



TRONDHEIM KOMMUNE



Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012

“Infosenteret for seniorer ønsker å støtte seniorer til å leve et godt og selvstendig liv”



Infosenteret for seniorer
Bodil Klungerbo, Ebba Bredland, Anne Betty Sødal og Toril Nervik
21.01.2013

Forord

Trondheim kommunes Infosenter for seniorer, har i mange år vært pådriver i arbeidet med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til eldre, både i Trondheim kommune og i Norge. Det har vært svært interessant å være med på utviklingsarbeidet som har bidratt til at 80 åringer i Trondheim kommune i dag får dette tilbudet og at det bygges en felles plattform for dette arbeidet nasjonalt. Infosenterets ansatte har erfart det oppklarende og lærerikt å gå i dybden på vår praksis gjennom prosjektarbeidet. Befolkningsutviklingen, samfunnsdebatten og våre erfaringer er med på å styrke vår tro på at dette blir et relevant og viktig arbeidsområde framover.

Prosjektgruppen vil rette en spesiell takk til leder Tove Sivertsen for hennes forståelse for helsefremmende arbeid og ikke minst en stor takk til våre kollegaer i det tverrfaglige teamet ved Infosenteret for seniorer. De ansatte er engasjerte fagfolk som har gitt mye av egne erfaringer i samtale rundt arbeidet. Vi retter også en takk til Utviklingssenteret for sykehjem ved Søbstad Helsehus for innspill og støtte i arbeidet.

Jan Kåre Jøsok ved Enhet for service og internkontroll (ESIKT) har gitt oss god hjelp med beskrivelse av tallmaterialet og med rask levering ved våre henvendelser.

Ressursgruppen som selv har mottatt hjemmebesøk, har gitt oss gode samtaler og tilbakemeldinger underveis i arbeidet. Seniorene har stilt konkrete spørsmål og ikke minst gitt oss mange tanker i etterkant av møtene. Takk til en inspirerende gjeng!

Ansatte i Malvik og Stjørdal kommune har bidratt med utprøving og evaluering av intervjuguiden og gitt konstruktive tilbakemeldinger.

Hilsen prosjektgruppen fra Infosenteret for seniorer: Anne Betty Sødal, Bodil Klungerbo, Ebba Bredland, Toril Nervik.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	2
1. Bakgrunn	4
2. Prosjekt mål.....	4
3. Organisering av prosjektet	5
4. Teoretisk forankring	6
4.1 Politiske føringer	6
4.2 Utviklingen av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk	8
4.3 Forskning på hjemmebesøk	11
4.3.1 Forskning og påvirkning fra Danmark	11
4.3.2 Forskning fra andre land.....	11
4.4 Teoretisk grunnlag i hjemmebesøkene	12
4.4.1 Kompetanse.....	12
4.4.2 Faglig refleksjon.....	14
4.4.3 Salutogenese	15
4.4.4 Kommunikasjon	15
4.4.5 Empowerment.....	16
4.4.6 Motiverende intervju	17
4.4.7 Positiv psykologi	17
5. Metode	18
5.1 Erfaringsutveksling på Infosenteret	18
5.2 Bearbeiding av materialet i databasen.....	19
6. Gjennomføring	19
6.1 Gruppesamtaler.....	19
6.2 Samtaler med Ressursgruppen	20
6.3 Samarbeid og utprøving i Malvik og Stjørdal	21
6.3.1 Forarbeid	21
6.3.2 Utprøving.....	21

6.3.3	Etterarbeid.....	22
7.	Utvikling av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk	22
7.1	Kjerneområder	22
7.2	Suksessfaktorer i hjemmebesøket	23
7.2.1	Møte i hjemmet.....	23
7.2.2	Tydelige mål med besøket.....	23
7.2.3	Informasjon om muligheter	23
7.2.4	Sette i gang refleksjon	24
7.2.5	Mobilisere eget ansvar	24
7.2.6	Trygghet.....	24
7.2.7	Utfordre til refleksjon	25
7.3	Nyttig kompetanse for besøkeren.....	25
7.3.1	Tverrfaglighet	27
8.	Videreutvikling av samtaleguiden	27
8.1	”En ny måte å tenke på, jeg må skru om hodet”	27
8.2	Endringer i guiden	28
9.	Sluttresultat ”Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk”	29
10.	Sluttresultat ”80 - åringene i Trondheim”	35
11.	Oppsummering.....	35
12.	Ressurslitteratur	37
13.	Vedlegg	39

1. Bakgrunn

Trondheim kommune etablerte Infosenteret for seniorer (heretter omtalt som IS) som et prosjekt i 2003. Bakgrunnen for etableringen var et ønske om å styrke forebyggings- og rehabiliteringsarbeidet i kommunen. I 2004 ble IS et fast tilbud for byens seniorer, hvor forebyggende hjemmebesøk har vært en av de prioriterte oppgavene. I dag har Infosenteret 4.6 årsverk. Det er ansatt helsepersonell med ulik kompetanse innen aldring og eldreomsorg. IS består av et tverrfaglig team hvor fagutvikling og kreative diskusjoner har vært en integrert del av utviklingsarbeidet i det helsefremmende og forebyggende arbeidet for eldre i kommunen.

IS mottar mange henvendelser og møter stor interesse fra andre kommuner. De søker kunnskap og praktisk hjelp for å starte opp forebyggende arbeid rettet mot seniorer i egen kommune. I den forbindelse etterspørres erfaringer med helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk i Trondheim.

I 2010 og 2011 samlet Infosenteret for seniorer informasjon om de eldre som tok imot helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. På grunnlag av dette er det bygget opp en database med anonymisert informasjon om målgruppen. Tallene har kun vært brukt i Trondheim kommune og ikke vært publisert.

IS søkte og ble i 2011 tildelt midler gjennom Helsedirektoratets 3-årige utviklingsprosjekt for forebyggende hjemmebesøk. Vi ønsker å beskrive vår modell for hjemmebesøk til eldre ved å utvikle en samtaleguide for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. I tillegg skal det gis en beskrivelse av 80 åringer i Trondheim med grunnlag i vår database. I 2 og 3 år av utviklingsprosjektet (fra 2013 – 2014) ønsker Infosenteret å trekke inn forskning for å måle effekt av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk.

2. Prosjektmål

Prosjektet har som formål å beskrive praksis og å lage en samtaleguide for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk blant hjemmeboende eldre i aldersgruppen 80 år, som ikke har omsorgstjenester. IS ønsker i denne prosessen å beskrive kunnskap og metode som støtter den eldre til mestring gjennom ressursfokus. Forventet resultat er å ha en kunnskapsbasert intervensjon som virker helsefremmende.

Resultatet kan bidra til at andre har grunnlag for å komme i gang med hjemmebesøk i egen kommune ved å bruke samtaleguiden. Denne skal prøves ut og evalueres i to nabokommuner. I tillegg skal vi bruke datamaterialet vi allerede har innhentet til å beskrive 80 åringer født i 1930 og 1931 i Trondheim kommune.

Mål:

- Beskrive/utvikle en modell for hjemmebesøk basert på erfaring med dette arbeidet.
- Videreutvikle og kvalitetssikre samtaleguide til oppsøkende forebyggende hjemmebesøk og utprøve overføringsverdi til andre kommuner.
- Systematisere informasjon om 80 åringer.

3. Organisering av prosjektet

Infosenteret for seniorer gjennomførte målrettet prosjektstyring hvor det ble satt opp milepæler og aktivitetsansvarskart for arbeidsoppgaver. Det ble etablert en prosjektgruppe og gjort avtale om utprøving av samtaleguide med to nabokommuner. Det ble også etablert en ressursgruppe av seniorer som hadde mottatt forebyggende hjemmebesøk. Alle ansatte ved IS har vært involvert i prosjektet og bidratt med erfaringer gjennom samtale i grupper.

Styringsgruppen:

Kristin Haarberg og Signe Nyrønning fra Utviklingscenter for sykehjem, Sør-Trøndelag.
Tove Sivertsen, Enhetsleder for ergoterapitjenesten, Trondheim kommune
Bodil Klungerbo, Prosjektleder, Infosenteret for seniorer, Trondheim kommune.

Prosjektgruppen:

Bodil Klungerbo (prosjektleder), Ebba Bredland, Toril Nervik fra januar til august da Anne Betty Sødal erstattet henne i prosjektgruppen.

Ressursgruppen:

Tre menn og to kvinner som har mottatt forebyggende hjemmebesøk da de var 80 år, deltok i gruppa og var sentrale for å ivareta brukerperspektivet.

Samarbeidspartnere:

- Helsedirektoratet har finansiert prosjektet.

- Utviklingssenteret for sykehjem Sør-Trøndelag, Søbstad Helsehus, står som søker av prosjektet. Geir-Tore Stensvik og Inger Lise Wille har gitt innspill til prosessen og skrivearbeidet.
- Stjørdal kommune ved Jorunn Lyngen, Guri Lyngstad, Ranveig Nordland og Malvik kommune ved Isabelle Myrhaug og Åshild Johansen har bidratt i utprøving av samtaleguiden.
- Enhet for service- og internkontrol (ESIKT) ved Jan Kåre Jøsok har bistått oss i arbeidet med datamaterialet.
- Enhetsleder Tove Sivertsen har vært en støtte underveis i arbeidet.

4. Teoretisk forankring

Samfunnsutviklingen har gitt nye utfordringer og føringer for kommunene. Dette har medført behov for fagutvikling og nytenkning. I dette kapitlet vil det bli beskrevet politiske vedtak, utviklingen i Trondheim kommune og litt om teoribakgrunn og forskning angående helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk.

4.1 Politiske føringer

Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47, 2008-2009) setter fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. For å kunne møte utfordringene som kommer på grunn av et øket antall eldre, framheves nødvendigheten av å satse på forebygging framfor reparasjon, og her er deltakelse og aktivitet et sentralt tema.

Videre har Hagenutvalget i *NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg* pekt på viktigheten av å satse på nytenking og aktiv aldring. En aktiv seniorpolitikk bygger på prinsipper om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Hagenutvalget beskriver syv prinsipper for aktiv aldring:

1. Aktiv aldring gjelder all aktivitet som gir mening og velvære både for den enkelte, familien, lokalsamfunnet og storsamfunnet, og er ikke begrenset til betalt arbeid eller produksjon.
2. Aktiv aldring omfatter alle eldre, også de som av ulike grunner er skrøpelige eller avhengige.
3. Aktiv aldring er først og fremst et forebyggende konsept og involverer derfor alle aldersgrupper gjennom hele livsløpet.
4. Å opprettholde solidariteten på tvers av generasjonene er et grunnleggende trekk ved aktiv aldring.
5. Aktiv aldring innebærer både rettigheter og plikter.
6. En strategi for aktiv aldring må fremme deltakelse og empowerment.
7. Et konsept for aktiv aldring må respektere kulturelle ulikheter og fremme mangfold.

Både norsk og internasjonal eldrepolitikk legger vekt på å fremme helse for eldre, ved at eldre blir oppfordret til å være fysisk aktive og deltakende lengst mulig (St.meld.nr.25 2005-2006 *Mestring, mulighet og mening*, St.meld.nr.47, 2008-2009 *Samhandlingsreformen*).

Flere norske kommuner har prioritert hverdagsrehabilitering og ser mot erfaringer fra Danmark hvor prosjektet ”Lengst mulig i eget liv” har snudd eldreomsorgen på hodet i den danske kommunen Fredericia. Tidligere Kommunal og regionalminister Liv Signe Navarsete besøkte den danske kommunen i 2012 og tok til orde for å endre norsk eldreomsorg etter dansk modell, med fokus på hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering er et fokusskifte som stiller store krav til holdningsendringer hos politikere, administrative og helsefaglige ledere, helsepersonell, brukere og pårørende. Formålet er å bidra til at eldre skal være i stand til å bo hjemme og være selvhjulpne så lenge som mulig. Hverdagsrehabilitering kan være et av flere tiltak for å bidra til bedre helse og aktiv alderdom. Dette har vært utprøvd i Sverige siden 1999 og i Danmark er nå 98 kommuner i gang med å etablere en eller annen form for hverdagsrehabilitering. Både i Danmark og Sverige inkluderer dette en omlegging av hjemmetjenestene og en bevisstgjøring av et forebyggende og rehabiliterende tankesett (Ness med flere, 2012). I Trondheim kommune har rehabilitering vært et innsatsområde siden først på 1980 tallet med kommunale rehabiliteringssenter, med døgn og dag rehabilitering. I 2002 ble kommunal rehabiliteringsplan vedtatt og 4 tverrfaglige innsatsteam med oppgaven hjemmerehabilitering etablert.

Eldreplanen i Trondheim kommune skal stake ut kursen for helse og velferdstilbudet for eldre og planen skal sikre at:

- Trondheim by skal være en god by å bli gammel i.
- Helse og velferdstjenester til eldre er av høy faglig kvalitet.
- Eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

Eldreplan beskriver følgende som mål nummer 1: Alle 70 åringer tilbys råd og veiledning for å fremme helse og egen mestring. Tiltak for å nå målet er åpent informasjonssenter for seniorer, kurstilbud til seniorer og undervisning og informasjon om helsefremmende og forebyggende arbeid til eldre. 80 åringer uten hjemmetjenester tilbys oppsøkende forebyggende hjemmebesøk, med oppfølgingsbesøk påfølgende år (Trondheim kommune: Kommunedelplan for tjenester til eldre over 67 år 2011-2020).



4.2 Utviklingen av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk

Infosenteret for seniorer (IS) i Trondheim kommune – er et informasjons og rådgivningscenter for seniorer og har som mål å støtte seniorer til ”å leve et selvstendig liv så lenge som mulig”.

IS startet som et prøveprosjekt i 2003, som en del av kommunens satsing på forebygging og rehabiliteringsstrategi. I den forbindelse ble det gjennomført en spørreundersøkelse til eldre hvor det kom frem at informasjonen ofte er tilfeldig og det var et ønske fra innbyggerne om

en mer aktiv innsats fra kommunen, for å gi informasjon om muligheter i seniortilværelsen og kommunens tjenestetilbud.

IS er definert som et lavterskeltilbud til eldre og pårørende og ligger sentralt lokalisert på Bytorget i Trondheim.

I Trondheim kommune startet IS med hjemmebesøk til 75 åringer i noen bydeler. Tilbudet ble gradvis utvidet fram til 2008, da alle 75 åringer i Trondheim fikk dette tilbudet. Fra 2004 og frem til i dag så vi en tendens til at aldersgruppen ble friskere, sprekere og i større grad greier seg selv. En høy andel takket også nei til tilbudet om hjemmebesøk. Målgruppen ble derfor endret til 80 år fra og med 2009. Etter endringen var det flere som tok i mot besøk.

Tilbud om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk blir gitt til alle 80 åringer, bortsett fra de som bor i sykehjem eller har omsorgstjenester fra Trondheim kommune. Eldre som har vedtak på trygghetsalarm, matombringning eller som har kortvarige tjenester som ergoterapi, fysioterapi eller trygghetsopphold får også tilbudet. De som tar i mot besøk som 80 åring, får årlig en oppfølgingssamtale på telefon.

Det er vektlagt å ha en bred tverrfaglig kompetanse i teamet ved IS. I dag er det sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom i teamet og ansatte har erfaring fra ulike arbeidsfelt med eldre.

Teamet har kontinuerlig utviklet hjemmebesøkene. Utviklingsarbeidet har bestått av diskusjoner, refleksjoner, kollegaveiledning og ved bruk av filming av hjemmebesøk, med påfølgende veiledning av Marte Meo terapeut. Hjemmebesøkene i Trondheim tar utgangspunkt i innbyggerens hverdag, hva de formidler om hvordan de har det i hverdagen.

IS har siden oppstart hentet inspirasjon, kunnskap og erfaringer fra Danmark og det er etablert kontakt med SUFO, som er landsforeningen for ansatte i ”Sundhedsfremmende forebyggende hjemmebesøg”.

IS initierte samarbeid med andre kommuner i Norge og arrangerte i Trondheim i 2008 den første nasjonale Erfaringskonferansen for utveksling mellom kommuner som driver med helsefremmende og forebyggende arbeid for seniorer. Erfaringskonferansen har siden blitt arrangert årlig, med støtte fra Helsedirektoratet. Flere kommuner har deltatt og det er stor interesse for konferansen. Det ble i 2010 stiftet et forum for forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Forumet har fokus forebyggende hjemmebesøk, og har som formål å arrangere

en årlig erfaringskonferanse og stimulere til liknende virksomhet i alle kommuner. Konferansen er også åpen for andre interesserte innen helse og kultur for seniorer. IS har deltatt i strategiske møter med blant annet Helsedirektoratet og Aldring og helse for å fremme forebyggende hjemmebesøk i Norge.

IS har etter hvert sett at det er viktig å tydeliggjøre at hjemmebesøkene ikke bare skal virke forebyggende, men at de også skal ha en helsefremmende effekt. Vi vil derfor i fortsettelsen omtale tilbudet som *et helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk*. Målet er at senioren skal oppleve et personlig løft gjennom samtalen, vi skal ikke bare unngå negative hendelser i framtida.

IS har ved hjelp av et spørreskjema samlet informasjon fra de som har mottatt helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk da de var 80 år. Skjemaet er utviklet i samarbeid med Enhet for service og internkontroll i Trondheim kommune (ESIKT). På grunnlag av dette er det bygget opp en database med informasjon fra de som ble født i 1930 og 1931, det året de fylte 80 år.

Figur1. Overordnet mål for 2012

”Infosenteret for seniorer ønsker å støtte seniorer til å leve et selvstendig liv så lenge som mulig”
<ul style="list-style-type: none"> • Gjennom økt trygghet og kunnskap styrke den enkeltes egenomsorgsevne.
<ul style="list-style-type: none"> • Hindre og/utsette hjelpebehov.
<ul style="list-style-type: none"> • Eldre opplever trygghet.
<p>Delmål for seniorarbeidet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindre og /eller utsette at seniorer blir brukere (mottakere) av helse- og velferdstjenester. - Bidra til økt mestring og støtte gjennom råd, veiledning og informasjon. - Øke kunnskap slik at den eldre ser muligheter og kan bruke sine ressurser. - Bygge opp kunnskap i kommunen om hvordan vi fremmer helse blant seniorer.
<p>Prioriterte oppgaver:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informasjonskontor for seniorer med råd, veiledning og informasjon - Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk ved 80 år - Oppfølgingsbesøk - Kurstilbud til seniorer - Pårørende - Undervisning

4.3 Forskning på hjemmebesøk

4.3.1 Forskning og påvirkning fra Danmark

Oppsøkende og helsefremmede hjemmebesøk er etablert som en mulig måte å fremme helse og fysisk aktivitet blant de friskeste eldre (Avlund, Jespen, Vass & Lundemark, 2002).

”Forebyggende og sundhedsfremmende hjemmebesøk er i sin grundtanke innsats, der har til formål at bevare eller udskylde funktionsevnetab. Det er derfor ikke overraskende, at forskningen nu kan dokumentere, at det er den bedst fungerende del af ældrebefolkningen, der har størst udbytte af besøkene. At bidrage til at opretholde funktionsevnen og samtidig reagerer hurtig ved tidlige tegn på skrøbeligheder ser ud til at være den rigtige strategi. Målgruppen er således de ikke-svækkede ældre. Ordningen rettes mot de 75 åringer og derover, men et fast alderskriterium for, hvornår besøgene er optimale, findes ikke” (Vass, Avlund, Hendriksen, 2005).

Det fremheves videre at innholdet i samtalen, samt antall besøk og regelmessighet har betydning for effekten man oppnår. Kvinner har mer nytte av besøkene enn menn, 80 åringer har mer nytte av hjemmebesøkene enn 75 åringer. Det kom frem at 75 åringer i dag blir sprekere og klarer seg bedre enn gårdsdagens 75 åringer, noe som i et fremtidsperspektiv har påvirket valg av målgruppe.

Vass et al (2005) konkluderer med at: *forebyggende hjemmebesøk, med stor sannsynlighet har effekt, målt ved en helhetsvurdering (assessment) som tar med sosiale, psykologiske og helbredsmessige forhold. Besøk må følges opp og effekten ser ut til å være størst for den hjemmeboende, ikke svekkede del av befolkningen.* Effekten viser at funksjonstap og behov for overflytting til institusjon utsettes, samt at det blir færre sykehusinnleggelses. Hvilken aldersgruppe som har mest utbytte av besøkene er det derimot ikke sikker kunnskap om (Vass, Avlund og Hendriksen 2005).

4.3.2 Forskning fra andre land

I de siste 20 år er det ut over danske undersøkelser gjennomført en del kontrollerte vitenskapelige forsøk med forebyggende hjemmebesøk i England, Holland (Nederland), Sveits, USA og Canada. For å oppnå en samlet oversikt over de ulike prosjektene, er det de senere år utarbeidet analyser, som forsøker å vurdere den samlede effekt ved å sammenlikne

de forskjellige forebyggende innsatser i de forskjellige nasjonale systemer med forskjellige målgrupper.

Fagerstrøm et al (2008) har gjort en systematisk undersøkelse av forskning på området forebyggende hjemmebesøk til eldre. Der kom det frem at sykdomsfokuset var overraskende stort. Resultatet viser at helseressurs fokus manglet. Studiene fokuserte på helseproblem, sykdom og funksjonsnedsettelse. Hun etterlyser mentale helseaspekter, støttende samtale og en diskusjon om hvordan de eldres indre helse ressurser kan styrkes.

Sahlen sier i sin forskning ”Er det lønnsamt med prevensjon etter 65?” at *”pensjonistenes egne opplevelser av hjemmebesøkene ofte kan illustrere resultatene på en tydeligere måte, den informasjon som pensjonisten og hjemmebesøkeren har, burde brukes i større utstrekning i resultatbeskrivelsen. Den kvalitative informasjonen kan gi et godt bilde av resultatet”* (Sahlen et al, 2006).

Forskning viser at både fysisk aktivitet og deltakelse i meningsfulle aktiviteter, samt å beholde autonomi og kontroll over hverdagslivet, er forutsetninger for en god alderdom (Rowe and Kahn 1998; Gabriel and Bowling 2004).

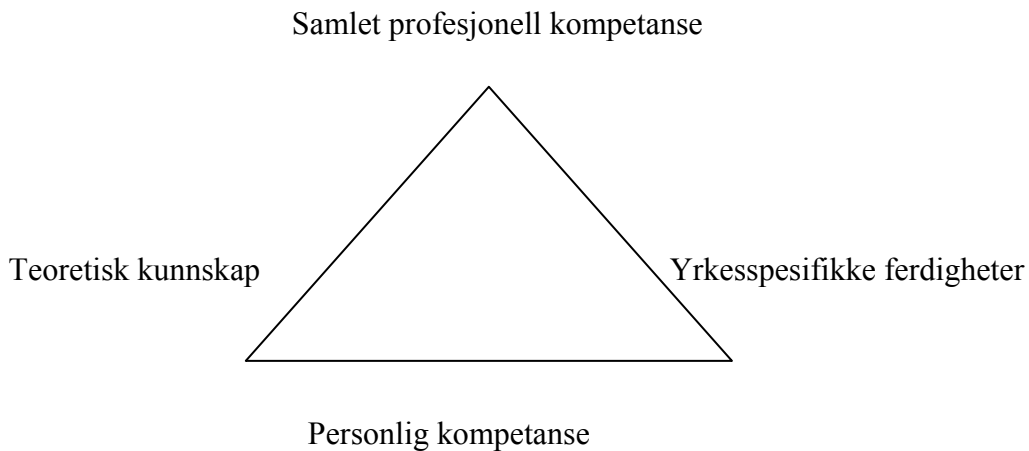
4.4 Teoretisk grunnlag i hjemmebesøkene

IS vil gi en kort beskrivelse og henvise til litteratur for fordypning videre.

4.4.1 Kompetanse

Det stilles høyere og høyere krav til kvalitet i arbeidet som profesjonell helsearbeider. I arbeid med helsefremmende hjemmebesøk har vi vært opptatt av hvilken type kompetanse man trenger for å være en dyktig fagutøver. Det er forventninger både fra samfunnet, fra fagutøveren selv og fra de vi møter i besøkene. Det er vanlig å beskrive den profesjonelle kompetanse som sammensatt av ulike deler. Dette har blitt utviklet videre av ulike profesjoner og i mange deler av verden. Skau (2011) beskriver tre ulike deler som skal til for å bli en god yrkesutøver: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Disse tre delene mener Skau utgjør en helhet som er avgjørende for å være en god fagperson.

Figur 1. Kompetansetrekanten – en modell for profesjonalitet (Skau, 2011).



For å være en dyktig fagutøver er alle tre delene like nødvendige:

Teoretisk kunnskap – vi ”vet at...”.

Dette er den grunnleggende teoretiske kunnskap som faget bygger på. Her finner vi faktakunnskapen, den forskningsbaserte viten. Denne kunnskapen er objektiv og vi kan lese oss til den.

I arbeidet med helsefremmende hjemmebesøk vil for eksempel forskningsbasert kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring være viktige deler av den teoretiske basisen. I tillegg vil det være nyttig med teoretisk kunnskap om kommunikasjon og empowerment.

For at fagutøveren skal bli dyktig på dette området, må hun holde seg oppdatert ved å lese artikler, delta på konferanser og følge med, fordi denne kunnskapen foreldes raskt, og det kommer stadig nyere forskning.

Yrkesspesifikke ferdigheter - vi lærer ”hvordan ...”.

Dette beskriver de praktiske ferdighetene som hver faggruppe har innen sitt arbeidsområde. I det helsefremmende hjemmebesøket vil eksempler være hvordan man motiverer og kommuniserer. Ferdigheten og teknikken må læres og må øves på igjen og igjen for å bli dyktig fagutøver på disse områdene. Fagutøveren blir da dyktig på hvordan den praktiske oppgaven skal løses.

Man kan opparbeide seg ferdigheter og oppgaver kan gjøres på nye måter, men stort sett vil ikke ferdigheter foreldes. Når man først har lært dem er det ofte raskt å komme tilbake til ferdigheten.

Personlig kompetanse (praktisk visdom).

Dette området er knyttet til sosiale relasjoner og til samarbeid mennesker imellom. Det kan beskrives som praktisk kunnskap eller klokskap og inneholder samspillet med brukeren.

Personlig kompetanse er ikke yrkesspesifikk, men den blir hele tiden brukt i utøvelsen av yrket. For å utvikle dette området trengs refleksjon i hverdagen.

For fagutøveren i hjemmebesøket vil dette innebære evne til å ”lese” og forstå det andre mennesket og evne til å ha ”antenner” for hva som skjer. Dette innebærer å oppdage kroppslige signaler som skjer underveis og tilpasse samtalen vår til det menneske vi møter. Dette handler om kvaliteten på det vi gjør. Schön (2001) kaller dette for den kunstneriske delen av fagutøvelsen.

I helsefremmende hjemmebesøk er det viktig for fagutøveren å ha evne til tilpasning. Hvert møte er unikt fordi alle menneskene er spesielle. For å møte akkurat dette mennesket med dets spesielle behov, trenger vi å bruke teoretisk kunnskap, sammen med de praktiske ferdighetene som er nødvendig, og hele tiden gjøre tilpasninger og justeringer ut fra personens svar.

4.4.2 Faglig refleksjon

Å arbeide tverrfaglig betyr å bidra med spesifikk fagkompetanse for å nå et felles mål (Tveiten 2010). For å kunne bidra med dette i en tverrfaglig sammenheng, må yrkesutøveren være bevisst på sin egen faglige kompetanse. Faglig veiledning og refleksjon kan være et middel til å styrke den enkelte i det tverrfaglige samarbeidet. Gjennom faglige refleksjoner kan yrkesutøveren få kunnskap om det faglige grunnlaget hos den andre i det tverrfaglige teamet. Refleksjon over praksis kan bidra til kunnskap om og forståelse for andres handlingsgrunnlag, reaksjoner og opplevelse. Gjennom refleksjon bringes etikk inn i yrkesutøvelsen og i lys av dette kan kvaliteten på det tverrfaglige arbeidet styrkes. Etikk kan forstås som systematisk refleksjon over spørsmål om rett og galt, godt og ondt i moralsk forstand (Tveiten, 2010). Refleksjon er en prosess som gjør deg i stand til å oppdage og lære noe som leder til forandring på en eller flere måter (Bie, 2010). Bie snakker om refleksjon før, under og etter en handling.

4.4.3 Salutogenese

Begrepet salutogenese kommer fra det latinske ordet for helse, *salus*, og det greske ordet for opphav, *genesis*. Aron Antonovsky (f.1923-d.1994), professor i medisinsk sosiologi har beskrevet salutogenesen. Han var opptatt av å forklare hvorfor noen mennesker beholdt en god helse til tross for livets påkjenninger. Han mente at opphavet til god helse har med våre holdninger til livet å gjøre, og hvordan vi takler det som skjer av uventede og stressende forhold. Antonovsky påviste i sitt arbeid faktorer, både på individ og samfunnsnivå, som skapte en helsefremmende holdning (Lindstöm & Eriksson, 2010).

Ut i fra et salutogent perspektiv skriver Antonovsky at sykdomsorienteringen og risikotenkningen i den vestlige verden er for sterk og at det ikke er beskrivende for hvordan virkeligheten oppleves for mennesker med eller uten diagnoser.

Håndterbarhet er å ha tro på at en kan finne frem til løsninger og finne de nødvendige ressursene til å mestre livets utfordringer. Det handler om i hvilken grad man oppfatter at det står ressurser til ens rådighet: ressurser som er tilstrekkelige til å klare de krav man blir stilt ovenfor av de stimuli man bombarderes med. "Til ens rådighet" kan bety ressurser man selv har, eller de kan kontrolleres av en legitim annen: ektefelle, venn, nabo, gud, historien, lege eller sykepleier som man føler man kan stole på og har tillit til. Personer som har en sterk opplevelse av håndterbarhet føler ikke at de er ofre for omstendighetene, eller at livet har behandlet dem urettferdig (Antonovsky, 2009).

4.4.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere personer og det er viktig å møte senioren der de er. Som Kirkegaard (f.1813-d.1855) formidlet det: *For i sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mer end han - men dog først og fremmest forstaa det han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min mere-forstaaen ham slet ikke.*

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske begrepet *communicare*, som betyr "å gjøre noe felles", "ha forbindelse med" eller "delaktiggjøring av en annen" (Eide og Eide 2007). Kommunikasjon foregår der to eller flere er sammen og all adferd har kommunikasjonsverdi. Vi snakker ofte om nonverbal og verbal kommunikasjon som foregår mellom mennesker. Signaler oppfattes, de tolkes og reageres på kontinuerlig. Gjennom kommunikasjon sender vi et budskap som kan formidles på ulike måter, alt fra kroppsholdning, bevegelser som

ansiktsmimikk og nikk. Arbeid med kommunikasjon er viktig i forhold til videreutvikling av profesjonell kompetanse. Gode kommunikasjonsferdigheter kan øke forståelsen for de mennesker man som helsepersonell er i møte med og legger grunnlag for kvaliteten på yrkesutøvelsen.

Spørsmål som bidrar til refleksjon og bevisstgjøring er gode spørsmål. Åpne spørsmål stimulerer til mer refleksjon og bevisstgjøring, enn lukkede spørsmål. Kontinuerlig arbeid med sin egen kommunikasjon er en form for yrkesrettet selvutvikling (Tveiten, 2010).

4.4.5 Empowerment

Begrepet "empowerment" innenfor helse ble lansert i Ottawa-chartret i 1986, og ble der definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Det er et sentralt begrep i helsefremmende arbeid (Mæland, 2010).

Power kan bety både styrke, kraft og makt og gjennom kraftmobilisering skal personer bli i stand til å motarbeide krefter som holder dem nede og få mer makt, kontroll og styring over eget liv (Askheim & Starrin, 2007).

Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet betyr at folk ut fra sin egen situasjon blir i stand til å definere sine egne problemer og finner sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det finnes ingen norske ord som dekker dette betydningsinnholdet. "Myndiggjøring" er det som kommer nærmest.

I NOU 1998:18 "Det er bruk for alle - styrking av folkehelsearbeidet i kommunene" beskrives empowerment slik:

"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov. Det er en direkte forbindelse mellom empowerment og frigjøring".

Empowerment kan defineres som en prosess i motsetning til et prosjekt, noe som innebærer at arbeidet ikke har en tidsbegrenset levetid slik som prosjekter har. Prosessbegrepet viser til at

det skjer viktige endringer med deltagerne underveis, med større sannsynlighet for å etablere varige endringer. Lokalsamfunnet ansees som den viktigste arenaen for å vinne kontroll over forhold som påvirker folkehelsen (Mæland, 2010).

4.4.6 Motiverende intervju

Motiverende Intervju er en metodikk som kan benyttes i motiverende arbeid innen flere felt, og kan benyttes både som selvstendig intervensjon eller integrert i andre behandlingsmetoder. Målet er å skape et selvstendig ønske hos brukere om endring, samt bedre effekten av annen behandling. I aktivitetshåndboken utgitt av Helsedirektoratet (2008): *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, er et eget kapittel viet motiverende intervju som metode for å fremme motivasjon til endring for en god helse. Aktiv lytting er betegnet som en basisferdighet i motiverende intervju, for å få frem den enkeltes egne tanker om løsninger og forståelse av seg selv og sin adferd. Åpne spørsmål, sammenfatninger og refleksjoner brukes bevisst i samtalen.

4.4.7 Positiv psykologi

Positiv psykologi er det vitenskapelige studiet av det gode liv, og er opptatt av menneskelige styrker, ressurser og talenter og hva som skaper velvære, god helse og personlig vekst. Dette formidlet Lisa Straume på Erfaringskonferansen i Oslo 2011. Straume har jobbet med tema positiv psykologi i både forskning og praksis de siste 10 årene og inspirerte oss til å fordype oss mer i emnet.

Positiv psykologi er ikke et alternativ til en tradisjonell psykologi, men et tillegg som på mange måter representerer et skifte i hvordan vi nærmer oss menneskers mentale og fysiske helse. Psykologien har en tradisjon for å være sykdomsorientert, og bygger på en medisinsk modell hvor man tar utgangspunkt i problemene, diagnostiserer dem og behandler dem. Positiv psykologi har til hensikt å kompensere for en skjevhet i denne måten å tilnærme seg mennesket på, og bidrar til å gi oss kunnskap om hvordan vi kan videreutvikle livene til friske mennesker, bygge det gode i livet, og tilrettelegge for personlig vekst, velvære og lykke. Denne kunnskapen er også relevant inn mot forebyggende arbeid. Det kan være nyttig å bruke en metode for å finne ut av personens styrker og viktighetsområder (Bredland, 1998).

Fra psykologiens historie har spesielt humanismen rettet fokus mot dette med menneskelige styrker og ressurser. Positiv psykologi handler om å lete etter det positive (Espnes & Smedslund, 2009). Hovedideen innenfor positiv psykologi handler om at man blir mer

fokusert på egne sterke sider, positive opplevelser, ønsker og muligheter (Lerdal, Fagermoen, 2011).

5. Metode

Prosjektets 3 deler:

- Beskrive ansattes erfaring gjennom gruppediskusjoner for å utvikle en samtaleguide for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til seniorer.
- Samtaleguiden prøves ut i Malvik og Stjørdal kommuner.
- Bearbeide og beskrive innsamlet materialet om 80 åringer født i 1930 og 1931 ved bruk av analyse fra SPSS.

5.1 Erfaringsutveksling på Infosenteret

I prosjektbeskrivelsene står det at vi ønsker å benytte fokusgruppeintervju (FGI) som metode for å få frem kunnskapen som finnes blant de som jobber ved IS. Det ble derfor utformet en ramme for FGI og gjennomført et første FGI i samarbeid med senter for utviklingspsykehjem. FGI er en kvalitativ metode som stiller klare krav til gjennomføring og analyse i et forskningsarbeid (Hummelvoll et al, 2007).

Dette prosjektet er et utviklingsarbeid. Derfor ble det etter hvert klart at bruk av FGI ble for arbeidskrevende og stringent i forhold til dette prosjektets mandat. Det ble derfor skrevet en søknad til Helsedirektoratet om en omgjøring av metode. Ønsket var å ha en friere tilnærming til materialet, det vil si den informasjonen som de som utfører hjemmebesøkene hadde. Denne tilnærmingen til materialet har vi kalt *Erfaringsutveksling i gruppe* (EIG). EIG er således ikke en anerkjent kvalitativ metode, men en måte å arbeide på for å få frem individuelle og felles erfaringer fra hjemmebesøkene. Helsedirektoratet godkjente søknaden.

IS har brukt elementer fra flerstegs fokusintervju slik Hummelvoll et al (2007) beskriver det. De ansatte ble det samlet og informasjonen ble systematisert, som et utgangspunkt for utarbeidelsen av mal for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk.

”Samme gruppe undersøker et fokusert problem, tema eller fenomen. Metoden er å forstå undersøkende kunnskapsdialoger som fokuserer erfaringsnært materiale.

Gjennom disse dialogene skapes muligheter for å heve deltakernes erfaringer opp på et høyere abstraksjonsnivå. Dermed vil kunnskapens potensielle bruksverdi, utover den konkrete sitasjonen den er skapt i, kunne formuleres” (Hummelvoll et al, 2007).

Det ble gjennomført en tilnærmet kvalitativ innholdsanalyse av erfaringsutvekslingene. Det ble brukt elementer fra fokusgruppeintervju i gjennomføring og analyse av materialet og nye intervju bygget på gamle for å utdype og avklare (Halkier, 2005).

5.2 Bearbeiding av materialet i databasen

IS har foretatt en kvantitativ gjennomgang av spørreskjema for de som er født i 1930 og 1931 ved bruk av analyse i SPSS. Informasjonen ble innhentet det året senioren fylte 80 år. Rapporten er utformet som en selvstendig rapport og blir gjengitt i sin helhet under kapittel 10. Sluttresultat, vedlegg 1.

6. Gjennomføring

6.1 Gruppesamtaler

Det ble gjennomført fem samtaler med ansatte ved Infosenteret for seniorer, hvor den første samtalen ble foretatt som et Fokusgruppeintervju og de resterende fire som Erfaringsutveksling i Gruppe. Gruppen bestod av personer som jobber ved IS og de fleste hadde jobbet ved IS i mer enn to år. Deltagerantallet varierte mellom 5 og 6 deltagere.

Under EIG fikk alle deltagerne prate fritt, og det ble vektlagt at alle skulle fortelle noe. En av prosjektdeltagerne holdt ”tråden” gjennom den timen som var satt av til erfaringsutvekslingen.

Før hver erfaringsutveksling ble det satt et eller flere tema for samlingen. Resultater fra foregående møte la rammen for neste. Prosjektgruppen kunne gå i dybden på interessante tema, slik at de ble ytterligere belyst.

Alle EIG ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett i etterkant. Prosjektmedlemmene leste utskriftene flere ganger og diskuterte funnene sammen. Det ble gjennomført en tilnærmet systematisk analyse, og materialet ble grundig gjennomgått. Diskusjon og refleksjon i

forbindelse med utsagnene ble ivaretatt, nedskrevet og igjen reflektert over, slik at det fremkom temaområder, som pekte seg ut fra teksten. Disse temaområdene med tilhørende utsagn ble brukt ved utarbeidelse av samtaleguiden.

6.2 Samtaler med Ressursgruppen

For å få best mulig kvalitet på samtaleguiden ønsket vi å ha med representanter for målgruppen i arbeidet. Ressursgruppen besto av eldre som selv har mottatt hjemmebesøk og de deltok på 3 møter i løpet av prosjektperioden. Samtlige fikk informasjonsbrev tilsendt med beskrivelse av prosjektet. De var ønsket inn for å diskutere, gi innspill og råd til prosjektgruppen. En oversikt over møtedatoer ble sendt ut, og det ble i forkant av hvert møte sendt informasjon om tema på e-post. Seniorene bidro med nyttige og konstruktive innspill om hjemmebesøket, brevets utforming og kjerneområder det er viktig å komme inn på ved besøket. Deltakerne i Ressursgruppen var engasjerte og etterspurte informasjon på eget initiativ. De kom også opp med nye tema og sendte oss innspill i forkant av møtene. Vi la fram deler av samtaleguiden etter hvert som den ble klar. Møtene var til dels uformelle og vi ønsket at seniorene skulle få komme fram med sine synspunkter og innspill.

Vi diskuterte flere relaterte tema, blant annet begrepet resignasjon. Er dette nødvendigvis negativt, eller kan man si at det er en realistisk måte å håndtere en endret funksjon? Man kan resignere for å unngå å skade seg; for eksempel ved å slutte å gå på ski hvis man har nedsatt balanse.

Deltakerne i gruppen tok opp tema som ensomhet, sorg, døden og livssyn. For besøkeren kan dette ofte oppleves som vanskelige tema i hjemmebesøkene. Når det blir tatt opp eller ymtet om av senioren, må besøkeren tørre å prate om det. Det kom konkrete forslag fra deltakerne og noen av disse ble tatt inn i utarbeidelsen av samtaleguiden. Et eksempel er det åpne spørsmålet *"Hva gleder deg i hverdagen?"*

Når vi sender ut brev og tilbyr hjemmebesøk ønsker vi at alle skal takke ja til tilbudet. Vi diskuterte derfor utformingen og ordlyden i brevet som sendes ut. Her kom det blant annet frem at målsettingen for IS *"å støtte seniorer til et godt liv så lenge som mulig"* bør endres til *"å støtte seniorer til et godt og selvstendig liv"*. Ressursgruppen anbefalte oss å ta bort setningen *"så lenge som mulig"*, da det ligger en negativ føring i dette. Vi ble også enige om

at det er nok med en felles tittel *Helsepersonell* sammen med vår egen signatur, når vi sender ut tilbudsbrevet. Med bakgrunn i innspillene laget vi nytt forslag til brev (vedlegg 2).

6.3 Samarbeid og utprøving i Malvik og Stjørdal

6.3.1 Forarbeid

Halvveis i prosjektåret hadde vi utviklet en prototype av samtaleguide for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. De ansatte ved IS og Ressursgruppen kom med nyttig tilbakemeldinger før den ble klargjort for utprøving i Stjørdal og Malvik.

Disse kommunene tilbyr ikke forebyggende hjemmebesøk til innbyggerne, men er interessert i å komme i gang med dette i fremtiden. Malvik kommune, avdeling for aktivitet og rehabilitering og Stjørdal kommune ved fysio- og ergoterapienheten ønsket å være med på utprøvingen. Begge kommunene har vært i kontakt med IS tidligere, gjennom Erfaringskonferansen og ved besøk hos IS for å få informasjon om virksomheten.

Infosenteret hadde i forkant av utprøvingen felles opplæringsdag for begge kommunene. Samtlige fikk en gjennomgang av samtaleguiden, kjerneområder og tips til hvilke brosjyrer man kan levere ut. Praksis før, under og etter besøket ble beskrevet muntlig og gitt i skriftlig materiale. I tillegg fikk de utlevert en notatblokk for å skrive ned erfaringer fra samtale de hadde. Det ble åpnet for utprøving til aldersgruppen over 75år. Det ble i forkant presisert at seniorene ikke skulle ha omfattende tjenester fra helse- og omsorgstjenesten. Det var i utgangspunktet tenkt at utprøvingen skulle utføres av 3 årig høgskoleutdannet personale, som sykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut, men også åpnet for andre innen helse, omsorg og kultur for seniorer. Det ble klart at sykepleier ikke deltok i utprøvingen som planlagt.

6.3.2 Utprøving

Samtaleguiden ble benyttet i 21 forebyggende hjemmebesøk. Den ble prøvd av 4 fagpersoner med ulik utdanning. Det var ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivitør som deltok. Alle har erfaringer i arbeid med eldre og erfaring med oppsøkende hjemmebesøk. De arbeider i kommunehelsetjenesten og kjenner egen kommune godt. Det ble sendt ut brev i forkant, og de gjennomførte samtalen i hjemmet til den eldre. Hver av deltakerne gjennomførte fra 4 til 7 samtaler hver. Seniorene som mottok besøk ble rekruttert gjennom balansegruppe, aktivitetssentre og gjennom venteliste fra ergoterapitjenesten. Aldersgruppen var fra 75- 86 år, både menn og kvinner.

6.3.3 Etterarbeid

Etter de gjennomførte besøkene hadde vi møter med hver kommune separat, for å innhente informasjon og erfaring. Vi snakket med alle ”besøkerne” og notatboken ble innhentet. En fra Infosenteret ledet evalueringen, mens to noterte. Informasjonen ble i etterkant samlet og systematisert. En uke senere samlet vi alle ”besøkerne” (og en leder) fra hver av de to kommunene for felles gjennomgang av materialet og erfaringer ved bruk av guiden. Vi ønsket å sjekke at vi hadde riktig forståelse av tilbakemeldingene vi fikk i forrige møte.

7. Utvikling av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk

Her presenteres det som kom fram i erfaringsutvekslingen på IS for å utvikle samtaleguiden og besøket. Prototypen til samtaleguide er utviklet på dette grunnlaget. IS så tre områder som er viktige for å lykkes med målrettede helsefremmende og forebyggende besøk:

1. Kjerneområder
2. Suksessfaktorer i hjemmebesøket
3. Nyttig kompetanse for besøkeren

7.1 Kjerneområder

IS har gjennom erfaring og praksis utviklet noen kjerneområder som samtalen bør inneholde og gjennom prosjektet har disse blitt videreutviklet. Det er nå blitt **7 kjerneområder**.

Kjerneområdene er veiledende i samtalene og i mappen er det informasjon om områdene (Vedlegg 2). De 7 kjerneområder handler om egenopplevelse, kosthold og ernæring, fysisk aktivitet, deltakelse, boligen og sikkerhet i hjemmet, informasjon om kommunale tilbud og tilbakemeldinger til kommunen. De 7 kjerneområder vil bli ytterligere belyst i kapittel 9. Sluttresultat, Samtaleguide.

7.2 Suksessfaktorer i hjemmebesøket

IS erfarer at alle som har mottatt hjemmebesøk har uttrykt at de satte pris på tilbudet. ”*Tenk, at noen vil høre hvordan jeg har det og at kommunen er interessert i meg?*” har mange eldre formildet som positivt med å få tilbud fra kommunen. Gjennom å informere og utfordre innbyggeren til selv å finne ut av sine muligheter og å ta egne valg, ønsker man å bidra til at byens seniorer blir selvstendige og funksjonsdyktige innbyggere som mestrer sin hverdag. Målet er å hjelpe den enkelte til å utvikle ferdigheter og finne egne strategier som bidrar til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen. IS har kommet frem til følgende suksessfaktorer som skal sikre målrettede møter:

7.2.1 Møte i hjemmet

Det å komme hjem til den enkelte kan være nyttig for samtalen. På den annen side kan besøket oppleves som en inntrengning i privatlivet. IS har tidligere erfart at noen hadde ryddet, vasket, skiftet gardiner og anstrengt seg mye før besøket. I brevet står det derfor at besøket ikke er en inspeksjon av hjemmet. Det er viktig å understreke at besøket ikke er en kartlegging av hjem og person, men en åpen samtale om det som er viktig for den enkelte. Å møtes i hjemmet kan bidra til en trygg ramme for samtalen. Det er naturlig at samtalen kretser rundt hverdagslivets rutiner og gjøremål. Unntaksvis kan man avtale besøk på kontoret hvis det ikke passer å ha den hjemme.

7.2.2 Tydelige mål med besøket

Under besøket skal senioren motta tilpasset informasjon og veiledning på et tidlig stadium, mens man er selvhjulpen og klarer seg uten omfattende hjelp av andre. Gjennom en individuell samtale ønsker man at senioren skal:

- fortelle hvordan det oppleves å være 80 år
- bli bevisst egne ressurser
- få kunnskap om helsefremmende faktorer
- få kjennskap til frivillig sektor og det kommunale tilbudet
- få anledning å kunne fortelle hva de opplever av miljømessige hindringer i kommunen
- informasjon om hvor de kan ta kontakt ved ulike behov

7.2.3 Informasjon om muligheter

IS tilpasser informasjon etter den enkeltes behov. Dette innebærer å ta på alvor hvem senioren er og hvilken informasjon han trenger. Mange kjenner ikke tilbudene i kommunen eller tiltak

frivillig sektor har i nærmiljøet. Ved å være en veiviser ønsker IS å bidra til økt trygghet og nye muligheter for en aktiv seniortilværelse. Alle får en informasjonsmappe som de blir oppmuntret til å ta vare på og benytte ved behov. I mappen ligger brosjyrer med telefon nummer til Infosenteret, Helse og velferdstjenesten og andre kommunale tilbud.

7.2.4 Sette i gang refleksjon

”Hvordan er det å være 80 år?” Det handler først og fremst om å møte senioren på det ståsted der han eller hun er. Ved å reflektere og snakke om hverdagens gjøremål og aktiviteter ønsker vi å konkretisere utfordringer den enkelte kan ha. Det benyttes åpne spørsmål og ”triggere” for å få i gang tankeprosessen. Triggere kan være spørsmål som utfordrer i forhold til konkrete vaner. Hva vil du gjøre ved brann? Besøkerens rolle er å fremme bevissthet rundt den faktiske situasjonen, slik at den enkelte selv kan se alternative muligheter. IS vil også gi støtte og oppmuntring. Gjennom refleksjon kan den eldre bli klar over forandringer som påvirker helsen positivt.

7.2.5 Mobilisere eget ansvar

Kunnskap om hva som gagnar helsen (forskning om aldring og helse) og kjennskap til aktiviteter, tilbud, tjenester og nærmiljøfaktorer, kan føre til økt deltakelse. Flere av de som i utgangspunktet mente å takke nei til besøket, men likevel tar i mot, uttrykker at besøket var nyttig og at de er glad de tok i mot besøket. IS er opptatt av å formidle kunnskap for å bidra til at seniorer selv kan foreta bevisste valg. Det å bli eldre kan innebære tap av ressurser. IS har fokus på å få de eldre til fortsatt å være selvstendige og aktive. I seniortilværelsen kan man fortsatt utfordre seg selv, prøve nye aktiviteter, møte nye mennesker eller innarbeide gode rutiner og vaner. IS har med refleksbrikker og drikkeflasker og senioren kan velge å benytte dette.

7.2.6 Trygghet

Gjennom samtalene i teamet kommer det frem at formalitetene rundt intervensjonen er viktig. Brevet skal ha kommunens logo og man presenterer seg med ID kort når man kommer på besøk. Gjennom brevet får den enkelte vite formålet med besøket, noe som kan gjøre at senioren er forberedt og det kan skape trygghet. Samtalen foregår i hjemmet og det at vi kommer inn som gjest gjør at senioren er på trygg grunn. Senioren får et navn og telefon nummer de kan kontakte ved behov. Som en av de ansatte sier det: *”..det går jo igjen, tryggheten med å få informasjon,*

det at du får kontakt med noen, det bidrar til trygghet, det å få brosjyrer og vite om muligheter”.

7.2.7 Utfordre til refleksjon

Samtalen er en vesentlig del av hjemmebesøket. En god og motiverende samtale skal ta utgangspunkt i hvordan senioren har det i hverdagen, med sine gleder og utfordringer. Spørsmålsstillingene er viktige for å få frem den enkeltes opplevelse og sikre en god dialog. Gjennom åpne spørsmål gir man en invitasjon til at den andre skal delta i samtalen og det legges vekt på aktiv lytting. Ved åpne spørsmål hjelper IS senioren til å reflektere over sin situasjon. Lukkede spørsmål gir ofte svar som ja og nei og hindrer en dynamikk i selve samtalen.

Å lytte først, for deretter å utfordre senioren er et viktig aspekt ved helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. IS kan hjelpe senioren til å være løsningsfokuset gjennom samtalen. I erfaringsutvekslingen med teamet kom det frem at det er nyttig å bruke ”triggere” for å nå frem med helsefremmende innsats (se guiden kapittel 9). Med triggere mener vi å utfordre senioren, å få dem ut av komfortsonen ved å trekke inn nye momenter i en etablert situasjon. Et eksempel kan være å spørre hvordan de bruker kroppen sin eller hodet sitt i det daglige. Mange har ikke tenkt på at de skal eller bør utfordre både kroppen og hodet. Som en fra IS sa det: ” *Vi ønsker egentlig å få dem til å tenke nytt, å pushe dem ja*”. Tid og ro i kommunikasjonen er særlig viktig for å lykkes. Ansatte må også tørre å diskutere vanskelige tema som for eksempel sorg, død, tro, seksualitet, depresjon, arvestrid og annet når senioren ønsker å bringe dette opp.

7.3 Nyttig kompetanse for besøkeren

For at brukeren skal bli ivaretatt på en profesjonell og god måte, er det viktig at besøkeren har en bevisst ideologi for besøket. Det gir trygghet både for den som mottar og den som utfører besøket. Det ble presisert av teamet at teoretisk kunnskap om empowerment og helsefremming vs. forebygging er nødvendig for å utøve målrettede besøk. Det er viktig at besøket ikke blir et kaffebesøk. Det kom frem at det ikke er hvem som helst som kan utføre besøkene. Det bør også være helsepersonell som er ”håndplukket” til oppgaven. En grunnleggende personlig faktor er at man er glad i eldre mennesker og liker å høre på livshistorier. Her kommer respekt og verdighet inn som viktige verdibegrep. For at ansatte som arbeider med hjemmebesøk skal øke sin

kompetanse, er det viktig å ha mulighet til å reflektere etter besøkene. Ha noen å snakke med om vanskelig besøk og ulike utfordringer man kan stå over for. Det kan være kvalitetssikring for å unngå at besøkene blir automatisert. Ved å tilpasse seg hver enkelt person, vil man ha mulighet til å oppnå nødvendig tillit i samtalen.

I hjemmebesøkene ønsker man å få seniorene selv til å tenke og reflektere over sin situasjon. Besøkeren må opptre på en slik måte at senioren blir trygg. Besøkeren må ha erfaring i arbeid med eldre, tåle uforutsigbarhet og ikke virke stresset.

Kjennskap til positiv psykologi og motiverende samtaler med ressursfokus, er grunnleggende for besøkene. Aktiv lytting og det å stille åpne spørsmål er vesentlig. Det er viktig med tydelig ledelse og nødvendig styring av samtalen. Ansatte må også inneha kunnskaper om begynnende funksjonssvikt og livskriser.

Teoretisk kompetanse:

- 3 års høgskoleutdanning innen helse eller sosialfag, dette for å sikre vurderingskompetanse, fange opp behov som bør henvises videre for oppfølging
- fordel med kompetanse i veiledning og geriatri som fagfelt
- kommunikasjon ut fra ressurs fokus
- forstå ulikheter mellom helsefremmende og forebyggende arbeid

Erfarings kompetanse:

- fra møter med eldre
- fra hjemmebesøk

Personlig kompetanse:

- glad i eldre mennesker og i livshistorier
- tåle uforutsigbarhet
- ikke bli lett stresset
- vise trygghet

7.3.1 Tverrfaglighet

Gjennom erfaringsutvekslingen kom det frem at teamet opplever det som en styrke å jobbe i et tverrfaglig team. Ved å jobbe mot felles mål og bidra inn med ulik faglighet gjør at teamet utveksler fagkunnskap og forbedrer samtalene. Gjennom en dynamisk prosess får man en spennvidde i kunnskap og utveksling. For å kunne jobbe tverrfaglig må man ha et bevisst forhold til hva dette innebærer. Man må ha tid til og fokus på refleksjon for å utnytte tverrfagligheten. IS har en bevissthet rundt det å jobbe i team og ser at tverrfagligheten er en faktor for å beholde bredden i det helsefremmende arbeidet. En annen faktor som kommer frem er at gjennom å utfordre hverandres faglighet gjør vi hverandre gode. Det blir som ”godfot teorien” til Nils Arne Eggen (1999) i Rosenborg. Det å kjenne hverandres styrker og svakheter er en forutsetning for godt teamarbeid, og vi må kjenne våre egne faglige grenser. Uformelle refleksjoner er viktig, men for å gjennomsyre en kultur, må tverrfagligheten være planmessig og strukturert.

8. Videreutvikling av samtaleguiden

8.1 ”En ny måte å tenke på, jeg må skru om hodet”

Ansatte i Malvik og Stjørdal kommuner som benyttet samtaleguiden gav tilbakemelding om at dette var nyttig for dem faglig. En uttrykte det slik: ” *gjennom samtaleguiden fikk jeg utvidet perspektivet mitt*” og en annen ” *jeg måtte skru om hodet mitt og tenke helsefremmende og ikke tiltak*”. De har uttrykt ord som ”spennende” og ”lærerikt”, og at samtaleguiden har hatt overføringsverdi til annen yrkesutøvelse.

Noen av tilbakemeldingene som vi tok med i videre arbeid:

- Ønske om flere eksempler på åpne spørsmål.
- Samtale om bolig.
- Positiv vinkling på temaene er vesentlig og forskjellig fra annet arbeid vi utfører.
- Sorg/savn ble hovedtema i noen av besøkene og at de eldre har ofte ikke andre å snakke med om dette og det bør være plass for det i besøkene.
- Under kjerneområde fysisk aktivitet kan man gjerne praktisk legge inn trigger om å komme seg opp fra gulv og gjennomgå konkrete øvelser.

- Bruker har ansvar selv for egen situasjon, besøkeren kan motivere.
- Sikkerhet i hjemmet er veldig aktuelt, mange har ikke orden på dette.
- Døden og det åndelige er naturlig tema som man bør snakke om, men kan oppleves vanskelig.
- Utfordrende å ha helseblikk, vi skal ikke kartlegge, men likevel henviser om nødvendig.
- Man må takle og jobbe tverrfaglig.

8.2 Endringer i guiden

IS har gjennom prosjektarbeidet formalisert og beskrevet den ”muntlige” praksis vi har benyttet i IS de senere år. Vi har gjentatte ganger videreutviklet guiden gjennom arbeidsmøter i prosjektgruppen og i møter med de ansatte ved IS. Utprøvingskommunene bidro med sin evaluering og de fikk i siste møte gjennomgå hele guiden. De ansatte ved IS fikk tilslutt siste ord i utformingen. Samlet har dette blitt til ”Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk”.

9. Sluttresultat "Samtaleguiden for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk"

1. Målgruppen og måten å jobbe på.

Målgruppe: Hjemme boende seniorer som ikke mottar omfattende helse og omsorgstjenester fra kommunen.

Infosenteret for seniorer ønsker å støtte seniorer til å leve et godt og selvstendig liv.

Tilbud om forebyggende hjemmebesøk til alle 80 åringer er vårt hovedtiltak for å gjøre dette.

Måten besøkeren utfører hjemmebesøket på er av stor betydning. Etter flere års erfaring og prosjektarbeid ønsker Infosenteret for seniorer å vektlegge disse faktorene:

- **Å sette i gang refleksjon**

Gjennom samtalen ønsker vi å påvirke til at den enkelte får hjelp til å se egne ressurser og muligheter, tenke gjennom egen situasjon i hverdagen og det å være 80 år. Gjennom relevante, åpne spørsmål og "triggere", utfordre den enkelte til å reflektere over sin situasjon og egne valg. Fremme bevissthet rundt muligheter og egne ressurser.

- **Å sette i stand til å greie seg selv (helsefremmende innsats)**

Å bli eldre medfører forandringer, og det kan innebære redusert helse og tap av ressurser.

Besøkerens rolle er:

- Samtale om hvordan man takler endringer som skjer i løpet av aldringsprosessen og på hvilken måte man kan styrke sin egenomsorg.
- Gi kunnskap om hva som gagnar helsen (forskning om aldring og helse).
- Aktiviteter, kultur, tilbud, tjenester og nærmiljøfaktorer er bidrag til å skape helse i hverdagslivet.
- Formidle kunnskap for å bidra til at seniorer selv kan foreta bevisste valg.
- Legge til rette for støtte og mestring.
- Å påvirke prosessen til trivsel og aktiv deltakelse, eventuelt erstatte tapte ressurser med nye.

- **Å bidra til trygghet**

Helsefremmende informasjon kan gi kunnskap og trygghet, om hvilke muligheter som finnes og hvor man skal ta kontakt hvis behov oppstår.

Trygghetsbehovet gjør seg gjeldende når man er i sårbare faser; tap av ektefelle, nedsatt førlighet, helse, rolle, boligendring og når eldre gir uttrykk for bekymring. Besøket skal bidra til trygghet for innbyggeren.

- **Å gi informasjon og å kjenne til muligheter**

Besøket er individuelt og gir tilpasset informasjon ut fra den enkeltes ståsted. Dette innebærer å ta på alvor det den enkelte forteller, hvilke verdier, roller og erfaringer den enkelte har. Helsefremmende informasjon er satt i system ut fra kjerneområder. Innbyggeren får kunnskap om kommunes tilbud. Samtalen og informasjonsbrosjyrene skal bidra til at man kan gjøre valg ut fra et informert grunnlag.

2. Besøkerens kompetanse

For å ivareta målene med hjemmebesøk bør personalet være ”håndplukket” til oppgaven. Besøket skal ikke være et hyggelig kaffeselskap, og derfor er kompetansen avgjørende.

Formell kompetanse

- Bør ha 3 års høgskoleutdanning innen helse eller sosialfag
- Fordel med spisskompetanse i veiledning
- Eldres helse og geriatri som fagfelt
- Kommunikasjon ut fra ressurs fokus
- Forstå sammenhengen mellom helsefremmende og forebyggende arbeid
- Vurderingskompetanse for å fange opp endringer som den enkelte må oppmuntres til å ta tak i

Erfarings kompetanse

- Fra møter med eldre
- Fra hjemmebesøk

Personlig kompetanse

- Være glad i eldre mennesker og i livshistorier
- Takle uforutsigbarhet
- Ikke bli lett stresset
- Utstråle trygghet
- Tåle at det blir stille i samtalen
- Mestre å veksle mellom ulike roller

For å gjøre hvert besøk unikt er det nyttig å ha et sted å reflektere etter besøkene. Snakke med kolleger om vanskelige besøk og ulike utfordringer i samtaler. Dette for å sikre seg at besøkene ikke blir automatisert. Besøket utføres vanligvis på en hjemmearena og besøkeren kommer inn som ”gjest” på deres område. Det fordrer ydmykhet og varsomhet i besøkene. Hvis besøkeren har flere ulike roller/ arbeidsoppdrag i kommunen kan det være en ekstra utfordring. Man må da være ekstra tydelig på hvilken rolle man har i dette møtet.

3. Praktisk før besøket

- **Planlegging**

Avtal gjerne flere besøk i samme boligområde på samme dag for å spare reisetid. Hvis du har flere avtaler bør tidsintervallet være minst 2 timer. Erfaringsvis tar besøk lengre tid enn oppsatt, for eksempel der ektefelle deltar ved samtalen.

- **Brev**

Send ut standard brev ca 14 dager før avtalen. Fastsett dato og tidsintervall for avtalen. Signer med eget navn og benytt brevark og konvolutt med kommunens logo for å vise seriøsitet, formalisere besøket og å skape trygghet. Det er også viktig å presisere i brevet at hjemmebesøket ikke er et ”inspeksjonsbesøk” av hjemmet(Vedlegg 2).

- **Opprett kontakt**

Sjekk ut gule sider for telefonnummer og eventuelt kart. Ring dagen før avtalen for å bekrefte at du kommer og avtale endelig tidspunkt. I telefonkontakten anbefales det å ta i mot besøk selv om de oppgir å være frisk og ikke å ha behov for besøk. Selve besøket utføres vanligvis i hjemmet, men 80 åringene kan om de ønsker det velge å ha samtalen på kontoret. Vi ønsker å møte alle senioren som har fått tilbudet.

- **Lokal kunnskap**

Gjør deg kjent med nærområdet. Offentlig kommunikasjon, buss, turområder og aktiviteter. Snakk med kjentfolk for å avklare lokale utfordringer og muligheter.

- **Ta med**

- Informasjonsmappen som legges igjen hos bruker (vedlegg 3).
- Notatskjema med personalia, telefonnummer og adresse (vedlegg 4).
- Støtteark for kjerneområdene (vedlegg 5).
- Ekstramateriell for eksempel vannflaske, refleks i mørketiden

- **Klargjør hodet**

Før du drar ut kan det være nyttig å lese gjennom hele veiledningen for å bli påminnet mål med besøket. Det er vesentlig å legge igjen ”hjelperrollen” hjemme. Du møter et selvstendig menneske som skal fortsette å mestre egen hverdag. Om du lykkes får du et møte som gir deg økt innsikt i hvordan det er å være senior. De fleste eldre opplever det hyggelig, opplever å bli sett av kommunen, sitter igjen med tanker og ny kunnskap som får betydning framover. Du får kunnskap og erfaring som du kan ta med deg videre til neste besøk.

4. Praktisk under selve besøket

Du presenterer deg med ID kort og informerer om at du har taushetsplikt. Innledningsvis viser man til brevet og at det er satt av konkret tid. Det er personen som har mottatt brevet vi primært ønsker å snakke med. Man bør fra starten avklare hvem som skal delta i samtalen ved å spørre den du besøker om hva vedkommende ønsker. Det er lurt å sitte i vinkel til den andre når man samtaler. Det er lettere å vise brosjyrer, og man er mer likestilt og ikke like påtrengende som om man sitter rett overfor hverandre. Det informeres om at man vil notere stikkord underveis og at det blir opprettet et notat i kommunens journalsystem etter besøket. Muntlig samtykke blir innhentet.

Samtalen starter ved at senioren forteller om sin opplevelse av det å være 80 år. Det som kommer fram her legger føringene for resten av besøket. Besøkeren leder samtalen videre til de aktuelle kjerneområdene, og bidrar med informasjon, faktaopplysninger og trekker fram ulike brosjyrene fra Informasjonsmappen. Områdene vektlegges ut fra det som har kommet frem i samtalen. Dette er veiledende, og kan ikke følges som en oppskrift.

Besøkeren legger vekt på trygghet, tillit og åpne spørsmål. Den vi besøker er ekspert på sitt liv, sine roller og verdier. Besøkeren skal sette i gang tanker som senioren selv kan reflektere videre på. Under hjemmebesøket er aktiv lytting viktig, det er senioren som skal formidle hvordan han eller hun har det. Informasjonen skal tilpasses den enkelte, og man må bruke nødvendig tid. Man kan eventuelt avtale et nytt besøk hvis det er behov for det. Mot slutten er det lurt å oppsummere. Vi oppfordrer også alle til å ta vare på Informasjonsmappen. Hovedregelen er at den eldre selv tar de nødvendige kontakter etter besøket.

5. Kommunikasjon

Det er viktig å ha fokus på følgende områder i besøket:

- Relasjonell oppvarming
 - Trygghet, tillit, høflighet, vennlig toneleie, stemning, blikkontakt
- Evne til å tilpasse seg bruker
 - Humor, kroppsspråk, talemåte/uttrykksform, blir informasjon gitt på en forståelig måte, brukers initiativ til samtaletema
 - Tempo tilpasset bruker – vent på svar
- God ledelse i besøket
- Hvordan gjøres overganger
 - Start – samtalen - triggering - informasjon – avslutning
- Gi bekreftelse, speile den andre, aktiv lytting med kroppsspråk og respons
- Stille åpne spørsmål som gir invitasjon til å delta i samtalen, ikke spørsmål som kan besvares med ja og nei.
 - ”kan du fortelle litt mer om...”
 - ”du nevnte noe om turene til butikken, kan du si litt mer om...”
 - ”Jeg forsøker å forstå det du sier, men er usikker på om jeg oppfattet riktig, kan du si litt mer om dette?”
 - ”Hva gjør deg glad i tilværelsen?”

Vanskelige tema:

Det kan dukke opp vanskelige tema i samtalen. Sorg, død, tro, depresjon, seksualitet og arvestrid er eksempler på dette. Når den eldre tar dette opp, må vi tørre å prate om det. De har ofte ingen andre å prate om disse tema med, selv om de har nære pårørende.

6. Kjerneområdene

- **Egenopplevelse?**

Hvordan er det å være 80 år?

Livskvalitet, nærmiljø, hvordan vil du vurdere din helse? Søvn, hukommelse, energi og livsmot, rutiner og roller i hverdagen, sorg og savn, filosofi og tro.

Triggere: Hvordan utfordrer du deg selv? Hva gleder deg i hverdagen? Hvordan ønsker du å ha det? Hvordan skal du komme dit du vil? Hvordan trimmer du hodet?

- **Kosthold og ernæring**

Kan du fortelle om kostholdet ditt? Hva mener du er et godt kosthold? Matlyst? Endring i vekt? Tilskudd? Væske? Tannhelse. Hva du spiser er viktig for helsa di.

Triggere: Kan du si litt om måltidene dine? Variasjon i måltidene? Hvor ofte spiser du? Drikke? 5 om dagen?

- **Fysisk aktivitet:**

Hvordan utfordrer du kroppen din? Gå inne/ute? Gå på ujevnt underlag? Trapper? Endringer?

Triggere: Å utfordre i forhold til daglige gjøremål og hverdagsaktivitet, vedlikeholde kroppen, balanse, tempo, koordinasjon, fysisk styrke, kondisjon, bevegelighet. De 4 øvelsene. Prøve å komme opp fra gulvet?

- **Deltakelse**

Hvilke aktiviteter har betydning for deg? Frivillighet? Endringer? Hobbyer/Interesser, sosialt nettverk?

Triggere: Mental og sosial aktivitet, førerkort, PC/ mobil, opparbeide nytt nettverk, sansetap, arbeidsfordeling i heimen?

- **Boligen og sikkerhet i hjemmet**

Hva gjør at du føler deg trygg i hjemmet ditt? Hvordan fungerer boligen din for å opprettholde hverdagsaktivitet? Brannsikkerhet. Fallforebygging.

Triggere: Bevisst ditt ansvar, rømningsplan og øvelse, lys, hjelpemidler, hørsel og røykvarsler.

- **Informasjon om kommunale tilbud**

Å vite om de muligheter som finnes, også om tjenester fra kommunen.

Triggere: Å tilpasse informasjonen individuelt.

- **Tilbakemeldinger til kommunen**

Har du noe du ønsker å melde tilbake til kommunen? Hva fremmer helse og deltakelse i ditt nærmiljø? Hva savner du for å kunne delta mer?

Triggere: Brøyting, buss/kommunikasjon, nærmiljø, barrierer for deltakelse mm. Informasjon om hvor de kan varsle om ulike forhold og eventuelt få hjelp til å gjøre dette.

7. Etter besøket

Det er nyttig med litt tid til refleksjon etter besøkene, gjerne sammen med en kollega.

Journalfør et kort notat og husk at vi ikke gjør en kartlegging. Notatet skal hjelpe deg til å

huske hvem personen er ved neste kontakt. Det er kun forebyggeren og den som mottar besøket som har innsyn i journalen.

Oppfølging: Man kan avtale å ringe tilbake noen uker etter hjemmebesøket, i tilfeller der den eldre er i endring og man vurderer at slik støtte er nødvendig. Alle som har takket ja til hjemmebesøk når de er 80 år vil bli ringt opp et år senere for en oppfølgingssamtale. De er også velkommen til selv å ta kontakt i mellomtiden hvis behov oppstår.

Systemnivå: Besøkeren mottar jevnlig informasjon som kan benyttes i planlegging på systemnivå, og denne skal bringes tilbake til kommunen gjennom gjeldende rutiner.

10. Sluttresultat "80 - åringene i Trondheim"

Rapporten foreligger i sin helhet som vedlegg 1.

11. Oppsummering

IS har gjennom prosjektarbeidet forsøkt å beskrive sentrale faktorer for å utføre helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Gjennom statistikk fra hjemmebesøk til 80 åringer har Infosenteret bidratt med kunnskap om hvem som får helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk og hvordan de har det, i en relativt stor bykommune i Norge. I samtaleguiden har vi beskrevet suksessfaktorer vi mener er viktige for å få til et helsefremmende hjemmebesøk.

IS er organisatorisk lagt til Enhet for ergoterapitjeneste og opplever det som en styrke å være eget team for forebyggende hjemmebesøk. Det bidrar til vedvarende helsefremmende fokus og innsats. Dette understøttes også gjennom tidligere erfaringer med hjemmebesøk i Norge (Bruun Wyller og Pettersen, 2005) hvor det helsefremmende og forebyggende fokus kan bli overstyrt av presserende oppgaver og sågar kunne falle helt bort. IS er ett ledd i den helhetlige tiltakskjeden kommunen ønsker å ha. IS er definert som et lavterskeltilbud og er ofte første kontakt innbyggeren har med helse og velferdstjenesten.

Å bli senior kan gi ulike utfordringer, man gjennomgår tap og mange opplever helsesvikt. Med et helsefremmende fokus kan man forberede og støtte senioren til selv å bli bevisst egne utfordringer og muligheter. Senioren kan bli bevisst hvilken innsats man selv kan bidra med og hva man selv kan gjøre. Det er de friske seniorer man ønsker å nå med en helsefremmende innsats. Systematiske forebyggende hjemmebesøk er en unik mulighet til å nå mange i

seniorgruppe. Ca. 45 % takker nei til tilbudet og det hadde vært interessant å vite mer om hvorfor? Er det fordi de er friske og raske? Eller er det de som trenger det som ikke tar i mot besøket? Infosenteret har telefon kontakt med de fleste som får tilbudet. Det betyr at vi vet noe om gruppen som takker nei. Noen er usikre på om det er riktig at de skal få tilbudet, sier de er friske og raske og trenger det ikke ennå. Mens andre igjen er travelt opptatt i hverdagen og ser seg ikke råd til å prioritere besøket. Noen vil tydelig ikke ha kontakt med kommunen.

De som tar i mot besøk er positive. Gjennom refleksjon over egen hverdag, muligheter og utfordringer, kan den som får tilbudet få øye på nye muligheter. Besøket kan gi økt kunnskap slik at senioren et bedre grunnlag til å foreta bevisste valg i de forhold som kan påvirke hverdagen positivt.

Gjennom besøkene blir senioren orientert om kommunens tilbud. Hvis de en gang i framtiden opplever funksjonstap skal de være godt nok informert til å etterspørre tjenester så tidlig som mulig. De vet at rehabilitering kan skje i hjemmet og at dette er for en tidsavgrenset periode. Hverdagsrehabiliteringen vil trolig være lettere å gjennomføre når befolkningen er forberedt på at det er slik det foregår. De fleste av dem som mottar besøk ønsker å bo hjemme så lenge som mulig. De har fått bekreftet at kommunen også ønsker dette, og at det kun er de med størst funksjonssvikt som må ta i bruk en sykehjemsplass på slutten av livet.

Samfunnsmessig står vi overfor store utfordringer med stadig flere seniorer. Danmarks tankegang har inspirert oss i de helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Der hevdes det at hjemmebesøket gir "*det lille Skub*" (Petersen, 2012), slik at senioren har den støtten som skal til for å takle hverdagens utfordringer når det røyner på.

Når kommunene prioriterer, kan det være en utfordring å sette av nok midler til helsefremmende og forebyggende arbeid. IS ønsker med dette arbeidet å argumentere for hjemmebesøk til eldre og håper at andre kommuner kan dra nytte av vårt bidrag. Infosenteret for seniorer ønsker fortsatt å være i utvikling og øke vår kompetanse. I 2013 vil vi prøve å finne ut hva hjemmebesøket kan bety for den som tar imot tilbudet.

12. Ressurslitteratur

- Antonovsky, A (2009) *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag
- Askheim OP & Starrin B (2007). Empowerment: i teori og praksis. Gyldendal Akademisk
- Avlund K, Jespen E, Vass M & Lundemark H (2002). *Effects on comprehensive followup home visits after hospitalization on functional ability and readmissions among old patients. A randomized controlled study*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 9: 17-22.
- Bie K (2010) Refleksjonshåndboken. Universitetsforlaget
- Bredland EL (1998). Når mennesker møtes. Individuell brukermedvirkning i helsesektoren. Kommuneforlaget AS
- Daatland SO & Solem PE (2011). Aldring og samfunn: en innføring i sosialgeriologi. Bergen: Fagbokforlaget
- Eggen NA (1999). Godfoten. Samhandling – Veien til suksess. Aschehoug
- Eide & Eide (2007). Kommunikasjon i relasjoner. 2. utgave. Gyldendal Akademisk
- Espnes GA & Smedslund G (2009). Helsepsykologi. 2. utgave. Gyldendal Akademisk.
- Fagerström L, Wikblad A, & Nilsson J (2008). *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 Science. 23, 558-568
- Folkehelseloven. LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)
- Gabriel Z & Bowling A (2004). *Quality of life from the perspectives of older people*. Aging and Society 24: 675-691.
- Halkier B (2005). Fokusgrupper. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag
- Halvorsen P (2008). *Glitrende grå*. Oslo: Senter for seniorpolitikk. Bazar forlag
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Helsedirektoratet (2011). Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for ”samfunnskompetanse” i kurs- og utdanningstilbud. *Drøftings- og prosessnotat*. IS-1931.
- Helsedirektoratet (2008). Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.
- Hummelvoll (2007) i Ottosen A (red) et al. *Fokusgruppeintervju – en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid*. Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 1 – 2007

Lerdal A & Fagermoen MS (red.) (2011). Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning. Oslo: Gyldendal Akademiske

Lindstöm & Eriksson (2010) The Hitchhikers` s guide to salutogenesis. Folkehälsan research center health promotion research. Research report 2010:2

Monstad SJ, Aarø LE & Wilhelmsen LS (2006). *Forskningsbasert informasjon om helse som virkemiddel for å øke eldres livskvalitet*. Hemil-rapport nr.1. Universitet i Bergen

Mæland JG (2010). Forebyggende helsearbeid - i teori og praksis. Oslo: 3.utgave Universitetsforlaget

NOU 1998:18 "Det er bruk for alle - styrking av folkehelsearbeidet i kommunene"

NOU 2011:11 "Innovasjon i omsorg"

Petersen SR (2012). *Det lille skub*. Sundhedsfremmende Forebyggende hjemmebesøg, Danmark. www.sufo.dk

Pettersen AM & Wyller TB (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge-med blikk mot Sverige og Danmark*. En kartleggingsundersøkelse foretatt av Sosial – og helsedirektoratet

Sahlèn K-G, Løfgren C & Lindholm L (2006). *År det lønsamt med prevention efter 65?* Statens Folkehäloinstitut. Sverige

Schön DA (2001). Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder. Forlaget Klim, Århus

Skau GM (2011). Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. 4. utgave Cappelen Damm Akademisk

Trondheim kommune (2007). *Eldreplanen for Trondheim kommune 2007- 2015*. Rapport.

Tveiten S (2010). Veiledning - mer enn ord. 3. utgave. Bergen, Fagbokforlaget

Vass M, Avlund K & Henriksen C (2005). *Ældre og forebyggende hjemmebesøg*. Utgitt av: Ældre forum i Danmark

Walseth LT (2009). Salutogenese. Utposten nr. 8; 25-28

Nyttige nettsider:

<http://www.aeldreforum.dk/>

<http://www.sufo.dk/>

13. Vedlegg

Vedlegg 1. Resultat ”80 åringene i Trondheim”.

Vedlegg 2. Brev med tilbud om hjemmebesøk.

Vedlegg 3. Innhold i informasjonsmappen.

Vedlegg 4. Notat ark ved hjemmebesøk.

Vedlegg 5. Kjerneområder.

Vedlegg 6. Informasjonsbrev til ressursgruppen.

Vedlegg 1: se egen rapport ”80-åringene i Trondheim”

Vedlegg 2. Brev med tilbud om hjemmebesøk



TRONDHEIM KOMMUNE

Til _____

Dato:

Helsefremmende hjemmebesøk til deg, født i 1932

Trondheim skal være en god by å bli gammel i. Infosenteret ønsker å støtte seniorer til å leve et godt og selvstendig liv.

Innbyggerne i Trondheim kommune får tilbud om hjemmebesøk det året de fyller 80 år. Du trenger ikke å ha problemer i hverdagen for å ha glede av besøket. Vi ønsker å møte Dere som ikke mottar hjemmetjenester eller bor i sykehjem. Vi skal ikke kartlegge eller inspisere hjemmet ditt.

Hensikten med besøket er:

- en samtale om det som har betydning for hverdagsliv og helse
- å snakke om gleder og utfordringer du opplever
- å være en veiviser i Trondheim kommune og andre virksomheter
- du vil motta en mappe med nyttig informasjon
- du kan også gi informasjon til kommunen om ønsker du har

Besøket er planlagt: _____ mellom klokken 9-15.30.

Besøket er frivillig og vil vare ca 1 time. Vi vil ringe deg i forkant av besøket, og anslå et klokkeslett. Vennligst ingen servering. Hvis du ikke ønsker besøk eller at tidspunktet ikke passer, ber vi om at du ringer oss på telefon **72 54 67 91**.

Samtalen kan også være på vårt kontor, hvis det fungerer bedre for deg.

Vi håper du vil ta imot oss, og ser fram til å møte deg

Med hilsen TRONDHEIM KOMMUNE

Helsepersonell, Infosenteret for seniorer

Informasjonsmappen

Vi deler informasjonen inn etter kjerneområder

Vistittkort: www.trondheim.kommune.no/seniorinfo

Ernæring

- **Matnyttige råd til seniorer,** Grafisk-senter.Postmottak@trondheim.kommune.no

Fysisk aktivitet

- **65 +** www.helsedirektoratet.no best.nr. IS-1732
- **Treningsgrupper i bydeler** TK til bruk internt
- **Seniordans** www.seniordans-i-norge.no
- **Øvelser for å styrke bena** Grafisk-senter.Postmottak@trondheim.kommune.no

Deltakelse/aktiviteter

- **Aktiviteter ved Hornemansgården** www.hornemannsgården.no
- **Den kulturelle spaserstokken** www.trondheim.kommune.no/seniorkultur
- **Trondheims Frivilligsentraler** TK til bruk internt
- **65+ bilførere** Vegvesen.no/65 pluss

Sikkerhet i hjemmet

- **Trygghet i hjemmet for eldre** www.dsb.no
- **Sjekkliste Forbyggende brannvern** TK til bruk internt
- **Fakta og tips for å forebygge fall** TK til bruk internt

Kommunal informasjon

- **Trygghetsavdelingen** TK til bruk internt (alle under)
- **Vistamar**
- **Egenbetaling for helse og velferdstjenester**
-telefon nummer til enhet for ergo og fysioterapi i bydel
- **Informasjon til seniorer**
- **Infosenteret for seniorer**
- **Ressurssenteret for demens**
- **Hørselsrådgivning**
- **Hjelpemidler/Korttidslån**
- **Eldrerådet**

EVENTUELT BROSJYRER

- **Vurdering av fallrisiko hos eldre** St.Olavs hospital, Avd for geriatri

- **Arrangement på Biblioteket** www.trondheim.kommune.no/folkebiblioteket
- **Tryggbo A/S** www.tryggbo.no
- **Produksjonskjøkkenet - "det er servert"**
- **ICA Bringerservice**
- **Ergo/fysio telefonnummer for tidlig intervensjon** TK internt bruk
- **Trondhjems Hospital rengjøring**
- **Husmorvikarsenteret as**
- **Turistforeningens turer** www.tt.no/index.php?fo_id=774
- **Vil du ha en treningskompis** www.kreftforening/sok/?search=treningskompis
- **Vern for eldre** www.vernforeldre.no
- **10 tegn på demens** www.nasjonalforeningen
- **Besøksvenn** www.rodekors.no
- **Bydelsaktiviteter** TK til bruk internt
- **Aktivitetstilbud i Tr.heim - for eldre med nedsatt syn** TK til internt bruk
- **Strindamarka Vel** www.strindamarkavel.no
- **Seniornett Norge** www.seniornett.no/Trondheim

TK til internt bruk = kopierte A4 ark med informasjon som gjelder i Trondheim kommune.

Vedlegg 4.

NOTATER VED HJEMMEBESØK

DATO:

NR.

Navn:

Adresse:

Postnummer:

Fødselsnummer:

Telefon:

Mobil:

KJERNEOMRÅDER VED HJEMMEBESØKENE:

- **Egenopplevelse:**
- **Kosthold og ernæring:**
- **Fysisk aktivitet:**
- **Deltakelse:**
- **Boligen og sikkerhet i hjemmet:**
- **Informasjon om kommunale tilbud:**
- **Tilbakemeldinger til kommunen:**

Videre avtaler?

Vedlegg 5.

Kjerneområdene

- **Egenopplevelse?**

Hvordan er det å være 80 år?

Livskvalitet, nærmiljø, hvordan vil du vurdere din helse? Søvn, hukommelse, energi og livsmot, rutiner og roller i hverdagen, sorg og savn, filosofi og tro.

Triggere: Hvordan utfordrer du deg selv? Hva gleder deg i hverdagen? Hvordan ønsker du å ha det? Hvordan skal du komme dit du vil? Hvordan trimmer du hodet?

- **Kosthold og ernæring**

Kan du fortelle om kostholdet ditt? Hva mener du er et godt kosthold? Matlyst? Endring i vekt?

Tilskudd? Væske? Tannhelse. Hva du spiser er viktig for helsa di.

Triggere: Kan du si litt om måltidene dine? Variasjon i måltidene? Hvor ofte spiser du? Drikke? 5 om dagen?

- **Fysisk aktivitet:**

Hvordan utfordrer du kroppen din? Gå inne/ute? Gå på ujevnt underlag? Trapper? Endringer?

Triggere: Å utfordre i forhold til daglige gjøremål og hverdagsaktivitet, vedlikeholde kroppen, balanse, tempo, koordinasjon, fysisk styrke, kondisjon, bevegelighet. De 4 øvelsene. Prøve å komme opp fra gulvet?

- **Deltakelse**

Hvilke aktiviteter har betydning for deg? Frivillighet? Endringer? Hobbyer/Interesser, sosialt nettverk?

Triggere: Mental og sosial aktivitet, førerkort, PC/ mobil, opparbeide nytt nettverk, sansetap, arbeidsfordeling i heimen?

- **Boligen og sikkerhet i hjemmet**

Hva gjør at du føler deg trygg i hjemmet ditt? Hvordan fungerer boligen din for å opprettholde hverdagsaktivitet? Brannsikkerhet. Fallforebygging.

Triggere: Bevisst ditt ansvar, rømningsplan og øvelse, lys, hjelpemidler, hørsel og røykvarsler.

- **Informasjon om kommunale tilbud**

Å vite om de muligheter som finnes, også om tjenester fra kommunen.

Triggere: Å tilpasse informasjonen individuelt.

- **Tilbakemeldinger til kommunen**

Har du noe du ønsker å melde tilbake til kommunen? Hva fremmer helse og deltakelse i ditt nærmiljø? Hva savner du for å kunne delta mer?

Triggere: Brøyting, buss/kommunikasjon, nærmiljø, barrierer for deltakelse mm. Informasjon om hvor de kan varsle om ulike forhold og eventuelt få hjelp til å gjøre dette.



Til _____

Utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk til eldre

”Utvikling av samtaleguide for forebyggende hjemmebesøk til eldre”

Infosenteret for seniorer i Trondheim kommuner er tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet for 2012, hvor målet er å beskrive modell/metode for helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. En del av arbeidet i prosjektet går ut på å utvikle en samtaleguide for hjemmebesøk.

I den forbindelse har vi behov for at eldre som gjerne har mottatt hjemmebesøk ved 80 år, kan være med å gi innspill og si noe om hvordan en slik samtaleguide bør utvikles. Dette for å sikre at vi har med oss målgruppen for besøkene og at vi kan bidra med best mulig kvalitet ved besøkene for fremtiden. Helsedirektoratet ønsker på sikt å kunne nyttiggjøre seg guiden for alle landets kommuner.

Vi takker for at du har sagt deg villig til å delta for å hjelpe oss ☺

Det er ønskelig at den som deltar i ressursgruppen kan delta på ca. 2-3 møter i løpet av prosjektperioden og si noe om hvordan samtaleguiden bør utformes. Vi trenger all hjelp og støtte for å få til en best mulig guide og setter pris på om du kan bidra.

Vi gjør oppmerksom på at du ikke får honorar for å delta, men vi kan dekke dine transportutgifter/parkering. Vi inviterer til møte ved Infosenteret for seniorer, Bytorget, Munkegt.14, Seniortorget (inngang munkegt/Erling skakkegt.)

Torsdag 28. juni, tirsdag 25. september og tirsdag 20. november 2012, kl. 13.00-14.30

Vennlig hilsen prosjektgruppen v/ prosjektleder Bodil Klungerbo. Tlf. 72 54 67 91

Trondheim kommune
Enhet for ergoterapitjeneste
Infosenteret for seniorer
Postboks 2300 Sluppen
7004 Trondheim

