



Senter for
omsorgsforskning
ØSTLANDET

Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet?

Presentasjon av en alternativ modell



Elin Marie Slåtsveen, Stine Hellebergshaugen, Silje Sveen og Maren Sogstad



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 3/2015

Forebyggende hjemmebesøk til eldre -må de foregå individuelt i hjemmet?

Presentasjon av en alternativ modell

Senter for omsorgsforskning, rapportserie – nr. 3/2015

Elin Marie Slåtsveen, Stine Hellebergshaugen, Silje Sveen og Maren Sogstad

Forebyggende hjemmebesøk til eldre – må de foregå individuelt i hjemmet?

Presentasjon av en alternativ modell

Senter for omsorgsforskning, Øst
Høgskolen i Gjøvik

2015

Et samarbeidsprosjekt med:



Hamar kommune



Gjøvik kommune



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester**

Hedmark



**Utviklingscenter
for sykehjem**

Oppland

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde og illustrasjonsbilder: © Colourbox.com

Flyfoto av Hamar: © skyphoto.no

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr.3/2015

Tittel: Forebyggende hjemmebesøk til eldre –må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell.

Forfattere: Elin Marie Slåtsveen, Stine Hellebergshaugen,
Silje Sveen og Maren Sogstad

Rapporten er kvalitetssikret av:

Satt med Georgia 10,5/14 (Lato)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-000-7

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-001-4

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no

SAMMENDRAG

Den demografiske utviklingen peker på et stort behov for pleie- og omsorgstjenester i fremtiden. For å møte de fremtidige utfordringene ønsker man økt fokus på forebyggende tiltak. Forebyggende hjemmebesøk har eksistert som tilbud til eldre i flere land i flere år, mens det er først de senere årene norske kommuner har opprettet tilbudet. Hamar og Gjøvik kommune er to kommuner som har tilbudt forebyggende hjemmebesøk til eldre, henholdsvis fra 1995 og 2011. Tidligere forskning viser til ulik erfaring om utfall og effekt av forebyggende hjemmebesøk (Elkan et al., 2001; Gustafsson et al., 2012; Huss, Stuck, Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr, 2008; Mayo-Wilson et al., 2014; R. Skumsnes, Larun, & Langeland, 2013).

En evaluering av forebyggende hjemmebesøk i Hamar og Gjøvik viste at hjemmebesøkene ble oppfattet som positive, men at den forebyggende effekten av ett enkelt hjemmebesøk kunne anses som begrenset. Dette førte til en diskusjon rundt å videreutvikle en modell for forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre som kan gi mest mulig helse, gitt de ressursene som er til rådighet. På bakgrunn av forskning og erfaring jobbet prosjektgruppen frem en modell som innebar å bruke gruppemøter for 77-åringene i kommunene, i stedet for de individuelle hjemmebesøkene. Gruppemøtene skulle inneholde mye av informasjonen og ta opp flere av temaene som tidligere var presentert på hjemmebesøket. Ved å gjennomføre gruppemøter for å

spredning av informasjon og kunnskap, ville kommunene ha økte ressurser for å tilby andre typer oppfølging til personer som hadde behov for det. Personer i sårbare situasjoner skulle bli fanget opp gjennom samarbeid med fastleger, hjemmetjenesten og tjenesteenheten (bestillerkontor).

Studien ble lagt opp som en kvalitativ evalueringsstudie med semistrukturerte intervju med strategisk utvalg av eldre. For å evaluere forebyggende hjemmebesøk ble det gjennomført 13 intervju med eldre som hadde hatt hjemmebesøk i 2012, samt ansatte som hadde gjennomført besøkene. Deretter ble det gjennomført 10 intervju i 2013 og seks intervju i 2014 med eldre som hadde deltatt på gruppemøter. Det ble også gitt ut et evalueringsskjema på slutten av møtene, samt gjennomført evaluering med ansatte som var arrangører.

Resultatene fra intervjuene med eldre som hadde hatt forebyggende hjemmebesøk viste at de syntes besøket var fint, de trakk særlig frem det å få informasjon om kommunen og å få snakke om seg og sin egen situasjon. Ingen av informantene følte imidlertid behov for et slikt besøk. Det var heller ingen av informantene som mente at besøket hadde ført til endringer i eget liv.

Ved innføring av ny modell så man at oppmøtet på gruppemøtet gikk noe ned sett i forhold til hvor mange som takket ja til forebyggende hjemmebesøk, men at man i det store og det hele nådde ut til den samme gruppen ressurssterke eldre. Deltagerne på gruppemøtene ga i stor grad de samme tilbakemeldingene om nytte og relevans som informantene som hadde hatt individuelle hjemmebesøk. De aller fleste hadde tenkt gjennom levemåte og problemstillinger på egenhånd, og opplevde ikke behov for endring. Samtidig opplevde de seg bedre rustet etter å ha deltatt på gruppemøtene når det gjaldt hva de skal gjøre dersom det skulle oppstå behov.

Tatt kommunenes ressurser i betraktning ser det ut til at den nye gruppemodellen med gruppemøter er den mest hensiktsmessige og effektive måten å jobbe på, sammenliknet med å tilby individuelle forebyggende hjemmebesøk. Det helsefremmende og forebyggende tilbudet til eldre opprettholdes, samtidig som det har blitt frigitt ressurser til å utvikle et bredere spekter av forebyggende tilbud og tettere oppfølging av sårbare grupper.

FORORD

Helsedirektoratet har i perioden 2011 – 2014 delt ut tilskuddsmidler til 6 ulike utviklingsprogram i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk til eldre. Formålet med ordningen er å utvikle metodikk og økt kunnskap om forebyggende arbeid innen eldreomsorgen med fokus på forebyggende hjemmebesøk.

Utviklingsprogrammene er satt i gang i samarbeid med utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Norge. På Østlandet gikk utviklingssenter for sykehjem i Oppland, Gjøvik kommune og utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark, Hamar kommune, sammen om å søke midler til utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk. Senter for omsorgsforskning, Østlandet har på oppdrag deltatt i prosjektet og vært ansvarlig for evalueringen.

Antall eldre vil øke i årene som kommer, samtidig som andelen yrkesaktive vil bli redusert. Dette stiller krav til kvalitet, og effektiv ressursutnyttelse i helsesektoren. Som i mange andre kommuner, har også Gjøvik og Hamar økt fokus på hvordan tjenesten kan bidra til å styrke de eldre sine ressurser og muligheter for å leve et selvstendig liv så lenge som mulig.

Bakgrunnen for søknaden om prosjektmidler var et ønske om å kunne evaluere og videreutvikle det forebyggende tilbudet til eldre i kommunene. Vi takker alle, både ansatte og informanter som har bidratt med erfaringer i prosjektet.

Gjøvik 1/3 – 2015

INNHOOLD

SAMMENDRAG V

FORORD VII

BAKGRUNN 1

Forebyggende hjemmebesøk 2

Mål og hensikt 5

Presentasjon av kommunene 6

Forebyggende tilbud til eldre i Hamar og
Gjøvik 9

Forebyggende hjemmebesøk, i Hamar og
Gjøvik 10

METODE 13

Datainnsamling 13

Analyse 15

Forskningsetiske overveielser 15

RESULTAT FRA EVALUERING AV DE
FOREBYGGENDE HJEMMEBESØKENE 17

Evaluering fra brukere 17

Evaluering fra ansatte 26

NY MODELL 31

Gruppemøte til alle som fyller 77 år 32

Forebyggende hjemmebesøk rettet mot eldre i
risikogrupper 35

Møteplass for pårørende 39

EVALUERING AV GRUPPEMØTENE 41

- Evalueringsskjema fra deltagerne 41
- Evaluering fra deltakere, samlet gjennom intervju 42
- Evaluering fra ansatte 50
- Evaluering fra 70-års gruppa 55
- Ansattes erfaringer med tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre i risikogrupper 56
- Evaluering av møteplass til pårørende 60

DISKUSJON 61

- Målgruppe og alderstrinn 61
- Oppmøte 63
- Faglig innhold og organisering av møtet 67
- Oppfølging 68
- Er gruppemøter hensiktsmessig? 70
- Forebyggende hjemmebesøk til eldre i risikogrupper 72
- Samarbeidspartnere 73
- Tilbud til pårørende 75
- Hjemmebesøk som metode til eldre i risikogrupper 76

KONKLUSJON 77

REFERANSER 79

BAKGRUNN

Helse- og omsorgstjenestene står overfor krav til store endringer i tiden framover, på bakgrunn av befolkningens alderssammensetning og kompleksitet i oppgavene. Det har i de senere år blitt rettet et stort fokus på helsefremmende arbeid, forebygging og tidlig innsats for å legge til rette for at den enkelte i større grad kan opprettholde god helse og mestring i hverdagen. Gjennom bedret folkehelse og større vekt på egne ressurser ønsker man å utsette behov om bistand fra omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). I lov om folkehelsearbeid er kommunens ansvar for å fremme befolkningens helse og trivsel, og for å sikre gode sosiale og miljømessige forhold for å forebygge psykisk og fysisk sykdom og skade fremhevet (Folkehelseloven, 2011). Forebyggende og helsefremmende arbeid er to komplementære tilnæringsmåter til folkehelsearbeidet. Forebyggende arbeid har fokus på å utsette eller forhindre sykdom, mens helsefremmende arbeid har fokus på å styrke positive faktorer som fører til bedre helse (Mæland, 2005). Helsefremmende arbeid er definert som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (World Health Organization, 1948). I helsefremmende arbeid er begrepet «empowerment» svært sentralt, og det viser tilbake til definisjonen om at folk selv skal settes i stand til å ta egne valg uten andres dominans og kontroll (Naidoo & Wills, 2009).

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Forebyggende hjemmebesøk har eksistert som tilbud i flere land i flere år. Det er imidlertid store forskjeller i organisering av helse- og omsorgssektoren, samt at det mangler evidensbaserte retningslinjer rundt design og gjennomføring. Dette har ført til at det er store variasjoner innen forebyggende hjemmebesøk når det gjelder målgruppe, mål, omfang, bakgrunn og kompetanse hos de som utøver besøkene, samt innhold, struktur og oppfølgingsstrategier (Tøien, Heggelund, & Fagerström, 2014). Studier av ulike typer forebyggende hjemmebesøk har målt ulike utfall og effekten er ikke enstemmig. Noen studier og gjennomgang av studier har konkludert med at forebyggende hjemmebesøk ser ut til å bidra til redusert dødelighet og færre innskrivninger til sykehjem (Elkan et al., 2001; Vass, Avlund, & Hendriksen, 2007), i tillegg til at eldre ble mindre avhengig av andre til å utøve aktiviteter i dagliglivet enn de som ikke tok imot forebyggende hjemmebesøk (Gustafsson et al., 2012). Noen studier indikerer også at forebyggende hjemmebesøk er fordelaktig for egenopplevd helse og livskvalitet (Randi Skumsnes, 2013). Gustafsson et al. (2012) fant at det å gjennomføre fire seniorsamlinger, med ett hjemmebesøk i etterkant hadde større effekt på selvstendighet hos eldre hjemmeboende etter to år, enn å kun gjennomføre ett hjemmebesøk (Gustafsson et al., 2012). Sundsli, Söderhamn, Espnes og Söderhamn (2014) framla i sin studie at ett møte etterfulgt av fem oppfølgingssamtaler over telefon bidro til bedre mental helse for de eldre i utvalget. De konkluderte med at telefonisk egenomsorgssamtaler kunne være effektive og en relevant metode for helsefremmende arbeid rettet mot denne gruppen (Sundsli et al., 2014).

På den andre siden har andre studier konkludert med at forebyggende hjemmebesøk ikke har signifikant effekt på verken dødelighet, innskriving til omsorgsbolig (Huss et al., 2008; Mayo-Wilson et al., 2014) eller innleggelse i sykehus (Elkan et

al., 2001). Det er også studier som indikerte at forebyggende hjemmebesøk heller ikke hadde effekt på selvstendighet, funksjon eller helse (Elkan et al., 2001; Huss et al., 2008; Mayo-Wilson et al., 2014). Det var likevel flere av studiene som viste at det er behov for mer forskning, mer standardiserte former for forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2014; Mayo-Wilson et al., 2014; Tøien et al., 2014) og bedre dokumentasjon, og at man ikke kunne utelukke helsefremmende og sykdomsforebyggende effekter av noen slike modeller eller programmer (Mayo-Wilson et al., 2014). Funn fra kvalitative undersøkelser antyder at målgruppen i større grad bør få mer konkret informasjon om det forebyggende hjemmebesøkets mål og mening i forkant av besøket (Smedt, 2011; Tøien et al., 2014). Utover dette fant Yamada et al. (2012) at man kunne se en sosial ulikhet ved at det i hovedsak var de ressurssterke eldre som takket ja til hjemmebesøkene. Dette kunne justeres ved å invitere gjennom brev der det var oppgitt en spesifikk dato for besøket.

I de nordiske landene har Danmark og Sverige utpekt seg med tanke på forebyggende hjemmebesøk (Wyller & Pettersen, 2005). I Sverige ble det satset store statlige midler i en forsøksperiode i et tjuetalls svenske kommuner i 1999-2002. Sahlén (2002) kunne vise til at deltakerne i besøksgruppen opprettholdt god helse etter to år, og noen eldre var mer aktive, hadde mindre vondt, sov litt bedre og opplevde sin egen helse som bedre. Akutte legebesøk viste seg å være halvparten så mange hos hjemmebesøksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, samt at behovet for hjemmetjenester var mindre (Sahlén, 2002). I Danmark har det vært lovpålagt å tilby forebyggende hjemmebesøk minst to ganger i året til alle på 75 år og over siden 1995, dette ble moderert til en gang per år i 2010 (Lov om ophævelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre, 2010). Vass et al. (2007) evaluerte det danske forebyggende hjemmebesøket og fant at hjemmebesøkene så ut til å redusere dødelighet og innskrivninger til sykehjem.

De senere årene har et økende antall norske kommuner opprettet tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Dette er på bakgrunn av økt fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i kommunen, spesielt gjennom Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2013a). Det ble gjennomført en kartlegging av forebyggende hjemmebesøk i Norge i 2003 (Wyller & Pettersen, 2005) og i 2013 (Førland & Skumsnes, 2014). I 2013 var tilbudet om forebyggende hjemmebesøk godt kjent i kommunene, som ble gjenspeilet i at 80 % av kommunene hadde temaet på dagsordenen. Videre viste funnene at 25 % av kommunene hadde et etablert tilbud (Førland & Skumsnes, 2014) sammenlignet med 8 % i 2003 (Wyller & Pettersen, 2005). Årsaker til at noen kommuner ikke har opprettet tilbudet var blant annet dårlig økonomi og mangel på personell. I tillegg oppga noen av kommunene at de opplevde å mangle metodikk og verktøy for gjennomføringen, og ville derfor vente til det er bedre utviklet. 10 % av kommunene oppga at de ikke så behovet for et slikt tilbud. Mange kommuner (40 %) som foreløpig ikke hadde et tilbud om forebyggende hjemmebesøk, hadde planer om å starte opp et slikt tilbud. I Norge er det også stor variasjon i tilbudet, og Førland & Skumsnes (2014) fant at det vanligste var ett besøk, og den hyppigste målgruppen var personer på 80 år. De fant at besøkene i større grad var vinklet helsefremmende enn sykdomsforebyggende. Tema som ble gjennomgått var blant annet sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter. Det ble også tydelig at flere ulike helseprofesjoner med høgskoleutdanning utfører besøkene, men i størst grad var det sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Bare halvparten av kommunene ga et tilbud om egen opplæring til de som utfører de forebyggende hjemmebesøkene. Det var også stor variasjon i dokumentasjon av hjemmebesøket, og det var kun drøyt halvparten av kommunene som definerte disse besøkene som helsehjelp med dokumentasjonsplikt. De fleste kommunene rapporterte om positive erfaringer med forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2014).

MÅL OG HENSIKT

Hensikten med prosjektet var å utvikle en modell for forebyggende helsearbeid for eldre. En ønsket særlig å se på hjemmebesøk som metode. Det var ønskelig å jobbe kunnskaps- og erfaringsbasert i utvikling av en ny modell.

Egne erfaringer fra gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk, samlet fra både ansatte og de eldre selv, erfaringer fra andre kommuner som gjennomfører forebyggende hjemmebesøk, samt forskning utført på området, har dannet grunnlaget for arbeidet. Målet var å finne frem til en modell for forebyggende og helsefremmende arbeid som kan gi innbyggerne best mulig helse og mestring, gitt de ressursene som er til rådighet.

MÅL FOR PROSJEKTET:

- Evaluere og videreutvikle modell for forebyggende hjemmebesøk
- Utvikle modell for samarbeid med fastleger og hjemmebaserte tjenester om forebyggende tiltak rettet mot sårbare grupper
- Utvikle/videreutvikle lavterskeltilbud for eldre
- Gi økt kunnskap om hvordan brukere opplever forebyggende hjemmebesøk og hvilke faktorer som har betydning for at de skal nyttiggjøre seg tilbudet
- Spre kunnskap og kompetanse om forebyggende hjemmebesøk til andre.

PRESENTASJON AV KOMMUNENE

HAMAR KOMMUNE



Hamar kommune har omlag 30 000 innbyggere. Det har vært, og er fortsatt en tendens til at flere eldre flytter til Hamar på grunn av godt tilrettelagte tjenester for eldre.

Når det gjelder helse og omsorgstjenestene har Hamar organisert dette i tre enheter; Barn og familie, Pleie og omsorg, og Levekår og helse. Pleie og omsorgsenheten skal bidra til livskvalitet og god omsorg for brukerne. Demensteam og team for rehabilitering av voksne er underlagt denne enheten. Levekår og helse er en ressurs og pådriver for lokalt folkehelsearbeid, og har hovedansvar for helsefremmende og forebyggende tjenester til innbyggerne i Hamar. Dette omfatter blant annet Frisklivsentralen som gir tilbud til personer som ønsker å endre levevaner innenfor fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Friskliv Senior (tidligere Helsestasjon for eldre) er en del av Frisklivsentralen, og har ansvaret for forebyggende og helsefremmende tjenester til eldre i kommunen. Fra og med 2015 vil Hamar få ny organisering.

Friskliv Senior

Friskliv Senior ble opprettet allerede i 1980, og var en av de første helsestasjonene for eldre i Norge. I starten bestod tilbudene på helsestasjonen av blant annet

måling av blodtrykk, blodsukker og øreskylning. Etter hvert som fastlegetjenesten kom, ble oppgavene endret og i 1995 startet helsestasjonen opp med forebyggende hjemmebesøk til eldre.

Hovedoppgaven til tjenesten er helsefremmende og forebyggende aktiviteter for mennesker over 60 år. Det er ønskelig å motivere eldre til mestring av eget liv, opprettholdelse av en god seniortilværelse og deltagelse i sosialt fellesskap. Målgruppen kan selv henvende seg ved behov for råd eller veiledning, eller bli henvist fra andre. Utover individuell veiledning, har tjenesten tilbud om forebyggende hjemmebesøk, ulike lærings- og mestringskurs, treningsgrupper og samtalegrupper.

Det er tilknyttet 1,5 årsverk i faste stillinger til tjenesten, og består i dag av fysioterapeut i 50 %, ergoterapeut i 50 % og sykepleier i 50 %.

GJØVIK KOMMUNE



Gjøvik kommune har rett i overkant av 30 000 innbyggere. Kommunen strekker seg over et stor geografisk område, og har både bysentrum og bygdesamfunn.

Helse- og omsorgstjenestene i kommunen er organisert i fem seksjoner; hjemmetjeneste, sykehjem, tilrettelagte tjenester, forpleining og helse. I tillegg til de utøvende seksjonene har kommunen også en tjenesteenhet som har ansvaret for tildeling og koordinering av omsorgstjenestene.

Prioriterte områder innenfor helse er demens, rehabilitering og folkehelse. Kommunen har demenskoordinator, som fungerer som bindeleddet i samhandlingen mellom bruker, pårørende, saksbehandler og tjenesten for øvrig, for personer med demens. Koordinatoren ivaretar også fagutvikling og kompetanseheving innenfor demensområdet. I tillegg har kommunen innsatsteam for hjemmerehabilitering. Deres oppgave er å sikre overganger for brukere mellom sykehus, institusjon og hjem. Når det gjelder folkehelse har kommunen Frisklivsentral og Rådgivningstjenesten 65+. Sist nevnte er rettet primært mot målgruppen over 65 år og har som mål å bidra til at eldre opprettholder god helse og et aktivt liv så lenge som mulig.

Rådgivningstjenesten 65+

Rådgivningstjenesten 65+ ble opprettet i 2010 og er organisert under seksjon helse, fysioterapi- og ergoterapitjenester. Hovedoppgaven er å drive med helsefremmende og forebyggende aktiviteter for personer over 65 år. Det er ønskelig å inspirere til aktive eldre, sosialt felleskap og mestring av egen livssituasjon. Det gis tilbud til alle som fyller 77 år, i tillegg til hjemmebesøk eller samtale etter henvendelser, lærings- og mestringskurs, samt utvikling av lavterskelaktiviteter for målgruppen. Ved behov samarbeider og henvises brukere til andre tjenester i kommunen, som blant annet demenskoordinator eller innsatsteam.

Rådgivningstjenesten 65+ har tilknyttet 1,5 årsverk i faste stillinger, og disse er fordelt mellom ergoterapeut i 80 % og sykepleier i 70 %.

FOREBYGGENDE TILBUD TIL ELDTRE I HAMAR OG GJØVIK

Ved oppstart av prosjektet har Hamar og Gjøvik begge et variert utvalg av helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre i regi av Friskliv Senior og Rådgivningstjenesten 65+. Oppsøkende forebyggende hjemmebesøk til innbyggere som fyller 77 år er et av de tilbudene begge kommunene har. I Hamar har de hatt dette tilbudet siden 1995 og i Gjøvik siden 2011. Det gis også tilbud om hjemmebesøk, samtale eller veiledning etter henvendelser. Henvendelsene som mottas kommer som regel fra eldre selv eller pårørende.

Videre har begge kommunene tilbud om ulike lærings- og mestringskurs. I Gjøvik arrangeres «Bli stø på foten» hvert halvår. Dette er et kurs med fokus på fallforebygging. Hamar har i flere år har hatt tilbud om helseopplysningskurs som tar opp ulike temaer knyttet til aldring og helse. På kursene varieres det mellom trim, faglige innlegg og sosialt samvær. Hamar har også kurs for å forebygge depresjon blant eldre «Å hjelpe seg selv sammen med andre». Dette er et tilbud for de over 60 år som sliter med tunge tanker eller mild depresjon.

De forebyggende tjenestene bidrar ellers med å sette i gang ulike aktivitetstilbud og møteplasser for eldre. Dette skjer ofte i samarbeid med frivillige lag og foreninger. Målet er å bidra til et variert aktivitetstilbud i hele kommunen slik at eldre får mulighet til å opprettholde et aktivt og sosialt liv så lenge som mulig. Noen eksempler på tilbud som er satt i gang er; trimgrupper, middagstilbudet «Kom og Spis», samtalegrupper og andre sosiale møteplasser.

Helseopplysning og spredning av informasjon er også en del av arbeidet. Dette skjer ved innlegg i ulike lag og foreninger, utarbeidelse av aktivitetsoversikt, bruk av facebook og andre arenaer det er naturlig å være synlige på.

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK, I HAMAR OG GJØVIK

Som nevnt tidligere har Hamar hatt tilbud om forebyggende hjemmebesøk til alle som fyller 77 år siden 1995. De er således en av de første kommunene i Norge som startet med tilbudet. Gjøvik har hatt tilbudet siden 2011.

De forebyggende hjemmebesøkene i Hamar og Gjøvik har stort sett blitt utført etter metode basert på erfaringer fra andre kommuner i Norge og Danmark. Det overordnede målet har vært å sikre tidlig kontakt med eldre, bidra til god livskvalitet i eldre år, bevare funksjonsevne og helse, og gi mulighet til å bo hjemme lengst mulig. Det har vært ønskelig at besøket skulle bidra til refleksjon om egen helse og livssituasjon, og bevisstgjøring på hva eldre selv kan gjøre for å legge til rette for en god alderdom.

Besøkene ble gjennomført ved at alle i målgruppen 77 år har fått tilsendt et skriftlig brev med informasjon om tilbudet, samt forslag på dato for hjemmebesøk. Invitasjon er sendt ut etter navnelister mottatt fra folkeregisteret. Besøket har vært frivillig å motta og i forkant av besøket har hver enkelt fått en telefon for å bekrefte eller endre avtalen. På den måten har man sikret kontakt med alle i målgruppen.

Under hjemmebesøkene er det lagt stor vekt på den individuelle samtalen med utgangspunkt i tema om den enkeltes livssituasjon, fysiske og psykiske helse, sosiale aktiviteter, fallforebygging, ernæring og boforhold. Samtidig er det gitt informasjon om kommunale tilbud og tjenester. Hver enkelt har fått utdelt en informasjonsmappe med diverse brosjyrer om generelle helsesråd og anbefalinger, oversikt over aktivitetstilbud i kommunen, trimøvelser og informasjon om helse- og omsorgstjenester. Hjemmebesøket er utført av ansatte i Friskliv Senior og Rådgivningstjenesten 65+. Besøkene har i gjennomsnitt hatt en varighet på mellom 1,5 – 2 timer.

I etterkant av besøkene har det vært ulik praksis mellom kommunene i forhold til dokumentasjon. Hamar har dokumentert hvem som har mottatt og ikke mottatt hjemmebesøk, samt eventuelle tiltak, i et eget kartotek, mens Gjøvik har dokumentert i kommunens elektroniske journalsystem, Gerica. Opplysninger som ble journalført i Gerica var informasjon om kjerneområdene for samtalen; helse, fysisk aktivitet, sosialt nettverk, ernæring og bosituasjon. I tillegg ble det dokumentet hvilke anbefalinger som ble gitt og eventuelle avtaler videre.

Oppfølging etter besøkene er kun gitt ved særskilte individuelle behov. Det har ikke vært ressurser til å tilby oppfølging til alle etter en bestemt tidsperiode. Resurser som har vært benyttet til gjennomføring av besøkene har tilsvart ca. 0,5 årsverk.

Andelen som har takket ja til de forebyggende besøkene har vært stabilt og nokså likt mellom kommunene. I gjennomsnitt har 50-60 % takket ja hvert år til besøk.

Tabell 1: Oversikt over andel takket ja til forebyggende hjemmebesøk, 2011 og 2012.

GJØVIK	2011	2012
Tilbud sendt ut	167	166
Prosentandel takket ja	58,6 %	60,8 %
HAMAR	2011	2012
Tilbud sendt ut	174	154
Prosentandel takket ja	58,6%	53,9%

METODE

Hensikten med dette prosjektet var å evaluere og videreutvikle tilbudet «Forebyggende hjemmebesøk til eldre» i kommunene Gjøvik og Hamar.

Det startet i 2012 med å oppsummere erfaringer og refleksjoner fra 77-åringer i kommunene som hadde hatt et forebyggende hjemmebesøk, for så å danne grunnlag for videreutvikling av modell. Deretter fulgte en modellutviklingsfase.

Det ble videre samlet erfaringer ved gjennomføring av gruppemøter, først ved hjelp av et evalueringsskjema på selve møtet, deretter med personlige intervju med eldre som hadde deltatt ca. 6 måneder etter møtet.

DATAINNSAMLING

Studien ble lagt opp som en kvalitativ evalueringsstudie, der formålet var å samle erfaringer, meninger og refleksjoner om de forebyggende hjemmebesøkene (Sverdrup, 2002). Gjennom evalueringen ønsket vi å belyse om hjemmebesøkene var den best egnede metoden for forebyggende helsearbeid blant eldre, gitt de ressursene som var til rådighet.

For å samle erfaringer fra personer som hadde hatt forebyggende hjemmebesøk ble det gjennomført intervjuer med et strategisk utvalg eldre som hadde

hatt besøk i 2012. Deltagerne ble plukket ut av personene som gjennomførte hjemmebesøkene for å representere en bredde av eldre mennesker med blant annet ulikt funksjonsnivå, gifte og aleneboere og personer som var positive og «negative» til hjemmebesøket. Det ble gjennomført totalt 13 intervjuer i de to kommunene med varighet på mellom 40 – 80 minutter. De fleste intervjuene ble foretatt som personlige intervjuer med én informant, noen var ektepar sammen og noen på telefon. Intervjuene var semistrukturerte, det vil si at det ble brukt en overordnet intervjuguide med temaer som skulle belyses, men at intervjuet ikke var låst til spørsmålene i intervjuguiden (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009).

Det var tre personer som gjennomførte hjemmebesøkene, to i Gjøvik og en på Hamar, og disse ble også intervjuet. Intervjuene var semistrukturerte og gjenspeilet spørsmålene som var gitt til 77 – åringene.

På bakgrunn av evalueringen, forskningslitteratur, workshop med andre kommuner som har erfaring med hjemmebesøk, studietur til Danmark og kreative prosesser i prosjektgruppen ble det utarbeidet en ny modell.

For å evaluere gruppemøtene fikk deltakerne et spørreskjema på slutten av dagen, med spørsmål om forventninger, utbytte og kommentarer til dagen. Videre ble det gjennomført semistrukturerte intervjuer med 10 eldre som hadde vært med på gruppemøte i 2013 og seks eldre som hadde deltatt på gruppemøte i 2014 i de to kommunene. Intervjuene ble gjennomført hjemme hos informanten, på et møtested eller over telefon der det ikke var mulig å møtes personlig. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 og 90 minutter. Det ble også innsamlet erfaringer fra ansatte som gjennomførte gruppemøtene.

ANALYSE

I analysen skal rådata bearbejdes og gjøres om til resultater, ved at datamaterialet som er innsamlet blir fortolket og sammenfattet (Malterud, 2002). Alle intervjuene ble i dette prosjektet tatt opp på lydopptaker. Etter intervjuene ble opptakene gått igjennom og innholdet transkribert. Med utgangspunkt i problemstillingen skal det stilles spørsmål til materialet, og man er ute etter mønstre og kjennetegn som man kan finne gjennom systematisk kritisk refleksjon. Analysen innebærer abstraksjon og generalisering, hvor den enkelte informants historie og uttrykk blir brukt for å innhente kunnskap som kan gjelde flere (Malterud, 2002). Det ble foretatt en analyse basert på temaene i intervjuguiden, hvor det ble laget en sammenstilling av refleksjoner og utsagn for å kunne presentere meningsinnholdet i intervjuene.

FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet ble meldt til personvernombudet, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, men ikke funnet meldepliktig.

RESULTAT FRA EVALUERING AV DE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØKENE

EVALUERING FRA BRUKERE

Erfaringen fra intervjuene var at informantene snakket åpenhjertig og de aller fleste husket hjemmebesøket godt. Informantene representerer en bredde i forhold til aktivitetsnivå, helserelaterte problemer, bosituasjon og sivilstatus.

OM Å FÅ TILBUD

Informantene uttrykte at de opplevde det positivt å få tilbud om hjemmebesøk. Flere ble forbauset da de mottok brevet. Som én uttrykte:

«Hva i all verden – er jeg blitt så gammel, syntes det var i tidligste laget!»

Det var ingen som var kjent med hjemmebesøkene fra før og slik hadde «ventet» på brev fra kommunen.

Flere opplevde det positivt at kommunen hadde satt av tid til «bare seg» og de var nysgjerrig på hva hjemmebesøket innebar. Alt i alt virker alle informantene takknemlig for å ha fått tilbudet om hjemmebesøket.

«Flott tiltak, tror mange kan trenge det»

«Fint at jeg er registrert, ja flott det å bli husket på»

Alle ga uttrykk for at innholdet i brevet var greit å forstå. De syntes det var en fin måte å bli kontaktet på og syntes det var positivt å få oppgitt tid for samtalen i brevet. Flere mente også at det var fint å få ytterligere forklaring og svar på spørsmål på telefon ved bekreftelse av besøket.

På direkte spørsmål om de følte behov for et slikt besøk svarte alle nei, noen mer nølende enn andre. Flere ga uttrykk for at de har forståelse for at kommunen har behov for å få en oversikt over fremtidens eldre. Det er en utbredt oppfatning blant 77-åringene at besøket brukes aktivt i kommunen for å planlegge fremtidens tjenester.

Selv om ingen av informantene oppga at de følte behov for et hjemmebesøk var det ingen av dem som vurderte å takke nei – *«om kommunen vil komme, så må de jo bare det!»*

OPPLEVELSE AV BESØKET

Selv om få av informantene følte at de hadde behov for et hjemmebesøk opplevde de besøket som positivt. De pekte på at det var en hyggelig samtale og at det var fint å få muligheten til å snakke om seg og sin egen livssituasjon. De var godt fornøyd med hvordan samtalen ble gjennomført og personene som gjennomførte samtalen. Flere pekte på at personene som kom viste stor forståelse for, og hadde god kjennskap til livssituasjonen de selv følte de befant seg i.

Når informantene ble spurt om hva de husket best fra hjemmebesøket trakk alle frem at de fikk snakke om seg selv, og hvordan de hadde det. Videre trakk de fleste frem informasjon fra kommunen og dens tilbud som det de husket best fra besøket. Videre var

det tema om fysisk aktivitet og sikring av egen bolig som ble fremhevet som hovedelementene i samtalen. Det var litt ulikt hva de pekte på som det viktigste. Noen var særlig opptatt av brannsikring, dette var ofte menn, mens andre mente det viktigste var å få snakke gjennom sin egen situasjon.

Alle opplevde at informasjonen som ble presentert passet til sin livssituasjon. De syntes det var nyttig å få informasjon om kommunale tilbud. Når det gjelder øvrig informasjon ga de fleste imidlertid inntrykk av at dette i stor utstrekning var informasjon de kjente fra før, men at det var «greit å snakke litt om det».

«Jeg følger jo med i avisa. Hun foreslo mye som jeg er klar over»

«Det var jo kjente tema, jeg er mye på farten og føler jeg har god oversikt over det som skjer»

Informantene opplevde at de i stor grad fikk være med og styre samtalen og fikk tatt opp det som var viktig for dem. På direkte spørsmål var det ingen som ga uttrykk for at det var informasjon de savnet eller spørsmål de ikke fikk besvart.

OM HJEMMEBESØKET VAR NYTTIG

Ingen av informantene sa de hadde direkte nytte av et slikt hjemmebesøk. Flere uttrykte at det var nyttig å bli kjent med Rådgivningstjenesten 65+/Friskliv senior, slik at de vet hvor de kan ta kontakt om de får behov for det.

Alle syntes det var positivt å få skriftlig informasjonsmateriale fra kommunen. Kun et fåtall av informantene hadde imidlertid bladd gjennom informasjonen som lå i permen de fikk under besøket, men de fleste sa at de visste hvor de hadde den og at de kunne slå opp om det skulle være noe.

«Fint å få en oversikt over kommunen, jeg har vært usikker på hvem jeg kan spørre når det er noe jeg lurer på».

Ingen av informantene følte at de fikk konkrete råd som de kommer til å følge. Noen reflekterte rundt det på denne måten:

«Tror det må til litt oppfølging om man skal følge rådene, at det kom noen og så på tiltak, sjekket brannalarm og sånn».

«Ja, hun motiverte til trening, jeg hadde tenkt litt på å gå på en sånn treningsgruppe, men så var det noe annet jeg skulle ut på den første gangen også ble det ikke noe av».

Det var stor forskjell på hvor aktive informantene var sosialt. Flere av dem som hadde blitt enker/enkemenn uttrykte at de har vært bevisst på å utvide horisonten og danne seg nye arenaer når de ble alene. De som hadde ektefelle eller partner, uttrykte mindre behov for andre arenaer.

For noen var overgangen til pensjonisttilværelsen et vendepunkt. Mye av sosialt nettverk var knyttet til jobb og man måtte på en måte redefinere seg selv, særlig gjaldt dette dem som bodde alene.

Flesteparten uttrykte også at de hadde mye å drive med og at dagene gikk fort unna. Det var imidlertid veldig ulikt hvor store nettverk personene hadde, fra svært få til et stort nettverk av familie i nærheten, mange venner og flere sosiale arenaer. Gjennom intervjuene uttrykte personene stor forskjell på «behov for sosialt nettverk». Noen hadde alltid vært aktiv i ulike lag og foreninger, mens andre ikke ønsket å delta på slike aktiviteter. Samtidig var det noen som kommenterte behovet for et økt sosialt nettverk og flere sosiale arenaer, men der var de også litt reservert – de var fornøyd med slik de hadde det.

Her ligger det en dobbelthet. Kanskje kan dette skyldes at det er problematisk å fremstille seg selv som ensom.

77-åringene som er intervjuet uttrykte at de var tilfreds med hverdagen og i liten grad følte behov, eller motivasjon, for endring. Informantene opplevde at de mestret livet sitt fint, gitt ulike forutsetninger av helsemessig og sosial art.

Alle var opptatt av fysisk aktivitet og var i mer eller mindre grad fysisk aktive. Mange uttrykte at de alltid har vært glad i naturen og setter stor pris på å drive ute, gå på tur, arbeide i hagen, hogge ved og lignende.

Personene fremsto med en veldig tydelig identitet, de presenterte seg selv, sine valg, sine tilpasninger i hverdagen som følge av fysiske eller andre begrensninger. De argumenterte for sine valg med bakgrunn i egen identitet og historie «Jeg har alltid...» «Jeg liker ikke...» «Jeg mener...».

TANKER I ETTERKANT AV BESØKET

Informantene var relativt enstemmige i at det var et koselig besøk, men at det ikke hadde ført til endringer i eget liv. Én uttrykte at han hadde tenkt nøyere igjennom brannsikring og vurdert om han skulle installere komfyrvakt.

«Syntes vi fikk snakket om mange viktige ting på en fin måte, men jeg hadde nok tenkt over det meste på forhånd»

De oppfattet at livet går greit foreløpig, samtidig var det flere som ser fremover og er bevisst på at dette kan endre seg. Det var en utstrakt holdning «at en får ta problemene når de kommer».

«Jeg tar en dag av gangen, må ta ting som det kommer og gjøre det beste ut av det»

«Hvorfor skal jeg ta bort filleryene, jeg liker dem og de er ikke noe problem for meg foreløpig...».

Flere av informantene var aktive på ulike tilbud ved Frivilligsentralen og andre aktiviteter. De som ikke var det, tenkte ikke annerledes rundt dette etter besøket. De uttrykte at de kjente til at disse arenaene finnes, men følte ikke at dette var noe for dem.

«Har tenkt litt på trening, ja på noe sosialt også, men jeg er usikker på om det passer for meg.»

Flere av informantene understreket viktigheten av å ta ansvar for egen helse.

«Det er jo viktig at vi tar tak i ting selv. Jeg har gjort mye jeg...».

«Det er jo viktig at vi tar ansvar selv, jeg har alltid vært slik».

Samtidig var det flere som peker på dette at endring av livsstil er utfordrende og at det ikke er så lett for alle å gjøre endringer, selv om en både føler et behov og har lyst.

«Livsstilsendring er vanskelig når vi har blitt så gamle vet du!»

«Viktig å klare seg selv. Helse har stor betydning, om man føler seg dårlig er det best å bli hjemme. Slik blir det gjerne de som kanskje trenger det mest som kommer seg minst ut»

Det var ingen av informantene som etterlyste konkrete tilbud i kommunen. De syntes det var greit å få en oversikt over hva som finnes, men hadde ikke reflektert over at de hadde behov for noen tilbud.

Informantene opplevde at hensikten med besøket var at kommunen skulle informere om ulike tilbud, samt at de skulle danne seg et bilde av den aldrende befolkningen. På spørsmål om de kunne tenke seg flere besøk av kommunen var de fleste positive, men uttrykte at de ikke følte noe behov for det, slik hverdagen utartet seg nå.

Informantene virket i stor grad reflektert over sin egen livssituasjon. De fleste hadde tenkt gjennom om boligen var egnet for alderdom og hadde tatt et standpunkt som de argumenterte for. Flere hadde også flyttet til mer egnede boliger. Når det gjaldt livsstil og sosialt nettverk ga informantene inntrykk av at de lever sine liv, slik de ønsker og som resultat av «den de er». De hadde klare formeninger om hva de liker og hva de ønsker å bruke tiden sin på. Samtidig kunne enkelte se på seg selv utenfra og påpeke at det kunne vært fint å komme seg mer ut, være mer aktiv og lignende. Men så «faller de tilbake» i eget liv og uttrykte stor tilfredshet med det livet de lever – de tilpasninger og valg de har gjort.

«...Se her, det er her i disse stolene vi lever våre liv. Jeg elsker å sitte her med håndarbeid – det gir meg stor glede».

«Jeg elsker denne hagen, å kunne gå ut i duggvått gress – tror ikke jeg kunne levd uten den muligheten».

TILLIT TIL KOMMUNEN

Informantene hadde tillit til at de skal få hjelp fra kommunen om de trenger det – om de får den hjelpen de trenger er de mer usikre på. Flere hadde erfaringer med familie som har hatt behov for kommunal hjelp,

noen var veldig fornøyde og uttrykte stor grad av trygghet. Andre hadde negative opplevelser og var mer skeptiske. Mange trakk også frem «alt man kan lese i avisen».

Hjemmebesøket har ført til at flere er blitt kjent med den forebyggende tjenesten i kommunen. Det er litt ulikt hvordan informantene tenkte rundt dette – noen opplevde det som positivt å ha fått kontaktinformasjon og uttrykte at de ville ha lav terskel for å ta kontakt om de skulle ha spørsmål. Andre uttrykte at de ikke følte noe forhold til tjenesten og at de ikke ville henvendt seg der om noe skulle oppstå. Besøket hadde i liten grad påvirket tilliten informantene har til kommunen, i forhold til å få hjelp om de får behov for det.

Flere uttrykte imidlertid at besøket var veldig positivt og at det ga en tillit at kommunen «hadde tid til å se meg».

En kommenterte at en som er aldrende føler seg litt på siden av samfunnet. Samtalen var med på å gi en bekreftelse på at «jeg er fremdeles med – jeg er en del av samfunnet».

Alt i alt ga informantene uttrykk for at hjemmebesøket ble opplevd positivt, men at det ikke hadde ført til noen endringer i hverdagen.

Under intervjuene kom det imidlertid frem at besøkene huskes godt og at informantene hadde et forhold til det som ble tatt opp. De fleste fortalte også at de hadde snakket med andre om besøket. En kan dermed anta at hjemmebesøket har bidratt til noe refleksjon rundt egen livssituasjon og hvordan man ønsker at fremtiden skal bli, og hvilke tilpassinger man kan gjøre.

INNSPILL TIL MULIGE ENDRINGER

Informantene hadde et relativt distansert forhold til hjemmebesøkene. De kjente ikke til ordningen før de selv fikk besøk og hadde i liten grad reflektert over om det kunne gjøres på andre måter.

På direkte spørsmål om noe kunne være gjort annerledes var det ingen som hadde noen direkte innspill. «Nei....det var vel greit, vet ikke jeg».

Én trakk frem at det kanskje kunne vært positivt om besøket i større grad var en «inspeksjon», særlig i forhold til tilrettelegging av bolig.

Når det gjaldt alderen for besøk var det heller ingen sterke meninger, da flertallet syntes det var passe å få besøk i alderen 77 år. Noen kunne gjerne tenkt seg at en kom tidligere, én tenkte allerede rundt pensjonsalder. Flere uttalte også at behovet kanskje kunne vært større ved en høyere alder, samtidig pekte flere på at endringer skjer raskt og at 80 blir for sent. Det ble også kommentert at man er så forskjellig, så å finne en ideell alder er en umulig oppgave.

På direkte spørsmål om hvordan de ville opplevd helsetester som en del av et slikt hjemmebesøk var flere positive til det. De tenkte da i første omgang at dette kunne vært nyttig for kommunen, med tanke på fremtidig planlegging. Det var imidlertid få som trakk frem at de syntes dette hadde vært nyttig for egen del. Noen var også litt skeptisk og uttrykte at dette var noe de ønsket å gå til fastlegen for å få gjort. Det ble også kommentert at fastlegene kunne spilt en mer aktiv rolle i forhold til informasjon om fysisk aktivitet og lignende.

«Kanskje ikke så lett å kombinere en slik fortrolig samtale med helsetester, kunne fort oppleves krenkende».

«Legen burde hatt mye mer fokus på aktivitet – å holde seg i form. Kunne godt tenke meg at en hadde flere tilbud på blå resept. Trening og sydenturer og slikt – ser det kunne vært positivt for mange».

OM Å DELTA PÅ ET GRUPPETILBUD

Informantene fikk en rask beskrivelse av skissen til den nye modellen, med gruppemøter isteden for individuelle besøk, og vi spurte om deres synspunkter.

Det var ulikt hvordan informantene så på det å motta informasjon i gruppe. Noen syntes dette kunne vært positivt. De fleste uttrykte at dette ut fra ressurs hensyn syntes som en god ide. Noen var helt tydelig på at de ville stilt på et slikt gruppemøte, noen var mer tvilende, mens andre igjen var svært usikre på

om de ville stilt på et slikt møte. Flertallet pekte på at de ville foretrukket et hjemmebesøk, at de satte stor pris på det at noen kom hjem og at de fikk muligheten til å snakke om seg selv og sin situasjon.

«Tror det er en fordel å snakke en til en, ikke alle snakker så lett i gruppe. Det var også godt å snakke med noen med taushetsplikt. Mange kan jo også ha problemer som det er flaut eller vanskelig å snakke om».

Flere trakk frem at en kan risikere å miste de som trenger det mest ved overgang til gruppemøter.

I forhold til å delta på et gruppetilbud som «Lyst på livet» var informantene også delt. Noen var skeptiske til å delta på en gruppeintervensjon. De ønsket ikke å binde opp tiden sin. Flere uttrykte at de har mange aktiviteter og er usikre på om de ville prioritet et slikt tilbud. Noen var skeptisk til å treffe bare personer de ikke kjenner og ville foretrukket å gå sammen med en bekjent. Kjemi ble også trukket frem av flere – det er viktig med kjemien i en slik gruppe. Noen trakk frem by-land spørsmål:

«Hadde jeg kommet sammen med slike fine by-fruer hadde det ikke vært noe for meg!»

Noen trakk frem at det hadde vært fint om gruppene var kjønnsdelt:

«Gjerne bare damer, man snakker liksom sammen på en annen måte når det bare er damer»

Noen hadde positive erfaringer fra å delta i andre grupper (treningsgrupper) og så positivt på et slikt tilbud. Personer med lite nettverk syntes også å være mer positiv til en slik gruppe enn de som har stort nettverk. Samtidig var det ofte de som var aktive med stort nettverk som uttrykte at det ville være lett å møte på et slikt tilbud.

«Jeg har stor tro på gruppe, fint å gjøre ting sammen. Men jeg ville ikke kommet, jeg har de arenaene jeg føler behov for»

«Jeg liker så godt å ha dagene fri, å kunne gå hvis jeg vil. Liker ikke å binde meg til faste avtaler»

Oppsummert kan en si at informantene som var positive til gruppeintervensjon kjennetegnes ved at de:

- Allerede var aktive på mange ulike arenaer
- Usikker på om en har behov for en slik gruppe

De som var positive, men usikre på om de ville deltatt, begrunnet dette med:

- Usikkerhet rundt det å møte fremmede
- Begrensninger i egen helse
- Dørstokkmila

De som var negative uttrykte:

- Dette passer ikke for meg

HVORDAN NÅ «DE ANDRE», DE SOM TRENGER DET MEST?

Alle informantene var usikre på hvordan man skal nå frem til dem som trenger det mest.

Flere pekte på at det kan være viktig at det er et slikt åpent tilbud til alle, som i dag, at det ellers lett kan virke stigmatiserende og ekstra utfordrende for dem som har behov for et hjemmebesøk å etterspørre dette. Dette gjaldt også om hjemmebesøk ble gitt på rekvisisjon fra fastlegen, flere mente at dette ville blitt et helt annet tilbud.

Samtidig ble fastlegen trukket frem som en viktig faktor i forhold til å fange opp personer som har behov.

Det ble også fremhevet at selv om en får tilbud om et hjemmebesøk kan det være lett å takke nei, særlig om en har problemer.

EVALUERING FRA ANSATTE

OM Å KOMME PÅ BESØKET

De tre ansatte opplevde å bli tatt godt imot når de kom på hjemmebesøk. De opplevde imidlertid at intensjonen med besøket i liten grad er klar for de eldre som fikk besøk. De eldre opplevdes som litt usikre

på hva besøket innebar, men at de var nysgjerrige og interessert. De eldre hadde i liten grad tenkt over besøket i forkant. De var avventende og litt spente på hva dette egentlig var.

«Nei, de vet nok ikke helt hva dette er når vi kommer. Men, vi forteller litt om bakgrunnen for hvorfor vi er der, også litt etter hvert så ... Ååå-ja».

Det kunne i noen tilfeller være litt utfordrende å konkretisere hva formålet med besøket egentlig var. De forsøkte å være tydelige på at dette ikke var en inspeksjon, og at det heller ikke var et tilbud om ulike tjenester. Noen kan blande hjemmebesøket med hjemmebasert omsorg – og uttrykte da at de foreløpig ikke trenger noen hjelp.

Ønsket om å få informasjon fra kommunen ble ofte oppgitt som årsak for at de eldre takket ja til besøket.

De som gjennomførte hjemmebesøkene opplevde å møte mange spreke eldre. I de fleste tilfellene tenkte de at hjemmebesøket handler om å gi støtte og inspirere til refleksjon rundt egen livssituasjon. Samtidig opplevde de ansatte at ikke alle ønsker å se fremover og tenke over egen alderdom.

«Det er ikke alle som har tenkt over nytteverdien av å planlegge fremover – da kan det være fint å få litt hjelp til å sette tankene i gang. Mange uttrykker at de har det greit og at de tar en dag av gangen»

De ansatte opplevde at det kan være tidlig for mange å få besøket når de er 77 år. Men samtidig ønsker de å treffe de eldre mens de enda har gode forutsetninger for å gjøre endringer i eget liv, at de har både krefter og overskudd som skal til for å gjøre noen grep. Samtalene er lagt opp ut fra et helsefremmende perspektiv. Det er sånn sett viktig å komme ut med informasjonen tidlig – det handler om å legge til rette for å opprettholde egen helse.

De eldre ble opplevd som godt reflekterte, og var tydelige på at de har gjort noen valg knyttet til egen livssituasjon av de ansatte. Dette kunne være knyttet til ulike aspekter som egen bolig, aktiviteter og sosiale nettverk. De eldre har ulikt perspektiv, noen tenkte i stor grad på livssituasjonen her og nå, mens andre hadde et lengre perspektiv.

ERFARINGER FRA BESØKET

Å gjennomføre hjemmebesøk har vært en positiv opplevelse. De ansatte opplevde at dette var en fortrolig samtale. De fikk positive tilbakemeldinger. Det at de eldre har møtt et ansikt i kommunen gir tillit og det blir lettere å ta kontakt senere om de skulle ha spørsmål. De opplevde at mye av informasjonen som ble gitt i hjemmebesøket var nyttig, at dette er kunnskap og informasjon som de eldre kan benytte når de får behov for det.

BETYDNING AV BESØKET

De ansatte opplevde at de eldre i liten grad tar kontakt med Rådgivningstjenesten/Friskliv senior i etterkant av besøkene. Intensjonen om at hjemmebesøkene skulle senke terskelen for å ta kontakt med spørsmål eller behov, ser derfor i liten grad ut til å være oppnådd.

De ansatte opplevde at det er de friske og ressurssterke, og som er ved god helse som har mest nytte av besøket. Som en uttrykte:

«Jeg opplever at de som har mest nytte av besøket er de som aldri har hatt bruk for det. De som ikke har tenkt over ting – som uttrykker 'jøss er jeg så gammel!'».

Ved noen enkelttilfeller har de som har fått besøk hatt behov for mer omfattende pleie- og omsorgstjenester. I disse få tilfellene, hvor det var behov for en tverrfaglig innsats, henviste de videre til andre instanser som for eksempel demenskoordinator, hjemmebaserte tjenester eller innsatsteam for hjemmerehabilitering.

De som fikk besøk delte seg, slik de ansatte så det, i to grupper. En stor gruppe som er ressurssterke og ved god helse. I disse tilfellene blir hovedhensikten med besøket å skape tillit, bidra til bevisstgjøring og refleksjon knyttet til egen alderdom.

Den andre, langt mindre gruppen, opplevdes som sårbare og med behov for bistand. De forbyggende tjenestene har mulighet til å følge opp i kortere tidsrom. Oppfølgingen er da i hovedsak knyttet

mot å få personen inn i andre etablerte tilbud, som trimgrupper eller andre sosiale sammenhenger. I andre tilfeller gjelder det å koble på andre ressurser, som for eksempel besøksvenntjeneste fra Frivilligsentralen.

«Opplever at flere kan ha lyst til å delta på ulike aktiviteter, ja for det finnes mye, men de mangler gjennomføringsevnen. Her trenger de litt hjelp»

Samtalen tok utgangspunkt i den eldre sin livssituasjon, og det ble lagt til rette for at de fikk snakke fritt om det de er opptatt av i hverdagen. Innledningsvis var det ønskelig å bli kjent og skape tillit. Etter at den eldre hadde fått fortalt om seg, opplevde de ansatte at de styrte samtalen i henhold til den agendaen de hadde for hjemmebesøket. Det var imidlertid ikke alltid de ansatte fikk snakket om kjerneområdene for besøket, hvis den eldre var opptatt av andre emner. Her ble det utøvet skjønn av de ansatte, slik at samtalen utviklet seg ulikt avhengig av den eldre sine ønsker og livssituasjon.

«Det er egentlig veldig ulikt. Vi prater litt etter behov, her er det mye skjønn. Opplever at dette har gått seg litt til etter hvert og at jeg er mer rutinert på å styre samtalen nå enn i starten»

«Ser at det må være en balanse mellom at de får snakke om seg, og at vi gir informasjon. Er jo viktig at vi får gitt informasjon også. Samtidig oppfatter en raskt om de er mottagelige for det vi kommer med eller ikke – dette er veldig ulikt»

De ansatte opplevde at de hadde relevant kompetanse for å gjennomføre samtalen. De opplevde også at de etterhvert kjente de eldre godt og følte seg trygge når de var på hjemmebesøkene. Samtidig så de behov for å jobbe videre med å utvikle «samtalekunsten». Hjemmebesøkene varte i 1- 2 timer, og de ansatte opplevde at dette var kort tid for å oppnå formålet med hjemmebesøket. Det kunne også være utfordrende på den relativt korte tiden, å la de eldre selv finne løsninger. Det kunne være fort gjort å komme med ferdige råd. Dette med mestringsstrategier, coaching og det å skape motivasjon er tema de ansatte gjerne kunne tenke seg å lære mer om.

«Det er en kunst å få til den gode samtalen. Det er ikke like lett å få alle til å reflektere»

EFFEKT

De ansatte var usikre på hvordan effekten av besøket var. Gjennom besøket opplevde de at de eldre ofte gjør seg nye refleksjoner, og at hjemmebesøket på denne måten kan være med å starte endringsprosesser. Samtidig hadde de en følelse av at effekten ikke var så stor – men at dette er vanskelig å vite noe sikkert om når man ikke møter de eldre igjen.

«På sikt vet ikke jeg, men der og da føles det verdifullt»

Ideelt sett burde hjemmebesøkene vært fulgt opp, da hadde det vært lettere å se effekt og også satt i gang ulike prosesser. Noen ganger, når den andre ektefellen skal ha besøk, kommer de ansatte tilbake til samme hjem. I noen tilfeller har de opplevd at det da har vært gjort endringer i huset, som rekkverk og endringer av trapper. Det var ingen av de ansatte som kan huske at noen har gjort andre type endringer, som nye aktiviteter, trening eller kosthold.

Det forebyggende hjemmebesøket har et helsefremmende fokus. Det benyttes ingen former for helsetester, noe de ansatte syntes har vært viktig. De opplevde at slike tester ville være vanskelig å kombinere med den åpne og helsefremmende samtalen.

På spørsmål om de har tips til endringer hadde de ansatte positive erfaringer med gruppetilbud som de har gjennomført tidligere. For eksempel lærings- og mestringskurs. De har stor tro på gruppedynamikk og betydning av felleskap i endringsprosesser. Det å kunne jobbe mer aktivt over tid kan skape større engasjement og betydning enn bare det å ha en samtale.

Ved å gå bort fra individuelle besøk nevnes det også at man kan miste noe. Gjennom besøkene opplevde de ansatte at de ser hver enkelt, og det å kunne se på boligen oppleves som positivt. Bolig og tilpasning av bolig er spørsmål som ofte kommer opp på hjemmebesøkene. De pekte derfor på at det er viktig at det bør være en mulighet for å velge et hjemmebesøk om noen føler behov for det. For noen kan dette være det beste tilbudet.

«Man mister ‘Tenk at du tar deg tid til å komme og høre på meg’» .

NY MODELL

Gjennom modellutvikling kom prosjektgruppen frem til at det i stedet for individuelle forebyggende hjemmebesøk til alle som fyller 77 år, var ønskelig å prøve ut en modell som baserte seg på gruppemøter. Gruppemøtet skulle inneholde samme informasjon og ta opp flere av temaene som tidligere var presentert på hjemmebesøket. Ved å gjennomføre gruppemøter for å spre informasjon og kunnskap, ville kommunene ha økte ressurser for å tilby oppfølging til personer som hadde behov for det. Gjennom gruppemøte ønsket man også å rekruttere eldre til deltagelse på «Lyst på livet» kurs. Videre har modellen fokus på forebyggende tilbud rettet mot eldre i risikogrupper.

Med risikogrupper menes personer som opplever falltendens, har lite nettverk, har tunge tanker eller mild form for depresjon, eller har lite aktiviteter i hverdagen. For å fange opp denne målgruppen ble det prøvd ut ulike samarbeidsmodeller. I Hamar har det vært fokus på samarbeid mellom Friskliv Senior og fastleger, mens Gjøvik har hatt fokus på samarbeidet mellom Rådgivningstjenesten 65+, hjemmetjenester og Tjenesteenheten (bestillerkontor). Som et ledd i samarbeidet med hjemmetjenesten ble det også prøvd ut et tilbud rettet mot pårørende til eldre med store omsorgsoppgaver i hverdagen.

Boks 1: Tilbud i ny modell

<p><i>Helsefremmende tilbud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppemøte til alle som fyller 77 år • Tilbud om «Lyst på livet» kurs 	<p><i>Forebyggende tilbud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forebyggende hjemmebesøk rettet mot eldre i risikogrupper <ul style="list-style-type: none"> ◊ Samarbeid med fastleger ◊ Samarbeid med hjemmetjenesten ◊ Samarbeid med Tjenesteenheten • Møteplass for pårørende
---	--

GRUPPEMØTE TIL ALLE SOM FYLLER 77 ÅR

Tilbud om gruppemøte ble gitt i stedet for hjemmebesøk i 2013 og 2014. Hensikten var å sikre tidlig kontakt med eldre og bidra til refleksjoner om egen helse og livssituasjon. Videre var det ønskelig å bidra til trygghet og tillit til hjelpeapparatet ved å informere om tilbud som finnes og avklare forventninger til kommunen.

Tilbudet ble gitt til alle det året de fyller 77 år, med unntak av personer som allerede hadde omfattende helse- og omsorgstjenester. I 2013 fikk i tillegg hundre personer som fylte 70 år tilbud om gruppemøte i Hamar, for å prøve ut tilbudet i en yngre aldersgruppe.

Hamar valgte å kalle sine møter for «Dagseminar», mens Gjøvik gikk for «Informasjonsmøter». Invitasjon ble sendt skriftlig til alle i målgruppen etter navnelister mottatt fra Folkeregisteret. Invitasjonen inneholdt opplysninger om tilbudet, tid og sted for møtet. Deltagerne ble oppfordret til selv å melde seg på. De som ikke svarte, ble ringt opp for en samtale. Personer



som ikke ønsket eller hadde anledning til å delta på gruppemøtet fikk i stedet tilbud om hjemmebesøk. Det ble også åpnet for at hver enkelte kunne ha med seg pårørende eller en bekjent til gruppemøtet hvis ønskelig. Dette var beskrevet i invitasjonen.

Den praktiske gjennomføringen og innholdet på gruppemøtene ble gjennomført litt forskjellig i Hamar og Gjøvik.

På Hamar ble det gjennomført totalt ni møter; fem i 2013 og fire i 2014. Møtene ble avholdt på Rådhuset i kommunen, og det var ansatte i Friskliv Senior som stod for gjennomføringen. Hamar gjennomførte alle sine møter i årstiden februar – mars. Tema som ble vektlagt var forebygging av hoftebrudd, psykisk helse, hverdagslykke, informasjon aktiviteter og omsorgstjenester i kommunen, samt presentasjon av kurset «Lyst på livet». Møtet ble lagt opp med variasjon mellom faglige innlegg, video-presentasjon, dialog i grupper og praktiske øvelser. Deltagerne ble plassert i grupper rundt kafébord, og fikk utlevert skriftlige spørsmål som utgangspunkt for gruppediskusjoner. Ansatte i Friskliv Senior ledet diskusjonene i hver gruppe.

På Gjøvik ble det gjennomført totalt elleve møter; seks i 2013 og fem i 2014. Noen av møtene ble avholdt ute på distrikt i kommunen på grunn av store geografiske avstander. Ansatte i Rådgivningstjenesten 65+ stod for gjennomføringen. I 2013 ble møtene avholdt i perioden februar – mars, mens de i 2014 ble avholdt i mai-juni. Tema som ble vektlagt på Gjøvik var bolig og tilpasningsmuligheter, fallforebygging og balanse, informasjon om aktiviteter og helse- og omsorgstilbudet i kommunen. I likhet med Hamar hadde møtene variasjoner mellom faglig innlegg, video, dialog i grupper og praktiske øvelser. Deltagerne ble plassert i grupper rundt kafebord, og det ble lagt opp til diskusjoner i gruppe og plenum. Hver gruppe fikk utlevert ark med åpne spørsmål som utgangspunkt for diskusjonene.

Felles for Hamar og Gjøvik var at møtene hadde en varighet på 3 – 3,5 time. Deltagerne fikk servert lunsj og det var gratis å delta. Deltagerne

fikk ta med seg brosjyrer som de fant interessante. Oppmøte ble registrert, og de som var påmeldt men ikke kom, ble kontaktet i ettertid for å avklare videre tilbud. Deltagelse på møtene ble ikke dokumentert i journalsystem.

Boks 2: Gruppemøte Hamar

Gruppemøte Hamar

- Presentasjon av Friskliv Senior og aktivitetstilbud.
- Orientering om inndeling av distriktene i Hamar og hvor man henvender seg ved behov for hjelp.
- Informasjon om Frivilligsentralen.
- Kort introduksjon til forebygging av hoftebrudd.
- Presentasjon av kurset «Lyst på Livet» med visning av video.
- Kort introduksjon til «hverdagslykke» - hvordan kan man selv påvirke til å ha det godt i hverdagen.
- Diskusjon i gruppe med utgangspunkt i utleverte spørsmålsark. Oppsummering i plenum.
- Avslutning og eventuelle kommentarer og spørsmål rundt dagen.

Boks 3: Gruppemøte Gjøvik

Gruppemøte Gjøvik

- Presentasjon av Rådgivningstjenesten 65+ og tilbud.
- Informasjon om tilpasning av bolig og valgmuligheter.
- Balanse og fallforebygging.
- Informasjon om aktiviteter, og presentasjon av kurset «Lyst på livet».
- Informasjon om helse og omsorgstilbudet i kommunen.
- Dialog i grupper og plenum.
- Avslutning og evaluering av dagen.

Personer som ønsket en videre oppfølging ble anbefalt å melde seg på kurset «Lyst på livet». Dato for oppstart av kurset var som regel fastsatt på forhånd, og deltagerne fikk utdelt skriftlig informasjon om

dette på møtet. I de tilfellene dato ikke var fastsatt på forhånd, ble deltagerne som var interessert i tilbudet oppfordret til å skrive seg opp på liste. De fikk da tilsendt informasjon i etterkant. Ved ønske eller behov var det også mulighet for å be om oppfølging i form av hjemmebesøk eller samtale i etterkant av møtene.

«LYST PÅ LIVET» KURS

«Lyst på livet» er et kursopplegg fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2009). Kurset retter seg mot pensjonister og er lagt opp etter en helsefremmende metode, der pensjonistene selv arbeider i grupper og diskuterer seg gjennom fire sentrale tema som har påvirkning på helse. Temaene som tas opp er: trygghet og sikkerhet i eget hjem, sosialt nettverk, fysisk aktivitet og mat og drikke.

Kurset strekker seg over en periode på seks måneder, med møtepunkt en gang i måneden. Målet er å fremme egen helse og livssituasjon gjennom endringer av vaner og mønstre i hverdagen. Evalueringene fra hjemmebesøkene underbygger antagelsen om at det å endre levemønstre og leveste krever oppfølging over tid. Samtidig må den enkelte føle motivasjon for endring. Ideen var at «Lyst på livet» kunne være et oppfølgingstilbud til de som ønsket å endre egen livssituasjon.



FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK RETTET MOT ELDTRE I RISIKOGRUPPER

Forebyggende hjemmebesøk til eldre i risikogrupper har vært et av satsingsområdene i prosjektet. Målet har vært å fange opp eldre i en tidlig fase for å få mulighet til å sette inn tiltak som kan bidra til bevare eller bedre funksjon og helse. Det var ønskelig å komme i kontakt med eldre som opplever falltendens, har

nedsatt balanse, lite nettverk, tunge tanker eller mild grad av depresjon, eller eldre som ønsket mer aktivitet i hverdagen. Det var ønskelig å fange opp personer som bor hjemme, og som ikke har andre omfattende tjenester fra helse- og omsorgssektoren.

For å komme i kontakt med målgruppen ble det i Hamar innledet samarbeid mellom Friskliv Senior og fastleger, mens Rådgivningstjenesten 65+ i Gjøvik inngikk samarbeid med hjemmetjenesten og Tjenesteenheten (bestillerkontoret).



SAMARBEID MED FASTLEGENE

Friskliv senior i Hamar samarbeidet med fastlegene for å fange opp eldre i risikogrupper. I følge forskrift om fastlegeordningen skal fastlegene på bakgrunn av vurderinger tilby forebyggende tiltak til personer der hvor det avdekkes betydelig risiko for forverring av funksjon (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013).

En representant fra fastlegene deltok som kontaktperson i prosjektet. Samarbeidet har blant annet handlet om å informere og synliggjøre for fastlegene hvilke målgrupper det var ønskelig å komme i kontakt med og hvilke tilbud Friskliv Senior har til denne gruppen. To ganger i året ble det sendt ut brev til alle fastlegene i kommunen med den hensikt å informere om tilbud, samt å bevisstgjøre de om muligheten for å henvise aktuelle målgrupper til Friskliv Senior. Tjenesten har også markedsført seg gjennom tv-skjerm på venterommet på ett av fastlegekontorene i Hamar.

Etter henvisninger har ansatte ved Friskliv Senior gitt tilbud om forebyggende hjemmebesøk til den eldre. Hjemmebesøket ble gjennomført med utgangspunkt i en åpen samtale rundt aktuell problemstilling. Samtalen tok utgangspunkt i tema om fysisk og psykisk helse, sosialt nettverk og fallforebygging. På bakgrunn av samtalen ble det gitt råd, veiledning og anbefaling om videre tiltak. Oppfølging ble gitt etter behov. Der hvor gruppeaktivitet var aktuelt har den eldre fått



tilbud om dette. I etterkant av hjemmebesøket ble det journalført i det elektroniske journalføringssystemet Gerica og sendt tilbakemelding til henvisende lege om hvilke tiltak som ble satt i gang.

SAMARBEID MED HJEMMETJENESTEN OG TJENESTEENHETEN



Rådgivningstjenesten 65+ innledet i prosjektet samarbeid med hjemmetjenesten og Tjenesteenheten i kommunen. Hjemmetjenesten omfatter både hjemmesykepleie og praktisk bistand. I Gjøvik er det totalt seks distrikter med hjemmetjenester. I prosjektet ble det valgt å inngå samarbeid med kun to av dem; Sentrum og Sørbyen. En kontaktperson ble oppnevnt i hvert av distriktene.

Samarbeidet med hjemmetjenesten har hatt som mål at ansatte skal gjenkjenne og henvise eldre i målgruppen til Rådgivningstjenesten 65+. Møter ble avholdt med avdelingslederne og kontaktpersonene, og det ble gitt informasjon til ansatte på rapportmøter. Hjemmetjenesten har i tillegg sendt brev til brukere med vedtak på trygghetsalarm. Dette med bakgrunn i at de som søker om trygghetsalarm ofte søker dette på grunn av utfordringer med balanse, falltendens eller utrygghet ved å bo alene. Ofte har disse brukerne ingen andre tjenester, noe som tilsier at hjemmetjenesten ikke møter dem i sitt daglige arbeid. Ansatte fra hjemmetjenesten kunne ikke uten samtykke oppgi navn på brukere med trygghetsalarm til Rådgivningstjenesten 65+. Det ble derfor avtalt at hjemmetjenesten i stedet sendte brev til den enkelte, hvor de ble oppfordret til selv å ta kontakt med Rådgivningstjenesten 65+ ved behov for samtale rundt forebygging av fall eller utrygghet i hverdagen.

Tjenesteenheten er kommunens bestillerenhet. Ansatte er saksbehandlere med helsefaglig bakgrunn, som mottar, behandler og fatter vedtak på søknader om helse- og omsorgstjenester.

Samarbeidet med Tjenesteenheten har bestått i å fange opp eldre som søker tjenester som trygghetsalarm, praktisk bistand og støttekontakt. Når kommunen har mottatt søknader på disse tjenestene har Tjenesteenheten distribuert informasjon og brosjyre om tilbudene til Rådgivningstjenesten 65+, og oppfordret brukerne til å ta kontakt ved ønske om forebyggende hjemmebesøk. Etter samtykke ble det også sendt henvisninger fra Tjenesteenheten til Rådgivningstjenesten.

Ut fra henvisninger fikk den eldre tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Besøket ble gjennomført med utgangspunkt i åpen samtale rundt temaene helse, fysisk aktivitet, fallforebygging og aktiviteter i hverdagen. Ved henvisning vedrørende falltendens eller nedsatt balanse, ble det i tillegg til samtale, gjennomført en fysisk funksjonstest. Test som ble benyttet var Short Physical Performance Battery (SPPB) (Bergh et al., 2013). Denne testen gir et bilde av fysisk funksjon og balanse, og gir grunnlag for videre anbefalinger i forhold til fysisk aktivitet og fallforebygging. På bakgrunn av samtalen og kartleggingen ble det gitt råd og anbefalinger om videre tiltak. Oppfølging ble gitt ut fra behov, i en kortere periode. Dette kunne dreie seg om nytt besøk/samtale, deltagelse på lærings- og mestringskurs, oppfølging over telefon, introduksjon av nye aktiviteter og møteplasser eller formidle kontakt med andre. Besøkene ble journalført.

MØTEPLASS FOR PÅRØRENDE

Som et ledd i samarbeidet med hjemmetjenesten på Gjøvik ble det uttrykt savn etter et tilbud til pårørende. Med pårørende menes her ektefeller, samboere, barn eller andre nære personer til eldre som har behov for hjelp i hverdagen. Hjemmetjenesten er ofte innom daglig med bistand til den eldre som har hjelpebehov, men følte ikke at de klarte å ivareta pårørende i like stor grad. I prosjektet var det derfor ønskelig å prøve ut et tilbud som kunne støtte pårørende slik at de fortsatt kan være en ressurs for sine nære, samt bidra til at pårørende fikk et nettverk med andre i samme situasjon.

I løpet av våren 2014 ble det prøvd ut møteplass for pårørende. Tre møter ble avholdt, med hyppighet en gang i måneden. Rekruttering ble planlagt å skulle skje gjennom ansatte i hjemmetjenesten og annonse i lokalavis.

På hvert møte ble det fastsatt et bestemt tema, og det ble inngått samarbeid med eksterne aktører for å innlede temaene. I tillegg ble det lagt opp til muligheter for erfaringsutveksling og sosialt samvær. Tema som ble satt opp var helse- og omsorgstjenester i kommunen ved leder på Tjenesteenheten, «*Tankenets kraft og muligheter i hverdagen*» ved prest, og «*Ta vare på deg selv, for du er noens*» ved akutt ambulerende team ved Sykehuset Innlandet.

Ansatte i Rådgivningstjenesten 65+ var ansvarlige for gjennomføringen av møtene, i samarbeid med kontaktperson fra hjemmetjenesten.

EVALUERING AV GRUPPEMØTENE

EVALUERINGSSKJEMA FRA DELTAGERNE

På slutten av hvert møte fikk deltagerne mulighet til å fylle ut evalueringsskjema med spørsmål vedrørende forventninger, utbytte og kommentarer til dagen. 70-80 % av deltagerne svarte på skjemaet.

FORVENTNINGER TIL MØTET OG UTBYTTE

I begge kommunene svarte omlag 80 % av deltagerne at dagen hadde svart godt til forventningene de hadde før de kom. På spørsmål om utbytte av temaene som ble tatt opp svarte mellom 80-90 % at de hadde hatt godt eller svært godt utbytte av temaene. På spørsmål om det var noen tema de savnet var det kun noen få som hadde notert noe om dette. Tema de savnet var bolig og hørsel.

Nesten alle deltagerne svarte at de ville anbefale møtet videre til andre. På spørsmål om dagen hadde bidratt til refleksjon om egen helse svarte 63 % ja på dette.

Kommentarer fra noen av evalueringsskjemaene:

«Et svært bra tiltak – med godt utbytte»

«En veldig fin informasjon på områder det er lurt å vite noe om»

«Det har vært givende»

«Jeg tror jeg har kunnskap om det meste av det som er tatt opp»

«Kjekt foretak. En fin dag for oss 77-åringene med god informasjon»

EVALUERING FRA DELTAKERE, SAMLET GJENNOM INTERVJU

For å komme tettere på deltagerens erfaringer ble det gjennomført to runder med intervjuer, en etter første runde med gruppemøter i 2013 og en etter andre runde i 2014. Totalt er 16 personer intervjuet.

I FORKANT AV MØTET

Det var i det store og det hele en oppfatning at det var positivt å bli invitert til gruppemøtet. Det ble lagt vekt på at de opplevde at det var positivt at noen tenkte på dem og ville gjøre noe for å bedre deres situasjon.

Flere av informantene uttrykte at de ble nysgjerrig på hva møtet innebar. De syntes invitasjonen var fin og grei å forstå. Samtidig var formålet og innholdet uklart for mange, og de fleste uttrykte at de var usikre på hva de gikk til.

«Nei, jeg syntes det var fint. Jeg ble jo litt nysgjerrig på hva dette var? Snakket med andre i oppgangen her som mente at de ikke hadde noe der å gjøre, men jeg tenkte jeg fikk nå gå, kanskje det var noe for meg.»

Årsaker til at de eldre fikk lyst til å dra på gruppemøte var i første rekke å få informasjon om kommunens tilbud. Å få oversikt over hvilke rettigheter de har og hvordan man skal gå fram dersom de har behov for kontakt med tjenestene eller hjelpemidler fra kommunen var også en grunn for at mange ønsket å dra. Andre nevnte at de var nysgjerrige på hva som skulle bli tatt opp, og så det som en mulighet til å plukke opp gode råd. En informant sa

«(...)jeg synes det var koselig at jeg fikk den henvendelsen, for det er jo en ting du ikke spør etter eller får tak i utenom om at du får bli med på noe sånt no».

Det å bli oppringt fra en person fra kommunen med litt mer informasjon om hva gruppemøtet handlet om, så også ut til å være avgjørende for at enkelte dro på dagen. En av informantene svarte følgende på spørsmål om hun eller han hadde lyst til å dra på gruppemøtet;

«Ikke så veldig. Hva skal vi liksom prate om a? Jeg lever mitt liv – skal dem forandre på det?».

Alle informantene kjente noen andre som skulle på møtet, hadde med seg noen eller møtte kjente på møtet. De som møtte mange kjente på møtet fortalte at det også var folk de ikke hadde sett på lenge, og at dette var svært hyggelig og noen mente dette var en gyllen anledning til å finne igjen gamle venner.

«Ble positivt overrasket over at det var så mange som var der – ja nesten litt lettet. Det var artig å treffes, traff igjen jevngamle som jeg ikke har truffet på lenge – kom inn dit også: men jøss – er det deg??»

På spørsmål om de følte behov for en slik dag er gruppen delt. Noen uttrykte at de ikke hadde behov for en slik dag, men at de ønsket å gå når de ble invitert. Andre opplevde at de hadde behov for en slik dag. Det er da særlig behov for å bli kjent med kommunens tjenester som trekkes frem.

«Behov? – ja, det vil jeg si. Det er greit å få vite hvor vi skal henvende oss. Jeg har ikke behov for tjenester nå, så jeg dro dit for å bli litt kjent med hva kommunen kan tilby»

OM DET FOREBYGGENDE GRUPPEMØTET

De eldre var godt fornøyd med gjennomføringen av dagen. De som snakket og ledet dagen ble beskrevet som klare og tydelige, og bevertningen ble tatt godt imot. Tilbakemeldinger på gjennomføring av dagen var blant annet;

«Vi var jo veldig nysgjerrige på hvordan de gjør dette. Syntes det var veldig bra, der fikk de M+. Syntes språket både på papiret og på samlingen var enkelt og begripelig uten å være nedlatende. Det syntes jeg var veldig bra! Vi satt jo litt sånn og evaluerte, vet du.»

Noen syntes imidlertid at innholdet kunne bli vel tørt. Noen uttrykte også at dette var mye kjent stoff og en del som ble litt for selvfølgelig. En syntes møtet var for langt og at stoffet kunne vært bedre strukturert.

«Det er slike ting som en vet, men, men ålreit å høre hva de har å si, men tror ikke det har så mye nytte»

De negative kommentarene knyttet til innhold og struktur på gruppemøtet kom i den første intervjuunden. Kommentarene ble tatt med inn, når opplegget ble tilpasset i forkant av neste runde.

Intervjuene ble avholdt ca et halvt år etter gruppemøtet, og det gjorde at mange opplevde at det var vanskelig å huske innholdet og hva det ble gitt informasjon om. Noen husket at de fikk informasjon om hvilke rettigheter de har og hvor man skal henvende seg dersom det er behov for det. Andre husket best at det ble gitt informasjon om ulike aktivitetstilbud man kunne benytte seg av, men ingen av informantene hadde benyttet eller hadde planer om å benytte seg av tilbudene nå.

Flere trakk også frem informasjon om kosthold og trening. De praktiske treningsøvelsene som ble gjort på gruppemøtet ble dratt fram som positivt og noe som løste opp stemningen på dagen. Det viste seg at flere hadde rutiner med lignende øvelser som de gjorde hver dag, andre hadde gjort øvelsene noen få ganger i etterkant av møtet, men at det etter hvert ble glemt.

Det var ikke noen særlige tema som var savnet etter dagen. Noen kunne ønske seg mer informasjon om spesielle tema som berørte dem, som for eksempel slag og benskjørhet.

Gjennom intervjuene kom det fram at mange opplevde at gruppemøtet var et fint sted å dele erfaringer og meninger med andre i samme situasjon. Informantene sa blant annet; «(...) Det var mange som hadde ordet og diskuterte. Det er veldig fint å høre andres meninger».

Noen opplevde imidlertid at enkelt personer fikk for stor plass i diskusjonen.

«Jeg følte det var for mange på en gang. Alle har jo problemer, så får dem snakke om sitt, så er det ikke så farlig. Sånn følte jeg det. Selv om det var hyggelige damer da, det er ikke noe å si på det. De ville jo så gjerne.»

Gjennom intervjuene kom det også fram at de opplevde det som hyggelig å samles sammen med andre kjente, at det sosiale aspektet med gruppemøtet var viktig.

«Tror dette har mye for seg på grunn av den sosiale biten. Det kunne godt vært mer pauser til prat»

GRUPPEMØTETS BETYDNING

Generelt sett kom det frem gjennom intervjuene at noe av informasjonen de fikk var nyttig og at noe var godt kjent fra før. Brosjyrene som ble gitt ut på møtet ble tatt godt imot, men det var ingen som hadde sett på disse i etterkant. Det ble likevel fremhevet at det var godt å vite at informasjonen var der, i tilfelle behovet skulle melde seg.

Det var en trend blant informantene at de var fysisk aktive i utgangspunktet, og var opptatt av egen helse og av å spise sunt. Dette kan illustreres i følgende sitat om hva som er viktig for å ha en bra hverdag:

«Jeg er opptatt av at jeg skal være aktiv, for det verste for meg er å sitte passiv og ikke vite hva jeg skal gjøre om dagen».

En annen sa

«Jeg må røre på meg, og spise riktig, det synes jeg er viktig. Røker ikke, det gjør ingen av oss».

Og til slutt fortalte en dette

«Søstera mi sa det; ja, der kan dere se, selv om dere sporter og dere er ute og går, det var før da, også spiser riktig, så kan det likevel skje noe – for han fikk jo slag da. Men det er jo ikke derfor vi driver med det vi gjør da, med at vi spiser og går da... og holder helsa vedlike..og.. Det er jo ikke for atte..... Jo, jo..vi skal jo holde unna sykdommen og, men.. jeg må i alle fall røre meg».

De fleste informantene oppga også å ha en aktiv hverdag. De følte i liten grad behov for nye tilbud å fylle dagen med. Noen ønsket seg imidlertid nye aktiviteter, men uttrykte at det kan være vanskelig å finne en arena som de føler seg fortrolig med. Selv om det var lite behov for å være med på aktiviteter og lignende hos de som ble intervjuet på det tidspunktet, så var flere åpne for at det kunne bli aktuelt dersom de ble enke/enkemenn eller dersom det ble vanskelig å holde seg i aktivitet på egenhånd rent motivasjonsmessig.

En informant hadde kjøpt seg ny og tilrettelagt bolig, med alt på ett plan, i etterkant av gruppemøtet. Dette var noe han hadde tenkt på en stund, men denne dagen ga det siste lille dyttet til å gjøre det. Denne informanten vektla hvor viktig det var å bytte bolig mens helsa fortsatt var god;

«Det er veldig viktig å ta den flytteprosessen mens en er oppegående. Når man begynner å gå med rullator eller ett eller anna, så er det ikke lett å flytte altså».

Bolig er et tema som engasjerer flere av informantene, dette er et tema de fleste har reflektert rundt. Det å kunne ha et bra sted å bo og ha litt å drive med hjemme var også fremhevet som viktig for å ha en god hverdag;

«...Ha bra bolig.. enebolig, så jeg kan gå ut uten å være borte, og ha litt å drive med. Plen, hage og litt.»

Gjennom intervjuene kom det frem at de fleste ikke ønsket eller følte behov for å endre på noe, noe dette situatene kan illustrere;

«Jeg vil at det skal være som det var – jeg liker den tralten»

I ETTERKANT AV GRUPPEMØTET

Etter gruppemøtet opplevde mange at det hadde vært en bra dag, men svært få opplevde at noe i hverdagen var endret som følge av informasjonen de hadde fått. Det var mye av informasjonen som var kjent fra før, særlig dette rundt livsstil. Informasjon om ulike aktiviteter i kommunen var imidlertid nytt for de fleste.

Selv om gruppemøtet ikke hadde ført til konkrete endringer er det flere av informantene som sa at gruppemøtet satte i gang tanker.

«Ja, en får jo en påminner på et slikt møte – alle vil jo sitt eget beste. Skulle kanskje vært litt mer aktiv, ser på disse damene med skistavene, men det er ikke så lett. Tror et slikt møte kan hjelpe på. Vi kara er litt tregere enn damer, vet du»

«Vil ikke være gammel, innerst inne, tross alt. Tror et slikt møte kan ha betydning for livskvalitet. Finner ut at jeg må gjøre noe jeg også».

Det ble påpekt at de følte seg bedre rustet hvis de skulle få behov for tilbud eller hjelp fra kommunen, fordi de nå hadde fått kontaktpersoner og informasjon.

Flere informanter la vekt på at det sikkert var mange andre som hadde stor nytte av tilbudene, men ingen av informantene oppga at de hadde noen behov selv.

«(...)Det er jo mange eldre da, som har masse behov, for å prate og vil gjerne være med på ting og ha steder å henvende seg».

I intervjuene hørtes det ut som om flere var bekymret for de som ikke møtte på denne dagen, for eksempel sa en informant at;

«Alle som var der virket faretruende friske. Tror ikke dette er et representativt utvalg. Det er noen som burde være der som ikke var der – det er jo de dere skulle hatt tak i».

Hensikten med møtet ble oppfattet som et møte for å informere folk om hvilke aktiviteter som eksisterte i kommunen, og å gi de eldre råd om forebygging av skader og sykdom, og fall. En informant opplevde hensikten slik

«Det var vel for å...gi gamle folk råd. Med mat og... være forsiktig i hjemmet. Det derre med å skli...matter og.. tepper og trapper og. Hvertfall det. Og det med brann og være forsiktig med lys og...i hjemmet».

Det er flere av informantene som gjennom intervjuet er innoem temaet motivasjon. Det blir pekt på at livsstilsendring er avhengig av motivasjon, at man må ha et opplevd behov for å gjøre endringer i eget liv.

«Det er ikke så lett å endre på ting. Man må være motivert ut fra egen navle – at man føler et behov».

HJELP FRA OFFENTLIG HELSETJENESTENESTE VED BEHOV

Gjennom intervjuene kom det fram at gruppemøtet bidro til at mange av de eldre var optimistisk rundt det å få hjelp fra den offentlige helsetjenesten dersom behovet skulle melde seg, og at de var tryggere på dette i etterkant av møtet. En informant sa;

«Det tror jeg ikke blir så vanskelig. Hvis jeg får behov, så føler jeg kommunen er behjelpelige, så det bekymrer jeg meg ikke for»

Og en annen

«...jeg føler at jeg i hvert fall kan spørre om og henvende meg til noen. Jeg trenger ikke være redd for å få råd eller hjelp».

Informanter la også fram at de hadde hørt mange som klagde og ikke fikk hjelp, noe de kommenterte på denne måten

«Hørt om mange som ikke får hjelp og det tror jeg handler en del om uvitenhet»

«Jeg tror systemet er godt. Hører mange som klager – men sier de i fra? En må jo bare si det: Nå må noen snakke med meg, det er ikke mer som skal til. Må skrelle av beskjedenhetslaget – man må tørre å spørre om hjelp».

Det kom også fram at noen hadde personlig litt dårlig erfaring med kontakt med kommunen i forhold til helsebehov;

«...synes det er vanskelig å få kontakt med noen i kommunen».

GRUPPEMØTET VERSUS INDIVIDUELLE HJEMMEBESØK

Informantene opplevde gruppemøtene som positive, det var sosialt og kommunene treffer mange på en gang. Flertallet synes at dette var den beste løsningen for dem, sammenliknet med forebyggende hjemmebesøk;

«...jeg fikk litt informasjon om hvordan andre hadde det og hvordan dom gjorde det og. Så det synes jeg var fint – vi er jo mange i samme situasjon».

En annen informant sa det slik;

«Ville tenkt at hjemmebesøk var helt unødvendig i den livssituasjonen vi er i nå. Nå har jo vi deltatt på noe helt annet, så da synes vi jo det er best».

Meningen om hva som var best, var likevel delt og noen mente det kunne vært bedre med hjemmebesøk, fordi det er lettere å snakke om sitt eget liv på tomannshånd og at man da kunne snakke mer fritt. Det ble fremhevet av flere at hjemmebesøk kanskje var den eneste muligheten å nå sårbare grupper på. Dette formulerte en av informantene på denne måten

«..Nei, men det mener jeg at da får du kanskje lagt fram tinga dine på en anna måte, om dem kommer innom deg og snakker litt med deg».

FORSLAG TIL FOREBYGGENDE TILTAK I KOMMUNEN

De fleste synes det var vanskelig å komme med forslag til forebyggende tiltak som kommunen kan iverksette for eldre. Noen mente at det var noe en måtte tenke mer på, og andre mente at en har ansvar for å passe på seg selv. En informant beskrev dette;

«Jeg tenker helse hele tiden. Sunn middag og... grønnsaker hver dag, og frukt til dessert og alt.. hver dag. Så hvis mannen min sier åh nei, så svarer jeg jo du skal spise brokkoli, det er sunt! Tenk på det, og det fyller ikke så opp, og du blir ikke tjukk av det!»

Flere informanter mente tilbudet er bra som det er, og hadde ingen innspill på forbedringer.

«Her i kommunen er det veldig mange tilbud, det er aktiviteter hver dag – om man vil».

EVALUERING FRA ANSATTE

I løpet av de to årene hvor det ble gjennomført gruppemøter har ansatte høstet mange erfaringer.

OPPMØTE

I Hamar takket 41 % ja til møtet i 2013 og 22 % takket ja i 2014. På Gjøvik var oppmøte i 2013 på 38 %, mens det i 2014 økte til 53 %. Flere av 77-åringene hadde med seg pårørende eller bekjente på møtene, slik at antallet totalt sett på møtene var nokså bra. Bare noen få takket ja til hjemmebesøk i stedet for gruppemøte. Grunner som ble oppgitt fra de som takket nei til tilbudet var at de ikke følte behov, anså seg selv som aktive og spreke, var opptatt med andre ting eller var bortreist på tidspunktet. Noen oppga også at de selv eller ektefelle var syke, og at de på den tiden hadde nok med dette. De ønsket i stedet å ta kontakt senere ved behov.

Utforming av invitasjonen erfares å ha betydning for oppmøtet. I 2013 ble invitasjon sendt i form av brev, hvor dato for møtet var fastsatt. Målgruppen ble oppfordret til selv å ta kontakt for å melde seg på. Kun fåtallet gjorde dette. I ringerundene som ble foretatt for å sikre kontakt med alle, kom det frem at mange hadde «oversett» eller forlagt brevet de hadde fått. Som følge av dette endret Gjøvik invitasjonen i 2014. Invitasjon ble denne gangen sendt i form av brosjyre formet som kursinvitasjon. Denne ble lagt mer merke til og flere tok kontakt på egenhånd for å melde seg på, sammenlignet med året før. Dette året fikk også deltagerne mulighet til å velge mellom flere datoer for når de ønsket å delta på møtet. Dette var positivt i forhold til deltagelsen.

Tabell 2: Oversikt over andel takket ja til tilbudet

GJØVIK	2013	2014
Tilbud sendt ut	181	174
Andel takket ja	38,1%	53,4%
Andre som deltok	18	35
HAMAR	2013	2014
Tilbud sendt ut	172	166
Andel takket ja	41,2%	21,7%
Andre som deltok	25	12

GJENNOMFØRING AV MØTENE

Hamar og Gjøvik valgte å gjennomføre møtene noe ulikt med tanke på faglige temaer som ble tatt opp. Hamar vektla forebygging av fall, psykisk helse og hverdagslykke, mens Gjøvik i stedet la større vekt på bolig og bosituasjon i eldre år, i tillegg til fallforebygging. De ansatte opplever ikke å ha fått noen god indikasjon på hva som er rett og galt med tanke på valg av tema. Tilbakemeldinger ansatte fikk umiddelbart etter møtene, var at de fleste synes temaene som ble tatt opp var relevante. Inntrykket var likevel at deltagerne ikke følte behov for å bli opplyst om generelle helseråd i forhold til kjente tema

som fysisk aktivitet, ernæring eller sosialt nettverk. Mange ga uttrykk for at de var godt kjent med dette fra tidligere. Deltakerne satte i stedet stor pris på å få konkrete råd og tips om blant annet aktivitetstilbud i nærområdet, råd og eksempler på bolig og tilpasningsmuligheter, informasjon om helse- og omsorgstilbudet i kommunen og hvordan de kan bedre balanse og unngå fall. Dialog og erfaringsutveksling trekkes frem som noe av det viktigste med møtene fra de ansattes perspektiv. Ansatte opplevde at deltagerne satte pris på å møte andre i lignende situasjon, høre hvordan andre har tilrettelagt hverdagen og hvilke planer de har fremover.

Å innby til dialog og erfaringsutveksling var både interessant og skremmende på samme tid. Dette bidro til at møtene aldri ble like, og noen ganger kunne diskusjonene gå utenfor det som var intensjonen med dagen. Likevel opplevdes dialogen og samtalen mellom deltagerne som noe av det mest betydningsfulle med møtene. For å få gode dialoger ble det erfart at det er positivt å plassere deltagerne rundt små kafébord i grupper på fem til seks personer. De ansatte innledet deretter med en kort presentasjon om temaet som skulle diskuteres, før gruppene fikk utdelt spørsmål som utgangspunkt for samtalen rundt bordet. På den måten opplevde de ansatte at dialogen stort sett omhandlet tema for dagen.

I evalueringen har ansatte kommet fram til at varigheten på møtene burde være 3 – 3,5 time. Det første året ble det avholdt møter som varte i 4 timer, og selv om deltagerne rapporterte at dette var passe, opplevde ansatte at deltagerne ofte ble ukonsentrert på slutten av møtet. I 2014 ble det prøvd ut møter med varighet på 3 - 3,5 time. Det oppleves at dette er passe i forhold til å opprettholde engasjementet gjennom hele møtet og samtidig få tid nok til å gjennomgå ønskelige tema. Ved å korte ned møtene ytterligere ville dette gå på bekostning av dialog og samtale mellom deltagerne. Servering av lunsj og tilstrekkelig avsatt tid til pauser underveis oppleves også som positivt. Deltagerne fikk påspandert lunsj, da det var ønskelig at tilbudet skulle

være gratis å delta på. Man så at dette i noen tilfeller bidro til å øke motivasjonen for å delta på møtene. I gjennomsnitt ble det brukt 1500-2000 kr på servering per møte.

OM BETYDNINGEN GRUPPEMØTET KAN HA FOR ELDRE OG KOMMUNEN

Intensjonen med tilbudet var å sikre tidlig kontakt med eldre, bidra til bevisstgjøring og refleksjon rundt egen livssituasjon, og inspirere til ansvar for egen helse.

Ansatte vurderer at gruppemøte oppfyller intensjonen med å sikre kontakt med alle i målgruppen ved at alle får tilsendt skriftlig invitasjon, og det ble tatt kontakt på telefon med de som ikke ga tilbakemelding på invitasjonen. På denne måten får de fleste en samtale med ansatte i kommunen, og det gis mulighet til å avdekke behov for eventuelt andre tilbud. Det synes også å være positivt å ha mulighet for å tilby hjemmebesøk til de som ikke har anledning eller muligheter til å komme på gruppemøtene. Gjennom prosjektperioden har det kun vært en liten andel som ønsker hjemmebesøk, men ved å åpne for muligheten er det ingen som ekskluderes på grunn av praktiske årsaker.

Tilbudet med gruppemøter opplevdes også å ivareta intensjonen med å bidra til bevisstgjøring og refleksjon hos de eldre. Møtene ga en mulighet til å ta opp og informere om tema som kan ha betydning for eldre sin helse. Samtidig er det en mulighet for å informere om tilbudene kommunen har for eldre. Ansatte opplevde at det var store forskjeller på hvor reflektert eldre er med tanke på planlegging fremover. Noen hadde allerede tatt grep og gjort sine valg, mens andre tok en dag av gangen og avventet til situasjonen endret seg. Hvor mottakelige de eldre er for informasjonen som gis vil variere, men gjennom dialog med andre ble det utvekslet mange gode råd og tips. Flere av de eldre ga uttrykk for at gruppemøtene har bidratt til at de har «fått noe å tenke på».

Det opplevdes ellers som positivt at det på møtene ble anledning til å avklare forventninger mellom innbyggerne og kommunen. Dette med tanke på hvilken type hjelp kommunen kan bistå med i fremtiden, og hva innbyggerne selv må ta ansvar for i større grad. Spesielt oppklaring rundt hva kommunens tilbud om omsorgsbolig er, og hvem som er målgruppen for dette, synes å være nyttig å avklare.

OM MÅLGRUPPEN

Ansatte mener at tilbudet passer for målgruppen 77 år. Det er ønskelig å komme ut med informasjon før eldre opplever store utfordringer med egen helse, og samtidig bør de kunne relatere informasjonen som gis til egen livssituasjon. Ut fra de ansattes erfaring er det kun fåtallet av 77-åringene som har omfattende helse- og omsorgstjenester, og således ikke får invitasjon. Dette indikerer at man kommer inn før behov for tjenester oppstår. De som takket ja til tilbudet opplevdes i stor grad å være ressurssterke eldre.

OPPFØLGING

Tilbud om oppfølging ble blant annet gitt i form av kursmodellen «Lyst på livet» (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009). Responsen på tilbudet har variert mellom kommunene. Hamar lyktes med å rekruttere flere av sine 77-åringer videre på kurset, mens det i Gjøvik ikke var like stor respons. På Gjøvik ble det erfart at ønske om oppfølging varierte mellom hjemmebesøk, deltakelse på lærings- og mestringskurset «Bli stø på foten» eller å bli med i noen av de andre gruppeaktivitetene i kommunen. Det var kun fåtallet som ga uttrykk for ønske om individuell oppfølging.

GRUPPEMØTE VERSUS INDIVIDUELLE HJEMMEBESØK

Gruppemøte, sammenlignet med individuelle hjemmebesøk, erfares fra ansatte å gi noe av den samme effekten for målgruppen. Begge tilbudene sikrer kontakt med eldre, og inspirerer til refleksjon. Individuelle hjemmebesøk har en fordel ved at de gir større muligheter for å tilpasse informasjonen som gis ut fra individuelle behov. På gruppemøtet får eldre muligheten til å treffe andre i lignende situasjon og høre deres erfaringer. Ansatte har inntrykket av at dette kan sette større spor enn individuell samtale.

Sett i forhold til ressursbruk og tid benyttet for å gjennomføre tilbudene, oppleves det at gruppemøter er mer effektive. Gruppemøtene ble gjennomført over en periode på 4-5 uker. Dette frigjorde tid resten av året, som kunne benyttes på andre forebyggende tilbud til andre målgrupper. Blant annet tilbud om forebyggende hjemmebesøk til eldre i risikogrupper med mulighet for individuell oppfølging over tid, samt utvikling av lavterskelaktiviteter.

EVALUERING FRA 70-ÅRS GRUPPA

Hva som er rett alder for å tilby et gruppemøte har vært mye diskutert i prosjektgruppen. Hovedhensikten er å legge til rette for helsefremming og opprettholdelse av funksjon så lenge som mulig. For å kunne gjøre dette på best mulig måte kan det være ønskelig å komme i kontakt med morgendagens eldre på et tidlig tidspunkt, mens de ennå har ressurser og overskudd til å gjøre endringer i eget liv.

Det ble derfor gjennomført en prøverunde der 70-åringene ble invitert til gruppemøtet. Innholdet ble noe justert, men informasjonen var mye den samme som var blitt presentert for 77-åringene.

For å innhente erfaringer fra deltagerne på disse møtene ble det gjennomført intervju med fem personer.

70-åringene uttrykker i utgangspunktet mange av de samme erfaringene som 77-åringene. De syntes det var et fint gruppemøte, det var hyggelig å treffe andre og dagen var godt gjennomført. Alle var imidlertid enige om at de opplevde at dette var for tidlig. De opplevde ikke at informasjonen passet til deres livssituasjon. En sa det slik:

«Det var en fin dag, men jeg syntes det var for tidlig. Føler jeg har hverdagen full, har også et godt sosialt nettverk, nei - så informasjonen de kom med traff ikke helt».

ANSATTES ERFARINGER MED TILBUD OM FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE I RISIKOGRUPPER

OM MÅLGRUPPEN

Ansatte opplevde det som nyttig å tilby forebyggende tiltak til eldre i risikogrupper. Målgruppen som ble valgt ut i prosjektet opplevd som rett med tanke på muligheten til å forebygge og fremme helse. Utfordringen har vært å fange opp målgruppen tidlig nok. Ofte kommer henvisningene etter at mange har levd med sine utfordringer i mange år, og behovet for hjelp har oppstått. Det krever ofte en større innsats, både fra den eldre selv og fra kommunen, for å snu utviklingen.

Som følge av økt fokus og samarbeid med fastleger, hjemmetjenesten og Tjenesteenheten har de forebyggende tjenestene både i Hamar og Gjøvik fått økt henvisninger på eldre i risikogrupper (tabell 5).

ANTALL HENVISNINGER	2011	2012	2013	2014
GJØVIK	16	31	38	50
HAMAR	22	22	43	62

Tabell 3: Henvisninger i perioden 2011 – 2014

OM HJEMMEBESØKET

Det opplevdes positivt fra ansattes perspektiv å gi tilbud om hjemmebesøk som første kontakt etter en henvisning. Gjennom besøket fikk den ansatte muligheten til å bli kjent med og få økt innsikt i den enkeltes situasjon. Her ble det kartlagt behov og ønsker videre, noe som dannet grunnlag for anbefalinger og oppfølging.

Til eldre med falltendens eller nedsatt balanse ble det høstet gode erfaringer med bruk av test under hjemmebesøket. Testen SPPB, som ble benyttet, synes å gi et godt bilde av fysisk funksjon og balanse. Dette har dannet grunnlag for videre tiltak. De eldre har også gitt positive tilbakemeldinger på å bli testet. De ga uttrykk for at de gjennom denne fikk et bedre bilde av egen situasjon, noe som ofte bidro til økt motivasjon for å starte opp med tiltak.

Ansatte opplevde videre at eldre setter pris på å få tydelige og konkrete råd i forhold til type tiltak som anbefales. En god erfaring har vært å skrive ned tiltakene og avtalene som gjøres til hver enkelt. På den måten har også pårørende fått innsikt i hva som er avtalt. Dette kan være en fordel da det ofte kan være pårørende som tar ansvar for at noen av tiltakene kommer på plass, for eksempel montering av rekkverk i trapp.

OM SAMARBEIDET MED FASTLEGER

På Hamar, hvor Friskliv Senior innledet samarbeid med fastleger, har dette ført til økt henvisninger. Før prosjektoppstart hadde Friskliv Senior i gjennomsnitt to henvisninger fra fastlegene i året, mens gjennom prosjektet har henvisningene fra fastleger økt til hele 38 i 2013 og 2014.

Det avgjørende for samarbeidet har vært å ha en fast kontaktperson fra fastlegene. Denne har fungert som bindeledd mellom Friskliv Senior og andre fastleger i kommunen. Det opplevdes nyttig å ha faste møtepunkter med samarbeidspartneren gjennom

året. Dette har gitt mulighet til å justere og utvikle samarbeidsrutinene ytterligere. Mye av samarbeidet med fastlegene har handlet om å synliggjøre Friskliv Senior sin rolle og tilbud. Blant annet fikk alle legene tilsendt skriftlig brev med oversikt over tilbudene.

En utfordring har vært å formidle hvem som er rett målgruppe for de forebyggende tilbudene. Noen av henvisningene som kom viste seg å være personer med behov for andre helse- og omsorgstjenester. En annen utfordring synes å være å få alle fastlegene til å benytte tilbudet ved Friskliv Senior og henwise eldre i målgruppen. Henvisningene som ble mottatt kom ofte fra de samme legene, og kun ti av totalt 32 leger benyttet seg av henvisningsmuligheten.

Case:
Henvisning mottatt fra fastlege



Anna 80+ ble henvist til Friskliv Senior fra fastlegen. Det ble opplyst at hun hadde lite nettverk og følte seg isolert.

Et forebyggende hjemmebesøk ble avtalt. Her fortalte Anna at hun var dårlig til bens, og at hun tidligere hadde vært glad i å holde seg i form «mens kroppen tålte det». Under hjemmebesøket fikk Anna blant annet instruksjon i enkle øvelser for å forebygge fall.

Friskliv Senior tok videre kontakt med Anna igjen en tid etter besøket for høre hvordan det gikk. Hun fortalte da at hun var veldig glad for øvelsene hun hadde lært, og hun hadde forsøkt å gjennomføre programmet de dagene hun var i form til det. I tillegg hadde hun blitt med i en samtalegruppe for å komme ut av isolasjonen og treffe andre.

OM SAMARBEIDET MED HJEMMETJENESTEN OG TJENESTEENHETEN

Samarbeidet med hjemmetjenesten bidro med få henvisninger, kun seks henvisninger ble mottatt. Gjennom forsøket med å sende brev til alle med vedtak på trygghetsalarm var det også få som tok kontakt med Rådgivningstjenesten 65+ med ønske om hjemmebesøk.

Underveis i prosjektet ble samarbeidet rettet inn mot Tjenesteenheten i kommunen. I løpet av prosjektperioden mottok Rådgivningstjenesten 19 henvisninger fra dem. Flere har også tatt kontakt på egenhånd etter oppfordring fra enheten. Henvisningene som ble mottatt var relevante for de forebyggende tilbudene. Ofte gjaldt det eldre som søkte om trygghetsalarm, støttekontakt og i noen tilfeller psykisk helsearbeid.

Samarbeidet med Tjenesteenheten har bestått i jevnlig møtepunkter 1-2 ganger i året. Her ble det diskutert målgrupper, samarbeidsrutiner og tilbud. Ansatte trakk fram at det ble ansett som en fordel at Tjenesteenheten består av få ansatte. Det var lett å nå ut med informasjon til alle.

Case:

Henvisning mottatt fra Tjenesteenheten

Erik på 79 år ble henvist til Rådgivningstjenesten 65+ fra Tjenesteenheten. Han hadde søkt om støttekontakt, og ble henvist for informasjon om andre aktivitetstilbud i kommunen.



Det ble avtalt et forebyggende hjemmebesøk. Erik bodde alene og fortalte under besøket at han hadde lite aktiviteter i hverdagen. Dette hadde resultert i at han hadde fått nedsatt fysisk funksjon, og han følte seg nedstemt og i dårlig humør. Han ønsket gjerne å komme i gang med aktiviteter.

Under besøket ble det gitt informasjon om aktivitetstilbud i kommunen, og Erik fikk presentert noen enkle trimøvelser. Det ble avtalt å henvise til Frivilligsentralen med behov for turvenn. I påvente av dette ble det avtalt oppfølging i form av ukentlige gåturer sammen med Rådgivningstjenesten 65+. Det ble også forsøkt å motivere Erik til deltagelse på aktiviteter som trimgruppe og møteplassen «Torsdagstreffet».

Etter ett par måneder var Erik i gang med deltagelse på «Torsdagstreffet» og hadde fått kontakt med en frivillig turvenn. Turvennen kunne også tilby Erik skyss til gruppetrim en gang i uka.

EVALUERING AV MØTEPLASS TIL PÅRØRENDE

Møteplass for pårørende ble arrangert tre ganger i løpet av våren 2014. Møtene ble markedsført via reportasje og annonse i lokal avis, samtidig som hjemmetjenesten i de to samarbeidende distriktene spredde informasjon om tilbudet til pårørende de var i kontakt med.

Oppslutningen om møteplassen ble liten. Det kom ingen på det første møtet, to dukket opp på det neste, mens bare en møtte opp på siste møtet. Det lyktes derfor ikke med rekruttering av pårørende til møteplassene. De som dukket opp hadde imidlertid sterke historier å fortelle, og ga uttrykk for at de syntes det var godt å snakke med andre om sin situasjon.

DISKUSJON

I alle kommuner vil det være viktig å finne den mest effektive måten å jobbe forebyggende og helsefremmende på, og for kommuner med lite ressurser vil man også gjerne finne den mest ressursbesparende måten slik at man kan utvikle og opprettholde et bredt tilbud. Med bakgrunn i forskning og nasjonal satsing (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b), samt at mange eldre ønsker å bo hjemme og klare seg selv lengst mulig, vil det være viktig å tilby forebyggende tilbud til eldre.

Forskningen på effekten av ett enkelt forebyggende hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2014; Gustafsson et al., 2012; Huss et al., 2008; Mayo-Wilson et al., 2014; R. Skumsnes et al., 2013) og resultatene fra evalueringen av tilbudet om ett hjemmebesøk i Gjøvik og Hamar kommune, rettet et spørsmål om dette var den mest hensiktsmessige måten å drive forebyggende og helsefremmende arbeid for eldre på. Dette var noe av bakgrunnen for at Hamar og Gjøvik begynte å tenke annerledes rundt organiseringen av forebyggende hjemmebesøk.

MÅLGRUPPE OG ALDERSTRINN

Helt siden oppstart av tilbudet med forebyggende hjemmebesøk i Hamar og Gjøvik har det vært gruppen på 77 år som har blitt prioritert. Under utvikling

og utprøving av ny modell ble alder og målgruppe et tema til diskusjon. Det ble diskutert i samtaler med elderrådet, samtaler med andre kommuner og ansatte, hvor vi forsøkte å kartlegge om 77 år var den mest hensiktsmessige alderen å henvende seg til. På bakgrunn av dette ble det derfor også prøvd ut gruppemøter til en gruppe 70-åringere på Hamar. Tilbakemeldinger fra informantene på 77 år, var at de ikke hadde noen sterke meninger rundt alder. Flertallet ga uttrykk for at de synes 77 år var passe for et slikt tilbud. Noe synes det var for tidlig, mens andre syntes det var for sent. I følge evalueringen fra 70 års gruppen viste dette seg å være for tidlig. De ga uttrykk for at de ikke klarte å relatere informasjonen til sin livssituasjon. I flere kommuner i Norge er det 80-åringene som tilbys hjemmebesøk (Førland & Skumsnes, 2014). Gjennom diskusjon har vi kommet frem til at 80 år kan være noe sent, med tanke på intensjonen bak tilbudet. Formålet er å sikre tidlig kontakt med eldre og bidra til refleksjoner om egen helse og livssituasjon, samt påvirke til endringer mens de har ressurser og overskudd. Noen av informantene peker på at endringer i helse og funksjon kan skje raskt, og at 80 år kanskje blir for sent. Å finne en bestemt fasit på hva som er rett alder for et oppsøkende tilbud tror vi vil være vanskelig. Det vil alltid være individuelle forskjeller for når eldre føler behov. Valg av målgruppe bør uansett sees i sammenheng med intensjonen kommunen har med tiltaket. Det positive med å ha et oppsøkende tilbud, er at kommunen på denne måten sikrer at eldre, en eller annen gang i løpet av pensjonisttilværelsen, får kontakt fra kommunen. Dette er noe som i seg selv kan bidra til trygghet og tillit. Flere av informantene fra intervjuene peker på at de synes det er bra kommunen bryr seg om de eldre, og at de blir husket på og sett.

I forhold til hvem som takker ja og hvem som takker nei til det oppsøkende tilbudet, viser evalueringene at det ikke er store forskjeller mellom tilbud om individuelt besøk og gruppemøte. De som takker ja er i hovedsak eldre som oppleves å være

ressurssterke, men funn fra forskning understreker at ressurssterke også kan ha nytte av et forebyggende hjemmebesøk (Smedt, 2011). Både gjennom de individuelle besøkene og gruppemøtene opplevde ansatte at det kun var fåtallet man kom i kontakt med som befant seg i en sårbar situasjon. Det kan tenkes at denne gruppen befinner seg i andelen som takker nei. Samtidig viste det seg at grunnen til at eldre takker nei var at de ikke følte behov, var opptatt med andre ting eller følte de hadde nok aktiviteter i hverdagen. Dette kan tyde i retning at man bør velge en annen tilnærming eller annen aldersgruppe, om intensjonen med tilbudet er å fange opp eldre i en sårbar situasjon.

OPPMØTE

Oppmøtet på gruppemøtene gikk ned, sammenlignet med andelen som takket ja til individuelle hjemmebesøk. Hjemmebesøkene hadde rundt 60 % som takket ja, mens det på gruppemøtene lå på mellom 40 % (Hamar) og 53 % (Gjøvik). Hva nedgangen skyldes har vært diskutert i prosjektgruppen, og noe av det som løftes frem som en av årsakene er utforming av invitasjonen. Evalueringene fra prosjektet viser at oppmøtet på Gjøvik fikk en oppsving når de endret sin invitasjon fra brev til brosjyre. Dette skapte større oversikt og ga mer plass til tekst som beskrev dagen. Utforming av invitasjon ser derfor ut til å spille en vesentlig rolle for påmelding. Dette samsvarer også godt med tidligere forskningsfunn om hvor viktig det er med nok informasjon i forkant av et forebyggende hjemmebesøk (Smedt, 2011; Tøien et al., 2014). Utfordringen er å formulere en god tekst hvor budskap og hensikt med tilbudet kommer tydelig frem for mottakeren. Til tross for økt fokus på invitasjonen, var det en gjennomgående tilbakemelding fra informantene om at de ikke var sikre på hva hensikten med møtet var, før de deltok på det. Dette tyder på at det kan være behov for å jobbe ytterligere med

utforming av en god invitasjon. Kanskje kan det være en tanke å innhente bistand i forhold til design og tekstformulering.

Noe som også ble diskutert var hva man skulle kalle denne dagen. Gjøvik valgte å kalle det for et informasjonsmøte, mens Hamar inviterte til et dagseminar. En ønsket å ha et navn som på best mulig måte kunne gi et bilde av hva tilbudet dreide seg om. Informasjonsmøte henspiller til passiv deltagelse, mens ønske var å motivere og inspirere til aktiv deltagelse. Hamar mente derfor seminar hørtes mer friskt og aktivt ut, og stod mer i samsvar med ønske om en aktiv deltagende gruppe.

En annen faktor som trekkes frem som viktig for oppmøtet, er telefonkontakten i etterkant av den skriftlige invitasjonen. De som ikke selv tok kontakt, fikk en telefon fra en ansatt. Dette for å sikre personlig kontakt med alle og gi ytterligere informasjon om tilbudet. Det trekkes frem av de ansatte at dette var vesentlig for å motivere flere til å delta. Hamar opplevde å nå færre ved oppringing i 2014 enn i 2013, og oppmøteprosenten falt også en del fra året før. Sett i sammenheng med at telefonoppriking gir de inviterte mer informasjon og trygghet på hva møte dreier seg om, og at mange rekrutteres via en slik samtale, kan man anta at færre telefonsamtaler også gir færre deltagere på møtet.

Det erkjennes samtidig at det kan ligge et potensiale i forhold til å videreutvikle tilnæringsmåten ansatte har overfor den eldre i telefonsamtalen, for å kunne motivere enda flere til å delta.

Valgfrihet ser også ut til å ha innvirkning på oppmøte og deltagelse. Under den første utprøvingen med gruppemøter ble deltagerne invitert til en eksakt dato, men de ansatte erfarte at det da kunne være vanskelig for noen å få det til å passe. Derfor ble det i andre runde sendt ut invitasjon med flere aktuelle datoer. Dette opplevdes å gjøre det lettere for de eldre å velge dag, og samtidig ble det mindre administrasjon for de ansatte. Å tilby hjemmebesøk som et alternativ

til de som takker nei til gruppemøte, synes også å være positivt. Kun fåtallet ønsket et slikt besøk i stedet for, men ansatte trekker frem at dette i noen tilfeller kan være et godt alternativ. Det vil også bidra til større valgmuligheter i forhold til tidspunkt, og for noen kan det oppleves enklere å motta et besøk, enn å delta i større grupper. Ved å ha hjemmebesøk som et alternativ unngår man i tillegg at noen blir ekskludert fra tilbudet på grunn av praktiske utfordringer.

Det har også blitt diskutert hvilken tid på året man skal velge å gjennomføre møtene. Det første året ble møtene gjennomført i vinterhalvåret både på Hamar og Gjøvik. Det er mulig dette kan ha hatt noe å si for oppmøtet. Vær og føreforhold kan være til hinder for deltagelse, samt at flere ga uttrykk for at de var på reisefot denne årstiden. På sommeren derimot kan mange være opptatt med andre ting, som ferie, barnebarn, hagearbeid, reising og så videre. Gjøvik prøvde det andre året å legge gruppemøtene til mai – juni, noe de opplevde som positivt. Samtidig må kommunen ta hensyn til andre tilbud de har. En grunn til at Hamar ønsket å gjennomføre møtene tidlig på året var blant annet for å kunne ha mulighet til å starte opp med kurset «Lyst på livet» umiddelbart etter møtene. Dette så man som en fordel for rekrutteringen til kurset, og man rakk da å gjennomføre et helt kurs innen samme år og før neste gruppe 77-åringer skulle inviteres.

En annen ting som ble drøftet å kunne ha innvirkning på oppmøtet var om det er enklere å takke ja til et hjemmebesøk hvis man er usikker, enn å takke ja til deltagelse på gruppemøte. Dette begrunnes med at gruppemøte kan oppleves å være noe mer forpliktende enn et hjemmebesøk. Her må de ta seg aktivt til møtet på egenhånd, og det kan være usikkerhet knyttet til hva som venter dem og hvem de får møte. Dette kan bidra til at terskelen for å takke ja blir større enn ved et besøk. Ved hjemmebesøk er den eldre i sine kjente omgivelser, noe som skaper trygghet. Til tross for en nedgang av andelen som takket ja etter overgang til ny modell, opplevdes det positivt at det i stedet

deltok flere andre på møtene. Det ble åpnet for at alle kunne ta med seg ektefelle eller en bekjent, noe mange benyttet anledningen til. I 2013 var det 25 stykker på Hamar og 18 stykker på Gjøvik som deltok i tillegg til 77-åringene. Å ha denne muligheten til å ta med kjente synes å være en motivasjonsfaktor for å møte på dagen. Det skaper trygghet å gå sammen med noen en kjenner. Ansatte opplevde også på denne måten å få en bredere kontaktflate ut til kommunens befolkning. De ansatte var derfor fornøyd med oppmøtet totalt sett.

Oppmøte og deltakelse kan også diskuteres opp mot de eldres autonomi og rett til å styre over eget liv. Helsefremmende arbeid legger vekt på «empowerment» og derav at alle skal settes i stand til å ta styring i eget liv uten for mye innblanding av såkalte eksperter (Naidoo & Wills, 2009). Når det gjelder å takke ja til et forebyggende hjemmebesøk sa blant annet en informant «hvis kommunen vil komme på besøk, så må de jo bare det». Et slikt hjemmebesøk fra kommunen kan i så måte virke mer passivt og obligatorisk, hvor noen kommer for å kontrollere hvordan den eldre lever. Et gruppemøte man aktivt og frivillig drar på etter å ha blitt invitert, er mer i tråd med en helsefremmende tankegang. Det legges mer opp til den enkelte om de vil delta eller ikke. Dette kan oppleves som en mindre inngripen i privatlivet, og er i større grad basert på interesse og motivasjon fra den eldre. Gjennom evalueringene viser det seg at de man når ut til er de samme, en ressurssterk gruppe, både når det er snakk om hjemmebesøk og gruppemøte. Dette viser at risikogruppene må fanges opp på andre måter. En kan stille spørsmålet om det derfor er naturlig og greit at oppmøtet blir lavere med et gruppemøte, i og med at det er et helsefremmende tilbud som er opp til hver enkelt å avgjøre om de ønsker å delta på.

FAGLIG INNHOLD OG ORGANISERING AV MØTET

Tema som ble valgt presentert på gruppemøtet var kjente tema basert på offentlige anbefalinger innen folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). I den første gjennomføringen av gruppemøtene opplevde de ansatte at det ble for mye undervisning og noe passiv deltagelse fra de eldre. Selv om det var lagt opp til at man kunne snakke og stille spørsmål til de ulike temaene, var det fåtallet som benyttet seg av dette. Det kom også tilbakemelding gjennom evaluering at de eldre ønsket mer tid til diskusjon. Det andre året ble innholdet endret og undervisningsdelen utgjorde da et minimum for å legge større vekt på samtale og diskusjon i grupper. Dette ble begrunnet med at aktiv læring er en bedre læringsform enn å passivt motta informasjon (Bjørke, 2006), samt at hver enkelt skal ta ansvar for egne valg og egne liv (World Health Organization, 1948).

Tema informantene trakk frem å huske best fra møtene var informasjon om hvor de kan henvende seg ved behov og informasjon om aktivitetstilbud i kommunen. De trakk også frem praktiske øvelser som bra. Dette samsvarer med evalueringen fra ansatte som også ga uttrykk for at de eldre var mest nysgjerrige på informasjon om muligheter og tilbud i kommunen, fremfor generelle helseråd. Informantene ga ingen uttrykk for at det var tema de savnet. De synes det var fint å dele erfaringer med hverandre og treffe andre i lignende situasjon. Dette er også noe ansatte trakk frem som noe av det mest betydningsfulle med dagen. Gruppearbeidet ble organisert ved at det ble utformet et ark med spørsmål knyttet til de ulike temaene, og deltagerne satt i små grupper og diskuterte med utgangspunkt i disse spørsmålene. De ansatte var aktivt med for å stimulere til deltagelse. Dette opplevdes av de ansatte å være en god måte å organisere dagen på.

Selv om dialog og erfaringsutvekslinger i grupper trekkes frem som positivt, kan dette også by på utfordringer. Noen av informantene ga uttrykk for

at de synes det ble for mange på en gang, og at noen fikk prate for mye. De ansatte nevnte også noe av det samme. Ved å åpne for dialog og erfaringsutveksling innebærer dette at deltagerne gis mer makt, og de får mulighet til å styre noe av innholdet på møtet. Dialogen kan derfor ta en annen retning utover det som er intensjonen med møtet. Utfordringen er å finne en god balansegang mellom dialog og rammen for dagen. Som nevnt tidligere synes det å være en god hjelp å innlede kort rundt et tema, og ha formulert noen åpne spørsmål til deltagerne. Kompetansen til de ansatte kan være en annen avgjørende faktor. Det oppleves å kunne være en fordel med kompetanse eller erfaring fra gruppeledelse og helsepedagogikk.

Å sette av tid til pauser og servering av lunsj på gruppemøtet, sees på som et bidrag til å skape god stemning blant deltagerne. I prosjektet ble det benyttet litt ressurser for å spandere lunsj. Dette oppleves fra de ansatte å være verdifullt med tanke på at det kan bidra til økt motivasjon for deltagelse på tilbudet. Det er et ønske fra kommunen å komme i kontakt med flest mulig, og hvis en matbit kan motivere til deltagelse og bidra til god stemning, kan dette være en lav pris å betale for å få eldre til å ta mer ansvar for egen helse. Kanskje vil også utgiftene til lunsj oppveie det de ansatte sparer inn i forhold til kjøreutgifter de hadde ved individuelle besøk.

OPPFØLGING

Forskning fremhever at oppfølging er viktig for effekten av forebyggende hjemmebesøk (Gustafsson et al., 2012; Sahlén, 2002). Flere av informantene fra intervjurundene ga også uttrykk for at de trodde det måtte til oppfølging for at det skulle skje endringer i eget liv. Dette var grunnen til at det var ønskelig å gi tilbud om oppfølging i den nye modellen.

De som deltok på gruppemøtet fikk tilbudet om kurset «Lyst på livet» som oppfølging. Rekruttering til dette kurset via 77-møtene varierte. Hamar

lyktes i større grad enn Gjøvik å rekruttere til sine kurs. Årsaken til dette er usikkert. Kanskje var det avgjørende at Hamar var tydeligere og brukte mer tid på å presentere tilbudet «Lyst på livet» på sine gruppemøter. De la presentasjonen til midt i møtet, mens Gjøvik la den på slutten. Hamar fikk på den måten mulighet til å snakket med sine deltager i lunsjpausen om tilbudet, og kanskje dette bidro til økt entusiasme. Hamar viste også alltid videoen som er laget om kurset, mens Gjøvik valgte å ikke vise denne det andre året. Grunnen til dette var at ansatte på Gjøvik fikk tilbakemeldinger om at flere av deltagerne syntes videoen var for «glanset» og at det ble for positivt og optimistisk fremstilt. På Hamar derimot ga de eldre motsatte tilbakemeldinger, og syntes videoen var inspirerende å se på og bidro til at de fikk lyst til å melde seg på kurset. En annen faktor som kan ha virket inn på rekrutteringen er at Hamar klarte å engasjere eldre som ville lede kurset og som ble gode representanter for nye kurs fremover. Dette gikk ikke like lett i Gjøvik.

Andre ting som kan ha virket inn på rekrutteringen, kan være mangel på motivasjon til endring av egen hverdag. En del av formålet til «Lyst på livet» modellen er å gi mulighet til endring av egne rutiner og vaner. Som tidligere nevnt, opplevde ansatte at det stort sett var ressurssterke eldre som deltok på gruppemøtene. Flere informanter ga uttrykk for at de ikke ønsket eller følte behov for å endre på noe, og at de var tilfreds med egen hverdag slik den var.

For noen kan det også tenkes at «Lyst på livet» modellen virket skremmende. Kanskje ble det for omfattende med et kurs som går over seks måneder. Til tross for samlinger kun en gang i måneden, kan det tenkes at de ikke ønsker å binde seg opp for så lang tid fremover. Eldre er i dag en gruppe som ofte er mye ute og reiser og har mange andre aktiviteter i hverdagen sin. Gjøvik opplevde at de som ønsket oppfølging, gjerne ønsket å benytte seg av andre typer tilbud. Dette kunne dreie seg om hjemmebesøk, samtaler, deltagelse på lærings- og mestringskurs eller oppstart på andre lavterskelaktiviteter i kommunen. Dette kan tyde på at

noe av det viktigste med tanke på oppfølging, er å ha et variert utvalg av tilbud som kan dekke ulike behov. Blant annet har Sundsli et al (2014) funnet at systematisk og jevnlig oppfølging over telefon, kan være et alternativt og godt tiltak i helsefremmende arbeid mot eldre.

Ellers stilles det spørsmål om oppfølging er av stor betydning. I evalueringen fra ansatte oppleves det å være fåtallet som ga uttrykk for behov for dette. Dette samsvarer også med det inntrykk informantene ga om at de ikke følte behov på nåværende tidspunkt, men at de syntes det var fint med informasjon om hvor de kunne ta kontakt senere. Forskning trekker imidlertid frem betydningen oppfølging har for effekt av forebyggende hjemmebesøk (Gustafsson et al., 2012; Sahlén, 2002). Spørsmålet er om dette i hovedsak gjelder for hjemmebesøk som gis til sårbare grupper, eller om det også gjelder for tilbud til ressurssterke eldre. I så tilfelle kan det være interessant å undersøke nærmere hvordan ressurssterke eldre kan motiveres til å gjøre endringer i egen hverdag.

ER GRUPPEMØTER HENSIKTSMESSIG?

Ut fra evalueringene som foreligger med utprøving av gruppemøter til 77-åringer, viser dette at tilbudet oppfyller intensjonen. Erfaringene fra intervjuene med eldre som hadde mottatt hjemmebesøk og eldre som deltok på gruppemøte viste at begge gruppene har mange av de samme refleksjonene rundt tilbudet de hadde vært med på. Begge gruppene føler seg sett og verdsatt, og satte pris på å få tilbudet. Begge gruppene syntes de hadde fått nyttig informasjon, og flertallet uttrykker at de foretrakk den modellen de selv hadde deltatt på. De som hadde fått hjemmebesøk syntes det var positivt – og var litt skeptiske til om de ville deltatt på et gruppemøte. Omvendt var deltagerne på gruppemøtene positive til det tilbudet, og syntes det hadde vært rart om kommunen skulle kommet hjem til dem på et besøk.

Kommunen sikrer fremdeles kontakt med alle gjennom skriftlig invitasjon, samt telefonoppfølging i etterkant. Flere av informantene, samt ansatte, peker på at dialog og gruppearbeid og det å treffe andre i lignende situasjon er noe som bidrar til refleksjon og bevisstgjøring om egne valg. En informant sa blant annet at gruppemøtet hadde gitt ham det lille dyttet han trengte for å gjøre noe med egen bosituasjon.

En annen fordel med gruppemøtene er at ansatte opplever at det å komme i kontakt med eldre på et tidlig tidspunkt, åpner for muligheten til å avklare forventninger mellom innbyggerne og kommunen. Det tenkes da på forventninger i forhold til eventuell fremtidig hjelp. Ved å informerer om hvilke tjenester og tilbud kommunen kan bistå med, og hva innbyggerne selv må ta ansvar for, kan dette på sikt bidra til bedre samarbeid.

Ressursbruk er alltid et tema i offentlig sektor. Med fremtidens samfunnsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b) vil det hele tiden være nødvendig å tenke på hvordan man kan jobbe mest mulig effektivt. Ved å samle 77-åringene i grupper, ser man at dette bidrar til frigjorte ressurser. Dette er ressurser som igjen kan benyttes inn mot andre grupper eldre for å utvikle et variert forebyggende tilbud til flere. Eldre er, som alle andre grupper i befolkningen, ingen ensartet gruppe. Det er derfor nærliggende å tro at et variert forebyggende tilbud er mest hensiktsmessig for å imøtekomme ulike behov, og bidra til god helse i eldre år. Andre tilbud som kan være aktuelle er hjemmebesøk til risikogrupper, lærings- og mestringstilbud, ulike aktivitetstilbud, informasjon og helseopplysning i forskjellige fora.

Sammenlignes evalueringene i forhold til opplevd nytte, ser man ingen store forskjeller. Det var en gjennomgående tilbakemelding at hjemmebesøket og gruppemøtet var bra. De fleste hadde tenkt igjennom mange av temaene og problemstillingene på forhånd, og få opplevde endringer i hverdagen i etterkant av tilbudene. Videre ble det gitt uttrykk for at både de som hadde mottatt hjemmebesøk og de som deltok på gruppemøtet, følte seg bedre rustet hvis de skulle

få behov for tilbud eller hjelp fra kommunen, fordi de hadde fått kontaktpersoner og informasjon om hva som er mulig i egen kommune. Fordelen med hjemmebesøk er at her kan informasjonen som gis tilpasses den enkelte, samtidig som de ansatte blir bedre kjent med den eldre. Fordelen med gruppemøtene derimot var at mange ga uttrykk for at dette var en sosial og hyggelig forekomst, hvor man kunne utveksle erfaringer med hverandre. Dette bidro til at deltagerne ikke var passive mottakere av informasjon, noe som er et viktig prinsipp i helsefremmende arbeid (World Health Organization, 1948).

På bakgrunn av at gruppemøter bidrar til frigjorte ressurser, samtidig som nytteverdien vurderes å være tilnærmet lik mellom hjemmebesøk og gruppemøter, ansees dette å være et hensiktsmessig tilbud og et godt alternativ til oppsøkende forebyggende hjemmebesøk.

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK TIL ELDERE I RISIKOGRUPPER

Ressursene som blir spart ved å gjennomføre gruppemøter i stedet for hjemmebesøk til alle 77-åringene, kan benyttes til blant annet oppfølging av personer i risikogrupper. Informantene fra det oppsøkende tilbudet var opptatt av at det sikkert var en gruppe som i større grad trengte et slikt tilbud - «de andre». Hvem de mente de andre var, er usikkert, men det kan tenkes at de refererer til eldre i risikogrupper. Samtidig ble det erfart at man ikke kom i kontakt med sårbare grupper via det oppsøkende tilbudet. I prosjektet ble det derfor satt et økt fokus på å fange opp eldre i risikogrupper gjennom samarbeid med fastleger, hjemmetjenesten og Tjenesteenheten.

SAMARBEIDSPARTNERE

FASTLEGENE

Samarbeidet med fastlegene i Hamar opplevdes positivt av de ansatte. De opplevde en markant økning i antall henvisninger som følge av samarbeidet. Før prosjektet mottok de rundt to henvisninger fra legene i året, mens det i løpet av prosjektet ble mottatt 38 henvisninger.

Det som trekkes frem i evalueringen som bra ved samarbeidet på Hamar var at de hadde med en fast kontaktperson fra legene i prosjektet. Det trekkes også frem som positivt at representanten hadde et personlig engasjement for forebyggende arbeid. Informasjonen nådde ut til alle legene ved at representanten fungerte som bindeledd mellom sine egne kollegaer og Friskliv Senior. På en annen side kan det tenkes at dette også bidrar til å gjøre samarbeidet sårbart, og at det kan by på utfordringer ved implementering av samarbeidsrutinene etter avsluttet prosjektperiode. Derfor er det laget prosedyre for det videre samarbeidet, der man blant annet sender ut skriftlig informasjon to ganger i året for å holde samarbeidet «varmt». I tillegg kan det stilles spørsmål om personlig engasjement er avgjørende for å få til et vellykket samarbeid. I forskrift om fastlegeordningen i kommunen er forebyggende arbeid nevnt som en av legenes arbeidsoppgaver (2013). Samtidig så man i prosjektet at kun 10 av totalt 32 leger benyttet seg av muligheten til å henvise til Friskliv Senior. Dette tyder på at det ligger et potensiale for at samarbeidet kan utvikles ytterligere, og at enda flere eldre kan bli henvist med tanke på forebyggende tilbud.

I forhold til målgruppen for de forebyggende tjenestene, opplevde ansatte at det i starten var utfordrende å formidle hvem som var rett målgruppe. Ved flere anledninger ble det mottatt henvisninger på eldre som hadde behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester. Gjennom fortløpende dialog og tilbakemeldinger til henvisende lege, fikk man avklart

dette nærmere. Likevel kan det tyde på at det å få formidlet hvilke målgrupper og hvor de skal henvises kan være uklart i noen tilfeller. Det kan derfor være lurt å bruke tid på å avklare og informere om dette.

HJEMMETJENESTEN OG TJENESTEENHETEN (BESTILLERKONTOR)

Evalueringene viser at samarbeidet med hjemmetjenesten ikke ga de resultatene man håpet på i starten. Få henvisninger ble mottatt. Manglende forankring er diskutert som en mulig årsak. Hjemmetjenesten er en stor organisasjon med mange ansatte, noe som gjør det utfordrende å nå ut med informasjon til alle. I prosjektet ble det utnevnt kontaktpersoner fra hjemmetjenesten som skulle fungere som bindeledd mellom dem og Rådgivningstjenesten. Tanken var at disse skulle videreformidle nødvendig informasjon til sine kollegaer, bidra til økt bevissthet rundt viktigheten av å tenke forebyggende, oppdage og henvise aktuell målgruppe til Rådgivningstjenesten. I praksis oppleves det, som i likhet med fastlegene, å være avgjørende med personlig engasjement i forhold til forebyggende arbeid. Uten forankring fra ledelse og tydelige signaler om at dette skal prioriteres, antar vi det vil være vanskelig og arbeidskrevende å nå ut til alle ansatte i hjemmetjenesten.

Andre ting som ble diskutert er rett og slett om brukergruppen til hjemmetjenesten er rett målgruppe for de forebyggende tjenestene. Brukerne i hjemmetjenesten har ofte behov for pleie- og omsorgstjenester, og det kan tenkes at tjenester som innsatsteam for hjemmerehabilitering og demenskoordinator er mer nærliggende samarbeidspartnere for hjemmetjenesten, enn forebyggende tjenester.

Samarbeidet med Tjenesteenheten ble evaluert til å være mer hensiktsmessig. Dette på bakgrunn av at de ofte er den instansen som har første kontakt med

eldre via søknader om helsetjenester. Ut fra søknader om blant annet trygghetsalarm, støttekontakt og psykisk helsearbeid har Tjenesteenheten mulighet til å fange opp eldre i en tidlig fase. Dette har vist seg å kunne være rett målgruppe for forebyggende tjenester, og via samarbeidet åpnes det for muligheten til å komme i gang med forebyggende tiltak i en tidlig fase. Noe som er blitt diskutert som en mulig videreutvikling av samarbeidet er om det bør innføres en praksis der Rådgivningstjenesten 65+ automatisk kobles på når kommunen mottar søknader på blant annet trygghetsalarm eller støttekontakt for første gang fra en person. Det kunne også utvides til å gjelde flere type tjenester, som for eksempel behov for hjelpemidler. Hva man velger å gå for vil til slutt avhenge av ressursbruk. Kanskje kan andre tjenester i kommunen også ivareta det forebyggende blikket ved førstegangskontakt med brukere.

TILBUD TIL PÅRØRENDE

Det lyktes ikke å rekruttere deltagere til møteplass for pårørende. Det kan være flere årsaker til dette. En av dem kan være at tilbudet ikke var godt nok kjent eller forankret hos hjemmetjenesten som skulle bistå med rekruttering av målgruppen. På den annen side ble det rapportert fra hjemmetjenesten at de pårørende de hadde vært i kontakt med ikke ønsket å benytte seg av tilbudet. Dette kan tyde på at tilbudet ikke fanget deres behov. Det er mulig at det for noen kan bli uoverkommelig å starte med nye aktiviteter i en ellers hektisk hverdag. Samtidig kan det tenkes at noen har behov for samtale og støtte etter hvert som ting dukker opp, og at det behovet ikke er tilstede akkurat på møtedatoen. En annen årsak kan også være at det finnes lignende tilbud andre steder i kommunen, og at behovene dekkes gjennom dette. For eksempel har demensforeningen på Gjøvik gjennom mange år hatt et tilbud om pårørendeskole og samtalegrupper for pårørende.

HJEMMEBESØK SOM METODE TIL ELDTRE I RISIKOGRUPPER

Evalueringen viser at hjemmebesøk som metode egner seg bra som førstegangskontakt for eldre i risikogrupper. Det gir mulighet til å bli bedre kjent med hver enkelt, noe som er avgjørende for å kunne komme med individuelle anbefalinger om videre tiltak. Man ser samtidig betydningen av oppfølging til denne gruppen. Hvilken type oppfølging det er behov for varierer. Det kan være i form av nytt besøk, samtale over telefon, deltagelse i aktivitetsgrupper, samtalegrupper, eller lærings- og mestringskurs. Utfordringen er at individuell oppfølging ofte er både tid- og ressurskrevende. Det kan derfor bli et dilemma mellom hvor mye en kan markedsføre ønske om henvisninger på risikogrupper, og hvor mange henvisninger de forebyggende tjenestene har mulighet til å håndtere. Om det mottas mange henvisninger kan man risikere at tjenesten får ventelister, noe som i sin tur vil virke mot sin hensikt med tanke på mulighet til tidlig intervensjon. Oppfølgingen av hver enkelt bør derfor begrenses til en kortere tidsperiode. Fokuset bør være å støtte, motivere og oppfordre til at de eldre selv kan ta ansvar for endringer i egen hverdag, eller bistå med å introdusere for andre aktivitetstilbud i kommunen. Å ha et variert utvalg av tilbud sees på som avgjørende.

KONKLUSJON

Tatt kommunens ressurser i betraktning ser det ut som at en gruppemodell er den mest hensiktsmessige og effektive måten å jobbe på. Forskningen peker blant annet på oppfølging som en viktig del av et hjemmebesøk. Våre kommuner har ikke mulighet til å gi oppfølging til alle 77-åringene. Samtidig ser vi mange fordeler med en gruppebasert modell, blant annet som en sosial arena. Den nye modellen frigjør ressurser som kan brukes til oppfølging av de som har ulike utfordringer, samt videreutvikling av lavterskeltilbud. Gjennom arbeidet med gruppemøtet og samarbeid med fastleger og tjenesteenheten, søker man å fange opp personer i en sårbar situasjon, og disse tilbys individuelle hjemmebesøk, lavterskeltilbud i gruppe og individuell oppfølging etter behov.

Når man bruker en gruppemodell opprettholdes et helsefremmende og forebyggende tilbud til 77-åringene i kommunene. De får en del av den samme informasjonen som også ble gitt på forebyggende hjemmebesøk og ved at man samles i gruppe når man samtidig ut til flere. Informantene i denne evalueringen ser ut til å gi mye av den samme tilbakemelding om nytte og relevans av gruppemøte og hjemmebesøket. For å tilpasse tilbudet til hver enkelt synes det fortsatt viktig å tilrettelegge for at de som heller ønsker hjemmebesøk kan benytte seg av denne løsningen.

På bakgrunn av den nye modellen blir ressursene brukt på en mer hensiktsmessig og effektiv måte for fortsatt å jobbe helsefremmende og forebyggende inn mot den eldre delen av befolkningen.

Det er utarbeidet en egen idehåndbok for gjennomføring av gruppemøter for eldre. Håndboken blir publisert på www.utviklingssenter.no.

Figur 1: Håndbok for gjennomføring av gruppemøter til 77-åringer



REFERANSER

- Bergh, S., Lyshol, H., Selbæk, G., Strand, B. H., Taraldsen, K., & Thingstad, P. (2013). Short Physical Performance Battery (SPPB) Oversatt til norsk. Retrieved 13.02., 2015
- Bjørke, G. (2006). Aktive læringsformer: handbok for studentar og lærarar i høgre utdanning. Oslo: Universitesforl.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 323(7315), 719-725.
- Lov om folkehelsearbeid (2011).
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §20 C.F.R. (2013).
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse.
- Gustafsson, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Edberg, A.-K., Johansson, B., Kronlöf, G. H., . . . Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Long-Term Outcome for ADL Following the Health-Promoting RCT—Elderly Persons in the Risk Zone. *The Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gns121
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009).

- Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid (Vol. nr. 47 (2008-2009)). [Oslo]: [Regjeringen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a).
Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar.
[Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b).
Morgendagens omsorg. [Oslo]: [Regjeringen].
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(3), 298-307.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og sundhedsloven samt om ophævelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v., 629 C.F.R. (2010).
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet for Norsk Legeforening*, 25(122), 2468-2472.
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(3), e89257. doi: 10.1371/journal.pone.0089257
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundations for health*

- promotion. Edinburgh: Baillière Tindall/Elsevier.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2009). Lyst på livet – Prosjektplan for spredning. Retrieved 27.01, 2015, from <http://www.kunnskapssenteret.no/prosjekter/lyst-pa-livet-prosjektplan-for-spredning>
- Sahlén, K.-G. (2002). Hälsa På-projektet. Effekter av förebyggande hembesök hos pigga pensionärer i Nordmaling. Umeå: Epidemiologiska institutionen, Umeå Universitet.
- Skumsnes, R. (2013). Effekt av forebyggende hjemmebesök til eldre. 8(4). doi:10.4220/sykepleienf.2013.0130
- Skumsnes, R., Larun, L., & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesök til eldre. 8(4), 310-321. <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1340569/effekten-av-forebyggende-hjemmebesok-til-eldre>
- Smedt, S. D. (2011). Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesök: en teoretisk og empirisk studie av betydningen forebyggende hjemmebesök kan ha for å fremme helsen hos seniorer. [Tromsø]: S. De Smedt.
- Sundslí, K., Soderhamn, U., Espnes, G. A., & Soderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. *Clin Interv Aging*, 9, 95-103. doi: 10.2147/cia.s55925
- Sverdrup, S. (2002). Evaluering: faser, design og gjennomføring. Bergen: Fagbokforl.
- Tøien, M., Heggelund, M., & Fagerström, L. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice*, 2014, 8. doi: 10.1155/2014/640583
- Vass, M., Avlund, K., & Hendriksen, C. (2007). Randomized intervention trial on preventive

home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(4), 410-417. doi: 10.1080/14034940601160763

World Health Organization. (1948). Constitution of the World Health Organization. Retrieved 06.01, 2015, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Wyller, T. B., & Pettersen, A. M. (2005). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blick mot Sverige og Danmark : en kartleggingsundersøkelse. Sem: Aldring og helse.

Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C., Vass, M., & Avlund, K. (2012). Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark. *BMC Public Health*, 12(1), 396.



Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 3/2015
www.omsorgsforskning.no