

En oppsummering av kunnskap

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre

Oddvar Førland og Randi Skumsnes



Mange eldre opplever besøkene som nyttige, og kommunene har positive erfaringer. Effektstudier kan ikke entydig påvise at besøkene gir eldre bedre helse og funksjon, men det kan heller ikke utelukkes.

En oppsummering av kunnskap

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre

Oddvar Førland og Randi Skumsnes



Mange eldre opplever besøkene som nyttige, og kommunene har positive erfaringer. Effektstudier kan ikke entydig påvise at besøkene gir eldre bedre helse og funksjon, men det kan heller ikke utelukkes.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner. Denne oppsummeringen beskriver forsknings- og utviklingsarbeid som omhandler Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. I tillegg gis en oversikt over de mest sentrale offentlige reguleringer og føringer for Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: © Dreamstime.com

Tittel på oppsummeringen: Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre

Emne: Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre

Delemne: Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre

Forfattere: Oddvar Førland og Randi Skumsnes

Institusjon: Senter for omsorgsforskning, vest

Emneredaktør: Oddvar Førland

Kontaktperson (er): Oddvar Førland og Randi Skumsnes

Oppsummering nr 8

November 2017

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-080-9

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHold

SAMMENDRAG	7
ABSTRACT IN ENGLISH	9
INNLEDNING	11
Hensikt med publikasjonen	11
Om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre	11
Definisjon, modeller, målgrupper og framgangsmåter	11
Aktualitet og utbredelse i Norge, Norden og andre land	15
Om andre forebyggende og helsefremmende tiltak for eldre	15
METODE	17
Søkestrategi	17
Utvalg	18
Analyse	19
Ekspertgruppe og intern fagfellevurdering	19
LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER	21
FORSKNINGSSTUDIER	25
Innledning	25
Mange har forsket på forebyggende tiltak	25
Hvilke typer forebyggende hjemmebesøk har det blitt forsket på?	25
Oversiktene konkluderer forskjellig	26
Nyere nordiske enkeltstudier	26
Eldre personers erfaringer med besøkene	27
Effekt på funksjon, dagliglivets aktiviteter og helsetilstand	28
Effekt på egenopplevd helse og livskvalitet	30
Effekt på fall	30
Effekt på tidspunktet for død	30
Effekt på sykehusinnleggelseser og behov for sykehjem	31
Effekt på offentlige kostnader	32
Eldres ressurser og egen evne til å møte utfordringer i alderdommen	33
Pågående forskning	34
UTVIKLINGSARBEID	37
Etablere og utvikle tilbudet	37
Valg av besøkets modell og profil	37
Valg av målgrupper blant de eldre	38
Utforme besøkets innhold	39
Forankre og samarbeide	39
Rekruttere helsepersonell og tilrettelegge for kompetanseutvikling	40
Informere om tilbudet	41
Evaluere tilbudet	41
Forberede besøket	42

Gjennomføre besøket	43
Følge opp etter besøket	44
Journalføre og dokumentere	45
Journalføring på individnivå	45
Dokumentere på kommunenivå	46
Andre forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre	46
Forebyggende og helsefremmende gruppesamlinger	46
Andre forebyggende tilbud	47
VERKTØY OG RESSURSER	49
KONKLUSJONER	51
Trender og essenser	51
Hvordan lykkes med tilbudet?	52
Kunnskapshull	53
REFERANSER	55

SAMMENDRAG

Oppsummeringen inkluderer 94 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid og offentlige dokumenter relatert til emnet forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk.

ØKENDE UTBREDELSE, MEN IKKE LOVPLIKTIG FOR KOMMUNENE

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk har de siste ti årene fått økende utbredelse i Norge. Myndighetene sendte i 2016 ut et rundskriv, og i 2017 en veileder, for å stimulere kommunene til å etablere tilbudet. Tilbudet er ikke lovpliktig for kommunene, slik det er i Danmark.

UKLAR EFFEKT AV BESØKENE, MEN POSITIVE TILBAKEMELDINGER FRA MOTTAKERE OG KOMMUNER

Forskning fra land med lignende tilbud viser varierende effekt av besøkene når det gjelder målbare sider ved mottakernes funksjon, helsetilstand, egenopplevd livskvalitet, falltendens, sykehusinnleggelse, behov for sykehjem, tidspunkt for død og offentlige kostnader. Metodologiske ulikheter, ulikheter i besøkernes innhold og ulikheter i helsesystemer gjør det vanskelig å konkludere entydig med hensyn til slike effekter. Kvalitative studier fra Norden viser at mottakerne hadde vage forventninger før besøket. I ettertid gav de imidlertid uttrykk for at de fikk nyttig informasjon om hvordan de kan bevare god helse og mestre hverdagen i alderdommen. Besøket gav dem i tillegg økt trygghet gjennom å ha fått en kontaktperson i kommunen å henvende seg til ved framtidige behov. De fleste kommunene med tilbudet gir uttrykk for positiv nytteverdi.

KJERNEPUNKTER FOR Å LYKKE

I Norge er det etter 2012 skrevet mange faglige utrednings- og utviklingsarbeider om innhold og metodikk for besøkene. De trekker fram at for å lykkes med tilbudet bør kommunene

- forankre tilbudet både i politisk og faglig ledelse
- plassere tilbudet nært til kommunens øvrige forebyggende og hjemmebaserte tjenester, og samarbeide med fastlegene
- være bevisst formål, innhold og målgruppe for besøkene
- rekruttere ansatte med relevant kompetanse og personlig egnethet
- skape riktige forventninger blant de eldre i forkant ved å informere om besøkene
- sende ut tilbud om besøk på oppsatt tidspunkt, der de eldre aktivt må avbestille eller takke nei dersom de ikke ønsker besøket

- skape en trygg og tillitsfull atmosfære under besøket og unngå at skriftlige registreringer forstyrrer samtalen. Utarbeidet samtaleguide bør «sitte i ryggraden» og skreddersys i møte med den enkelte eldres behov.
- oppsummere besøket på slutten av samtalen og avklare om det er behov for oppfølgende besøk eller henvisning til andre. Oppgi kontaktinformasjon til besøkeren og kommunen slik at den eldre kan ta kontakt ved behov.
- evaluere tilbudet og bruke statistikk og erfaringer fra besøkene i kommunens folkehelsearbeid og eldreomsorg

DET TRENGS MER KUNNSKAP OM

- besøkenes helseeffekter og effekter på offentlig økonomi i Norge
- hvilke elementer i hjemmebesøkene som er særlig virksomme
- hvordan tilbudet kan videreutvikles i samspill og arbeidsdeling med frivillig sektor, fastlegene og kommunale satsninger som folkehelsearbeid, frisklavs- og mestringssentre, demensteam, velferdsteknologiteam og hverdagsrehabiliteringsteam
- alternative forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre, som blant annet temabaserte gruppemøter for eldre

ABSTRACT IN ENGLISH

This review includes 94 publications from research and development (R&D) as well as public documents related to the topic of preventive home visits to older people.

INCREASING OCCURRENCE, BUT NOT COMPULSORY FOR THE MUNICIPALITIES

The Initiative of preventive home visits to older people has increased over the last decade in Norway. In 2016, the government published a circular and in 2017 guidelines to encourage the municipalities to establish this service. Unlike in Denmark, preventive home visits are not compulsory for Norwegian municipalities.

THE EFFECT OF THE VISITS IS UNCLEAR, BUT FEEDBACK FROM THE USERS AND THE MUNICIPALITIES IS POSITIVE

Research from countries with similar services shows that the visits have varied effects when it comes to measurable aspects of the receivers' daily and physical function, health condition, self-defined quality of life, tendency to fall, hospitalisations, need of nursing homes, time of death and public expenses. Methodological differences, differences in the content of the visits and differences in healthcare systems make it difficult to be unambiguously when it comes to such effects. Qualitative research from the Nordic countries shows that the receivers had vague expectations before the visits. Afterwards, however, they stated that the information they received was useful in terms of how to maintain good health and how to manage daily life in old age. In addition, the visit gave them an increased sense of security because they now had a person in the municipality, which they could contact when needed in the future. The majority of municipalities providing the service express that they see positive benefits from the service.

KEY POINTS IN ORDER TO SUCCEED

Since 2012, in Norway, several evaluation and R&D reports about the content and methods for the visits have been published. They state that in order to succeed the municipalities should:

- Make sure the service has support both at the political and professional leadership.
- Organise the service close to pre-existing preventive and home-based services, and in cooperation with the GPs.
- Be conscious about the purpose, content and target groups for the visits.
- Recruit employees with relevant competence and personal skills.
- Create realistic expectations among the elderly by providing information about the service prior to the visits.
- Mail out letters with information, including a scheduled point of time for the visit, so that the older adult actively has to cancel if he or she does not

want the visit. Build a safe and trusting atmosphere during the visit and makes sure that note-taking (registration) does not disturb the conversation. The written guide to conversation should be “second nature” to the employee and adjusted according to the individual need of the older adult.

- Conclude the visit by summarizing the points discussed and determine whether or not a follow-up or a referral to others is necessary. Provide the contact information of the visitor and the municipality so that the older adult is able to contact if needed.
- Evaluate the service and use statistics from the visits in the plan processes within the municipality.

WE NEED MORE KNOWLEDGE CONCERNING:

- The health effects of the visits and the effect on the public finances in Norway.
- What elements of the home visits are particularly effective.
- How the service can be further developed, also through cooperation and division of labour with the volunteer sector, the GPs and municipal initiatives in public health, tele care, dementia care and reablement.
- Alternative preventive and health promoting services for older people, for instance group meetings.

INNLEDNING

HENSIKT MED PUBLIKASJONEN

Hensikten med oppsummeringen er å dokumentere og gjøre forsknings- og utviklingsarbeider om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre lettere tilgjengelig. Mange kommuner har etterlyst dette, blant annet kunnskap om besøkenes effekt og betydning. Oppsummeringen søker å imøtekomme dette ønsket. Kommunene har også ønsket oversikt over veilednings- og opplæringsmaterieil på dette feltet (Førland & Skumsnes, 2014).

I februar 2017 gav Helsedirektoratet ut slikt veiledningsmaterieil knyttet til forebyggende hjemmebesøk i kommunen: <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok> (Helsedirektoratet, 2017a). Oppsummeringen tar sikte på å supplere dette veiledningsmateriellet ved å gjøre rede for forsknings- og utviklingsarbeid om emnet.

Det forebyggende og helsefremmende arbeidet til eldre i kommunene står ofte i en videre sammenheng enn kun tilbudet om hjemmebesøk. Vi inkluderer derfor også noen andre former for forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot eldre. Hovedfokuset er likevel de forebyggende og helsefremmende *hjemmebesøkene*. Forhåpentligvis vil oppsummeringen utgjøre nyttig kunnskap for kommunene i planleggingen og videreutviklingen av tilbudet.

OM FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEENDE HJEMMEBESØK TIL ELDRE

Her skal vi innledningsvis beskrive hva forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk er, hvem de retter seg mot, hvordan de tilbys og hvor vanlig tilbudet er nasjonalt og internasjonalt.

DEFINISJON, MODELLER, MÅLGRUPPER OG FRAMGANGSMÅTER

Vi beskriver «forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk» slik:

Oppsøkende besøk i regi av kommunen til eldre personer som ikke har (eller har begrensede) kommunale helse- og omsorgstjenester fra før, med formål å forebygge sykdom og skade, samt understøtte helse, funksjonsevne og deltakelse.

NAVNET

Det tradisjonelle norske navnet på slike besøk er «forebyggende hjemmebesøk til eldre». Vanlige engelske termer er «preventive home visits to older people» og «preventive home visits to the elderly».

I regjeringens politiske plattform (Sundvolden-erklæringen) omtales dette som «opsøkende hjemmebesøk for å tilpasse hjelpetiltak til den enkelte» (Regjeringen, 2013b). I Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv til landets kommuner i 2016

omtales besøkene som «Forebyggende hjemmebesøk i kommunene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) og i veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet er tittelen «Forebyggende hjemmebesøk i kommunen (Helsedirektoratet, 2017a). Selv om eldre ikke er nevnt i titlene her, framgår det av innholdet at eldre er den viktigste målgruppen.

De fleste norske kommuner som har startet opp tilbudet mener at besøkene i større grad har en «helsefremmende» enn en «sykdomsforebyggende» profil (Førland & Skumsnes, 2014, s. 27). En del kommuner omtaler derfor tilbudet sitt som «helsefremmende hjemmebesøk til eldre» eller «forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre». I tråd med dette omtaler vi i denne publikasjonen tilbudet med samlebetegnelsen «forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre». Noen kommuner bruker betegnelsen «seniorer» i stedet for eldre fordi mange i målgruppen ikke identifiserer seg med betegnelsen «eldre». Andre benevnelse er «trygghetssykepleie» og «besøksteam til eldre».

MODELLER

Profil og innhold i hjemmebesøkene kan variere mye fra land til land og kommune til kommune. Felles for de fleste modellene er imidlertid målet om å bidra til god helse og mestring, og derigjennom utsette behov for pleietjenester hjemme og i institusjon. Dette gjøres blant annet ved å sette fokus på hva den enkelte selv kan gjøre for å opprettholde god helse, funksjonsevne og deltakelse. Noen kommuner har en utpreget skade- og sykdomsforebyggende profil på besøkene ved at de søker å avdekke, redusere og avverge helserelaterte risikofaktorer i de eldres liv, mens andre har en sterkere vektlegging på en helsefremmende samtale, med særlig vektlegging på den eldres ressurser og egenmestring. I tillegg bidrar besøkene til å opprette en kontakt mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste og eldre personer som ikke har hatt en slik kontakt tidligere, utover kontakten med sin fastlege.

Til tross for likhetstrekk kan vi se ulike profiler og modeller for besøkene. I boken *Forebyggende hjemmebesøk til eldre – Idehåndbok med anbefalinger* (Skumsnes, Teigen, Alvsvåg & Førland, 2015) skilles det mellom fire modeller av slike besøk:

1. *Besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov*
Denne tilnærmingen har utgangspunkt i en biomedisinsk sykdomsmodell der man søker å identifisere risikofaktorer og tidlige tegn til sykdom og hjelpebehov, for å forebygge disse. Ulike typer screeninger og tester blir brukt, for eksempel medisinske tester (blodtrykk, blodsukker, lungekapasitet, ernæringsstatus), fysiske funksjonstester (bevegelse, balanse, styrke, ADL-funksjon) og kognitive tester (som demensscreening). I tillegg bruker noen kommuner spørreskjemaer for å kartlegge livskvalitet, ensomhet med videre. I tillegg til å vise enkeltpersoners helse, funksjon og livskvalitet kan data fra slike individuelle kartlegginger genereres opp til å gi et samlet bilde og oversikt over helsestatusen blant eldre i kommunen generelt. Slik kunnskap kan brukes i kommunens planlegging av fremtidige helse- og omsorgstjenester, og annet plan- og folkehelsearbeid.
2. *Besøk for å forebygge skader og ulykker*
Dette er besøk med hovedfokus på å forebygge hjemmeulykker, som for eksempel fall og brann. Eldre er overrepresentert når det gjelder brannulykker (Skadeforebyggende forum, 2015). Fall er svært vanlig blant eldre. Annenhver person over 80 år faller hvert år ("Personskadedata 2012. Norsk pasientregister," 2013) og over 9000 personer behandles årlig for hoftebrudd (Omsland et al., 2012). Fallforebygging i hjemmebesøkene kan handle om rådgiving om fysisk aktivitet for å styrke muskulatur og

balanse, og samtale om risikofaktorer knyttet til for eksempel ernæring, medikamentbruk, snublefeller, syn og belysning. Dersom risikofaktorer avdekkes gis det råd om utbedringer, velferdsteknologi og andre hjelpemidler.

3. *Besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester*

Denne tilnærmingen vektlegger ulike former for helserådgivning og informasjon om offentlige, frivillige og kommersielle tilbud og tjenester som finnes i kommunen. Helserådgivningen kan handle om tips og råd om kosthold, fysisk aktivitet og sosiale nettverk. Informasjonen om *offentlige tilbud* kan handle om hvilke kommunale tjenester som er tilgjengelig for eldre, hjelpemidler og velferdsteknologi som eksisterer og informasjon om hvordan man kan finne fram i systemet når man trenger hjelp. Det gis videre informasjon om hvordan man kan legge til rette boligen slik at den blir hensiktsmessig med tanke på utfordringer som kan komme i eldre år. Besøkene vektlegger gjerne også informasjonen om aktiviteter og møtepunkter etablert av *frivillige organisasjoner* og aktører i lokalmiljøet, gjerne drevet av eldre selv (Jensen, 2015). Det gis gjerne også informasjon om relevante aktiviteter og tjenester drevet av *kommersielle aktører*.

4. *Besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale*

I denne fjerde modellen flyttes fokuset til den Eldres ressurser og potensial for mestring. Det dreier seg om en ressursfokusert helsesamtale som søker å få fram den Eldres svar på spørsmål som «hva er viktig for deg?», «hva gjør deg bra?» og «hva holder deg frisk?». *Samtalen* og dens mulighet til å stimulere personens helse- og mestringsressurser står i sentrum. Helse knyttes til den Eldres subjektive opplevelse, og helsen kan noen ganger erfares som god, til tross for sykdom og plager. Modellen er gjerne inspirert av en såkalt salutogenetisk tilnærming med vekt på det som fremmer god helse, mestring og velvære (Antonovsky, 1987). Dette som en motsats til modeller som vektlegger sykdomsårsaker og risiko.

Det er glidende overganger mellom modellene, og kommunene kan ha innslag av flere av profilene samtidig (Skumsnes et al., 2015). Tidlige modeller fra 1970-, 80- og tidlig 90-tall i Europa og ellers i verden hadde ofte et tydelig sykdomsfokus (Fagerström, Wikblad & Nilsson, 2009). De nordiske modellene etter år 2000 har lagt større vekt på helsefremmende perspektiver gjennom samtaler om forhold som stimulerer til god helse, mestring og deltakelse.

HVEM ER I MÅLGRUPPEN?

Hovedmålgruppen for besøkene er vanligvis eldre mennesker. Men «eldre» er ikke en ensartet gruppe, og kommuner velger gjerne ulike målgrupper. Noen målretter tilbudet til bestemte aldersgrupper, for eksempel alle 75-åringene i kommunen. Mange av disse opplever seg gjerne ikke som «eldre». De har på forhånd ofte vage forventninger til hva besøket dreier seg om, og de kan føle seg for friske til at det ansees aktuelt for dem (Sjøbø, Teigen, Alvsvåg & Førland, 2016). Responsen vil av slike grunner kunne bli lav. Andre velger eldre aldersgrupper, for eksempel alle som er 80 eller 85 år. Om man velger 75-åringene eller 85-åringene, gir naturlig nok føringer for innholdet i besøkene, noe vi skal komme tilbake til. I Norge gis tilbudet normalt ikke til dem som allerede har hjemmetjenester eller som bor i institusjon.

Noen kommuner målretter tilbudet enda mer ved kun å gi det til utvalgte grupper av eldre, for eksempel eldre som nylig har vært innlagt på sykehus, eldre med innvandrerbakgrunn, eldre som fastlegen har henvist på grunn av spesielle behov eller andre grupper av utsatte eldre.

HVORDAN TILBYS BESØKENE?

Det vanligste er at kommunen sender ut en skriftlig invitasjon til alle i målgruppen. Men andre måter finnes også. Eldre med spesielle behov og tegn til sårbarhet kan, som nevnt, henvises fra andre tjenester, for eksempel fra fastleger. Pårørende og den eldre selv kan også melde ønske om besøk. Det mest vanlige er imidlertid at besøkene ikke er avhengige av henvisninger fra andre instanser eller personer, men tilbys alle innenfor valgt målgruppe. En undersøkelse fra 2013 viste at om lag halvparten av dem som fikk tilbudet, takket ja til det. Det var imidlertid stor variasjon fra kommune til kommune, og dette kan være betinget av hvilken målgruppe man har valgt (Førland & Skumsnes, 2014).

HVEM UTFØRER BESØKENE?

Besøkene utføres av helse- eller sosialfaglig personell i kommunen. I Norge er det primært sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter som gjennomfører besøkene, mange av dem med lang arbeidserfaring og spesial- og videreutdanning (Førland & Skumsnes, 2014). I andre land er allmennleger sterkere involvert.

HVOR OFTE GIS BESØKENE?

I Norge er det vanlig å gi hjemmebesøk kun en gang som hovedregel, for eksempel ved fylte 80 år. Noen kommuner gir også oppfølgende besøk ved behov. Det er også en del kommuner som tilbyr oppfølgende besøk fast, for eksempel årlige besøk (Førland & Skumsnes, 2014).

HVA SKJER FØR, UNDER OG ETTER BESØKENE?

Før besøket sender kommunen som nevnt ut informasjon om besøket til de aktuelle i målgruppen og avtaler tid for møtet. Det er også vanlig å ringe for å spørre om den eldre er interessert i tilbudet og for å få bekreftet tidspunktet, dersom den eldre ikke har svart.

Under besøket vil kommunens representant først presentere seg, og forklare hensikten med besøket. Det legges innledningsvis ofte stor vekt på å skape en tillitsfull atmosfære før man går videre. Alt etter kommunens valg av modell fokuseres det så på å

- kartlegge hjemmesituasjonen og helsetilstand for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov
- forebygge skader og ulykker
- gi helse rådgivning og informasjon om aktuelle tjenester
- ha en ressursfokuset helsesamtale som vektlegger det som er viktig for den eldre selv, og som stimulerer hans eller hennes mestring og deltakelse

Kommunens representant har gjerne med seg brosjyrer og informasjonsmateriell som gis ved behov. Før man forlater hjemmet legges det igjen visittkort eller annen kontaktinformasjon.

Etter besøket dokumenterer kommunen besøket og kontakter andre tilbud eller tjenester hvis man er blitt enig med den eldre om det.

Noen kommuner evaluerer nytten av besøkene gjennom intervjuer med mottakere eller via enkle spørreskjema. Helsedirektoratet anbefaler at man oppsummerer dokumentasjonen fra besøkene og at den brukes i kommunens overordnede planarbeid (Helsedirektoratet, 2017a).

AKTUALITET OG UTBREDELSE I NORGE, NORDEN OG ANDRE LAND

NORGE

Forebyggende hjemmebesøk til eldre ble startet opp i noen få norske kommuner allerede på 1980-tallet. Noen kommuner satte også på denne tiden i gang med såkalte «helsestasjoner for eldre», som alternativ eller som tillegg. I 2003 hadde 8 % av kommunene startet med forebyggende hjemmebesøk (Pettersen & Wyller, 2005) mens andelen i 2013 var steget til 24 %, herunder alle de fem største kommunene i Norge (Førland, Skumsnes, Teigen & Folkestad, 2015). Tilbudet har dermed prinsipielt et langt større nedslagsfelt enn 24 % av eldrebefolkningen. Veksten var størst etter 2010. 47 % av nyetableringene foregikk mellom 2010 og 2013. 40 % av kommunene uten tilbudet oppgav i 2013 at de planla å starte opp tjenesten, og 80 % av dem hadde drøftet dette. Kommunene som har startet opp tilbudet gir i hovedsak tilbakemeldinger på at det er viktig og nyttig (Førland & Skumsnes, 2014).

Forebyggende hjemmebesøk har også fått økende oppmerksomhet gjennom flere offentlige dokumenter og planer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a, s. 144; 2013b, 2015c; Regjeringen, 2013a, s. 42). I 2016 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut et rundskriv for å stimulere kommunene til å etablere tilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), og i 2017 har Helsedirektoratet publisert veiledningsmaterieill for kommunene (Helsedirektoratet, 2017a).

ANDRE LAND

Danmark har vært et foregangsland når det gjelder forebyggende hjemmebesøk til eldre. Mange danske kommuner etablerte tilbudet på eget initiativ, og i 1996 ble alle kommunene pliktige til å tilby slike besøk. Ifølge dansk lov skal alle 75-åringene tilbys ett forebyggende hjemmebesøk som skal brukes til å avklare behovet for fremtidige besøk og til å identifisere eldre som har et særlig behov for forebyggende innsats. Videre er kommunene pliktige til å tilby besøk til eldre mellom 65 og 79 år som er i særlig risiko for å få nedsatt sosial, psykisk eller fysisk funksjonsevne. Etter at man er 80 år skal de eldre tilbys ett årlig tilbakevendende besøk. Kommunene kan unnlate å gi tilbudet til mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp (borger.dk, 2017; SUFO, 2017). Det er laget en håndbok for tilbudet (Ankestyrelsen, 2008) og Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg har samlet veiledningsmaterieill og rapporter beregnet for ansatte (SUFO, 2017).

Også Australia har hatt lovhjemlet krav om forebyggende hjemmebesøk (Vass, Avlund, Hendriksen, Holmberg & Nielsen, 2006). I England fikk allmennlegene i 1998 en plikt til å tilby årlige besøk, men denne ordningen opphørte etter en evaluering i 2004. Ulike varianter av hjemmebesøk til eldre eksisterer dessuten i mange andre land, blant annet i Sverige, Tyskland, Nederland, USA, Canada, Australia og Japan (Mayo-Wilson et al., 2014; Vass et al., 2006).

OM ANDRE FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMENDE TILTAK FOR ELDRE

Forebyggende hjemmebesøk forstås vanligvis som et individrettet ansikt-til-ansiktsmøte i hjemmet mellom den eldre og en representant for kommunen. «Konseptet» kan imidlertid forstås videre enn kun som møter i den Eldres eget hjem. Noen eldre

ønsker ikke besøk i hjemmet, men heller på tjenestens kontor, for eksempel hvis det føles vanskelig å ta opp problemstillinger knyttet til det å leve med en ektefelle med demenssykdom i hjemmet, eller andre sensitive tema. Noen kommuner har etablert såkalte helsestasjoner for eldre og gruppetilbud til bestemte mål- eller aldersgrupper. Det finnes i realiteten en rekke andre varianter av oppsøkende og forebyggende tilbud til eldre, og noen slike tilbud omtales i denne oppsummeringen under kapitlet [«andre forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre»](#). Det kan blant annet handle om ulike varianter av *opsøkende individrettede møtepunkter*:

- i kommunens eget lokale, etter invitasjon
- på gata, kjøpesenter, eldresenter, klubb, kafe, organisasjon der eldre vanligvis ferdes, og lignende steder
- over telefon

Det kan også være ulike varianter av *gruppesamlinger* i kommunens egne lokaler eller i andre lokaler, som eldre inviteres inn til.

METODE

I dette kapitlet gjøres det rede for hvordan vi har gått fram i arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen. Søkestrategi, utvalget av dokumenttyper og analyser beskrives. Videre redegjøres det for fagfelleprosess og ekspertgruppens rolle.

I arbeidet har vi anvendt en metodikk som ligger nært opp til det som i forskningslitteraturen omtales som «scoping review» (Arksey & O'Malley, 2005; Colquhoun et al.; Daudt, van Mossel & Scott, 2013). En slik tilnærming skiller seg fra vanlige «systematic reviews» på flere punkter. Den har åpnere forskningsspørsmål (problemstilling) og inkluderer litteratur med flere typer studiedesign og metoder. I litteratursøkene inkluderes også den såkalte «grå litteraturen», det vil si ikke-vitenskapelig litteratur som for eksempel offentlige dokumenter, rapporter og erfaringsbaserte kilder. Det er dessuten større åpenhet for å utvikle litteraturinklusionskriteriene underveis i arbeidsprosessen og ikke være bundet av forhåndsdefinerte kriterier. Man søker dessuten ikke å evaluere og gradere studienes vitenskapelige evidens opp mot et tradisjonelt evidenshierarki. Målet er å skape en vid oversikt over emnet og beskrive kjerneelementer fra de inkluderte studiene. Målgruppene for oppsummeringene er brede og inkluderer både forskere, praktikere, politikere, pasienter og brukere.

Arbeidet har fulgt følgende hovedfaser, men ikke i streng kronologisk rekkefølge:

- beskrivelse av emnet, formål, problemstillinger, avgrensninger og inklusionskriterier
- søk etter relevant litteratur, både offentlige dokumenter og forsknings- og utviklingsarbeid
- utvelgelse av litteraturen i henhold til formål, problemstillinger og avgrensninger og inklusionskriterier nevnt lenger bak i dette kapitlet
- vurdering av og systematisering av litteraturen
- beskrivelse og oppsummering av litteraturen
- ny gjennomgang etter tilbakemeldinger fra fagfelle i Omsorgsbiblioteket, ekspertgruppen og ansvarlig redaktør

SØKESTRATEGI

Søkestrategien er utarbeidet av forfatterne. Kontaktbibliotekar for forskningsstøtte ved Høgskulen på Vestlandet Gunnhild Austrheim har bistått i utarbeidelsen av søkestrategien og litteratursøk.

Det ble søkt etter følgende dokumenter:

- offentlige styringsdokumenter (lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter)
- eksternt fagfellevurdert forskning og vitenskapelige arbeider, internt fagfellevurdert forskning og vitenskapelige arbeider og masteroppgaver

- rapporter fra utviklingsprosjekt og annen faglitteratur
- informasjon om pågående prosjekter

Det ble ikke søkt systematisk etter verktøy, hjelpemidler eller opplæringsmateriell ettersom Helsedirektoratets veiledningsmateriell viser en oversikt over dette (Helsedirektoratet, 2017a).

Følgende hovedsøkeord er anvendt:

- forebyggende hjemmebesøk/helsefremmende hjemmebesøk, eldre
- home visit*/house call/home based/home care
- prevent*/program/promot*/education
- old*/elder*/senior

Det er søkt i følgende databaser og nettsteder:

Amed, Embase, Medline, PsycInfo, Cinahl, Epistemonikos, Oria og Google Scholar. I tillegg er det søkt via vanlig Google søkemotor, herunder kommuners og andre institusjoners nettsider. Det er også søkt i referanselister til aktuelle artikler og publikasjoner. Det strukturerte søket i samarbeid med bibliotekar ble avsluttet i november 2016. Det ble søkt mer ustrukturert fram til april 2017. I tillegg til våre egne søk har vi fått tips fra kollegaer og andre fagpersoner om relevant fagstoff.

UTVALG

Følgende inklusjonskriterier er lagt til grunn for litteratursøkene:

- omhandler forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre
- har relevans for helse- og omsorgstjenesten i kommunen
- norsk og internasjonal litteratur som har overføringsverdi til norsk kontekst
- publisert på norsk, engelsk eller skandinavisk språk

Nærmere om inklusjonskriterier for materialtypene:

Offentlige styringsdokumenter:

- relevans for emnet
- gjeldende per dags dato
- belyser nasjonale og/eller faglige føringer som gjelder innenfor emnet

Forskning:

- relevans for emnet
- publisert i et fagfelleurdert tidsskrift, eller publisert som vitenskapelig monografi, antologi eller artikkel i antologi

Rapporter fra utviklingsprosjekt:

- relevans for emnet
- rapporter som beskriver hvilke tiltak som har vært gjort som en del av prosjektet

- rapporten inneholder beskrivelse av resultater og/eller refleksjoner rundt måloppnåelse

Nærmere om forståelsen av forskning og utviklingsarbeid:

I utvelgelsen av hva vi har inkludert som forskning, har vi lagt til grunn NIFUs (Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utvikling) definisjon. Her står det om forskning: «Forskning forventes dessuten å resultere i en vitenskapelig publikasjon eller et patent eller ha intensjon om å gjøre det. For å regnes som vitenskapelig publikasjon må alle de fire kriteriene nedenfor være oppfylt:

- presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den
- være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgiver, nettsted) med rutiner for fagfelleevaluering» (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015)

For definisjonen av forskning har vi under det siste punktet om fagfelleevaluering også inkludert publikasjoner fra forskningsinstitusjoner med intern fagfelleevaluering.

Med *utviklingsarbeid* legger vi følgende definisjon til grunn: «systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester» (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning, 2015).

ANALYSE

Analysene og kunnskapsoppsummeringene er utført på grunnlag av følgende prosess:

1. en kritisk vurdering av kunnskapskildenes relevans og kvalitet
2. en beskrivelse og oppsummering av kunnskapen slik at den blir forstått av ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og er anvendbar for klinisk praksis og organisatorisk planlegging

Utvalgte dokumenter er presentert separat for forskning og fagutvikling. Arbeidet er gjort i henhold til omsorgsbibliotekets rutiner for kvalitetssikring.

Randi Skumsnes har hatt hovedansvaret for kapittelet om forskning. Oddvar Førland har hatt hovedansvaret for de øvrige kapitlene. Begge forfatterne har samarbeidet om helheten.

EKSPERTGRUPPE OG INTERN FAGFELLEVALUERING

Oppsummeringen er vurdert og kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for emnet «Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk» i Omsorgsbiblioteket. Gruppen består av

- Bodil Klungerbo – Trondheim kommune (ergoterapeut)
- Kristin Refsdal – Helsedirektoratet, Avdeling omsorgstjenester (seniorrådgiver og lege)

- Hanne Skjæveland –Stavanger kommune (fysioterapeut)
- Sønneve Teigen – Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland (rådgiver og geriatrisk sykepleier)
- Mette Tøien – Høgskolen i Sørøst-Norge (høgskolelektor, PhD-student og sykepleier)
- Berit Westbye – Grimstad kommune (ergoterapeut)

Medlemmer i ekspertgruppen har gitt innspill og tilbakemeldinger på faglig innhold og form som har vært til stor hjelp. Deretter er publikasjonen fagfellevurdert av emneredaktør i Omsorgsbiblioteket Rose Mari Olsen ved Senter for omsorgsforskning, midt. Til slutt er oppsummeringen vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets hovedredaktør, professor Torunn Hamran, Senter for omsorgsforskning, nord.

LOVER, FORSKRIFTER OG SENTRALE OFFENTLIGE DOKUMENTER

I dette kapitlet beskrives lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter med relevans for forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk.

LOVER, FORSKRIFTER, RUNDSKRIV OG VEILEDERE FRA MYNDIGHETENE

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er som nevnt ikke en lovpålagt tjeneste for norske kommuner, slik som i Danmark. Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven i Norge er av mer overordnet art og gir kommunene frihet til selv å bestemme hvilke typer av forebyggende- og helsefremmende arbeid de vil prioritere.

Folkehelseloven

pålegger kommunene ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (§ 1). Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (§ 7) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012b).

Helse- og omsorgstjenesteloven

pålegger kommunen å tilby sine innbyggere helsefremmende og forebyggende tjenester (§ 3-2). Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning. Kommunen skal ha oversikt over befolkningens helsetilstand og dens påvirkningsfaktorer og skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for eldre og andre som har behov for det (§ 3-3) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012a).

Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene

I juni 2016 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut «Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene». Målet med rundskrivet var å stimulere kommunene til å etablere tilbudet. Departementet beskriver her hjemmebesøkene som en oppsøkende og individrettet råd- og veiledningstjeneste overfor bestemte grupper i befolkningen,

og mener slike besøk er et godt virkemiddel i kommunenes forebyggende arbeid. Hjemmebesøkene skal bidra til at flere kan leve lenger i egen bolig og oppleve større livskvalitet og mestring. De beskrives som en ressursorientert modell der man skal forsøke å hente frem den enkeltes mestringsressurser, bidra til å tilrettelegge omgivelsene, samt å styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. Besøkene bør rette seg mot personer som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester i hjemmet, være forankret i kommunens ledelse og inngå i deres samlede satsing på helsefremming og forebygging. Blant annet trekkes det fram at slike hjemmebesøk bør sees i sammenheng med kommunenes arbeid med å få oversikt over befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester og således være et virkemiddel i planarbeidet.

Rundskrivet knytter forebyggende hjemmebesøk til kommunenes lovhjemlede ansvar for å fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3). Det understrekes at hjemmebesøkene bør suppleres med andre forebyggende tiltak rettet mot eldre, for eksempel gruppetilbud til dem som ikke ønsker besøk av kommunen i eget hjem.

Veileder om forebyggende hjemmebesøk

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en veileder om forebyggende hjemmebesøk, som skal ses i sammenheng med andre forebyggende tiltak rettet mot eldre. Veiledningsmateriellet ble publisert i februar 2017 og gir konkrete råd om hvordan kommunene kan gå fram for å *etablere* forebyggende hjemmebesøk og *gjennomføre* forebyggende hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2017a): <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok>

Under «etablere» er følgende emner tatt opp:

- kartlegge tilbud og behov i kommunen
- forankre og organisere tilbudet
- velge ut målgrupper
- kompetanse
- etablere kontakt med andre aktører
- informasjon om tilbudet
- evaluering

Under «gjennomføre» tas disse emnene opp:

- invitasjonen
- forberedelser til og gjennomføring av besøk
- samtaletemaene
- journalføring og dokumentasjon
- oppfølging etter besøket

Veiledningsmateriellet presenterer også en modell for en såkalt brukerreise der prosessene før, under og etter besøkene visualiseres og beskrives slik de kan erfares av brukeren og gjennomføres av den ansatte og kommunen. Denne modellen bygger på en oppsummering fra det treårige utviklingsprogrammet for forebyggende hjemmebesøk til eldre (Helsedirektoratet, 2017a).

ANDRE OFFENTLIGE DOKUMENTER

Flere sentrale offentlige dokumenter omtaler forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre:

- stortingsmeldingen Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)
- stortingsmeldingen om folkehelsen – Mestring og muligheter (helse- og omsorgsdepartementet, 2015b)
- stortingsmeldingen Fremtidens primærhelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c)
- Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015d) som er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020
- Demensplan 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a) som er regjeringens plan for et mer demensvennlig samfunn

Andre nyere offentlige meldinger som ikke nevner forebyggende hjemmebesøk spesielt, men som omtaler forebyggende og helsefremmende arbeid mer generelt:

- stortingsmeldingen Mestring, muligheter og mening (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006)
- stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)
- stortingsmeldingen Morgendagens omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b)

FORSKNINGSSTUDIER

INNLEDNING

I dette hovedkapittelet oppsummerer vi forskning om forebyggende hjemmebesøk til eldre. Vi går gjennom både det vi har funnet av oppsummert forskning internasjonalt, og vi trekker frem nyere relevante enkeltstudier fra Norden.

MANGE HAR FORSKET PÅ FOREBYGGENDE TILTAK

Det er gjennom de siste 30–40 årene gjort svært mye forskning internasjonalt på hvordan en kan forebygge tilbakegang i funksjon, og utsette hjelpebehov hos hjemmeboende eldre. Deler av denne forskningen retter seg mot tiltak for spesifikke diagnose- eller risikogrupper, for eksempel hjemmeboende med hjerte-karsykdommer, diabetes, KOLS eller høy fallrisiko. Noe av forskningen ser om forebyggende tilbud i primærhelsetjenesten kan redusere antall eldre som reinnlegges etter utskrivelse fra sykehus. Annen forskning retter seg generelt mot eldre hjemmeboende og hvordan en kan forebygge funksjonsnedgang og fremme helse. Det er i hovedsak denne siste kategorien vi fokuserer på i denne oppsummeringen.

HVILKE TYPER FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK HAR DET BLITT FORSKET PÅ?

En stor andel av studiene handler om hjemmebesøk som har til hensikt å avdekke begynnende funksjonssvikt og hjelpebehov, ved hjelp av omfattende geriatriske undersøkelser (Daniels, Metzelthin, Rossum, Witte & Heuvel, 2010; Fagerström et al., 2009). Slike tilnærminger svarer til modell 1 omtalt i innledningskapittelet, og er ikke den mest utbredte modellen i Norge i dag. En vanlig beskrivelse av hjemmebesøket i disse studiene er «Multidimensional geriatric assessment to evaluate and improve medical, functional, psychosocial, and environmental problems and resources» (Mayo-Wilson et al., 2014). Tiltaket er også definert gjennom disse fire faktorene: «(a) home visits to older people living at home in the community, (b) multidimensional assessment of older people's health and functional status, (c) identification of needs and strengths leading to specific recommendations aimed at enhancing health, and (d) multiple follow-up contacts to address these recommendations» (Markle-Reid et al., 2006, s. 535).

Mange av studiene som har undersøkt effekten av forebyggende hjemmebesøk er oppsummert i en rekke ulike systematiske oversiktsartikler som er publisert de siste 15–20 årene. På grunn av det store antallet enkeltstudier som har undersøkt effekter vil vi i gjennomgangen i hovedsak referere til oversiktsartikler som har oppsummert forskningen. Vi har funnet 14 slike oversikter (Beswick et al., 2008; Bouman, van Rossum, Nelemans, Kempen & Knipschild, 2008; Corrieri, Heider, Riedel-Heller, Matschinger & König, 2011; Daniels et al., 2010; Elkan et al., 2001; Frost, Haw & Frank, 2012; Gustafsson, Edberg, Johansson & Dahlin-Ivanoff, 2009; Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr, 2008; Liimatta, Lampela, Laitinen-Parkkonen & Pitkala, 2016;

Markle-Reid et al., 2006; Skumsnes, Larun & Langeland, 2013; Stuck, Egger, Hammer, Minder & Beck, 2002; Tappenden, Campbell, Rawdin, Wong & Kalita, 2012; van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte & Crebolder, 2000). Disse oversiktene har inkludert en del av de samme studiene, men likevel har de forskjellige tilnærminger, ettersom de har vektlagt ulike utfallsmål. Det må også understrekes at målgruppene og innholdet i besøkene ikke er ensartet i de mange studiene som er gjort.

OVERSIKTENE KONKLUDERER FORSKJELLIG

I hovedsak viser det seg vanskelig å påvise at tiltakene bedrer funksjon og helsetilstand, eller om de utsetter pleiebehov eller død. En oversiktsartikkel fra 2015 over ti av de ovennevnte systematiske oversiktene konkluderer med at multidimensjonale forebyggende hjemmebesøk potensielt kan bedre funksjon og selvstendighet og redusere dødelighet. Med «multidimensjonal» menes i denne sammenhengen at man har fokus både på ressurser og begrensninger ved helsen, gjennom medisinske, funksjonsmessige, psykososiale og miljømessige faktorer. Likevel understreker forfatterne at dette må tolkes med forsiktighet, ettersom intervensjonenes (hjemmebesøkene) innhold var av stor ulikhet (Tourigny et al., 2015).

NYERE NORDISKE ENKELTSTUDIER

Selv om vi i dette kapittelet har samlet og oppsummert internasjonal forskning på forebyggende hjemmebesøk, ser vi at en del av dens resultater ikke nødvendigvis er overførbar til dagens norske forhold. Og når vi slår sammen resultater fra så mange studier med stor variasjon i tiltakene, er det også vanskelig å trekke tydelige konklusjoner ut fra resultatene. Derfor supplerer vi resultatene fra oversiktene underveis med en del nyere *enkeltstudier* fra Norden.

I senere tid har det også kommet flere kvalitative studier som ser på eldre sine egne erfaringer og opplevelser med besøkene. Disse studiene gir en viktig og utfyllende kunnskap sammen med effektstudiene.

Vi deler forskningen på forebyggende hjemmebesøk inn i følgende åtte undertema:

- eldre personers erfaringer med besøkene
- effekt på funksjon, dagliglivets aktiviteter og helsetilstand
- effekt på egenopplevd helse og livskvalitet
- effekt på fall
- effekt på tidspunktet for død
- effekt på sykehusinnleggelse og behov for sykehjem
- effekt på offentlige kostnader
- effekt på eldres ressurser og evne til å møte utfordringer i alderdommen

I tillegg omtaler vi pågående forskning om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk.

ELDERE PERSONERS ERFARINGER MED BESØKENE

Flere nordiske studier har undersøkt hvordan eldre opplever å motta forebyggende hjemmebesøk. I 2013 publiserte Behm med flere en kvalitativ studie fra Sverige der de hadde intervjuet 17 personer mellom 80 og 92 år. De fant at erfaringene til de som fikk besøk var todelt. Noen opplevde at besøket førte til en styrking av tro på sin evne til å ta vare på egen helse, og større bevissthet om viktigheten av å involvere seg i helsefremmende aktiviteter. På den andre siden opplevde noen eldre at besøket ikke hadde noen verdi, ettersom de opplevde seg selv som så friske og spreke at de ikke var motiverte eller mottakelige for informasjon om helsefremmende og sykdomsforebyggende aktiviteter (Behm, Dahlin-Ivanoff, Ziden & Zidén, 2013).

Tøien med flere har publisert to studier med kvalitative studiedesign fra en norsk kontekst. Den første studien så på hvordan eldre forstår hensikten med forebyggende hjemmebesøk, etter det første besøket. Noen syntes det var vanskelig å forstå hva helsefremming og forebygging er, og hva som var målet med besøket. Flere kunne tenkt seg mer informasjon i forkant, og dermed muligheten til å forberede seg bedre. Når de likevel tok imot besøket, opplevde de det som positivt. De satte pris på de gode samtalene som oppstod, og det opplevdes trygt å få kontakt med en person i kommunen de kunne ha tillit til (Tøien, Heggelund & Fagerström, 2014).

Den andre studien til Tøien handler om hva eldre opplever som nytte av hjemmebesøkene på lang sikt. Her ble ti eldre som hadde fått flere besøk over en periode på seks til elleve år, intervjuet. De eldre opplevde at besøkene bidro til å skape trygghet for dem. Det var trygt å ha fått kontakt med en fast person de visste de kunne henvende seg til når de skulle komme til å trenge det. Videre opplevde flere at besøkene bidro til mestring i hverdagslivet. De satte pris på å få råd om hvordan de kunne fortsette med de daglige aktivitetene selv om de fysisk hadde blitt dårligere. Det kunne for eksempel være å få hjelpemidler, påminning om å holde seg aktive, eller tips om hvordan forebygge fall. Gjennom besøkene opplevde flere av de eldre at de fikk hjelp til å gjenoppta kontakt med familie og venner, eller skape nye sosiale relasjoner. Noen opplevde at de fikk hjelp til å opprettholde andre sosiale kontakter og aktiviteter. Dette så de på som viktig for å ha et godt liv (Tøien, Bjørk & Fagerström, 2015).

I en kvalitativ studie fra Norge av Sjøbø og medarbeidere fra 2016, er det gjort individuelle intervju med 15 eldre i Norge om deres erfaringer med forebyggende hjemmebesøk. Resultatene herfra viser at de eldre hadde vage forventninger i forkant av besøket. Likevel opplevde de seg sett gjennom besøket og mente at de fikk nyttige råd og påminnelser. I likhet med studien fra Tøien opplevde de eldre at det var en trygghet å ha fått en kontaktperson i kommunen som de kunne henvende seg til ved behov (Sjøbø et al., 2016).

Ålesund kommune har drevet med forebyggende hjemmebesøk siden 2001, og har publisert en fagartikkel som blant annet inneholder resultater fra individuelle intervju med 30 eldre som har fått slike besøk de siste årene. Det som kom fram her er i tråd med resultatene fra studiene som er referert til over. De eldre opplevde besøkene som en trygghet selv om de er friske, og de mente det var en god måte å få informasjon fra kommunen på. Samtidig opplevdes besøkene nyttige for å styrke eldre sine egne ressurser og evne til å ta vare på sin helse (Skovdahl, Blindheim & Alnes, 2015).

Det er også skrevet flere masteroppgaver om Eldres erfaringer med forebyggende hjemmebesøk i Norge de siste årene. Resultatene i noen av disse oppgavene er også presentert i artikler sammen med andre forskere. I Bjørg Sjøbø sin masteroppgave (Sjøbø, 2014) ble det gjort kvalitative intervju med 12 eldre. Noen av disse formidlet at de var skeptiske i forkant, men ble positivt overrasket av besøket. De opplevde at de ikke var

glemt av samfunnet, samtidig som noen også mente at besøket først og fremst var til nytte for kommunen.

I Morten Heggelund sin masteroppgave fra 2012 ble det gjort kvalitative intervju med ti eldre. Resultatene viste også her at de eldre på forhånd hadde uklare forventninger til hva besøket var. Mange mente også at de ikke hadde behov for besøket, men syntes det var betryggende å vite at de har et sted å henvende seg dersom behov skulle oppstå. Noen mente at besøkets hensikt var at kommunen skulle kartlegge helsetilstanden til sine eldre innbyggere (Heggelund, 2012).

Resultatene i to andre masteroppgaver viste også til mye av det samme som studiene over. I den ene oppgaven konkluderte forfatteren med at ressurssterke eldre også kan ha nytte av forebyggende hjemmebesøk fordi besøkene bidro til at de opplevde seg sett, og fikk økt tillit til helsetjenestene, samtidig som de fikk nyttige påminninger om aktivitetstilbud og hjelpeinstanser (Smedt, 2011). Den andre masteroppgaven viste også at de eldre følte seg sett og hørt av kommunen, at det var nyttig å få en kontaktperson i systemet. De eldre opplevde samtalen som gode og satte pris på å få råd om tilrettelegging av boligen og om bruk av velferdsteknologi (Westbye, 2014, 2016).

EFFEKT PÅ FUNKSJON, DAGLIGLIVETS AKTIVITETER OG HELSETILSTAND

I de neste kapitlene løfter vi i hovedsak frem forskning med kvantitative studiedesign, og fortrinnsvis randomiserte kontrollerte studier, som har undersøkt *effekt* av ulike former for forebyggende eller helsefremmede oppsøkende hjemmebesøk til eldre. Det vil si at studiene undersøkte om eldre som fikk hjemmebesøk (intervensjonsgruppe) fikk bedre resultater enn tilsvarende eldre som ikke fikk hjemmebesøk (kontrollgruppe). Tiltakene i de ulike studiene varierer med tanke på utforming, innhold, hvilke helsepersonell som utfører besøkene, og hva som er målt. I tillegg varierer det om målgruppen er friske eldre eller skrøpelige eldre.

Van Haastregt sin gjennomgang fra år 2000 inkluderte 12 studier som hadde vurdert hjemmebesøkens effekt på fysisk og psykososial funksjon. Fem av disse viste positive effekter på fysisk funksjon, når man sammenlignet med kontrollgrupper som ikke hadde fått forebyggende hjemmebesøk. En av åtte studier viste positiv effekt med tanke på psykososial funksjon (van Haastregt et al., 2000).

Elkan sin oversiktsartikkel fra 2001 inkluderte fem studier som hadde sett på effekt på helsetilstand, der to av studiene viste effekt, men samlet sett kunne en ikke påvise signifikant bedring. Elkan samlet dessuten syv studier som hadde vurdert effekt på funksjon og ADL, og samlet sett kunne de ikke påvise slik effekt. Men to studier som hadde sett spesifikt på instrumentell ADL rapporterte signifikant forbedring på dette. I denne oversikten inkluderte man også studier som vurderte tiltak for å forebygge reinnleggelse etter sykehusopphold (Elkan et al., 2001).

Stuck beskrev i sin oversikt fra 2002 til sammen 16 studier som hadde vurdert effekt på funksjon. De konkluderte med at forebyggende hjemmebesøk kunne ha en liten positiv effekt dersom tiltaket bestod av varierte vurderinger, tiltak og oppfølging rettet mot eldre (*multidimensional geriatric assessment with follow-up*) (Stuck et al., 2002).

Markle-Reid inkluderte i sin oppsummering fra 2006 åtte studier som hadde vurdert effekt på fysisk og kognitiv funksjon, der fire av studiene viste positiv effekt. En av seks inkluderte studier som hadde vurdert ulike psykososiale faktorer viste positiv effekt på depresjon (Markle-Reid et al., 2006).

I en oppsummering fra Huss og medarbeidere fra 2008 ble 21 studier inkludert. De konkluderte med at forebyggende hjemmebesøk samlet sett ikke påvirket deltakernes funksjon, men at studiene der hjemmebesøket inkluderte en klinisk undersøkelse viste bedre resultater på funksjonsstatus (Huss et al., 2008).

Bouman inkluderte i sin oppsummering fra 2008 syv studier som hadde vurdert forebyggende hjemmebesøk til skrøpelige eldre. Samlet sett kunne ikke disse studiene vise til effekt på deltakernes helsestatus (Bouman et al., 2008).

Gustafsson og medarbeidere inkluderte seks studier som hadde sett på hjemmebesøkenes effekt på deltakernes fysiske funksjon og mobilitet. En av studiene viste positiv effekt, mens de resterende fem ikke viste signifikante forskjeller sammenlignet med kontrollgruppen. I den samme oversikten ble det inkludert to studier som hadde vurdert effekt på deltakernes involvering i sosiale og fysiske aktiviteter. Ingen av disse viste noen forskjell mellom de som fikk besøk og de som ikke fikk det. Av åtte inkluderte studier som hadde undersøkt effekt på ADL, viste halvparten positive resultater. Studier som har undersøkt kognitiv funksjon viste ikke noen effekt etter denne typen tiltak. Når det gjelder depresjon, viser to av åtte inkluderte studier at helsefremmende og forebyggende besøk kunne ha en positiv effekt (Gustafsson et al., 2009).

Mayo-Wilson og medarbeidere publiserte i 2014 en systematisk oversiktsartikkel på emnet. Det er en omfattende gjennomgang som inkluderte 27 studier knyttet til ADL og andre utfallsmål. Der viser resultatene at forebyggende hjemmebesøk kan gi en liten positiv effekt på ADL, men kvaliteten på resultatene er likevel vurdert som lav i oversikten («very low quality of evidence») (Mayo-Wilson et al., 2014).

Vi tar også med en større svensk studie, ettersom den er gjort i en nordisk kontekst. I studien har forskerne undersøkt to ulike varianter av helsefremmende og forebyggende tilbud til skrøpelige eldre. Den ene gruppen fikk delta i fire ukentlige seniormøter (4–6 deltakere) med informasjon fra ulike fagpersoner og utveksling mellom deltakerne, og ett individuelt hjemmebesøk noen uker etterpå. Den andre gruppen fikk ett individuelt hjemmebesøk. Den tredje og siste gruppen var kontrollgruppe og fikk ingen tiltak, utover tilgang til ordinære helse- og omsorgstjenester (Dahlin-Ivanoff et al., 2010). Resultatene viser at begge gruppene som fikk et helsefremmende og forebyggende tilbud, hadde bedre resultat på ADL etter tre måneder sammenlignet med kontrollgruppen. Ved måling ett år etter tilbudet var avsluttet, hadde deltakere i grupper som deltok i seniormøter mindre behov for hjelp i ADL-aktiviteter (spising, mobilitet, toalettbesøk, påkledning, bad/dusjing, matlaging, transport, innkjøp og rengjøring) sammenlignet med deltakere i kontrollgruppen uten tiltak. Gruppen som kun fikk ett hjemmebesøk hadde også bevart flere ADL-funksjoner enn kontrollgruppen, men i noe mindre grad enn de som også hadde deltatt på møter. Etter to år var effekten avtagende, men de som deltok på fire møter hadde fremdeles noe effekt. De som kun fikk hjemmebesøk, hadde etter to år ikke noe bedre effekt sammenlignet med kontrollgruppen (Gustafsson et al., 2012).

Gjennom denne samme studien er det også undersøkt ulike indikatorer for «skrøpeligheit», og om intervensjonen(e) utsetter tidspunktet for når skrøpeligheiten oppstår og utvikler seg. Indikatorene som ble målt var utilsiktet/uønsket vekttap, selvrappertert utmattelse (*fatigue*), svakhet (*low energy expenditure*), lav ganghastighet, svak gripestyrke, synshemming, nedsatt kognisjon og nedsatt balanse. Resultatene viste at etter ett år hadde deltakerne som fikk seniormøter og/eller hjemmebesøk omtrent samme utvikling av skrøpeligheit vurdert med disse indikatorene, som de deltakerne som ikke fikk tiltak. De som fikk tiltakene hadde likevel bedre resultat på en annen type måling av skrøpeligheit, der deltakerne oppgav hvor slitne de ble i mobilitet og ulike

ADL-aktiviteter (Mob-T Scale) (Behm et al., 2014).

Det er også sett på hvilke grupper av eldre som har mest utbytte av tiltakene med tanke på selvstendighet i ADL. Analyser av deltakerne og resultatene viser at yngre eldre som bodde alene, og som ved oppstart av tiltaket ikke hadde stor trøtthet ved mobilitet/ADL ser ut til å ha best utbytte av disse helsefremmende tiltakene (Dahlin-Ivanoff et al., 2016).

EFFEKT PÅ EGENOPPLEVD HELSE OG LIVSKVALITET

Gustafsson inkluderte 14 studier som hadde vurdert om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk påvirket skrøpelige eldre sin egenrapporterte helse, livskvalitet og generell «well-being». Av disse viste en studie positiv effekt av disse besøkene når en sammenlignet med dem som ikke hadde fått besøk (Gustafsson et al., 2009). Gustafsson inkluderte også noen studier med kombinerte individuelle og grupperettede tiltak som vi ikke omtaler nærmere her.

Skumsnes inkluderte syv studier som hadde vurdert om forebyggende hjemmebesøk kan ha en effekt på egenopplevd helse og livskvalitet. To av studiene viste at slike tiltak kan ha effekt, og det var studier med tiltak gjennomført av tverrfaglig helsepersonell med ekstra opplæring og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid (Skumsnes et al., 2013).

Mayo-Wilson inkluderte 29 studier som hadde sett på deltakernes helserelaterede livskvalitet. Samlet sett ble det ikke påvist at forebyggende arbeid har noen positiv effekt (Mayo-Wilson et al., 2014)

EFFEKT PÅ FALL

Van Haastregt inkluderte i sin oversiktsartikkel fra år 2000 seks studier som hadde vurdert hjemmebesøkene effekt på fall. Det viste seg at to av disse seks studiene kunne vise til en positiv effekt når man sammenlignet med kontrollgruppene (van Haastregt et al., 2000). Gustafssons oversiktsartikkel fra 2009 fant to studier om forebyggende og helsefremmende besøk som hadde undersøkt effekt på fall. Begge studiene viste positiv effekt på deltakernes frykt for å falle, men ikke på antall fall (Gustafsson et al., 2009).

Mayo-Wilsons artikkel fra 2014 inkluderte 23 studier som hadde oppgitt resultater på fall, og 15 studier hadde oppgitt antall fall. Det kunne ikke påvises noen signifikant effekt, men det var antydning til at forebyggende hjemmebesøk kan ha en liten positiv effekt på reduksjon av fall over tid (Mayo-Wilson et al., 2014).

Corrieri har i en oversiktsartikkel fra 2011 inkludert fem studier om kostnadseffektiviteten av forebyggende hjemmebesøk på fall (Corrieri et al., 2011). Denne er omtalt i kapittelet «Effekt på offentlige kostnader» under.

EFFEKT PÅ TIDSPUNKTET FOR DØD

Van Haastregt sin oversiktsartikkel fra 2000 viste at forebyggende hjemmebesøk reduserte dødelighet i tre av de 13 inkluderte studiene (van Haastregt et al., 2000).

Elkan sin artikkel fra 2001 inkluderte åtte studier som undersøkte effekt på dødelighet for den generelle eldre befolkningen, og konkluderer med at forebyggende hjemmebesøk hadde en positiv effekt. Det samme viste en sammenstilling av fem andre studier som hadde vurdert effekt på dødelighet hos skrøpelige eldre (Elkan et al., 2001).

Stuck sin oversikt fra 2002 inkluderte 18 studier som hadde vurdert effekt av forebyggende hjemmebesøk med tanke på dødelighet blant deltakerne. Resultatet viste en

signifikant positiv effekt i de studiene som hadde de yngste deltakerne (72–78 år), mens resultatene ikke var like gode for de studiene som hadde deltakere over 78 år (Stuck et al., 2002).

Markle-Reid inkluderte i sin oversikt fra 2006 elleve studier som hadde vurdert effekten av forebyggende hjemmebesøk for dødelighet. Fire av studiene viste signifikant positiv effekt for de som fikk tiltaket, sammenlignet med kontrollgruppene (Markle-Reid et al., 2006).

Bouman sin oversiktsartikkel fra 2008 fant ikke noe samlet effekt av forebyggende hjemmebesøk med tanke på dødelighet hos skrøpelige eldre (Bouman et al., 2008), mens Huss sin artikkel fra 2008 som inkluderte 21 studier, fant at positiv effekt på dødelighet viste seg hos yngre eldre, men ikke blant studiene med de eldste deltakerne (Huss et al., 2008).

I Gustafssons artikkel fra 2009 ble det inkludert seks studier som hadde vurdert dødelighet. To av dem viste positive resultater av forebyggende og helsefremmende tiltak til skrøpelige eldre (Gustafsson et al., 2009).

Mayo-Wilsons omfattende oversikt fra 2014 inkluderte 53 studier som hadde undersøkt om ulike former for forebyggende arbeid kunne påvirke dødelighet blant eldre. Samlet sett kunne man ikke påvise noen forskjell i dødelighet mellom de som hadde fått ulike tiltak, og de som ikke hadde fått. Små forskjeller kunne spores når oppfølging varte over tid, der de som fikk tilbud kom bedre ut enn de som ikke fikk noe tilbud. Det viste også en positiv forskjell for de som fikk tiltak som bestod av både en multidimensjonal tilnærming (tiltak som ivaretar både medisinske, funksjonsmessige, psykososiale og miljømessige forhold) og fallforebygging, sammenlignet med de som kun fikk en av disse tilnærmingene (Mayo-Wilson et al., 2014).

EFFEKT PÅ SYKEHUSINNLEGGELSER OG BEHOV FOR SYKEHJEM

Van Haastregt sin oversiktsartikkel inkluderte syv studier som hadde vurdert effekt på innleggelse i institusjon, der to studier viste en positiv effekt av forebyggende hjemmebesøk til eldre, når man sammenlignet med eldre som ikke hadde fått slike besøk (van Haastregt et al., 2000).

Elkan sin oversikt fra 2001 har med seks studier om effekt av forebyggende hjemmebesøk på innleggelse i sykehus for den generelle eldre befolkningen. Der var konklusjonen at det ikke kunne påvises noen effekt sammenlignet med de som ikke fikk besøk. Det samme viste studiene som hadde vurdert dette utfallet blant eldre med høyere risiko. Det ble inkludert ni studier som hadde sett på forebyggende hjemmebesøk og effekt på innleggelse i sykehjem. Her viste resultatene at det var positiv effekt på dette utfallet, både for den generelle eldre befolkning, og for eldre med høyere risiko, sammenlignet med eldre i samme situasjon som ikke fikk besøk (Elkan et al., 2001).

Stuck sin artikkel fra 2002 inkluderte 13 studier som vurderte om forebyggende hjemmebesøk hadde effekt på innleggelse i sykehjem. De konkluderte med at tiltakene tilsynelatende gir liten eller ingen effekt, men det kan være en mulig positiv effekt dersom antall besøk til samme person er fem eller flere (Stuck et al., 2002).

Markle-Reid sin gjennomgang fra 2006 inkluderte ni studier som hadde vurdert effekt av forebyggende hjemmebesøk på innleggelse i sykehus. Fem av studiene viste positiv effekt ved redusert antall innleggelser, eller redusert antall dager innlagt på sykehus, sett i forhold dem som ikke hadde fått slike besøk. Fem av elleve inkluderte studier viste en positiv effekt på behov for sykehjemsplass (Markle-Reid et al., 2006).

Huss fant i sin litteraturgjennomgang fra 2008 en liten, men ikke signifikant positiv effekt på innleggelse i sykehjem. Variasjonen i resultatene var avhengig av mange ulike faktorer som deltakernes alder og funksjon, utformingen av tiltaket og i hvilket helse-system studiene var gjennomført (Huss et al., 2008).

Gustafsson beskrev i sin artikkel fra 2009 åtte studier som hadde vurdert effekt på innleggelse i sykehus og sykehjem. Seks av disse studiene viste at helsefremmende og forebyggende besøk ikke gav nedgang i innleggelser i forhold til dem som ikke hadde fått slike besøk. To av studiene viste at flere av de som fikk hjemmebesøk ble boende hjemme lenger enn de som ikke fikk besøk (Gustafsson et al., 2009).

Mayo-Wilson og medarbeidere inkluderte i sin oversikt fra 2014 til sammen 26 ulike studier som hadde undersøkt effekt av forebyggende besøk på innleggelse i langtidsinstitusjon. *Samlet* sett viste det ikke noen positiv effekt for forebyggende hjemmebesøk. Femten studier som hadde undersøkt effekt på *sykehusinnleggelse* viste at det kan være en liten positiv effekt av forebyggende hjemmebesøk på dette utfallsmålet (Mayo-Wilson et al., 2014).

Vi tar til slutt i dette kapittelet med to nordiske enkeltstudier, selv om intervensjonene i disse studiene fraviker noe fra den vanlige formen for forebyggende hjemmebesøk i Norge. En dansk studie fra 2010 undersøkte om hjemmebesøk av lege og sykepleier en, tre og åtte uker etter utskrivning fra sykehus kunne redusere antall reinnleggelser på sykehus. Her viste resultatene at en mindre andel av de som fikk slike hjemmebesøk ble reinnlagt, sammenlignet med de som ikke fikk slik oppfølging. I tillegg var det en mindre andel av disse som tok medisinene sine feil (Rytter et al., 2010). En nyere svensk studie (Ekdahl et al., 2016) var rettet mot eldre over 75 år som hadde vært innlagt tre eller flere ganger på sykehus siste år, og hadde tre eller flere samtidige diagnoser. Her fikk en gruppe av deltakerne en grundig geriatrik undersøkelse og ble fulgt opp av et ambulant geriatrik team i hjemmet. Teamet bestod av sykepleier, lege/geriater, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, og de hadde tilgang på andre faggrupper som for eksempel tannlege og psykolog. Denne gruppen ble sammenlignet med en gruppe eldre som fikk vanlige tjenester. Resultater etter tre år viste at de som fikk intervensjon levde noe lenger og brukte mindre sykehustjenester, men kostnadene for kommunene var noe høyere.

EFFEKT PÅ OFFENTLIGE KOSTNADER

Markle-Reid sin oversiktsartikkel fra 2006 inkluderte studier som hadde vurdert kost/nytte av forebyggende hjemmebesøk i sin oversikt. Resultatene viste at tre av seks inkluderte studier konkluderte med at forebyggende hjemmebesøk kunne spare kostnader ved å utsette behov for innleggelse i sykehjem (Markle-Reid et al., 2006).

Bouman fant i sin oversikt fra 2008 ikke resultater som kunne underbygge en kost/nytte-effekt, eller positiv effekt på deltakernes bruk av helsetjenester. Denne oversikten inkluderte studier med skrøpelige eldre som målgruppe (Bouman et al., 2008).

Corrieri inkluderte fem studier i sin oversiktsartikkel fra 2011 om kostnadseffektiviteten av forebyggende hjemmebesøk på fall (Corrieri et al., 2011). De fant at tre av studiene indikerte kost-effekt. Likevel konkluderer de med at det ikke er tilstrekkelig dokumentasjon for å hevde at forebyggende hjemmebesøk generelt er kostnadseffektivt knyttet til fall, men at slik kostnadseffektivitet sannsynligvis avhenger av tiltakenes målrettethet mot fallforebygging.

Liimatta har i en ny oversiktsartikkel fra 2016 inkludert 19 studier publisert mellom 1984 og 2015 som har undersøkt effekten av forebyggende hjemmebesøk på Eldres bruk

av helsetjenester og kostnader. Av disse viste ti studier at forebyggende hjemmebesøk kan redusere innleggelse i sykehjem eller sykehusdøgn, og oppnå kostnadsnøytrale positive effekter på Eldres funksjon, livskvalitet eller dødelighet. Flest av de eldste studiene viste best resultat, og det settes i sammenheng med at disse studiene var gjort i en tid der de allmenne helsesystemene ikke var like godt utbygd som i senere tid. Oversikten klarer ikke å påvise hvilke målgrupper tiltaket bør rettes mot, eller hvilken form hjemmebesøkene bør ha (Liimatta et al., 2016).

I en svensk studie om forebyggende hjemmebesøk fra starten av 2000-tallet (Sahlen, Löfgren, Mari Hellner & Lindholm, 2008) ble det gjort en kost/nytte-evaluering. I en mindre by fikk 196 tilfeldig utvalgte eldre fire forebyggende hjemmebesøk. I årene etterpå registrerte forskerne deres behov for pleietjenester, legevakt og sykehusinnleggelse, og kostnadene dette utgjorde sammenlignet med kostnadene ved hjemmebesøksstilbudet. Resultatene viste at de som hadde fått forebyggende hjemmebesøk beholdt funksjon lenger, brukte mindre pleietjenester og legevakt enn de som ikke hadde fått besøk, men begge grupper hadde like mange sykehusdøgn. Beregningene viste at kommunen økonomisk fikk mer igjen på hjemmebesøkene enn hva de kostet.

ELDRES RESSURSER OG EGEN EVNE TIL Å MØTE UTFORDRINGER I ALDERDOMMEN

En av de viktigste hensiktene med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre i dag blir ofte beskrevet som det å styrke de Eldres egne ressurser for å møte alderdommen. Dette kan forstås som egenomsorgsevne (*self-care ability*) eller «self-management abilities», det vil si ferdigheter, atferdsmønster og kognitive evner som bidrar til å opprettholde egen «wellbeing» (Schuurmans et al., 2005). Vi refererer derfor til noen studier som har studert dette fenomenet, selv om de ikke er direkte knyttet til forebyggende hjemmebesøk.

Nederlandske forskere hevder at tiltak for å styrke Eldres egne ressurser vil bidra til at de også håndterer eventuelle funksjonstap bedre etter hvert som de Eldes (Cramm et al., 2013). Det er også hevdet at lav «health literacy» er assosiert med svake «self-management abilities». «Health literacy» er menneskers evne til å tilegne seg og faktisk nyttiggjøre seg kunnskap om egen helse, og å ta helsevalg og handle ut fra dette (Geboers, Winter, Spoorenberg, Wynia & Reijneveld, 2016). En norsk studie fra 2012 har undersøkt sammenhengen mellom Eldres «self-care ability» og blant annet generelle livsvilkår, opplevd helse, fysisk aktivitet, mental helse og ernæringsstatus. Her viste det seg at over 80 % av de 1044 deltakerne i studien hadde en høy grad av «self-care ability». Det at man opplever å ha god helse, være fysisk aktiv en eller flere ganger per uke, ha god mental helse og en god ernæringsstatus viste seg å være positivt relatert til høy «self-care ability» (Sundslø, Söderhamn, Espnes & Söderhamn, 2012).

En nyere systematisk oversiktsartikkel har vurdert om helsefremmende tiltak med vekt på «self-management» påvirker Eldres ADL-funksjoner. Oversikten inkluderte 12 studier, og viser at «self-management support programmer» kan bidra til en bedring, eller utsette nedgang, i Eldres ADL-funksjoner (van Het Bolscher-Niehuis, Den Ouden, de Vocht & Francke, 2016).

En oversiktsartikkel fra 2017 har undersøkt innholdet i ulike tiltak rettet mot å endre helseatferd hos skrøpelige hjemmeboende eldre. Resultatene viser at tiltak som inneholder både instruksjoner, tilrettelegging og sosial støtte kan ha en positiv effekt på fysisk aktivitet (Gardner et al., 2017).

En norsk studie har vurdert «self-care ability» som et av utfallsmålene i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk. Studien har sett på effekten av ett forebyggende hjemmebesøk og fem oppfølgingsamtaler over telefon. I studien var det 15 personer som fikk dette tiltaket, og 15 personer var med i en kontrollgruppe som ikke fikk tiltak. Resultatene viste at de som fikk besøk og telefonsamtalene hadde signifikant bedring i sin mentale helse sammenlignet med de som var i kontrollgruppen (Sundsl, Söderhamn, Espnes & Söderhamn, 2014).

PÅGÅENDE FORSKNING

Vi omtaler her et utvalg av den pågående forskningen om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk, med hovedvekt på norske studier.

Det pågår to ulike studier i Norge for å analysere og beskrive ansattes erfaringer med forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. PhD-stipendiat Mette Tøien ved Høgskolen i Sørøst-Norge arbeider med en studie der hun gjennom kvalitative intervjuer med ansatte undersøker hva de beskriver som hensikt og mål for tjenesten, hva slags problemstillinger de møter, hva de konkret gjør i besøkene, og hva slags erfaringer de har med nytte av tjenesten. Herdis Alvsvåg (VID vitenskapelige høgskole), Sønneve Teigen (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland) og Oddvar Førland (Høgskulen på Vestlandet og VID vitenskapelige høgskole) analyserer data fra fokusgruppeintervju der utøvere av forebyggende hjemmebesøk beskriver hva som karakteriserer eldre personer som ikke har pleie- og omsorgstjenester.

Mette Tøien har en annen pågående studie der hun evaluerer helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk i en større norsk kommune. Hun ser på et representativt utvalg av brukeres erfaringer og oppfatninger av tjenesten, og undersøker om opplevd nytte av og tilfredshet med tjenesten er assosiert med helsemessige eller sosiodemografiske faktorer. Det vil kunne vise om det er systematiske forskjeller på opplevd nytte av og tilfredshet med tjenesten.

PhD-stipendiat Astrid Fjell ved Høgskulen på Vestlandet ser i sitt prosjekt videre på hvilke faktorer som kan ha forbindelse med risiko for feil-/underernæring, fall, polyfarmasi og kognitiv svikt, samt hvordan den eldres opplevde helse virker inn på risiko for sykdom og aldersrelaterte risikofaktorer. Prosjektet tar også sikte på å gjøre analyser av sosiale variabler, i den hensikt å undersøke muligheten for å bruke disse som screeningsspørsmål for å identifisere hvem av de eldre som har størst behov for hjemmebesøk.

I Agder pågår det forskning knyttet til mulig langtidseffekt av forebyggende hjemmebesøk. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, ved Berit Westbye, gjennomfører dette i samarbeid med Senter for omsorgsforskning, sør ved professor Bjørg Dale. Siden 2012 har alle personer i Grimstad kommune som ikke mottar kommunale omsorgstjenester fått tilbud om forebyggende hjemmebesøk det året de fyller 78 år, og etter fem år får de tilbud om oppfølgingsbesøk. I forbindelse med hjemmebesøkene registreres helsetilstand, behov og ressurser hos den enkelte, og i tillegg registreres eventuelle forebyggende tiltak som iverksettes i etterkant av besøkene. Hensikten med prosjektet er å undersøke karakteristika ved dem som mottar besøk, og å følge utviklingen i tjenestebruk over tid. Tjenesteforbruket skal sammenlignes med dem som ikke har fått hjemmebesøk for å undersøke mulig effekt av besøkene. Registreringer fra oppfølgingsbesøkene etter fem år er nylig startet opp. Så langt foreligger ingen publikasjoner fra prosjektet, men rapport med foreløpige resultater er under utarbeidelse i rapportserien til Senter for omsorgsforskning.

Ved NTNU er det gjennomført en evaluering av det forebyggende og

helsefremmende tilbudet i Trondheim kommune, med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra 284 eldre under besøket, og etter seks måneder. Studien ledes av professor Line Oldervoll ved NTNU Senter for helsefremmende forskning. Det er også gjennomført fokusgruppeintervju med eldre.

Flere av de tidligere effektstudiene har påpekt at man ikke har målt effekt av tiltakene over en lengre tidsperiode. Det er nå en pågående studie i Tyskland som vil undersøke langtidseffekten av helsefremmende og forebyggende tiltak for eldre. Det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie i 2001–2002, der eldre (over 60 år) deltok. De som var i intervensjonsgruppen fikk tilbud om å delta i et gruppebasert program (Active Health Promotion in Old Age), eller å få et forebyggende hjemmebesøk. Flertallet valgte å delta i gruppesamlingene. I tillegg var det en kontrollgruppe som ikke fikk tiltak. Etter ett år viste resultatene at de som deltok på gruppemøter eller fikk hjemmebesøk hadde bedre resultat på helseatferd og bruk av forebyggende tjenester enn kontrollgruppen. Disse gruppene har blitt fulgt opp over lengre tid, og også sammenlignet med andre som ikke var med verken i intervensjons- eller kontrollgruppene i den opprinnelige studien. Over 13 år etterpå skal en igjen se på om det er forskjeller på de som fikk tiltak og andre som ikke har fått noe tilsvarende. Foreløpig er det kun publisert resultater fra denne studien på tysk eller presentert på konferanser, som vi ikke har kunnet ta med her. Forfatterne har imidlertid bekreftet overfor oss (Dapp 2016 i e-post til Skumsnes) at det vil komme engelskspråklige publikasjoner om «Multi-component health PROMotion and primary preventive intervention programmes and LONG-term evaluation in HEALTHy community-dwelling senior citizens (PROLONG-HEALTH)» (Dapp et al., 2014).

UTVIKLINGSARBEID

I dette kapitlet viser vi til erfaringer og anbefalinger fra prosjektrapporter, evalueringer, utredninger og utviklingsarbeid som ikke er forskning.

I 2011 etablerte Helsedirektoratet et 3-årig utviklingsprogram som skulle bidra til økt kunnskap om forebyggende arbeid i eldreomsorgen. Utviklingsprogrammet startet opp med seks prosjekter som ble forankret i kommuner og utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. De seks prosjektene skulle prøve ut og utvikle metoder, verktøy og modeller for forebyggende hjemmebesøk til eldre, og bidra til spredning av tiltaket til landets kommuner. De fleste av prosjektene har dokumentert sine erfaringer gjennom rapporter og artikler, og disse er sentrale kilder i kapitlet.

På slutten beskriver vi erfaringer med alternative eller supplerende forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre.

Kapitlet er delt opp i følgende hovedtema:

- etablere og utvikle tilbudet
- forberede besøket
- gjennomføre besøket
- følge opp etter besøket
- journalføre og dokumentere
- alternative tilbud

ETABLERE OG UTVIKLE TILBUDET

VALG AV BESØKETS MODELL OG PROFIL

I [håndbok om forebyggende hjemmebesøk](#) fra de fire utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest poengteres betydningen av at kommunene før oppstart avklarer hva de vil med tilbudet. Denne idehåndboken oppsummerer erfaringer og forskningsbasert kunnskap fra Helsedirektoratets 3-årige utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk som er omtalt foran. Det skisseres fire ulike modeller eller profiler kommunene bør overveie (Skumsnes et al., 2015):

1. besøk for å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov
2. besøk for å forebygge skader og ulykker
3. besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester
4. besøk for å ha en ressursfokusert helsesamtale

Se mer om de fire modellene i innledningskapitlet foran. I håndboken poengteres det at det er glidende overganger mellom modellene, og kommunene kan ha innslag

av flere av profilene samtidig. Det kan være ønskelig å gjøre «litt av alt» på en gang, for å dekke de forskjellige behovene hos eldre innbyggere. Likevel anbefales det å velge en *hoved*profil for derigjennom å klargjøre hensikten med besøkene. Hovedprofilen vil nemlig være avgjørende for hvilke målgrupper som skal prioriteres for besøk.

VALG AV MÅLGRUPPER BLANT DE ELDRE

Tilnærminger som vektlegger det å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov er sannsynligvis best egnet for de eldste aldersgruppene, mens en ressursfokusert helsesamtale også vil passe for yngre eldre. Kommunene i Norge har valgt forskjellige målgrupper. Vanligste målgruppe er innbyggerne over 80 år, og dernest dem over 75 år (Førland & Skumsnes, 2014). I Haugesund konkluderte man med at 77-åringene var den mest aktuelle målgruppen. Erfaringer fra et prosjekt der viste at 75 år var for tidlig å komme inn, og 80 år kunne være for sent (Vae, Kvinge & Rønnevik, 2012). I Trondheim startet man med å gi tilbudet til alle 75-åringene, men fra 2009 ble dette endret til 80-åringene, fordi man opplevde tilbudet traff disse bedre enn 75-åringene. Endringen førte til at flere takket ja til besøket (B. Klungerbo, Bredland, Nervik & Sødal A.B., 2013).

Stavanger kommune gav i 2012 ut en rapport som oppsummerer deres erfaringer med oppstarten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. Rapporten tar opp temaene organisering, mål, planlegging, gjennomføring og videreutvikling av besøkene. Det ble tilbudt besøk til alle fra det året de fyller 80 år og alle 75-åringene med innvandrerbakgrunn. Kommunen har årlig brukt to årsverk på tjenesten (Stavanger kommune, 2012). I 2017 gis det besøk til alle det året de fyller 80. Det gis ikke lenger tilbud til 75-åringene med innvandrerbakgrunn, men derimot får alle 75-åringene tilbud om å delta på en seniorkonferanse.

I rapporten «Forebyggende hjemmebesøk for eldre i Verdal kommune – Gått vaksine – trygg alderdom», gir Verdal kommune og Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag en oppsummering med anbefalinger til ordning for forebyggede hjemmebesøk til eldre. Målet er å gi samtlige beboere i kommunen et hjemmebesøk i det året de fyller 75 år, og på sikt utvide ordningen med gjentagende oppfølgende besøk (Verdal kommune, 2012).

Alder trenger ikke være det avgjørende kriterium for valg av hovedmålgruppe. Noen kommuner retter tilbudet til eldre personer som de opplever er særlig sårbare for sykdom. De målretter dermed tilbudet med intensjon om å utvikle et mer «skredersydd» og treffsikkert tilbud med større effekt for den enkelte. Det kan for eksempel være eldre med rusproblem, psykisk helseproblem, eldre som lever isolert, eldre med innvandrerbakgrunn som har språkutfordringer og er dårlig integrert. I veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet nevnes også andre grupper: personer som har mistet ektefelle eller andre i nær relasjon, nylig utskrevne pasienter fra sykehus, pårørende til kronisk syke, personer som får tildelt trygghetsalarm, hjelpemidler og annen velferdsteknologi, personer med begynnende tegn til kognitiv svikt og personer med nedsatt mobilitet og funksjonsfall (Helsedirektoratet, 2017a).

Både de ordinære hjemmetjenestene og ikke minst fastlegene kan ha kunnskap om hvem disse er, og et godt samarbeid med disse kan være døråpnere for slike målrettede tilbud.

Forebyggende hjemmebesøk skal bidra til å forebygge sykdom og skade og understøtte helse, funksjonsevne og sosial deltakelse. En avveining som bør gjøres ved etablering av tilbudet er *hvor tidlig* i aldringsforløpene man bør rette tilbudet. På den ene siden bør man komme inn så tidlig at det blir mulig å forebygge og bidra til endringer i begynnende sykdomsforløp. Mange eldre kan imidlertid ha problemer med

å se behovet for besøk på dette stadiet. På den andre siden vil et skreddersydd tilbud til bestemte grupper og de eldste eldre på en tydeligere måte kunne imøtekomme opplevde behov, og dermed ha større treffsikkerhet.

UTFORME BESØKETS INNHOLD

Når hovedmodell og hovedmålgruppe er valgt, begynner arbeidet med å forme og innholdsbestemme tilbudet nærmere. I Helsedirektoratets veiledningsmaterieell gis det konkrete tips til samtaletemaer med tilhørende praktiske verktøy og brosjyrer, blant annet knyttet til bolig, brann, ernæring, fall, fysisk aktivitet, hjelpemidler og velferdsteknologi, legemidler, psykisk helse, rus og alkohol, sosialt fellesskap og vold (Helsedirektoratet, 2017a). Infosenteret for seniorer i Trondheim kommune har gitt ut materieell om planlegging og gjennomføring av hjemmebesøkene som også kan være til nytte for kommuner i en etableringsfase (B. Klungerbo et al., 2013). I to norske nasjonale kartlegginger beskrives en rekke temaer som kommunene tar opp under hjemmebesøkene (Førland & Skumsnes, 2014; Pettersen & Wyller, 2005). I tillegg gis det i den nevnte idehåndboken informasjon om og anbefalinger for utforming av besøkene (Skumsnes et al., 2015). I delkapittelet over om valg av målgrupper ble betydningen av å komme inn så tidlig at det blir mulig å forebygge og bidra til endringer i begynnende sykdomsforløp tatt opp. Det er imidlertid ikke alltid at *endring* er det mest relevante målet, men at den eldre blir bevisst og får støtte fra besøkeren på forhold han eller hun allerede utfører som kan forsterkes og vedlikeholdes: «Det du gjør med dette er bra. Fortsett med det»!

FORANKRE OG SAMARBEIDE

I etableringsfasen må det avklares hvor tilbudet skal plasseres i kommuneorganisasjonen. Kommuner velger ulikt her. Noen plasserer det i de hjemmebaserte tjenestene. Andre forankrer det i rehabiliteringstjenesten, fysio- og ergoterapitjenesten, bestillerkontoret, frisklivssentralen eller i en annen helsefremmende enhet i kommunen (Førland & Skumsnes, 2014). Erfaringer viser at hvor man forankrer tilbudet kan ha betydning for hvordan tjenesten faktisk utøves. Betydningen av å være organisert under den enhet i kommunen som har ansvar for forebyggende tjenester og tjenester for hjemmeboende eldre blir trukket fram. Likeens fremheves det at tilbudet sees som en del av en større helhet i kommunen og lokalsamfunnet. På denne måten kan samarbeid med tilgrensende tilbud internt i kommunen, frivillige og andre aktører stimuleres (Helsedirektoratet, 2017b). Mulighet for å jobbe sammen og diskutere med andre, gjerne tverrfaglig, blir trukket fram (Helsedirektoratet, 2017a; Skumsnes et al., 2015). Dette kan stimulere til å se og ivareta sammenhengene mellom tilbudene med tanke på tidlig innsats. Prosjektet i Haugesund og Bokn hadde god erfaring med faste tverrfaglige møter der sykepleier som hadde vært på hjemmebesøk kunne ta opp og drøfte saker med fastleger og andre samarbeidspartnere ved behov (Væe et al., 2012). Samarbeidet med fastleger trekkes fram som viktig, men også som utfordrende å få til. I prosjektet fra Vestvågøy kommune og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Nordland har man forsøkt å etablere samarbeid med både fastleger og sykehus (Vestvågøy kommune, 2016). Veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet trekker fram fastlege, primærhelseteam, hjemmetjeneste, ergo- og fysioterapitjeneste, psykisk helse, frisklivssentral, demensteam og hukommelsesteam, brann og redning, frivillig

sektor, lærings- og mestringssenter og spesialisthelsetjenesten som samarbeidspartnere (Helsedirektoratet, 2017a).

REKRUTTERE HELSEPERSONELL OG TILRETTELEGGE FOR KOMPETANSEUTVIKLING

Helsepersonell som skal foreta besøkene må rekrutteres, få opplæring og muligheter for videre kompetanseutvikling.

Det anbefales å rekruttere ansatte med ulike helseprofesjonsbakgrunn, og at disse har spesialutdanning innen eldrearbeid og helsefremming, i tillegg til erfaring med kommunalt eldrearbeid og personlig egnethet (Helsedirektoratet, 2017a; B. Klungerbo et al., 2013; Skumsnes et al., 2015). Kompetansebehovet vil imidlertid være avhengig av besøkenes profil. Dersom de har et tydelig sykdomsforebyggende siktemål (jfr. modell 1) vil geriatrikompetanse være sentralt. Dersom de har en mer ressursfokuset profil (modell 4) vil kompetanse om helsefremming og motiverende samtaler være mer sentralt.

I Norge er det oftest helseprofesjoner med høgskoleutdanning som arbeider med forebyggende hjemmebesøk til eldre, og i størst grad sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Mange av disse har imidlertid ikke fått egen opplæring knyttet til sin spesialfunksjon, og mange kommuner har savnet veiledningsmaterieell (Førland & Skumsnes, 2014). Grunnlaget for dette er nå betydelig utvidet gjennom Helsedirektoratets 3-årige utviklingsprogram mellom 2012–15, veiledningsmateriellet i 2017 og nå denne kunnskapsoppsummeringen i Omsorgsbiblioteket.

Hvilken kompetanse er nødvendig for å utføre forebyggende hjemmebesøk til eldre? Trondheim er en av kommunene som har beskrevet dette. De trekker fram betydningen av at teamet av besøkere har tverrfaglig bakgrunn, at de har god vurderingskompetanse og evne til å fange opp personer som bør henvises videre for oppfølging, samt kompetanse i veiledning, geriatri, positiv psykologi og motiverende ressursorienterte samtaler. De trekker også fram besøkernes erfaringskompetanse og verdier som respekt og verdighet i samtalen, samt personlige egenskaper som det å like å høre på livshistorier og være glad i eldre mennesker (B Klungerbo, Bredland, Sødal & Nervik, 2013). I en annen rapport, «Friskere liv med forebygging», trekkes helsepersonellens veiledningskompetanse fram, samt kunnskap om *empowerment* og mestringsstrategier (Grimstad kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, 2014). I håndboken for forebyggende hjemmebesøk (Skumsnes et al., 2015) anbefales det at utøverne bør ha

- helse- eller sosialfaglig grunnkompetanse og kunnskap om helsefremmende og forebyggende arbeid, motiverende samtaler, gerontologi og geriatri
- personlig egnethet med tanke på samtale- og kommunikasjonsferdigheter, samt åpenhet for refleksjon
- erfaringskompetanse fra arbeid med eldre, og egen livserfaring
- en god oversikt over og kunnskap om ulike aktivitets- og sosiale tilbud av både frivillig, kommunal og kommersiell art i nærområdet
- tverrfaglighet bør tilstrebes der det er flere som jobber sammen om hjemmebesøkene

Videre anbefales det at kommunen som oppdragsgiver bør

- sørge for intern opplæring av nyansatte, samt legge til rette for drøftinger og deling av erfaringskunnskap
- opprette tverrfaglige møtepunkt der komplekse saker kan diskuteres
- tilrettelegge for at ansatte får delta på relevante kurs og konferanser
- åpne for hospitering eller besøk i andre kommuner som driver tilsvarende tilbud

Det anbefales også at kommunen danner nettverk med andre i nabokommuner, og møtes 1–2 ganger i året for å utveksle erfaringer og dele kunnskap. Dette gjelder spesielt for mindre kommuner der man som besøkter gjerne jobber alene med forebyggende hjemmebesøk. Helsedirektoratets veileder for forebyggende hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2017a) utgjør et godt grunnlag for videre kvalitets- og kompetanseutvikling på dette området.

INFORMERE OM TILBUDET

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk er ennå ikke blitt et velkjent tilbud blant de eldre i Norge. Særlig i en startfase, men også når tilbudet er etablert, vil det derfor være nødvendig å ha en strategi for å gjøre det mer kjent blant de eldre, ansatte i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og i frivillige organisasjoner. Kommunen kan gjøre tilbudet kjent gjennom kanaler som lokalavis og andre lokale medier, sosiale medier, kommunens nettsider, på fastlegekontoret, legevakten, andre offentlige kontorer, i pensjonistforeninger og i andre sammenhenger der målgruppen ferdes (Helsedirektoratet, 2017a; Skumsnes et al., 2015). Ved at eldre selv gir innspill til informasjonsmateriellet og til hvordan tilbudet kan kommuniseres best mulig til målgruppene kan informasjon bli mer treffsikker (Grimstad kommune og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, 2014).

EVALUERE TILBUDET

Kontinuerlig evaluering er nødvendig for å videreutvikle tilbudet og tilpasse det til målgruppenes behov. Slik evaluering kan ta utgangspunkt i informasjon kommunen samler inn i forbindelse med besøkene, for eksempel oversikt over aldersgrupper som tilbys hjemmebesøk, andel som takker ja til besøk, registreringer av de eldres funksjonsnivå og iverksatte tiltak i forbindelse med besøkene.

Like nyttig kan det være å gjennomføre brukerundersøkelser, gjennom intervjuer med enkeltmottakere av besøkene eller spørreundersøkelser til flere mottakere (Førland, 2016), for å belyse de eldres erfaringer og opplevelse av nytten av besøkene. I håndboken fra Utviklingscentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet (Skumsnes et al., 2015) gis det eksempler på spørsmål som kan stilles:

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

- Hva synes du om temaene som ble tatt opp i besøket?
- Hvor nyttig var informasjonen du fikk?
- Hvordan opplevde du oppfølgingen du fikk i etterkant?
- Har du blitt mer fysisk aktiv etter besøket?
- Går du oftere ut nå enn før besøket?
- Har du gjort endringer med tanke på fallfare og snublefeller etter informasjon du fikk under besøket?
- Har du gjort endringer i ditt kosthold på grunn av informasjon du fikk?
- Har du fått bedre kjennskap til kommunens tilbud etter besøket?
- Har du fått bedre kjennskap til aktivitetsmuligheter i ditt nærmiljø?
- Har du tatt i bruk noen nye aktivitetstilbud?

Spørsmålene kan også formuleres som påstander og graderes, for eksempel «I hvilken grad opplevde du at...». Et kjernepunkt i evalueringene er at de tar utgangspunkt i hva som var hensikten og målene med tilbudet, slik at en får svar på om disse målene er nådd.

FORBEREDE BESØKET

I forkant av hvert enkelt besøk må det gjøres en del praktisk forarbeid.

Hjemmebesøkene innebærer administrering med tanke på å innhente lister over dem som skal få tilbud, skrive og sende ut brev og informasjon, gjøre avtaler og dokumentere (Helsedirektoratet, 2017a; Skumsnes et al., 2015). Dette kan være et ganske omfattende forberedende arbeid. For eksempel må listene over personer i den aktuelle alderen gjennomgås for å sortere ut dem som er utenfor målgruppen (som personer som er på institusjon, som allerede har omfattende tjenester, og avdøde). I Trondheim kommune anbefaler man at det sendes ut informasjon om tilbudet og forslag til tidspunkt cirka 14 dager før avtalen. De bruker kommunens logo og brevark for å signalisere seriositet og det formelle om hvem som står bak. Brevet beskriver kort innhold og hensikt med besøket for å skape riktige forventninger. I heftet [«Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk»](#) har kommunen gjengitt hvordan de har formulert dette brevet (B Klungerbo et al., 2013). Denne måten å avklare forventninger på kan være viktig fordi mange i målgruppene ikke vet hva tilbudet går ut på og dermed kan være usikre på om de skal takke ja eller nei (Sjøbø et al., 2016; Tøien et al., 2014).

Noen kommuner gjør det slik at etter at brev med tidspunkt for besøk er sendt ut, må den eldre selv ta kontakt dersom de ikke ønsker besøket. Da spør man gjerne om de vil bli kontaktet om ett år (Grimstad kommune og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, 2014). Andre kommuner tar direkte kontakt per telefon dersom den eldre ikke responderer på henvendelsen. En slik telefon kan være viktig for å klargjøre besøkets formål og gir mulighet for å spørre den eldre om man vil bli kontaktet etter for eksempel ett år, dersom man ikke ønsker besøk nå. Dersom man ikke får kontakt på denne måten heller, har noen kommuner praksis for at de for sikkerhets skyld reiser hjem til personen for å spørre om man ønsker besøk. Om lag halvparten av dem som får tilbudet, takker nei til det, ifølge tall fra kommunene selv (Førland & Skumsnes, 2014).

Noen kommuner har tilbud om temabaserte gruppemøter som alternativ til hjemmebesøk (Slåtsveen, Hellebergshaugen, Sveen & Sogstad, 2015; Utviklingssenter for sykehjem i Oppland og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark, 2015b).

GJENNOMFØRE BESØKET

Gjennomføringen av besøket vil selvsagt være påvirket av hvilken profil og modell kommunen velger. Likevel viser den erfaringsbaserte litteraturen, veiledere og håndbøker noen fellestrekk som vi her skal trekke fram.

Mange av dem som ikke har tatt imot slike besøk tidligere vil naturlig nok være usikre på hva det går ut på, og noen kan også være skeptiske til hva kommunen vil (Sjøbø et al., 2016; Tøien et al., 2014). Flere av utviklingsprosjektene og veilederne trekker fram betydningen av å bruke god tid i starten av besøket på å opparbeide en trygg og tillitsfull relasjon og å klargjøre besøkets formål. En slik atmosfære og forventningsavklaring er selve grunnlaget for det som skal foregå i møtet.

Det er vanlig å ha en samtaleguide, sjekklister eller lignende som utgangspunkt og hjelpemiddel i samtalen (Førland & Skumsnes, 2014). Noen synes det er nyttig med en huskeliste over tema for å holde fokus i besøket, særlig hvis en er uerfaren som hjemmebesøker. Samtalen er grunnleggende for å etablere god dialog, og det blir understreket at åpenhet og lydhørhet opplevdes viktigere enn detaljerte guider (Skumsnes et al., 2015).

Trondheim kommune har laget en samtaleguide der det understrekes at guiden ikke skal følges som en oppskrift, men må tilpasses den enkelte (B Klungerbo et al., 2013). Også den danske håndboken «Forebyggende hjemmebesøk til eldre» understreker betydningen av å skape en behagelig samtale med den eldre hverdag i sentrum. En samtaleguide kan være en god hjelp, men den bør ligge i ryggraden slik at samtalen blir naturlig og nærværende (Ankestyrelsen, 2008).

Mange som jobber med forebyggende hjemmebesøk har skaffet seg kompetanse i såkalt «motiverende intervju-metodikk». Dette er en klientsentrert og målfokusert samtalemetode for å styrke en persons motivasjon til å endre atferd, for eksempel endring i kostholds- og aktivitetsvaner (Ivarsson & Ortiz, 2016). I veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet vises det til utfyllende informasjon og hjelpemidler (Helsedirektoratet, 2017a).

Noen kommuner kartlegger helse, funksjons- og omgivelsesstatus for å avdekke sykdomsrisiko og hjelpebehov (Vae et al., 2012). Da bør dette være tydelig i informasjonsbrevet i forkant. Hvis råd om fysisk aktivitet og fallforebygging er sentralt i besøket, blir oppfølging på et senere tidspunkt, for eksempel etter et år, ekstra viktig (Skumsnes et al., 2015).

Mange av de samme temaene blir tatt opp under hjemmebesøkene selv om det er ulike kommuner. Det vanligste er å fokusere på sikkerhet i hjemmet, fysisk helse, boforhold, selvhjelpenhet, ernæring, sosialt nettverk, hjelpemidler og aktiviteter (Førland & Skumsnes, 2014). I veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet vises det som nevnt praktiske verktøy, brosjyrer og referanser for flere relevante temaer for hjemmebesøkene: Bolig, brann, ernæring, fall, fysisk aktivitet, hjelpemidler og velferdsteknologi, legemidler, psykisk helse, rus/alkohol, sosialt fellesskap og vold ([Helsedirektoratet, 2017a](#)) Noen kommuner deler ut brosjyrer om disse temaene til dem det er aktuelt for under eller etter besøkene.

Prosjektet «Friskere liv med forebygging» (Grimstad kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, 2014), beskriver tre deler eller faser av besøket:

1. Oppstart med en åpen samtale med fokus på ressurser og helsefremming der den eldre forteller og styrer. Det er ingen kartleggingsskjemaer, andre papirer eller bærbare datamaskiner på bordet i denne fasen på grunn av faren for at dette kan ta oppmerksomheten bort fra det å etablere en god og tillitsfull relasjon. Samtalen sentrerer rundt temaer som «hva er viktig for deg?», den eldre fysiske aktivitet, kosthold, sosialt nettverk, trygghet og sikkerhet.
2. Dernest gjennomgang av informasjonsmappen med nyttige brosjyrer om kommunen, fysisk aktivitet, mat, turer, bilkjøring, trygghet i hjemmet etc.
3. Spørreskjema om arbeid, bolig, nærmiljø, funksjonsnivå, sosial deltagelse, bruk av teknologi, allmenntilstand, fall, ernæring og hjelpemidler.

I Ålesund er det samlet inn erfaringer fra mottakere av hjemmebesøkene, informasjon om eldre som takket nei til besøk og erfaringer fra besøkene (Skovdahl et al., 2015). På bakgrunn av dette er det utviklet en justert modell for besøkene med vekt på praktiske oppgaver før, under og etter hjemmebesøket (Blindheim & Alnes, 2015).

I rapporten «Forebyggende hjemmebesøk for eldre i Verdal kommune – Gått vaksine – trygg alderdom», vises fasene i hjemmebesøkene, fra planlegging, gjennomføring og til journalføring etter besøket, samt vedlegg som viser invitasjonsbrev til de eldre, kartleggingsskjema om sosiale, fysiske og psykiske forhold, kartleggingsskjema om brann og samtykkeskjema for journalføring av opplysninger fra hjemmebesøket (Verdal kommune, 2012). Se for øvrig: <http://www.utviklingssenter.no/forebyggen-de-hjemmebesoek-for-eldre-i-verdal-kommune.5268616-185540.html>

Før man avslutter besøket kan det være fornuftig å *oppsummere* møtet og hva man eventuelt er blitt enige om. Dette kan også gjøres skriftlig, enten på slutten av møtet eller i etterkant. I den danske [håndboken](#) vises det til et såkalt «samtaleark» som samtalen oppsummeres i, og at den eldre får kopi av den. Denne kan man så ta utgangspunkt i ved neste besøk (Ankestyrelsen, 2008).

Uansett hvilken modell kommunen velger er det viktig å skreddersy den i møte med den enkelte eldre behov (Skumsnes et al., 2015).

FØLGE OPP ETTER BESØKET

Oppfølging handler om hva helsepersonellet gjør i etterkant av besøket. I den siste nasjonale kartleggingen svarte kommunene at 31 % av besøkene førte til henvisning eller anbefaling av tiltak (Førland & Skumsnes, 2014).

Det kan noen ganger være aktuelt å henvise videre til andre instanser, gi bistand til å anskaffe hjelpemidler eller sende en oppsummering til fastlegen. Dette er selvsagt bare aktuelt dersom den eldre selv ønsker at det skal bli gjort slik. Andre ganger oppfordres det til at den eldre selv gjør oppfølgingsarbeidet.

Oppfølging kan også dreie seg om å tilby flere besøk til samme person, for eksempel gjentatte besøk hvert år, når det vurderes som riktig. Noen har praksis for å gjøre avtale med den eldre om å ringe etter en viss tid for å høre hvordan det går, og hvordan de har det med anbefalinger som ble gitt under besøket. Slike telefonsamtaler kan være med på å motivere til å ta de første stegene og prøve ut noe nytt. En kontakt i ettertid kan også være for å sjekke om bestilte hjelpemidler er levert og fungerer (Skumsnes et al., 2015).

Om det er tilstrekkelig med ett besøk en gang eller gjentakende besøk kan henge sammen med hva som var hensikten med besøket. Hvis hovedformålet var å tilby informasjon om kommunale tjenester og en kontaktperson, kan ett besøk være tilstrekkelig. Men dersom hensikten var å undersøke helsetilstand og avdekke sykdom og

funksjonssvikt i tidlig fase, bør hjemmebesøkene gjentas med jevne mellomrom. Likeså trengs gjerne oppfølgende besøk dersom målet med besøket var å stimulere til endring av helserelaterte vaner (Skumsnes et al., 2015).

Registreringer og generelle inntrykk fra enkeltbesøkene kan summeres opp til anonymisert statistikk og systembeskrivelser, og dette kan tas i bruk i kommunens planarbeid innenfor folkehelsearbeid og eldreomsorg (lærende system).

JOURNALFØRE OG DOKUMENTERE

JOURNALFØRING PÅ INDIVIDNIVÅ

Den nasjonale kartleggingen fra 2013 viste at 56 % av kommunene med forebyggende hjemmebesøk oppgav at de så på tilbudet som helsehjelp med dokumentasjonsplikt etter Helsepersonelloven. Flere kommuner svarte at de er usikre på dokumentasjon ettersom dette er et oppsøkende tilbud og ikke en tjeneste som de eldre selv har søkt om. Mange svarte at de innhenter samtykke til å registrere opplysninger fra den de besøker. Hva som dokumenteres varierer i stor grad. Noen registrerer kun hvem som har fått tilbud og hvem som takker ja og nei til besøk, mens andre legger inn utfylte sjekklister om for eksempel helsestatus, boligforhold eller fallrisiko, og noen lager utfylende funksjonsrapporter (Førland & Skumsnes, 2014).

Helsedirektoratet er i sitt veiledningsmaterieell tydelig på at forebyggende hjemmebesøk anses som helsehjelp og derfor skal journalføres. Men denne skal ikke omfatte mer informasjon enn det som er nødvendig for å dokumentere helsehjelpen, og helseopplysningene skal behandles i samsvar med pasientjournalloven. Gruppemøter omfattes på den annen side ikke av lovverket om å journalføre, siden det ikke blir ansett som *individuell* veiledning og helsehjelp (Helsedirektoratet, 2017a).

Noen kommuner gir eldre som får hjemmebesøk mulighet til å reservere seg mot at det dokumenteres opplysninger fra besøket (Førland & Skumsnes, 2014). Dette spørsmålet er tatt opp med Helsedirektoratet, som svarer at helsepersonellet har plikt til å journalføre når det gjelder forebyggende hjemmebesøk, og at mottakeren ikke kan reservere seg fra at det blir journalført relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen. Hva som er relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen er helsepersonellens skjønnsmessige vurdering.

I tillegg til at lovverket pålegger helsepersonell å dokumentere, er det flere grunner for at det er hensiktsmessig å samle og ta vare på relevante opplysninger. Dersom en skal henvise videre til andre instanser er det nyttig med dokumentasjon for samhandlingens del. Er det aktuelt å følge opp besøkene årlig, er det nyttig å kunne se tilbake på notater og status fra tidligere besøk. Dersom for eksempel funksjons- eller aktivitetsnivå, eller andre tilstander registreres, vil en kunne følge utviklingen over tid, og fange opp endringer (Skumsnes et al., 2015).

I veiledningsmaterieell fra Helsedirektoratet understrekes helsepersonellens generelle taushetsplikt og hovedregelen om å innhente samtykke for å dele opplysninger om tjenestebehovet til andre kommunale enheter (Helsedirektoratet, 2017a).

DOKUMENTERE PÅ KOMMUNENIVÅ

I Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv om forebyggende hjemmebesøk trekkes det fram at slike besøk bør sees i sammenheng med kommunenes arbeid med å få oversikt over befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester og være et virkemiddel i planarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ved å summere opp registreringer og generelle inntrykk fra enkeltbesøkene til anonymisert statistikk og systembeskrivelser kan dette tas i bruk i kommunens planarbeid innenfor folkehelsearbeid og eldreomsorg. Slik oversikt kan danne utgangspunkt for utviklingsarbeid og nye tjenester og således utgjøre et lærende system for kommunen. Slik bruk trekkes også fram i Danmark, der man har lenger erfaring med forebyggende hjemmebesøk (Ankestyrelsen, 2008, 2010).

ANDRE FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE TILBUD TIL ELDERE

I dette kapitlet viser vi *kort* til noen alternative og supplerende forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre.

FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE GRUPPESAMLINGER

Noen kommuner har startet med gruppebaserte samlinger for eldre med tilsvarende mål som de individuelle hjemmebesøkene: å forebygge sykdom og skade og å styrke og understøtte helse, funksjonsevne og sosial deltakelse. Det er noen kommuner som både tilbyr hjemmebesøk, mulighet for å ha besøket på tjenestens kontor og gruppesamlinger, slik at hun eller han selv får velge hva som anses som mest nyttig. På gruppesamlingen gis det informasjon, foredrag og mulighet for diskusjoner rundt en kaffekopp og lett bevertning. Samlingen arrangeres enten i kommunens egne lokaler eller hos en organisasjon. For å bygge ned terskelen for å komme, kan det være gunstig å arrangere gruppesamlingen i et lokale som ikke forbindes med helse- og sosialtjenester, men for eksempel i et kulturhus, bibliotek, kjøpesenter eller i et annet forsamlingshus.

En fordel med et gruppetilbud er at en kan nå personer som ikke ønsker hjemmebesøk. Opplegget er mindre ressurskrevende ved at man når flere på kortere tid. Man kan videre målrette samlingene til bestemte grupper av eldre. Gruppesamlingene gir dessuten muligheter for å utveksle og dele erfaringer fra flere. På den annen side får man ikke den individuelle samtalen og vurderingen i hjemmet knyttet til den enkelte eldres behov, helse og situasjon. Slik sett får ikke den enkeltes særegne behov samme fokus som i de individrettede hjemmebesøkene. Det er med andre ord både fordeler og ulemper med både hjemmebesøk og gruppesamlinger. Modellene ivaretar ulike aspekter og er utfyllende. Således vil det å gi begge tilbudene kunne imøtekomme flere eldre med ulike ønsker og behov. I Sverige har man gjort forsøk med en slik kombinasjon av metoder, som i studien til Gustafsson, som også er omtalt i forskningskapitlet (Gustafsson et al., 2012).

Hamar og Gjøvik kommune er blant dem som har dokumentert sine erfaringer både med individuelle hjemmebesøk og gruppebaserte samlinger. I en undersøkelse av disse tilbudene konkluderer forfatterne med at gruppemøter er en hensiktsmessig og effektiv måte å tilby forebyggende tiltak til eldre på, fordi denne modellen frigir ressurser til å utvikle et bredere spekter av forebyggende tilbud og tettere oppfølging av sårbare grupper (Slåtsveen et al., 2015). Utviklingssenter for sykehjem i Oppland og

Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark (2015b) har utgitt en praktisk håndbok for gjennomføring av slike gruppebaserte møter.

Kirkens Bymisjon i Oslo har utviklet lignende tilbud. Her inviteres personer over 67 år til en-til-en-samtale med ansatte på det de kaller «Helsestasjon for eldre». Det gis praktiske råd og veiledning når det gjelder egen helse, bosituasjon og praktiske og teknologiske hjelpemidler (Kirkens bymisjon, 2017). Oslo kommune har selv startet helsestasjon for eldre som et toårig samarbeidsprosjekt (2016–2017) mellom Engelsborg ressurscenter og helse- og omsorgstjenesten i bydel Grünerløkka. Her tilbyr sosionom, sykepleier og folkehelseeterapeut individuell veiledning innenfor områdene helse (fysisk aktivitet, kosthold og livsstil, blodtrykksmåling etc.), boligveiledning og velferdsteknologi. Eldre kan selv bestille time for slik veiledning (Oslo kommune, 2017b).

Noen kommuner har invitert eldre i bestemte aldersgrupper til en messe med utstillinger og informasjon fra ulike inviterte aktører og eventuelt foredrag innenfor enkelte tema. Informasjonen kan for eksempel dreie seg om hverdagsmestring, velferdsteknologi, boligmuligheter og -tilpasninger, pensjon og økonomi, fallforebygging og brannforebygging. Dette gir den enkelte muligheter for å oppsøke den informasjonen som er mest aktuell på tidspunktet. På denne måten kan den enkelte selv velge hvilken informasjon de ønsker og oppsøke det. Informasjonen fra slike messer kan også være plassert på et fast og sentralt sted i kommunen som gjør at den enkelte kan oppsøke den når det passer best.

ANDRE FOREBYGGENDE TILBUD

Mange kommuner har på egen hånd etablert andre forebyggende og helsefremmende tilbud til eldre. Eksempler på dette er *fysisk trenings- og aktivitetsgrupper, sosiale aktivitetsgrupper og selvhjelpsgrupper og seniorsenter/eldresentre/aktivitetssentre*. Utviklingssenter for sykehjem i Oppland og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark (2015a) har gitt ut et idehefte som viser slike tiltak. I tillegg har frivillige organisasjoner etablert aktivitetstilbud til eldre, og noen ganger i samarbeid med kommunen. Mange eksempler på dette er beskrevet i idehåndboken «Frivillighet i omsorgssektoren» (Jensen, 2015). Et annet eksempel er prosjektene under tiltaket «Helsefremmende møteplasser 60+» i Oslo kommune. Delprosjektene har som mål å utvikle nyskapende møteplasser for fremtidens seniorbefolkning. Flere tilbud prøves ut: møteplass på kjøpesentra, digital møteplass hvor aktiviteter på seniorsenter streames, oppsøkende møter hvor kommunen formidler gode løsninger for en aktiv og trygg alderdom, digitalt veiledningstorg for teknologi og mestring med vekt på trygging av egen bolig mot fall og brann, og helsestasjon for eldre (Oslo kommune, 2017a).

Frisklivssentraler er kommunale tilbud som skal fremme helse og forebygge sykdom ved å gi tidlig hjelp til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. De er beregnet for mennesker i alle aldre (Helsedirektoratet, 2016). Noen kommuner har også etablert lærings- og mestringssentre.

«*Lyst på livet*» er et kursopplegg utarbeidet av Kunnskapssenter for helsetjenesten hvor eldre arbeider systematisk i grupper med å utvikle vaner som er viktige for aktiv aldring (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

«*Takk, bare bra...*» er et kognitivt basert kurs i forebygging og mestring av depresjon hos eldre. Det er tatt i bruk i flere kommuner og er utviklet av Anne Nævra og Odd Steffen Dalgard. Kurset ble evaluert av Diakonhjemmet høgskole i 2014 (Bøen & Kaasa, 2014).

VERKTØY OG RES- SURSER

Vi henviser her til veiledningsmateriellet om forebyggende hjemmebesøk fra Helsedirektoratet ([Helsedirektoratet, 2017a](#))

KONKLUSJONER

TRENDER OG ESSENER

UTVIKLING OG STATUS

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre har fått økt oppmerksomhet i Norge. I 2003 hadde åtte prosent av kommunene etablert tilbudet, mens dette var steget til 24 % i 2013, og om lag halvparten av nyetableringene foregikk mellom 2010 og 2013. Alle de fem største kommunene (Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Bærum) hadde startet opp med tilbudet. De fleste kommunene med tilbudet gav uttrykk for positiv nytteverdi.

I 2011 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet et treårig program for å utvikle modeller og verktøy. I 2016 sendte de et rundskriv til kommunene for å stimulere til nyetableringer. I 2017 publiserte Helsedirektoratet veiledningsmateriell for kommunene. Det finnes ennå ikke tall som viser om disse tiltakene har ført til at flere kommuner har etablert tilbudet. Tilbudet er ikke lovpålagt slik det er i Danmark.

FORSKNINGSSTUDIER

Internasjonalt finnes det svært mye forskning på forebyggende hjemmebesøk til eldre. Det meste av dette er effektstudier der en har undersøkt hjemmebesøksmodeller som vektlegger screening av risikofaktorer, sykdom, funksjon og avdekking av hjelpebehov. Noen av disse enkeltstudiene viser at hjemmebesøkene har hatt bedre effekt på helse, funksjon og helsetjenesteforbruk, sammenlignet med det å ikke få slike besøk. Men når forskerne oppsummerer studiene i systematiske oversiktsartikler kan de ikke konkludere sikkert med at besøkene gir bedre effekt enn det å ikke få besøk. Slike randomisert-kontrollerte studier fanger imidlertid ikke alltid opp reelle effekter. Forebyggende hjemmebesøk er heller ikke et ensartet tiltak med samme innhold fra land til land og fra kommune til kommune. Dette gjør det komplisert å sammenligne effekter. *Vi kan dermed ikke utelukke at hjemmebesøkene gir en positiv helseeffekt.*

Dagens modeller for forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk i de nordiske landene har dessuten som oftest en annen profil enn dem som er inkludert i den internasjonale forskningen. I Norden er det vanligere med en helsefremmende og ressursorientert profil med fokus på samtalen. Gjennom samtalen forsøker man å understøtte de eldres ressurser og mestring, slik at de kan møte utfordringene i alderdommen på best mulig måte. Vi har ikke funnet effektforskning som har undersøkt hvordan slike mer ressursorienterte hjemmebesøksmodeller påvirker helse og mestring.

Nyere kvalitative studier fra Norden basert på dybdeintervjuer har vist at mottakerne av slike besøk i hovedsak opplever å bli sett og ivaretatt av kommunen, og mange opplever det positivt og trygt at de har fått en kontaktperson og et kontaktpunkt med kommunen. Noen uttrykker også at besøkene setter dem bedre i stand til å opprettholde aktiviteter og sosiale relasjoner med andre. I tillegg sier de at besøket satte i gang

viktige refleksjoner om fremtiden. På den annen side er noen eldre skeptiske til hvorfor kommunen vil besøke dem.

UTVIKLINGSARBEID

Det fantes lite skriftlig dokumentert utviklingsarbeid om forebyggende hjemmebesøk for eldre før Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 initierte et eget utviklingsprogram for å utvikle metoder og verktøy. Dette programmet har imidlertid generert en rekke rapporter og materiell som nå er tilgjengelig for norske kommuner.

Tilbudets profil og innhold varierer noe fra kommune til kommune. Vi kan i hovedsak skille mellom fire ulike modeller: 1. Besøk for å avdekke funksjonssvikt og hjelpebehov; 2. Besøk for å forebygge skader og ulykker; 3. Besøk for å gi helserådgivning og informasjon om aktuelle tjenester; 4. Besøk for å ha en ressursfokusert helse-samtale. Det er glidende overganger mellom modellene, og kommunene kan ha innslag av flere av profilene samtidig. Det anbefales at kommunene gjør et bevisst valg av hovedprofil for derigjennom å klargjøre hensikten med besøkene og hvilke målgrupper som skal få tilbud om besøk. Utviklingsarbeidene inneholder dessuten erfaringer og råd knyttet til utforming av besøkens innhold, tilbudets forankring og samarbeidspartnere i kommunen, rekruttering og opplæring av helsepersonellet som besøkere, journalføring, dokumentasjon og evaluering.

HVORDAN LYKKES MED TILBUDET?

Litteraturen i denne oppsummeringen, og i særlig grad utviklingsarbeidene fra kommuner og kompetansesentre, trekker fram noen vesentlige kjernepunkter for å lykkes med tilbudet. Vi deler punktene inn i fire temaer:

1. planlegging for å etablere tilbudet
2. forberedelser før besøket til den eldre
3. gjennomføring av besøket hos den eldre
4. etterarbeid etter besøkene

1. PLANLEGGING FOR Å ETABLERE TILBUDET:

- sørge for at tilbudet får god forankring og støtte i politisk og faglig ledelse i kommunen
- plassere tilbudet organisatorisk sammen med den enheten som har ansvar for forebyggende tjenester og tjenester for hjemmeboende eldre og samarbeide med disse instansene og med fastlegene
- gjøre et bevisst valg av hovedprofil og -modell for besøkene, og velge innhold og målgruppe som samsvarer med dette valget
- tilby temabaserte gruppemøter i tillegg til individuelle hjemmebesøk
- rekruttere ansatte med ulik profesjonsbakgrunn, spesialutdanning innen eldrearbeid og helsefremming, personlig egnethet, og sørge for å gi dem videre opplæring og tilgang på materiell, herunder veiledningsmateriellet fra Helsedirektoratet
- informere, forankre og etablere samarbeidsrutiner internt i kommunen: med fastlegene, hjemmetjenestene og kommunens folkehelsearbeid

- skape riktige forventninger til besøkene ved å informere om dem til målgruppene på offentlige kontorer, fastlegekontorer, i massemedia, til frivillige organisasjoner og på andre steder i lokalsamfunnet der eldre ferdes

2. FORBEREDELSE FØR BESØKET TIL DEN ELDERE

Gjennomgå lister over aktuelle personer i målgruppen, sende ut brev til dem med informasjon om tilbudet og med forslag til tidspunkt. Ta kontakt via telefon dersom den eldre ikke responderer på brevet. Tilby temabaserte gruppemøter til dem som ikke ønsker hjemmebesøk.

3. GJENNOMFØRING AV BESØKET HOS DEN ELDERE:

- bruke tid innledningsvis på å opparbeide en trygg og tillitsfull relasjon før man eventuelt begynner å notere og registrere. Noen anbefaler å vente med å notere til etter besøket for at det ikke skal forstyrre samtalen.
- avklare forventninger ved starten av besøket
- en samtaleguide er nyttig, men den bør integreres og «sitte i ryggraden» for ikke å forstyrre en naturlig og personorientert samtale. Dersom besøkene skal kartlegge risiko for sykdom er strukturerte kartleggingsskjemaer nyttige.
- selv om kommunen har valgt en hovedmodell som tilnærming må den alltid tilpasses og «skreddersys» i møte med den enkelte eldres behov.
- oppgi kontaktinformasjon til kommunen og besøk slik at den eldre kan ta kontakt igjen ved behov.
- oppsummer møtet og hva man eventuelt er blitt enige om

4. ETTERARBEID ETTER BESØKENE:

- journalføre besøket og de råd og den veiledning som er gitt. Henvise videre til fastlege og andre instanser dersom det er behov for dette og den eldre samtykker.
- vurdere behovet for oppfølgende hjemmebesøk. Det er sannsynlig at nytten av hjemmebesøkene øker da. Dersom det må prioriteres mellom hvem som kan tilbys oppfølging, kan det være hensiktsmessig å prioritere personer med sykdoms- og helseutfordringer.
- gi rom og muligheter for at besøkene kan dele erfaringer og luften utfordrende opplevelser i møte med mottakerne av besøkene
- summere opp registreringer og erfaringer fra enkeltbesøkene til anonymisert statistikk og systembeskrivelser, og ta dette i bruk i kommunens planarbeid innenfor folkehelsearbeid og eldreomsorg. Det vil si sørge for et lærende tilbakemeldingssystem i kommunen.
- evaluere tilbudet intern i kommunen og blant mottakerne av besøkene

KUNNSKAPSHULL

Forskning med kvalitative studiedesign har gitt verdifull innsikt om besøkene betydning for de eldre. Det meste av effektforskningen på forebyggende hjemmebesøk kommer fra land som har en noe annen profil på besøkene enn det som er vanligst i Norge, med vekt på å avdekke helse- og funksjonssvikt og hjelpebehov. Dessuten er det gjennomført i land med andre helse- og velferdssystemer enn i Norge. Det er derfor

behov for studier som undersøker besøkernes helseeffekter og effekter på offentlig økonomi fra norske og nordiske kontekster og modeller. I tillegg er det behov for å få forsknings- og erfaringsbasert kunnskap om disse spørsmålene:

- Hvilke modeller og profiler på besøkene har best helseeffekt og best samfunnsøkonomisk effekt?
- Hvordan kan vi forme tilbud som fremmer eldres egne ressurser, og hvordan måler vi endring på dette området (*self-management abilities*)?
- Hvilke elementer i besøkene er særlig virksomme og betydningsfulle for ulike målgrupper?
- Hvilken betydning har hjemmebesøkernes kompetanse for resultatet av besøkene?
- Hvordan kan dette kommunale tilbudet utvikle en konstruktiv informasjonsutveksling og samarbeid med fastleger og deres forebyggende, helsefremmende og kurative arbeid?
- Hvordan kan tilbudet utvikle konstruktive samspill og arbeidsdeling med andre satsninger og enheter i kommunen, slik som folkehelsearbeid, frisklivs- og mestringssentre, demensteam, velferdsteknologiteam og hverdagsrehabiliteringsteam?
- Har tilbudet spredt seg til flere kommuner etter at statlige myndigheter de siste årene har forsøkt å stimulere til etablering?

REFERANSER

- Ankestyrelsen. (2008). Forebyggende hjemmebesøg til ældre: håndbog 2008 Ankestyrelsen. Hentet fra <https://ast.dk/publikationer/handbog-om-forebyggende-hjemmebesog-til-aeldre>
- Ankestyrelsen. (2010). Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre. Hentet fra http://ast.dk/Page_Pic/pdf/Samlet_rapport_FHB_10032011_11_03_2011_08_41.pdf
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S., Ziden, L. & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health - experiences among very old people. *Bmc Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-378
- Behm, L., Wilhelmson, K., Falk, K., Eklund, K., Zidén, L. & Dahlin-Ivanoff, S. (2014). Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in the Risk Zone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 376-383. doi:10.1016/j.archger.2013.12.010
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J. & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 371(9614), 725-735. doi:10.1016/S0140-6736(08)60342-6
- Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune (Rapport (Høgskolen i Ålesund: trykt utg.) 2015/02). Ålesund: Høgskolen i Ålesund. Hentet fra <http://omsorgsforsking-midt.no/wp-content/uploads/2015/06/evaluering-og-justering-av-modell-for-forebyggende-hjemmebesok-i-alesund-kommune-rapport.pdf>
- borger.dk. (2017). Tilbud om forebyggende hjemmebesøg. Hentet fra <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Forebyggende-hjemmebesoeg>
- Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G. I. J. M. & Knipschild, P. (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review.(Research article). *BMC Health Services Research*, 8(74), 74.
- Bøen, H. & Kaasa, A. (2014). Evaluering av «Takk bare bra...». Et kurs for eldre i forebygging og mestring av depresjon VID, Oslo. doi:<http://hdl.handle.net/11250/222705>

- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., ... Moher, D. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291-1294. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.03.013
- Corrieri, S., Heider, D., Riedel-Heller, S. G., Matschinger, H. & König, H.-H. (2011). Cost-effectiveness of fall prevention programs based on home visits for seniors aged over 65 years: a systematic review. *Int. Psychogeriatr.*, 23(5), 711-723. doi:10.1017/S1041610210002280
- Cramm, J., Hartgerink, J., Steyerberg, E., Bakker, T., Mackenbach, J., Nieboer, A. & Erasmus, M. C. U. M. C. R. (2013). Understanding older patients' self-management abilities: functional loss, self-management, and well-being. *Quality of Life Research*, 22(1), 85-92.
- Dahlin-Ivanoff, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Behm, L., Haggblom-Kronlof, G., Zidnn, L., ... Gustafsson, S. (2016). For whom is a health-promoting intervention effective? Predictive factors for performing activities of daily living independently. (Report). *BMC Geriatrics*, 16(1). doi:10.1186/s12877-016-0345-8
- Dahlin-Ivanoff, S., Gosman--Hedström, G., Edberg, A.-K., Wilhelmson, K., Eklund, K., Duner, A., ... Landahl, S. (2010). Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC Geriatrics*, 10, 27. doi:10.1186/1471-2318-10-27
- Daniels, R., Metzelthin, S., Rossum, E., Witte, L. & Heuvel, W. (2010). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *Social, Behavioural and Health Perspectives*, 7(1), 37-55. doi:10.1007/s10433-010-0141-9
- Dapp, U., Anders, J., Minder, C. E., Golgert, S., Neumann, L., Profener, F., ... Von Renteln-Kruse, W. (2014). P214: Multi-component health PROMotion and primary preventive intervention programmes and LONG-term evaluation in HEALTHY community-dwelling senior citizens (PROLONG-HEALTH) (Vol. 5, s. S152-S152).
- Daudt, H. M., van Mossel, C. & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 48. doi:10.1186/1471-2288-13-48
- Ekdahl, A. W., Alwin, J., Eckerblad, J., Husberg, M., Jaarsma, T., Mazya, A. L., ... Carlsson, P. (2016). Long-Term Evaluation of the Ambulatory Geriatric Assessment: A Frailty Intervention Trial (AGe-FIT): Clinical Outcomes and Total Costs After 36 Months. *J Am Med Dir Assoc*, 17(3), 263-268. doi:10.1016/j.jamda.2015.12.008
- 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: British Medical Journal*, 323(7315), 719-724.

- Fagerström, L., Wikblad, A. & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 558–568. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00637.x
- Frost, H., Haw, S. & Frank, J. (2012). Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. *Quality in Ageing and Older Adults*, 13(3), 212–230. doi:10.1108/14717791211264241
- Førland, O. (2016). Pasienterfaringer og brukerundersøkelser som kilder til læring. I S. Hunskaar & E. H. Hansen (Red.), *Legevaktarbeid : en innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førland, O. & Skumsnes, R. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Resultater fra landsomfattende kommuneundersøkelse. doi:<http://hdl.handle.net/11250/217478>
- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S. & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119–130.
- Gardner, B., Jovicic, A., Belk, C., Kharicha, K., Iliffe, S., Manthorpe, J., ... Walters, K. (2017). Specifying the content of home-based health behaviour change interventions for older people with frailty or at risk of frailty: an exploratory systematic review. *BMJ Open*, 7(2). doi:10.1136/bmjopen-2016-014127
- Geboers, B., Winter, A., Spoorenberg, S., Wynia, K. & Reijneveld, S. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research*, 25(11), 2869–2877. doi:10.1007/s11136-016-1298-2
- Grimstad kommune og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder. (2014). "Friskere liv med forebygging". Forebyggende hjemmebesøk til friske eldre. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder.
- Gustafsson, S., Edberg, A.-K., Johansson, B. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *Social, Behavioural and Health Perspectives*, 6(4), 315–329. doi:10.1007/s10433-009-0132-x
- Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Zidén, L., Kronlöf, G. H., ... Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term--results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(3), 447. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x
- Heggelund, M. (2012). Eldres erfaringer med førstegangs helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. I.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/sec1>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Stort.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012a). Helse- og omsorgstjenesteloven med merknader og forskrifter: lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., vedtatt 24.06.2011 nr. 30. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012b). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). Prop. 1 S (2013-2014). For budsjettåret 2014. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). St.meld. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Regjeringen. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets-sets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900oddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm20122013002900oddpdfs.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. . Oslo. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffbo2a203da/demensplan_2020.pdf
- helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). Folkehelsemeldingen: mestring og muligheter. Oslo: Departementenes servicesenter. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm20142015001900oddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). Meld.St.26 2014-15. Fremtidens primærhelsetjeneste: nærhet og helhet. Oslo: Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm20102011001600oddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015d). Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Oslo: Regjeringen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbegcb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Rundskriv om forebyggende hjemmebesøk i kommunene. Oslo. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/92fac736a57b48boa60f9bfo4acdada5b/rundskriv-i-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-i-kommunene.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). Veileder for kommunale frisklivssentraler: etablering, organisering og tilbud. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf

- Helsedirektoratet. (2017a). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Veiledningsmaterieill. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/sykehjem-og-hjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok>
- Helsedirektoratet. (2017b). Modell for forebyggende hjemmebesøk. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Documents/Sykehjem%20og%20hjemmetjenester/Forebyggende%20hjemmebes%C3%B8k%20i%20kommunen_brukerreise.pdf
- Huss, A., Stuck, A., Rubenstein, L., Egger, M. & Clough-Gorr, K. (2008). Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journals of Gerontology*, 63a(3), 298-307.
- Ivarsson, B. H. & Ortiz, L. (2016). MI - motiverende samtaler : en praktisk håndbok for eldreomsorgen. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, L. H. (2015). Frivillighet i omsorgssektoren. Tønsberg: Aldring og helse.
- Kirkens bymisjon. (2017). Helsestasjon for eldre. Hentet 2017 fra <http://www.bymisjon.no/Virksomheter/Engelsborg-eldresenter/Helsestasjon-for-eldre/>
- Klungerbo, B., Bredland, E., Nervik, T. & Sødal A.B. (2013). Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012 Utviklingssenter for sykehjem i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune, Trondheim. Hentet fra <http://www.utviklingssenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html>
- Klungerbo, B., Bredland, E., Sødal, A. B. & Nervik, T. (2013). Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk Trondheim kommune. Hentet fra <http://www.utviklingssenter.no/helsefremmende-og-forebyggende-hjemmebesok.5034875-185540.html>
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 7(6), 571-580. doi:10.1016/j.eurger.2016.08.006
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J. & Henderson, Sr. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature *Med. Care Res. Rev.* (Vol. 63, s. 531-569).
- 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). doi:10.1371/journal.pone.0089257
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Lyst på Livet - hvor nye muligheter kan vokse fram. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/208710/lyst-pa-livet-hvor-nye-muligheter-kan-vokse-fram>
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utdanning. (2015). FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus. NIFU.

- Omsland, T. K., Holvik, K., Meyer, H. E., Center, J. R., Emaus, N., Tell, G. S., ... Sogaard, A. J. (2012). Hip fractures in Norway 1999-2008: time trends in total incidence and second hip fracture rates: a NOREPOS study. *Eur J Epidemiol*, 27(10), 807-814. doi:10.1007/s10654-012-9711-9
- Oslo kommune. (2017a). Helsefremmende møteplasser 60+. Hentet 28.07.17 2017 fra <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/helsefremmende-moteplasser-60/>
- Oslo kommune. (2017b). Helsestasjon for eldre. Hentet 28.07.17 2017 fra <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/helsestasjon-for-eldre/>
- Personskadedata 2012. Norsk pasientregister. (2013). Hentet fra <https://helsedirektora-tet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/78/Personskadedata-2012-IS-2082.pdf>
- Pettersen, A. M. & Wyller, T. B. (2005). Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blick mot Sverige og Danmark Forlaget Aldring og helse.
- Regjeringen. (2013a). Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet. Sundvollen, 7. oktober 2013.
- Regjeringen. (2013b). Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet (Sundvolden-erklæringen). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/#helse_omsorg
- Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rnholt, F., Hammer, A. V., Andreassen, A. H., Nissen, A. & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2010, Vol.28(3), p.146-153, 28(3), 146-153. doi:10.3109/02813431003764466
- Sahlen, K.-G., Löfgren, C., Mari Hellner, B. & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 36(3), 265-271.
- Schuermans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B., Slaets, J. & Lindenberg, S. (2005). How to Measure Self-management Abilities in Older People by Self-report. The Development of the SMAS-30. *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Res*, 14(10), 2215-2228. doi:10.1007/s11136-005-8166-9
- Sjøbø, B. A. (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Hvordan eldre erfarer forebyggende hjemmebesøk og hvilken betydning besøket har for dem, Master thesis. doi:<http://hdl.handle.net/11250/225692>
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alsvåg, H. & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? - En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01). Hentet fra http://www.idunn.no/ts/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/01/hvilken_betydning_har_forebyggende_hjemmebesok_-_en_kvalit
- Skadeforebyggende forum. (2015). Hentet fra <http://www.skafor.org/no/Hoved/Eldresikkerhet/>

- Skovdahl, K., Blindheim, K. & Alnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1).
- Skumsnes, R., Larun, L. & Langeland, E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 310-321. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0130
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H. & Førland, O. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest. Hentet fra <http://www.utviklingssenter.no/getfile.php/4292077.1875.q7iuswiktwbtpz/Id%C3%A9h%C3%A5ndbok.pdf>
- Slåtsveen, E. M., Hellebergshaugen, S., Sveen, S. & Sogstad, M. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre - må de foregå individuelt i hjemmet? Presentasjon av en alternativ modell. doi:<http://hdl.handle.net/11250/282422>
- Smedt, S. E. d. (2011). Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk : En teoretisk og empirisk studie av betydningen forebyggende hjemmebesøk kan ha for å fremme helsen hos seniorer. doi:<http://hdl.handle.net/10037/3517>
- Stavanger kommune. (2012). Prosjektrapport forebyggende hjemmebesøk. Stavanger. Hentet fra <http://www.stavanger.kommune.no/Global/Oppvekst%20og%20level%C3%A5r/Helsehuset%20Stavanger/Utviklingssenteret%20USHT/Prosjektrapport%20FBH%20Stavanger%20om%20ovedlegg%2011%2009%2012.pdf>
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028. doi:10.1001/jama.287.8.1022
- SUFO. (2017). Landsforeningen for ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg. Hentet fra <http://www.sufo.dk/>
- Sundslı, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. doi:10.2147/JMDH.S29388
- Sundslı, K., Söderhamn, U., Espnes, G. A. & Söderhamn, O. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age : a randomized controlled study. doi:10.2147/CIA.S55925
- Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R. & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 16(20), 1. doi:10.3310/hta16200
- Tourigny, A., Bédard, A., Laurin, D., Kröger, E., Durand, P., Bonin, L., ... Martin, M. (2015). Preventive Home Visits for Older People: A Systematic Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 34(4), 506-523. doi:10.1017/S0714980815000446
- Tøien, M., Bjørk, I. T. & Fagerström, L. (2015). Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700-712. doi:10.1177/1049732314553595

- Tøien, M., Heggelund, M. & Fagerström, L. (2014). How Do Older Persons Understand the Purpose and Relevance of Preventive Home Visits? A Study of Experiences after a First Visit. *Nursing Research and Practice*, 2014, 8. doi:10.1155/2014/640583
- Utviklingssenter for sykehjem i Oppland og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark. (2015a). Helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre. Idéhefte for kommuner, Hamar/Gjøvik. Hentet fra <https://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/65/idehefte.pdf>
- Utviklingssenter for sykehjem i Oppland og Utviklingssenter for hjemmetjenester i Hedmark. (2015b). Håndbok for gjennomføring av gruppemøter til 77-åringene. Helsefremmende og forebyggende tilbud til eldre, Hamar/Gjøvik. Hentet fra <https://www.gjovik.kommune.no/globalassets/dokumenter/helse-og-omsorg/65/handbok.pdf>
- Vae, K. J., Kvinge, L. M. & Rønnevik, D.-H. (2012). Evaluering av "Helseteam for eldre". Hentet fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/150698>
- van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P. & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. (General Practice)(Statistical Data Included). *British Medical Journal*, 320(7237), 754.
- van Het Bolscher-Niehuis, M. J. T., Den Ouden, M. E. M., de Vocht, H. M. & Francke, A. L. (2016). Effects of self-management support programmes on activities of daily living of older adults: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 230-247. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.06.014
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Holmberg, R. & Nielsen, H. F. (2006). Older people and preventive home visits. Odense: AgeForum.
- Verdal kommune. (2012). Forebyggende hjemmebesøk for eldre i Verdal kommune - "Gått vaksin- trygg alderdom". Verdal kommune,. Hentet fra http://www.verdal.kommune.no/documents/omsorgtrygdsosialetjenester/forebyggende_hjemmebesok_med_vedl.pdf
- Vestvågøy kommune. (2016). Sluttrapport prosjekt Forebyggende hjemmebesøk 2011 - 2015. Leknes.
- Westbye, B. (2014). "Forebyggende hjemmebesøk til eldre": Den gode samtalen. Master i helsefremmende arbeid. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. .
- Westbye, B. (2016). Helsefremmende hjemmebesøk til friske eldre - "Den gode samtalen". *Ergoterapeuten (Oslo)*, 59(4), 54-59. Hentet fra <http://ipaper.ipapercms.dk/Ergoterapeuten/ergoterapeutennr42016/>

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre. Forskerne Oddvar Førland og Randi Skumsnes ved Senter for omsorgsforskning, vest, har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her. På www.omsorgsbiblioteket.no finnes liknende oppsummeringer av følgende temaer:

- **Hverdagsrehabilitering**
Oddvar Førland og Randi Skumsnes,
Senter for omsorgsforskning, vest
- **Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge**
Bodil Hansen Blix, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid**
Rita Kristin Klausen, Senter for omsorgsforskning, nord
- **Legemiddelbruk og pasientsikkerhet**
Rose Mari Olsen og Siri Andreassen Devik,
Senter for omsorgsforskning, midt
- **Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom**
Kjersti Karoline Danielsen, Elin Rogn Nilsen og
Terje Emil Fredwall, Senter for omsorgsforskning, sør