører besøkene. Effekten er avhengig av antall besøk, hensikten, og hva som ligger til grunn for oppfølgingen. Hjemmebesøkernes profesjonelle kompetanse er avgjørende for nytteverdi og tverrfaglige team kan styrke tilbudet.

Det er i stor grad samsvar mellom data innhentet gjennom individuelle intervju av de som har fått hjemmebesøk og det som kom frem i litteraturgjennomgangen. De fleste sa at tilbudet var nyttig, da det bl.a. ga dem større grad av trygghet. De mente at å kjenne til kommunenes tilbud og hvem de kunne ta kontakt med var viktig. De som hadde ansvaret for tilbudet mente at de gjennom dette fikk kontakt med en gruppe av befolkningen de ellers ikke fikk kontakt med. Samtalen under besøkene kunne fungere som en informasjonskanal om helseatferd, kommunens og frivillige organisasjoners aktivitetstilbud, og en samtale for å styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på helsen. De ansvarlige for tilbudet var opptatt av at forebyggende hjemmebesøk til eldre ikke kan stå alene men må knyttes til andre tjenester.

# Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	4
1. Innledning.....	6
2. Metode.....	8
2.1 Kvalitative intervju.....	8
2.2 Fokusgruppeintervju I .....	8
2.3 Fokusgruppeintervju II.....	8
2.4 Spørreundersøkelse/kartlegging .....	9
3. Resultat.....	10
3.1 Resultat fra intervju med de eldre .....	10
3.1.1 Hvordan «tolket» de eldre besøket.....	10
3.1.2 Nytteten av et forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	11
3.1.3 Behovet for oppfølging .....	12
3.1.4 Alder for forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	12
3.1.5 Å være «for frisk» for forebyggende hjemmebesøk til eldre .....	12
3.2 Resultat fra fokusgruppeintervju med personalet.....	13
3.2.1 Virksomhetens faglige plattform og verdigrunnlag .....	13
3.2.2 Tema for samtalene .....	14
3.2.3 Nytte av forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	14
3.2.4 Organisering av forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	15
3.2.5 Tidspunkt for kontakt med kommunen og for hjemmebesøk .....	16
3.2.6 Oppfølging etter forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	16
3.2.7 Kompetansebehov .....	17
3.2.8 Markedsføring av forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	17
3.3 Fokusgruppeintervju –erfaring med tverrfaglig samarbeid – en evaluering .....	17
3.4 Spørreundersøkelse/kartlegging .....	18
4. Diskusjon.....	20
4.1 Betydningen av å bli møtt .....	20
4.2 Alder for forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	20
4.3 Oppfølging etter forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	21
4.4 Organisering av forebyggende hjemmebesøk til eldre som del av virksomhet for Aktivering og velferd.....	21
4.5 Nytte av forebyggende hjemmebesøk til eldre.....	23
4.6 De som «takker nei» til tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre .....	23
4.7 Kompetansebehov og tverrfaglighet .....	23
4.8 Andre tiltak i prosjektperioden.....	24
5. Beskrivelse av justert modell for forebyggende hjemmebesøk til eldre .....	25

Systematiske kontinuerlige endringer: .....	26
6. Konklusjon .....	27
Referanser: .....	28

# 1. Innledning

Folkehelsearbeidet i kommunen har to sentrale føringer, det skal sørge for helsefremming – gjennom å skape ressurser for helse, og forebygging gjennom å hindre at sykdom oppstår og utvikles, og å redusere risiko for skade eller død (1). Forebygging er en del av forsvarlige helse- og omsorgstjenester og skal være et lavterskeltilbud i alle livsfaser (2). Det er lovpålagt at kommunene skal sørge for helsefremmende og forebyggende tjenester til hele befolkningen (3). Med utgangspunkt i de fremtidige helseutfordringene kommunen står overfor, og den store økningen av eldre, er det behov for en styrking av dette arbeidet. Forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre kan gjøre at de eldre opprettholder sin funksjonsevne, livskvalitet og selvhjelpenhet og dermed kan leve et så aktivt og meningsfullt liv som mulig (4).

Som en del av en økt satsing på forebyggende helsearbeid for eldre fikk Utviklingscenter for hjemmetjenesten, Ålesund, herunder virksomhet for Aktivisering og velferd, tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å utvikle et verktøy og metodikk for forebyggende hjemmebesøk til eldre. Senter for omsorgsforskning og Høgskolen i Ålesund har stilt med forskningsfaglige veiledere og bistått arbeidet.

Forebyggende hjemmebesøk til eldre gjennomføres oftest som et uoppfordret og oppsøkende hjemmebesøk fra kommunens helsetjeneste til eldre (75 – 80 år) som ikke har andre tilbud fra kommunen. Hensikten er i hovedsak å komme i dialog med kommunens innbyggere for å motivere til fortsatt bevisst helseatferd, og å styrke den eldre sin mulighet til egen mestring og å bevare sitt funksjonsnivå lengst mulig. Forebygging av sykdom, ulykker, fysisk og sosial aktivitet, boforhold og informasjon om kommunens tilbud er sentrale områder for forebyggende hjemmebesøk til eldre (5).

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er ikke lovpålagt i norske kommuner, og det har derfor i liten grad blitt vektlagt, bare 25 % av norske kommune hadde etablert tilbudet i 2013 (6), men Ålesund kommune har satset på forebyggende hjemmebesøk til eldre siden 2002. Denne oppsøkende virksomheten har blitt forandret og videreutviklet i løpet av disse årene. Blant annet fikk alle 80-åringer til å begynne med tilbud om et hjemmebesøk, mens det i dag er alle 75-åringer som får tilbudet. Flere personer har arbeidet frem denne modellen, og det finnes så langt lite dokumentasjon om utviklingen og hvilke erfaringer som har blitt gjort underveis, som kan beskrive og begrunne hvorfor modellen ser ut som den gjør i dag.

I samhandlingsreformen vises det til et behov for bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer lokalt og betydningen av å kartlegge både helsefremmende faktorer og risikofaktorer blir fremhevet (2). Helsen henger sammen med vår helseatferd (7), en gunstig helseatferd er derfor viktig også i høy alder. Samtidig vet vi lite om hvilke sider av helsen og helseatferden som er av særlig betydning blant eldre (7). Det er derfor vanskelig å vite om helsetjenester til eldre prioriteres rett, og kunnskap om forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot den eldre delen av befolkningen er derfor viktig.

Forskning viser at nytteverdien av forebyggende hjemmebesøk er god, men effekten av intervensjonen bygger på antall besøk, hvor ofte disse blir gjennomført, samt hva som er hensikten med hjemmebesøket og hva som ligger til grunn for oppfølgingen (8, 9). Det vil si at til flere besøk, til større nytteverdi og helseeffekter, og til større reduksjon i dødelighet. Det finnes studier som viser at forebyggende hjemmebesøk er kostnadseffektive (10).

Denne rapporten bygger på innsamlede data og erfaringer, samt relevant litteratur knyttet til forebyggende hjemmebesøk til eldre som er innsamlet i prosjektperioden 01.01.2012 og frem til prosjektavslutning 01.04.2015.

Hensikten med prosjektet var å tydeliggjøre eksisterende kunnskap om temaet og å utvikle modellen for forebyggende hjemmebesøk.

**Forskningsspørsmål:**

- Hvilken nytteverdi har forebyggende hjemmebesøk blant eldre?
- Hva bør hjemmebesøket fokusere på?
- Hvilke data bør samles inn gjennom et forebyggende hjemmebesøk?
- Hvem skal gjennomføre hjemmebesøket (profesjon/ kompetanse)?
- Hvilken aldersgruppe er det hensiktsmessig å gi tilbud til?
- Hvilke organisatoriske forutsetninger er nødvendige for at modellen kan gjennomføres?



## 2. Metode

For å få tydeliggjort erfaringene med hjemmebesøket, både fra de eldre sin side og fra personalet som arbeider i virksomheten, var det viktig å kunne beskrive erfaringer og i noen grad prøve å forstå besøkene sin egenart og funksjon. I evalueringsperioden har en derfor i hovedsak benyttet seg av kvalitative intervju. Det er gjennomført kvalitative intervju med de eldre og fokusgruppeintervju med personalet som har hatt ansvar for å planlegge og å gjennomføre hjemmebesøkene.

### 2.1 Kvalitative intervju

Av et utvalg på 250 personer som hadde hatt forebyggende hjemmebesøk i løpet av en 3 års periode ble 30, (10 fra hvert års-trinn, de som fylte 75,76 og 77 år i 2013), tilfeldig valgt ut for å bli forespurt om de ville delta i et intervju om deres erfaring med forebyggende hjemmebesøk. 13 menn og 17 kvinner jevnt fordelt fra alle bydeler takket ja til tilbudet.

Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, med åpne spørsmål der temaene var: Hvordan opplevde du å få tilbud om forebyggende hjemmebesøk? Kan du fortelle om hjemmebesøket og hvordan du opplevde det? Hvilken nytte hadde du av besøket? Kan hjemmebesøket gjøres annerledes? Hva tenker du i etterkant av besøket?

Datainnsamlingen ble gjennomført av to geriatriske sykepleiere som også hadde ansvaret for og erfaring med å gjennomføre hjemmebesøkene i kommunen. De intervjuet personer som de selv ikke hadde vært på besøk hos.

### 2.2 Fokusgruppeintervju I

Fokusgruppeintervju ble valgt for å samle inn data fra kommunens ansatte. Dette for at samtalen mellom dem kunne få frem hva som representerte en felles forståelse for hvordan forebyggende hjemmebesøk til eldre ble oppfattet/forstått blant de ansatte. Det var 6 deltakere i fokusgruppeintervjuet. Dette var et strategisk utvalg da disse representerer både historien, gjennomføring og utviklingen av forebyggende hjemmebesøk i kommunen – i form av to ledere, og fire sykepleiere, derav to geriatriske sykepleiere som utførte forebyggende hjemmebesøk i oppstartingsfasen og frem til i dag. Fokusgruppeintervjuet ble ledet av professor Kirsti Skovdahl.

### 2.3 Fokusgruppeintervju II

I løpet av prosjektperioden ønsket en å etablere et tverrfaglig team som hadde ansvar for forebyggende hjemmebesøk til eldre. En ønsket derfor å gjennomføre intervju etter ansettelse

av ergoterapeut. Erfaringer fra samarbeid i teamet ble innhentet i et fokusgruppeintervju av to geriatriske sykepleiere og en ergoterapeut, dette intervjuet ble ledet av førsteforfatter.

## **2.4 Spørreundersøkelse/kartlegging**

Over 50 % av de som har fått tilbudet om forebyggende hjemmebesøk til eldre har takket nei. For å få mer informasjon om hva som kan være årsaken til dette, ble det gjennomført en spørreundersøkelse. Det ble sendt ut spørsmål til alle som takket nei til besøket, ca. 90 personer, og 26 personer har svart.

I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse for å kartlegge bl.a. bo-situasjon og aktivitetsnivå hos de eldre. Denne spørreundersøkelsen ble gjennomført under hjemmebesøket og 147 personer har svart, 87 kvinner og 60 menn, jevnt fordelt i de tre bydelene. Kun deler av denne kartleggingen gjengis i rapporten – undersøkelsen finnes som egen rapport fra Ålesund kommune.

### **Analyse**

Analysen av de kvalitative intervjuene er induktiv og inspirert av trinnene til Elo & Kyngäs (11), med en åpen koding, og nedskrivning av sentrale tema, gruppering, kategorisering og abstraksjon. Alle intervjuene er transkribert. Deretter leste forskerne gjennom dem, skrev ned sentrale tema og opprettet kategorier hver for seg. Forskerne kom så sammen og drøftet kategoriene og ble enige om hvilke kategorier som var gjeldende og hvilke sub- kategorier som kunne defineres.

Når det gjelder spørreundersøkelse og kartleggingsundersøkelsen er det bare foretatt en deskriptiv frekvensanalysen. Undersøkelsen er ikke gjengitt i sin helhet i denne rapporten, men er bare et eksempel på mulige data som en kan hente inn til bruk for kommunens planlegging.

### **Forskningsetiske overveielser**

Det ble gitt informasjon om at deltagelsen var frivillig og at reservasjon for deltagelse ikke ville påvirke tildeling av fremtidige tjenester. De fikk også informasjon om at de på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra undersøkelsen. Studien har blitt fremlagt for NSD (prosjektnummer 40331) og vurdert som ikke meldepliktig. Alle data ble behandlet uidentifiserbare og konfidensialiteten ble sikret gjennom hele prosjektet.

## 3. Resultat

Vi vil først presentere resultat fra intervju med eldre personer som har hatt hjemmebesøk, deretter resultat fra fokusgruppeintervju I med ledere og sykepleiere/ geriatiske sykepleiere som gjennomførte hjemmebesøkene, fokusgruppeintervju II med geriatiske sykepleiere og ergoterapeut, resultat fra en spørreundersøkelse til de som har takket nei til tilbudet og til slutt noen resultat fra kartleggingsundersøkelsen.

### 3.1 Resultat fra intervju med de eldre

#### 3.1.1 Hvordan «tolket» de eldre besøket

For de fleste i utvalget var det å bli kontaktet av kommunen noe uventet. Noen hadde hørt om at andre hadde hatt besøk, og noen hadde lest om det i avisa, men for de fleste var forebyggende hjemmebesøk til eldre ukjent.

Ingen i utvalget hadde noe å innvende på måten de var kontaktet på. De fleste sa at de forstod hva som stod i brevet, og at de ut fra dette forstod at kommunen var interessert «i en forbindelse». De synes også det var fint at de fikk en telefon i etterkant av brevet og slik fikk avtale et tidspunkt for hjemmebesøk som passet for dem.

For noen satte brevet dem på tanken om at de var kommet i en «ny epoke i livet»: «Det første jeg tenkte var at, er jeg blitt så gammel?» Hos andre kom det frem en undring over hvorfor de skulle få besøk, slik disse sitatene forteller:

- «jeg klarer meg enda, jeg har det så bra slik som det er, så det er ikke et behov enda da, slik følte jeg det....»
- «Nei, jeg var litt forundret fordi jeg lurte på hva de skal her med meg, for jeg har ikke behov for noe hjelp»

Noen kom frem til at de fikk tilbud om besøk fordi det var et behov for kommunen for «å få noe å arbeide etter», eller «å registrer behov». De mente at det var for å se, «sjekke», hvordan de bodde og hvordan de hadde det. Enkelte mente at det nok lå et økonomisk motiv bak. Hos noen ble derfor besøket i hovedsak oppfattet som en kartlegging, og som kommunens behov. Andre mente at besøket ble gjort fordi kommunen ville gi informasjon om de tilbud den hadde. Det kom også frem at de mente at kommunen på denne måten ville vise at de eldre var verdt noe og ville gi tilbud om kontakt, og for at kommunens folk slik kunne ta vare på dem om noe skulle skje. «Hensikten var jo selvfølgelig at jeg kanskje skulle få det bedre enn jeg kanskje hadde det» – men, understreker vedkommende, han hadde det bra der og da også.

Ut fra dette kan vi få en forståelse av at hensikten med besøket ikke var like klart hos alle informantene, men at besøket dels ble forstått som et bidrag til en kartlegging og informasjonsinnhenting og dels som et tiltak for å gi informasjon og å tilby hjelpemidler eller andre tjenester.

### 3.1.2 Nytten av et forebyggende hjemmebesøk til eldre

Selve besøket ble omtalte med mange positive superlativer som hyggelig, kjempeflott, koselig og greit. En kommenterte «Gu, dette var kjekt!». Det å få noen fra kommunen hjem på besøk var i hovedsak en positiv erfaring for personene som ble intervjuet.

#### **Trygghet ved det å bli sett**

Mange i utvalget mente at det å få et navn, et telefonnummer og på denne måten en kontaktperson i kommunen var svært positivt. De understreket at dette var med på å gi dem en opplevelse av trygghet: «Det var akkurat som jeg følte det at , - ja nå har eg en plass å henvende meg visst det er noe. Jeg følte meg tryggere.» Andre sa at de nå på bakgrunn av hjemmebesøket opplevde at de «hadde en venn i nøden».

I intervjuene kom det frem at det for en del kunne oppleves som en terskel å ta kontakt med noen i kommunen. Det kan virke som om det for noen var en ny tanke at det gikk an å ta en telefon for å stille et spørsmål om det var noe de lurte på, eller hadde behov for. Noen av informantene omtaler seg som å være i den «grå masse» og at besøket gjorde godt fordi de nå kunne oppfatte seg som innenfor «systemet». Noen mente at det var viktig å få etablert en slik kontakt mens en var frisk, alt ble så mye mer komplisert om de skulle bli sjuk og da skulle leite opp aktuelle tilbud. Å få kunnskap om at det eksisterte «en åpen linje» de kunne ta kontakt med dersom noe skulle skje, ble oppfattet som svært viktig. En av informantene uttalte: «Jeg tenker på hvor glad jeg er for at hun kom».

En person i utvalget forteller at det var hun selv som tok initiativet til at hun ville ha besøk da hennes årskull ikke hadde fått noe besøk på grunn av endring av alder fra 80 til 75 for besøkene. Hun opplevde at flere av sine venner hadde fått dette besøket og at det hadde vært viktig for dem. Nå trengte hun også fokus på egen person, mente hun.

For noen kom samtalen veldig beleilig da de nettopp hadde opplevd sorg i forbindelse med ektefelles død. Da var dette helt nødvendig, forteller informanten. Dette var noe hun hadde behov for der og da. «Endelig har noen vært og besøkt meg også, og at jeg liksom var oppdaga på en måte. Sånn følte jeg det». Andre sier at dette var så bra fordi de nå hadde fått et menneske de kunne tenke seg å ringe til.

Noen mente at det var betryggende for alderdommen at kommunen registrere behov og slik kartlegger innbyggernes status.

Ut ifra dette kan vi få en forståelse av at et hjemmebesøk kan skape et tillitsforhold mellom den eldre og en ansatt i «systemet» som kan gjøre terskelen for kontakt lavere, og gi en økt trygghetsfølelse i hverdagen i dette «å bli sett».

## Utbytte av samtalen

Av hva de konkret fikk ut av samtalen nevnes informasjon om kosthold, fysisk og sosial aktivitet og for å vite hva de hadde rett på. Videre mente de at sykepleierne var opptatt av at de holdt seg i form og at de benyttet hjelpemidler som håndtak og gelender, og at de fjernet løse tepper. Informantene fikk informasjon om kommunens tilbud og hvilke aktiviteter som finnes, bl.a. ulike tilbud på eldresentrene. En person i utvalget nevner spesielt datakurs, og at det var et hjemmebesøk som gjorde at han fikk informasjonen han trengte for å kunne bli med på dette. Informasjon om aktiviteter fikk de både under samtalen og gjennom at kommunens brosjyre over aktiviteter ble delt ut, noe enkelte kommenterte at de brukte flittig. Enkelte hadde fått hjelp til å tenke videre på om de skulle skifte bolig, og andre hadde fått hjelp til å skrive søknad om hjelpemidler. Det viktigste som kommer frem på tvers av hele utvalget var at de har fått et telefonnummer de kunne ringe til.

### 3.1.3 Behovet for oppfølging

En del av utvalget er klar på at de ikke trengte noen oppfølging, mens andre var litt undrende over at de ikke har blitt kontaktet på nytt etter det første hjemmebesøket da de var 75 år. Flere hadde fått en forståelse av at de nå var «inne i et system», og at de på et tidspunkt ville få et nytt besøk, eller en telefonsamtale: «Men en telefonkontakt, ja. Det er gjerne ikke så dumt, sånn hvert annet år eller et eller annet, og høre litte granne og sånt ..... så, ja, det kanskje kunne være noe.» Noen mener at de om et par år (når de er 80) gjerne vil ha en telefon. Andre forteller at når de har vært i en samtale der temaet har vært hjemmebesøk til 75-åringer er mange enige i at oppfølging er viktig, og at det kan skje gjennom en telefonsamtale.

### 3.1.4 Alder for forebyggende hjemmebesøk til eldre

De fleste synes at 75 år er en grei alder å forta disse besøkene på, samtidig med at de understreker at behovet for besøk er individuelt. I dette ligger nok også en forventning om at en i disse besøkende er avhengig av å ha et behov i form av dårligere helse, og en av informantene sier: «behovet vil variere i forhold til hvor sprek en er». Noen mener også at besøket kunne komme tidligere, ved 70 års alder, eller ved overgang til pensjonsalderen. Andre mener at det bør komme seinere: «seinere for min del». Andre sier at om det var kapasitet til dette så kunne det gjerne ha vært et tilbud både ved 75 og 80 år.

### 3.1.5 Å være «for frisk» for forebyggende hjemmebesøk til eldre

Funnene tyder på at det kan være en utfordring å tilrettelegge informasjonen i hjemmebesøkene slik at den er like nyttig for alle. På same tid som besøket omtales som positivt og som et fint tiltak var det flere i utvalget som er noe kritisk, og var opptatt av at «hjemmebesøk for 75 åringer» nok kan vær et godt tiltak, men ikke for dem. Mange av informantene var svært aktiv. De nevner at de har familie som de har nær kontakt med og dermed får både hjelp og de sosiale kontaktene de har behov for gjennom dette. Videre

forteller de at de trener regelmessig, de er på reiser, går turer i fjellet eller er fysisk aktive på andre måter, og er med på møter og i foreninger. De sier også at både de selv og dem de kjenner er godt informert om viktigheten av kosthold og fysisk aktivitet – og at de også er i stand til å skaffe seg informasjon selv. De fleste i utvalget oppfatter seg selv som friske – og mener derfor at de heller ikke har behov for noe tilbud fra kommunen. En informant sier: «Det var bare det at jeg var så frisk (da hun hadde hjemmebesøk) at jeg hadde ikke bruk for noen hjelp da». På samme tid kommer det også frem at dette var et viktig besøk for noen, som skapte en forandring ved at de kjente seg tryggere på kommunens tilbud gjennom at de hadde fått en kontaktperson.

Fra noen av informantene kommer det frem en form for ambivalens. De opplevde det som hyggelig å få besøk, men var usikre på om kommunens ressurser gjennom dette ble brukt på en hensiktsmessig måte, samtidig som de har forståelse for at det er vanskelig for kommunen å trekke ut hvem som kan ha behov for forebyggende hjemmebesøk. Et sitat kan illustrere denne ambivalensen: «veldig bra å føle at dere oppsøker oss og tar hensyn til oss, selv om jeg har sagt det er litt vekkasta penger». Kommunens begrensede ressurser burde brukes på dem som virkelig trenger dem – mente noen.

## 3.2 Resultat fra fokusgruppeintervju med personalet

### 3.2.1 Virksomhetens faglige plattform og verdigrunnlag

De som har arbeidet med forebyggende hjemmebesøk til eldre har brukt tid på å finne den faglige plattformen for det forebyggende hjemmebesøket. De mente at det var forskjell på om en ønsker å kartlegge sykdom og risiko eller om en ønsker å ha et fokus på gjenværende helseressurs, muligheter og mestring av eget liv. I forhold til hvordan en som kommune kan bidra med noe overfor enkeltpersoner uttrykte en: «Det er viktig å skape en refleksjon over den livssituasjonen som de er i nå, hva kan de tenke seg å gå videre på og hva som kan endres». Det synes viktig for de som foretar hjemmebesøket å formidle at de eldre selv må ta ansvar for eget liv og at de må møte dem der de er. De legger vekt på at samtalen har lite fokus på sykdom, samtidig som de understreker at sykdom ikke blir neglisjert om personen de besøker gir uttrykk for at de ønsker å snakke om akkurat det. De mener at det er viktig at de formidler kunnskap om normal aldring slik at de eldre lettere skal kunne skille mellom normal aldring og sykdom. For de som foretar hjemmebesøkene er empowerment og det å få frem brukerens ressurser og fremme mestring viktig. En forteller:

«De samtalene vi har gir oss en bit av en livshistorie, og det tror jeg er så nyttig fordi du blir veldig bekreftet på individ når noen sitter og lytter til deg. Det skaper også en refleksjon over det livet du har levd, der du er i dag og utfordringer for framtida».

De som drar på hjemmebesøk ser at det er nyttig å komme hjem til de eldre for å se hvordan de lever. De mener at dette kan gi dem en større helhetsforståelse og en mulighet til å oppdage

ressurser og evt. utfordringer som de ikke på samme måte hadde fått tak i bare ved en telefonsamtale eller et besøk på kommunens kontor. En av dem sier: «Du ser hvordan de beveger seg, om de ser godt – du får så mye informasjon som du ikke kan få på annen måte»

### 3.2.2 Tema for samtale

Tema som blir omtalt på hjemmebesøket er bolig, sosialt felleskap, nettverk, kosthold, fysisk aktivitet, aldring og hvordan de eldre kan registrere aldring og endringer hos seg selv. Forebygging av ulykker, hvordan hjemmet er utformet og mestring av hverdagen er også sentrale tema. I følge de som gjennomfører hjemmebesøket så tok de eldre ofte initiativet til å snakke om disse tema. I tillegg var de som foretok hjemmebesøkene oppmerksomme på fare for ensomhet og la vekt på å tilby aktiviteter som kunne motvirke dette, som ulike gruppeaktiviteter og tiltaket «lyst på livet». <sup>1</sup>De gav også informasjon om tilbud fra frivillige organisasjoner og menigheter for å skape oppmerksomhet på hva som fantes av aktiviteter i nærmiljøet. De understreket at dette måtte tilpasses ut fra det som kom frem i samtalen, men at de på bakgrunn av informasjon som de gav og samtalen med den eldre kunne legge fram forslag om en «aktivitetspakke» for den enkelte.

### 3.2.3 Nytte av forebyggende hjemmebesøk til eldre

I intervjuet kommer det frem at et viktig resultat av hjemmebesøket er at de eldre kan bo lenger hjemme på grunn av at det har blitt gjort tilpasninger i hjemmet. På denne måten kan søknadene om og evt. flytting til tilpasset bolig og institusjonsplass utsettes. Informantene forteller at de eldre sine forventninger til kommunen har endret seg etter at hjemmebesøkene har startet opp, slik dette sitatet viser: «Vi har ikke det samme trøkket på boliger som før. Fordi de har fått opplysninger om hva som er kriteriene (for å få tildelt bolig), er det ikke samme misnøyen blant befolkninga». Informantene mener at informasjonen som blir gitt på hjemmebesøket medfører at de eldre har fått en annen forståelse for hva de kan få hjelp til og hva de må ordne selv: «De har mer realistiske forventninger til tjenesten». Informantene uttrykker at dette er i tråd med sentrale føringer og at det ikke er bra for den enkelte å bli «klientifisert», og legger i dette at samfunnet for fort tar over oppgaver som vedkommende selv kunne ha gjort. «De har fått en forståelse av at de må gjøre noe selv. Ikke bare sette seg ned å la det seile av gårde».

Det virker som om det forebyggende hjemmebesøket kan være med på å skape et positivt omdømme i forhold til kommunens tjenester og det vil igjen kunne påvirke samarbeidsklima mellom kommune og borger positivt. Informantene mente at det forebyggende hjemmebesøket ble sett på som et lavterskeltilbud og om de som fikk besøk hadde behov for et enkelt hjelpemiddel eller henvisning, blir det ordnet «der og da».

---

<sup>1</sup> I «Lyst på livet» arbeider pensjonister med å fremme egen helse og livskvalitet gjennom å påvirke vaner og mønstre i hverdagen. Fire viktige livsområder er valgt ut; sikkerhet og trygghet, sosialt nettverk, mat og drikke, samt fysisk aktivitet. «Lyst på livet» drives gjennom livscafeer og har ønske om å være arenaer hvor nye muligheter for et godt liv kan vokse frem (12).

### 3.2.4 Organisering av forebyggende hjemmebesøk til eldre

Informantene var klar på at de ikke kunne ha forebyggende hjemmebesøk uten at de hadde et tilbud til de som hadde behov for ulike tjenester. En uttrykte det slik:

«...det å ha en plass å sluse folk, det å ha gode samarbeidspartnere, dette her med *lyst på livet* som vi nå har begynt med i Ålesund kommune, - der du har fokus på selvhjelpsgruppe og har empowerment tankegangen inn i dette. Alt dette vil dra med seg til å kunne bli ei god utvikling. Forebyggende hjemmebesøk er et utrolig viktig bidrag inn i dette her».

At Ålesund kommune hadde en egen virksomhet for forebyggende og helsefremmende aktiviteter mente informantene var en suksessfaktor. «At Ålesund Kommune 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». De betegner det forebyggende hjemmebesøket som «navet» i denne virksomheten. De mener at dette kan være med på å mobilisere til aktivitet og gi mulighet for å informere den eldre befolkningen om tjenestetilbudene i kommunen.

Informantene forteller om tidligere erfaring med at den forebyggende tjenesten lå under hjemmesykepleien, og at dette ikke fungerte godt. På grunn av knappe ressurser ble det forebyggende arbeidet hele tiden nedprioritert. «I hjemmesykepleien ble det aldri tid til å gjøre hjemmebesøkene. Lista lå der, men ble aldri prioritert». Informantene mener at spesifikke stillingsandeler knyttet til geriatriske sykepleierne for forebyggende hjemmebesøk til eldre er svært viktig. En av informantene sa: «Det å ha stillingene så rendyrka som bare det, slik at en ser det». Ut fra dette kommer det frem en forståelse om at denne type arbeid må skjermes fra annen virksomhet og tydeliggjøres. Uten dette vil tiden lett gå med til personer med akutt hjelpebehov, og det forebyggende hjemmebesøk kan lett bli nedprioritert i en travel hverdag. De mener dette er et viktig samfunnsmessig tiltak der en forebygger tidlig bruk av kommunale tjenester. Den eldre kan bo hjemme lengre, noe de mener er viktig, ikke bare for den eldre, men også viktig samfunnsøkonomisk.

For å kunne lykkes med å få en god utnyttelse av forebyggende hjemmebesøk til eldre er de opptatt av at det må være en kort vei fra planlegging til å kunne gjennomføre aktuelle nye aktiviteter, for eksempel anbefaler de kontakt med Røde Kors, besøksvenner, og eldresentrene. Derfor er samorganisering av tjenesten med bl.a. frivillighetssentral og eldresenter avgjørende for at dette skal lykkes. «Hvis vi hadde hatt forebyggende hjemmebesøk uten å ha noe å tilby (flere: veldig enig) så hvorfor skal du sitte der å høre på denne fortvilelsen da på en måte, det blir jo uutholdelig. Det å ha en plass å sluse folk, det å ha gode samarbeidspartnere er avgjørende».

Det forebyggende hjemmebesøket ga også en mulighet for å rekruttere eldre som ønsker å bidra med frivillig innsats, mente de. Sykepleierne sa at de under hjemmebesøket reflekterte over hvor den enkeltes krefter var og hva de eldre kunne bidra med. De sa at de lette etter mulighet for mestring og så etter ressursene til den enkelte. Der de gjennom samtalen erfarte



at den de snakket med hadde aktuelle ressurser var de med å legge til rette for at personen kunne bidra i frivillig arbeid som for eksempel besøksvenner, eller til å holde foredrag eller andre bidrag på seniorsentrene.

### 3.2.5 Tidspunkt for kontakt med kommunen og for hjemmebesøk

Informantene mente det var viktig å komme inn tidlig om de skulle tenke forebyggende/helsefremmede i forhold til den eldre befolkningen. Dette kunne for eksempel gjøres gjennom et seminar ved pensjonsalder og/eller å videreutvikle «lyst på livet» konseptet. I forhold til alder for forebyggende hjemmebesøk til eldre mente informantene at 75 år var en fin alder å nå dem på fordi de fleste av dem vil da ha ressurser til å kunne gjøre endringer i både hus og livsstil. Informantene vurderte om det kunne være behov for å starte enda tidligere. Erfaringer fra besøk hos de som var blitt 80 år var at samtalene fikk en annen karakter. En av informantene fortalte hun opplevde dette som «tyngre» samtaler, at de da har kommet lengre i aldringen og dermed ikke var så mottakelige for evt. endringer.

### 3.2.6 Oppfølging etter forebyggende hjemmebesøk til eldre

Oppfølging etter hjemmebesøket var ikke formalisert i virksomheten på intervjutidspunktet, men de som sykepleierne vurderte hadde behov for oppfølging, fikk dette i form av en telefonsamtale eller et nytt besøk. Informantene erfarte at en del av de eldre forventet en oppfølging.

En av informantene fortalte:

«Vi har opplevd at noen tar kontakt. De blir geleidet videre i systemet. Kanskje resulterer det i at de får et besøk til, det kan det være, men i alle fall så bruker de oss som kontaktpunkt, og det er litt av hensikten også at de skal kunne gjøre det. Jeg tror det handler om at de får en person å forholde seg til».

Informantene mener at det å vite hvor en skal henvende seg betyr mye for de eldre og de erfarte at de eldre har tatt vare på kortene til dem som har vært på hjemmebesøk. En av informantene fortalte: «...det er viktig å vite at en kan ringe om det ikke er store kriser. Det tror jeg har en verdi både for enkeltindividet og fellesskapet». Ut fra dette kan en forstå at de som foretar hjemmebesøkene mener at det å etablere kontakten er grunnleggende viktig, og at det i hovedsak blir opp til de eldre å ta kontakt i ettertid ved behov. Virksomheten praktiserte det de kalte oppfølging etter skjønn noe som også krevde at de måtte ha en form for dokumentasjon på hjemmebesøkene. Det var den som gjennomførte hjemmebesøket som i samråd med den eldre vurderte behovet for oppfølging i form av telefon, besøk eller henvisning videre.

### 3.2.7 Kompetansebehov

I forhold til hvilke kompetanse en burde ha for å få hjemmebesøkene til fungere så optimalt som mulig, var det ikke tvil blant informantene om at geriatrikiske sykepleiere var viktig og at en i tillegg kunne ha supplert med ergo- og fysioterapeut. Men det var ikke ønskelig fra de som gjennomfører hjemmebesøkene at et team skulle reise ut, de ville heller henvise til fysioterapi- og ergoterapitjenesten om det var behov. Samtidig så de behovet for å kunne være flere samarbeidspartnere i gjennomføringen av hjemmebesøkene slik dette sitatet viser: «Hvis du var et team så hadde du flere å diskutere med når du kom inn igjen og finne løsninger, så det er en styrke.» Det kom også frem at å supplere kompetansen som allerede fantes med ergoterapeuter eller fysioterapeuter kunne ha styrket tilbudet, evt. ved å videreføre med tilbud om hverdagsrehabilitering<sup>2</sup>.

I forhold til hva som skal til for å lykkes med forebyggende hjemmebesøk så uttalte en informant: «Geriatrikiske sykepleiere, men mye mer enn det, fantasi, et godt hjerte og en god leder som er villig til å diskutere og støtte opp under».

### 3.2.8 Markedsføring av forebyggende hjemmebesøk til eldre

Fortløpende markedsføring måtte til mente informantene. De sa at denne type informasjonsarbeid var vanskelig: «Informasjon om forebyggende arbeid er noe av det vanskeligste en gjør for det må gjentas hele tiden og vi informerer jo på mange områder». De pekte på at tilbudet og markedsføringen måtte også tilpasses den tiden en lever i, og at personer på 75 år som lever i 2013 har en annen forståelse av hva som skal til for å fremme helse enn det de hadde da prosjektet startet opp i 2001. Informantene var opptatt av de må ut i media og markedsføre før hver ny «runde» med 75 åringer. De gjennomførte også informasjonsarbeid i form av å informere lag og organisasjoner om deres virksomhet.

## 3.3 Fokusgruppeintervju – erfaring med tverrfaglig samarbeid – en evaluering

I løpet av prosjektperioden ble det ansatt en person med annen kompetanse enn de som før hadde arbeidet med hjemmebesøkene. Slik ble de som gjennomførte besøkene et team bestående av to geriatrikiske sykepleiere og en ergoterapeut. I fokusgruppeintervjuet med teamet som på intervjutidspunktet hadde arbeidet sammen i underkant av et halvt år – kom det frem at besøkene i stor grad ble gjennomført på samme måte og med samme innhold – men at teamet hadde fått tilført nyttig kompetanse. Den nye i teamet satte pris på at det ble åpnet for å utforme besøkene selvstendig – men at rammene og temaene var definert. De erfarte at de

---

<sup>2</sup> Hverdagsrehabilitering er rehabilitering og forebygging mens brukeren bor i eget hjem, for å sikre økt funksjon og deltagelse (13).

gjennom inkludering av en ergoterapeut med bakgrunnskunnskap fra rehabilitering fikk mer fokus på forebygging av hjerneslag og informasjon til de eldre om kjennetegn på hjerneslag og viktighet av å tilkalle hjelp tidlig. Videre hadde de også i perioden etablert samarbeid med Rus-Midt, noe som hadde gitt dem mulighet til å bli kjent med deres arbeid og bruk av informasjonsbrosjyren i rusforebygging som var et samarbeid med fylkesmannen. Denne brosjyren ha vært nyttig fordi det ga en anledning til å kunne føre en samtale om bruk av alkohol og andre rusmidler. Informantene pekte på at fylkesmannen i Møre og Romsdal og Rusbehandling i nordvest hadde en annen autoritet enn om de som foretok hjemmebesøkene henter opp temaet selv. En utfordring med tverrfaglighet i temaet var tid til samtale og samarbeid. De mente at om deres ulike kompetanse skulle utnyttes var det viktig at tid også ble avsatt til felles refleksjon i teamet.

### 3.4 Spørreundersøkelse/kartlegging

Av de 26 som svarte på spørreundersøkelsen for de som takket nei til tilbudet, svarte i underkant av halvparten at de takket nei fordi de ikke hadde behov for informasjon, råd eller veiledning og at de var usikker på hensikten med besøket. 4 av de 26 som svarte sier at de ikke ønsket besøk i eget hjem. Videre viser tabellen at 11 av 26 ønsket å få informasjon fra Ålesund kommune på nett. Se tabell 1 under.

Tabell 1. Grunnen til at du takket nei til besøket.

#### ❓ Hva var grunnen til at du takket nei til besøket? (Her kan en krysse av for flere alternativer)

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Jeg har ikke behov for informasjon, råd eller veiledning om helsefremmende tiltak for hjemmeboende seniorer	12 stk	40.0%
2	Jeg ønsker ikke besøk i eget hjem	4 stk	13.3%
3	Jeg ønsker å få tilbud om samtale på kommunens kontor	0 stk	0.0%
4	Jeg er usikker på hensikten og nytteverdien av besøket	13 stk	43.3%
5	Annet	1 stk	3.3%

En kartleggingsundersøkelse av de eldre som mottok forebyggende hjemmebesøk til eldre ble gjennomført i løpet av prosjektperioden. Det var 148 personer som svarte på undersøkelsen. Av de data som kom frem, fant en bl.a. at det hos 22 % (33 stk.) var et ønske om mer fysisk aktivitet – og at denne aktiviteten gjerne kunne foregå som turgrupper (45,9%). Resultatet kan gi virksomhet for Aktivisering og velferd en pekepinn på hvilke aktiviteter som er ønsket av de eldre. Undersøkelser som dette gir Ålesund kommune nyttig informasjon om befolkningen,

og er et eksempel på kartlegging som kan foregå som en del av hjemmebesøkene. Se tabell 2 under. Flere resultat fra denne undersøkelsen kan en få ved å henvende seg til virksomhet for Aktivisering og velferd i Ålesund kommune.

Tabell 2. Ønsker i forhold til fysisk aktivitet

#### Spørsmål 14 av 22

🔍 **Ville du vært mer aktiv om du hadde noen å trene eller gå turer sammen med?**

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja	33 stk	22.3%
2	Nei	86 stk	58.1%
3	Vet ikke	29 stk	19.6%

#### Spørsmål 15 av 22

🔍 **Ønsker tilbud om fysisk aktivitet:**

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Ja	27 stk	19.4%
2	Nei	112 stk	80.6%

#### Spørsmål 16 av 22

🔍 **I tilfelle ja på forrige spørsmål, hva slags fysisk aktivitet (flere svar mulig)?**

Nr	Svaralternativer	Antall svar	Prosent
1	Turgrupper	17 stk	45.9%
2	Treningsgrupper	9 stk	24.3%
3	Dans	5 stk	13.5%
4	Balansetrening	2 stk	5.4%
5	Annet	4 stk	10.8%

## 4.Diskusjon

Hensikten med prosjektet har vært å tydeliggjøre eksisterende kunnskap om forebyggende hjemmebesøk til eldre og å utvikle modellen for forebyggende hjemmebesøk. Modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune blir beskrevet i avslutningen av diskusjonen – men, først vil vi diskutere hva som ligger til grunn for modellen.

### 4.1 Betydningen av å bli møtt

I intervjuene av de eldre som har fått hjemmebesøk kom det frem at de opplevde besøket som positivt og noe som var av verdi. De eldre sier det var kjekt, og koselig, og noen fortalte at dette var noe de trengte akkurat der og da. At de opplever at møtet var positivt er i tråd med annen forskning på området (14). Personalet sier at de opplevde at besøkene var verdifulle og meningsfulle for de eldre. De forteller at de legger stor vekt på å bekrefte de eldre og ser betydningen av å lytte til deres livshistorie. I dette ligger en bekreftelse av identitet. Studier viser at noen eldre kan ha et stort behov for denne bekreftelsen da ulike tap i livet (tap av arbeid, tap av venner, tap av helse) kan gi grunnlag for å utvikle en usikker identitet og tap av verdighet (15). Betydningen av det å bli bekreftet har ikke kommet direkte frem i intervjuene, men kan knyttes til det de forteller om besøket som var positivt, kjekt og at de opplevde seg sett.

I det å bli møtt ligger et aspekt av trygghet. Personalet mente det var av stor betydning at de eldre fikk en person og et navn å forholde seg til. I en stor kommune kan «kommunen» bli oppfattet som et stort byråkrati der enkeltmennesker har problem med å bli sett. På denne måten kan hjemmebesøkene trolig fungere som en «personifisering» av kommunen og slik gjøres mer ufarlig og tilgjengelig for den enkelte. Det at så mange i utvalget av informanter hadde tatt vare på kontaktinformasjonen fra «Aktivering og velferd» tyder på at det ligger en trygget i det å vite hvem en skal kontakte om en skulle ha behov for en tjeneste fra kommunen. Personalet bekrefter i intervjuet at de blir kontaktet i ettertid.

### 4.2 Alder for forebyggende hjemmebesøk til eldre

Hos utvalget som hadde fått hjemmebesøk var det noen som mente at besøket burde komme seinere, og noen som mente at det også kunne ha kommet tidligere, men de fleste mente at 75 år var et greit tidspunkt for besøket. Det var vanskelig å få frem noen klar begrunnelse for dette. Personalet mente også at 75 år var en passende alder og begrunnet dette med at det skjedde mye de neste 5 årene som gjorde at evt. endring av levevaner, flytting av bosted da var vanskeligere å snakke om og å tenke på. Å senke aldersgrensen var ikke et tema hos personalet, men heller evt. å tilby «noe» ved overgangen til pensjonsalderen. At 75 års alderen er et egnet tidspunkt støttes også i en undersøkelse som bygger på fokusgruppeintervju av spesialsykepleiere som gjennomførte hjemmebesøk til eldre (14). De mente at det var viktig å gjennomføre besøket før helseproblemene startet. På samme tid er det også viktig at ikke gruppen 69 – 75 blir glemt. Denne gruppen kan være mer egnet for det

som kalles «råd om livsstil» og personer på 75 har allerede «lært seg å være pensjonister» (10). Noen studier viser at effekten av forebyggende hjemmebesøk var best hos de yngste eldre (8, 16, 17).

### 4.3 Oppfølging etter forebyggende hjemmebesøk til eldre

Studier om forebyggende hjemmebesøk har kommet frem til at nytten av hjemmebesøkene er svært avhengig av at det skjer ett eller flere oppfølgingsbesøk (17,18). I intervjuene hos de som har fått hjemmebesøk etterlyser flere oppfølging. Om det ikke er et oppfølgingsbesøk så mener de at det burde ha vært en ringerunde. Flere av de eldre sier at de var forundret over at de geriatriske sykepleierne ikke kom tilbake. Ut fra dette kan vi se at det for noen var en forventning og et ønske om et nytt besøk. Personalet forteller i intervjuet at oppfølging skjer, men at den ikke er formalisert – og gis bare til dem de får henvendelser fra, eller til noen der de på bakgrunn av informasjon og vurderinger i besøket finner det nødvendig å gjennomføre et nytt besøk ut fra et forsvarlighetshensyn. I løpet av prosjektperioden er fast dokumentasjonssystem blitt etablert. For de av de eldre som bekrefter at de ikke har noe imot at informasjon knyttet til besøket blir lagret gjøres et kort notat. Dette er med på å sikre at oppfølgingen blir mer oversiktlig og pålitelig.

Hensikten med besøket er blant annet å gjøre de eldre bevisst på ansvaret for ivaretagelsen av egen helse, og en oppfølging kan kanskje for enkelte virke som en kontroll. Samtidig kan forventninger fra omgivelsene være nyttig motivasjon for å endre atferd, og det å vite at en ny telefon kommer kan være en motivasjonsfaktor.

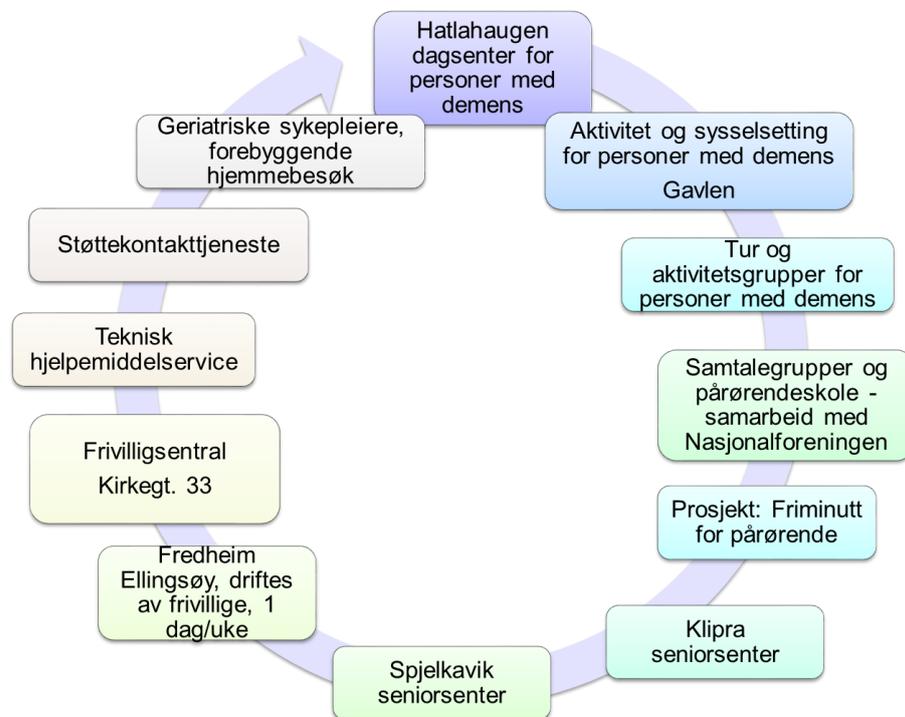
### 4.4 Organisering av forebyggende hjemmebesøk til eldre som del av virksomhet for Aktivisering og velferd

I intervjuene med de eldre var det naturlig nok lite fokus på organisering av tjenesten, men det kommer frem at mange er kjent med og benytter det aktivitetstilbudet som finnes i kommunen. Flere var også kjent med informasjonsbrosjyren (halv-årsplan) som deles ut i settinger der aktiviteter og aktivitetssenter blir presentert.

Personalgruppen fremhevet at måten forebyggende hjemmebesøk tjenesten er organisert på er en avgjørende faktor for suksess. Hjemmebesøkene blir beskrevet som «navet» i virksomheten – en mulighet til å komme i kontakt med en stor gruppe av befolkningen både for å gi og å få informasjon. Personalgruppen mente at det bør utvikles en dialog mellom befolkningen og kommunen for å få frem en tilnærmet felles forståelse av hva som kan forventes og hva som kan tilbys av tjenester.

En betingelse for å kunne gjennomføre forebyggende hjemmebesøk er at en har «noe å tilby» (19). Gjennom den organisasjonsmodellen som Ålesund kommune har valgt, blir det svært kort vei mellom de som står for tilbudet om seniorsenter, dagsenter, frivillige organisasjoner,

støttekontakter og besøksvenn, og de som formidler tilbud gjennom forebyggende hjemmebesøk til eldre og slik de som har behov for tilbudet. Se figur 1.



Figur 1. Oversikt over tilbud i virksomheten «Aktivisering og velferd».

Gjennom møtene under hjemmebesøket kan personalet bygge «bro» mellom tilbud og den som trenger et tilbud, og en kan også rekruttere nye frivillige til ulike oppdrag innenfor virksomheten. Å bevare denne organisasjonsformen blir derfor av personalet sett på som avgjørende for å kunne bidra til rekruttering for aktiviteter som fremmer helse- og mestring.

#### 4.5 Nytte av forebyggende hjemmebesøk til eldre

Som intervjuene med de eldre viser er det noen av dem som trekker i tvil nytten av disse besøkene. Dette er i dag et tilbud til alle. Som enhver screening- undersøkelse vil også dette tilbudet gå til mange personer som fint kunne ha greid seg uten. Dette er en del av det som kjennetegner forebyggende virksomhet – en er avhengig av å gå bredt ut for å gi noe av betydning til noen færre. Undersøkelser peker i retning av at nytten av forebyggende hjemmebesøk er god (18), at de kan være kostnadseffektive (20), og at dødeligheten og frekvensen av sykehusinnleggelser er lavere hos de som har fått hjemmebesøk (21).

#### 4.6 De som «takker nei» til tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre

En kritikk av forebyggende hjemmebesøk har vært at flere har takket nei til besøkene. I Ålesund kommune har opp til 59% takket nei (2011). Det er et tall arbeidsgruppen har undret seg over, og vært spørrende til hva som kan være årsaken til så få ønsker å benytte seg av tilbudet. En kjenner til at andre kommuner også har lav deltagelse, men Ålesund kommune ligger i nedre score sammenlignet med andre kommuner. Førland og Skumsnes (6) fant at det på landsbasis var mellom 48-53% som takket nei til besøk. Med tanke på den store andelen som takker nei til tilbudet så er det nærliggende å undre seg over om forståelsen av hensikten med besøket er god nok. Et forebyggende og helsefremmende fokus på hjemmebesøket fordrer at en kommer inn tidlig nok til å oppnå en langsiktig helsegevinst (19). En kan også snu problemstillingen litt på hodet å fokusere på at dette oppleves som et nyttig tilbud for ca. 50 % og at det derfor må ansees som verdifullt, noe også intervjuene med de eldre i dette prosjektet bekrefter.

#### 4.7 Kompetansebehov og tverrfaglighet

Det var stor enighet i personalgruppen om at sykepleiere med spesialisering i geriatri er en svært viktig kompetanse for å kunne gjennomføre forebyggende hjemmebesøk. I flere kommuner er det også vanlig at denne kompetansen er styrket med fysioterapeuter eller ergoterapeuter. I enkelte kommuner er det ergo- eller fysioterapeuter som gjennomfører besøkene (6). I fokusgruppeintervjuet pekte personalet på at det ville være en styrke å utvide teamet som gjennomfører forebyggende hjemmebesøk, og at tverrfaglighet ville ha vært ønskelig. I Ålesund kommune var det to geriatriske sykepleiere som gjennomførte besøket. Samtidig som en erkjente at det var behov for spesifikk kompetanse på et slikt område var tjenesten sårbar ved at det kun var to personer som utfører og hadde kompetanse på dette



arbeidet. – og det ble vurdert om det var behov for å utvide teamet med en til to personer med kompetanse innen ergo- eller fysioterapi.

Som en del av prosjektet ble det åpnet for en halv stilling for ergoterapeut. I et fokusgruppeintervju med teamet som arbeider med hjemmebesøk kom det frem at de hadde høstet positive erfaringer med å utvide faggruppen. Fokus på balanseøvelser og fysisk aktivitet hadde de tidligere, men de opplevde at dette ble styrket i tillegg til at de fikk tilført andre fokus som viktighet av å få ut kunnskap til de eldre om symptom på slag og viktighet av tidlig sykehusinnleggelse ved symptom på slag. Teamet opplevde at tverrfaglighet styrket kompetansen deres i arbeidet med hjemmebesøkene, men at en utfordring var å sette av nok tid for felles refleksjon i teamet. I prosjektperioden ble det også etablert kontakt med Rus-Midt-Norge, noe som ble et viktig bekjentskap da deres brosjyre hjalp til med å få i gang en naturlig samtale om rus og rusmisbruk. Dette er et viktig satsingsområde da eldre og rus er et økende problem (22).

#### 4.8 Andre tiltak i prosjektperioden

Våren 2014 ble det gjennomført en erfaringskonferanse i forebyggende hjemmebesøk til eldre. Konferansen ble godt besøkt fra omliggende kommuner, og i evalueringen kom det frem ønske om flere konferanser med dette som tema. Mange kommuner i Møre og Romsdal vurderer å starte opp med forebyggende hjemmebesøk til eldre – og det er slik stort behov for kunnskap om arbeidsmåter og organisering.

I prosjektperioden kom det frem at kunnskap om det å skape gode og meningsfulle samtaler som også kan føre til livsstilsendringer, kan kreve utvikling av ny kompetanse. På bakgrunn av dette ble det inngått et samarbeid med Høgskolen i Ålesund om etablering av kurstilbud for kommunens ansatte i motiverende intervju<sup>3</sup>. Ressurspersoner fra kommunen ble hentet inn som mentorer til kurset – og kurset ble slik godt forankret i kommunens virksomhet.

---

<sup>3</sup> Motiverende intervju (MI) eller motiverende samtale er en personsentrert samtalemetode som brukes for å styrke folks egen motivasjon for å komme i gang med livsstilsendringer. De fleste som tenker på å gjøre viktige endringer i livet er ambivalente; de både vil og vil ikke gjøre forandringer. MI kan hjelpe personer gjennom ambivalensen og videre i retning av positive livsendringer.

## 5. Beskrivelse av justert modell for forebyggende hjemmebesøk til eldre

Vi har valgt å beskrive den justerte modellen i tre hovedpunkter med vekt på praktiske oppgaver før, under og etter forebyggende hjemmebesøk til eldre.

### Før besøket

- *Informasjonsspredning*  
Brosjyre, nett-info ÅK, aviser, rapportering, publisering, konferanser.
- *Første kontakt*  
Invitasjonsbrev som beskriver hensikten med besøket og hvem som kommer, ut til alle som fyller 75 i kalenderåret. Tas ut fra folkeregisteret og de som har tjenester siles ut. Ringerunde for å oppnå en telefonsamtale med alle som har mottatt brev for å avtale tid og sted for besøket. Som oftest i de eldre sitt hjem, men også andre steder (kommunens kontor) etter den eldre sine ønsker.

### Under besøket

- *Innledning*
  - Relasjonell oppvarming, presentere seg for hverandre, kvalitet i kommunikasjon gjennom bevisst tilstedeværelse
  - Innledning med ramme og mål for besøket
- *Samtale* glir over i et av kjerneområdene tilpasset den enkelte
  - Bolig
  - Nettverk
  - Fysisk aktivitet
  - Sosial deltakelse
  - Aldring
- Informere om tilbud og muligheter
- Dele ut informasjonsmateriell
- Avklare forventninger til kommunen
- Vurdere bruk av kartleggingsinstrumenter/tester
- Vurdere visning av øvelser
- Vurdere enkle tiltak – bl.a. sikring av hjem
- *Avslutning*
  - Rekruttere frivillige
  - Dele ut visittkort
  - Oppfordre til kontakt
  - Evt. avtale oppfølging (telefon/besøk etter en tid)

### **Etter besøk**

- Dokumentere besøket
- De eldre evt. motta oppfølgingstelefon/besøk
- Evt. de eldre delta som frivillige
- Kontakte andre tjenester v/behov
- Evt. bestille aktuelle hjelpemidler

### **Systematiske kontinuerlige endringer:**

Innhold i informasjonen som deles ut oppdateres

Samtaleguide oppdateres – og aktuelle tema som bl.a. rusforebygging inkluderes

Invitasjonsbrev utformes i samarbeid med eldre i målgruppen for i større grad også å vektlegge dialog og kunnskapsinnhenting fra kommunens innbyggere

Faglig oppdatering, regionale og nasjonale nettverk vedlikeholdes

Bevissthet om nye endringer i tilbud til eldre, som for eksempel innføring av velferdsteknologi og å utvikle kunnskap om hvordan ta dette i bruk.

## 6. Konklusjon

Gjennom intervju med de eldre, og med kommunens ansatte som hadde ansvar for tilbudet, har det kommet frem at forebyggende hjemmebesøk kan være med på å skape større grad av trygghet for friske eldre da de gjennom samtalen har fått tillit til en person de kan ta kontakt med ved behov. På denne måten kan de få større trygghet angående hvor de skal henvende seg om behov for helsetjenester skulle oppstå. Noen av de eldre er skeptiske til tiltaket og fremhever at de har et eget ansvar for å skaffe seg informasjon.

Samtalen kan fungere som:

- En informasjon om helsefremmende adferd.
- En samtale om kommunens og friville organisasjoners aktivitetstilbud.
- En samtale for å styrke de eldre sine ressurser og tro på egen evne til å ta vare på egen helse.
- En samtale som rekrutterer til frivillig arbeid.

De ansatte la stor vekt på at det forebyggende hjemmebesøket ikke kan stå alene, men må knyttes an til andre tjenester, både kommunale og frivillige. De som gjennomfører besøkene må inneha en spesialkompetanse både i forhold til kunnskap om eldre, aldring og aldersforandringer. Videre krever det godt kjennskap til kommunen og frivillige organisasjoners tilbud. Det krever ikke minst evne til å skape gode møter, der samtalen kjennetegnes av respekt og likeverdighet, og med den hensikt å fremme mestring og deltakelse hos de eldre.

Forebyggende hjemmebesøk til eldre var godt etablert da prosjektet ble startet opp, men noen endringer er gjort underveis: Dokumentasjonssystem er etablert, noe som i større grad legger til rette for å gjennomføre oppfølging etter skjønn; teksten i invitasjonsbrevet er justert; samtalen med de eldre kan foregå andre steder enn i de eldre sitt hjem; tverrfaglighet er styrket; nye brosjyremateriale er inkludert; det er gjennomført kompetanseheving på kommunikasjon (kurs i motiverende intervju) og modellen for forebyggende hjemmebesøk er justert og beskrevet.

## Referanser:

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven). Lovdata.no
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Departementenes servicesenter; 2009. Meld.St.47 (2008-2009)
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Lovdata.no
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Departementenes servicesenter; 2013. Meld. St. 34 (2012-2013).
5. Førland O, Teigen S, Bie K, Helgheim N, Skjæveland H, Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre: en kartlegging av alle kommunene på Vestlandet. Bergen: Senter for Omsorgsforskning; 2013. Rapportserie 8.
6. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Bergen: Senter for omsorgsforskning; 2014. Rapportserie 7.
7. Veenstra M, Lima IA, Daatland SO. Helse, helseadferd og livsløp, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 2009. Rapport 03.
8. Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008; 63(3): 298-307.
9. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993; 342(8878): 1032-1036.
10. Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. Preventive home visits postpone mortality- a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006; 6:220.
11. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursin*. 2008; 62: 107-115.
12. Kunnskapssenteret.no Lyst på Livet - hvor nye muligheter kan vokse fram <http://gamledager.kunnskapssenteret.no/mer-om-oss/lyst-p%C3%A5-livet>

13. Lamberg, T og Ness, NE. Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. *Ergoterapeuten*. 2012; 01:1-4.
14. Karp A, Wånell SE, Lagerin A, Rydeman IB, Sherman H, Blid SS, Törnkvist L. *Förebyggande hembesøk. Hälsosamtal med 75 – åringar i Stockholms läns landsting*. Stockholms läns Äldrecentrum. 2010.
15. Holm AL, Lyberg A, Lassenius E, Severinsson E, Berggren I. Older persons' lived experiences of depression and self-management. *Issues in mental health nursing*. 2013; 34(10):757-764.
16. Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. 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*. 2008; 56(3), 397-404.
17. Stuck, A.E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C.E. & Beck, J.C. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002; 287:1022–1028.
18. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark. *Zeitschrift für Gerontologi und Geriatrie*. 2007b; 40(4): 209-216.
19. Skovdahl, K, Blindheim K, Alnes, RE. Forebyggende hjemmebesøk til eldre erfaringer og utfordringer, *Tidsskrift for omsorgsforskning* 2015; 1:62-71.
20. Sahlen KG, Lofgren C, Hellner B, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health*. 2008; 36(3): 265-271.
21. Vass M, Avlund K, Hendriksen C. 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*. 2007a; 35(4):410-7.
22. Lunde, LH. Rusproblemer hos eldre. *Tidsskrift for den norske legeforening*. 2013; 318-19.