

Forebyggende hjemmebesøk til eldre

Idehåndbok med anbefalinger



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

Fonna
Hordaland
Rogaland
Sogn og Fjordane



**Senter for
omsorgsforskning**
VEST

Tittel: Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger.

Publikasjonstype: Idehåndbok

Forfattere: Randi Skumsnes ^{1,4,5}, Sønneve Teigen ², Herdis Alvsvåg ³ og Oddvar Førland ^{3, 4}

Sitering: Skumsnes, Randi, Teigen, Sønneve, Alvsvåg, Herdis, Førland, Oddvar: Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger. Stavanger og Bergen: Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning Vest, 2015.

¹ Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland

² Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland

³ Haraldsplass diakonale høyskole

⁴ Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskolen i Bergen

⁵ Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune

ISBN 978-82-690023-0-0 (Trykt)

ISBN 978-82-690023-1-7 (PDF)

Antall sider: 80

Grafisk produksjon : Bodoni, april 2015  Miljømerket trykksak 2041 0699

Illustrasjonsbilder: Elisabeth Tønnessen, Shutterstock, iStock, Pia Wall



INNHold

Forord	5
1. Innledning	7
Hva er forebyggende hjemmebesøk?	7
Hvordan vi har arbeidet med idehåndboken	8
2. Planleggingsfasen	11
Avklare hensikten med tilbudet	11
Ulike profiler og modeller for forebyggende hjemmebesøk	12
Målgrupper – hvem er aktuelle for tilbudet?	16
Er tilbudet organisert som en del av kommunens forebyggende arbeid?	17
Evaluering bidrar til kvalitetssikring av tilbudet	19
3. Utøvere og kompetanse	21
Hvilken faglig kompetanse trengs for å tilby gode besøk?	21
Trenger fagpersoner ytterligere opplæring?	22
Bidrar tverrfaglighet til bredere tilnærming i besøkene?	23
På hvilken måte er personlig kompetanse viktig?	24
4. Informasjon til de eldre før besøket	27
5. Innholdet i besøket	29
Den gode samtalen og bruk av samtaleguide og sjekkliste	29
Hvilke tema tas opp i hjemmebesøkene?	31
Viktig med faglig skjønn	32
Kartlegging av helsestatus, avdekke sykdomsrisiko og vurdering av hjelpebehov	32
6. Oppfølging etter besøket	35
Oppfølging i etterkant av hvert besøk	35
Bør besøkene gjentas?	36
Utfordringer og dilemmaer for fagutøveren etter hjemmebesøkene	37
7. Dokumentasjon og evaluering	41
Dokumentasjon på individnivå	41
Dokumentasjon på systemnivå	42
Hvordan evaluere tilbudet?	43
8. Oppsummering av alle anbefalingene	47
1. Planleggingsfasen	51
2. Fagpersonell og kompetanse	55
3. Informasjon til eldre i forkant av besøket	59
4. Innholdet i besøket	63
5. Oppfølging etter besøket	67
6. Dokumentasjon og evaluering	71
Referanser	72
Vedlegg	78



FORORD

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2011 et tre-årig program for å sikre økt kunnskap om forebyggende arbeid innenfor eldreomsorgen. Som følge av dette har det pågått seks regionale utviklingsprosjekter i regi av utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester, for å prøve ut metodikk, og dokumentere og spre erfaringer ⁽¹⁾.

På Vestlandet gikk utviklingssentrene (USHT-ene) for sykehjem og hjemmetjenester i Sogn og Fjordane, Hordaland, Fonna og Rogaland, samt Senter for omsorgsforskning Vest sammen om et fellesprosjekt, med Sønneve Teigen fra USHT Hordaland som prosjektleder. Prosjektet har samlet kunnskap og erfaringer om utbredelse og metoder for forebyggende hjemmebesøk, eldre sine opplevelser med besøkene, og fagpersoners erfaringer. Dette ble innhentet gjennom fokusgruppeintervjuer med fagpersoner som jobber med forebyggende hjemmebesøk, individuelle dybdeintervjuer med eldre som har fått slike besøk, samt en spørreundersøkelse til alle kommuner i regionen. Spørreundersøkelsen ble i etterkant utvidet til å omfatte hele landet. Videre tok prosjektet sikte på å utarbeide en idehåndbok som en oppsummering av de funn og erfaringer som ble gjort. Idehåndboken trekker også veksler på erfaringer fra andre regionale prosjekter i det nevnte treårige programmet og på aktuell forskningslitteratur. Hensikten er å tilby begrunnede anbefalinger til kommuner som planlegger oppstart eller som allerede har forebyggende hjemmebesøk.

Forfattere av boken har vært Randi Skumsnes ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Rogaland, Sønneve Teigen, prosjektleder ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Herdis Alvsvåg ved Haraldsplass diakonale høgskole og Oddvar Førland ved Senter for omsorgsforskning Vest Høgskolen i Bergen og Haraldsplass diakonale høgskole.

Vi vil takke eldre og ansatte i kommunene som har delt sine erfaringer fra hjemmebesøkene og ansatte ved utviklingssentrene som har gitt verdifulle innspill gjennom prosjektets ulike faser. Vi vil også takke Bjørg Aspenes Sjøbø for hennes bidrag.

Takk også til Helsedirektoratet som har finansiert prosjektet og den nasjonale kartleggingen.

Vi håper at idehåndboken vil være til nytte for kommunene, og at anbefalingene som presenteres kan danne grunnlag for gode diskusjoner og de valg som må tas i hver enkelt kommune.

Januar 2015:

Randi Skumsnes, Sønneve Teigen, Herdis Alvsvåg og Oddvar Førland
Stavanger og Bergen



1

INNLEDNING

Helsefremming og forebygging har de senere årene fått større oppmerksomhet, også for eldre. Både samhandlingsreformen og kommunehelsetjenesteloven anmoder kommunene å arbeide helsefremmende og forebyggende, og vi ser at forebyggende hjemmebesøk til eldre er et kommunalt tilbud i vekst⁽²⁾.

Hva er forebyggende hjemmebesøk?

Forebyggende hjemmebesøk er blitt definert som en uoppfordret og oppsøkende individrettet råd- og veiledningstjeneste til hjemmeboende eldre med formål å bevare hans eller hennes funksjonsevne og helse⁽³⁾.

Det finnes ulike modeller for forebyggende hjemmebesøk, og tilbudet har endret seg gjennom årene og er forskjellig etter hvor i verden det er etablert. Felles for de fleste modellene er målsetningen om å bidra til at eldre opprettholder funksjon og bevarer helsen, og dermed utsetter behov for pleietjenester hjemme og i institusjon. Dersom funksjonssvikt oppstår skal en kunne tilby hjelp tidlig. De nordiske modellene legger størst vekt på samtaler om helse, fysisk og sosial aktivitet, fallforebygging, ernæring, boforhold og informasjon om kommunale tjenester^(4,5).

Det har vært forsket mye på forebyggende hjemmebesøk som tiltak gjennom årene. Det meste av forskningen er knyttet til effektstudier for å undersøke besøkenes betydning for dødelighet, funksjon, og utsettelse av behov for institusjonsplass. Det er gjort en rekke systematiske oversiktsartikler som har oppsummert studiene. Den nyeste artikkelen konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk ikke har en viktig effekt på dødelighet og selvstendighet, men at det ikke kan utelukkes at noen typer forebyggende besøk og modeller kan ha positiv effekt⁽⁶⁾.

Andre oversikter gir heller ikke tydelige svar på om besøkene har effekt. Noen oversikter viser positiv effekt på funksjonell status, og at besøket utsetter innleggelse i institusjon og dødelighet⁽⁷⁻⁹⁾. Andre har sett på om slike besøk kan utsette sykehjeminnleggelser, nedgang i funksjon eller død uten å finne det bevist^(10, 11). Det er tidligere gjort få kvalitative studier for å få større innsikt i eldres opplevelser og erfaringer med

å motta forebyggende hjemmebesøk ⁽¹²⁾. Dette er viktig å belyse, og i senere tid er det publisert flere slike studier i Norden ⁽¹³⁻¹⁶⁾.

I 2003 viste en nasjonal kartlegging av utbredelse og metodikk for forebyggende besøk i Norge at 8% av kommunene i Norge hadde et slikt tilbud ⁽³⁾. Tilsvarende kartlegging i 2012/13 viste at det da var ca. 25% av kommunene i landet som hadde tilbudet. Se oversikt over disse 93 kommunene i vedlegg 1 bakerst i boken. 40% av kommunene som ikke hadde tilbudet, planla oppstart ⁽²⁾. I samme kartlegging kom det frem at mange kommuner var usikre på hvordan tilbudet burde utformes. Av kommunene som hadde etablert tilbudet, var det mange som ikke hadde opplæring for ansatte, eller som hadde evaluert tilbudet. Flere etterlyste retningslinjer eller veiledere for hvordan bygge opp et slikt tilbud.

Hvordan vi har arbeidet med idehåndboken

Vi ønsker at denne idéhåndboken skal være til nytte for kommunene. Den bygger på en bred tilnærming til temaet. Anbefalingene som presenteres er utarbeidet på bakgrunn av tilbakemeldinger og erfaringer fra både eldre som har tatt imot besøk, fagutøvere som har arbeidet med slike besøk og fra gjennomgang av relevant fag- og forskningslitteratur.

Viktige erfaringer og opplevelser fra eldre som har tatt imot forebyggende hjemmebesøk ble samlet gjennom en studie som bygger på kvalitative dybdeintervju med 21 eldre. Det var 15 intervju og på seks av disse hadde informantene med ektefelle. Seks av intervjuene ble gjort av prosjektleder Sønneve Teigen, og ni intervju ble utført av mastergradsstudent Bjørg Aspenes Sjøbø. De to brukte samme intervjuguide i alle intervjuene. En kvalitativ studie som bygger på to fokusgruppeintervju med til sammen 15 fagpersoner som arbeider med forebyggende hjemmebesøk i ulike kommuner på Vestlandet er hovedkilden til erfaringskunnskap fra ansatte i kommuner som presenteres. Disse intervjuene ble gjort av professor Herdis Alvsvåg og Sønneve Teigen. Sjøbø (2014) har publisert sine funn i en mastergradsoppgave ⁽¹⁴⁾. Funn fra fokusgruppeintervjuene og fra de andre dybdeintervjuene planlegges publisert i egne artikler.

I arbeidet med idehåndboken har vi også hentet erfaringer fra utviklingsprosjekt i andre deler av landet, samt fra funn i kartleggingen av status for forebyggende hjemmebesøk på Vestlandet ⁽¹⁷⁾ og nasjonalt ⁽²⁾. Vi har også sett på erfaringer fra Danmark som har hatt et lovpålagt



tilbud om slike besøk siden 1998 ^(18, 19), og fra Sverige. Vi viser i tillegg til relevante effektstudier og oppsummert forskning der det er aktuelt.

Kommunene i Norge er mangfoldige, både med tanke på geografi, innbyggertall, organisering av helsetjenestene og tilgang på personell. Derfor er det vanskelig å komme med klare fasitsvar på hvordan hver enkelt kommune skal forme sitt tilbud. Det vil alltid være nødvendig med lokale tilpassinger, men viktige fellesnevnerer er at tilbudet må forankres både hos ledelse og fagpersonene som skal drive tilbudet, og god planlegging er avgjørende.

Videre vil vi derfor presentere hvilke moment som bør vurderes og avklares knyttet til tilbudet om forebyggende hjemmebesøk til eldre. Vi beskriver ulike innfallsvinkler, modeller og anbefalinger ut fra kunnskap som beskrevet over.

Vi mener at idehåndboken gir en god oversikt over mange av forholdene man må ta hensyn til, samtidig vil vi påpeke at dette er ikke en faglig retningslinje med kvalitetsvurderte og graderte anbefalinger.



2

PLANLEGGINGSFASEN

I dette kapitlet vil vi gi en oversikt over hvilke forhold som er hensiktsmessige å vurdere og forberede før oppstart av tilbudet om forebyggende hjemmebesøk. Det første som må avklares er hensikten med besøkene; hva ønsker kommunen og fagpersonellet skal være hovedmålet med tilbudet. Når det er gjennomarbeidet og beskrevet vil det være styrende for hvilke målgrupper som skal få tilbud om hjemmebesøk og hvordan besøkene skal formes. I tillegg må man planlegge hvordan tilbudet skal forankres i kommunen og hvordan en skal evaluere tilbudet.

Avklare hensikten med tilbudet

Da Sosial- og helsedirektoratet foretok en kartlegging av status for forebyggende hjemmebesøk i Norge i 2003 ⁽³⁾, ble ikke kommunene som hadde tilbudet spurt om hva hensikten eller formålet med besøkene var. I den tilsvarende kartleggingen fra 2012/13 ble det heller ikke spurt om dette, men spørsmålet «Hva vil du beskrive som hovedfokuset under hjemmebesøket?» ble stilt. Her måtte de som svarte velge mellom «Forebygge sykdom» eller «Fremme helse og mestring». Det var 93 kommuner som svarte på dette spørsmålet, og nesten alle (94 %) svarte «Fremme helse og mestring», mens 6 % svarte «Forebygge sykdom». Mange kommenterte at det var vanskelig å svare på spørsmålet, da de opplever at forebyggende besøk fokuserer på begge deler ⁽²⁾.

I følge Mæland (2010) har **sykdomsforebygging** bakgrunn i en biomedisinsk sykdomsmodell med et naturvitenskapelig grunnlag og fokuserer på risikofaktorer ved sykdom ⁽²⁰⁾. Forebygging deles ofte inn i tre kategorier: **primærforebygging** er å styrke helse og hindre utvikling av sykdom eller skade, **sekundærforebygging** er å gripe tidlig inn og stanse eller bremse en sykdomsutvikling, mens **tertiærforebygging** er å hindre forverring og bidra til et best mulig liv for den som har fått et helseproblem ⁽²¹⁾.

Verdens helseorganisasjon mener at **helsefremming** er prosesser som gjør mennesker i stand til å ta kontroll over egen helse, og å gjøre den

bedre ⁽²²⁾. Helsefremmende arbeid bygger ifølge Mæland på en sosial helsemodell og samfunnsvitenskap, der fokuset er på ressurser for helse. Videre hevder han at **forebyggende helsearbeid** eller folkehelsearbeid dreier seg om både helsefremmende og forebyggende arbeid ⁽²⁰⁾. I Samhandlingsreformen beskrives folkehelsearbeid som samfunnet sin samlede innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade, og å beskytte mot ytre helsetrusler ⁽²³⁾. Av dette ser vi at begrepene noen steder griper inn i hverandre og kan være vanskelige å skille fra hverandre.

For å synliggjøre forskjeller og motsetninger i ulike tilnærminger, vil vi nedenfor kort beskrive fire ulike modeller for hjemmebesøk. Mange kommuners tilbud om forebyggende hjemmebesøk inneholder elementer fra alle disse modellene, men hva som er i hovedfokus vil kunne styre hvordan besøket forløper.

Ulike profiler og modeller for forebyggende hjemmebesøk

a) Forebyggende besøk for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov

Ved hjemmebesøk der hovedhensikten med besøkene er å avdekke sykdom og hjelpebehov, vil metodene gjerne dreie seg om screeninger og ulike tester. Dette kan være både medisinske tester (blodtrykk, blodsukker, lungekapasitet, ernæringsstatus), testing av fysisk tilstand og funksjon (bevegelse, balanse, styrke, ADL-funksjon), kognitive tester (demensscreening, Norsk revidert mini-mental status evaluering (MMSE-NR2) og for eksempel spørreskjema om livskvalitet, ensomhet med videre. Denne modellen er nyttig dersom kommunen ønsker å danne seg et bilde av helsestatusen til sine eldre innbyggere. Folkehelseloven sier i § 5 at kommunen skal ha «*Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen*» ⁽²⁴⁾, og forebyggende hjemmebesøk til hele aldergrupper kan dermed være en metode for å bidra til en slik oversikt over den eldre befolkningen.

I tidlige modeller for forebyggende hjemmebesøk fra 70-, 80- og tidlig 90-tall i mange land både i Europa og ellers i verden, var sykdomsfokuset størst. Fagerström (2009) har vurdert 18 studier av ulike forebyggende hjemmebesøksmodeller, og fant at i over halvparten av studiene fokuserte man kun på sykdom og helse- og funksjonsproblemer, mens

helseressursene ikke var et tema ⁽¹²⁾. Mange av effektstudiene på dette feltet har derfor sannsynligvis undersøkt tilbud med et sterkere sykdomsforebyggende fokus enn det som er vanlig i Norge. Oppsummert viser resultatene at det er vanskelig å konkludere om slike besøk har effekt på helsetilstand og innleggelse i institusjon eller ikke ⁽⁶⁾.

b) Forebyggende besøk for å forebygge skader og ulykker

Besøk med hovedfokus på å forebygge hjemmeulykker legger oftest vekt på fallforebygging og brannsikkerhet. Annenhver person over 80 år faller hvert år ⁽²⁵⁾. Ifølge Helsedirektoratet (2013) skyldes 80 % av alle skader og ulykker blant eldre fall ⁽²⁶⁾, og over 9000 personer behandles årlig for hoftebrudd ⁽²⁷⁾. En tredel av alle som omkommer i brann i Norge er over 70 år, til tross for at de utgjør bare 15 prosent av befolkningen ⁽²⁵⁾. Ved informasjon om brannsikkerhet går en gjerne gjennom brosjyrer fra Brannvesenet om anbefalt utstyr og en undersøker tilstand i det aktuelle hjemmet, med tanke på røykvarslere, brannslukningsutstyr med mer.

Fallforebygging handler ofte om å oppfordre til fysisk trening for å styrke muskulaturen og øke balansen, samt vurdere indre risikofaktorer (for eksempel fysisk funksjon, medikamentbruk, syn, ernæringsstatus) og ytre risikofaktorer (snublefeller, belysning) og eventuelt anbefale eller tilby utbedringer på disse områdene.



Fallforebygging er det enkeltområdet som har vist best resultater i forskning på forebyggende arbeid for eldre. Og her er det balanse- og styrketrening som enkelttiltak som viser best effekt, samt sammensatte tiltak inkludert trening og å begrense ytre risikofaktorer ⁽²⁸⁾.

c) Forebyggende besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester

Ulike former for helserådgivning og informasjon om hvilke tilbud og tjenester kommunen tilbyr, er element som går igjen i mange forebyggende hjemmebesøk. Her legges det vekt på tips og råd om for eksempel kosthold og viktigheten av å holde seg i fysisk aktivitet og å opprettholde sosialt nettverk. Sentralt i denne modellen er også informasjon om kommunale tjenester og hvordan finne frem i systemet dersom en skulle trenge hjelp. Informasjon om hjelpemidler og velferdsteknologi tas ofte opp. Og man kommer gjerne med råd om hvordan legge til rette boligen slik at den er hensiktsmessig med tanke på utfordringer som kan komme i eldre år. Det blir også informert om aktiviteter og tilbud drevet av frivillige eller kommersielle aktører i lokalmiljøet, og man oppfordrer til å ta opp gamle eller nye interesser for å holde seg i aktivitet.

Gjennom mange dybdeintervju gjort med de som har fått hjemmebesøk kommer det frem at mange eldre mener de har god kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring, men at de synes det er greit med en påminning. En del oppgir at informasjon de fikk i besøkene ikke har ført til konkrete endringer i hverdagen ⁽¹⁴⁾, mens andre oppgir at besøket motiverte til å starte med nye aktiviteter, både fysiske, sosiale og kulturelle ^(15, 29).

De eldre som er spurt setter spesielt stor pris på å få informasjon om kommunens tilbud, og mange blir overrasket over hvor bredt det kan være. De fleste fremhever tryggheten ved å ha fått en «kontaktperson» i kommunen, og dette ser ut til å være en gjennomgående opplevelse hos de eldre ^(13, 14, 16, 29).

d) Forebyggende besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale

Den fjerde modellen vi vil beskrive er den ressursfokuserede helsesamtalen. Mæland beskriver at en helsesamtale må bygge på den enkeltes reelle behov for rådgivning og må skje på personens premisser ⁽²⁰⁾. Her kan fagpersonen stille spørsmål som; «Hva er viktig for deg?», «Hva gjør deg bra?» og «Hva holder deg frisk?». Denne tilnærmingen bygger



gjern på en salutogen tankegang der evne til å forstå, håndtere og finne mening i møte med livets utfordringer er viktig. Salutogenese er lære om hva som gir god helse. Her er helse knyttet til en subjektiv opplevelse; når vi mestrer utfordringene i hverdagen og plagene vi sliter med, opplever vi helsen som bedre, på tross av sykdom ⁽³⁰⁾. Trondheim kommune som har lang erfaring med forebyggende hjemmebesøk peker også på at ideer fra positiv psykologi kan brukes inn i denne typen helsesamtale. Det oppleves nyttig å fokusere på det positive og på den enkeltes styrker og ressurser ⁽³¹⁾.

Ved denne modellen er den «gode samtalen» sentral. Både eldre som har fått besøk og fagutøvere fremhever samtalen som viktigst i besøket. Eldre er godt fornøyde med å bli møtt av fagpersoner som er hyggelige og interesserte i det de eldre har å fortelle. Flere eldre sier at det oppstod et tillitsforhold som gjorde at de kunne ta opp ulike tema og spørsmål de var opptatt av, og som de ikke ville bry familien med. Flere opplevde også at selv om samtaleene ikke førte direkte til forandringer i hverdagen, satte det i gang refleksjoner i ettertid ⁽¹⁴⁾.

Mange eldre opplevde det som positivt å få en anerkjennelse for hvordan de selv holdt seg aktive og ved god helse. De satte pris på å få bekreftet at det de gjorde var riktig. I fokusgruppene snakket flere av fagpersonene om at de var bevisste på å bygge på ressursene eldre selv har, og oppmuntre dem til å fortsette med aktive og gode vaner.

Gjennom kartleggingene som er gjort, og etter informasjon fra fagpersonene i fokusgruppene kan det virke som at de fleste kommuner i Norge har denne helsefokuserede samtalemodellen som utgangspunkt for tilbudet. Det er også glidende overganger mellom modellene, og kommunene har innslag av de andre retningene nevnt over i større eller mindre grad. Det er gjerne ønskelig å gjøre litt av alt på en gang, for å dekke alle de forskjellige behovene hos eldre innbyggere. Samtidig har kommunen også et behov for å informere sine innbyggere om aktuelle tilbud, avkrefte medieskapt negative inntrykk om eldreomsorgen, men også å avklare forventinger til hvilke behov kommunen faktisk kan dekke. Utfordringen med en sammenblanding av de fire hovedretningene beskrevet over er både at målgruppene kan være svært forskjellige, og at det krever ulike tilnærminger for å oppnå noen nytte med besøkene.

Kompleksiteten i hjemmebesøkene som er beskrevet over gjør at det krever stor grad av trygghet og bredde i kompetansen hos de fagpersonene som går på hjemmebesøkene. Et godt faglig skjønn kreves for å se hva som er aktuelt å fokusere på hos den enkelte for å tilpasse besøkene individuelt. Dette beskrives nærmere i kapittel 3 og 5.

Målgrupper – hvem er aktuelle for tilbudet?

Det vanligste i Norge er å definere målgruppe for forebyggende hjemmebesøk ut fra alder ⁽²⁾. De fleste kommunene gir tilbud til innbyggere som er 80 og over, eller 75 år og over. En del kommuner gir hvert år tilbud til ett årskull, for eksempel alle 75-åringene, eller alle 80-åringene. Kartleggingen viser i tillegg at 37% av kommunene ikke tilbyr forebyggende hjemmebesøk til innbyggere som allerede mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Noen få kommuner oppgir at de først og fremst gir tilbud om forebyggende besøk til sårbare grupper som for eksempel eldre med KOLS, begynnende demens, fallproblematikk eller med minoritetsbakgrunn ⁽²⁾.

Når kommunen har avklart hva som er hovedhensikten med tilbudet vil det også styre hvem som er den primære målgruppen. Er det for å avdekke hjelpebehov hos sårbare grupper, må disse defineres og identifiseres for eksempel gjennom samarbeid med fastlegene eller andre relevante instanser. Er hensikten av mer generell forebyggende og helsefremmende art, må en nødvendigvis gå bredere ut og alder kan være en god måte å definere eller avgrense målgruppen. Likevel er det viktig å være bevisst på at eldre er som alle andre grupper – svært forskjellige.

Det er også et poeng at det er ressurskrevende å tilby besøk til hele aldersgrupper. Men dersom en velger målgruppe ut fra alder, er neste spørsmål hvilken alder en skal velge.

Mange av de som er blitt intervjuet etter å ha fått forebyggende hjemmebesøk sier de ble overrasket over tilbudet fordi de ikke følte seg «gamle», én uttrykte det slik: «*Eg måtte bort å se meg i speilet*». Flere var likevel bevisst på at selv om de var friske og selvhjulpne nå, var de i en sårbar alder der helse og funksjonsnivå fort kunne endre seg ⁽¹⁴⁾. Mange av fagpersonene som er intervjuet trekker frem hvor mange spreke 80 åringer de treffer. En undersøkelse viser at hjemmeboende eldre på 80 år i Trondheim har stor egenomsorgsevne og en høy andel svarer at de er aktive i hverdagen, klarer daglige gjøremål selv og opplever god livskvalitet ⁽³²⁾. En annen studie viser at Eldres sårbarhet er størst etter fylte 85 år. I denne aldersgruppen har en større andel dårligere mental helse, færre er fysisk aktive og man har større risiko for underernæring ⁽³³⁾. I Haugesund har man konkludert med at 77 åringer er den mest aktuelle målgruppen, da erfaringer fra et prosjekt der viste at 75 år er for tidlig å komme inn, og 80 år kunne være sent å komme inn ⁽²⁹⁾.

Dersom hensikten med besøkene er å tenke helsefremming er det avgjørende å komme inn før funksjonen vanligvis begynner å falle, men samtidig ikke så tidlig at de eldre ikke identifiserer seg med gruppen «gamle», eller er opptatte av hvilke utfordringer som kan oppstå i årene fremover.

Er tilbudet organisert som en del av kommunens forebyggende arbeid?

Organisering handler om tilbudets forankring og plassering i kommunen, om personell og om praktiske forhold. Den nasjonale kartleggingen viser at forebyggende hjemmebesøksstilbudet oftest er organisert under hjemmebaserte tjenester (38%). Det er også mange kommuner (27%) som har en egen enkeltstående kommunal enhet som har ansvar for besøkene. I 15% av kommunene er tilbudet organisert under Rehabiliteringsavdeling eller fysio- og ergoterapitjeneste, mens i 14% av kommunene ligger disse hjemmebesøkene under Frisklivssentral eller annen helsefremmende enhet ⁽²⁾. På Vestlandet er det 23% av kommunene som har organisert tilbudet under bestiller-/forvaltningskontoret ⁽¹⁷⁾.

Fagutøverne som er spurt fremhever tydelig viktigheten av å være organisert/jobbe sammen med andre for å gi mulighet til refleksjoner og diskusjoner, og gjerne i et miljø som har helsefremmende fokus (for eksempel helsehus, helsetorg, forebyggende enhet, frisklivssentraler, fysio- og ergoterapitjeneste). Et vesentlig poeng er faglig og organisatorisk fellesskap med andre enheter i kommunen for å se og ivareta sammenhengene mellom tilbudene med tanke på tidlig innsats. Prosjektet i Haugesund og Bokn hadde god erfaring med faste tverrfaglige møter der sykepleier som hadde vært på hjemmebesøk kunne ta opp og drøfte saker ved behov ⁽²⁹⁾.

Organisering, ledelse og type fagpersonell som gjennomfører besøkene vil også være styrende for hvilket fokus som får størst plass i tilbudet. Dersom tilbudet ligger integrert i avdelinger der hovedaktiviteten er tradisjonelle pleie- og omsorgstjenester, kan det være vanskelig å finne rom til forebyggende virksomhet. Dette kan komme både av tidspress og at andre perspektiv gjerne er rådende i disse avdelingene. Fagutøvere som hadde todelt stillinger, der en del var knyttet til pleie, behandling eller forvaltning, og den andre delen til forebyggende hjemmebesøk, opplevde i stor grad at de måtte nedprioritere det forebyggende arbeidet. Mer om fagpersonell og kompetanse kommer i kapittel 3.

Mange av tilbudene om forebyggende hjemmebesøk startet opp som prosjekt, og en del av tilbudene er fremdeles prosjektfinansiert. Det kan være nyttig å prosjektorganisere tilbudet i oppstarten. Dette kan gi større muligheter for ekstern finansiering som gir mer rom for å planlegge, prøve ut og justere modellen slik at den passer inn lokalt i løpet av prosjektperioden. Utøverne som er intervjuet forteller imidlertid at en del prosjekt ikke videreføres etter at prosjektperioden (og ekstern finansiering) opphører.

I tillegg til faglig og personalmessig organisering er det viktig å planlegge for de praktiske sidene av tilbudet. Driften innebærer en del administrering med tanke på å innhente lister over aktuelle som skal få tilbud, skrive og sende ut brev og informasjon, gjøre avtaler og dokumentere. Dersom en ikke er organisert sammen med en enhet som har merkantile støttefunksjoner tilgjengelig, er det fagutøverne selv som må ivareta disse sidene av tilbudet.

Evaluering bidrar til kvalitetssikring av tilbudet

Gjennom den siste landsomfattende spørreundersøkelsen kom det frem at 57 % av kommunene som har tilbudet, har evaluert det ⁽²⁾. Utøverne som er spurt i fokusgruppene forteller at erfaringer og funn fra besøkene sjelden etterspørres av ledelsen, og at det i hovedsak er antall besøk som bes rapportert. For å ha oversikt, og for å følge utviklingen over tid, vil det kunne være nyttig å ha god statistikk over for eksempel hvor mange som får tilbud, og hvor stor andel som tar imot besøk. Ved evalueringer av et tilbud er det også nyttig å ha et bredere grunnlag enn kun tall og statistikk.

Dersom tilbudet planlegges godt ved oppstart, med tydelige og mål-bare målsetninger, vil det være med å danne grunnlag for jevnlike evalueringer av tilbudet. Dersom målsetningen med tilbudet er diffust beskrevet, blir det også vanskelig å måle om en når målsettingene en har satt seg.

I litteraturen beskrives hensikten med forebyggende hjemmebesøk ofte som å både fremme Eldres helse og livskvalitet, støtte den enkelte til å opprettholde et aktivt liv, identifisere de som står i fare for å utvikle et helseproblem, forebygge ytterligere funksjonsnedgang for de som allerede har redusert funksjon, og hindre sykehjeminnleggelse.

Vi har tatt med noen eksempler på målformuleringer fra ulike kommuner i Norge som tilbyr forebyggende hjemmebesøk (hentet fra arbeidet med den nasjonale kartleggingen);

«Vi ønsker at du skal opprettholde et aktivt liv og få mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig».

«Hensikten med hjemmebesøket er å bidra til at alle over 80 år som bor hjemme skal føle seg trygge, oppleve livskvalitet og beholde god helse lengst mulig».

«Vi ønsker å bidra til aktive eldre, trygghet og trivsel, sosialt fellesskap, og mestring av egen alderdom».

«Formålet med denne tjenesten er å fremme livskvalitet og fysisk og mental helse».

«Formålet med tjenesten er å skape trygghet og trivsel til eldre over 75 år i kommunen som ikke mottar pleie og omsorgstjenester. Formålet med besøket er styrke den Eldres ressurser og muligheter til å mestre egen hverdag».

Er hovedhensikten å kartlegge helsestatus og registrere risikofaktorer for sykdom og skader, må en ha faste kartleggingsskjema som kan brukes over tid og er gode å hente ut statistikk fra. Dersom hensikten med hjemmebesøket er å bidra til endringer hos de eldre, er det flere måter å måle det på. Konkret effektmålinger for eksempel av endring eller utvikling i funksjonsnivå eller hjelpebehov krever omfattende studier, og helst randomiserte kontrollerte studier, for å få pålitelige resultat. Det kan også være vanskelig å påvise effekt av helsefremmende og forebyggende arbeid på kort sikt, eller hva som faktisk spiller inn og gjør en forskjell på disse områdene. Dersom det likevel er ønskelig å måle effekt på funksjon, kan det være nyttig å samarbeide med utdanningsinstitusjoner og gjerne knytte mastergradsstudenter til tjenesten for å evaluere eller måle noen konkrete utfall i mindre skala. Slike målinger bør alltid sees i sammenheng med kvalitative undersøkelser.

En annen aktuell metode for å evaluere et slikt tilbud er derfor brukerundersøkelser og spørreskjema. Om en velger å ha faste brukerundersøkelser for å få tilbakemeldinger fra de eldre som har hatt besøk, kan det gi nyttig informasjon som er viktig i evalueringene av tilbudene. Her kan man benytte både generelle og konkrete spørsmål med faste svarkategorier og dessuten åpne for spørsmål som gir mulighet for utfyllende svar. Mer om dette i kapittel 7.

ANBEFALINGER FOR PLANLEGGINGSFASEN

- ◆ Avklar hovedhensikten med tilbudet; er det å få en oversikt over hvem som trenger hjelp, forebygging av skader og ulykker, helserådgivning, eller en individuell ressursfokusert helsesamtale.
- ◆ Definer målgruppe ut fra hva som er hovedhensikten med tilbudet.
- ◆ Planlegg videre hvordan forme tilbudet ut fra hensikt og hvilken målgruppe en vil nå.
- ◆ Avklar forankring og organisering inkludert personell og plassering i kommunen.
- ◆ Planlegg hvilke konkrete målsetninger man har med tilbudet og hvordan disse skal evalueres.

3

UTØVERE OG KOMPETANSE

Hvordan et hjemmebesøk gjennomføres avhenger av innhold og tema som tas opp. Den som utfører besøket sin fagbakgrunn, kompetanse og erfaring kan også innvirke på hvordan besøket forløper og hva som blir vektlagt i samtalen.

Hvilken faglig kompetanse trengs for å tilby gode besøk?

Kartlegging viser at det er flest sykepleiere som arbeider med forebyggende hjemmebesøk. I tillegg har halvparten av kommunene ergoterapeuter som arbeider med dette, og rundt en tredjedel har fysioterapeuter involvert i arbeidet. Andre faggrupper som benyttes i noen kommuner er sosionom, samtalerapeut, vernepleier og hjelpepleier. I en del kommuner er det flere ulike faggrupper arbeider sammen om dette tilbudet. Det er svært sjelden at frivillige og ufaglærte arbeider med forebyggende hjemmebesøk til eldre ⁽²⁾.

Eldre som er spurt i intervjuene våre var ikke spesielt opptatt av hvilken fagbakgrunn utøveren som kommer på besøk har. De fleste var fornøyd med at fagpersonen de fikk besøk av hadde god kunnskap og kunne komme med nyttige tips, var hyggelig, og at det gav dem trygghet å få et navn i kommunen de kunne kontakte dersom de lurte på noe.

Fagutøverne i fokusgruppene kom med mange innspill på hvilken kompetanse de som går på forebyggende hjemmebesøk bør ha. De gav uttrykk for at både egen livserfaring og erfaring fra arbeid med eldre er viktig. De fremhever også nytten av fagkompetanse og realkompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid. De ulike yrkesgruppene opplever at de har en felles tilnærming til innholdet i besøkene, samtidig som de forteller at de gjerne er farget av egen fagbakgrunn i hvordan samtalen i besøkene vinkles. De opplevde egen profesjon og faglig tilnærming som viktigst, men sa samtidig at det er greit at ulike faggrupper kan arbeide med slike besøk. Alle gav uttrykk for at de som går på forebyggende hjemmebesøk bør ha utdanning på høyskole-/universitetsnivå. Flere var også opptatt av at kunnskap om aktivitetstilbud i nærområdet er viktig.



Trenger fagpersoner ytterligere opplæring?

Av kommunene på Vestlandet som har tilbudet, gav omlag en tredjedel opplæring til sine ansatte som jobber med forebyggende hjemmebesøk ⁽¹⁷⁾. På landsbasis viser tallene at rundt halvparten gir en eller annen form for opplæring til ansatte ⁽²⁾.

Fagutøverne som er intervjuet sa at de i liten grad fikk opplæring da de startet i jobben. Det vanligste var intern overføring og opplæring av kollegaer der det var noen som hadde begynt før dem. Det var også mange som tok kontakt med kollegaer i andre kommuner med etablert tilbud for å hente inn erfaringer og råd. Noen få oppgav at de har fått kurs i samtalem metode, fallforebygging, brannforebygging og ernæringsarbeid. Fagpersonene mente at jo bredere kunnskap man har på ulike områder dess bedre jobb kan en gjøre i møte med alle de forskjellige eldre de besøker som er i ulike situasjoner og har ulike behov.

I Danmark har en studie vist at resultatene fra forebyggende hjemmebesøk var bedre der sykepleiere hadde fått ekstra opplæring enn der de ikke hadde fått det. Opplæringen bestod blant annet av kommunikasjonsteknikker med eldre, hvordan støtte opp om individuelle helseressurser, viktigheten av fysisk aktivitet og opprettholdelse av sosialt

nettverk, fallforebygging, samt hvordan identifisere tidlige indikatorer på funksjonsnedgang og oppfordre til tverrfaglig oppfølging ved behov ⁽³⁴⁾. Nederlandske forskere har kommet til at hjemmebesøkere må ha nok kompetanse til å håndtere den kompleksiteten av problemer eldre kan ha ⁽¹¹⁾. I Trondheim kommune har man gjennom mange års erfaringer kommet til at kunnskap om geriatrifeltet, vurderingskompetanse og hvordan fange opp signaler på funksjonssvikt i tidlig fase er viktig. Samtidig fremheves betydningen av kunnskap om positiv psykologi, nyansene i helsefremmende og forebyggende arbeid, og et sterkt ressursfokus ⁽³⁵⁾.

Bidrar tverrfaglighet til bredere tilnærming i besøkene?

Det er ikke vanlig at flere ulike faggrupper går på hjemmebesøk sammen. Mange steder er det bare en faggruppe som jobber med besøkene, og dersom de er flere er det uansett for ressurskrevende å gå sammen. I tillegg kan det oppleves som overveldende for de som får besøk hvis det kommer to personer. Det var noen i fokusgruppene som hadde kollegaer med annen fagbakgrunn. Disse fremhevet det positive i å kunne utveksle erfaringer mellom besøkene, diskutere mulige løsninger på problemstillinger og komme frem til felles fokus for besøkene når de har ulik fagbakgrunn.

Erfaringer fra Trondheim viser også at tverrfaglighet styrker tilbudet. Gjennom å dele erfaringer og kunnskap på tvers mellom besøkene bidrar de ulike faggruppene til at alle utvikler bredden i sin kompetanse ⁽³¹⁾. Svenske forskere understøtter dette når de hevder at tverrfaglige team med variert helsefaglig bakgrunn tar opp ulike helserelaterte temaer og tilfører komplementære kunnskaper til de sammensatte helsefremmende og forebyggende tiltakene ⁽³⁶⁾. En oppsummering av studier indikerer også at forebyggende hjemmebesøk kan ha positiv effekt på eldres egenopplevde helse og livskvalitet dersom de som utfører hjemmebesøkene har tverrfaglig bakgrunn og har ekstra opplæring ⁽³⁷⁾.

I noen kommuner har en god erfaring med at fagpersonell som jobber med forebyggende hjemmebesøk har faste tverrfaglige møter med andre instanser i kommunen. Dette kan være både for å drøfte generelle problemstillinger og konkrete saker der en har møtt eldre med større helserisiko eller sammensatte behov.

På hvilken måte er personlig kompetanse viktig?

Eldre har i intervjuer uttrykt at samtalen i besøket var viktig og at det var positivt å oppleve omtanke og trygghet ⁽¹⁴⁾. Flere sa også at det ble skapt et tillitsforhold som var med på å gi en god opplevelse av hjemmebesøket, og at fagpersonene hadde gode lytte-egenskaper som gjorde at de eldre følte seg viktige ⁽¹⁶⁾. Mange av fagpersonene som er spurt sa også at de er opptatt av å skape en god atmosfære og et tillitsforhold i starten av et besøk og en samtale.

Ulike studier har sett på hvordan både fagkompetanse og personlig kompetanse kan påvirke effekten og opplevelsen av hjemmebesøkene. En studie fra Japan påviste best effekt når den som utfører besøkene hadde gode kommunikasjonsevner og gav faglig veiledning basert på dokumentert kunnskap ⁽³⁸⁾. Etablering av en trygg relasjon og gode samtaler mellom fagpersonen og den som får besøk kan være betydningsfullt ^(13, 39), noe som stiller krav til fagpersonens personlige egenskaper. Klungerbo med flere (2013) mener at fagpersoner som går på forebyggende hjemmebesøk må være gode til å åpne for Eldres egne refleksjoner ⁽³¹⁾.

ANBEFALINGER FOR FAGPERSONELL OG KOMPETANSE

- ◆ De som går på forebyggende hjemmebesøk bør ha:
 - Helse- eller sosialfaglig grunnkompetanse og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, motiverende samtaler, gerontologi og geriatri.
 - En personlig egnethet med tanke på samtale – og kommunikasjonsferdigheter, samt åpenhet for refleksjon.
 - Erfaringskompetanse fra arbeid med eldre, og egen livserfaring.
 - En god oversikt over og kunnskap om ulike aktivitets- og sosiale tilbud av både frivillig, kommunal og kommersiell art i nærområdet.
 - Tverrfaglighet bør tilstrebes der det er flere som jobber sammen om hjemmebesøkene.

- ◆ Kommunen som oppdragsgiver og ansvarlig for tilbudet bør:
 - Sørge for intern opplæring av nyansatte, samt legge til rette for drøftinger og deling av erfaringskunnskap.
 - Opprette tverrfaglige møtepunkter der komplekse saker kan diskuteres.
 - Tilrettelegge for at ansatte får delta på relevante kurs og konferanser.
 - Åpne for hospitering eller besøk i andre kommuner som driver tilsvarende tilbud.

- ◆ Det anbefales å danne nettverk med andre i nabokommuner, og møtes 1–2 ganger i året for å utveksle erfaringer og dele kunnskap. Dette gjelder spesielt for mindre kommuner der man gjerne jobber med forebyggende hjemmebesøk alene.



4

INFORMASJON TIL DE ELDRE FØR BESØKET

Forebyggende hjemmebesøk er et oppsøkende tilbud som det er frivillig for de eldre å ta imot. Hvordan kommunen informerer innbyggerne om tilbudet og på hvilken måte den enkelte får tilbud om besøk kan påvirke andel som tar imot besøk og andel som takker nei.

Tall fra den nasjonale kartleggingen i 2012/13 viste at på landsbasis takket 52 % av de eldre ja til forebyggende hjemmebesøk blant dem som fikk tilbudet ⁽²⁾. I vestlandsfylkene var andelen som tok imot besøk 65 % ⁽¹⁷⁾. Over 80% av kommunene i landet som har dette tilbudet informerer målgruppen gjennom brev, og vel 40% har utarbeidet egen brosjyre ⁽²⁾.

Av de eldre på Vestlandet som ble spurt om sine erfaringer og opplevelser fortalte noen at de hadde hørt om tilbudet av naboer eller venner, men de fleste visste ikke noe om tilbudet før de fikk brev fra kommunen ⁽¹⁴⁾. Dette bekreftes også i fokusgruppeintervjuene med utøverne. Siden få har kjennskap til tilbudet, sier mange at de ikke har noen spesielle forventninger til besøket i forkant, men noen forteller at de er nysgjerrige på hva kommunen ønsker med besøket.

En norsk studie viste at eldre opplevde det uklart hva som var hensikten med besøket og hva de kunne forvente i forkant. Noen trodde at besøket var for å undersøke hvilken type hjelp de trengte fra kommunen. De mente derfor at besøket ikke var nødvendig da de klarte seg fint selv og at de ikke hadde noe hjelpebehov. Andre uttrykker at de kunne tenkt seg mer informasjon i forkant, for eksempel fått noen av spørsmålene tilsendt før besøket, slik at de kunne forberedt seg bedre ⁽¹³⁾.

Når det gjelder hvem som takker ja og nei til besøkene, sier flere av utøverne i fokusgruppene at mange eldre takker nei til tilbudet fordi de opplever seg som spreke og selvhjulpne, og for opptatt i hverdagen til å ta imot besøk. Likevel forteller utøverne også at det er en del eldre som takker nei som de mener ville hatt god nytte av et besøk. Dette er eldre som oppleves som sårbare. En spørreundersøkelse i Grimstad, Kristiansand og Songdalen der målgruppen for besøk er 78 år, viste at 66 % av de som takket nei mente de var for friske for dette tilbudet, mens 14 % ikke var interessert og 3 % svarte at de var for syke. Av de

som oppgav «annet» svarte flere at de var på reise, på jobb eller på flyttefot ⁽⁴⁰⁾. I Sverige har en også erfart at det både er eldre som føler seg for friske og de som opplever seg for syke som takker nei ⁽¹⁵⁾.

Danske undersøkelser viser at det er noe forskjell på hvem som takker ja og hvem som takker nei. Flere kvinner enn menn takker ja til besøk. For begge kjønn gjelder at flere takker ja dersom besøket tilbys i tilsendt brev med fastsatt dato for besøket, enn om en sender brev uten tidspunkt eller om man kun ringer for å avtale besøk ⁽⁴¹⁾.

I Danmark så en også at personer med høyere sosioøkonomisk status i noe større grad takket ja til forebyggende besøk enn de som har lavere sosioøkonomisk status ⁽⁴²⁾. I en del tilfeller erfarer fagpersonene at en telefonsamtale for å forklare hensikten med besøket er nyttig for å få flere til å takke ja. For å nå flest mulig eldre med ulik utdannings- og sosial bakgrunn, kan det være viktig å formulere informasjon og brev enkelt og forståelig, uten å bruke faguttrykk og byråkratiske formuleringer. Gjennom et forebyggende hjemmebesøks-prosjekt i Aust-Agder ble det blant annet lagt vekt på å bruke eldre seniorer for å kvalitetssikre utarbeidelsen av informasjonsmateriell slik at det skulle være lettlest og forståelig ⁽⁴³⁾.

ANBEFALINGER FOR INFORMASJON TIL ELDERE I FORKANT AV BESØKET

- ◆ Gjør tilbudet kjent (informasjon i media, seniorsenter, pensjonistforeninger, samt brosjyre som er lettfattelig og informativ – bruk gjerne seniorer som kan bidra til utforming og kvalitetssikring av hvordan brosjyren oppfattes).
- ◆ Send brev med invitasjon/tilbud om hjemmebesøk. Sett opp tidspunkt for hjemmebesøket i brevet. Mottaker skal ikke aktivt måtte ta kontakt for å få besøk, men heller ta kontakt om de ikke ønsker besøk eller dersom tidspunktet ikke passer. Skriv brevet på en enkel og forståelig måte – bruk gjerne seniorer som kan bidra til utforming eller kvalitetssikring av teksten.
- ◆ Legg ved en brosjyre eller informasjon om hva hjemmebesøket handler om, slik at de som ønsker det kan forberede seg.
- ◆ Ring noen dager i forkant av oppsatt tidspunkt og bekreft at man kommer på hjemmebesøk, og for å oppklare eventuelle spørsmål dersom noen fremdeles lurer på hva besøket går ut på.

5

INNHALDET I BESØKET

Intervjuene viste at de eldre som har hatt besøk var opptatt av samtalen og at det oppleves godt å bli verdsatt og anerkjent, og de mener de blir vist omtanke gjennom besøkene. Mange trakk også frem at det var svært positivt å få informasjon om kommunen og at det var trygt å få en kontaktperson.

Den gode samtalen og bruk av samtaleguide og sjekklister

I den siste nasjonale kartleggingen oppgav 76 % av kommunene som hadde forebyggende hjemmebesøk at metoden for besøket er en strukturert samtale, og nesten like mange bruker skjemaer eller sjekklister som utgangspunkt for samtalen ⁽²⁾. De fleste fagpersonene fra fokusgruppene sa også at de har et arbeidsverktøy i form av en samtaleguide eller en sjekklister med oversikt over hvilke tema de skal innom i løpet av besøket. De fortalte videre at verktøyene som brukes gjerne er hentet fra andre kommuner, men med lokale tilpasninger. Noen svarte at det kunne være nyttig med en huskeliste over tema for å holde fokus i besøket, og det oppleves godt å ha en sjekklister når en er uerfaren som



hjemmebesøker. Andre synes de kunne bli litt for opphengt i sjekklisterne i besøket, og mange sa at de etter hvert kunne listen utenat og ikke brukte dem aktivt under besøkene lenger.

Fagutøverne trakk frem samtalen som det viktigste i besøket, og de er opptatt av å etablere en god kontakt med den de besøker når de kommer. De har gjerne en liste over tema som kan tas opp i løpet av samtalen, men at åpenhet og lydhørhet var viktigere enn detaljerte guider, og spesielt gjaldt dette de mer erfarne.

I Trondheim kommune sin samtaleguide understrekes det at guiden ikke skal følges som en oppskrift likt i alle besøk, men må tilpasses den enkelte ⁽³⁵⁾. I Sverige har en jobbet strukturert med en protokoll for hvordan legge opp hjemmebesøkene. De mener at besøkene bør være basert på et intervju eller samtale med både åpne og strukturerte spørsmål og at de må være individuelt tilpasset. De anbefaler derfor å ha en fast del med spørsmål som stilles til alle, og videre egne spørsmål rundt spesifikke tema som er aktuelle for den enkelte ⁽⁴⁴⁾. I Danmark har myndighetene laget en håndbok med forslag og eksempler til hvordan hjemmebesøkene bør utformes. Også her er en opptatt av at samtalen skal ta utgangspunkt i den eldre sine ønsker og forventninger til sin hverdag og fremtid. Samtalen skal hjelpe den eldre til å reflektere over hvordan han eller hun selv kan møte eventuelle problemstillinger ⁽¹⁸⁾.

Metodene som er beskrevet over, med vekt på samtaler om det den eldre selv er opptatt av, egner seg godt med tanke på medvirkning og myndiggjøring, og å bygge opp om den enkeltes ressurser og egne refleksjoner. En kjerne av forskjellige tema kan være utgangspunkt for besøket, men de områdene som opptar den enkelte eldre spesielt bør være styrende for hva en går grundigere inn på. Slik blir også besøkene individuelt tilpasset og en kan være mer målrettet i hvordan en når frem til den enkelte alt etter hva som er behovet der og da. Med tanke på dette er det avgjørende at fagpersonen har en åpen og bred tilnærming og er fleksibel med hensyn til både tema som kommer opp og i hvor stor grad en opptrer som refleksjonspartner eller rådgiver.

Et forebyggende hjemmebesøk varer vanligvis rundt en time, og noen besøk kan vare i opp mot to timer. Både de eldre og fagutøverne som er spurt syntes det var viktig med god tid til besøkene. Det kan være nyttig at fagutøveren sier noe om hvor lang tid som er satt av til besøket ved oppstart, og kan styre samtalen dersom en havner langt på siden av det som er relevante tema i besøket. Likevel bør det være rom for å utvide besøket, da flere opplever at eldre tar opp vanskelige spørsmål i

gangen eller i døra når besøket er i ferd med å avsluttes. Det kan være bekymringer for ektefelle og omsorgsbyrder, eller det er gjerne tabubelagte områder som inkontinens eller problemer med avføring.

Hvilke tema tas opp i hjemmebesøkene?

Som nevnt over har mange en sjekkliste eller samtaleguide over hvilke temaer som er aktuelle å gå gjennom på et hjemmebesøk, samtidig som dette også styres av hva den enkelte eldre er opptatt av og ønsker å snakke om.

I den nasjonale kartleggingen svarte 94 % av kommunene som tilbyr forebyggende hjemmebesøk at hovedfokuset under besøket er å fremme helse og mestring. Nesten alle svarte at de er innom tema som sikkerhet i hjemmet, fysisk aktivitet, boforhold og funksjonsnivå, og over 80 % tar opp temaer som ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler, interesser og aktiviteter, mosjonsvaner og mental helse. 32 % svarte at de kartlegger eventuell helsesvikt ⁽²⁾.

Det er også vanlig å ha med ulikt informasjonsmateriale, som deles ut dersom det er av interesse for den som får besøk. Det som oftest tas med er brosjyrer om fysisk aktivitet, fallforebygging, brannsikkerhet, ernæring, samt råd om hjelpemidler, tilrettelegging og velferdsteknologi. Det er også mange som har med oversikt over kommunale tilbud og tjenester, og ulike trenings-, aktivitets- og sosiale tilbud i lokalmiljøet.

Mange av de eldre som er intervjuet var opptatt av å få navn og telefonnummer til en kontaktperson de kunne henvende seg til ved behov. En del av de eldre mente også det var nyttig å diskutere boforhold og forskjellige alternativer eller muligheter med tanke på tilrettelegging i nåværende bolig. Noen opplevde at besøket bidro til å starte tankeprosessen rundt det å flytte til annen egnet bolig ⁽¹⁴⁾.

Dersom råd om fysisk aktivitet og fallforebygging er hovedfokuset i besøket blir *oppfølgingen* ekstra viktig. Hvilke treningstilbud finnes å henvise til, hvordan ivareta de som selv ikke tar initiativ til å komme i gang med trening? Hva med dem som ville kunne dra nytte av tilrettelegging eller ernæringsendring men ikke ønsker å gjøre tilpasninger i boligen for å gjøre den tryggere, eller er i stand til å følge opp væske- og ernæringsråd. Dersom generell helseinformasjon skal føre til praktiske endringer hevder Mæland at den det gjelder må være mottakelig, og at informasjonen må være individuelt tilpasset ⁽²⁰⁾. Behm mener at en utfordring med forebyggende hjemmebesøk er å motivere eldre med god funksjon og helse til å se hensikten med helsefremmende og forebyggende aktiviteter ⁽¹⁵⁾.

Viktig med faglig skjønn

Faglig skjønn og gode kommunikasjonsevner benyttes underveis i besøket for å fange opp tema de eldre er opptatt av. Ved å lede samtalen videre inn på de områdene som er viktigst for den enkelte, kan en gå grundigere inn i det som interesserer og motiverer mest, og dermed øke sjansene for engasjement og eventuelt endring hos den det gjelder.

Det faglige skjønnnet til den som gjennomfører besøkene er spesielt viktig med tanke på å fange opp signaler på forhold eller områder som bør undersøkes videre: *«De spør gjerne om du vil ha kaffe. Som regel sier jeg nei takk. Men hvis jeg er usikker på om personen jeg besøker kan ha begynnende kognitiv svikt, takker jeg gjerne ja til kaffe, så ser jeg samtidig: klarer de å dekke et kaffebord?»* (fra fokusgruppeintervjuet i prosjektet).

En fagperson bruker også sitt blikk og andre sanser for å vurdere om det kan være signaler på for eksempel depresjon, rus eller fallproblematikk som gjør at man varsomt kan dreie samtalen inn på disse temaene for å undersøke nærmere rundt dette. I slike tilfeller kan det være vanskelig å vite hvor grensene går for hva som er akseptert å spørre om. Noen fagpersoner opplever usikkerhet rundt at dette er en oppsøkende tjeneste og hvor man inviterer seg selv hjem til eldre som ikke har søkt en tjeneste fra det offentlige. Her kan også erfaring og skjønn være til hjelp i de avveininger en gjør underveis i samtalen, og hvordan en ordlegger seg.

Kartlegging av helsestatus, avdekke sykdomsrisiko og vurdering av hjelpebehov

I noen kommuner bruker man mer omfattende kartleggings skjemaer der de går gjennom og noterer status for de ulike områdene man tar opp i besøket. Dersom kommunen har som formål å registrere helsetilstand og avdekke sykdom og funksjonssvikt, vil ulike kartleggingsverktøy og undersøkelsesmetoder være viktig i tillegg til samtalen. I disse tilfellene bør kommunens ønske om kartlegging og registrering være uttalt enten i informasjonsbrevet i forkant eller i løpet av besøket, slik at den enkelte kan være forberedt på det, og gis muligheten til å reservere seg dersom han eller hun ønsker det. Noen eldre har uttalt at de opplever besøkene som mest nyttige for kommunen som skal «ha oversikt», andre sier at de opplever det trygt at kommunen ønsker å vite mer om dem.

«Helseteam for eldre» i Helsetorgmodellen som er utviklet i Haugesund og Bokn er en utgave av forebyggende hjemmebesøk som i tillegg til helsefremming inkluderer en strukturert kartlegging og risikovurdering



med tanke på helseproblemer, sykdommer, forbruk av helsetjenester og medikamentbruk ⁽²⁹⁾.

Det varierer i stor grad mellom kommunene hva som kartlegges på hjemmebesøkene. Noen bruker standardiserte tester, mens andre bruker egenutviklede skjema med ulike spørsmål og tema. Funksjonstester som vurderer balanse og beinstyrke kan for eksempel være nyttige for å gi en indikasjon på hvem som kan trenge trening for å forebygge fall. En oversikt over legemidler kan også si noe om risiko for fall, det samme kan ernæringsstatus og alkoholforbruk.

Flere kommuner registrerer også de eldre sin oppfatning av egen fysisk og psykisk helse, noe som sammen med andre opplysninger kan gi kommunen en god oversikt over status, helserisikoer og påvirkningsfaktorer. Dette er informasjon som kan bidra til å spisse forebyggende tilbud som etableres. Kommunene bør også diskutere hvordan en går frem dersom man mangler slike tiltak. Er det etisk riktig å kartlegge for eksempel psykososiale forhold og psykisk helse dersom en ikke har noe relevant oppfølging å tilby om en avdekker behovet?

For å etablere en god og ressursfokuset samtale med den eldre kan det være hensiktsmessig å vente med registreringsskjemaene til slutten av besøket. Man må også være bevisst på at dersom det gjøres tester og undersøkelser, må dette følges opp for at de skal ha noen hensikt. Det gjelder både det å ha tiltak å tilby dersom en avdekker problemområder, og at en gjentar testingene jevnlig for å følge utviklingen over tid.

ANBEFALINGER FOR INNHOLDET I BESØKET

- ◆ En god samtale er avgjørende for å skape tillit og åpne for den eldre sine refleksjoner.
- ◆ Spør om den eldre har noe de ønsker å ta opp med deg. Vær oppmerksom på at det er temaer som er relevante å samtale om knyttet til besøkets formål. Gi eventuelt råd om å snakke med eller henvise til andre.
- ◆ Det er nyttig å ha en liste over aktuelle tema for besøket, men tilpass omfanget av de ulike temaene og tilnæringsmåte individuelt ut fra hva som opptar den enkelte.
- ◆ De vanligste temaene det er fokus på:
 - Sikkerhet i hjemmet
 - Boforhold og hjelpemidler
 - Interesser og aktiviteter, aktivitetstilbud i lokalmiljøet
 - Fysisk helse og fungering, daglige aktiviteter og trening
 - Sosialt nettverk
 - Ernæring
 - Medikamentbruk
 - Psykisk helse
- ◆ Faglig skjønn er avgjørende for å fange opp ulike signaler i løpet av besøket.
- ◆ Sett av minimum en time til besøket, ha mulighet til å forlenge noe hvis det kommer opp viktige ting på slutten.
- ◆ Dersom helsestatus ønskes kartlagt med fastlagte sjekklistor eller skjemaer, kan det være hensiktsmessig å gå gjennom disse til slutt i besøket, slik at det ikke tar alt fokuset i besøket og samtalen.
- ◆ Legg igjen kontaktinformasjon.

6

OPPFØLGING ETTER BESØKET

Oppfølging dreier seg om hva fagpersonen gjør i etterkant av besøket. Det kan være kontakt via brev eller telefon i etterkant, henvisning videre til andre instanser, bistand til å anskaffe hjelpemidler eller at man for eksempel sender rapport til fastlege. Oppfølging kan også handle om å tilby flere besøk til samme person, for eksempel gjentatte besøk hvert år. Omfanget av oppfølgingen henger sammen med hvilke ressurser og hvilken kapasitet som er tilgjengelig i tilbudet.

Oppfølging i etterkant av hvert besøk

Dersom det er aktuelle behov som kommer frem i besøket, kan fagpersonen følge opp dette på ulike måter. Det kan være å henvise videre til andre kommunale instanser eller undersøke og gi tilbakemelding dersom den eldre har spørsmål som fagutøveren ikke kunne svare på under besøket. Det kan også være å ringe etter en avtalt periode for å høre hvordan det går med anbefalinger som ble gitt under besøket. Eksempel på slike anbefalinger kan være tips eller oppfordring om å ta kontakt



med aktuelle trim- og treningstilbud, seniorsenter eller pårørendesenter som det kom frem under samtalen i besøket at den eldre ønsker å prøve. Slike telefonsamtaler kan være med på å motivere til å ta de første stegene og prøve ut noe nytt. En kontakt i ettertid kan også være for å sjekke om bestilte hjelpemidler er levert og fungerer.

I den siste nasjonale kartleggingen ble kommunene bedt om å anslå hvor stor andel av besøkene som resulterte i henvisning eller anbefaling av videre tiltak. Her svarte de at 31 % av besøkene førte til henvisning eller anbefaling av tiltak. Dette er imidlertid et anslag og her må vi anta at spørsmålet kan tolkes forskjellig ut fra hva den enkelte kommune legger i «anbefale tiltak» og «henvisning» ⁽²⁾.

En del fagutøverne forteller at de sjelden henviser eldre til kommunale instanser etter besøk, men at de oppfordrer eldre til selv å ta kontakt dersom det viser seg behov for dagsenter, hverdagsrehabilitering, fysioterapi, ergoterapi, hjemmesykepleie eller en vurdering hos fastlegen. På samme måte varierer det også fra kommune til kommune i hvor stor grad fagpersonene tilbyr bistand til anskaffelse av hjelpemidler, eller om de henviser til andre instanser for dette.

Bør besøkene gjentas?

Omtrent halvparten (48 %) av kommunene i Norge tilbyr ett besøk en gang, mens en nesten like stor andel (42 %) tilbyr oppfølgingsbesøk til de som har behov. Noen kommuner tilbyr oppfølgingsbesøk annethvert år, og andre merker seg de som er ekstra sårbare eller har økt risiko for helseutfordringer, og tilbyr flere besøk til disse. Noen kommuner gjennomfører oppfølgingssamtaler ved å ringe tilbake til de som har fått ett besøk ⁽²⁾.

Mange av de eldre som er spurt sa at det var trygt for dem å få en kontaktperson i kommunen gjennom det forebyggende hjemmebesøket ^(13, 14, 16). Det var også mange som mente at det beste ville være å få flere besøk, og at det burde være samme fagperson som gjentok besøkene, slik at de slapp å fortelle om situasjonen sin på nytt flere ganger ⁽¹⁶⁾.

Et alternativ til flere besøk er oppfølging via telefonsamtaler. I en norsk studie ble det påvist at fem egenomsorgssamtaler via telefon hadde signifikant positiv effekt på Eldres psykiske helse, sammenlignet med en tilsvarende gruppe eldre som ikke fikk disse samtalene ⁽⁴⁵⁾. Flere eldre i en annen studie påpekte likevel at en telefonsamtale er mindre personlig enn besøk, og en uttalte at man ikke kunne se hvordan det egentlig stod til hos de eldre til dersom kontakten foregikk per telefon ⁽¹⁶⁾.

En svensk studie konkluderte med at hvis besøkene skal ha noen effekt må de være personlige, føre til konkrete tiltak og helst følges opp av samme person ⁽⁴⁴⁾. Tidligere forskning på dette området har gitt forskjellige resultat. Flere studier viser at dersom besøkene er gjentakende over tid kan det påvirke effekten positivt på sykehjeminnleggelse, dødelighet, funksjonell status ^(8, 9, 46) og livskvalitet ⁽⁴⁷⁾. Andre studier kan ikke påvise noen effekt på tross av gjentakende besøk ^(11, 48).

Hvor mange gjentakende besøk som er nødvendige henger gjerne sammen med hva som er hensikten med besøket. Dersom hovedformålet med besøket er å tilby informasjon om kommunale tjenester og en kontaktperson som den eldre kan ringe til, kan ett besøk være tilstrekkelig. Dersom hensikten er å undersøke helsetilstand og avdekke sykdom og funksjonssvikt i tidlig fase må hjemmebesøkene gjentas med jevne mellomrom. Er målet med besøkene å bidra til at eldre endrer vaner for å bevare ressurser og helse, trengs gjerne flere besøk. Endring av holdninger og helsevaner kan være en prosess som tar tid og en behøver modning og motivasjon.

Utfordringer og dilemmaer for fagutøveren etter hjemmebesøkene

I fokusgruppeintervjuene med utøverne kom det frem mange eksempler på utfordringer, problemstillinger og dilemmaer de opplever med tanke på oppfølging i etterkant av et besøk.

Et eksempel er når man aner problemer med psykisk uhelse som depresjoner eller tidlig begynnende kognitiv svikt, eller at den eldre selv forteller om dette i løpet av besøket. En slags tidlig innsats på disse områdene ville lettet situasjonen for den det gjelder og kan bidra til å utsette et mer omfattende hjelpebehov. Men vanskene er gjerne ikke alvorlige nok til at de blir prioritert i det tradisjonelle hjelpeapparatet i kommunehelsetjenesten, eller at andre relevante lavterskeltilbud ikke finnes.

Noen ganger opplever også fagutøverne at eldre de besøker har store omsorgsbyrder for ektefelle eller andre uten at de har eller ønsker hjelp fra det offentlige. Det kan også komme frem forhold om rus eller vold, uten at den det gjelder ønsker at dette skal formidles videre. Dette setter fagutøveren som har taushetsplikt i en vanskelig etisk situasjon. Uten avlastning eller hjelp kan disse forholdene virke svært negativt inn på livssituasjonen og helsetilstanden til den det gjelder, men hvor går grensen for å sende bekymringsmelding?



Det kan også komme opp tema som sorg og tap, eller konflikter i familien om for eksempel arv. Slike tema kan det være vanskelig for hjemmebesøkeren å gjøre noe med utenom å være en aktiv lytter og en god samtalepartner, og eventuelt reflektere sammen om mulige mestringsstrategier.

Flere utøvere opplevde at ensomhet og isolasjon var en problemstilling hos en del av de eldre. De som er ensomme eller isolerte mangler ofte initiativ til selv å søke kontakt med seniorsenter, mestringsentre eller aktuelle arenaer for sosialt samvær med andre. Det kan også være utfordringer knyttet til transport og mobilitet dersom en ikke lenger er i stand til å kjøre bil selv. Det kan oppstå dilemmaer dersom fagpersonen vurderer at svekkelser i funksjon som syn og reaksjonsevne kan gå ut over kjøreferdigheten til en person, men at dersom han leverer inn eller mister førerkortet vil det føre til isolasjon. Andre utfordringer som dukker opp er behov for hjelp til større eller mindre praktiske gjøremål i hus og hage.

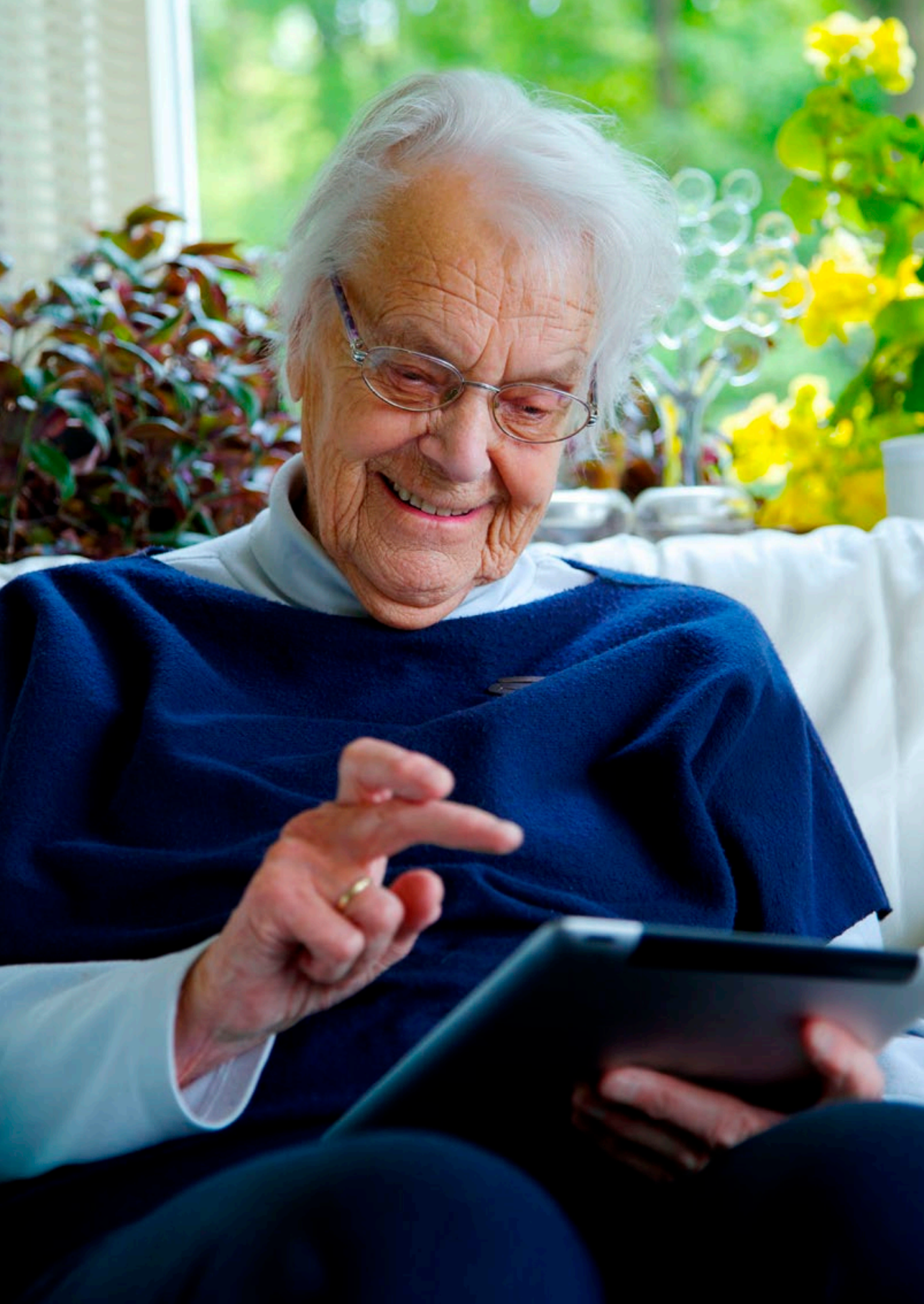
En mulighet er å knytte tettere samarbeid med frivillig sektor, og informere om eller formidle kontakt med Frivillighetsentraler, «Lyst på livet-kafeer» ⁽⁴⁹⁾ og organisasjoner som har tilbud om besøksvenn

eller aktivitetsvenn dersom det finnes i området. De forebyggende hjemmebesøkene kan også brukes til å informere eldre som ønsker å hjelpe andre om aktuelle organisasjoner de kan kontakte for å bidra i frivillighetsarbeid.

Når fagutøveren har opplevd dilemmaer og utfordringer som nevnt over, er det behov for å diskutere dette anonymt med noen i etterkant. Dette for å bearbeide egne opplevelser, og få innspill og tips til hvordan forholde seg i slike situasjoner. Hva kan være gode instanser å anbefale den eldre å kontakte for å få riktig hjelp?

ANBEFALINGER FOR OPPFØLGING ETTER BESØKET

- ◆ Avklar hvilke ressurser som kan brukes på oppfølging i etterkant av besøkene.
- ◆ Det er sannsynlig at nytten av hjemmebesøkene øker dersom besøkene gjentas.
- ◆ Dersom det må prioriteres mellom hvem som kan tilbys oppfølging, kan det være hensiktsmessig å følge opp personer med større risiko for helseutfordringer.
- ◆ Fagutøvere som går på hjemmebesøk trenger noen å reflektere og diskutere med i etterkant av vanskelige problemstillinger eller opplevelser fra besøkene.



7

DOKUMENTASJON OG EVALUERING

Av alle kommuner i Norge som har forebyggende hjemmebesøk er det 56 % som oppgir at de ser på tiltaket som helsehjelp med dokumentasjonsplikt etter Helsepersonelloven. En del kommuner oppgir at de er usikre på dokumentasjon siden dette er et oppsøkende tilbud og ikke en tjeneste som de eldre selv har søkt om. Noen kommuner oppgir at de anonymt fører statistikk på hvor mange som får tilbud og hvor stor andel som tar imot. Mange svarer at de innhenter samtykke til å registrere opplysninger fra den de besøker. Hva som dokumenteres varierer i stor grad. Noen registrerer kun hvem som har fått tilbud og hvem som takker ja og nei til besøk. Andre legger inn utfylte sjekklister om for eksempel helsestatus, boligforhold eller fallrisiko, noen lager utfyllende funksjonsrapporter ⁽²⁾.

Dokumentasjon av forebyggende hjemmebesøk vil videre deles inn i dokumentasjon på individ- og systemnivå. Til slutt i dette kapittelet vil vi også beskrive hvordan en kan bruke dokumentasjon og en strukturert innsamling av informasjon som grunnlag for evaluering av tilbudet.

Dokumentasjon på individnivå

Helsepersonell som yter helsehjelp har ifølge kapittel 8 om dokumentasjonsplikt i Helsepersonelloven (§39 og §40) plikt til å nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen ⁽⁵⁰⁾. Helsehjelp defineres både i Helsepersonelloven (§3) og i pasient- og brukerrettighetsloven (§1.3) som: «*handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell*». Pasient defineres som: «*en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle*» ^(50, 51). Ut fra dette tolker vi at forebyggende hjemmebesøk er «helsehjelp» og at en person som får tilbud om slike besøk kommer inn under definisjonen av «pasient». Derfor skal opplysninger fra forebyggende hjemmebesøk dokumenteres.

Noen kommuner gir eldre som får hjemmebesøk mulighet til å reservere seg mot at det dokumenteres opplysninger fra besøket ⁽²⁾. Dette spørsmålet har vi tatt opp med Helsedirektoratet. De fastholder at helsepersonellet har plikt til å dokumentere også når det gjelder forebyggende hjemmebesøk, og at pasienten ikke har mulighet til å reservere seg fra at det blir journalført relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. Usikkerhetsmomentet ligger først og fremst i hva som er «*relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen*», utover hva som er presisert i pasientjournalforskriften ⁽⁵²⁾. Dette er opp til helsepersonellet å skjønnsmessig vurdere i hver enkelt sak. I forkant av den enkelte fagpersons vurdering fra sak til sak bør det være diskutert og avklart en ramme for hvilken dokumentasjon som skal gjøres når tilbudet etableres. Her må en ta utgangspunkt i hva som er hensikten med tilbudet. Det må også avklares hvordan informasjonen skal oppbevares og hvem som skal ha tilgang til opplysningene. Personen kan naturligvis avstå fra å ta i mot besøk eller å gjennomføre for eksempel undersøkelser i besøket.

I tillegg til at lovverket pålegger helsepersonell å dokumentere, er det flere grunner for at det er hensiktsmessig å samle og ta vare på relevante opplysninger. Dersom en skal henvise videre til andre instanser (etter samtykke fra den eldre) er det nyttig med dokumentasjon for samhandlingens del. Er det aktuelt å følge opp besøkene årlig, er det nyttig å kunne se tilbake på notater og status fra tidligere besøk. Fagutøverne besøker gjerne mange i løpet av et år, og husker ikke igjen alt hos hver enkelt. Det kan også ha vært utskifting i personalet mellom besøkene. Da slipper den det gjelder å måtte fortelle alt fra starten ved neste besøk. Dersom for eksempel funksjons- eller aktivitetsnivå, eller andre tilstander registreres, vil en kunne følge utviklingen over tid, og fange opp endringer.

Dokumentasjon på systemnivå

Ved å dokumenterer fra hjemmebesøkene kan man også danne grunnlag for oversikter og statistikk over status for eldre i kommunen. Dette kan være nyttig i utviklingsarbeid av nye spissede tjenester. Om en for eksempel registrerer fall og sammenholder dette med andre opplysninger om fysisk aktivitet, legemiddelbruk, ernæring, rusmiddelbruk med videre kan det si noe om omfang og behov for konkrete og tilpassede tiltak. Et annet eksempel er omfang av Eldres bruk av teknologi som nettbrett og smarttelefoner og knytte dette opp til satsinger innen velferdsteknologi.

I Danmark ser en stor nytte av å bruke opplysninger som samles i hjemmebesøkene strategisk og fremadrettet. Samtidig ser de der også dilemmaet med å bruke hjemmebesøkene som er et fortrolig møte mellom den enkelte og et helsepersonell, til å generere statistikk. Dette krever dokumentasjonsprogrammer med mulighet for å anonymisere data ⁽¹⁹⁾.

Fagutøverne som deltok i fokusgruppeintervjuene mente at det lå et stort uutnyttet potensiale i den dokumentasjonen de gjorde etter hjemmebesøkene. Kommunene har på denne måten mulighet til å få bedre oversikt over sine eldre innbyggerses helsetilstand og andre forhold som er nyttige å vite noe om i planlegging og tjenesteutvikling. På den andre siden kan det stilles spørsmål om hvor mye tid og ressurser skal det brukes på dokumentasjon? Hvor stor del av besøket skal brukes til å kartlegge og registrere, hva er etisk riktig med tanke på omfang av kartlegging av den enkelte? Noen av informantene som ble intervjuet av Sjøbø mente at besøkene er en form for kontroll og en uttalte at han mente besøket var mest til nytte for kommunen for å ha oversikt ⁽¹⁴⁾.

Hvordan evaluere tilbudet?

Det er stadig behov for å diskutere ressursbruk i offentlig sektor, og innen kommunehelsetjenesten foregår det løpende vurderinger og prioriteringer av knappe midler. For å kunne diskutere om det er forsvarlig å opprettholde et kommunalt tilbud om forebyggende hjemmebesøk er det avgjørende at slike drøftinger bygger på grundige evalueringer av tiltaket.

Som beskrevet i kapittel 2 er det hensiktsmessig å planlegge i forkant hva som skal evalueres og hvordan. Evalueringene må ta utgangspunkt i hva som er hensikten og målene med tilbudet, slik at en får svar på om disse målene nås. Dette kan gjelde tall på alt fra overordnet statistikk over hvilke aldersgrupper som tilbys hjemmebesøk og hvor stor andel som takker ja, til konkrete oversikter over ulike registreringer av for eksempel funksjonsnivå. Det kan også være mer kvalitative tilnærminger med brukerundersøkelser for å belyse de eldres erfaringer og opplevelse av nytten av besøkene. Eksempler på ulike generelle spørsmål som kan stilles i brukerundersøkelser:

- *Hva er din erfaring med besøket (helhetsinntrykk)?*
- *Hva synes du om informasjonen du fikk i forkant?*
- *Hvilke forventninger hadde du til besøket i forkant?*

- *Hvordan opplevde du besøket?*
- *Hva synes du om temaene som ble tatt opp i besøket?*
- *Hvor nyttig var informasjonen du fikk?*
- *Hvordan opplevde du oppfølgingen du fikk i etterkant?*

Videre kan man legge inn ulike konkrete spørsmål etter hva som er den enkelte kommunes uttalte målsetninger med tilbudet. Dersom hovedhensikten er å gi innbyggerne informasjon og trygghet om at kommunen vet om dem og har aktuelle tjenester dersom det er behov / vil oppstå behov i fremtiden, kan det formuleres egne spørsmål angående dette. Eksempler på andre spørsmål knyttet til konkrete tema og eventuelle mål for besøket:

- *Har du blitt mer fysisk aktiv etter besøket?*
- *Går du oftere ut nå enn før besøket?*
- *Bruker du mer tid sammen med familie eller venner etter hjemmebesøket?*
- *Har du gjort endringer med tanke på fallfare og snublefeller etter informasjon du fikk under besøket fra kommunen?*
- *Faller du mindre etter besøket?*
- *Har du gjort endringer i ditt kosthold på grunn av informasjon du fikk?*
- *Har du fått bedre kjennskap til kommunens tilbud etter besøket?*
- *Har du fått bedre kjennskap til aktivitetsmuligheter i ditt nærmiljø?*
- *Har du tatt i bruk noen nye aktivitetstilbud?*

Spørsmålene kan også formuleres som påstander og graderes («I hvilken grad opplevde du at...», og så videre).

Det kan være nyttig å se utvikling over tid med tanke på hva eldre som har hatt besøk svarer. Det er dermed hensiktsmessig å utvikle gode spørreskjema slik at de samme skjemaene kan benyttes i brukerundersøkelser over flere år. For å lette administrasjonen av disse undersøkelsene kan det være nyttig å bruke enkle nettbaserte skjema som de eldre kan svare på umiddelbart etter besøket på et nettbrett som utøveren har med. Dette vil imidlertid ikke fange opp resultater dersom en ønsker å gjøre målinger i en viss tidsperiode etter besøket. Anonymisering og godkjenning fra aktuelle myndigheter er sentrale punkt som må avklares, og spesielt dersom undersøkelsene ikke knyttes opp til sikre pasientjournalssystemer, eller skal brukes i forskning.

ANBEFALINGER FOR DOKUMENTASJON OG EVALUERING

- ◆ Forebyggende hjemmebesøk er helsehjelp og skal dokumenteres i h.h.t. pasientjournalforskriften.
- ◆ Den som mottar besøk kan ikke reservere seg mot at relevante og nødvendige opplysninger journalføres.
- ◆ Kommunen må avklare hva som er relevante og nødvendige opplysninger og hvilket detaljnivå dokumentasjonen skal ha.
- ◆ Det må avklares hvilke opplysninger som skal føres statistikk over (anonymisert), og hvordan denne statistikken skal brukes.
- ◆ Planlegg hvordan tilbudet skal evalueres – hvilken kvalitative og kvantitative dokumentasjon trengs får å vurdere om målsetningen med tilbudet nås.



8

OPPSUMMERING AV ALLE ANBEFALINGENE

1. Planleggingsfasen	51
2. Fagpersonell og kompetanse	55
3. Informasjon til eldre i forkant av besøket	59
4. Innholdet i besøket	63
5. Oppfølging etter besøket	67
6. Dokumentasjon og evaluering	71



ANBEFALINGER FOR PLANLEGGINGSFASEN



Anbefalinger for planleggingsfasen

- ◆ Avklar hovedhensikten med tilbudet; er det å få en oversikt over hvem som trenger hjelp, forebygging av skader og ulykker, helserådgivning, eller en individuell ressursfokuseret helsesamtale.
- ◆ Definer målgruppene ut fra hva som er hovedhensikten med tilbudet.
- ◆ Planlegg videre hvordan forme tilbudet ut fra hensikt og hvilken målgruppe en vil nå.
- ◆ Avklar forankring og organisering inkludert personell og plassering i kommunen.
- ◆ Planlegg hvilke konkrete målsetninger man har med tilbudet og hvordan disse skal evalueres.



ANBEFALINGER
FOR FAGPERSONELL
OG KOMPETANSE



Anbefalinger for fagpersonell og kompetanse

- ◆ De som går på forebyggende hjemmebesøk bør ha:
 - Helse- eller sosialfaglig grunnkompetanse og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, motiverende samtaler, gerontologi og geriatri.
 - En personlig egnethet med tanke på samtale – og kommunikasjonsferdigheter, samt åpenhet for refleksjon.
 - Erfaringskompetanse fra arbeid med eldre, og egen livserfaring.
 - En god oversikt over og kunnskap om ulike aktivitets- og sosiale tilbud av både frivillig, kommunal og kommersiell art i nærområdet.
 - Tverrfaglighet bør tilstrebes der det er flere som jobber sammen om hjemmebesøkene.
- ◆ Kommunen som oppdragsgiver og ansvarlig for tilbudet bør:
 - Sørge for intern opplæring av nyansatte, samt legge til rette for drøftinger og deling av erfaringskunnskap.
 - Opprette tverrfaglige møtepunkt der komplekse saker kan diskuteres.
 - Tilrettelegge for at ansatte får delta på relevante kurs og konferanser.
 - Åpne for hospitering eller besøk i andre kommuner som driver tilsvarende tilbud.
- ◆ Det anbefales å danne nettverk med andre i nabokommuner, og møtes 1–2 ganger i året for å utveksle erfaringer og dele kunnskap. Dette gjelder spesielt for mindre kommuner der man gjerne jobber med forebyggende hjemmebesøk alene.



ANBEFALINGER FOR
INFORMASJON TIL ELDRE
I FORKANT AV BESØKET



Anbefalinger for informasjon til eldre i forkant av besøket

- ◆ Gjør tilbudet kjent (informasjon i media, seniorsenter, pensjonistforeninger, samt brosjyre som er lettfattelig og informativ – bruk gjerne seniorer som kan bidra til utforming og kvalitetssikring av hvordan brosjyren oppfattes).
- ◆ Send brev med invitasjon/tilbud om hjemmebesøk. Sett opp tidspunkt for hjemmebesøket i brevet. Mottaker skal ikke aktivt måtte ta kontakt for å få besøk, men heller ta kontakt om de ikke ønsker besøk eller dersom tidspunktet ikke passer. Skriv brevet på en enkel og forståelig måte – bruk gjerne seniorer som kan bidra til utforming eller kvalitetssikring av teksten.
- ◆ Legg ved en brosjyre eller informasjon om hva hjemmebesøket handler om, slik at de som ønsker det kan forberede seg.
- ◆ Ring noen dager i forkant av oppsatt tidspunkt og bekreft at man kommer på hjemmebesøk, og for å oppklare eventuelle spørsmål dersom noen fremdeles lurer på hva besøket går ut på.



ANBEFALINGER FOR INNHODET I BESØKET



Anbefalinger for innholdet i besøket

- ◆ En god samtale er avgjørende for å skape tillit og åpne for den eldre sine egne refleksjoner.
- ◆ Spør om den eldre har noe de ønsker å ta opp med deg. Vær oppmerksom på at det er temaer som er relevante å samtale om knyttet til besøkets formål. Gi eventuelt råd om å snakke med eller henvise til andre.
- ◆ Det er nyttig å ha en liste over aktuelle tema for besøket, men tilpass omfanget av de ulike temaene og tilnæringsmåte individuelt ut fra hva som opptar den enkelte.
- ◆ De vanligste temaene det er fokus på:
 - Sikkerhet i hjemmet
 - Boforhold og hjelpemidler
 - Interesser og aktiviteter, aktivitetstilbud i lokalmiljøet
 - Fysisk helse og fungering, daglige aktiviteter og trening
 - Sosialt nettverk
 - Ernæring
 - Medikamentbruk
 - Psykisk helse
- ◆ Faglig skjønn er avgjørende for å fange opp ulike signaler i løpet av besøket.
- ◆ Sett av minimum en time til besøket, ha mulighet til å forlenge noe hvis det kommer opp viktige ting på slutten.
- ◆ Legg igjen kontaktinformasjon.



ANBEFALINGER
FOR OPPFØLGING
ETTER BESØKET



Anbefalinger for oppfølging etter besøket

- ◆ Avklar hvilke ressurser som kan brukes på oppfølging i etterkant av besøkene.
- ◆ Det er sannsynlig at nytten av hjemmebesøkene øker dersom besøkene gjentas.
- ◆ Dersom det må prioriteres mellom hvem som kan tilbys oppfølging, kan det være hensiktsmessig å følge opp personer med større risiko for helseutfordringer.
- ◆ Fagutøvere som går på hjemmebesøk trenger noen å reflektere og diskutere med i etterkant av vanskelige problemstillinger eller opplevelser fra besøkene.



ANBEFALINGER FOR
DOKUMENTASJON
OG EVALUERING



Anbefalinger for dokumentasjon og evaluering

- ◆ Forebyggende hjemmebesøk er helsehjelp og skal dokumenteres i h.h.t. pasientjournalforskriften.
- ◆ Den som mottar besøk kan ikke reservere seg mot at relevante og nødvendige opplysninger journalføres.
- ◆ Kommunen må avklare hva som er relevante og nødvendige opplysninger og hvilket detaljnivå dokumentasjonen skal ha.
- ◆ Det må avklares hvilke opplysninger som skal føres statistikk over (anonymisert), og hvordan denne statistikken skal brukes.
- ◆ Planlegg hvordan tilbudet skal evalueres – hvilken kvalitative og kvantitative dokumentasjon trengs får å vurdere om målsetningen med tilbudet nås.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 1 S (2013–2014). For budsjettåret 2014. Oslo: Regjeringen; 2013.
2. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Resultater fra landsomfattende kommuneundersøkelse. Bergen: Senter for omsorgsforskning; 2014. Available from: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/217477/1/Rapport7_14_web.pdf.
3. Pettersen AM, Wyller TB. Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge – med blick mot Sverige og Danmark: Forlaget Aldring og helse; 2005.
4. Theander E, Edberg AK. Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian journal of public health*. 2005;33(5):392-400.
5. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark-why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr* [Internet]. 2007; 40(4):[209 - 16 pp.]. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00391-007-0470-2>.
6. Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K, Montgomery P. Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2014; 9(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0089257>.
7. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis 2001 Sep 29; 323(7315):[719-25 pp.]. Available from: <http://www.bmj.com/content/323/7315/719.long>.
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* [Internet]. 2008 Mar; 63(3):[298-307 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12008103944/frame.html>.
9. Stuck A, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck J. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* [Internet]. 2002; 287(8):[1022 - 8 pp.]. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194675>.
10. Haastregt JCMv, Diederiks JPM, Rossum Ev, Witte LPd, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320(7237):754-8.
11. Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2008. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12008103322/frame.html>.

12. Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J. 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*. 2009;23(3):558-68.
13. Tøien M, Heggelund M, Fagerström L. How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice* [Internet]. 2014; 2014:[8 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/640583>.
14. Sjøbø BA. Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Hvordan eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem. Oslo: Diakonhjemmet høyskole; 2014. Available from: <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/225692/1/Masteroppgave2014BjoergAspenesSjoeboe.pdf>.
15. Behm L, Ivanoff SD, Ziden L. Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public Health* [Internet]. 2013; 13(1):[378 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/378>.
16. Westbye B. «Forebyggende hjemmebesøk til eldre»: Den gode samtalen. Master i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. 2014. Available from: <http://www.grimstad.kommune.no/Documents/Helse%20og%20omsorg/Utviklingscenteret/Rapporter%20og%20oppgaver/Masteroppgave%20Berit%20Westbye.pdf>.
17. 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 Vest; 2013. Available from: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/200321/Rapport_8.2013.pdf.
18. Ankestyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg til ældre: håndbog 2008. 2008. Ankestyrelsen. Available from: <https://ast.dk/publikationer/handbog-om-forebyggende-hjemmebesog-til-aeldre>
19. Ankestyrelsen. Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre: Ankestyrelsen; 2010. Available from: <https://ast.dk/publikationer/kommunerne-har-skaerpet-fokus-i-de-forebyggende-hjemmebesog-til-aeldre>
20. Mæland JG. Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2010.
21. Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>.
22. WHO. Health promotion 2015. Available from: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Regjeringen; 2009.
24. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Regjeringen; 2010. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.
25. Skadeforebyggende forum. 2015. Available from: <http://www.skafor.org/no/Hoved/Eldresikkerhet/>.

26. Personskadedata 2012. Norsk pasientregister Oslo: Helsedirektoratet; 2013. Available from: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/78/Personskadedata-2012-IS-2082.pdf>.
27. Omsland TK, Holvik K, Meyer HE, Center JR, Emaus N, Tell GS, et al. Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *European journal of epidemiology* [Internet]. 2012 Oct; 27(10):[807-14 pp.]. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10654-012-9711-9>.
28. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews* [Internet]. 2012; 9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract;jsessionid=DD1B12514B7AE1D64711461EDF858260.f01t01>.
29. Vae KJ, Kvinge LM, Rønnevik D-H. Evaluering av "Helseteam for eldre": Helsetorgmodellen; 2012. Available from: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/150698>.
30. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
31. Klungerbo B, Bredland E, Nervik T, Sødal A.B. Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012: Utviklingscenter for sykehjem i Sør-Trøndelag. Trondheim kommune; 2013. Available from: <http://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html>.
32. Sødal AB, Klungerbo B, Bredland E. 80 – åringene i Trondheim, – en undersøkelse blant hjemmeboende seniorer født i 1930 og 1931: Trondheim kommune; 2013. Available from: <http://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html>.
33. Sundsli K, Soderhamn U, Espnes GA, Soderhamn O. Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2012; 5:[85-95 pp.]. Available from: <http://www.dovepress.com/ability-for-self-care-in-urban-living-older-people-in-southern-norway-peer-reviewed-article-JMDH>.
34. Avlund K, Vass M, Kvist K, Hendriksen C, Keiding N. Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(9):954 - 62.
35. Klungerbo B, Bredland E, Sødal AB, Toril N. Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk: Trondheim kommune; 2013. Available from: <http://www.utviklingscenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html>.
36. Gustafsson S, Edberg A-K, Johansson B, Dahlin-Ivanoff S. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *European Journal of Ageing* [Internet]. 2009/12/01; 6(4):[315-29 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-009-0132-x>.
37. Skumsnes R, Larun L, Langeland E. Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning* [Internet]. 2013; 8(4):[310-21 pp.]. Available from: <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/effekten-av-forebyggende-hjemmebesok-til-eldre>.

38. Yamada Y, Vass M, Hvas L, Igarashi A, Hendriksen C, Avlund K. Collaborative relationship in preventive home visits to older people. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2011; 6(1):[33 - 40 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2010.00213.x/abstract>.
39. McNaughton D. A synthesis of qualitative home visiting research. *Publ Health Nurs* [Internet]. 2000; 17(6):[405 - 14 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2000.00405.x/abstract>.
40. Westbye B. "Friskere liv med forebygging". Rapport fra spørreundersøkelse Grimstad, Kristiansand og Songdalen kommune 2014. Available from: <http://www.grimstad.kommune.no/Global/Bilder/Helse%20og%20omsorg/Utviklingssenteret/Prosjekt/Friskere%20liv%20med%20forebygging%20rapport.pdf>.
41. Ekmann A, Vass M, Avlund K. Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Commun* [Internet]. 2010; 18(6):[563 - 71 pp.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2010.00941.x/abstract>.
42. Yamada Y, Ekmann A, Nilsson C, Vass M, Avlund K. Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health* [Internet]. 2012; 12(1):[396 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/396>.
43. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder. "Friskere liv med forebygging". Forebyggende hjemmebesøk til friske eldre. 2014. Available from: <http://www.grimstad.kommune.no/Global/Bilder/Helse%20og%20omsorg/Utviklingssenteret/Prosjekt/Sluttrapport%20Friskere%20liv%20med%20forebygging.pdf>.
44. Löfqvist C, Eriksson S, Svensson T, Iwarsson S. First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences gathered in a Swedish Municipality. *Journal of Aging Research* [Internet]. 2012; 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/352942>.
45. Sundsli K, Soderhamn U, Espnes GA, Soderhamn O. Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. *Clinical interventions in aging* [Internet]. 2014; 9:[95-103 pp.]. Available from: http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/217562/1/Sundsli_2014_Self-care.pdf.
46. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis (Structured abstract). *Lancet* [Internet]. 2008:[725-35 pp.]. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cldare/articles/DARE-12008008107/frame.html>.
47. Byles JE, Tavener M, O'Connell RL, Nair BR, Higginbotham NH, Jackson CL, et al. Randomised controlled trial of health assessments for older Australian veterans and war widows. *Medical Journal of Australia* [Internet]. 2004 Aug; 181(4):[186-90 pp.]. Available from: <http://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?product=WOS&SID=Y1YPVncX4xrf14AlcJF&UT=WOS%3A000223713200004&SrcApp=EndNote&DestFail=http%3A%2F%2Fwww.webofknowledge.com&action=retrieve&Init=Yes&SrcAuth=ResearchSoft&Func=Frame&customersID=ResearchSoft&IsProductCode=Yes&mode=FullRecord>.

48. van Haastregt J, Diederiks J, van Rossum E, de Witte L, Crebolder H. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2000; 320(7237):[754 - 8 pp.]. Available from: <http://www.bmj.com/content/320/7237/754>.
49. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Lyst på livet - Livscafé hvor nye muligheter kan vokse fram. 2015. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/lyst-pa-livet-livscafe-hvor-nye-muligheter-kan-vokse-fram--180745>.
50. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64. Oslo 1999. Available from: <http://www.lovdato.no/all/hl-19990702-064.html>.
51. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Oslo 2001 Available from: <https://lovdato.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
52. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. Oslo 2000. Available from: <https://lovdato.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>.



VEDLEGG

Oversikt over de 93 kommuner i Norge som i 2012/2013 oppgav at de hadde tilbud om forebyggende hjemmebesøk.

FYLKER	KOMMUNER	FYLKER	KOMMUNER
Østfold	Skiptvet	Vestfold	Andebu
Akershus	Asker		Nøtterøy
	Aurskog-Høland		Tjøme
	Bærum		Tønsberg
	Enebakk	Telemark	Bamble
	Fet		Nome
	Frogn		Porsgrunn
	Gjerdrum		Siljan
	Nannestad	Aust Agder	Arendal
	Nesodden		Bykle
	Oppegård		Grimstad
	Ski		Lillesand
	Sørum	Vest Agder	Flekkefjord
	Ullensaker		Kvinesdal
Oslo	Oslo		Mandal
Hedmark	Hamar		Songdalen
	Løten		Åseral
	Stange	Rogaland	Bokn
	Sør-Odal		Eigersund
Oppland	Gausdal		Finnøy
	Gjøvik		Forsand
	Gran		Haugesund
	Jevnaker		Hå
	Vestre Toten		Sola
	Østre Toten		Stavanger
Buskerud	Drammen		Suldal
	Flesberg		Utsira
	Hol	Hordaland	Askøy
	Lier		Bergen
	Modum		Fusa
	Nore og Uvdal		Os
	Rollag		
	Ål		

FYLKER	KOMMUNER	FYLKER	KOMMUNER
Sogn og Fjordane	Balestrand	Nordland	Alstahaug
	Luster		Hadsel
	Stryn		Vestvågøy
	Årdal		Vågan
Møre og Romsdal	Eide	Troms	Gratangen
	Giske		Harstad
	Neset		Lavangen
	Volda		Lyngen
	Ålesund		Tranøy
Sør-Trøndelag	Meldal	Finnmark	Karasjok
	Rennebu		Kvalsund
	Trondheim		
Nord-Trøndelag	Fosnes		
	Namsos		
	Namsskogan		
	Steinkjer		
	Verdal		
	Verran		

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester

Fonna

Hordaland

Rogaland

Sogn og Fjordane

www.utviklingscenter.no