

”Friskere liv med forebygging”

Forebyggende hjemmebesøk til friske eldre



1.	INNLEDNING	3
1.1	Bakgrunn	3
2.	MÅL FOR PROSJEKTET	4
2.1	Overordnet mål	4
2.2	Delmål.....	4
3.	ORGANISERING.....	5
4.	GJENNOMFØRING	5
4.1	Gjennomførte tiltak i forhold til delmål	5
4.1.1	Aktive eldre med kunnskap om sin egen helse og mestring av helsesvikt.....	5
4.1.2	Utsette behov for tjenester i 1. og 2.linje-tjenesten	9
4.1.3	Økt kunnskap om rett tilbud til rett tid	9
4.2	Status i kommunene.....	9
5	EVALUERING AV METODE	10
5.1	Tidligere forskning	10
5.2	Hjemmebesøk.....	11
5.3	Oppfølging	12
5.3.1	Re-besøk.....	12
5.3.2	Telefonoppfølging	12
5.4	Spørreundersøkelse.....	12
5.4.1	Svar fra de som hadde hatt besøk.....	13
5.4.2	Svar fra de som takket nei.....	14
6	VEIEN VIDERE	15
6.1	Prosjektets relevans i forhold til Samhandlingsreformen og Folkehelseloven	15
6.2	Vår anbefaling	15
7	VEDLEGG.....	16
7.1	Rapport fra Arendal kommune	16
7.2	Rapport fra Kristiansand kommune	18
7.3	Rapport fra Songdalen kommune	19
8	LITTERATUR	20

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Kommunale helse- og omsorgstjenester står foran betydelige utfordringer knyttet blant annet til en sterkt voksende eldre befolkning (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). De tre Utviklingssentrene i Agder; Grimstad, Kristiansand og Songdalen søkte og fikk midler fra Helsedirektoratet til et 3 – årig prosjekt med helsefremmende arbeid rettet mot eldre, med fokus på "Forebyggende hjemmebesøk". Prosjektet "Friskere liv med forebygging" er ett av 5 som har fått midler fra Helsedirektoratet til Forebyggende hjemmebesøk og har hatt årlige samlinger med de andre.

"Samhandlingsreformen -rett behandling - på rett sted til rett tid" (Helse og omsorgsdepartementet, 2008) legger vekt på tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold med vekt på forebygging, tidlig intervensjon og bedre ressursutnyttelse. Den nye Folkehelseloven (Folkehelseloven, 2011) sier at kommunene både skal fremme befolkningens helse og ha oversikt over innbyggernes helse.

Forebyggende helsetjenester til eldre med fokus på aktivitet og nettverk, samt større innsats med trening i rehabiliteringsfasen vil ofte medføre friskere eldre med større opplevelse av mestring og livsglede.

Utviklingssentrene i Agder har fokus på aktivitet og mestring. Prosjektet vil trekke inn læring, kunnskap og erfaringer fra internt utviklingsarbeid som har vært gjennomført de siste årene i Utviklingssentrenes søkerkommuner, eksempelvis innenfor områdene demens, aktiv omsorg, gruppetilbud for eldre og livsglede for eldre. I Vest-Agder ble det i 2009 etablert et fagnettverk for "Aktiv omsorg og mestring". Fagnettverket skal styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, Universitetet og kommunene og bidra til kompetanseheving i Vest Agder innen fagområdet. Hovedmålet for fagnettverket i Vest-Agder er: Utvikling av modeller for samhandling på tvers av helsetjenestenivåene omkring pasient-/pårørendeopplæring som fremmer medvirking og deltakelse. Delmål er blant annet å øke kompetansen innen fagområdet, samarbeid om utviklingsarbeid og implementering av ulike verktøy og tiltak og erfaringsutveksling knyttet til egen praksis. Våren 2013 startet man det interkommunale nettverket "Aktiv mestring" i Aust-Agder.

Mange andre land har lang erfaring med forebyggende hjemmebesøk til eldre, særlig Danmark (Odense kommune, 2007). Mange studier kobler geriatrisk kartlegging og vurdering til det de kaller forebyggende hjemmebesøk (Vass, Avlund, Hendriksen, Andersen, & Keiding, 2002; Vass, Avlund, Lauridsen, rgen, & Hendriksen, 2005). I Danmark er det lovfestet at alle over 75 år har krav på tilbud om to forebyggende hjemmebesøk i året (Vass et al,2002;2008). Loven i Danmark ble endret 2010, nå skal kommunene tilby minst ett besøk årlig. Her er det friske eldre som er målgruppen. I tillegg har det også vært gjort mange tilsvarende studier i forhold til geriatrisk kartlegging overfor eldre som allerede har funksjonssvikt, ofte kalt "fail elderly" (Hallberg & Kristensson, 2004; Liebel, Powers, Friedman, & Watson, 2012). Andre studier viser hvilke typer intervensjoner som har effekt (Daniels, Metzelthin, van Rossum, de Witte, & van den Heuvel, 2010). Det konkluderes med at tverrfaglig og multidimensjonal

individualisert kartlegging og intervensjon, koordinering av tjenester, langsiktig oppfølging, fysisk aktivitet hos moderat fysisk svekkede personer samt bruk av teknologi var de intervensjonene som hadde størst effekt.

For øvrig er prosjektet koblet opp mot et erfaringsnettverk for forebyggende hjemmebesøk i Norge, og prosjektleder i Aust-Agder er medlem av SUFO (Landsforeningen for ansatte i SUNDHEDSFREMMENDE FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG I DANMARK) slik at prosjektet har tilgang til materiell og forskningsnytt derfra.

2. MÅL FOR PROSJEKTET

2.1 Overordnet mål

Økt kunnskap om forebyggende arbeid innen eldreomsorgen for å utvikle en metodikk med fokus på forebyggende hjemmebesøk til eldre.

2.2 Delmål

- Aktive eldre med kunnskap om egen helse og mestring av eventuell helsesvikt.
 - kartlegge situasjonen
 - bidra med informasjon om
 - kommunen
 - tjenestetilbud
 - nyttige telefonnumre
 - kurs og informasjon om aktivitetstilbud og frivillighetsarbeid
 - fokusere på velferdsteknologi
 - diverse kurs
 - kost
 - fysisk akt
 - sosialt nettverk

- Utsette behov for tjenester i 1. og 2. linjetjenesten
 - økt fokus på forebygging
 - tidlig intervensjon
 - fokus på brukerperspektivet
 - fokus på brukerens ansvar for egen helse og livskvalitet

- Økt kunnskap om rett tilbud til rett tid
 - nettverket Aktiv omsorg og mestring
 - utvikle en kunnskapsbasert praksis i kommunehelsetjenesten

3. ORGANISERING

Prosjektet har vært et samarbeid mellom de tre Utviklingssentrene i Agder: Grimstad, Kristiansand og Songdalen, der Grimstad var prosjekteier.

Styringsgruppen ble etablert i februar 2012 og prosjektlederne ble ansatt i 50 % stilling i hvert fylke fra april 2012.

Styringsgruppen har bestått av:

Rådgiver hos Fylkesmannen i Aust-Agder

Rådgiver hos Fylkesmannen i Vest-Agder

FoU-leder Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Grimstad

FoU-leder Utviklingssenter for sykehjem Kristiansand

FoU-leder Utviklingssenter for hjemmetjenester Songdalen

Geriatr fra SSHF

Hovedtillitsvalgt Sykepleierforbundet Kristiansand

Hovedtillitsvalgt Norsk Ergoterapeutforbund Aust-Agder

Leder Omsorgsforskning Sør, UiA

Prosjektleder Aust-Agder

Prosjektleder Vest-Agder

Styringsgruppen har møttes to ganger i halvåret for å legge planer for videre utvikling av prosjektet.

Hvert fylke hadde i tillegg en prosjektgruppe, denne fungerte som prosjektledernes arbeidsgrupper. Disse har møttes ved behov.

Følgende kommuner fra Agder-fylkene har deltatt i prosjektet:

Aust-Agder: Arendal, Grimstad og Lillesand.

Vest-Agder: Songdalen og Kristiansand.

4. GJENNOMFØRING

4.1 Gjennomførte tiltak i forhold til delmål

4.1.1 Aktive eldre med kunnskap om sin egen helse og mestring av helsesvikt

Det var ikke utført Forebyggende hjemmebesøk tidligere i noen av de fem Agder-kommunene. Prosjektlederne innhentet erfaringer fra andre kommuner for å få tips til hva vi skulle satse på får å nå dette delmålet.

Vi startet med å utarbeide brosjyre og brev som sendes ut til de som tilbys besøk. Både brev og brosjyrer ble vurdert av referansegrupper i målgruppen for Forebyggende hjemmebesøk.

Det er også laget informasjonsmapper som deles ut ved besøk. Mappene inneholder brosjyrer om blant annet kosthold, fysisk aktivitet, Vern for eldre, seniorturer, Lyst på livet,

en kommunal telefonliste, oversikt over ulike aktiviteter med mer. Innholdet varierer noe fra kommune til kommune.

"Lyst på livet"

Vi hadde et mål om å tilby ulike kurs der temaene var fysisk aktivitet, kost og sosialt nettverk. Konseptet "Lyst på livet" som er utviklet av Kunnskapscenteret i samarbeid med Sandefjord kommune og Pensjonistforbundet viste seg å inneholde alt vi ønsket. "Lyst på livet" er en livscafé for pensjonister der de deler erfaringer og diskuterer ulike tema. Hver samling har et foredrag over dagens tema og alle har eget arbeidshefte med muligheter for refleksjon over eget liv. Både Grimstad og Arendal har kommet i gang med dette konseptet og prosjektleder i Aust-Agder er kontaktperson for Grimstad kommune. I Grimstad ble "Lyst på livet" gjennomført med 7 deltagere vinter/vår 2013, 11 deltagere høst 2013/vår 2014 og 12 deltagere deltar høsten 2014. I Arendal gjennomførte de "Lyst på livet" høsten 2013 med 12 deltagere og 8 deltagere startet opp høsten 2014. Kristiansand har ikke kommet i gang på nåværende tidspunkt.

Samtlige kommuner har også ulike kurstilbud som fallforebygging, treningsgrupper o.l. både på Frisklivssentral og via kommunal fysioterapeut.

Gjennomføring av besøk

Når det gjelder selve hjemmebesøket har vi tilbudt besøk til eldre det året de fyller 78. Tilbudet ble i utgangspunktet gitt til alle som ikke hadde tjenester fra kommunen, men de med trygghetsalarm og hjelpemidler fikk også tilbud. Andelen som har takket ja har variert fra kommune til kommune, lavest med 60 % i de største kommunene til høyest med 83 % i Songdalen.

Kristiansand kommune startet med besøk i Søm sone og gjennomførte 29 besøk i 2012 til 1934-årgangen. I 2013 utvidet de til Kjerrheia sone og gjennomførte 16 besøk til de født 1934 og 44 besøk til de født 1935. Kristiansand har tilbudt telefonoppfølging til sine kull. Til nå har 15 personer født 1936 hatt besøk, besøkene fortsetter høsten 2014.

Songdalen har i 2013 og 2014 besøkt 15 personer født 1934, 14 personer født 1935 og 14 personer født 1936. Rebesøk tilbys høsten 2014.

I Grimstad ble det i 2012 gjennomført 33 besøk til de født i 1934. I 2013 fikk 22 personer født 1934 besøk, deretter fikk 59 personer født 1935 besøk. Høsten 2013 startet Grimstad opp med re-besøk til de født 1934, 45 personer takket ja til besøk. I 2014 fikk 63 personer født 1936 besøk, 18 personer født 1935 fikk tilbud om rebesøk mens 39 hadde telefonoppfølging. Høsten 2014 tilbys 1934-årgangen oppfølging ved besøk, hittil er 17 besøkt.

Arendal har i 2013 besøkt 85 personer født 1935.

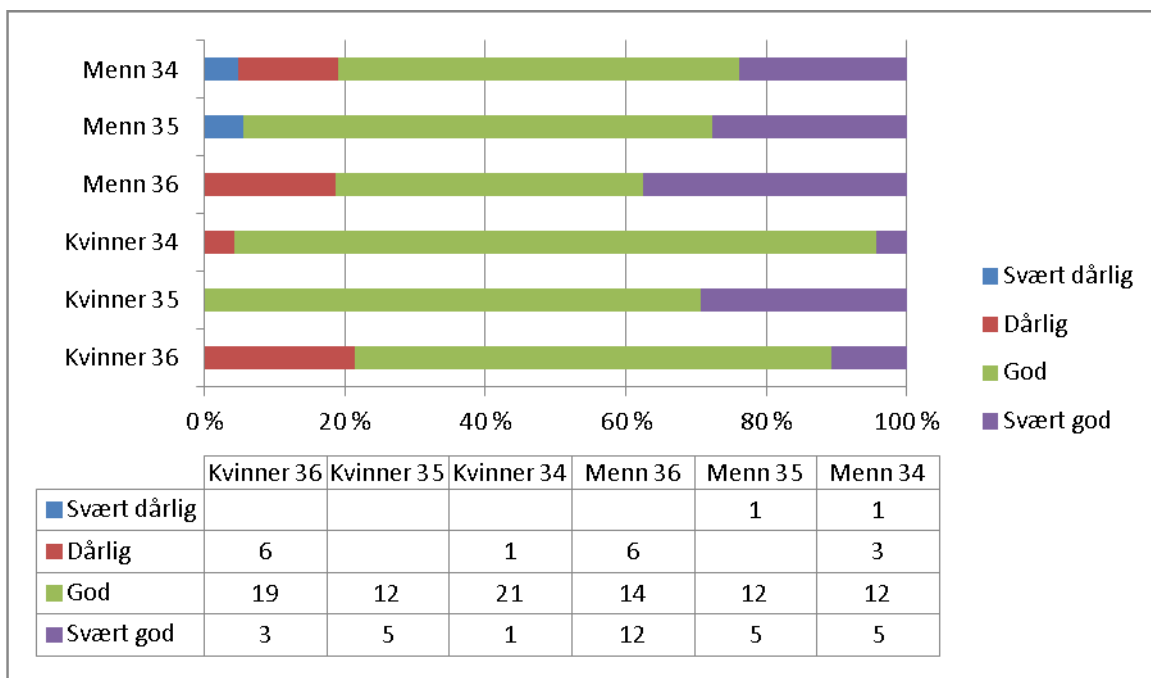
Lillesand har i 2013 besøkt 16 personer født 1934.

Statistikk

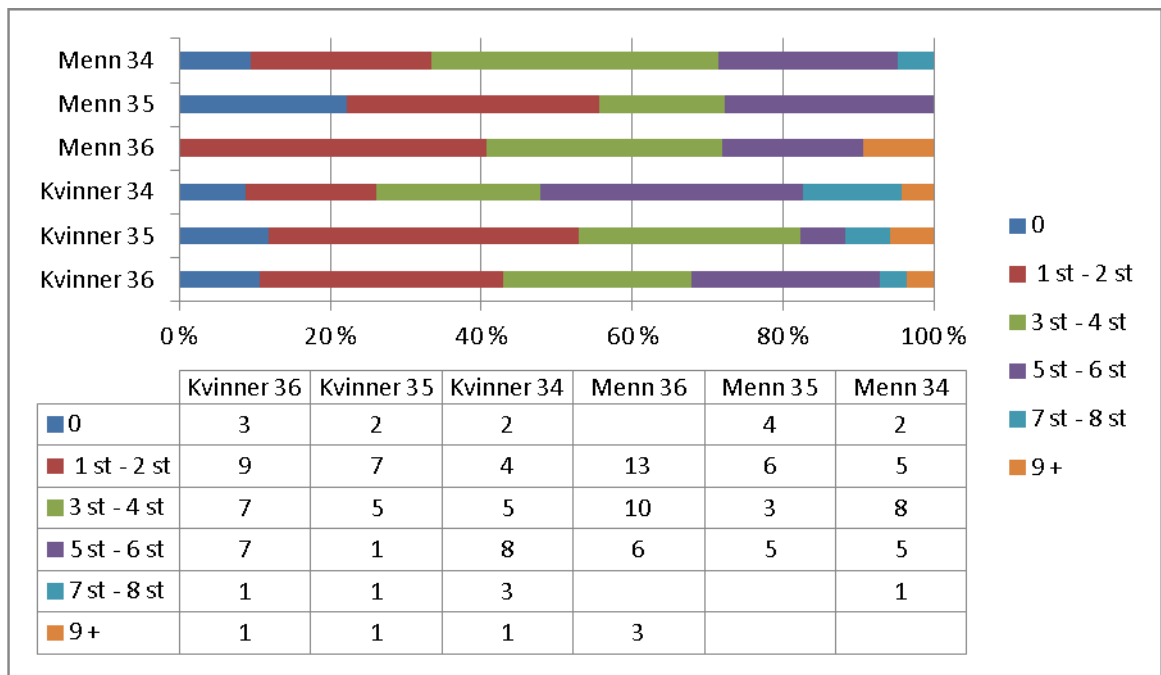
I Grimstad er det laget noe statistikk etter besøkene. Svar fra spørreskjema er fylt inn i tabeller og samlet til enkle statistiske figurer.

Her er noen eksempler:

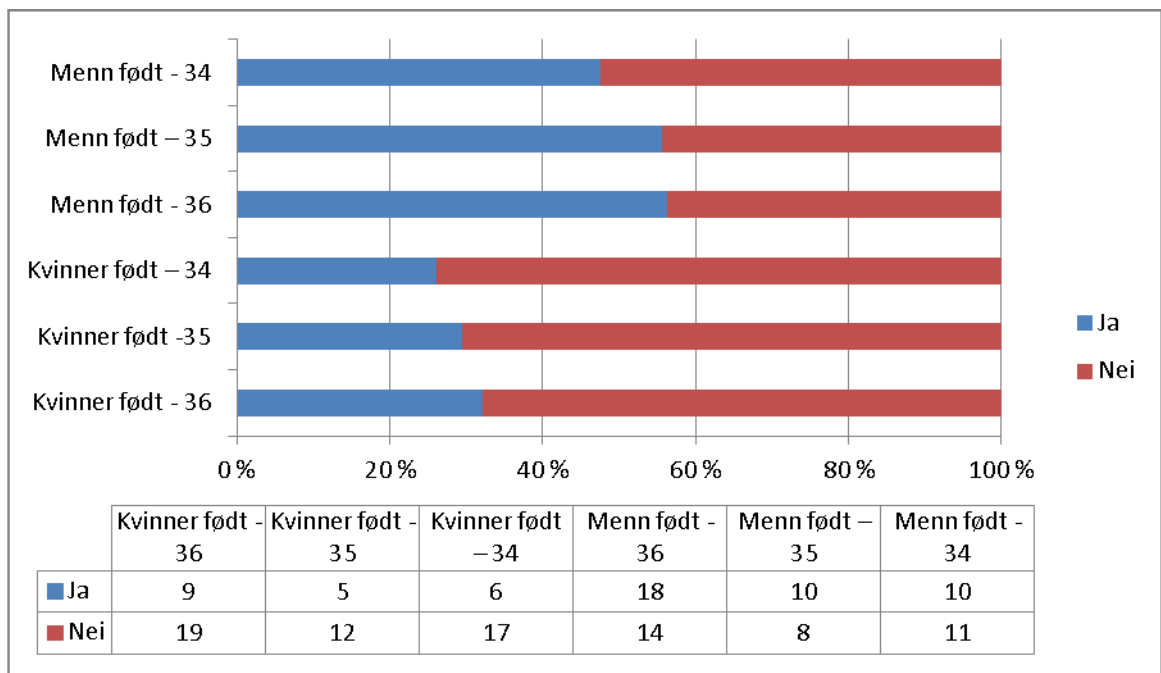
Oppfatning av fysisk helse



Antall medikamenter pr dag



Bruker data



For mer informasjon om denne statistikken, kontakt Utviklingssenteret i Aust-Agder.

4.1.2 Utsette behov for tjenester i 1. og 2.linje-tjenesten

Både besøk og kurs legger opp til et fokus der brukeren har ansvar for egen helse og livskvalitet. Forebyggende hjemmebesøk gis til i utgangspunktet friske eldre og gir derfor gode muligheter til tidlig intervensjon når man oppdager endring i helse- eller livssituasjon.

4.1.3 Økt kunnskap om rett tilbud til rett tid

Prosjektlederne har ved flere anledninger hatt mulighet til å presentere prosjektet for andre kommunalt ansatte, slik at tankegangen kan spres så mye som mulig. Presentasjonene har vært på ulike konferanser som Erfaringskonferanse for alle kommuner i Sogn og Fjordane i Førde mai 2013, på Fylkesmannens erfaringskonferanser desember 2013 (både Aust og Vest), på ledersamlinger i de fem deltagende kommunene, på nettverkssamlinger i "Aktiv mestring" (Aust og Vest), på fagdager for ulike yrkesgrupper og studenter, på Fylkesmannens samling for fysio- og kiropraktorkandidater 2013 og 2014 m.m.

De interkommunale nettverkene "Aktiv mestring" blir viktige treffpunkter i begge fylkene for å spre kunnskap og erfaringer rundt nytteverdien av Forebyggende hjemmebesøk og tidlig intervensjon.

Tre masterstudenter i Helseinformatikk skrev oppgave om prosjektet. Prosjektlederne hadde jevnlige møter med både studenter og veileder. Studentene utviklet et kartleggings skjema som er prøvd ut i Kristiansand, Songdalen, Grimstad og Arendal. Kartleggings skjemaet er senere endret og brukes nå på alle førstegangsbesøk.

Det er laget en informasjonsfilm om prosjektet som ble vist på KS strategikonferanse.

4.2 Status i kommunene

Arendal kommune startet sine besøk i 2013. Kommunen fikk tilført 30 % stilling i 6 måneder i 2013 og i 2014 fra prosjektet for å lønne den som utførte besøkene. Ergoterapeuten som utførte besøkene tilbød besøk til 157 personer og 85 takket ja. Arendal kommune vil ikke videreføre besøkene i drift på grunn av sin økonomiske situasjon. De ønsker å bruke deler av informasjonsmaterialet ved et hjemmebesøk etter førstegangssøknad om tjenester fra kommunen. Arendal har hatt en omgang med "Lyst på livet" og startet med nye deltagere høsten 2014.

Grimstad kommune har i løpet av prosjektperioden 2012 – 2014 besøkt til sammen 177 personer. Alle som er født 1934 fikk tilbud om nytt besøk både ett og to år etter første besøk, også de som takket nei. Av de som er født 1935 fikk de fleste en telefonsamtale som oppfølging, de som hadde takket nei fikk nytt tilbud om besøk og noen fikk tilbud om re-besøk. "Lyst på livet" har kjørt to runder med 6 samlinger og startet opp med nye deltagere høsten 2014. De får 3 samlinger før jul og 3 etter jul. I Grimstad ble det opprettet en fast 50 % stilling til forebyggende hjemmebesøk fra 010914.

Lillesand kommune fikk 10 % stilling i 6 måneder i 2013 og 2014 fra prosjektet for å utføre besøkene. De brukte en kommunalt ansatt ergoterapeut til å utføre besøkene. Hun tilbød

besøk til 24 personer og 16 takket ja. Det er uklart om kommunen vil videreføre besøkene i drift.

Songdalen kommune fikk 20 % stilling i 6 måneder både i 2013 og 2014 fra prosjektet. De bruker en fysioterapeut ansatt i kommunen til jobben. Hun har besøkt til sammen 43 personer i årskullene 1934-36. Songdalen vil tilby rebesøk til alle. Kommunen har lagt inn en 20 % stilling som ønskelig i budsjettet for 2015.

Kristiansand kommune opprettet en 30 % ergoterapistilling i 6 måneder fra 010113 og hun utførte besøkene sammen med prosjektleder i Vest. Til sammen har disse to besøkt ca 110 personer. Kristiansand har valgt å tilby telefonoppfølging i stedet for re-besøk. Sommeren 2014 ansatte kommunen selv en prosjektleder i 50 % stilling ut mars 2015 som fortsetter med besøk samt utreder behovet for hjemmebesøk som tjeneste i Kristiansand kommune. Kristiansand ønsker å ha et informasjonsmøte om "Lyst på livet".

5. EVALUERING AV METODE

5.1 Tidligere forskning

Undersøkelser fra Mikkel Vass m. fl. (Vass et al., 2004; Vass et al., 2005) viser at forebyggende hjemmebesøk gir signifikant forskjell på funksjonsnivået hos kvinner. Det å bo alene har negativ effekt for menn, men ikke for kvinner. Kvinner regnes å være mer kjent med lokale tilbud samt at de tar mer hensyn til forslag om livsstilsendringer. Dessuten er de fleste besøkene kvinner, det kan også ha betydning. Intervensjonen ga positiv effekt på funksjonsnivå, men ingen innvirkning på dødelighet eller behov for sykehjems plass. De eldste hadde bedre effekt på funksjonsnivå og responderte også bedre på flere besøk. Dette er sammenfallende med studier gjort i andre land (Elkan et al., 2001; van Haastregt, Diederiks, van Rossum, de Witte, & Crebolder, 2000).

Andre studier av Vass (Vass et al., 2002; Vass, Avlund, Siersma, & Hendriksen, 2009) viser at intervensjon ikke ga forskjeller i antall personer som ble innlagt på sykehus, heller ikke på lengden av oppholdet. Intervensjonen ga reduksjon i funksjonssvikt, men forskjellen opphørte etter intervensjonsslutt. Det er heller ingen effekt på dødelighet. Dette siste er motsatt av resultatet hos Sahlèn m.fl. (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund, & Lindholm, 2006), hans studie viser klar nedgang i dødelighet ved forebyggende hjemmebesøk.

Lofqvist m.fl. (Lofqvist, Eriksson, Svensson, & Iwarsson, 2012) konkluderer med at besøkene må være personlige, føre til konkrete tiltak og helst følges opp av samme person. Besøket bør rettes mot både sosiale, psykologiske og medisinske aspekter. Det kan se ut som det er en fordel at besøkene har tverrfaglig utdanning og dermed kan diskutere med hverandre i etterkant av besøket. Besøkene må gi informasjon om kommunale tilbud og hvor man skal henvende seg. Dette er sammenfallende med en litteraturstudie gjort tidligere (Stuck, Egger, Hammer, Minder, & Beck, 2002).

Gruppetilbudet som Dapp m.fl. (Dapp, Anders, von Renteln-Kruse, & Meier-baumgartner, 2005) undersøkte viste at deltagerne foretok positive adferdsendringer i sin livsstil som også holdt seg etter intervensjonsslutt. Gustafsson m.fl (Gustafsson et al., 2012) sammenlignet gruppeintervensjon kontra ett forebyggende hjemmebesøk og resultatet var at begge intervensjonene forsinket forverring av selvpoplevd helse. Gruppemøtene hadde bedre effekt i forhold til ADL (Activities of Daily Living). I Theanders (Theander & Edberg, 2005) studie kom det fram at deltageres fysiske og sosiale delttagelse økte mellom besøk to og tre, dette samsvarer med Vass (Vass, 2010) som sier at besøkene har lite nytte hvis det ikke er noen oppfølging.

5.2 Hjemmebesøk

Et hjemmebesøk er et besøk som skjer på den enkeltes arena. Den som kommer får innblikk i bosituasjonen; type bolig, bor den eldre alene eller sammen med noen, er det flere etasjer osv. Et besøk hjemme gir også mulighet til å fange opp tidlig demens evt omsorgsbehov hos den du besøker eller ektefelle. Dette gjør at disse besøkene hjelper oss å få oversikt over befolkningens helsesituasjon. Spesielt i tilfeller med begynnende demens er kontakt med nærmeste pårørende veldig verdifull.

Hjemmebesøkene er for det meste tre-delte. Først og viktigst er den helsefremmende samtalen med fokus på den enkeltes ressurser, hva er viktig i livet nå, hva gir livskvalitet. Gjennomgang av informasjonsmappen gir gode muligheter for samtale rundt viktige tema som fysisk aktivitet, sosialt nettverk, kost, trygghet osv. Til slutt fylles det ut et spørreskjema som brukes til forskning i samarbeid med Senter for omsorgsforskning Sør.

Trygghet og sikkerhet i hjemmet belyses i besøkene. De eldre kan ta opp det de syns er problematisk og vi kan gi tips og råd tilpasset den enkelte.

De som får besøk uttrykker at det er godt å få en kontaktperson inn i et kommunalt system og at dette er trygt hvis noe skulle oppstå. Mange syns det er vanskelig å finne fram i det kommunale systemet. Det at kommunen viser interesse for dem som personer er også et viktig element.

For oss som utfører besøkene er det nyttig å få innblikk i hjemmesituasjonen for å kunne se muligheter og begrensninger for hverdagsaktivitet. Når vi oppsøker folk i hjemmet, erfarer vi at vi kommer i kontakt med enda flere av de eldre enn om vi hadde satt i gang et gruppetilbud. Vi sender ut brev med tidspunkt for besøk og den enkelte må ta kontakt med oss hvis de ikke ønsker besøk. Vi får da snakket med dem og vet litt mer om hvordan de har det. Det gir også muligheten til å spørre om de vil vi skal kontakte dem etter ett år, noe de fleste takker ja til.

Det å ha et tilbud til grupper vil antagelig nå en annen målgruppe. Da kunne tilbudet blitt mer spisset mot aktuelle risikogrupper, men erfaringen er at dette mest sannsynlig ville nådd de mest ressurssterke. Samtidig kan det være noen som ikke ønsker ukjente hjem i sin private bolig, men som gjerne ønsker informasjon og dermed ville deltatt på et gruppetilbud.

5.3 Oppfølging

Oppfølging kan gjøres på ulike måter, men uansett kreves at man er oppdatert på hvordan den enkeltes situasjon var ved siste kontakt. Tidligere forskning viser også at oppfølgingen helst bør foretas med samme person.

5.3.1 Re-besøk

Fordelen med et nytt besøk er at man får sett en person på samme arena igjen og dermed lettere kan observere endringer. Hvordan ser det ut i hus og hage, hvordan oppfører den eldre seg på egen arena denne gangen. For å kunne sammenligne besøkene er det en stor fordel at det er samme person som utfører besøket. Samtalen dreier seg om eventuelle endringer siden sist, både hos personen selv eller i nærmiljøet. Vi er spesielt interesserte i selvpoplevd psykisk og fysisk helsesituasjon.

Det er ikke mulig å tilby re-besøk til alle hvert år, det foretas derfor en faglig vurdering før en tilbyr nytt besøk, eventuelt at den eldre selv ber om det.

5.3.2. Telefonoppfølging

Telefonoppfølging er tidseffektivt. Det er en god måte å opprettholde kontakten på og der vi har mulighet til å tilby et besøk hvis helsetilstanden har endret seg eller den enkelte har et sterkt ønske om besøk. I telefonsamtalen er også hovedfokuset hvilke endringer som har skjedd siden sist og hvordan de oppfatter egen helsetilstand. Det er også viktig å følge opp tiltak som ble igangsatt i første besøk. Har det skjedd noen endringer i adferd eller hendelser i eget liv det siste året? Fokuset ligger på den gode samtalen og tryggheten av å bli husket på. Samtidig skal man være klar over at man i en telefonsamtale ikke ser vedkommende og at det mye lettere å si at "alt er greit" over telefon. Dette er en utfordring som alltid vil være der (Sundsli, Söderhamn, Espnes, & Söderhamn, 2014).

5.4. Spørreundersøkelse

Vi ønsket å vite mer om hva de eldre selv mente om våre besøk, hva de opplevde som mest nyttig. Vi ville også vite mer om de som takket nei, hva var årsaken til det valget? Det ble laget to ulike spørreskjema som ble sendt ut til alle som hadde hatt besøk og til de som takket nei.

Siden Arendal og Lillesand kun hadde besøkt ett årskull hver valgte vi å utelate dem fra spørreundersøkelsen.

Vi valgte å lage et spørreskjema med få spørsmål, vi hadde et ønske om at så mange som mulig skulle ta seg tid til å svare. Skjemaene ble forelagt både førsteamanuensis Bjørg Dale på UiA og seniorforsker Mikkel Vass ved Københavns Universitet og ble endret etter deres kommentarer.

Kommune	Utsendt til de som har hatt besøk	Besvart; antall og %	Utsendt til de som takket nei	Besvart; antall og %	Svar fra alle
Grimstad	175	133/76 %	78	58/74%	191 / 75 %
Kristiansand	91	68/75 %	42	23/55%	91/68 %
Songdalen	43	35/81 %	13	9/69%	44/79 %
Til sammen	309	236/76 %	133	90/68%	326/74 %

Som tabellen viser er vi veldig fornøyde med svarprosenten, både fra alle tre kommuner og fra de to ulike grupperingene.

5.4.1 Svar fra de som hadde hatt besøk

De ble først bedt om å kommentere opplevelse av besøket og mange av de som hadde hatt besøk benyttet anledningen til det. De fleste sa det hadde vært "hyggelig", "koselig", "nyttig", "et positivt tiltak" og "informativt".

Andre hadde lengre kommentarer:

"Var i utgangspunktet negativ, men ble positivt overrasket. Veldig hyggelig og nyttig besøk. Veldig imponert over materiell som ble utlevert, spesielt nyttig er heftet: Øvelser som holder deg i form."

"Meget positivt besøk. Jeg fikk gode råd om forbedringer. Syns det var bra med et "føre-var-besøk"."

"Nyttig samtale. Og at du hadde tid til å lytte."

"Et lyspunkt i en ellers grå hverdag."

"Det er fint at noen bryr seg og å få en kontakt som kan kontaktes ved behov. "Besøket var overraskende og positivt. Og resulterte i mer systematisk trening."

"Positivt å få innblikk i alt som er tilrettelagt for eldre."

De fikk ulike spørsmål, men et av de viktigste var spørsmålet om hva de opplevde som mest nyttig med besøket.

Hva opplevde du som mest nyttig med besøket?

Antall og %, flere svaralternativer mulige.

Kommune	Samtalen	Informasjon	Brosjyrer	Telefonliste	Annet
Grimstad (n=134)	103 (77 %)	83 (62 %)	40 (30 %)	17 (13 %)	1 (1%)
Kristiansand (n=68)	46 (68%)	53 (78%)	23 (34%)	10 (15%)	0
Songdalen (n=35)	24 (69%)	23 (66%)	8 (23%)	5 (14%)	0
Til sammen (n=237)	173 (73%)	159 (67%)	71 (30%)	32 (14%)	1 (0,5%)

Tabellen viser at 73 % av de som har hatt besøk opplevde selve samtalen som det mest nyttige. Det er liten variasjon mellom kommunene. I Kristiansand var det litt flere som syntes informasjonen var det mest nyttige.

5.4.2 Svar fra de som takket nei

Vi var først og fremst opptatt av hvorfor de hadde takket nei, men de ble også spurt om de kunne tenke seg besøk seinere eller om de ønsket seg andre kontaktmuligheter.

Hva var årsaken til at du takket nei?

Antall og %, flere svaralternativer mulige.

Kommune	For frisk	For syk	Ikke interessert	Andre årsaker	Ubesvart
Grimstad (n=58)	37 (64%)	3 (5%)	8 (14%)	11 (19%)	1 (2%)
Kristiansand (n=23)	15 (65%)	0	3 (13%)	5 (22%)	0
Songdalen (n=9)	6 (67%)	0	1 (11%)	1 (11%)	1 (11%)
Til sammen (n=90)	58 (64%)	3 (3%)	12 (14%)	17 (19%)	2 (2%)

Tabellen viser at 2/3 av de som svarte mente de var for friske til å ta imot tilbudet. Det er ingen ulikheter mellom kommunene. Kun tre personer mente de var for syke. Resten fordelte seg på ikke å være interessert eller hadde andre årsaker; ute på reise, på jobb, på flyttefot osv.

For mer utfyllende informasjon om spørreundersøkelsen, se rapport utgitt september 2014.

6. VEIEN VIDERE

6.1 Prosjektets relevans i forhold til Samhandlingsreformen og Folkehelseloven

Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2008) har forebygging som et viktig element ved å framheve de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Reformen har en målsetning om at tiltak som reduserer eller motvirker risiko for funksjonstap må benyttes og videreutvikles. Dette gjelder særlig tiltak som øker den enkeltes egenmestring og reduserer risikoen for sykdom. Samhandlingsreformen skal styrke kommunens muligheter til å sette inn forebyggende tiltak og tiltak ”mot venstre på tidsaksen”, såkalt ”venstre-forskyvning”, det vil si at tiltakene skal rettes mot helseproblemenes grunnleggende sammenhenger og årsaker i stedet for å ha hovedfokus på at tiltak settes inn etter at et problem har oppstått. Slike tiltak kan for eksempel være hverdagsrehabilitering, balansetreningssgrupper eller forebyggende hjemmebesøk. Reformen legger vekt på at kommunens helse og omsorgstjeneste er en del av lokalsamfunnet. Reformen ønsker et bedre samarbeid med familie og pårørende og en større vekt på aktiv omsorg og forebyggende tiltak.

I ”Folkehelsemeldingen” (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a) vil regjeringen gi folkehelsepolitikken ny kraft. I meldingen hevdes det at folkehelsen kan forbedres, men da må det satses mer på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Gjennom ny folkehelselov (Folkehelseloven, 2011) har kommunene fått et større ansvar for det forebyggende arbeidet. Kommunene skal ha oversikt over muligheter og utfordringer i samfunnet og de skal selv velge tiltak og mål som fremmer innbyggernes helse. I følge Folkehelsemeldingen er det behov for å endre innsatsen fra behandling til forebygging. Norge bruker ifølge OECD mye mindre av sitt budsjett på forebyggende tiltak og folkehelsearbeid enn mange andre medlemsland i OECD.

Forebyggende hjemmebesøk er et tiltak som tar dette på alvor og der vi får kontakt med en stor andel eldre i kommunene.

6.2 Vår anbefaling

Hvis besøkene skal regnes som en helsefremmende strategi i kommunehelsetjenesten må dialogen og brukermedvirkningen få stor betydning. Dette betyr at de som utfører besøkene må ha den kompetansen som trengs for å skape en god relasjon som igjen gir en god dialog. Kanskje er det nødvendig med veiledningskompetanse for besøkene. I tillegg bør besøkene inneha kunnskap om empowerment og mestringsstrategier. Et forebyggende hjemmebesøk har fokus på den enkeltes ressurser, deres strategier for å mestre hverdagen og besøkeren bruker dialogen som hovedverktøy.

Kommunene skal ha oversikt over innbyggernes helse, de skal velge gode strategier for å jobbe mer forebyggende og helsefremmende. Ved å foreta oppsøkende hjemmebesøk treffer de personer uten andre kommunale tjenester og de får en mulighet til både å presentere seg samt å innhente informasjon om de eldste innbyggerne sine.

Vi mener at Forebyggende hjemmebesøk er egnet som en forebyggende og helsefremmende strategi i kommunehelsetjenesten.

Berit Westbye
Prosjektleder Aust-Agder

Trygve Waldeland
Prosjektleder Vest-Agder

7. VEDLEGG

7.1 Rapport fra Arendal kommune

Forebyggende hjemmebesøk Arendal kommune - Oppsummering og erfaringer.

Arendal kommune har i 2013 deltatt i prosjektet Friskere liv med forebygging - forebyggende hjemmebesøk for eldre.

Arendal kommune fikk ressurser fra prosjektet til å ta hjemmebesøk for ett årskull. Besøkene ble utført av ergoterapeut. .

Det er stort fokus i dag på samhandling og forebygging. Prosjektet har som tanke at det er viktig å komme inn før beboere i kommunen har behov for det er da en kan påvirke valg som har virkning for videre god helse. Det ble gitt tilbud om besøk til de som fylte 78 år.

Erfaringer: Tilbakemelding fra de som ikke ville ha besøk var stort sett at de klarte seg godt selv og ikke hadde noe behov for besøk. Det var og en del som var for opptatte med reiser og andre aktiviteter. Og det var noen som ikke oppgav hvorfor de ikke ville ha besøk. Hovedinntrykket ang denne gruppen var at de var aktive og selvstendige.

Hos de som sa ja takk til besøk så var det veldig mange som var nysgjerrige på hva dette tilbudet var for noe, og hva de kunne bli tilbudt. Vitsen med besøket var ikke å hjelpe beboerne til å få hjelp, men orientere dem om hvor de selv kunne henvende seg dersom de hadde behov. Det var en positiv mottagelse fra beboerne.

Det var en god del som var aktive med trening daglig. Innsatsen var ulik. Noen gikk på treningssenter, men andre kun gikk tur. Det var en stor del som ikke var med på organisert fysisk aktivitet. De var allikevel spreke sett ut i fra alder. Dette kom at de var i aktivitet daglig med å holde hus og hage i orden. Av de som var i god form var det gjennomgående at de var bevisste på å ikke sette seg til. Viktigheten av å gjøre det en kan og gjøre noe hver dag, ble understreket ved besøket.

En god del fant nytte i brosjyren 65+ der en fikk forslag til enkle styrke og balanse øvelser. Og det var en del som ønsket tips i forhold til gruppetreninger og tilbud på dette.

Det var overraskende mange som bodde i enebolig. Mange av disse hadde en klar idè om hva de kunne gjøre for å få det enklere dersom noe skulle inntreffe slik at de måtte ha alt på et plan. Andre igjen ville ikke snakke om huset da det fungerte bra slik det var nå. Jeg

konkluderer med at det kan være helsegevinst å bo i et stort hus med trapper da en naturlig får treningssituasjoner gjennom hverdagen. Tidligere har jeg oppfordret eldre til å få en lettstelt leilighet, men har ut i fra prosjektet sett at dette kan føre til dårligere helse. Dette ved at mennesker mister sine daglige aktiviteter. Veldig mange ga tilbakemelding på at de ville nok kjede seg og bli mer stillesittende i leilighet. Av de som bodde i leilighet var det mange som hadde valgt dette da det ble for mye å holde hage der de bodde før. Noen var blitt alene og det var noen som bevisst ville frigjøre tid til å kunne reise med mer.

Et av temaene man snakket en del om var ernæring og faste måltider. De aller fleste jeg besøkte spiste middag hver dag og hadde faste måltider. Det var kun et par som hadde problemer med å holde vekten og det kom av at de hadde noe mageproblemer. Det var heller ikke mange veldig overvektige.

Angående sosialt nettverk ble det spurt om de hadde det slik de ønsket å ha det. Noen hadde nesten for stort nettverk slik at det til tider nesten ble for travelt. Det var få som oppgav at de hadde behov for mer sosial omgang. I disse tilfellene ble det tipset om eldresenter, frivillighetsentralene og interesseorganisasjoner.

Hovedinntrykket av gruppen jeg besøkte er at de er i god form, er aktive og har mange ressurser. Tilbakemeldingene etter besøket har vært positive og mange har sagt at de mener dette har vært et bra tilbud. Også det at de får en informasjonsbrosjyre har blitt godt tatt imot. Tror også det har en positiv virkning på den enkelte at de føler de blir sett av kommunen uten at de må spørre om noe. Det hadde vært en fordel å kunne tatt et oppfølgingsbesøk om et års tid for da hadde besøket kanskje blitt noe mer forpliktende for bruker. Det hadde vært særlig gunstig for de brukerne som gjerne ville komme i gang med noe nytt.

Dersom man skulle videreføre forebyggende hjemmebesøk og ha det som en del av driften i kommunen så ville jeg sett litt på om man har valgt riktig alderstrinn. Som sagt var de fleste veldig selvstendige og spreke. Kan man heller ta et besøk når de blir 80 eller kan dette være for sent? Det er jo viktig å komme inn før det skjer noe med helsen.

Jeg ville også kuttet ut besøk til de som har registrert tjenesten hjelpemiddelformidling. Dette da de allerede har hatt kontakt med kommunen via en terapeut og en ser at de har fått en del informasjon.

Slik prosjektet var nå skulle en bare henvise beboerne til hvor en skal ta kontakt. Dette kan virke litt merkelig der beboer etterspør hjelpemidler da jeg som besøker vet at jeg eller en kollega kommer til å få saken når de henvender seg kommunen. Det blir mer riktig da å ta med henvendelsen. Det kan også være en fordel å ha med søknadskjema for kommunale tjenester. Så dette da jeg var hos noen innbyggere som selv var oppegående, men trengte hjelp i forhold til pårørende. Og ved å få den hjelpen i tide kan man sørge for at helsen til beboer blir vedlikeholdt.

Det bør være mulighet for oppfølgingsbesøk. Hvordan dette skal utføres kan diskuteres. Holder det med en oppfølgingsamtale? Besøk om et år eller to år?

Mange av de besøkte oppgav at de kom til å ta kontakt dersom det skulle skje noe. Selv om prosjektperioden nå er over kan det være interessant å se om det faktisk kommer til å være noen som tar kontakt om det skulle oppstå noen behov. Min erfaring er i hvert fall at det er lettere å ta kontakt når man har et kjent ansikt å forholde seg til. Det vil da si at prosjektet kan føre til at en kommer fortere inn i bildet. Dette kan ha en positiv effekt i forhold til å kunne bo hjemme.

Å gjennomføre forebyggende hjemmebesøk har vært givende da en ser at det er mange ressurssterke eldre i denne kommunen. Jeg håper også at jeg har klart å bevisstgjøre de jeg har besøkt på at de selv har ansvar for egen helse. Det er viktig med aktivitet, ernæring og trivsel. Jeg tror besøkene i hvert fall har inspirert til økt bevissthet på helse og bevissthet på egenomsorg. Dessverre er det vanskelig å få resultatene i tall. For hvordan kan man vurdere forebygging? Jeg tror uansett at det ville vært gunstig å ha en slik tjeneste i kommunen.

Grethe Ringdal

Prosjektmedarbeider Friskere liv med forebygging- forebyggende hjemmebesøk til eldre

7.2 Rapport fra Kristiansand kommune

Prosjekt «Friskere liv med forebygging»: Kristiansand kommune.

Fra 2012 til 2014 har Kristiansand kommune vært med i prosjektet «Friskere liv med forebygging». Prosjektet ble initiert av Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Agder, og Utviklingssenteret i Aust-Agder var prosjekteier. Målgruppen som ble valgt i dette prosjektet var 78 åringer som ikke fra før hadde omfattende helsetjenester, slik som hjemmesykepleie. I Kristiansand kommune ble det besluttet å tilby forebyggende hjemmebesøk i to soner. Det ble valgt en sone øst- og en sone vest for byen. Bakgrunnen for valget av soner var at disse sonene kunne være noe ulike ut fra sosioøkonomiske hensyn og således kunne representere ulike perspektiv. De forebyggende hjemmebesøkene ble gjennomført som beskrevet for prosjektet for øvrig. I Kristiansand kommune har det pr. 31.10.14 blitt tilbudt forebyggende hjemmebesøk til 174 personer og 116 personer har takket ja til besøk.

Videreføring av tilbudet forebyggende hjemmebesøk i Kristiansand kommune.

Kristiansand kommune har valgt å fortsette tiltaket, forebyggende hjemmebesøk, som prosjekt frem til april 2015. I denne perioden skal innføring av forebyggende hjemmebesøk som fast tiltak vurderes. Prosjektet er plassert i Virksomhet for helsefremming og innovasjon. For videreføringen har det blitt opprettet lokal styringsgruppe og prosjektgruppe. Mot slutten av prosjektperioden vil det bli utarbeidet et beslutningsgrunnlag og en anbefaling for en eventuell videreføring av forebyggende hjemmebesøk i Kristiansand.

Overføringer fra Helsedirektoratet.

Av midlene som ble overført fra Helsedirektoratet har den største delen blitt anvendt til lønn av prosjektledere. Det har også blitt videreført midler til Songdalen kommune. Utover dette

har noen midler gått med til utgifter i forbindelse med konferanser, kurs og hospitering, materiell og utstyr, transport, litteratur og andre utgifter.

Kristine Jortveit

Prosjektleder Kristiansand kommune

7.3 Rapport fra Songdalen kommune

Erfaringer fra prosjekt FBH (ForeByggende Hjemmebesøk) i Songdalen

Songdalen har gjennomført 43 forebyggende hjembesøk(FBH) i totalt 3 årganger(-34, -35 og -36). Utarbeidet kartleggingsskjema som skulle prøves ut er blitt benyttet ved alle hjembesøk. Deltakelse må betegnes som god med rundt 80% deltakelse på alle årganger.

Aktuelle brosjyrer er blitt delt ut med generell informasjon (om eks. kosthold, fysisk aktivitet, brann- og fallforebygging)og mer lokal informasjon om hvilke muligheter som finnes i Songdalen kommune(eks lavterskeltilbud som balansegrupper, gågrupper, frivilligsentralen med ulike tilbud, middagservering og andre sosiale møtesteder).

Noen tall som overrasker er at mange er spreke og svært aktive i hverdagen, også i lokalmiljøet. Mange har allerede flyttet til sentrale leiligheter (har vært stor byggeaktivitet sentralt på Nodeland de siste par år). Det medfører gangavstand til flere viktige arenaer slik som legesenter, butikk, rådhus/bibliotek, transport(tåg/buss til byen), Nav, Frivillighetsentralen og Songdalstunet hvor det er mulighet å kjøpe middag 3ggr/uke. Flere oppgir det som viktig ifht en sosial arena og hyggelig å spise sammen med andre. I tillegg oppgis den hjemmelagede maten som viktig.

Svært få røyker(mange har røyket men har sluttet), lite bruk av alkohol og vanedannende medikament. Noen benytter sovemedisiner. De fleste av de som benytter medisiner står på hjertemedisiner.

Kun få har hatt fall og det har vært fortrinnsvis ute. De fleste benytter mobiltelefon men med fordel kunne flere benytte seg av data/nettbrett.

Foreløpig er oppfølgingssamtale gjennomført i årgang -34. De har gitt tilbakemelding på at det er fint med en oppfølgingssamtale på telefon og at det ikke har vært behov for et nytt hjembesøk. De fleste har ikke hatt noen store endringer, verken i positiv eller negativ retning men har satt pris på oppfølgingssamtale og at de blir «husket» på, samtidig som de gir tilbakemelding på at det er trygt med en kontaktperson i kommunen.

Der er registrert 4 dødsfall i de aktuelle årgangene.

Songdalen kommune opplever det som svært nyttig med forebyggende hjembesøk og har et ønske om at det skal fortsette også etter avsluttet prosjekt.

Kommunen får en god oversikt samtidig som det gis en god mulighet til informasjon på generelt grunnlag og mer lokal informasjon. Der er registrert flere personer som benytter seg av lokale tilbud etter gjennomført FBH.

Mette B. Nilsen

Prosjektmedarbeider USHT - Songdalen

8. LITTERATUR

- Daniels, Ramon, Metzelthin, Silke, van Rossum, Erik, de Witte, Luc, & van den Heuvel, Wim. (2010). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *European Journal of Ageing*, 7(1), 37-55. doi: 10.1007/s10433-010-0141-9
- Dapp, Ulrike, Anders, Jennifer, von Renteln-Kruse, Wolfgang, & Meier-baumgartner, Hans Peter. (2005). Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 13(3), 122-127.
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., . . . Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 323(7315), 719-725.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Retrieved 1. januar 2012, from www.lovdata.no
- Gustafsson, Susanne, Wilhelmson, Katarina, Eklund, Kajsa, Gosman-Hedström, Gunilla, Zidén, Lena, Kronlöf, Greta H., . . . Dahlin-Ivanoff, Synneve. (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), 447-454. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03861.x
- Hallberg, I. R., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *J Clin Nurs*, 13(6B), 112-120.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening*. (St.meld. nr 25(2005-2006)). Oslo: Departementenes servicesenter Retrieved from www.regjeringen.no.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.melding 47 (2008-2009)). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/>.
- Liebel, Dianne V., Powers, Bethel Ann, Friedman, Bruce, & Watson, Nancy M. (2012). Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 80-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05717.x
- Lofqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T., & Iwarsson, S. (2012). First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality. *J Aging Res*, 2012, 352942. doi: 10.1155/2012/352942
- Odense kommune. (2007). Forebyggende hjemmebesøg i Odense kommune. Odense kommunale ældrepleje.
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6, 220. doi: 10.1186/1471-2458-6-220
- 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.
- Sundsli, Kari, Söderhamn, Ulrika, Espnes, Geir Arild, & Söderhamn, Olle. (2014). Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. *Clinical interventions in aging*, 9, 95.
- Theander, E., & Edberg, A. K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scand J Public Health*, 33(5), 392-400.
- van Haastregt, J. C., Diederiks, J. P., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*, 320(7237), 754-758.

- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Andersen, C. K., & Keiding, N. (2002). Preventive home visits to older people in Denmark: methodology of a randomized controlled study. *Aging Clin Exp Res*, 14(6), 509-515.
- Vass, M., Avlund, K., Siersma, V., & Hendriksen, C. (2009). A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Family Practice*, 26(1), 56-56.
- Vass, Mikkel. (2010). *Prevention of functional decline in older people : The Danish randomis ed intervention trial on preventive home visits*. København: Københavns universitet.
- Vass, Mikkel, Avlund, Kirsten, Kvist, Kajsa, Hendriksen, Carsten, Andersen, Christian K., & Keiding, Niels. (2004). Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(2), 106-111. doi: 10.1080/02813430410005829
- Vass, Mikkel, Avlund, Kirsten, Lauridsen, Jø, rgen, & Hendriksen, Carsten. (2005). Feasible Model for Prevention of Functional Decline in Older People: Municipality-Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 563-568. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53201.x

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, Grimstad

Telefon: 37 25 07 00

www.feviktun.no

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