

Karen Johanne Vae, Lars M. Kvinge & Dag-Helge Rønnevik

Evaluering av "Helseteam for eldre".

Helsetorgmodellen-rapport 2012/1 (2.utgave)

Helsetorgmodellen- rapport 2012/1

2. utgave

Omslagslayout: Eirik Dankel, Helse fonna

Publisert av

Helsetorgmodellen

Bjørnsons Gate 45

5528 Haugesund

Kopirett © Karen Johanne Vae, Lars M. Kvinge & Dag-Helge Rønnevik

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med Åndsverkloven og

Fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Om rapporten

Denne rapporten er en prosjektintern evaluering. Hensikten er å oppsummere resultatene fra prosjektet "Helseteam for eldre", et prosjekt under Helsetorgmodellen. Evalueringen er en bestilling fra Helsetorgmodellens styringsgruppe og Karen Johanne Vae og Lars M. Kvinge, begge tilknyttet Høgskolen Stord/Haugesund, er gitt oppgaven å gjennomføre denne. Prosjektet "Helseteam for eldre" startet opp høsten 2009. Forfatterne av denne rapporten har hatt roller i prosjektet underveis. Karen Johanne Vae som har hovedansvaret for gjennomføringen av evalueringen har jobbet som FoU-medarbeider, og vært tilknyttet prosjektet i en gitt stillingsprosent fra 2011. Lars M. Kvinge har representert Helsetorgmodellens driftsgruppe med ansvar for å legge inn data fra kartleggingsverktøyet inn i statistikkprogrammet SPSS og å gjøre statistiske analyser. Dag-Helge Rønnevik har vært prosjektleder for "Helseteam for eldre", og har i denne rapporten i hovedsak bidratt i avsnittet "Helseteam for eldre- Tanker om veien videre".

Appendiks H er en resultatpresentasjon av alle kvantitative data samlet inn gjennom de forebyggende hjemmebesøkene under prosjektperioden. Noen analyser her fra vil bli brukt i evalueringen. Det vil da bli henvist til figurnummer i Appendiks.

Haugesund 22. Oktober 2012

Karen Johanne Vae

Lars M. Kvinge

Dag-Helge Rønnevik

Sammendrag

”Helseteam for eldre” er et prosjekt som har involvert mange parter. I denne evalueringen er det forsøkt å vurdere prosjektet ut i fra både et brukerperspektiv (de eldre), aktørperspektiv (involverte tjenesteytere) og eierperspektiv (kommune, Helseforetak, Høgskole). Det overordnede fokuset for evalueringen har vært på samhandlingen som springer ut av modellen prosjektet bygger på.

En brukerundersøkelse blant de eldre viser at svært mange av de eldre opplever hjemmebesøket som nyttig, og setter pris på å ”bli sett” og ”hørt”. Gjennom hjemmebesøket kommer helseteamsykepleierne i en posisjon der de kan bevisstgjøre, legge til rette for og veilede slik at de eldre kan gjøre de riktige helsefremmende valgene. De eldre følger også opp rådene som blir gitt. Nesten halvparten av de besøkte sier de er blitt mer fysisk aktiv som følge av hjemmebesøket. I følge litteratur som er gjennomgått, må besøkene gjentas om effekten skal vare ved.

Et av særtrekkene ved ”Helseteam for eldre”, er bruken av kartleggingsverktøy som muliggjør en strukturert kartlegging. Kartleggingen danner grunnlaget for en risikovurdering som har til hensikt å ”sile ut” eldre som befinner seg i risikozonen for sykdomsutvikling og funksjonsfall. Dersom kartleggingen viser risiko, blir den eldre situasjon drøftet i et tverrfaglig team bestående av geriater, allmennlege, farmasøyt, fysioterapeut, geriatrisk sykepleier og helseteamsykepleierne. Fastlegen til den eldre inviteres til å komme med innspill. Drøftingen munnar ut i skriftlige anbefalinger om videre oppfølging.

Risikovurdering viser tilfredsstillende inter-rater reliabilitet i forhold til plassering i risikonivå, men enkelte subskala bør revideres som følge av lav inter-rater reliabilitet. Helseteamsykepleierne synes at risikoscoren i mange tilfeller har vært utfordrende. De uttrykker at ”magefølelsen” ikke alltid stemmer med det risikonivået kartleggingen oppsummeres til. Oftest handler det om at risikonivået blir for lavt i forhold til det inntrykket sykepleierne sitter igjen med. Det kan synes nødvendig å kombinere risikoscoren med klinisk skjønn, og både gi uttrykk for dette i rapport til lege og foreta en såkalt mellomdrøfting med lege /geriater i helseteamet for å avgjøre om kasuistikken skal videre til drøfting. Risikovurderingens validitet bør derfor undersøkes nærmere.

Selve temaguiden (kartleggingsverktøyet) har gitt god struktur for hjemmebesøket og helseteamsykepleierne har brukt det etter intensjonen. Det blir likevel vurdert til å være for omfangsrikt og vil bli evaluert og kortet ned som et ledd i evalueringen av prosjektet.

De tverrfaglige drøftingene har bidratt til økt kompetanse hos alle involverte parter. Både undervisning og drøfting har bidratt til dette og det uttrykkes stor tilfredshet med både å få lære og få bidra med synspunkter og innspill. Disse er videreformidlet gjennom anbefalingene som sendes til fastlegene når en av hans/hennes pasienter har vært drøftet i teamet.

Det foreligger en rekke samhandlingspunkter som følge modellen. Disse favner kontakten mellom helseteamsykepleier og kommunale aktører. Det innbefatter fastleger, fysio- og ergoterapitjenesten, hukommelsesteam, saksbehandlere for hjemmetjeneste og hjelpemiddelsentral. Et annet samhandlingspunkt er det de kommunale aktørene har mulighet for ved å ta kontakt med enkeltpersoner, eller hele det tverrfaglige teamet. Dette er i liten grad utnyttet. Videre finnes et samhandlingspunkt når fastlegene mottar rapport fra drøftingene. Samhandling med andre aktører, så som Havnaberg seniorsenter, folkehelsekoordinator, syns- og hørselskontakter osv kommer i tillegg.

Samhandlingen med kommunale aktører har vært mest aktuelt i forhold til fastleger og hukommelsesteam. Det har ikke latt seg realisere å få fastleger til å delta i de tverrfaglige drøftingene. Noen har imidlertid kommet med innspill til drøftingene, og flere har uttrykt seg positivt til anbefalingene som sendes skriftlig. Samhandlingen med hukommelsesteamet karakteriseres som veldig bra. På bakgrunn av erfaringene helseteamet har gjort, og etter å ha vært i dialog med flere av fastlegene, kan justering av modellen mot at fastlegene selv tar initiativ til tverrfaglig drøfting, være en måte å gå videre på. Tverrfaglig drøfting kan da anses som en ressurs fastlegen kan benytte når kompleksiteten er stor, og det kan være nyttig å få en helhetlig vurdering. Å gi fastlegene innflytelse over hvem som bør drøftes, er å søke å få til en mer integrert modell med en felles målsetting.

For å få til bedre samhandling vil et av grepene være å se på helseteamets sammensetning. Helseteamet burde hatt et større innslag av kommunale aktører. Det ville trolig vært positivt for både informasjonsformidling, samhandling og for at prosjektet som helhet kunne hatt en bedre forankring i kommunen.

Det er ikke gjort økonomiske analyser av hva samhandlingsmodellen vil koste for den enkelte kommune. Heller ikke er effekten vurdert i et forebyggingsperspektiv. Det ligger utenfor rammen til denne evalueringen. Gjennomgang av litteratur viser at forebyggende

hjemmebesøk har effekt, men at det er avhengig av hvilket tidsvindu en ser det i. For helseteam for eldre kan gevinsten synes å ligge i det tverrfaglige arbeidet, i kompetanseoverføring til kommunene gjennom helseteamsykepleierne og samhandling med fastlegene, og i at det skapes en felles forståelse for fagfeltet. Ved bruk av samme metodikk og verktøy, kan kommuner jobbe strukturert sammen på en måte der man også kan evaluere effekten av arbeidet.

Innhold

Om rapporten.....	3
Sammendrag	4
Innledning.....	10
Begrepsavklaring: Forebygging og helsefremming	12
Bakgrunnen for "Helseteam for eldre"	15
Endringer fra prosjektstart og til igangsetting.....	16
"Helseteam for eldre" – samhandlingsmodellen	19
Mål for prosjektet	19
Presentasjon av modellen "Helseteam for eldre"	19
Samhandling.....	20
Helseteamets sammensetning.....	22
Kartlegging og risikovurdering	22
Risikovurdering	25
Forberedelser	27
Evalueringens rammeverk.....	29
Metode	32
Etikk	32
Utvalget som mottok forebyggende hjemmebesøk	33
Utvalget i Haugesund kommune	33
Utvalget i Bokn Kommune	33
Spørreundersøkelse.....	34
Kvalitative intervju.....	35
Inter-rater reliabilitetsstudie av risikovurderingen	36
Resultat og drøfting.....	38
Strukturerte hjemmebesøk	38
Å balansere mellom helsefremming og forebygging.....	38
Å motta hjemmebesøk.....	44
Muliggjøring for forskning	46
Vurdering av temaguidens inter-rater reliabilitet	48
Oppsummering/ diskusjon.....	50

Kompetansebase og diskusjonsarena.	54
Kompetanseutvikling som følge av tverrfaglig drøfting	54
Rapporten	57
Oppsummering /diskusjon.....	60
Informasjon og dialog.....	62
Kommunene.....	62
Fastlegene	64
Andre kommunale og frivillige aktører	65
De eldre.....	66
Oppsummering / diskusjon.....	67
Samhandling og samhandlingsutfordringer	68
Prosjekt og interessenter	69
Samhandling med kommunale aktører	70
Samhandling med fastlegene.....	72
Helseteamets sammensetning og mulig innflytelse på samhandling	74
Oppsummering /diskusjon.....	74
Helseteam for eldre – tanker om veien videre.	77
Forslag til endringer.....	77
Temaguiden	77
Samhandlingen med fastlegene	78
Samhandling med kommunens øvrige tjenester.....	78
Hvem skal få tilbud om forebyggende hjemmebesøk?	80
Forslag til videre organisering.....	81
Økonomiske analyser – hvilke ressurser kreves?	82
Konklusjon	84
Litteratur.....	86
Appendiks.....	91
Appendiks A: Temaguide	91
Appendiks B: Informasjonsbrosjyre	91
Appendiks C: Samtykkeskjema	91
Appendiks D: Godkjenning NSD.....	91

Appendiks E: Intervjuguide	91
Appendiks F: Spørreskjema.....	91
Appendiks: Resultatpresentasjon	91

Innledning

”Helseteam for eldre” er et prosjekt under ”Helsetorgmodellen”, som er et samhandlingsprosjekt mellom flere kommuner, Helse Fonna HF og Høgskolen Stord/Haugesund. Helsetorgmodellens formål er å møte utfordringer knyttet til ”Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid” (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Noen av de utfordringene Samhandlingsreformen peker på er behov for økt fokus på koordinerte tjenester, forebygging og utfordringer knyttet til demografisk utvikling. Helsetorgmodellens formål er å møte disse utfordringene ved å utvikle bedre pasientforløp og helsetjenester til store pasientgrupper der helsetjenesten har omfattende samhandlingsutfordringer, samt å ha et kontinuerlig fokus på læring og mestring (Helsetorgmodellen, 2012).

”Helseteam for eldre” er et prosjekt som har gjennomført helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk blant eldre i Haugesund og Bokn kommune. Forebyggende hjemmebesøk er noe stadig flere norske kommuner tilbyr sine eldre innbyggere. Målene med denne typen hjemmebesøk er å hjelpe de eldre til å kunne ivareta sine helseressurser og til å forebygge funksjonstap med påfølgende behov for omsorgstjenester i form av for eksempel sykehjemsplass. Den demografiske utviklingen aktualiserer denne typen forebyggende arbeid. En forventer at andelen eldre i Norge vil stige betydelig frem mot år 2050, fra 0,6 mill. i 2002 til mellom 1,2 - 1,4 mill. i år 2050 (Longva & Tønder, 2004). Dette er en av hovedutfordringene helsevesenet står overfor og som danner grunnlaget for samhandlingsreformen. Samhandling mellom de ulike tjenestenivåene er en forutsetning for å møte denne utviklingen og den endringen i sykdomsbilde dette medfører, samtidig som en skal sikre pasientene bedre koordinering av tjenestene, å styrke innsatsen for å begrense og forebygge sykdom (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre er et av tiltakene som kan komme noen av disse utfordringene i møte. Den overordnede hensikten med forebyggende hjemmebesøk er i følge Fagerström, Wikblad & Nilsson (2008) å legge til rette slik at de eldre kan leve et mest mulig uavhengig liv i sitt eget hjem. Gjennom hjemmebesøkene får de besøkende fra den kommunale helsetjenesten mulighet til å danne seg et utfyllende bilde av den Eldres livssituasjon både i form av helseressurser og mulig hjelpebehov. Ved å oppsøke de eldre på hjemmearenaen kan en også gi råd og veiledning i forhold til ”farer i hjemmet”.

Systematiske review artikler og meta-analyser viser at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner omkring effektene av helsefremmende og/eller forebyggende hjemmebesøk, men hovedtendensen er at hjemmebesøkene har positive effekter på en rekke parametre. Elkan et al. (2001) konkluderer med at hjemmebesøk fører til redusert dødelighet og reduksjon i innleggelser på sykehjem, men ingen signifikant reduksjon i sykehusinnleggelser. Fagerström, Wikblad & Nilsson (2008) finner at forebyggende hjemmebesøk i en rekke RCT-studier fører til redusert dødelighet, forbedring av funksjonsnivå/ADL ferdigheter, bedring i selvopplevd helse og livskvalitet og mindre omsorgsbehov. Funnene er ikke entydige da enkelte av de inkluderte studiene viser uklar eller manglende effekt på disse variablene. I en meta-analyse av Huss, Stuck, Rubenstein, Egger & Clough-Gorr (2008), konkluderes det med at forebyggende hjemmebesøk har potensial til å virke forebyggende hvis de bygger på en multidimensjonal kartlegging som kan avdekke modifiserbare risikofaktorer kombinert med en klinisk vurdering og regelmessig oppfølging. En finner også en tendens til at hjemmebesøkene har effekt for yngre eldre, og at hjemmebesøkene er effektive når målgruppen er eldre som allerede er "skrøpelige", eller har en høyere risiko for helseskader enn hele aldersgruppen som sådan. En norsk kartleggingsundersøkelse gjort av Pettersen & Wyller (2005) bygger på nordiske erfaringer, og peker på en del kjernefaktorer som må være til stede dersom virksomheten skal ha effekt. Disse omhandler selve kartleggingen av den eldres situasjon, antall besøk og målgruppe. Hovedkonklusjonen i litteraturen som ble gjennomgått, er at hjemmebesøkene må kartlegge et bredt spekter av den eldres situasjon, bestå av flere oppfølgende besøk og rettes mot personer som er relativt friske dersom virksomheten skal ha påviselig effekt. Den som foretar besøkene må ha nødvendig kompetanse i å skape trygghet og tillit, og kunnskap om sosiale og helsemessige forhold som kan påvirke individers liv. Det bør være den samme personen som foretar det første besøket og oppfølgingsbesøkene, og som kan være kontaktperson i kommunen for de som blir besøkt. Slik oppnås gjerne også målsettingen om å skape trygghet slik at hver enkelt skal kunne opprettholde et aktivt og meningsfullt liv.

Flere studier viser at forebyggende hjemmebesøk kan være kostnadseffektiv gjennom å maksimere ulike helsegevinster i den gruppen som får besøk (Sahlen, 2009, Vass, Avlund, Lauridsen & Hendriksen, 2005, Melis et al. 2008). Den dokumenterte samfunns-effekten er at de som blir besøkt opprettholder god helse over tid, de akutte legebesøkene og sykehusinnleggelsene blir færre, behovet for hjemmetjenester går ned og aktivitetsnivået øker.

Forskning på effekter av forebyggende hjemmebesøk viser overveiende positive resultat. Det som kompliserer bildet litt, er variasjon i hvordan hjemmebesøkene er lagt opp og hvem som får tilbud om besøk. Pr i dag er det ikke utarbeidet standardiserte maler for gjennomføring av hjemmebesøk, men som en videre utvikling av helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk, blir det i fra forskerhold pekt på at å gjennomføre systematiske kartlegginger av de eldre sine helseressurser og risikofaktorer kan være hensiktsmessig både i forhold til dokumentasjon av hjemmebesøkene (Pettersen & Wyller, 2005), men også i forhold til evaluering og forskning på effekter ved denne typen intervensjon (Fagerström, et al., 2008). En slik standardisert kartlegging er noe av det som blir prøvd ut gjennom ”Helseteam for eldre”.

Det som gjør at «helseteam for eldre» skiller seg ut fra den «vanlige» praktiseringen av forebyggende hjemmebesøk, er at kartlegging som avslører risiko for sykdom eller funksjonstap, følges opp gjennom tverrfaglig drøfting. Det tverrfaglige teamet består av helseteamsykepleiere, geriater, allmennlege, farmasøyt, fysioterapeut og geriatrisk sykepleier. Den eldre fastlege mottar en oppsummering etter hjemmebesøket og inviteres til å delta i drøftingen. En vurdering av helsetilstanden og anbefalinger for videre oppfølging, sendes deretter skriftlig til den eldre fastlege. Fire hovedfokusområder er valgt ut for både hjemmebesøkene og drøftingene. Det er ernæringsproblemer, falltendens, kognitiv svikt og polyfarmasi.

Begrepsavklaring: Forebygging og helsefremming

I rapporten vil begrepet ’helsefremming’ like gjerne knyttes til hjemmebesøkene som begrepet ’forebygging’. Den vanlige benevnelsen både i inn- og utland er ”forebyggende hjemmebesøk” (eng: ”Preventive home visits”), men helsefremming får et stadig større fokus der denne virksomheten tilbys. Det kan derfor være nødvendig å se litt på begrepene hver for seg og hvordan forståelsen av disse gjør seg gjeldende i hjemmebesøkene.

Forebyggingsperspektivet er tydelig i Stortingsmelding 47. 2008-2009 (2009) og kommunene utfordres til å spisse forebyggingsinnsatsen mot grupper hvor det er høy risiko for utvikling av sykdom. Eldre hører til denne gruppen. St.meld. 47. 2008-2009 peker på at kommunale tjenester så langt ikke har hatt tilstrekkelig fokus på å begrense og forebygge sykdom. Samtidig utfordres kommunene også på å ivareta forebygging på systemnivå. Gjennom å bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for

utviklingen av god og dårlig helse, kan en definere hvilke utfordringer som finnes, og sette i gang tiltak i forhold til disse. Derfor må det være en overordnet målsetting for kommunene å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at en motvirker og unngår risiko for funksjonstap og sykdomsutvikling.

Målsettingen for forebyggende helsetjenester skisseres slik i samhandlingsreformen:

Primærforebygging: Målet er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade.

Sekundærforebygging: Målet er å forebygge tilbakefall og holde seg frisk.

Tertiærforebygging: Målet er å leve med problemet, men å hindre at det blir verre. (St.meld. 47 2008-2009, (2009), s.86). Inndelingen i ulike former for forebygging gir et overordnet perspektiv på målsettingen. Hjemmebesøkene kan sies å inneholde elementer av alle de tre formene, hvor det primærforebyggende gjerne knyttes til det helsefremmende perspektivet.

I den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og i loven om folkehelsearbeid blir det også satt fokus på helsefremmende arbeid. I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) heter det under § 3-3 Helsefremmende og forebyggende arbeid (s.4): ”Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning”. Videre heter det i Folkehelseloven § 4 (2011, s. 3):

Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Kommunen ilegges også et ansvar i å ha oversikt over helsetilstanden til innbyggerne. I Folkehelseloven § 5 (2011, s. 3) heter det: *Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.* Lovtekstene gir med andre ord kommunene et ansvar i å drive både helsefremmende og forebyggende virksomhet.

I litteraturen kan en se at det tegnes et skille mellom helsefremmende virksomhet og forebyggende virksomhet, der en på den ene siden tar utgangspunkt i hva som gir god helse og på den andre siden har fokus i retning av hva som fører til sykdom (Bauer, Davies, & Pelikan, 2006). Helsefremmende arbeid slik det framkommer i Ottawa-Charteret er en prosess som skal bidra til at den enkelte skal være i stand til aktivt å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (WHO, 1986).

Helsefremmende og forebyggende virksomhet ses ofte på som to sider av samme sak. Gammersvik (2012) hevder at det tas gjerne utgangspunkt i sykdom og problemer når begrepet 'helsefremmende' skal beskrives. I offentlige dokumenter omtales helsefremming og forebygging gjerne om en annen, og en ser også at de defineres som komplementære fordi sykdom og helse henger sammen og påvirker hverandre (Mæland, 2010). Dersom forebygging blir "samlebegrepet", kan det nedtone det individuelle ansvaret som ligger i Ottawa-charteret definisjon, og som innebærer at enkeltindividet må ta kontroll over forhold som virker inn på helsen. En fremmer nødvendigvis ikke helsen til den eldre ved bare å fokusere på forhold som kan forebygge sykdom.

Med bakgrunn i 'helsefremming' forstått som en prosess som skal bidra til at den enkelte skal være i stand til aktivt å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (WHO, 1986), har empowermentbegrepet blitt mer vanlig. 'Empowerment' oversettes gjerne med medvirkning eller myndiggjøring, og innefor en helsekontekst handler det om å betrakte pasienten/brukeren/personen som en som selv vet hvor skoen trykker (Tveiten, 2012). Dermed blir helsepersonellens bidrag å hjelpe til, slik at den enkelte ved hjelp av egne ressurser kan klare å ha kontroll på det som påvirker helsen. Dette aspektet vil være av betydning ved hjemmebesøkene og i samhandlingen mellom sykepleier og den eldre. Tveiten (2012:178) understreker at i empowermentprosessen må en være bevisst at det er to "eksperter" som samhandler: *Sykepleieren er ekspert på det faglige området og pasienten er ekspert på sitt eget liv.*

Tendensen i våre naboland viser et økende fokus på helsefremming ved hjemmebesøkene (Nielsen og de Bang, 2010, Karp, et al., 2010) Dette ser en også i norske kommuner som for eksempel i Drammen (Drammen kommune, 2009) og i Trondheim (Trondheim kommune, 2011). Gjennom forebyggende hjemmebesøk har sykepleieren en unik mulighet til å fokusere på helsefremmende tiltak, fordi helsefremming også handler om den Eldres mulighet for å gjøre individuelle valg. Hjemmebesøkene innehar likevel mange elementer av forebygging. Alvsvåg (2012) viser til at helsevesenets historie bærer preg av at helsefremming og sykdomsforebygging har vært to sider som utfyller hverandre og at skarpe skillelinjer mellom begrepene ikke har rot i virkeligheten. Det må være mulig å ha fokus på både helsefremming og forebygging ved at en er opptatt av det som fremmer helse samtidig som en søker å redusere det som kan være en trussel for helsen (Alvsvåg, 2012).

Bakgrunnen for "Helseteam for eldre"

«Helseteam for eldre» er å anse som en videreføring av pilotprosjektet «Pasientforløp til skrøpelige eldre» (Birkeland, Mikkelsen og Lunde, 2010), som pågikk i perioden juni 2009 til februar 2010. Dette samhandlingsprosjektet mellom Haugesund kommune, Haugesund Sjukehus og Høgskolen Stord/Haugesund, hadde som målsetting å redusere innleggelser på sykehus gjennom å sikre pasienter i målgruppen behandling og omsorg i eget hjem eller i kommunal institusjon. I prosjekt-rapporten omhandles dimensjonering og organisering av eksisterende tjenester både i kommunen og på sykehuset, og det ble diskutert hvordan disse kan ha betydning for pasientflyten. Haugesund kommune og Haugesund Sykehus ble forelagt en rekke tiltak som de ble bedt om å vurdere og evt. iverksette. I tillegg satte rapporten søkelyset på behov for forebygging og helsefremming til eldre i Haugesund kommune for å forebygge framtidige hjelpe- og pleiebehov. Det ble vist til at kommunen mangler oversikt over gruppen skrøpelige eldre utover de som mottar hjemmetjenester.

I tillegg til pilotprosjektet var Stortingsmelding 47 et annet viktig dokument som både kommunen og helseforetaket måtte forholde seg til. I samhandlingsreformen vektlegges forebygging som et viktig element (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Med utgangspunkt i de framtidige helseutfordringene vil det være behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunene. Kommunene utfordres organisatorisk på å ruste seg til å ivareta forebygging på systemnivå. Målsettingen slik den framkommer i St.meld. nr. 47:29) er: *"å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker risiko for funksjonstap [...]og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling"*. Kommunene oppfordres til å bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og henholdsvis dårlig helse. Arbeidet med ny folkehelselov aktualiserte kommunenes ansvar ytterligere.

Overskytende prosjektmidler fra pilotprosjektet «Pasientforløp til skrøpelige eldre» gjorde det mulig å gripe fatt i utfordringen knyttet til forebygging blant eldre i Haugesund kommune. Det nye prosjektet skulle knyttes mot geriatrik avdeling /poliklinikk ved Helse Fonna. Anbefalingene fra pilotprosjektet gikk i retning av et forebyggende helseteam som skulle tilby forebyggende hjemmebesøk til eldre over 75 år. Prosjektet ble det første i Helsetorgmodellens regi etter pilotprosjektet.

Endringer fra prosjektstart og til igangsetting

Fra den første prosjektskissen til prosjektet kom i gang har det skjedd mange endringer slik det vanligvis gjør i utviklingsprosjekt. Et tilbakeblikk på prosessen kan synes nødvendig når samhandlingsprosjektet "Helseteam for eldre" skal evalueres. En kort innføring i utviklingen fra prosjektskisse og fram til gjennomføringsfasen, vil kunne tjene som et bakteppe for å vurdere de resultatene denne rapporten viser. Gjennomgang av referater, prosjektdokumenter og intervju med aktører som har deltatt, har gitt kunnskap om prosessen.

Rapporten fra prosjektet "Pasientforløp til skrøpelige eldre" (Birkeland, Mikkelsen og Lunde, 2010) ble lagt til grunn når det nye prosjektet med aktører fra Haugesund kommune, Helse Fonna HF og Høgskolen Stord/ Haugesund skulle etableres. Fra kommunens side var det fremmet ønske om å etablere en funksjon som kunne drive med oppsøkende virksomhet til eldre. Hensikten skulle være å bli kjent med denne aldersgruppen, og bidra med råd og veiledning. Det skulle også foretas en kartlegging, slik at dette samlet sett kunne virke forebyggende både i forhold til forverring av sykdom og funksjonssvikt. De eldres egen brukerorganisasjon hadde på sin side lenge hatt et ønske om en helsestasjon for eldre. Et slikt tiltak var opprettet i flere av landets kommuner. Prosjektgruppen for pilotprosjektet anbefalte ikke en slik etablering ut fra argumenter om at det gjerne ville appellere til de mest funksjonsdyktige eldre, og at det også kunne bli et tilbud ved siden av fastlegeordningen. Helsestasjon for eldre ble likevel foreslått etablert høsten 2009 med formål om å drive forebyggende virksomhet. Dette skulle skje i form av oppsøkende virksomhet til innbyggere over 75 år, som ikke mottok kommunale tjenester som sykehjemsplass, hjemmesykepleie og lignende. I tillegg skulle det etableres en lærings og mestringsarena (LMS) i tilknytning til helsestasjonen. Haugesund kommune ønsket en trygghetssykepleier til å foreta hjemmebesøkene og denne stillingen ble utlyst sammen med en stilling som praksiskonsulentlege (PKO-lege). Sistnevnte stilling skulle være tilknyttet både den planlagte helsestasjonen og geriatrik avdeling / poliklinikk ved Helse Fonna og bidra til et godt samarbeid mellom kommunen og sykehuset. Trygghetssykepleieren skulle også delta i LMS-arbeidet sammen med LMS Helse Fonna. Videre så en for seg et tett samarbeid med det geriatrike / alderspsykiatriske fagmiljøet. Eksempler på oppgaver som helseteamet kunne fokusere på, var medikamentbruk hos eldre og falltendens.

Etablering av helsestasjon for eldre ble likevel ikke en realitet. Motstand fra flere hold førte til at prosjektet ikke skulle ha en slik tilknytning, men fortsette under betegnelsen "forebyggende helseteam". Bokn kommune meldte sin interesse og ble tatt med som en ny samhandlingspart

i prosjektet. Den forebyggende virksomheten ville dermed tilbys innbyggere i både en stor bykommune og en liten land-kommune.

Arbeidsgruppe som fikk ansvar for den videre utformingen, bestod av representanter fra kommune, helseforetak og HSH samt trygghetspsykeleier og PKO-lege. Nye moment gjorde seg gjeldende i forhold til hvilken profil prosjektet skulle ha. Et viktig spørsmål som ble reist, var om prosjektet skulle være et rent utviklingsprosjekt eller om det også skulle ha forskningsmessige ansatser. Hvorvidt en landet på det ene eller andre standpunktet, ville ha konsekvenser for den videre framdriften. I tillegg syntes rollen til PKO-legen og geriatrisk poliklinikk ikke å være tilstrekkelig avklart. Behovet for nødvendige avklaringer ble adressert til styringsgruppen for pilotprosjektet og styringsgruppen for Helsetorgmodellen. Det førte blant annet til at en ny prosjektgruppe overtok for den etablerte arbeidsgruppen.

Trygghetspsykeleier i begge kommunene, geriater, geriatrisk sykeleier og PKO-legen utgjorde prosjektgruppen. PKO-legen ble omdefinert til prosjektleder.

Hovedintensjonen med forebyggende virksomhet til eldre ble videreført. Samtidig ble den nye FoU-enhetens formål om å sikre systematisk dokumentasjon og evaluering av nye tiltak i Helsetorgmodellen, samt stimulering til forskning og utvikling/innovasjon vektlagt i det videre arbeidet. Det medførte en kursendring med større fokus på kartleggingsdelen av hjemmebesøket, som i tillegg til å ha et primærforebyggende fokus også inkluderte et sekundær- og tertiærforebyggende fokus. Formålet med dette var å etablere en samhandlingsmodell som fanger opp eldre i økt risiko og at nødvendige tiltak iverksettes. Prosjekttittelen ble på denne tiden endret til "Helseteam for eldre". I denne fasen ble det også tegnet konturer av en større prosjektorganisering med flere delprosjekt. Underveis i prosjektutformingen så en for seg at prosjektet skulle være overbygningen for flere delprosjekt:

*Forebyggende hjemmebesøk

*Den geriatriske perm

*Ambulerende geriatrisk virksomhet

*Kartlegging av ønsker og behov fra tilsynsleger og fastleger

Det ble startet forberedende arbeid til flere av delprosjektene, men arbeidsmengde og ressurser til å iverksette disse stod ikke i forhold til hverandre. Dermed ble forebyggende hjemmebesøk stående som "helseteam for eldre" - prosjektet.

Kursendringene utsatte gjennomføringsfasen. Det syntes imidlertid viktig å gjøre avklaringer både i forhold til profil og for å sikre gjennomføring av evalueringsstudie/ forskningsstudie på

effekten av samhandlingen. Prosjektet ble foreslått inndelt i to faser, der fase en skulle identifisere personer som var i behov for oppfølging av kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Situasjonen skulle drøftes i helseteamet, som kunne komme med råd til den eldres fastlege. I fase to skulle målgruppen utvides slik at den nye samhandlingsmodellen kunne prøves ut i større skala og danne grunnlag for et forskningsprosjekt. Eldre med egenrapporterte behov for hjemmebesøk skulle prioriteres. Det var imidlertid ulike syn i prosjektgruppen når det gjaldt kursendringen. I Haugesund kommune var en ikke tilhenger av for stor grad av kartlegging i hjemmebesøkene for å finne risikopasienter. Deres ambisjon gikk mer i retning av å bidra til trygghet og hjelpe de eldre til å bruke sine ressurser optimalt. Det videre arbeidet med prosjektet la til grunn skissen med de to fasene, men delingen syntes ikke å være hensiktsmessig. Hjemmebesøkene skulle gjennomføres i to kommuner, Haugesund og Bokn, som planlagt. Data fra kartleggingene skulle danne utgangspunkt for både evaluering og evt. forskningsstudier dersom den eldre samtykket til det. Ettersom forskningsdimensjonen var kommet tungt inn i prosjektet, ble det søkt prosjektgodkjenning fra regional etisk komite. Prosjektet ble ikke vurdert til å omfattes av helseforskningsloven, men måtte fremlegges personvernombudet.

Siste del av prosjektplanleggingen omfattet utarbeiding av kartleggingsverktøy, samtaleguide og diverse informasjonsskriv. I tillegg ble arbeidsrutiner i helseteamet beskrevet og dokumentasjonshåndtering klarlagt. Målgruppen for hjemmebesøk i Haugesund kommune ble endret til 77 år. I Bokn kommune skulle alle eldre over 75 år tilbys forebyggende hjemmebesøk.

”Helseteam for eldre” startet med forebyggende hjemmebesøk i mars 2011. Det var da gått ca 2 år siden prosjektet ble startet. Trygghetssykepleieren som først ble ansatt, valgte å slutte og to nye sykepleiere ble ansatt i Haugesund kommune, samt en sykepleier i Bokn. Benevnelsen trygghetssykepleier ble byttet ut med helseteamsykepleier.

”Helseteam for eldre” – samhandlingsmodellen

I dette kapitlet presenteres den endelige modellen av ”Helseteam for eldre”. Først vil målene for prosjektet presenteres, deretter følger en fremstilling av modellen med fokus på samhandlingspunktene. Kartleggingsverktøyet og risikovurderingen beskrives deretter.

Mål for prosjektet

Med utgangspunkt i erkjennelsen av at helsetjenesten i dag preges av for liten innsats for å fremme helse og begrense og forebygge sykdom (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009), har målsettingen for prosjektet vært å:

1. Forsterke den eldre mulighet og evne til å leve så godt som mulig til tross for evt. kronisk sykdom/funksjonsnedsettelse gjennom å fokusere på helsefremmende tiltak og sykdomsforebyggende tiltak.
2. Bidra til at eldre får rett behandling på rett sted til rett tid ved forverring av tilstanden
3. Forebygge unødvendige sykehusinnleggelser.
4. Skape gode møter for den eldre som får hjemmebesøk og oppfølging av personell som har opparbeidet kompetanse og lik forståelse for det geriatriske fagfeltet.
5. Forebygge funksjonssvikt og sykdom / forverring av eksisterende sykdom gjennom strukturert kartlegging, råd, veiledning og oppfølging.
6. Bidra til at den eldre opplever gode pasientforløp når de mottar tjenester både i kommune og helseforetak.

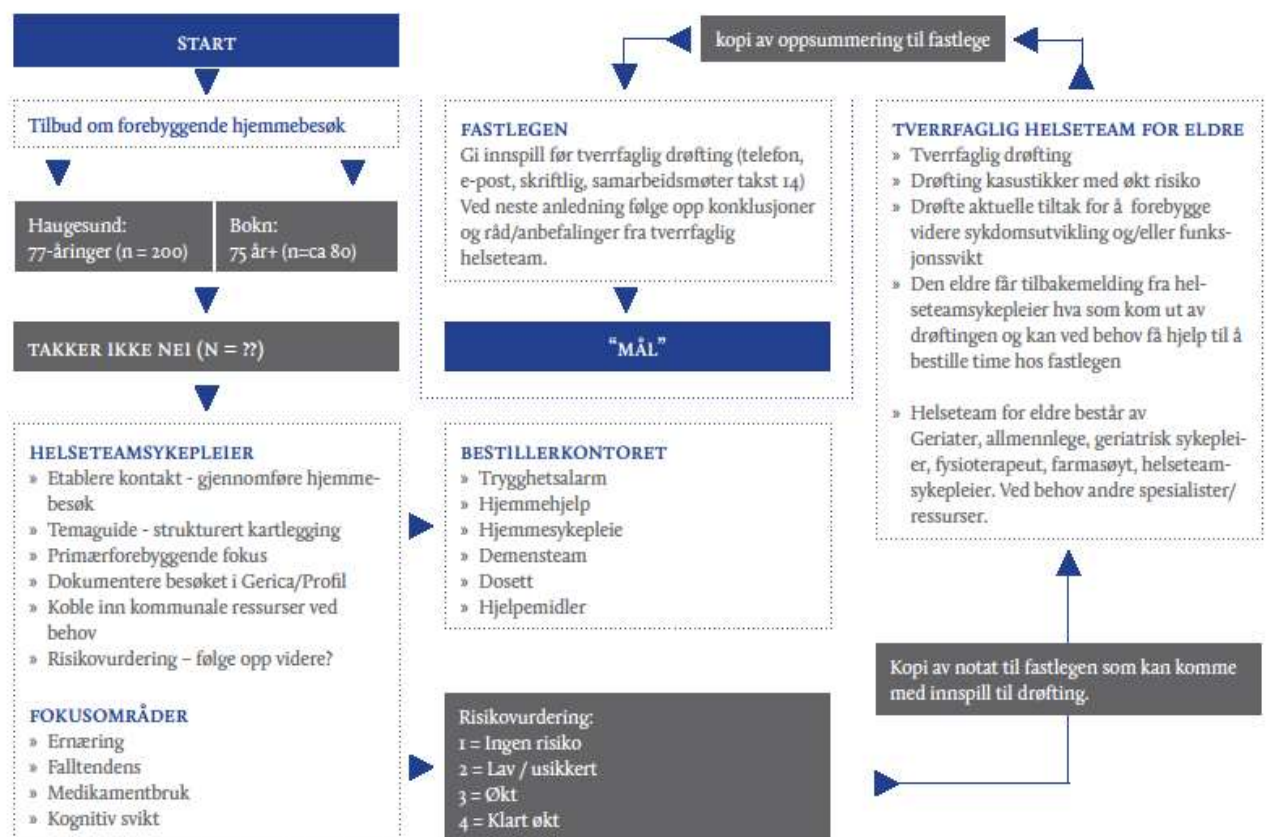
Presentasjon av modellen ”Helseteam for eldre”

Noe av det som er særmerkt for ”Helseteam for eldre” er at helseteamsykepleierne under hjemmebesøkene i tillegg til å gi de eldre generell helsefremmende veiledning, også gjør en systematisk kartlegging av helseressurser og helsetilstand ved hjelp av standardiserte tester. Denne kartleggingen danner grunnlaget for en risikovurdering som ved høg score fører til at den eldre sin situasjon, ved samtykke, blir tatt opp til en tverrfaglig drøfting av et team bestående av geriater, lege, farmasøyt, geriatrisk sykepleier, sykepleiere og fysioterapeut. Risikovurderingen danner også grunnlag for helseteamsykepleierne til å sende en oppsummering/rapport til den eldre fastlege med en invitasjon om å være med å drøfte situasjonen i det tverrfaglige teamet. Målet for den tverrfaglige drøftingen er å enes om et videre behandlingsopplegg i dialog med den eldre fastlege.

Et mål med modellen er å redusere antallet ”unødvendige” sykehusinnleggelses og å utsette behovet for dyre kommunale omsorgstilbud. Hjemmebesøket har ikke bare et primærforebyggende fokus gjennom opplysnings- og holdningsarbeid, men også et sekundærforebyggende fokus i form av å komme med forslag til tiltak som kan hindre at oppståtte helseproblem varer eller videreutvikles for den enkelte, og et tertiærforebyggende fokus gjennom å utvikle en modell tilpasset eldre i risikosonen, og som kan være med på å sikre et mer optimalt helsetilbud for disse.

Samhandling

Samhandlingsreformen omfatter i praksis alle typer samhandling mellom aktører i helsevesenet, med et mål om bedre samhandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009, 2009). Illustrasjonen under viser samhandlingsmodellen «helseteam for eldre» og de ulike samhandlingspunktene.



Grafikk: Erik Ombak/Tilde Frenn

Utgangspunktet for samhandlingen er hjemmebesøkene. Uavhengig av evt. behov som avdekkes, vil det skje en samhandling utløst av modellen. Samtalen med den eldre har et helsefremmende og forebyggende fokus. Samtidig foretar helseteamsykepleieren en kartlegging av så vel demografiske data som helsestatus. Kartleggingen vil i noen tilfeller avdekke behov for ulike tiltak fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten så vel som behov for hjelpemidler. Helseteamsykepleieren vil i så fall bidra med informasjon om hvordan den eldre skal gå fram for å få nødvendig hjelp, samt hjelpe til med å skrive søknader om nødvendig. Det kan også være aktuelt at helseteamsykepleieren tar direkte kontakt med demensteam, fysioterapeut, ergoterapeut osv og ber om vurdering av den eldre. Dette representerer samhandlingspunkter mellom helseteamsykepleieren og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Et nytt samhandlingspunkt defineres når helseteamsykepleier sender rapport til den eldre fastlege etter hjemmebesøket. Rapporten oppsummerer kartleggingen som er foretatt, og munnner ut i en risikovurdering. Dersom denne indikerer at det er fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall, blir fastlegen invitert til å delta i tverrfaglig drøfting av den eldre (og hans pasients) helsesituasjon. Fastlegens kan komme med skriftlige eller muntlige innspill, eller være tilstede ved drøftingen.

Fastlegen mottar alltid rapport når helseteamsykepleieren har vært på hjemmebesøk hos en av hans/hennes pasienter. Rapporten sendes uavhengig av om det foreligger risiko for sykdom / funksjonssvikt eller ikke. Dersom helseteamsykepleier er usikker på hvilket risikonivå den eldre kommer inn, under konfererer hun med helseteamlegen, geriater eller det tverrfaglige teamet for å avgjøre om det skal gjøres full tverrfaglig drøfting. Aktuelle samhandlingspunkter for helseteamsykepleieren i denne fasen er altså fastlege, helseteamlege, geriater og tverrfaglig team.

Et viktig prinsipp i samhandlingsreformen, er at legenes rolle skal tydeliggjøres og styrkes i kommunehelsetjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Det blir presisert at allmennlegene må få en tydeligere funksjon i samhandlingen rundt pasienten og delta mer i det forebyggende arbeidet. I prosjektet "Helseteam for eldre" forsøker en å tilrettelegge for dette ved at fastlegen inviteres til å delta i drøftingen. Hans/hennes samhandlingspunkter i denne modellen er i første rekke helseteamsykepleier og det tverrfaglige helseteamet. Det er i tillegg mulig å kontakte helseteamlege og geriater som "enkelstående ressurser". I tillegg vil det være aktuelt for fastlegen å samhandle med andre kommunale ressurser innen pleie- og omsorgstjenesten. Demensteam er eksempel på en aktuell samhandlingsinstans.

Helseteamets sammensetning

Til forskjell fra både Drammen og andre kommuner som tilbyr forebyggende hjemmebesøk, er hjemmebesøkene i Haugesund og Bokn implementert i en større sammenheng i og med at de er en del av, og utgår fra et tverrfaglig helseteam. "Helseteam for eldre" består av fagpersoner fra ulike profesjoner og deltakerne representerer både kommune- og spesialisthelsetjenesten. "Helseteam for eldre" består av:

Helseteamsykepleiere. (2 fra Haugesund kommune i 50 % stilling og 2 fra Bokn kommune i 20 % stilling). I Haugesund kommune ble helseteamsykepleierne ansatt i desember 2010. Det samme gjaldt for en av sykepleierne på Bokn. Den andre ble ansatt i august 2011.

Sykepleierne gjennomfører hjemmebesøkene, skriver rapporter til fastlegen og tar kontakt med fastlege eller helseteamlege dersom noe må avklares før neste møte i helseteamet.

Helseteamsykepleierne legger fram kasuistikkene for resten av helseteamet.

Allmenlege /prosjektleder i 40 %. Denne funksjonen var opprinnelig lyst ut som en PKO-lege. Underveis i prosjektplanleggingen ble funksjonen gjort om til helseteamlege og prosjektleder.

Geriater representerer spesialisthelsetjenesten i helseteamet. Samarbeider tett med helseteamlege og bidrar til å opparbeide kompetanse og lik forståelse for det geriatriske fagfeltet.

Fysioterapeut. Det ble utlyst en prosjektstilling som fysioterapeut/ ergoterapeut/ ernæringsfysiolog i 50 % stilling + 50 % deltagelse i prosjektet "Hindre fall blant eldre på sykehus". En fysioterapeut ble ansatt og har vært med i helseteamet fra mars 2011.

Geriatrisk sykepleier representerer spesialisthelsetjenesten og geriatrisk poliklinikk.

Sykepleieren deltok også i prosjektet "Pasientforløp til skrøpelige eldre".

Farmasøyt. Var opprinnelig ikke med i helseteamet, men tok selv initiativ til å få være med. Har vært med i helseteamet siden april 2011.

Kartlegging og risikovurdering

Utprøving av kartleggingsverktøyet inngår i hovedmålsettingen for prosjektet. *Temaguiden*, som er prosjektets eget navn på kartleggingsverktøyet, består av tre deler (Appendiks A). Del 1 går under betegnelsen "Den gode samtalen". Betegnelsen indikerer hvordan en ønsker samtalen og møtet med den eldre skal være. Følgende tema inngår i denne delen:

Bakgrunnsinformasjon

- Personalia
- Arbeidsbakgrunn og utdanning
- Hus og hjem
- IKT-vaner

Funksjon i dagliglivet

- Trim og aktivitet
- Funksjon i dagliglivet
- Hjelpemidler
- Kommunale tjenester
- Relasjoner og nettverk

Tanker om framtida

- Bolig
- Tanker om det å bli eldre

Del 2 handler om selve helsekartleggingen. Den starter med den eldres opplevelse av egen helsesituasjon og inneholder både den eldres subjektive vurdering og objektive mål. Samlet skal den gi et bilde av evt. risikofaktorer for sykdom eller funksjonstap. De fire fokusområdene gjenspeiles i både spørsmål og tester.

Helseproblemer

- Opplevelse av egen helse
- Balanse / falltendens
- Matvaner og ernæring
- Syn og hørsel
- Munnhygiene

- Fotstell
- Livsstilsvaner
- Søvn og hvile
- Hukommelse
- Smerte

Sykdommer

- Kjente sykdommer

Forbruk av helsetjenester

- Legebesøk/sykehusinnleggelse
- Alternativ medisin

Medikamentbruk

- Oversikt medikamenter
- Bivirkninger
- Naturmedisiner, alternativ medisin

Del 3 består av en oppsummering over helsefremmende og forebyggende tiltak. Denne skriftliggjøres for den eldre slik at de kan se tilbake på evt. råd og anbefalte tiltak. I tillegg gjøres en risikovurdering på bakgrunn av innsamlet informasjon og kartlegging (Se neste underkapittel). Til slutt trekkes en konklusjon i forhold til om det foreligger risiko og hvilket nivå. Samtykke til drøfting, evt. at den eldre ikke ønsker drøfting, refereres. Det samme gjelder samtykke i forhold til at informasjon fra den eldre kan brukes i forskningsøyemed. Det ble også utarbeidet en pårørende-temaguide for bruk i de tilfeller der ektefellen til den eldre har måttet gi alle opplysningene. Denne har vært i bruk i noen få tilfeller. Dataene fra disse besøkene inngår ikke i resultatpresentasjonen som følger rapporten. Disse besøkene har i hovedsak dreid seg om å gi råd og veiledning om å få nødvendig bistand i det kommunale hjelpeapparatet.

Risikovurdering

Inkludert i temaguiden er en strukturert vurdering av den eldres risiko for utvikling av sykdom og funksjonsfall. Kartleggingsverktøyet med risikovurderingen er utviklet som en del av prosjektet, og er basert på enkelte validerte tester og erfaringer fra både Danmark og Sverige der slike hjemmebesøk har vært gjennomført i flere år. Kartleggingsverktøyet er inspirert av "För eget hem" av Säätelä, S., Tast, A., Jungerstam-Mulders & Fagerström, L. (2006), men har blitt videreutviklet ved å inkludere tester som Barthel ADL-index (Saltvedt, et al. 2008), Oslo 3-SSS, SF-1 som bygger på SF-36 (Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B, 1993), Positive Life Orientation Scale (Pitkälä, Laakkonen, Strandberg, & Tilvis, 2004), MINI-COG (Borson, 2000), VAS-Scale for måling av smerter (Revill, Robinson, Rosen, & Hogg, 1976), en forkortet versjon av Bergs balanse skala (Bergland, Helbostad, Askim, 2004) og spørsmål som omhandler ernæring. Spørsmål om hvilke medisiner de eldre tar, blir stilt med tanke på polyfarmasi. Bruk av helsekostprodukter og reseptfrie legemidler blir også kartlagt. Målinger av blodtrykk, puls, KMI og høyde gjennomføres. I tillegg til den medisinske kartleggingen blir det også kartlagt forhold ved den eldres bo-situasjon og mulige hjelpebehov med tanke på tilrettelegging for å kunne bo lengst mulig i egen bolig.

Risikovurderingen består av 12 ulike subskala hvor hver skala representerer en risikofaktor i forhold til helse og funksjonsnivå: 1) Opplevelse av dårlig helse (Målt gjennom SF-1 og PLOS), 2) Lavt eller synkende funksjonsnivå (Målt gjennom Barthel ADL-index), 3) Ensomhet, uønsket alene (Målt gjennom Oslo 3-SSS), 4) Falltendens/svimmelhet (Målt gjennom BBS), 5) Nylig flyttet, 6) Sviktende syn og/eller hørsel, 7) Tap av nærmeste, 8) Ektefelle til kronisk syk, 9) Nylig utskrevet fra sykehus, 10) Mentale eller kognitive problemer (Målt gjennom Mini-Cog), 11) Mer enn 4 reseptpliktige medisiner, 12) BMI < 20 og/eller vekttap > 10 % kroppsvekt siste halvår.

På bakgrunn av kartleggingen blir den eldre gitt en score på en skala fra 0 til 5 på hver av risikofaktorene alt etter hvor stor betydning de har på den eldres hverdag, der 0 = *ikke aktuelt*, 1 = *Ingen betydning*, 2 = *Noe betydning*, 3 = *Moderat betydning*, 4 = *Stor betydning*, 5 = *Svært stor betydning*. Risikovurderingen blir dermed en skala som går fra 0 til 60, der høy score representerer økt risiko for utvikling av sykdom og funksjonsfall.

Helseteampsykepleier oppsummerer hjemmebesøket og gjør en risikovurdering basert på de 12 punktene. Totalskår og antall 5-ere i kombinasjon med sykepleiers eget skjønn, avgjør om den eldres helsesituasjon anbefales å tas opp til drøfting i det tverrfaglige helseteamet.

Risikovurderingen er inndelt i fire risikonivå. Tabell 1 viser inndelingen i risikonivå med handlingsbeskrivelse.

Tabell 1

Risikonivå	Beskrivelse
Risikonivå 1: 0 – 24 poeng	<i>”Ingen nærliggende fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Ingen tiltak nødvendig”.</i>
Risikonivå 2: 25 – 36 poeng	<i>”Usikkert om det er økt fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Usikkerhet kan skyldes at helseteamsykepleiers kliniske vurdering ikke samsvarer med lav risikoskår på den strukturerte kartleggingen eller at det til tross for lav totalskår er høy skår på enkelte punkter i risikovurderingen. Helseteamsykepleier konfererer (raskt og fortløpende) med helseteamet for å avgjøre om det skal føre til full tverrfaglig drøfting (oppjustering til risikonivå 3-4) eller nedjusteres til Risikonivå 1”.</i>
Risikonivå 3: 37 – 48 poeng	<i>”Økt risiko for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Kasuistikken drøftes i tverrfaglig helseteam”.</i>
Risikonivå 4: 49 – 60 poeng	<i>”Klart økt risiko for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Kasuistikken drøftes i tverrfaglig helseteam. Det bør vurderes andre tiltak etter behov”.</i>

Ved risikonivå 1 sendes det en rapport til den eldre fastlegen om at det er gjennomført et hjemmebesøk, men at kartleggingen ikke synliggjør noen fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall (Appendiks D). Risikonivå 2 har status som mellomdrøfting. Dette risikonivået fanger inn tvilstilfellene der helseteamsykepleierne har behov for å rådføre seg med helseteamet om det er nødvendig med full tverrfaglig drøfting. På bakgrunn av mellomdrøftingen blir risikovurderingen enten oppjustert til nivå 3 eller 4 eller nedjustert til nivå 1. Ved score under risikonivå 3 og 4, blir den eldre tilstand automatisk drøftet i det tverrfaglige teamet og nødvendige tiltak blir satt i verk. Fastlegen får tilsendt et brev med invitasjon til å være med i den tverrfaglige drøftingen (Appendiks E). I etterkant av drøftingen får fastlegen tilsendt en rapport med forslag om tiltak (Appendiks F).

Forberedelser

Prosjektleder introduserte tidlig i planleggingsfasen en dataløsning for informasjonsoverføring til alle i helseteamet. Det har muliggjort at deltakerne hele tiden har kunne være oppdatert om prosjektet både i forhold til framdrift, ansvarsområder, referater, informasjonslenker osv.

Før oppstart av hjemmebesøkene, ble det lagt ned et betydelig arbeid med å lage temaguiden for samtalen med de eldre. Temaguiden skisserer rammene både ved å synliggjøre formål og mål for besøket, samt hvilke områder som skal være hovedfokus. I tillegg inneholder den spørsmål som skal gi en del bakgrunnskunnskap om den eldre og spørsmål relatert til den Eldres helsesituasjon. Hensikten med å gjøre bruk av temaguide har vært å sikre at aktuelle emner belyses, slik at eldre både kan få relevante råd og at det kan være mulig å forebygge for sykdom eller funksjonsnedsettelse. En systematisk kartlegging slik det her blir lagt opp til, har vært i tråd med anbefalinger om å kartlegge et bredt spekter av den Eldres situasjon (Huss, et al., 2008). Gjennomgang av andre kommuners framgangsmåte og kartleggingsverktøy gav nyttige innspill til utforming av temaguiden. Utvelgelse av aktuelle screeningsverktøy for selve helsekartleggingen skjedde også med blick mot det Säätelä et.al (2006) har gjort tidligere.

Det ble laget retningslinjer for hvordan hjemmebesøkene skulle gjennomføres og gjort et grundig arbeid i forhold til utarbeidelse av informasjonsmateriell. Prosjektet ble omtalt både i aviser og i informasjonsblader som distribueres til alle husstander i regionen. Det ble også arrangert en temakveld på Bokn der prosjektet ble belyst og hovedfokusområdene presentert. Havnaberg seniorsenter deltok aktivt i markedsføringen av temakvelden.

I forberedelsene inngikk også å framskaffe oversikt over aktuelt informasjonsmateriell som kunne knyttes til spørsmål/tema i samtalen med de eldre. Det gjaldt ulike tilbud i kommunen og i frivillige organisasjoner, informasjon knyttet til forebygging av ulykker i hjemmet, ernæringsråd osv. Det ble også tatt kontakt med folkehelsekoordinatorerne i de respektive kommunene for om mulig å samordne tilbud og informasjon. I Bokn har helseteamsykepleierne formidlet ønsker fra de eldre underveis om aktiviteter som hører inn under folkehelsekoordinatorens område. I Haugesund har arbeidet til folkehelsekoordinatoren vært konsentrert om mer overordnede strukturer for organisering av virksomheten i den tiden prosjektet har pågått.

Før hjemmebesøkene startet fikk alle eldre i målgruppen tilsendt informasjon om prosjektet. I brosjyren "Til deg som får besøk av Helseteam for eldre" (Appendiks B), ble det redegjort for

hensikt, hvor lang tid hjemmebesøket ville ta, hvilke tema en ønsket å samtale med den eldre om, hvordan data fra samtalen skulle behandles videre, og at dataene også kunne danne grunnlag for en framtidig forskningsstudie dersom den eldre samtykket til det.

I Bokn og Haugesund kommune har praktiseringen av å avtale hvert enkelt hjemmebesøk vært noe ulik. Helseteamsykepleierne i Bokn har selv ringt til de eldre og avtalt tid for besøk. Som oftest har det bare tatt noen få dager fra avtalen er gjort til hjemmebesøket er foretatt. I Haugesund kommune startet helseteamsykepleierne med samme praksis som på Bokn. De erkjente imidlertid etter en tid at det gikk mye tid til å gjøre avtaler om besøk. I forbindelse med endring i ansettelsesforhold for en av sykepleierne, ble 25 % stilling gjort om til en merkantil ressurs. Sekretær på bestillerkontoret har innehatt denne stillingsbrøken og har overtatt organiseringen av hjemmebesøkene. Tiden fra besøket er avtalt og til det blir gjennomført i Haugesund kommune har som oftest vært en del lenger enn i Bokn. I Haugesund har tilbudet gått til 77 åringer mens det på Bokn har vært til alle over 75 år. Gjennomsnittsalderen har dermed blitt høyere på Bokn. En stor del av 77-åringene er travle pensjonister med mange gjøremål og det har tatt tid å få gjort avtaler.

Det ble laget plan for gjennomføring av tverrfaglige drøftinger hver 14.dag. Lokaler på sykehuset ble stilt til disposisjon og inneholdt mulighet for både telefon- og videokonferanse. Prosjektleder fikk ansvar for å være møteleder og skrive referater fortløpende inn i dataprogrammet.

Evalueringens rammeverk

Bakgrunnen for ”Helseteam for eldre” og modellen som ligger til grunn for det helsefremmende og forebyggende hjemmebesøket er nå beskrevet, og fokuset vil rettes mot evalueringen av prosjektet.

I prosjektbeskrivelsen (2010) heter det at det overordnede hovedmålet for prosjektet er å prøve ut en ny samhandlingsmodell med sikte på å:

- Forsterke den eldre mulighet og evne til å leve så godt som mulig til tross for evt. kronisk sykdom/funksjonsnedsettelse gjennom å fokusere på helsefremmende- og sykdomsforebyggende tiltak.
- Bidra til at eldre får rett behandling på rett sted til rett tid ved forverring av tilstanden.
- Forebygge for unødvendige sykehusinnleggelser.
- Skape gode møter for den eldre som får hjemmebesøk og oppfølging av personell som har opparbeidet kompetanse og lik forståelse for det geriatriske fagfeltet.
- Forebygge funksjonssvikt og sykdom / forverring av eksisterende sykdom gjennom strukturert kartlegging, råd, veiledning og oppfølging. Herunder å utvikle et kartleggingsverktøy.
- Bidra til at den eldre opplever gode pasientforløp når de mottar tjenester både i kommune og helseforetak.

Et naturlig mål for evalueringen vil være å undersøke hvorvidt prosjektet har lyktes med å nå målene. Ikke alle målene lar seg vurdere i forhold til måloppnåelse med mindre en benytter eksperimentelle metoder, noe som ikke har vært aktuelt i denne sammenheng. Vi har derfor valgt ut de målene som lar seg besvare ved hjelp av tilgjengelige metoder, som i dette tilfellet er kvalitative intervju med involverte aktører, kvantitativ brukerundersøkelse, kvantitative data samlet inn under hjemmebesøkene og feltnotat fra tverrfaglige drøftinger i helseteamet. Som et rammeverk for evalueringen har vi valgt å bruke Denvall & Vedung (2010) sin inndeling av vurderingskriterier til bruk i evalueringsforskning. De deler vurderingskriteriene inn i; *Aktivitetskriterier, Aktørkriterier og Økonomikriterier.*

- **Aktivitetskriterier:** Handler om måloppnåelse. I hvor stor grad har prosjektet oppnådd målene som er satt? Jamfør målene over.
- **Aktørkriteriet:** Også kalt deltakerkriteriet. Dette kriteriet omhandler brukerne eller de medvirkende aktørene sin kvalitetsoppfatning, forventninger eller opplevelse av prosjektet.

- **Økonomiske kriterier:** Kostnadskriteriet. Dette kriteriet handler om å gjøre kost-nytte analyse. F. eks hva koster det å drifte modellen i en gitt kommune? Gir hjemmebesøkene noen samfunnsøkonomisk gevinst?

Denne evalueringen vil avgrenses til problemstillinger knyttet til aktivitets- og aktørkriteriet. I tabell 2 under har vi satt inn hvilke problemstillinger vi ønsker å drøfte, fordelt etter type kriterium. I kolonnen til høyre står hvilken empiri vi vil bruke for å besvare de enkelte spørsmålene.

Tabell 2: Problemstillinger under aktivitetskriterier

	Aktivitetskriterier	Empiri
Problemstillinger:	1) I hvilken grad klarer en å forsterke den eldres mulighet til å leve så godt som mulig gjennom å fokusere på helsefremmende tiltak?	- Brukerundersøkelse - Intervju med ulike aktører i det tverrfaglige teamet
	2) Hvordan blir råd, veiledning og oppfølging gjennomført med tanke på å forebygge sykdom og forverring av eksisterende sykdom?	- Brukerundersøkelse - Intervju med ulike aktører i det tverrfaglige teamet - Feltnotat fra tverrfaglige møter
	3) Hvordan fungerer kartleggingsverktøyet	- Inter-rater reliabilitetstest av risikovurderingen - Intervju med helseteamsykepleierne
	4) Hvilke samhandlingspunkter er virksomme i modellen, og hvordan fungerer samhandlingen?	- Kartleggingsverktøyet - Intervju med ulike kommunale aktører - Feltnotat
	5) I hvilken grad kan en se kompetanseutveksling og kompetanseutvikling som følge av samhandlingsmodellen?	- Intervju med ulike aktører i det tverrfaglige teamet - Feltnotat

Tabellen over viser at det er fem problemstillinger som passer under aktivitetskriteriet, dvs. problemstillinger som er knyttet til prosjektets uttalte mål. For å få bruker- og aktørperspektivet med i evalueringen er det formulert to problemstillinger knyttet til dette kriteriet. Disse står i tabellen under.

Tabell 3: Problemstillinger under aktørkriteriet

	Aktørkriteriet	Empiri
Problemstillinger:	1) I hvilken grad oppleves hjemmebesøkene å ha nytteverdi for de eldre?	- Brukerundersøkelse - Intervju med ulike aktører - Kartleggingsverktøyet
	2) Hvordan oppleves samhandlingen som skapes gjennom modellen?	- Intervju med ulike aktører

Problemstillingene vil ikke bli drøftet i den rekkefølgen de står i tabellene. Det overordnede fokuset i evalueringen vil ligge på samhandlingen og samhandlingspunktene mellom kommune, helseforetak og høgskole. Det er først og fremst problemstillingene som omhandler hvordan samhandlingspunktene fungerer i modellen, og problemstillingen knyttet til kompetanseutvikling og kompetanseutveksling i et samhandlingsperspektiv som vil legges vekt på. Hvordan det nyutviklede kartleggingsverktøyet har fungert, vil også bli evaluert.

Metode

Evaluering av prosjekter følger ofte de samme metodiske grepene som for forskning. Kravene til evaluering er at det skal gjøres en grundig vurdering, og at det må redegjøres for veien fram til resultatene (Denvall og Vedung, 2010). Vurderingen av virksomheten eller intervensjonene, er en viktig del av evaluering, og den må være både systematisk og metodisk.

Denne evalueringen bygger både på kvalitative og kvantitative data. Kvantitative data er hentet fra kartleggingsverktøyet og en post-basert spørreundersøkelse sendt ut til alle som mottok hjemmebesøk under prosjektperioden. En inter-rater reliabilitetsstudie ble også gjennomført for å vurdere kartleggingsverktøyets pålitelighet. Kvalitative data består av intervju av alle aktørene i det tverrfaglige helseteamet, intervju med forskjellige representanter fra Haugesund kommune og feltnotater tatt under møtene i det tverrfaglige helseteamet.

Valg av metode er styrt av problemstillingene, og en eklektisk tilnærming ligger derfor til grunn. Vi ser det som en fordel å benytte oss av forskjellige metodiske innfallsvinkler da ulike metoder også har sine ”lenser” eller perspektiv å se gjennom. En kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder kan gi oss et mer helhetlig bilde av det vi skal undersøke. Noe av kritikken mot å blande både kvalitative og kvantitative metoder i samme studie er at det vitenskapsfilosofiske grunnlaget for disse tilnærmingene ikke er forenlige (Blaikie, 1991). Vi velger derimot å innta en mer pragmatisk tilnærming. Gjennom kvalitativ metode er det lettere å oppdage tilsiktede og utilsiktede virkninger av prosjektet, mens en gjennom kvantitativ metode kan en tallfeste resultater som følge av prosjektet. Gjennom å kombinere, kan de kvalitative data være med på å gi mening til tallene fra de kvantitative undersøkelsene.

Etikk

”Helseteam for eldre” er et kvalitetsutviklingsprosjekt vurdert av Regional Etisk Komité (REK) og godkjent med konsesjon fra Datatilsynet med Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD) som personvernombud. Deltakelse i prosjektet er frivillig og all informasjon som blir samlet inn anonymiseres og behandles konfidensielt. De ble informert om at en har mulighet til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi grunn. Innsamling av data ved bruk av kartleggingsverktøyet, er gjort med skriftlig samtykke fra de eldre (Appendiks C).

Datainnsamlingen i forbindelse med evalueringen av prosjektet er meldt og godkjent som et eget prosjekt av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S (Appendiks E). De som ble førespurt om å være informanter gjennom å la seg intervju, og respondenter gjennom deltakelse i en spørreundersøkelse, ble i et informasjonsskriv informert om formålet med evalueringen, at det var frivillig å delta og at all informasjon ville anonymiseres og behandles konfidensielt.

Utvalget som mottok forebyggende hjemmebesøk

Før hjemmebesøkene ble formelt startet opp, ble kartleggingsverktøyet pilotert. Totalt ble det gjennomført åtte pilot-besøk. Erfaringer fra disse ble brukt til se hva som måtte justeres både i forhold til rutiner, temaguide og den delen som gikk på helsekartleggingen. Erfaringene ble diskutert og evaluert av et samlet helseteam. Som følge av pilotundersøkelsene ble det gjort noen endringer i rekkefølgen på spørsmålene for å få bedre flyt i samtalene med de eldre.

Utvalget i Haugesund kommune

Et brev med invitasjon til å delta i prosjektet ble i februar 2011 sendt ut til alle 77 åringene i Haugesund kommune (Appendiks B). Bruttoutvalget var på 177 personer. I brevet ble det informert om at det var frivillig å delta, og at en måtte ringe et oppgitt telefonnummer hvis en ville reservere seg mot hjemmebesøket. Totalt valgte åtte personer å ringe å reservere seg. Det resterende utvalget ble på et senere tidspunkt kontaktet via telefon for å avtale dag og tid for gjennomføring av hjemmebesøket. For de eldre som ikke hadde telefon, ble henvendelse gjort i brev form. Ved telefonhenvendelse valgte ytterligere 53 personer å takke nei. I løpet av prosjektperioden var det syv eldre som døde før hjemmebesøket ble gjennomført, syv fikk langtidsplass på sykehjem/eldresenter og en som ble behandlet for alvorlig sykdom over en lengre periode. Disse ble ekskludert fra bruttoutvalget. Syv personer har verken svart på telefon eller henvendelse via brev. Årsakene til dette er ukjent. Det er mulig at noen tilbringer lengre perioder i utlandet, eller at de nylig har skiftet adresse og at de derfor ikke nås. Vi har også valgt å ekskludere disse syv fra bruttoutvalget. Nettoutvalget ble derfor på 155 personer. Av disse valgte 94 personer å motta hjemmebesøk. Dette gir oss en deltakerprosent på 61 prosent i Haugesund kommune ($n=94$).

Utvalget i Bokn Kommune

Den samme prosedyren med utsendelse av invitasjon til å delta i prosjektet ble gjennomført i Bokn kommune. I Bokn kommune ble alle eldre over 75 år invitert til å bli med i prosjektet.

Bruttoutvalget var 82 personer. Her valgte ingen aktivt å reservere seg etter å ha fått invitasjonen i posten. Ved telefonhenvendelse for å avtale hjemmebesøk reserverte likevel syv personer seg. I Bokn var det åtte personer i utvalget som hadde langtidsplass på sykehjem, to som døde under prosjektperioden og en som nylig var flyttet fra kommunen. Alle disse ble ekskludert fra bruttoutvalget. Nettoutvalget ble derfor på 71 personer. Av disse valgte 62 personer å takke ja til hjemmebesøk. Dette gir oss en deltakerprosent på 87 prosent i Bokn kommune ($n = 62$).

Det samlede nettoutvalget for de to kommunene er på 226 personer. Den samlede deltakerprosenten for de to kommunene ble derfor 69 prosent.

Data samlet inn gjennom hjemmebesøkene ved hjelp av kartleggingsverktøyet, er blitt plottet inn i en database og analysert ved bruk av statistikk programmet SPSS. Noen av disse data vil bli brukt i evalueringen.

Spørreundersøkelse

Alle eldre som hadde takket ja til å være med i prosjektet "Helseteam for eldre" og som hadde fått tilbud om hjemmebesøk, fikk i ettertid tilsendt en spørreundersøkelse i posten. I et medfølgende informasjonsskriv ble de informert om hensikten med undersøkelsen og at det var frivillig å delta. Det ble også informert om at undersøkelsen var anonym og at den var meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD).

Utsendelsen av spørreskjemaet begynte i begynnelsen av mars 2012 (Appendiks G). Det ble ikke sendt ut skjema til deltakere der pårørende hadde fylt ut guiden, eller der det ikke hadde blitt gitt samtykke til å delta i forskningsprosjektet. Bruttoutvalget ble derfor noe redusert ($N = 150$). Det vi ønsket å få besvart gjennom spørreundersøkelsen var om hjemmebesøket hadde ført til noen endringer i forhold til helse og livsstil, og i hvilken grad de eldre hadde fulgt opp de rådene som eventuelt ble gitt under hjemmebesøket. Spørsmålene ble stilt for å kunne evaluere hjemmebesøkene sin forebyggende og helsefremmende funksjon. Respondentene ble også spurt om hvor nyttig de opplevde hjemmebesøket og om de kunne tenke seg fremtidige hjemmebesøk dersom de hadde fått tilbud om det.

Bruttoutvalget var 150 eldre. Tre konvolutter sendt til deltakere bosatt i Bokn kom i retur, derfor ble nettoutvalget $N = 147$. Totalt valgte 51 prosent å svare på brukerundersøkelsen ($n = 76$). Det var noe ulik svarprosent mellom de to kommunene: Svarprosenten for Haugesund var 57 prosent og for Bokn 40 prosent. En mulig årsak til denne ulikheten kan være at

utvalget i Bokn bor mer landlig og har lengre vei til postkontor eller postkasser for å returnere svarkonvoluttene. En annen faktor kan være at utvalget i Bokn er eldre og dermed kan ha større vanskeligheter med å komme seg ut av huset for å postlegge svarkonvoluttene. En kost-nytte vurdering gjorde at vi valgte å ikke gjennomføre noen purrerunder.

Av de 76 eldre som valgte å svare var 74 prosent fra Haugesund kommune, og 26 prosent fra Bokn kommune. Kjønnsfordelingen var noenlunde jevn, med en liten overvekt av kvinner: 56 prosent kvinner mot 44 prosent menn.

Kvalitative intervju

Det ble gjennomført 15 intervju med aktører både i det tverrfaglige helseteamet og i kommunen. Det ble sendt skriftlig forespørsel til de aktuelle informantene. Til fastlegegruppen ble det sendt en påminning etter to uker, for å få et ønsket antall informanter. 4 fastleger lot seg intervju og vi mottok uoppfordret et brev med synspunkter fra en lege. Målsettingen var 5 intervju. Vi valgte å gjøre gruppeintervju med helseteampsykepleierne. Et gruppeintervju skiller seg fra et fokusgruppeintervju ved ikke å oppfylle alle de formelle kravene til deltakerantall, sammensetning og antall grupper, men det kan likevel være inspirert av fokusgruppeteknikk (Malterud, 2011). Deltakerne fikk spørsmål til innhold og gjennomføring av både hjemmebesøk og de tverrfaglige drøftingene. I intervjuet ble deres erfaringer vektlagt.

En del av spørsmålene i intervjuene gikk igjen til alle informantene, og noen var spesifikke for enkeltaktører eller grupper (Appendiks F). Varigheten av intervjuene varierte fra ca 15 min. til 1 time. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert.

Det metodiske grunnlaget for analysen av de kvalitative intervjuene bygger på det Malterud (2011) kaller *systematisk tekstkodensering*. Dette er en metode som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, samtidig som den har likhetstrekk med prosedyren i Grounded Theory. Denne metoden skal i følge Malterud (2011:96) være: ”...godt egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener som beskrives i et materiale fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper”. Metoden bygger på Giorgis fire trinn i analyseprosessen: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette.

I den første fasen av analyseprosessen hvor målet er å danne seg et helhetsinntrykk og å finne temaer, understreker Malterud (2011) betydningen av å legge sin forforståelse og teoretiske

referanseramme til side. Dette ser vi viktigheten av å tilstrebe siden vi har hatt andre roller knyttet til prosjektet under prosjektperioden. Deltagelse både ved tverrfaglige drøftinger og i møter med prosjektdeltakerne, vil kunne prege vår forforståelse i møte med datamaterialet. I den neste fasen handler det om å finne de meningsbærende enhetene, det vil si tekstbiter som kan gi kunnskap om de ulike temaene som blir identifisert i den første fasen i analyseprosessen. Når hele teksten er gjennomgått blir så disse enhetene kodet, noe som gjør det mulig å samle de ulike meningsbærende enhetene under de ulike temaene. I den tredje fasen er målet å trekke ut eller abstrahere den kunnskapen som ligger under hvert av temaene, noe som kan gjøres ved hjelp av å skrive sammenfatninger av innholdet. Denne sammenfatningen danner utgangspunktet i resultatpresentasjonen, som er modellens fjerde fase.

I tillegg til data fra intervjuer, bygger analysen også på feltnotater fra deltakelse i tverrfaglige helseteam drøftinger og andre møter. Deltakelsen har gitt innblikk i hvordan hjemmebesøkene har vært gjennomført og hvordan de tverrfaglige drøftingene foregår. Ikke minst har det gitt informasjon om prosessen underveis og om hvordan samhandling foregår i teamet og med andre aktører. Posisjonen som deltakende observatør framfor observerende deltaker, skyldes at Høgskolens bidrag i prosjektet har blant annet vært å komme med innspill underveis. Helt konkret har det handlet om å legge fram resultater fra forskning omkring hjemmebesøk, og bidra med vurderinger underveis.

Inter-rater reliabilitetsstudie av risikovurderingen

I tidsrommet april-mai 2012 gjennomførte to og to helseteampsykepleiere hjemmebesøkene til et utvalg 78 åringer i Haugesund kommune ($n = 20$). Dette utvalget ble rekruttert på tilsvarende måte som utvalget 77 åringer, men en gjorde en tilfeldig utvelgelse der en supplerte med nye navn helt til en hadde 20 deltakere. De som takket ja til å delta ble informert om at det var frivillig, og at informasjonen som ble samlet inn ville bli behandlet konfidensielt. De ble også opplyst at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt uten å oppgi grunn.

Inter-rater reliabiliteten viser til korrelasjonen eller den prosentvise enigheten mellom observasjonene til to eller flere observatører gjort på et og samme måleinstrument, og sier noe om påliteligheten en kan ha til data samlet inn ved bruk av verktøyet. Sterk korrelasjon eller høy enighet mellom de to observatørene sin skåre indikerer høg reliabilitet. Det er viktig i utviklingen av et instrument å undersøke inter-rater reliabiliteten for å avdekke om det er

subjektiv bias i måten det blir scoret på. Tilfredstillende inter-rater reliabilitet er med på å øke reproduserbarheten og objektiviteten i bruken av verktøyet, og høy reliabilitet er en forutsetning for instrumentet sin validitet.

De fire involverte helseteamsykepleierne ble delt inn i par-kombinasjoner slik at alle fikk gjennomføre hjemmebesøk med hverandre. Totalt får en da seks ulike par-kombinasjoner. Helseteamsykepleierne ble instruert i hvordan de skulle gjennomføre studien, hvor de uavhengig av hverandre skulle på bakgrunn av innsamlet informasjon gjennom temaguiden fylle ut risikovurdering og risikoscore. Totalt ble 20 hjemmebesøk gjennomført som en del av denne studien.

Studien ble meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S (NSD).

Resultat og drøfting

For å gjøre framstillingen oversiktlig, vil resultatpresentasjonen og drøftingen følge hvert av de fire hovedkapitlene:

- 1) Strukturerte hjemmebesøk
- 2) Kompetansebase og diskusjonsarena
- 3) Dialog og relasjon
- 4) Samhandling og samhandlingsutfordringer

De ulike problemstillingene skissert under kapitlet ” evalueringens rammeverk” vil bli trukket inn under de ulike kapitlene.

Strukturerte hjemmebesøk

I dette kapitlet rettes søkelyset mot hjemmebesøkene og hvordan disse ble gjennomført.

Problemstillinger som blir drøftet er:

- I hvilken grad klarer en å forsterke den eldre sin mulighet til å leve så godt som mulig gjennom å fokusere på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak? (Aktivitetskriteriet)
- Hvordan blir råd, veiledning og oppfølging gjennomført med tanke på å forebygge sykdom og forverring av eksisterende sykdom? (Aktivitetskriteriet)
- I hvilken grad oppleves hjemmebesøkene å ha nytteverdi for de eldre? (Aktørkriteriet)
- Hvordan fungerer kartleggingsverktøyet? (Aktivitetskriteriet)

Hensikten med hjemmebesøkene har både vært å virke helsefremmende og forebyggende.

Målene har vært å få kunnskap om den Eldres selvopplevde helse kombinert med kartlegging av risikofaktorer for sykdom eller funksjonstap.

Å balansere mellom helsefremming og forebygging

De ulike aktørenes subjektive opplevelse danner grunnlag for å få svar på i hvilken grad helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak forsterker den Eldres mulighet til å leve så godt som mulig. I intervju med helseteamsykepleierne kom det frem at de synes det først og fremst har vært svært positivt å besøke de eldre. De er i all hovedsak blitt tatt godt i mot, og selv om noen har vært litt skeptiske til tilbudet og ment de har vært for friske, har de likevel uttrykt at det har vært nyttig.

Alvsvåg (2012) viser til at helsefremming og sykdomsforebygging ofte omtales sammen, og at det kan være vanskelig å få øye på forskjellen. Temaguiden som anvendes ved hjemmebesøkene, innledes med å presisere at kartleggingsverktøyet skal brukes ved ”helsefremmende og forebyggende arbeid”. Det primærforebyggende fokus vil i denne sammenheng være at den eldre selv blir oppmerksom på eventuelle helserisikoer og egne ressurser for å mestre eksisterende eller mulige helseplager. Det sekundærforebyggende fokus er at eldre som har sykdom eller har utviklet funksjonstap, kan få den hjelpen de trenger. Gammersvik (2012, s.101) drar skillet mellom de to begrepene ved å si at *helsefremming har helse, velvære og livskvalitet som mål, og en leter etter det som kan gjøre at helsen blir styrket*. Sykdomsforebygging på sin side, har utgangspunkt i problem, og målet er å forhindre sykdom og funksjonstap (Mæland, 2010). Slik begrepene ’helsefremming’ og ’sykdomsforebygging’ kort redegjøres for i temaguiden, kan en si at både helse og sykdom er mål for hjemmebesøkene. En av helseteampsykepleierne gir uttrykk for hvordan hun ser sammenhengen mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak:

Vi kan snu en situasjon. For eksempel ved lekkasjeproblemer og samtidig bruk av en del Furosemid. At de kan få en bedre livskvalitet. Er ikke det helsefremmende?

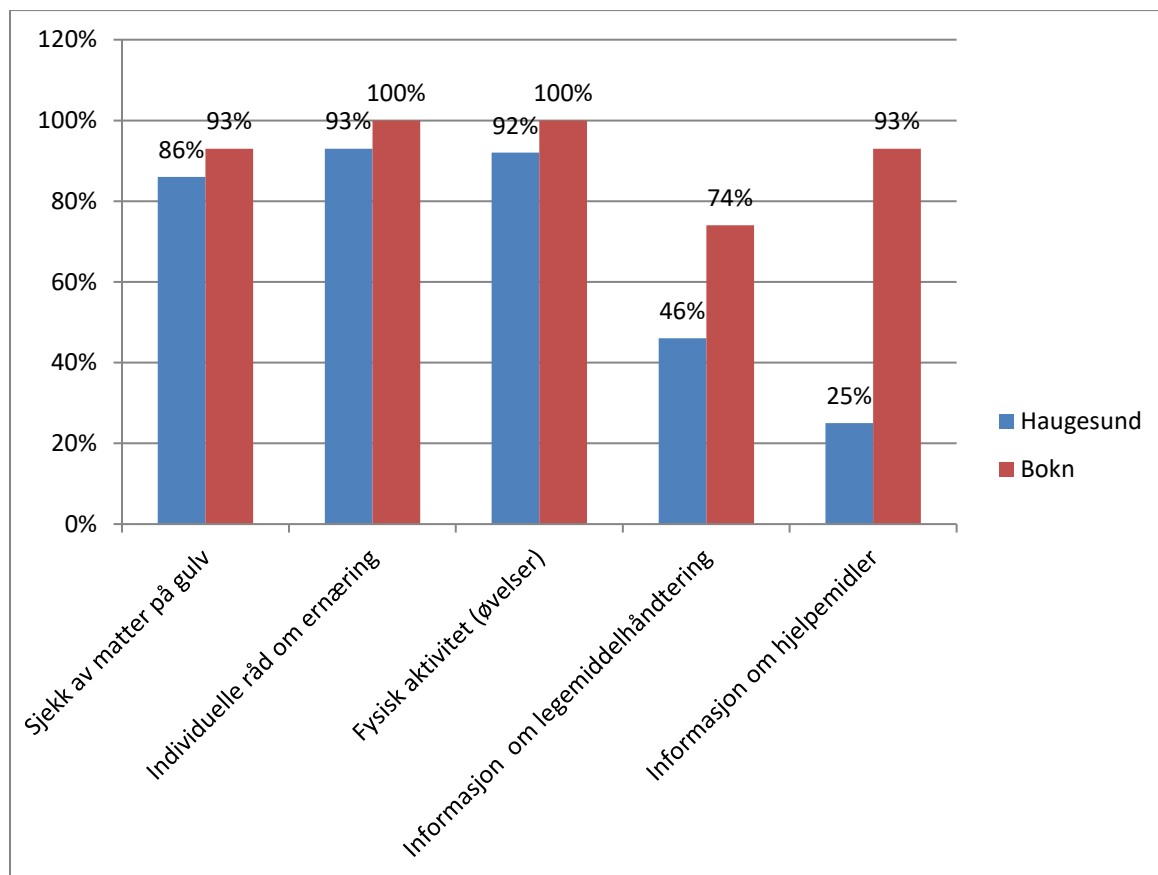
I sykepleie er det den konkrete pasientsituasjonen en tar utgangspunkt i. Denne tilnærmingen blir benyttet også i hjemmebesøkene. Behovene til de eldre er utgangspunkt. I dette tilfellet uttrykker sykepleieren at ”veien mot helsefremming” går gjennom å fokusere på det medisinske. I den tverrfaglige drøftingen ble problemstillingen drøftet og det ble anbefalt å justere på medisineringsen. Alvsvåg (2012) hevder at rent analytisk er det mulig å behandle helsefremming og sykdomsforebygging både som komplementære men også som hierarkiske fenomen. Sitatet over kan ses på som et uttrykk for at sykdomsforebygging rommer helsefremming.

Det helsefremmende aspektet i hjemmebesøkene knyttes til mye av informasjonen som gis den eldre. Helseteampsykepleierne forteller også at de har vært bevisste på å rose de eldre for det de gjør for å opprettholde god helse. De Smedt (2011) fant i sin masteravhandling at det var av betydning for de eldre å bli sett og bekreftet på det de investerte i egen helse.

Informasjon formidles underveis i samtalen / kartleggingen, slik at den følger det som er tema til enhver tid. På samme måte flettes råd og veiledning inn. Sykepleierne har gitt uttrykk for at de prøver å være observante på at både informasjon og råd/veiledning avpasses og tilpasses slik at den enkelte kan oppleve det som relevant. Thornquist (2009) understreker betydningen av å vektlegge kommunikasjonen mellom partene i helsesammenhenger, og hevder at en ofte

tar for gitt hvem som skal lære av hvem. Den ulike erfarings- og kunnskapsbakgrunnen bør legges til rette for at en kan lære av hverandre og at en kan lære forskjellige ting.

Med bakgrunn i at ernæringsproblemer, falltendens, kognitiv svikt og polyfarmasi er valgt som hovedfokusområder, har råd og veiledning i stor grad vært knyttet til disse. Figuren under viser hvilken aktuell informasjon er gitt til eldre i de to kommunene.



Figur 1: Prosentfordeling (n=144).

På spørsmål om hvordan helseteamsykepleierne synes at helsefremming og forebygging balanseres i samtalen med de eldre, svarer de at de har et stort fokus på helsefremming under hjemmebesøkene. Utviklingen synes å ha gått i den retningen:

Fokus har endret seg fra å være litt for mye på sykdom og mer mot helsefremming, for vi ser hvor viktig det er.

Vi fokuserer på det friske, det den eldre klarer selv.

Det er den jobben jeg gjør når jeg er i hjemmet som er den helsefremmende biten.

Den helsefremmende tenkningen ser ut til å dominere også i andre kommuner som tilbyr hjemmebesøk til eldre (Drammen kommune, 2009, Trondheim kommune, 2011). Samtidig opplever helseteamsykepleierne også at noen ønsker å snakke om sykdom, og at det gjerne kan oppfattes som naturlig og forventet når en sykepleier kommer på besøk. Ved hjelp av

temaguiden prøver de å ”utsette” det som har med sykdom å gjøre til de kommer til helsekartleggingsdelen mot slutten av besøket.

Helsekartleggingen som er en viktig del av hjemmebesøkene, har blitt gjort til gjenstand for oppmerksomhet fra flere hold. Denne kartleggingen er knyttet til det sekundærforebyggende fokuset, og tidsmessig brukes ca. halve tiden til dette. Motforestillingene som er reist, kommer i hovedsak fra profesjonelle aktører og handler om at kartleggingen er for omfattende og dermed trekker fokuset bort fra det helsefremmende fokuset. En av informantene sier:

Diverse målinger drar de eldre inn i en opplevelse av å bli undersøkt.

I Danmark, som gjerne ses på som et foregangsland i nordisk sammenheng, er tendensen å nedtone kartleggingen mot å la samtalen ta utgangspunkt i de eldres egne ønsker (Nielsen og de Bang, 2010). Det finnes likevel en del ”standard-emner” en skal gjennom i løpet av samtalen. I tillegg utføres det tester, men det varierer hvilke som er aktuelle ut fra den enkeltes situasjon. Standardiseringene kan derfor oppfattes å ikke være så tydelig som i ”helseteam for eldre”. Det foreligger synspunkter fra intervjuene med kommunale aktører om at hjemmebesøkene bør konsentrere seg om helsefremming og overlate det som har med sykdomsforebygging til det ”ordinære” helsevesenet. Fra Sverige foreligger en rapport som viser at de eldre satte pris på at hjemmebesøket også innbefattet en helsekontroll (Karp et.al, 2010). De eldre selv har ikke uttrykt misnøye med helsekartleggingen, men noen har kommentert at de synes det er mange spørsmål totalt sett. Ikke alle har ønsket at det ble gjennomført spesifikke tester, og takket dermed nei til dette.

Helseteamsykepleierne har fortalt at de har vært på hjemmebesøk der tidlig intervensjon har vært aktuelt. ’Tidlig intervensjon’ kan romme både sekundærforebyggende og tertiærforebyggende tiltak. Prosjektets formål er da også å sikre at eldre som har sykdom eller har utviklet funksjonstap skal få den hjelpen de trenger og helseteamsykepleierne ser det som viktig å kunne ta affære med ting før det utvikler seg i gal retning. En av sykepleierne uttrykker seg slik når hun begrunner hvorfor sykdomsforebygging noen ganger kan bli et hoved-fokus:

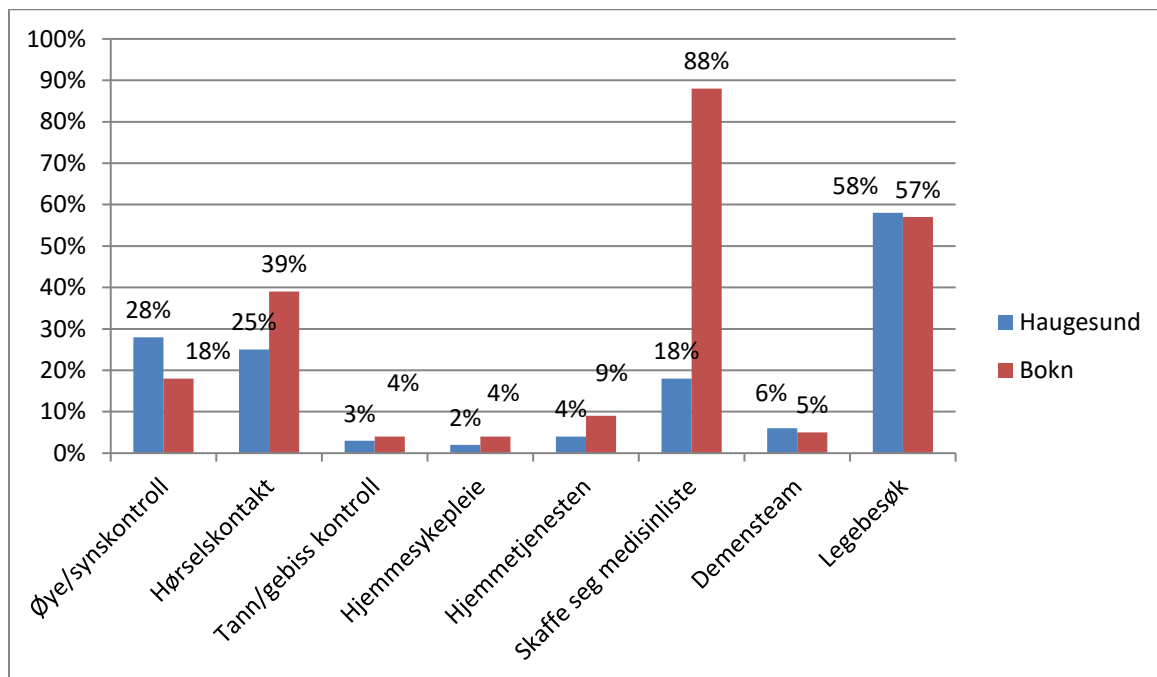
Vi må jo stoppe noe som er galt. Vi kan ikke legge en lapp på det og liksom lappe igjen og håpe det holder.

Eksempel på slike forhold kan være eldre med dårlig regulert diabetes.

Helseteamsykepleierne har ved flere tilfeller sett at god blodsukkerkontroll har vært fraværende og at eldre slurver med ernæringen. Både kostveiledning og oppfordring om å ta

blodsuktermåling blir da gitt. Samtidig gis oppfordring om å drøfte slike forhold med fastlegen.

Dersom det avdekkes forhold som bør utredes nærmere for å forebygge funksjonsnedsettelse eller lignende, hjelper helseteamsykepleieren den eldre med å søke om aktuelle tjenester eller de gir råd om videre behandling. Figur 2 viser hvilke anbefalinger til videre behandling og andre tjenester som blir gitt under hjemmebesøkene.



Figur 2: Prosentfordeling (n=144).

Figur 2 viser at for mellom 2-6 prosent av hjemmebesøkene blir det gitt anbefalinger til enten å søke om hjemmesykepleie, hjemmetjeneste eller demensteam. Seks av ti blir anbefalt å ta kontakt med fastlegen, og mellom 20 og 40 prosent blir anbefalt å ta øye/synskontroll eller ta kontakt med hørselskontakt. I Bokn er nesten ni av ti anbefalt å skaffe seg medisinliste.

Når en skal innom mange tema i samtalen og utføre målinger og tester, vil det også være en avveining om hvor mye et hjemmebesøk "kan tåle". Å utføre tester som ledd i helsekartleggingen kan være utfordrende og må skje med varhet, slik at den eldre ikke opplever det ubehagelig. Sykepleierne er opptatt av at de eldre selv skal oppleve besøket som nyttig og at det skal være et godt møte med en representant fra kommunen og helsevesenet. De som føler de har behov for hjelp, må få veiledning til å finne ut av hvilke tilbud de kan forvente å få i sin kommune, det være seg hjelpemidler, hjemmehjelp, trygghetsalarm,

dagsenter osv. Gode kunnskaper er en forutsetning for både å kunne gi råd, veilede og gjøre en vurdering av den eldre situasjon.

Helseteampsykeleierne opplever at det å gjøre strukturerte hjemmebesøk er krevende. Det er et uttalt mål at hjemmebesøket skal bære preg av å være en samtale og ikke et intervju mellom den eldre og helseteampsykeleieren.

Det er ikke bare å snu plata for hvert nytt hjemmebesøk. Du møter mennesker og du møter situasjoner.

Både personen og situasjonen må tas hensyn til og det kan faktisk oppleves som en "kunst" å vinne tillit og få til en kommunikasjon som både ivaretar den en besøk og som gir nødvendig informasjon. Thornquist (2009) problematiserer informasjonsformidling ved å trekke fram at helsepersonell ofte selv definerer hva det skal informeres om. Hun understreker at behovet for å forstå og skape mening er sentralt for alle, og et viktig aspekt ved informasjon er at den også skal tjene til å redusere usikkerhet. Bevissthet rundt dette er svært viktig for å forebyggingsaspektet ikke skal bli for dominerende.

Det forekommer at helseteampsykeleierne blir møtt med en spørrende holdning i forhold til den jobben de gjør og om det *bare* handler om et besøk. En av sykeleierne sier at hun noen ganger opplever at andre ser på henne som en selskapsdame. Slike synspunkt kunne romme et helsefremmende perspektiv på bakgrunn av at mange eldre er ensomme, men i denne sammenheng er de oppfattet som uvitenhet om hva hjemmebesøkene handler om.

Flertallet av de som er spurt om synspunkter på forebyggende hjemmebesøk stiller seg positive til denne virksomheten. Flere av fastlegene som er intervjuet, uttrykker at de synes det er en god ordening som gir et helhetlig bilde av den eldre. Å komme utenfra å ikke ha et behandleransvar for personen, ses på som bra. Hvordan en kan nå flest mulig og også de som takker nei, ses imidlertid på som en utfordring.

Helseteampsykeleierne har ved flere anledninger opplevd at de eldre har tatt kontakt i etterkant av besøket. Det har vist seg viktig å ha "noen" å henvende seg til for spørsmål. Det har også hendt at helseteampsykeleierne har kontaktet den eldre i tilfeller der det har vært behov for hjelp eller oppfølging. På den måten søker de å sikre at de eldre får hjelp ved en evt. forverring av tilstanden.

Helseteampsykeleierne på Bokn har i varierende grad på forhånd hatt kjennskap til de eldre de har besøkt. Det har ikke bydd på problemer, men i forhold til tidsbruk har det i noen tilfeller vært litt utfordrende. Samtidig sier helseteampsykeleierne i Haugesund at å komme hjem til ukjente krever også tid. Et felles inntrykk er at de eldre setter pris på at det blir avsatt tid til å

prate. Tidsregistreringer gjort av samtlige gjennomførte hjemmebesøk viser at gjennomsnittstiden for et besøk er ca 1 time og 50 min, der det raskeste har tatt 60 min og det lengste 180 min. En ser noe variasjon mellom helseteampsykepleierne i forhold til tidsbruk. Planlegging og etterarbeid kommer i tillegg da både rapport til lege og dokumentasjon i kommunens pasientjournal følger av hvert hjemmebesøk.

Å motta hjemmebesøk

Det at hjemmebesøket gir tid og rom for samtale, er noe de eldre også selv framhever som positivt med hjemmebesøket. Noen av kommentarene gitt i et åpent felt i spørreundersøkelsen illustrerer dette:

”Jeg satte stor pris på den lange og gode samtalen”

”Det var fint å bli ”sett”, slik føltes det i hverdagen”

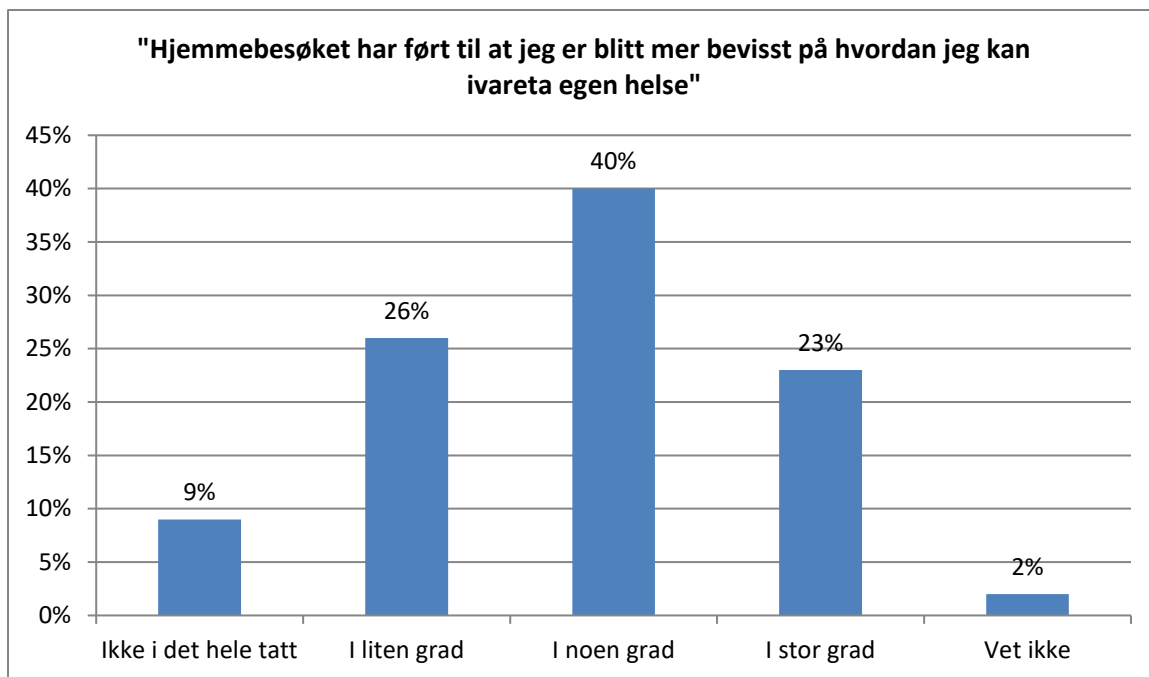
”Det var en veldig koselig person som var her. Det jeg spurte om fikk jeg svar på. Det var veldig godt å tenke på at vi blir hørt”

Stikkord som *”å bli sett”, ”gir trygghet”* og at *”det offentlige bryr seg”* går igjen som positive kommentarer. Enkelte har skrevet i et åpent kommentarfelt at de ikke føler seg i målgruppen for denne typen hjemmebesøk fordi helsen er såpass bra. To utsagn som reflekterer denne holdningen er:

”Jeg er 78 år og klarer meg godt selv. Jeg hadde et hyggelig besøk i januar, men ut i fra det, og pr. i dag har jeg ikke behov for hjelp”.

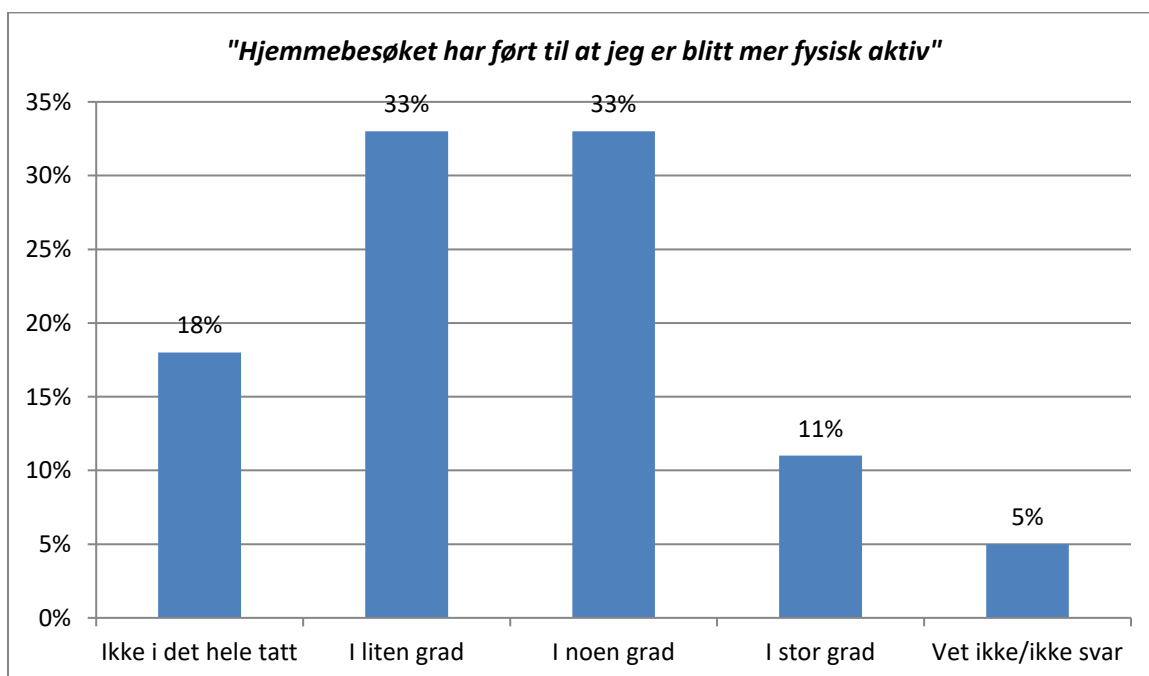
”Jeg fikk ikke så mange råd, da jeg er en frisk 78 åring som trimmer to ganger i uken og spiser sunt”.

Gjennom spørreundersøkelsen ønsket vi blant annet å få svar på om hjemmebesøkene hadde lykkes med å viderefremme empowerment- dimensjonen i det helsefremmende arbeidet. I dette ligger blant annet å dyktiggjøre (”enabling”) den enkelte til å ivareta egne interesser, i dette tilfellet sin egen helse. De eldre ble derfor bedt om å svare på om hvorvidt de var blitt mer bevisst på hvordan de kan ivareta egen helse og hvor vidt hjemmebesøket har ført til det de føler seg mer selvhjulpen. 63 prosent svarte at de i noen grad eller i stor grad var blitt mer bevisst på hvordan de kan ivareta egen helse (figur 3), mens 45 prosent svarte at de i noen grad til i stor grad føler seg mer selvhjulpen. En indirekte faktor for å kunne føle seg selvhjulpen er å ha kjennskap til tjenestetilbudet i kommunen slik at en kan nytte seg av dette ved behov. Som følge av hjemmebesøket svarte 84 prosent av de spurte at hjemmebesøket hadde ført til at de vet mer om tilbudet i kommunen.



Figur 3: Prosentfordeling (n =74).

Et annet ønske med spørreundersøkelsen var å vite om hjemmebesøket hadde ført til økt helsefremmende atferd. De eldre ble derfor spurt om hjemmebesøket hadde ført til at en var blitt mer fysisk aktiv. Figuren under viser at 44 prosent svarer at hjemmebesøket har ført til at de i noen grad eller i stor grad er blitt mer fysisk aktiv.



Figur 4: Prosentfordeling (n=76).

Som en del av evalueringen ønsket vi å vite noe om hvorvidt de eldre som fikk råd har fulgt rådene. Figur 1 side 40 viste hvilke råd helseteamsykepleierne gav om videre behandling eller oppfølging. Tabellen under viser hvilke av de mest vanlige rådene som er blitt gitt, hvor stor prosentandel som svarer at de har fått rådene, og hvor stor prosentandel av de som har fått råd som har fulgt rådet.

Tabell 4

Råd	Prosentandel som fikk råd	Prosentandel av de som fikk råd som svarer at de har fulgt rådet
Råd om fysisk aktivitet	80 %	80 %
Råd om hvordan unngå å falle	59 %	89 %
Råd om ernæring	74 %	83 %
Råd om økt væskeinntak	72 %	92 %
Råd om medisinliste/dosett	57 %	71 %
Råd om aktuelle hjelpemidler	58 %	73 %
Råd om å bestille hørselkontroll	42 %	50 %
Råd om synskontroll	54 %	74 %
Råd om å oppsøke fastlege	64 %	90 %

Tabellen over viser at relativt mange svarer at de har fått de ulike rådene. De aller fleste har fått råd om fysisk aktivitet (80 prosent) og råd om ernæring/økt væske inntak (ca.70 prosent). Mellom 70 og 90 prosent av de som har fått råd svarer at de har fulgt opp rådene. Dette gjelder for de fleste råd, utenom det å bestille hørselkontroll. Her er tallet 50 prosent.

Dette kan tyde på at helseteamsykepleierne kommer i en posisjon der de oppnår tillit, og at de eldre lytter og er villig til å følge de råd og anbefalinger som de kommer med. Dette vitner om at en gjennom hjemmebesøkene har en mulighet til å kunne veilede den eldre befolkningen i forhold til helse og livsstil, både gjennom å gi råd, men også gjennom å bevisstgjøre og legge til rette for at de eldre selv kan ta de rette helsefremmende valgene.

Selv om ikke alle føler at de hører til i målgruppen, viser spørreundersøkelsen at seks av ti opplevde hjemmebesøket i stor eller svært stor grad som nyttig, og syv av ti ønsker flere slike hjemmebesøk dersom de hadde fått tilbud om det.

Muliggjøring for forskning

I forberedelsen av prosjektet "helseteam for eldre" ble det vektlagt at hjemmebesøkene og kartleggingen skulle dokumenteres på best mulig måte. Det skulle gi et godt grunnlag for evaluering og anbefalinger om hvorvidt denne samhandlingsmodellen kan anbefales videre.

I tillegg var en langsiktig målsetting at data samlet gjennom prosjektet, skulle lede til et eller flere forskningsstudier.

Det er ikke gjort noen systematisk evaluering av forebyggende hjemmebesøk i Norge.

Tilbudet preges av både variasjon i tilnæringsmåte, organisering og tiltak. Studier fra andre land viser sprikende resultater, men det finnes som nevnt innledningsvis, forskning som viser at denne type virksomhet kan ha positive effekter. Det er imidlertid utfordrende å måle effekt av forebyggende tiltak og det gjenstår fortsatt forskning på hva som gir positive resultater (Fagerström, et al., 2008). Fokus i flere av studiene som er utført, har vært rettet mot sykdomsforekomst og færre innleggelses i institusjon, økt levealder og fall i funksjonsnivå (Huss et al., 2008). Det pågår en norsk studie som retter søkelyset mot innhold, erfaringer og opplevd nytteverdi, både fra et brukerperspektiv og fra helsevesenets perspektiv (Tøyen, et al., 2011). En mastergradsoppgave fra UiT belyser seniorers opplevelse av forebyggende hjemmebesøk, og undersøkte om et slikt tilbud kunne bidra til å fremme seniorennes helse (De Smedt, 2011).

Det har hele tiden vært intensjon om å evaluere prosjektet og at samhandlingspunktene skulle være gjenstand for evalueringen. Ambisjonene hos flere i prosjektgruppen har imidlertid vært større. Gjennom å være systematisk ved både hjemmebesøk, kartlegging og drøfting, ønsket en å få kunnskap om hva som er de beste triggerpunktene for å kunne gå inn og gjøre en innsats for å hindre at den eldre utvikler sykdom eller funksjonsfall. Data skulle innhentes både gjennom en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming. Den systematiske datainnsamlingen skulle rettes mot individnivå ved å gjøre en grundig kartlegging av den eldre. Videre skulle den fungere som en rettesnor for den kliniske vurderingen gjort i hvert enkelt hjemmebesøk. I tillegg skulle den også være rettet mot hele målgruppen, ved at helsekartleggingen kunne danne et datagrunnlag om populasjonsgruppen av hjemmeboende eldre. Dette ville i så fall være unikt i norsk sammenheng. Som et grunnlag for å gjøre den systematiske datainnsamlingen, ble det dermed utarbeidet et kartleggingsverktøy.

Hvorvidt tilrettelegging for forskning skulle inngå som en del av prosjektet ”helseteam for eldre”, har vært gjenstand for diskusjoner. Fortsatt ser det ut for å være ulike meninger:

Jeg er usikker på hvor mye forskning kommunen skal drive

Selve kartleggingsverktøyet oppfattes ulikt, alt etter hvem en spør. Helseteampsykepleierne opplever det som et godt verktøy, og at det gir en god struktur for samtalen. Etter hvert som de er blitt kjent med temaguiden, klarer de å løsrive seg noe fra rekkefølgen i spørsmålene og i stedet følge den Eldres initiativ i samtalen. At kartleggingsverktøyet er systematisk i form av

avkryssninger og lite fritekst, ses på som en kvalitetssikring av de dataene som innhentes. Validerte tester skal også sikre at resultatene er til å stole på. Samtidig har en erfart at noen spørsmål ikke gir særlige utfall i forhold til å vurdere helserisiko og anses derfor som unødvendige.

Hovedinntrykket hos de som ikke har et inngående kjennskap til temaguiden er at den er veldig omfattende. Det er få som er godt orientert om innholdet, men selve utformingen og størrelsen på dokumentet skaper en del negative assosiasjoner. Samtidig sier enkelte fastleger at rapportene de mottar fra hjemmebesøkene, vitner om en helhetlig og grei tilnærming. I helseteamet råder en oppfatning om at temaguiden kan krympes noe. En revidering av temaguiden er ved dags dato under utarbeidelse, og vil være tilgjengelig høsten våren 2013. For å kunne si noe om påliteligheten til kartleggingsverktøyets risikovurdering, ble det gjennomført en inter-rater reliabilitetstest.

Vurdering av temaguidens inter-rater reliabilitet

Inter-rater reliabiliteten viser til korrelasjonen eller den prosentvise enigheten mellom observasjonene til to eller flere observatører gjort på et og samme måleinstrument, og sier noe om påliteligheten en kan ha til data samlet inn ved bruk av verktøyet. Sterk korrelasjon eller høy enighet mellom de to observatørene sin skåre, indikerer høy reliabilitet. Det er viktig i utviklingen av et instrument å undersøke inter-rater reliabiliteten for å avdekke om det er subjektiv bias i måten det blir scoret på. Tilfredstillende inter-rater reliabilitet er med på å øke reproduserbarheten og objektiviteten i bruken av verktøyet, og høy reliabilitet det er en forutsetning for instrumentet sin validitet.

For å evaluere risikovurderingens pålitelighet ble en inter-rater test gjennomført. Totalt ble det gjennomført 20 hjemmebesøk der to og to helseteampsykepleiere gjorde hver sin risikovurdering uavhengig av hverandre på bakgrunn av samme observasjon/samtale. Cohen's Kappa (κ) ble regnet ut som et mål på enighet mellom helseteampsykepleierne. I følge Landis & Koch (1977) er en Kappa-verdi på $\kappa < 0.00$ = dårlig (poor), $\kappa = 0.00-0.20$ svak (Slight), $\kappa = 0.21-0.40$ noenlunde (Fair), $\kappa = 0.41-0.60$ moderat (moderate), $\kappa = 0.61-0.80$ substansiell (Substantial) og $\kappa = 0.81-1.00$ nærmest perfekt (almost perfect). Tabell 5 viser Kappa verdier for de 12 subskalaene og for plassering i risikonivå.

Tabell 5 Inter-rater reliabilitetsanalyse

Subskala for risikovurdering	Cohen`s Kappa
1. "Opplevelse av dårlig helse"(SF-a, PLOS)	$\kappa = .802$
2. "Lavt eller synkende funksjonsnivå" (Barthel)	$\kappa = .776$
3. "Ensomhet, uønsket alene (OSLO-3 SSS)	$\kappa = .285$
4. "Falltendens/svimmelhet" (BBS)	$\kappa = .703$
5. "Nylig flyttet"	-----
6. "Sviktende syn og/eller hørsel"	$\kappa = .762$
7. "Tap av nærmeste"	$\kappa = .519$
8. "Ektefelle til kronisk syk"	$\kappa = .710$
9. "Nylig utskrevet fra sykehus"	$\kappa = .318$
10. "Mentale eller kognitive problemer" (Mini-cog)	$\kappa = .839$
11. "Mer enn 4 reseptpliktige medisiner"	$\kappa = .842$
12. BMI < 20 og/eller vekttap > 10 % kroppsvekt siste halvår	$\kappa = .727$
<hr/>	
1. Plassering i risikonivå	$\kappa = .912$

(n = 20 observasjoner/Hjemmebesøk med to observatører)

Tabell 5 viser at åtte av de tolv subskalaene har en kappa-verdi på over 0.70, noe som i følge Landis og Koch (1977) vitner om en substansiell enighet og som kan betraktes som tilfredstillende med tanke på inter-rater pålitelighet. For tre av subskalaene var Kappa-verdien såpass lav at en må betrakte disse som utilfredsstillende. Subskalaen "Nylig flyttet" lot seg ikke regne ut pga lite variasjon. Trolig var dette en ukjent problemstilling for utvalget og derfor ingen variasjon i skåre.

Når det gjelder enigheten i plassering i risikonivå er den nærmest perfekt ($\kappa = .912$). Dette vitner om at selv om det kan være variasjon på subskala nivå slutter observatørene i svært stor grad likt når det gjelder den endelige vurderingen i forhold til risiko.

De subskalaene som kommer dårligst ut er: "Ensomhet, uønsket alene", "Tap av nærmeste" og "Nylig utskrevet fra sykehus". Hvorvidt disse bør utbedres, bør vurderes selv om det ikke

ser ut til at det svekker inter-rater reliabiliteten i forhold til plassering i risikonivå. En mulig årsak til at det er mye subjektiv "bias" for disse tre subskalaene kan skyldes uklar oppfattelse av hva som ligger i skalaenes innhold og hvordan en skal vekte bedømmelsen av observasjonene i forhold til i denne. Noe overraskende er det at "Ensomhet, uønsket alene" får så lav Kappa-verdi siden denne skalaen bygger på det standardiserte verktøyet OSLO-3 SSS. Selv om det er enkelte subskalaer som viser utilfredsstillende inter-rater reliabilitet, skårer plassering i forhold til risikonivå svært høyt når det gjelder inter-rater reliabilitet. Dette betyr at kartleggingsverktøyets risikovurdering gir lite rom for subjektive "bias", og at det er høy grad av sannsynlighet at to trente helseteampsykepleiere vil komme frem til den samme konklusjon når det gjelder risikonivå på bakgrunn av risikovurderingen.

Helseteampsykepleierne synes at risikoscoringen i mange tilfeller har vært utfordrende. De uttrykker at "magefølelsen" ikke alltid stemmer med det risikonivået kartleggingen oppsummeres til. Denne "uoverensstemmelsen" er gjort til gjenstand for drøfting i helseteamet en rekke ganger. Oftest handler det om at risikonivået blir for lavt i forhold til det inntrykket sykepleierne sitter igjen med. Det kan synes nødvendig å kombinere risikoscoren med klinisk skjønn, og både gi uttrykk for dette i rapport til lege og foreta en såkalt mellomdrøfting med lege /geriater i helseteamet for å avgjøre om kasuistikken skal videre til drøfting. Ved gjennomgang/revidering av temaguiden vil også risikoscoringen bli gjenstand for vurdering.

Oppsummering/ diskusjon

Problemstillingen knyttet til hvorvidt en klarer å forsterke den eldres mulighet til å leve så godt som mulig gjennom å fokusere på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, krever et langt mer omfattende forskningsdesign enn det denne evalueringen har rammer for. Gjennom en enkel spørreundersøkelse til de eldre har en imidlertid fått et inntrykk av hvordan de oppfatter hjemmebesøkene og nytten av dem. Spørsmålene kan knyttes til helsefremming ved at en etterspør om de eldre er blitt mer bevisst på hvordan de kan ivareta egen helse og om de også er blitt noe mer aktive. I en helsefremmende tenkning vil helsepersonellets bidrag være å hjelpe til slik at den enkelte ved hjelp av egne ressurser kan klare å ha kontroll på det som påvirker helsen (Tveiten, 2012).

Rådene de eldre har mottatt, oppgis i relativt stor grad å være fulgt. Rådene er knyttet til fokusområdene for hjemmebesøket og er knyttet til kunnskap om eldre og risikofaktorer for eldre. Slik sett kan de sies å ha en medisinsk "forankring" og har kanskje en mer forebyggende funksjon. Det har imidlertid ikke eksistert noe skarpt skille mellom hva som er helsefremmende og hva som er forebyggende i hjemmebesøkene. Praktiseringen samsvarer

med det Alvsvåg (2012) hevder er en "vanlig" oppfatning, nemlig at det er to sider av samme sak.

Hvorvidt effekten av informasjon og råd, vil vare ved, er usikkert. Det har kun vært gjort et hjemmebesøk, og en oppfølging av de eldre ville kunne si noe om hvordan den Eldres helsetilstand utvikler seg. Samtidig vet en at kommunikasjon inneholder langt mer enn informasjonsoverføring, og en bør ha et reflektert forhold til hvor mye vekt "saksopplysninger" skal ha kontra andre måter å bygge opp under både handlingsevne og mulighet for å klare seg (Thornquist, 2009). Et slikt perspektiv er viktig all den tid hjemmebesøkene skal både ha et helsefremmende og en forebyggende hensikt.

Helsekartleggingen knyttes til et sykdomsforebyggende fokus, men oppleves ikke å dominere hjemmebesøket. Kartleggingen har ført til at ca 24 prosent av de eldre er blitt drøftet i det tverrfaglige helseteamet (se figur 113 side 74 i Appendix G). Innvendingen mot kartlegging har vært at det tar fokus bort fra helsefremmende tiltak, og at det ordinære helsevesenet og fastlegene er bedre i stand til å ta hånd om de Eldres helsetilstand. At fokuset på helsefremming blir borte i kartleggingen, er en påstand sykepleierne ikke kjenner seg igjen i. De mener at de har et helsefremmende fokus gjennom å fokusere på de ressursene de eldre har og hvordan de i enda større grad kan utnytte disse for å opprettholde god helse. Uttalelse om at "*det var fint å bli sett*" kan tolkes å underbygge en helsefremmende retning.

Temaguiden bidrar, slik helseteamsykepleierne ser det, til at definerte og viktige forhold for eldre omtales i samtalen og de bruker den gjerne som en disposisjon. Til forskjell fra andre steder hvor utgangspunktet er de Eldres ønske for samtaletema, kan hjemmebesøkene i regi av helseteam for eldre oppfattes å bli *styrt* av helseteamsykepleierne. Det trenger nødvendigvis ikke skape ubalanse i forholdet mellom helsefremming og sykdomsforebygging. Dersom definisjonen av hva som er viktig å samtale om ligger kun hos helsepersonell, underkjenner en imidlertid de Eldres erfaringer og kompetanse (Thornquist, 2009). De eldre er ikke spurt om sin vurdering av selve innholdet i samtalen og om de fikk snakke om det de ønsket. Det ville vært av stor interesse for utforming av framtidige hjemmebesøk og sammenligne hjemmebesøk etter denne modellen kontra andre modeller som har mindre fokus på kartlegging/helsekartlegging.

Resultat fra helsekartleggingen viser at 95 prosent av de eldre har minst en sykdom diagnostisert av lege (figur 96 side 62 i Appendix H). Tall som framkommer i St.meld. 47(2008-2009), (2009:41) viser at innlagte pasienter over 75 år har i gjennomsnitt 3 diagnoser. Når en i tillegg vet at en av tre faller minst en gang i året fra 65 års alderen og at

det både mentale og fysiske endringer kan påvirke falltendensen (Pettersen, 2002), vil en kartlegging av ulike forhold kunne virke forebyggende for en negativ utvikling. Det vil likevel være viktig å være oppmerksom på at det gjerne kan være en betydelig forskjell på helsepersonellens og de eldres oppfatning av hva som er god helse. Faglige vurderinger av hva som er mulig å gjøre noe med, samsvarer ikke alltid med den eldres aksept av ”tingens tilstand”. Det vil derfor være et skjæringspunkt mellom hva som er mulig å gjøre sett med helsepersonellens øyne og faren for å påføre den eldre ”uhelse”.

Pettersen og Wyller (2005) gir avslutningsvis i sin kartleggingsundersøkelse om forebyggende hjemmebesøk noen anbefalinger for videre utvikling. Det handler om å ta i bruk instrument for dokumentasjon slik at data fra de eldre kan følges systematisk ved gjentatte besøk. Videre anbefaler de å dokumentere rutiner både for det som gjøres av intervensjoner hos de eldre og av forberedelser og ”saksbehandling” rundt hjemmebesøket. Bruk av kartleggingsverktøyet i dette prosjektet kan synes å følge anbefalingene, og dokumentasjonen som utføres vil kunne tjene til både å følge den enkelte, men også til å kunne anspore til forskning. Kommunene vil i tillegg kunne dra nytte av en del data for planlegging og tilrettelegging for viktige forhold knyttet til eldres helse og muligheter for å kunne bo i egen bolig.

Risikovurdering viser tilfredsstillende inter-rater reliabilitet i forhold til plassering i risikonivå ($\kappa = .912$), men enkelte subskala bør revideres som følge av lav inter-rater reliabilitet.

Helseteampsykepleierne synes at risikoscoringen i mange tilfeller har vært utfordrende. De uttrykker at ”magefølelsen” ikke alltid stemmer med det risikonivået kartleggingen oppsummeres til. Oftest handler det om at risikonivået blir for lavt i forhold til det inntrykket sykepleierne sitter igjen med. Det kan synes nødvendig å kombinere risikoscoren med klinisk skjønn, og både gi uttrykk for dette i rapport til lege og foreta en såkalt mellomdrøfting med lege /geriater i helseteamet for å avgjøre om kasuistikken skal videre til drøfting.

Risikovurderingens validitet bør derfor undersøkes nærmere.

I den siste rapporten fra Ankestyrelsens undersøkelse av forebyggende hjemmebesøk i Danmark (2010:20), anbefales besøkene å inneholde en *strukturert, helhedsorientert samtale, hvor den ældres forhold i al almindelighed bliver gennemgået, og eventuelle spørgsmål bliver drøftet*. Også her ser en at struktur og helhetsorientering er sentralt.

Temaguiden gir fort et inntrykk av en ”streng” struktur, men helseteampsykepleierne mener de klarer å la de ulike kartleggingstemaene komme i ”naturlig rekkefølge”. Det nye i Danmark er at i flere kommuner benyttes det ulike screeningsverktøy alt etter hvilken risikogruppe den

eldre er i. Dette har ikke vært aktuelt foreløpig i dette prosjektet. De eldre har imidlertid fått bestemme om de vil gjennomføre enkelte tester.

Ordningen med forebyggende hjemmebesøk er blitt tilbudt definerte målgrupper. Det er blitt uttrykt bekymring i forhold til at det sannsynligvis vil være en del eldre som takker nei, men som ville hatt nytte av et slikt tiltak. Et inntrykk av årsakene til at en ikke ønsker hjemmebesøk, kan støtte en slik bekymring til en viss grad. I Danmark har en prøvd å være mer ”offensiv” når det gjelder tilbudet til personer en definerer som særlig utsatte (Nielsen og de Bang, 2010). Fra fastlegehold er det ytret ønske om at forebyggende hjemmebesøk gjerne kunne ”rekvireres” ved grunn til bekymring. I slike tilfeller vil muligens et sykdomsforebyggende perspektiv være det dominerende, men det kunne likevel bidratt til å utsette f.eks innleggelse i sykehus eller institusjon.

Kompetansebase og diskusjonsarena

Utdanning og kompetanseutvikling blir ansett for å være svært viktig for å nå samhandling-reformens målsettinger. Det at tjenestetilbudet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og utvikles, innebærer også at kompetanse i den kommunale tjenesten må styrkes (St.meld.47 (2008-2009) ,2009).

Dette kapitlet er rettet inn mot spørsmålet om i hvilken grad en kan se kompetanseutvikling som følge av den samhandlingsmodellen som helseteam for eldre representerer. Intervju med aktører i det tverrfaglige teamet, intervju med ulike kommunale aktører samt feltnotat fra drøftingene i helseteamet danner grunnlag for denne redegjørelsen.

Kompetanseutvikling som følge av tverrfaglig drøfting

Et eksempel på en kasuistikk skal få innlede kapitlet:

(sammenfattet)

xx år kvinne

Gift, bor i enebolig

Trappeheis til kjeller, klarer seg bra i hjemmet

Dårlig selvopplevd helse, nedsatt førlighet, smerter hofter og knær

Falt 11 cm i høyde, mestrer alderdommen dårlig

Diabetes , Høyt blodtrykk, hyperkolesteremi, hofteoperert, store smerter, urinsyregikt, kneprotese.

VAS 5-6

Minicog 3/5

Oppsummering: Polyfarmasi og osteoporose

Vurdering og råd:

Bør ha osteoporosebehandling.

Statiner gir ofte myalgier hos eldre, og det bør kanskje vurderes å trappe ned / seponere denne da det er så liten dose der den kliniske verdien kanskje er usikker.

Dersom ikke dette reduserer smertene nok, kan det vurderes å intensivere smertebehandlingen, da smertene har stor betydning for hennes nedsatte funksjon i hverdagen.

Høy HbA1c kan tyde på at hun ikke er tilstrekkelig behandlet for sin diabetes. Er overvektig, kan kanskje henvises diabetes mestringskurs på LMS?

Kan være fornuftig gjøre 24 BT-måling. Er bradykard og i kombinasjon med osteoporose har hun høy risiko for brudd ved fall/svimmelhet.

Kognitiv funksjon: Smerter og lett depresjon kan senke nivået. anbefaler at fastlege kan følge opp f.eks. med MMS eller minicog.

Fastlegen anbefales å ta tak i disse tingene, og kan selvsagt konferere med geriater underveis.

Dersom kompleksiteten er (for) stor er det også en mulighet å henvise til en elektiv innleggelse for medikamentgjennomgang og videre utredning kognisjon etc.

I selve helseteamet finner det sted både en klinisk samhandling og profesjonell samhandling. Ved gjennomgang av kasuistikken, drøftes den eldre helsestatus med bakgrunn i kartleggingen som helseteam sykepleieren har foretatt. De ulike deltakerne i helseteamet bidrar i drøftingen ut fra sin kompetanse og erfaring. Dette kan sies å være en klinisk samhandling.

Den profesjonelle samhandlingen skjer ved kompetanseoverføringen som skjer i de tverrfaglige drøftingene. Det skjer dels gjennom undervisning og dels gjennom at de ulike deltakerne bringer sine synspunkt inn i drøftingen. Dette favner sykdomsforebyggende tiltak og behandling, men også ved at helsefremmende tiltak drøftes. Feltnotater og spørsmål til sykepleierne viser at det sykdomsforebyggende aspektet er det dominerende, og at drøftingsmøtene er en arena for først og fremst dette. Undervisning skjer oftest på bakgrunn av aktuelle problemstillinger som for eksempel hva som kjennetegner ulike former for kognitiv svikt. Medikament interaksjoner blir ofte belyst, samt medikamentoverfølsomhet hos eldre personer. Svakheter og styrker og ved ulike tester diskuteres, og erfaringer fra andre prosjekt blir brakt inn i drøftingen. Ikke minst er bruken av kartleggingsverktøyet viet stor oppmerksomhet for at kartleggingen skal bli så god som mulig. At helseteamet er tverrfaglig gjør at fokuset også favner "ikke-medisinske" tema som informasjon om aktuelle aktivitetstilbud og ulike ressurser rettet mot eldre. Det helsefremmende fokuset har fått større fokus også i drøftingene. Prosjektleder har bidratt aktivt til dette.

Betydningen av at personell som arbeider med denne type virksomhet får et visst grunnlag av faglig oppdatering og undervisning understrekes av Vass et al.(2005). I en studie gjennomført over 3 år, ble det satt fokus på den kompetansen og forutsetningene som skulle være til stede for å kunne bidra til økte funksjonsnivå hos målgruppen. Formålet var å undersøke hvorvidt undervisning av så vel sykepleiere/ forebyggende medarbeidere og leger kunne medvirke til flere aktive leveår for de eldre. I undervisning ble det vektlagt at helsepersonalet skulle ha en helhetlig tilnærming til den eldre situasjon, der både sosiale, psykiske og fysiske elementer skulle inngå. Måling av funksjonsevne skulle inngå og tidlige tegn på funksjonstap skulle følges opp. Legene fikk også undervisning med vekt på geriatriske og gerontologiske emner. Et viktig budskap til legene var å ta alle henvendelser fra de forebyggende hjemmebesøkene alvorlig. Resultatet av disse intervensjonene var at blant hjemmeboende 80 åringer ble undervisning av de forebyggende medarbeiderne assosiert med en bedre funksjonsevne hos de eldre 3 år fram i tid. Der leger også hadde fått undervisning, var det en ytterligere effekt.

Et av målene for prosjektet helseteam for eldre er at de eldre skal møte personell med opparbeidet kompetanse og lik forståelse for det geriatriske fagfeltet. I prosjektet har undervisning av personell ikke blitt tilbudt i en systematisk form. De tverrfaglige drøftingene blir ansett som en arena, for at ulike fagpersoner kan bidra til å øke hverandres kompetanse og forståelse for de Eldres sammensatte situasjon og helseutfordringer. Det har derfor vært et ønske om fastlegene også skulle kunne delta. I tillegg ville en kunne få belyse den Eldres situasjon enda bredere ut i fra fastlegens kjennskap, samt å sikre et godt samarbeid og gode pasientforløp videre der det er aktuelt.

I studien til Vass et al. (2005) var en del av intervensjonen å ta kontakt med lege ved den minste mistanke som kunne tyde på sykdom eller fare for utvikling av sykdom. En viktig funksjon for helseteamet er å sikre at det blir foretatt en rask og strukturert geriatrisk utredning av eldre personer som er i behov for det. I begge tilfeller synes kompetanse og lik forståelse å være et viktig poeng. Fokus på det geriatriske fagfeltet i vår region er for øvrig blitt styrket gjennom etablering av geriatrisk avdeling ved Haugesund sjukehus. Det er også blitt lagt merke til:

Jeg har jo merket at det ble en forskjell da det kom geriater her i måten de tilnærmer seg de pasientene på (fastlege).

Helseteamsykepleierne er kommunenes representanter i helseteamet. Drøftingene i det tverrfaglige teamet synes å bidra til at de får økt kompetanse. De mener de har hatt dratt stor nytte av å være en del av et tverrfaglig helseteam for både å få mer kunnskap om det geriatriske fagfeltet, men også ved å få veiledning og råd i forhold til ulike problemstillinger:

Jeg synes det er viktig med disse møtene, og jeg føler jeg får masse input ved å høre hva de enkelte sier. Det blir litt "å, - det må jeg også se etter neste gang". Og ikke minst i forhold til farmasøyten. Det er veldig interessant å høre hva hun sier om de ulike medikamentene.

Jeg har vel vært litt veileder [for helseteamsykepleierne], og har gitt innspill på hvordan jeg opplever og tolker situasjonen ut fra det de forteller.

De ulike faggruppene i helseteamet besitter kunnskap som er viktig både innad i teamet og utad:

Det burde vært en generell legemiddelgjennomgang, og ikke bare hvor mange legemidler de eldre bruker. Men hvordan de bruker dem, for det vi vet er at 70 – 80 % bruker de jo ikke sånn som de egentlig skal.

Fastlegene har så langt ikke deltatt i de tverrfaglige drøftingene. De ser likevel at kontakten med helseteamet kan gi økt kompetanse:

*Det er lærerikt ikke bare i forhold til den enkelte pasient, men generelt sånn at en kan videreføre det til andre pasienter, tenker jeg.
Jeg ser jo at det kan være nyttig både i forhold til den enkelte pasient men også mer generelt som en kontinuerlig læreprosess. Spesielt i forhold til polyfarmasi og andre slike tiltak.*

Rapporten

Drøftingen i helseteamet og tillatelse til å sende rapport til fastlege, skjer alltid på bakgrunn av at den eldre har samtykket til dette. Fastlegene får rapport etter at hjemmebesøkene er gjennomført uavhengig av om det er fanget opp økt risiko for utvikling av funksjonstap/ sykdom eller ikke. Dersom det foreligger økt risiko, informeres fastlegen om at innspill til drøftingen er ønskelig enten muntlig, skriftlig eller ved å delta i drøftingen. Det kan også skje via telefon mens drøftingen pågår. Rapporten som sendes fastlegene etter at den tverrfaglige drøftingen er foretatt, inneholder deler av vurderingen som er gjort, samt anbefaling om videre oppfølging av den eldre. Rapporten innleder med bakgrunnsinformasjon om den eldre. Boform, sivil status og andre relasjoner som kan være støttende nevnes. Deretter beskrives kort hvordan den Eldres funksjon er i dagliglivet. Det innebærer grad av selvhjelpenhet, evt. hjelpebehov, sosial omgang, deltagelse i aktiviteter osv. Også hvilke tanker den eldre har om framtiden nevnes, likeså hvordan personen vurderer helsen sin. Rapporten refererer til punkter i risikovurderingen som viser høy score. Sykdommer og medikamentbruk gjengis. I tillegg blir det gjort måling av blodtrykk (ortostatisk blodtrykksmåling) og gjennomført en del tester. Resultatene av disse nevnes. Til slutt skrives en oppsummering hvor også forbedringspotensialet i den Eldres sin helsetilstand skal komme fram. Som det er redegjort for tidligere, er kartleggingen relativt omfattende, men ulike studier viser at hjemmebesøkene må inneholde en bredest mulig vurdering inkludert helsekartlegging (Stuck, Egger, Minder, & Beck, 2002, Vass et al.2005, Huss et al.2008) for å ha effekt.

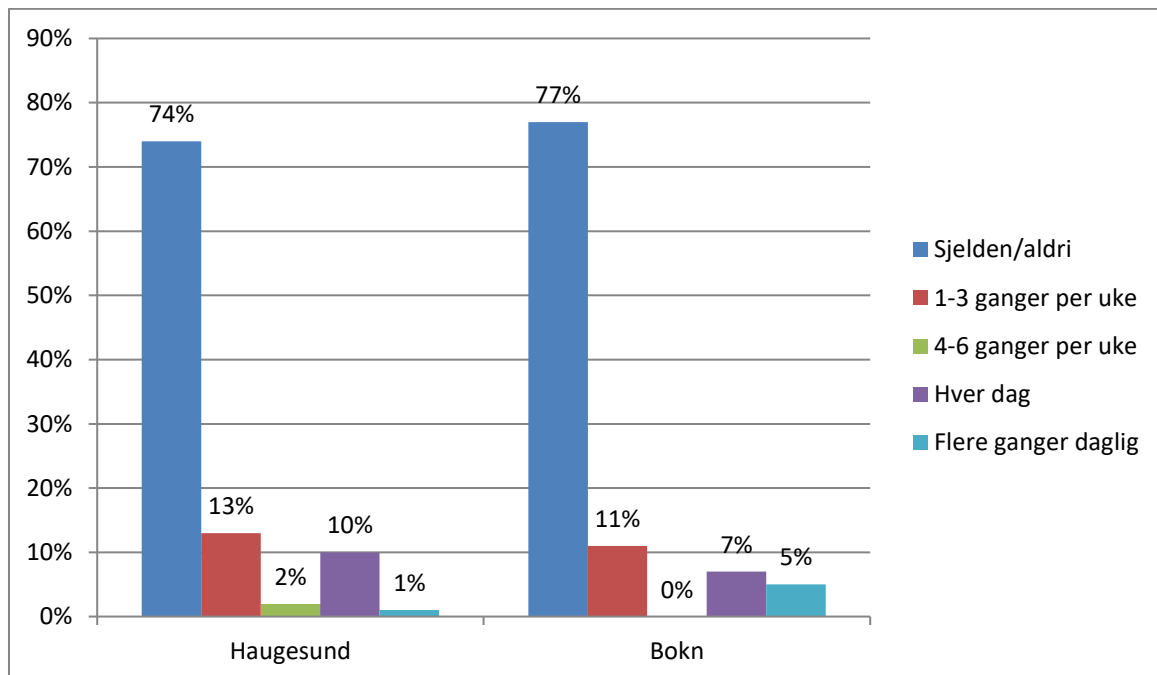
Under følger et eksempel på hvordan rapporten også kan representere en kompetanseoverføring til fastlegene gjennom anbefalingene de mottar.

Vurdering:

- Vurdering av blodprøver, utelukke metabolske årsaker (stoffsifte, vitaminmangel, jernmangel, anemi).
- CT caput: bekrefte vaskulær demens?
- Aktuell behandling ved vaskulær demens: Kan være aktuelt med SSRI ved tegn til depresjon, eller Ebixa dersom atferdssymptomer (som det vel ikke er mistanke om her).
- Viktig med god BT-kontroll. Har høyt diastolisk trykk, kan være best å stå på en alfablokk istedenfor betablokker. Dersom for lav differanse mellom systolisk og diastolisk trykk blir pulstrykk til hjernen for lavt som igjen på sikt kan føre til vaskulær demens.
- Kan være fornuftig å henvise til 24 BT-måling og vurdering hos cardiolog for optimalisering av BT-behandling.
- Det kan være aktuelt henvise til spinalpunksjon på ger.pol. for å utelukke en progredierende demens (Alzheimer).
- Generelt: Gruppen eldre med vaskulær demens har ofte raskt funksjonsfall ved nye vaskulære hendelser, så egentlig er muligheten for gevinst stor om man klarer å forhindre nye episoder.
- Nye studier viser at mange eldre med kognitiv svikt har mangel på Vit D (tas nå rutinemessig på hukommelsesklinikken ved Universitetssykehuset i Akershus).

Med bakgrunn i kartleggingen av alle som har fått besøk, ser en blant annet at svimmelhet og falltendens ikke er uvanlig. Langt fra alle har nevnt dette for fastlegen sin. I drøftingen blir slike funn blant annet sett i lys av den eldres medisinbruk og hvordan boligen er innrettet. Figurene under viser forekomsten av svimmelhet og fall:

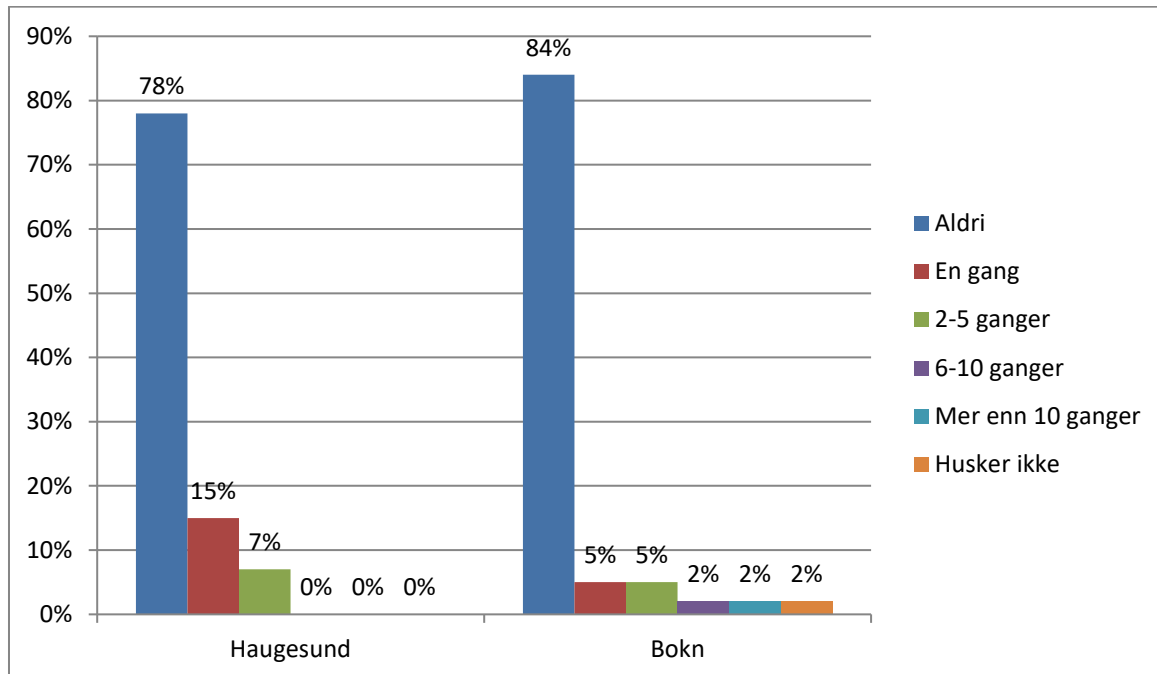
”Er du plaget av svimmelhet?”



Figur 5: Prosentfordeling (n=141).

Figur 5 viser at for begge kommuner er om lag 20-25 prosent av de eldre plaget av svimmelhet en eller flere ganger per uke. Figur 6 under at 22 prosent i Haugesund og 15 prosent i Bokn har falt en eller flere ganger i løpet av det siste året.

”Hvor mange ganger har du falt i løpet av det siste året?”



Figur 6: Prosentfordeling (n= 139).

I prosjektbeskrivelsen understrekes det at kartleggingen som foretas, skal være god og systematisk, og at det skal være relevante og konkrete problemstillinger som sendes videre. Fastlegene skal ha minimalt med ekstraarbeid forbundet med dette, og der det krever tiltak fra fastlegen, skal det skje innenfor ordinære lege-pasient rammer der det tas vanlige takster etter normaltariffen. En antok at fastlegene vil sette pris på å få forslag til oppfølging av pasienten og, at det muligens kan forhindre at samme person i en senere fase får problemer som krever adskillig mer ressurser for å løse. Rapportens omfang og innhold er blitt kommentert i intervju med fastleger. Flere forteller at de har fulgt anbefalingene og gjerne kalt inn pasienten til konsultasjon på bakgrunn av de opplysningene som er gitt. Framstillingen i rapporten deles ikke alltid fullt og helt, og i noen tilfeller vurderer fastlegen at iverksettelse av anbefalingene kan vente til neste ordinære konsultasjon for hans pasient, evt. ikke iverksettes. Det finnes også eksempel på at helseteamets anbefalinger ikke faller godt ut, som hos denne fastlegen:

Det virker ikke hensiktsmessig å oppsøke personer som allerede er i en behandlings- / kontrollsituasjon hos egen lege

Begrunnelsen for utsagnet er at eldre kan bli skremt av ting som kommer fram i kartleggingen og dermed kan det skapes engstelse og utrygghet i stedet for trygghet. I denne sammenheng er det referert til BT-måling, som i hjemmebesøket ble målt høyere enn det som har blitt målt hos fastlege. Anbefalingen til den eldre har da gjerne vært å få en ny konsultasjon hos fastlegen for kontroll.

En annen lege har en annen oppfatning:

Jeg synes den [rapporten] er fin. Det er jo mye å ta tak i når det gjelder det sosiale for det er mange eldre som er enslige, og at en også får med noen konkrete tiltak, - altså ut fra samtalen eller dialogen med vedkommende. Hva de kan starte med og få en bedre livskvalitet. Det synes jeg kommer godt fram i rapporten. Og det er en styrke. Og det har jeg fått tilbakemelding fra en eldre om at hun hadde tatt tak i det spesifikke tilbudet eller forslaget.

I intervju med fastleger kommer det fram at rapportene enten scannes inn i deres eget journalsystem eller legges i papirjournalen. En av legene sier at når rapporten scannes inn, ligger den som det siste dokumentet på vedkommende pasient, og at det er naturlig å gå gjennom innholdet med pasienten ved neste konsultasjon.

Oppsummering /diskusjon

Helseteamet er en ressurs ved at en lærer av hverandre og får veiledning på den jobben en utfører. Å gjennomføre kartleggingen, krever at sykepleierne har gode kunnskaper og innsikt i hvilke helseutfordringer eldre mennesker står overfor. At drøftingene også inneholder elementer av undervisning er derfor av betydning. Muligheten for å drøfte problemstillinger i et tverrfaglig team anses som viktig og viser seg også å stimulere til å ta kontakt om faglige spørsmål utenom møtene. Det en lærer kommer til nytte i nye situasjoner. Slik sett kan en si at de tverrfaglige drøftingene bidrar til å styrke denne delen av den kommunale tjenesten. En mer strukturert opplæring av både sykepleiere og fastleger er ønskelig for en evt. videreføring av forebyggende hjemmebesøk. Resultatene fra Vass et.al (2005) sin undersøkelse er interessante i så måte. Stuck et al. (2009) og Huss et al. (2008) konkluderer i sine studier med å understreke hvor viktig risikovurdering vil være i hjemmebesøkene. Det krever kunnskap om både aktuelle risikoområder og forebygging.

I intervju med helseteamsykepleierne kommer det fram at flere av de eldre som mottar hjemmebesøk ikke bare aksepterer, men ønsker at deres situasjon skal drøftes i det tverrfaglige teamet. Bakgrunnen for dette kan være ulik. Noen har ikke drøftet situasjonen med egen fastlege og andre har gjerne ikke vunnet gehør for situasjonen sin. Andre igjen kan ønske å få flere synspunkter på sin helsesituasjon. De fleste eldre mennesker i dag er godt orientert og har kunnskap om både sykdom og egen helse. Det gjør dem mer aktive og

etterspørrende etter både behandlingsalternativer og tilbud. I St.meld 47. (2008-2009) (2009:51) vises det til at pasienter som medvirker i planlegging og oppfølging av egen helsehjelp, er bedre i stand til å mobilisere egne ressurser. Dette er også i tråd med prinsippet om medbestemmelse og myndiggjøring (Tveiten, 2012).

Fastlegene har ikke deltatt i de tverrfaglige drøftingene, men det kommer fram synspunkt på at deltagelse kunne hatt verdi som en kontinuerlig læreprosess. At det er farmasøyt i helseteamet trekkes fram som spesielt nyttig. Selv om grunnlaget er svært spinkelt, kan en likevel gjerne kunne si at de tverrfaglige drøftingene har et potensiale for å gi økt kompetanse og for å utvikle en felles forståelse for det geriatriske fagfeltet også for fastleger. En må imidlertid se på hvordan drøftingene kan la seg gjennomføre med fastlegene i en mer aktiv rolle. St.meld.47 (2008-2009) (2009:47) viser til at det er behov for å styrke fastlegenes vurderingskompetanse og at det bør vurderes å tilby faglig fordypning i eksempelvis eldremedisin. Slike tiltak burde kunne ses i sammenheng med den forebyggende virksomheten som hjemmebesøkene og drøftingene representerer.

Innspill om at kartlegging kan skape engstelse, er uansett begrunnelse verdt å ta på alvor. Helseteampsykepleierne har opplevd det utfordrende når klokketest viser at den eldre hukommelse er i ferd med å bli dårlig. Dette er noe den eldre gjerne blir fortvilet over når det konstateres gjennom klokketesten. Derfor har også gjennomføring av denne testen vært et diskusjonstema i de tverrfaglige møtene. Det er også viktig å være observant i forhold til de forventninger som skapes, ved at helseteamet drøfter og kommer med anbefalinger til fastlege. Fastlegen vil oftest ha en bred medisinsk kjennskap til sin pasient og kan se grunner for ikke å følge anbefalingene. Gjennom dialog med helseteamet, vil slike forhold kunne avklares. Det kan hindre at den eldre har urealistiske forventninger til hva som skal skje videre. Ikke minst kan en dialog med fastlegene også bidra til læring i det tverrfaglige teamet. Drøftingene i det tverrfaglige helseteamet bærer i hovedsak preg av sykdomsforebygging og tiltak rettet mot forverring av nåværende funksjon. Helseteampsykepleierne uttaler at dette ikke er arenaen for det helsefremmende arbeidet. Det skjer i hjemmet og i samtalen med den eldre. Det blir imidlertid påpekt under drøftinger at en ikke må produsere "uhelse" hos den eldre. Den eldre vurderer gjerne sin egen helse som "sånn noen lunde bra" og har sine parametre for denne vurderingen. Fagpersonene i helseteamet vurderer gjerne den eldre helse annerledes ut i fra sin faglige bakgrunn og hvilke muligheter det er for å bedre denne med optimal behandling. En bredest mulig tilnærming til helseproblemer i alderdommen, er imidlertid

viktig (Vass et al., 2005). Prosjektleder har bidratt aktivt for å forsøke å ballansere det sykdomsforebyggende og det helsefremmende.

Informasjon og dialog

I dette kapitlet vil vi belyse hvordan informasjonsutveksling og dialog mellom prosjektets medlemmer og samhandlende parter har vært. Informasjon og dialog ser vi på som viktige forutsetninger for å lykkes med samhandling, og det som blir drøftet i dette kapitlet er knyttet til problemstillingen under aktørkriteriet som omhandler opplevelsen av samhandlingen som skapes gjennom modellen.

I prosjektsammenheng vil nødvendigvis mye av innsatsen og oppmerksomheten være rettet mot håndtering av interne forhold i prosjektet. Aktivitetene påvirkes imidlertid av ytre omstendigheter og aktører (Karlsen & Gottschalk, 2008). Helseteam for eldre hadde en lang forberedelsesfase før det ble igangsatt. Prosessen fram til endelig mål for prosjektet har vært under påvirkning fra flere hold. Karlsen og Gottschalk viser til at det er viktig for prosjekter å komme i inngrep med ”interessentene” for å kunne ha mulighet for å påvirke atferd og handlinger. Det krever at en har både innsikt og kunnskap om interessentene, eller omgivelsene en ønsker å påvirke. ”Interessentene” eller ”omgivelsene” i denne sammenheng vil være ulike kommunale aktører så som saksbehandlere på bestillerkontoret, ergo- og fysioterapitjenesten, og sykepleiere i hukommelsesteamet. Fastlegene er også en viktig interessent-gruppe. De eldre selv vil selvsagt også være ”interessenter”. I St.meld.47. 2008-2009 (2009) påpekes det at for å lykkes med målsettingen om mer forebygging og økt innsats tidlig i sykdomsforløpene, må alle aktørgrupper arbeide sammen. Det innebærer å ha kjennskap til hva de ulike gruppene kan bidra med og ta ansvar for. En gjennomgang av de ulike aktørgruppene i forhold til hvordan de oppfatter informasjonen og evt. muligheter for medvirkning, vil være viktig før samhandling og samhandlingsutfordringer omtales i neste kapittel.

Kommunene

Helseteamsykepleierne har vært lønnet av prosjektet men har utført en tjeneste på vegne av kommunene. I Haugesund har sykepleierne vært stasjonert på bestillerkontoret som er koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering i kommunen. Helseteamsykepleierne i Bokn har hatt små stillingsbrøker i kombinasjon med andre kommunale stillinger, og har kunnet koordinere de ulike oppgavene fra samme sted.

Haugesund kommune hadde i en tidlig fase en fra ledergruppen innen helse og omsorg som representant i prosjektgruppen. Det muliggjorde god informasjonsflyt og påvirkning fra kommunens side. Det at planleggingsfasen har tatt lang tid og det faktum at det ikke har vært kontinuitet i prosjektgruppen, kan synes å ha påvirket både informasjonen og dialogen med kommunen. Informasjon om prosjektet er formidlet både i tidlig og sen fase. Til tross for dette viser intervjuene både variasjon i hvor godt en er orientert om prosjektet og hvordan forholdet til helseteam for eldre er i det daglige:

Det er kjent at de går ut.

Vi har ikke lagt så mye vekt på det i hverdagen, kanskje.

På spørsmål om hvordan en har fått kjennskap til prosjektet, henvises det til at informasjon er formidlet via helsetorgmodellens seminardager der ulike prosjekt er blitt presentert. Lederne for de respektive etater har informert noe, men det har vært begrenset hvilket kjennskap de har hatt. Hvorvidt endringene som har skjedd underveis er godt kommunisert med hensyn til begrunnelse og innhold, er vanskelig å si noe eksakt om. Det har hersket usikkerhet om og hvordan hjemmebesøkene vil influere på det arbeidet som andre aktører utfører til daglig. Noen har uttrykt bekymring for at de forebyggende hjemmebesøkene ville generere mer arbeid for den kommunale helsetjenesten, ved at helseteamsykepleieren skulle foreslå tilbud kommunen ikke hadde nok ressurser til. Behovet for mer informasjon kan derfor synes å ha vært tilstede.

Like før gjennomføringsfasen startet, gjorde helseteamsykepleierne et framstøt for å informere de kommunale aktørene i Haugesund om den endelige modellen. Både saksbehandlere ved bestillerkontoret, ergo- og fysioterapitjenesten og hukommelsesteamet var målgrupper. I Bokn har informasjonen vært mest konsentrert om de eldre. Møter med pensjonistforening og eldreråd har vært fora for dette. De som arbeider innen helse- og omsorgssektoren ble invitert til temamøte om prosjektet. Oppslutningen var imidlertid ikke optimal fra ansattes side. Erkjennelsen om hvor viktig det er med informasjon til alle det er aktuelt å samhandle med uttrykkes slik av en av helseteamsykepleierne:

Det er viktig at alle involverte parter vet hva vi holder på med. [...] Vi er ikke selskapsdamer, - det er litt den oppfatningen. Det handler om å forebygge, det handler om psykososiale ting, det handler om å legge til rette og prøve å sette fokus på det helsefremmende arbeidet. Det er ganske mange som ikke vet hva det betyr i seg selv. Så de tror at vi bare går hjem og drikker kaffi. Ja, det hender vi gjør det og, men vi har jo et fokus likevel, og jeg føler det blir litt bedre når jeg får forklart meg lite grann.

Informasjon og dialog med alle som kommer i berøring med prosjektet kan derfor ikke understrekes nok. God dialog kan oppklare misforståelser og oppfatninger som ikke er i tråd

med de faktiske forhold kan korrigeres. Ikke minst kan det skape et engasjement for prosjektet og i beste fall også bidra til en effektiv utnyttelse av de ressursene som finnes (Karlsen & Gottschalk, 2008). I tillegg til å gi informasjon, har det vært av stor betydning for helseteamsykepleierne å komme i dialog med andre faggrupper for å få innspill de kan nyttiggjøre seg av i hjemmebesøkene. Ergoterapeutene har for eksempel gjort rede for bruken av sine kartleggingsverktøy. Sykepleierne i hukommelsesteamet er blitt invitert til møte i helseteamet for erfaringsutveksling og for å informere om sitt arbeid.

Fastlegene

Fastlegene er en viktig aktørgruppe for prosjektet "helseteam for eldre", og det har derfor vært et mål å få til en god dialog med dem. Betydningen av å ha en god dialog er knyttet til flere forhold. Helseteamsykepleierne har hatt behov for kontakt i etterkant av enkelte hjemmebesøk. Det har vært tidkrevende å kontakte legene, men det har skjedd en positiv utvikling i løpet av gjennomføringsfasen av prosjektet. I tillegg har en ønsket et godt samarbeid for å oppnå en felles forståelse for det geriatriske fagfeltet. Det kan bare skje gjennom kommunikasjon og dialog. Sist, men ikke minst ville god kontakt med fastlegene kunne lagt til rette for hvordan innspill til de tverrfaglige drøftingene best kunne gjennomføres.

Erfaringen fra Vass et al.(2005) om å tilby undervisning i forkant av prosjektstart til eksempelvis fastlegene, er ikke lagt til grunn for dette prosjektet. En har imidlertid formidlet informasjon til fastlegegruppen gjennom ulike kanaler. Det har skjedd skriftlig, gjennom informasjonsbladet *Praksisnytt* og i møte i allmennlegeutvalget. Det har vært jevnlig kontakt med den administrative ledelsen i kommunen, hvor informasjon om prosjektets framdrift og utfordringer er formidlet. I gjennomføringsfasen har det ved gjentatte anledninger blitt uttrykt både et ønske og behov for bedre dialog med fastlegene. Thornquist (2009:20) viser til at manglende dialog reduserer kommunikasjonen til kun informasjonsoverføring og at kommunikasjon og samarbeid forutsetter alle parter erfaringer og kunnskap. En god dialog muliggjør at prosesser bygger på flere av aktørenes bidrag. Det må nevnes at det ble gjort flere henvendelser for å få til møter i allmennlegeutvalget, uten å lykkes med det.

I intervju med fastleger og på spørsmål om hvordan de har fått informasjon om prosjektet, er svarene *gjennom skriftlig materiell, via kollegaer, via prosjektleder*. Både skriftlig informasjon og det faktum at det bare har vært et møte hvor prosjektet er blitt presentert, problematiseres. Oppslutning på møtene varierer, og skriftlig materiell forblir i noen grad ulest. Dermed blir det vanskelig å si noe generelt om hvorvidt informasjon om prosjektet til

fastlegegruppen har vært tilstrekkelig. Helseteamsykepleiernes oppfatning er at de ikke er det. De har imidlertid kommet i posisjon for å informere når de har tatt kontakt i etterkant av hjemmebesøk.

Noen av de eldre har hatt fastlege i andre kommuner. Helseteamsykepleierne har informert også dem når de har henvendt seg for å minne om tverrfaglig drøfting, eller oppklare andre forhold vedrørende den eldre de har vært hos. Prosjektleder og helseteamsykepleier har blitt invitert til et samarbeidsmøte med legene i Tysvær, der de fikk informere og fikk viktige innspill til en evt. videreføring av prosjektet. Helsetorgmodellen og de ulike prosjektene initiert av denne, ser ikke ut til å være godt kjent for legene. Når det gjelder innholdet i prosjektet "helseteam for eldre", er de som ble intervjuet kjent med at hjemmebesøk og drøfting er intervensjonene. Fokusområdene falltendens og ernæringsproblematikk er mest kjent. Det er også kjent at helseteamsykepleierne foretar målinger av blodtrykk. Hvem helseteamet består av, er mindre kjent. Fastlegenes kjennskap til temaguiden varierer fra lite til en viss oversikt. De har ikke blitt spurt om å gi innspill til denne. Rapportene de mottar gir et inntrykk av innholdet. En av legene uttrykker seg slik:

Den umiddelbare kommentaren er vel at den virker ganske omfattende, at den er voldsomt vidtrekkende, helt i fra så vidt jeg husker med økonomisk situasjon og det sosiale med omgangsvenner og til den direkte helsedelen med medisiner, svimmelhet og falltendens. Så totalt sett så er den ganske omfattende både i tid og i ytterlighet.

Prosjektleder var i prosjektperioden også kommuneoverlege i Bokn kommune. I helseteamet har han også hatt rolle som allmennlege, men med en slik dobbeltrolle vil neppe fastlegegruppen kjenne seg representert i helseteamet. Mot slutten av prosjektfasen ble det forsøkt å rekruttere en allmennlege også fra Haugesund kommune. Det skortet på ressurser fra kommunens side for å få dette til.

Andre kommunale og frivillige aktører

Det har vært viktig for helseteamsykepleierne å ha godt kjennskap til hvilke aktiviteter både kommunale og frivillige aktører tilbyr de eldre. I Bokn har en av helseteamsykepleierne selv drevet "trim for eldre" og har dermed hatt førstehåndskjennskap til denne aktiviteten. De eldre er blitt motivert til å delta, og sykepleierne har også kunnet se effekten av å informere og motivere til aktivitet.

I Haugesund har helseteamsykepleierne samarbeidet med Havnaberg seniorsenter, og har formidlet informasjon om tilbudene der til de eldre. Det har vært i senterets interesse å få

spredt informasjon, og det faktum at det er ”fagfolk” som besøker de eldre anses som en viktig faktor.

De kan veilede og gi informasjon om tilbudene med noe tyngde, sånn at en kan få gjort det en kan gjøre for å forebygge og motivere for det.

Ved Havnaberg har en av helseteamsykepleierne vært med å bidra til igangsettelse av en aktivitet i prosjektperioden. Den gode oppslutningen ble knyttet til ”markedsføringen” i hjemmebesøkene. Prosjektgruppen har hatt et konsultativt medlem gjennom representant fra eldrerådet i Haugesund. Også her har informasjon gått begge veier. Et spørsmål som har vært stilt, er hvorvidt hjemmebesøkene har vært et ”tema” blant de eldre. Representanten fra de eldre har ikke oppfattet at dette blir snakket noe særlig om. Heller ikke på seniorsenteret har en registrert at hjemmebesøkene er blitt drøftet i særlig grad av de eldre, men enkelte har fortalt at det har vært en *positiv opplevelse*.

De eldre

Betydningen av god informasjon til de eldre blir framhevet i avhandlingen til De Smedt (2011). Godt kjennskap til hva forebyggende hjemmebesøk innebærer, og at det kan ses i sammenheng med de utfordringene alderen etter hvert kan by på, må være en målsetting for informasjonen. Sekretæren som organiserte hjemmebesøkene i Haugesund, forteller om ulike reaksjoner på å bli kontaktet. Noen ble nesten fornærmet da de fikk en henvendelse. Andre uttrykte at de hadde ventet på å bli oppringt, og de var gjerne også orientert om besøkets innhold. Likevel ble noe av informasjonen gjentatt, og sekretærene la vekt på å ”forberede” besøket gjennom vennlighet og orientering om forhold vedrørende hjemmebesøket. Det ble blant annet antydnet at samtalen fortrinnsvis skal være med den som har fått brevet og ikke nødvendigvis med ektefellen til stede. En studie gjort av Ekmann, Vass og & Avlund (2010) viser at informasjon og ”henstilling” om å ta i mot forebyggende hjemmebesøk er av betydning. Telefon oppringning synes å ha bedre effekt enn kun en skriftlig henvendelse. En så blant annet at responsen fra menn var dårligere når de bare fikk en forespørsel i posten. Fra prosjektet startet og til alle hjemmebesøkene var gjennomført, gikk det mer enn ett år. Mange av de eldre hadde glemt at de hadde mottatt informasjon om ”helseteam for eldre”. Informasjonsbrosjyren var forlagt, og helseteamsykepleierne på Bokn og sekretæren i Haugesund måtte bruke mer tid på å forklare og noen ganger motivere til å ta i mot besøk. De eldre får anledning til å forberede seg til besøket når de er godt orientert.

Jeg synes det er viktig å være imøtekommende og snakke litt med dem. Noen har et velig behov for å snakke og informere om seg selv, og hvis det kommer vesentlige

ting, så skriver jeg noen stikkord slik at sykepleierne vet det når de kommer hjem til dem. Og når du ber om at noen skal ta imot et besøk på halvannen til to timer, så kan en jo ikke være kort i telefonen. For de gjør jo oss en tjeneste og det skal vi vise takknemlighet for. Og selvfølgelig så får de også en tjeneste, men det vet de gjerne ikke.

Oppsummering / diskusjon

Karlsen og Gottscalk (2008) viser til at koblingen mellom prosjekter og interessenter kan arte seg ulikt alt etter situasjon, om det foreligger noen kontrakt, erfaringen til de implisitte og tilliten til hverandre. Alle disse forholdene påvirkes av informasjon og dialog mellom partene. Kontrakten mellom partene i prosjektet ligger til en viss grad implisitt i samarbeidet mellom kommunene, sjukehuset og høgskolen. Det skulle innebære at kjennskap til prosjektet skulle være i alles interesse. St.meld. 47 (2008-2009) (2009) sin hovedidé er at det må utvikles et godt samarbeid mellom helse og omsorgstjenestens ulike aktører. Planleggingsfasen til ”helseteam for eldre” har vært lang og må også kunne karakteriseres som noe uoversiktlig. Prosjektgruppen har skiftet deltakere og det er gjort endringer som kun de som har deltatt fra starten av, har mulighet for å ha oversikt over. Det er brukt mye tid på de indre prosessene i prosjektet og på utforming av kartleggingsverktøy og tilrettelegging for framtidig forskning. Det kan synes som at en ikke har involvert aktuelle samarbeidspartene tilstrekkelig i planleggingsfasen. Gottschalk og Karlsen (2008) viser til at de aktivitetene som finnes sted i prosjekter påvirkes av omgivelsene.

Kontakten med andre faggrupper skjedde i den tidlige fasen av prosjektet og før gjennomføringsfasen startet. Informasjonen, i tidlig- og senfase, har naturlig nok avspeilt det som til enhver tid har vært innholdet i prosjektet. At endringer ikke er fanget opp eller oppfattet, skyldes nødvendigvis ikke at informasjonen har vært utilstrekkelig. Den ”opprinnelige” intervensjonen med hjemmebesøk, synes å være mest kjent. At drøftingene er mindre kjent, kan skyldes at de først og fremst inkluderer fastlegene. Denne gruppen har imidlertid ikke tatt særlig initiativ for å kunne påvirke til en samhandlingsmodell, som også bør være i deres interesse sett ut fra krav om et større forebyggende fokus. Initiativ fra prosjektgruppen om å få komme i posisjon for både å informere og ha en dialog, er i liten grad blitt tatt i mot.

Behovet for å informere fra prosjektets side, oppleves nødvendigvis større enn behovet andre aktører kan ha for å bli informert. St.meld. 47 (2008-2009) (2009) sin oppfordring om at alle aktørgrupper må arbeide sammen om mer forebygging og økt innsats tidlig i sykdomsforløpene, kan synes å være lite framtreddende. Et særlig ansvar for å få til en god

dialog vil alltid påhvile prosjektet. Fastlegegruppen må kunne karakteriseres som en hovedaktør i forhold til samhandling all den tid et av hovedmålene har vært å sikre rett behandling til rett tid ved forverring av helsetilstanden. Prosjektleder er selv fastlege, men kan i denne sammenheng ikke sies å representere gruppen. Forsøkene på å informere og komme i dialog har ikke lyktes.

Det kan synes som at leger som har et visst kjennskap til prosjektet også er de mest positive til samhandling. I andre tilfeller vitner tilbakemeldinger om manglende kommunikasjon og informasjon om hensikten med prosjektet. Ettersom kontinuiteten i prosjektgruppens sammensetning har vært avbrutt, kan det tenkes at det har hatt konsekvens for at informasjonsflyten har stoppet opp for en periode. Ulike synspunkter på mål og strategi, kan også ha ført til at en har forholdt seg til helseteam for eldre som et isolert prosjekt.

Tillit bygges gjennom dialog og relasjon til tredje part. I forhold til de eldre er dette blitt vektlagt i stor grad. Informasjon i forkant av besøket skulle sikre at de eldre kjente til hensikten med besøket slik at de hadde mulighet for å kunne takke ja eller nei ut fra en forståelse av eget behov. Samhandlingen med de eldre kan synes å ha vært god. Det er gitt mange positive tilbakemeldinger. Prosentandelen som har takket ja til hjemmebesøk, er tilsvarende det andre kommuner når det gjelder for Haugesund. I Bokn har et svært høyt antall av målgruppen takket ja. At så pass mange har takket ja, kan også ses i sammenheng med at de har fått en muntlig henvendelse via telefon i tillegg til den skriftlige. Funn i studiene til Ekmann et al. (2010) viser en slik sammenheng. Brukerundersøkelsen viser også at et stort flertall ønsker flere hjemmebesøk dersom det tilbys videre. Tidsrommet mellom førsteinformasjon og til hjemmebesøkene faktisk gjennomføres, har vært lang for flere. Det gjør at enkelte kan ha glemt hvilken hensikt besøket skal ha og av den grunn takker nei. I Bokn har helseteampsykepleierne ikke hatt så mange kommunale aktører å forholde seg til som i Haugesund. Der er kontaktpersoner som formidler behov for ulike tjenester som ergoterapi, syn- og hørselskontakt osv. Likevel vil behovet for informasjon og samarbeid være tilstede.

Samhandling og samhandlingsutfordringer

Samhandlingsreformen omfatter alle typer samhandling mellom aktører i helsevesenet med et mål om bedre samhandling. Både når en ser helseutfordringene i et pasientperspektiv og i et samfunnsøkonomisk perspektiv, henstiller St. meld. 47 (2008-2009) (2009) om at bedre

samhandling må være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover. I Helsetorgmodellen er kompetanseutvikling og bedring av samhandlingsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten styrende prinsipper, og ”Helseteam for eldre” prøver derfor ut en ny samhandlingsmodell der målet er å forebygge funksjonstap med påfølgende behov for omsorgstjenester.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på samhandlingen som følger av modellen. Hva kjennetegner samhandlingen, og tjener den til å oppnå målsettingen? Innledningsvis vil vi benytte oss av Karlsen og Gottschalk’s (2008) framstilling av forhold mellom prosjekter og interesser.

Prosjekt og interesser

Flere aspekter er av betydning når det gjelder forholdet mellom et prosjekt og omgivelsene eller interessentene. Karlsen og Gottschalk (2008) peker på selve situasjonen, de ulike aktørenes erfaring, hvilken kontrakt som gjelder og tilliten til hverandre. Fem ulike scenarioer trekkes fram.

1. Ingen relasjon: Prosjekt og interesser kan være uten betydning for hverandre, og det legges heller ikke opp til samarbeid. Det kan også være at prosjektet nærmest har isolert seg for ikke å bli forstyrret, eller det kan være at interessentene /omgivelsene ikke ønsker å bli involvert.
2. Relasjon gjennom tredjepart: Tredjeparten er en aktør som prøver å formidle informasjon og skape en relasjon mellom prosjekt og interesser. Aktøren kan også ha som oppgave å påvirke interessentene.
3. Direkte relasjon: Ut fra en erkjennelse av at relasjonen til interessentene er av vesentlig betydning, legges det opp til dette fra prosjektets side. En slik relasjon gjør det mulig å utvise fleksibilitet og tilpasning til omgivelsene. Mulighetene vil også være større for å kunne påvirke omgivelsene.
4. Integrert relasjon: En integrert samarbeidsform gjør grensen mellom prosjekt og interesser nesten usynlig. Begge parter ser at de er avhengige av hverandre. Kommunikasjonen bedres og ressursutnyttelsen likeså.
5. Fullstendig integrasjon: Når integreringen er fullstendig, vil de formelle grensene være borte. Prosjektet og de som de skal samarbeide med utgjør en egen tidsavgrenset organisasjon med felles målsetting. Gjensidig tillit og god kommunikasjon er avgjørende i en slik modell.

Graden av samarbeid vil være avhengig av hvordan relasjonen mellom prosjektet og interessentene er. Ingen relasjon gir lite samarbeid, mens en fullstendig integrert modell er

den som gir mest samarbeid. I følge Karlsen og Gottschalk (2008) er det viktig å ha stort fokus på håndtering av interessenter både i planleggingsfase og i løpet av prosjektperioden. Kommunikasjon og dokumentasjon er stikkord. Det er viktig å definere hvem som er interessenter og analysere hvordan de kan påvirke prosjektet i ulike grad. Det kan være både i positiv og negativ retning. Det vil også være viktig å analysere hvorvidt det er interessenter som kan påvirke indirekte. Videre vil en kartlegging av interessentenes forhold til prosjektet være av betydning. I mange tilfeller vil prosjektet være avhengig av interessentene, og dette kan utnyttes som en maktfaktor. Det vil derfor være av betydning å kartlegge både kapasitet, mulighet og vilje til å påvirke eller samarbeide med prosjektet. I tillegg vil selve muligheten for samarbeid også ha avgjørende betydning. Samarbeid åpner for dialog og interaksjon.

Mulighetene for et samarbeid bestemmes av flere faktorer, deriblant av interessentens kapasitet og villighet til å samarbeide, erfaring med hverandre fra tidligere og grad av tillit mellom partene (Karlsen & Gottschalk. 2008:277).

Avhengig av hvordan det åpnes for samarbeid fra prosjektets side, og viljen og interessen for samarbeid fra interessentenes side, vil en kunne si noe om interessentenes måte å forholde seg på. Det kan variere fra å være støttende men samtidig ikke ha særlig innflytelse, til å være ikke støttende men ha stor mulighet for å påvirke. Noen interessenter vil verken være interessert i det prosjektet driver med og heller ikke ha særlig innflytelse på resultatet. I beste fall er det en «blandet interessent» som både er støttende samtidig som det gis anledning til å påvirke. Karlsen og Gottschalk understreker til slutt i sin utlegning om prosjekt og interessenter, betydningen av å velge en strategi hvor en involverer den støttende interessenten gjennom regelmessige møter og oppmuntrer til dialog.

Samhandling med kommunale aktører

Målgruppen for de forebyggende hjemmebesøkene har vært alle eldre over 77 år i Haugesund og alle over 75 år i Bokn. Det innbefatter eldre som også mottar helse- og omsorgstjenester i ulike omfang.

Når samhandlingen med kommunale aktører skal evalueres må en ta hensyn til at målgruppen i stor grad handler om eldre som klarer seg godt uten hjelp fra det offentlige, og som også definerer sin helsetilstand som god. Hensikten med besøkene har ikke vært å kartlegge i den hensikt å avdekke hjelpebehov, men å bidra til et eldre kan bruke sine ressurser og klare seg på egen hånd så lenge som mulig. Der det har vært behov for å gjøre noe, har dette blitt bragt videre enten gjennom drøfting i det tverrfaglige teamet eller ved å henvise videre i det kommunale apparatet. De eldre er i en del tilfeller informert om hvilke muligheter som finnes

og hvordan de kan søke om disse. Ut fra dokumentasjon om behov for diverse hjelpemidler, viser tallmaterialet at 13 prosent av de eldre i Haugesund har fått hjelp til å anskaffe slike. I Bokn er tallet 19 prosent (Figur 110 side 71, Appendiks H). En del av hjelpemidlene er av en slik art at de skaffes uten at det blir søkt hjelpemiddelsentralen, så som anti-sklimatter, håndtak osv. Hvor mange søknader det er sendt til det offentlige når det gjelder hjelpemidler, har ikke evalueringen fanget opp.

Det varierer hvordan ulike kommunale aktører opplever samhandlingen som følge av prosjektet. Representant for hukommelsesteamet i Haugesund opplever at det er et veldig godt samarbeid og ved henvendelser fra helseteam for eldre, er disse godt begrunnet. Dialogen mellom disse to teamene har vært god og de har vært godt orientert om hverandres arbeid.

Det er helt klart av vi må samarbeide , for det er forebyggende arbeid begge deler. Det er tidlig intervensjon som er målsettingen for hukommelsesteamet også, og selv om de er i et forløp der de ikke kan bli helt friske, så må det forebygges.

Bokn kommune samarbeider med Tysvær når det gjelder behov for bruk av demensteam. Disse er kontaktet i flere tilfeller som følge av kartlegging og drøfting i det tverrfaglige teamet. Ergo- og fysioterapitjenesten i Haugesund har ikke registrert at det har kommet noen henvendelser til dem som en følge av prosjektet. De hadde forventet at de ville bli kontakt, all den tid en så stor gruppe eldre skulle besøkes. Samhandlingen med helseteamet oppleves avgrenset til å motta informasjon om prosjektet og til å bidra med kunnskap og erfaring fra eget felt og kartleggingsverktøy. En forklaring som lanseres for at det ikke har vært mer samarbeid, er at de eldre i stor grad klarer seg selv, eller at denne tjenesten kanskje allerede har vært aktivert og bidratt til at ting er tilrettelagt. Betydningen av å bistå eldre som har behov for tjenester med utfylling av skjema, understrekes av ergo- og fysioterapitjenesten:

Ofte har folk mer enn nok når de er kommet i denne fasen. De klarer ikke å se hvilke behov de har og hva de bør få hjelp til.

Bokn kommune har ikke eget personell med slik kompetanse og får bistand av andre ved behov. Fysioterapeuten i helseteamet har vært med på oppfølgingsbesøk i et tilfelle der det var meldt behov. Behov for ergoterapikompetanse i det tverrfaglige helseteamet har vært savnet. Det samme kommer også til uttrykk hos den kommunale tjenesten. De ser at deres kompetanse ville vært nyttig i de tverrfaglige drøftingene.

Helseteamsykepleierne i Haugesund har hatt tilhold på bestillerkontoret og har slik sett hatt mulighet for dialog med saksbehandlere i det daglige. Sekretæren for prosjektet er også

sekretær på bestillerkontoret. Det har vært gunstig ift informasjon og orientering om forhold vedrørende prosjektet. I Bokn har helseteampsykeleierne hatt en mer fristilt arbeidssituasjon, men har delvis benyttet samme kontor som hjemmesykeleierne. Saksbehandlerne på bestillerkontoret i Haugesund har ikke registrert noen særlig etterspørsel etter kommunale tjenester som følge av hjemmebesøkene. I starten var de litt spørrende i forhold til hvordan tilbudet om hjemmebesøk ville influere på deres arbeid:

Saksbehandlerne har nok en del spørsmål som «skal de gå til de samme som vi gjør» og «hva er det i dette for oss», «skal de gjøre en del rapportarbeid»?

Data fra hjemmebesøkene viser at det i liten grad har vært nødvendig å henwise eller anbefale de eldre om å søke om hjemmesykepleie eller hjemmehjelp (Figur 111 side 72, Appendiks H). Det stemmer overens med inntrykket saksbehandlerne har om at det ikke har vært noe særlig samhandling i forhold til det som er saksbehandlernes oppgaver og det som utføres av helseteampsykeleierne. Det uttrykkes en positiv holdning til at det pågår prosjekt og utvikling, men samtidig hevdes det at *den direkte nytteverdien utover hvis det er konkrete spørsmål, har det jo ikke*. Av andre kommunale samhandlingsaktører, ser en at mange eldre er blitt anbefalt å få utført både syns- og hørselskontroll. Begge kommunene tilbyr slike tjenester.

Oppfordring til de eldre om å få gjort både syns- og hørselskontroll, har ført til mer etterspørsel etter denne tjenesten. I begge kommunene er det egne kontaktpersoner som følger opp dette. Havnaberg seniorsenter har ikke merket en økt oppslutning om aktivitetene der til tross for markedsføring via helseteampsykeleierne. Unntaket er et nytt tilbud i ”Shi Gong” som fikk mange deltakere. Aldersgruppen som er representert på seniorsenteret er noe høyere enn målgruppen for hjemmebesøkene. Fra senterets side er det imidlertid av stor interesse å favne ”yngre eldre” og ser potensialet ved at fagpersonell drar på hjemmebesøk og anbefaler helsefremmende og forebyggende tiltak, noe de også representerer.

Samhandling med fastlegene

Å få til samhandling med fastlegene har vært utfordrende. Som modellen fra prosjektet viser (s.20) blir det skissert at fastlegene etter å ha mottatt rapportene, skal gi innspill til drøftingen i forkant, og at de skal nyttiggjøre seg råd og anbefalinger fra tverrfaglig helseteam. Deres kjennskap til de eldre vil være et nyttig supplement til drøftingene. Et ideelt ønske var at fastlegene skulle være tilstede i drøftingene. Til tross for opplysningene om drøfting og henstilling om innspill, skjedde det lite av dette i starten av prosjektfasen. Drøftingene av de eldres situasjon skjedde uten innspill fra de eldres fastleger. Fra et samhandlingsperspektiv innså en at dette var mer komplekst enn en hadde tenkt tidligere.

Fastlegene har ikke en åpenbar "vinn-situasjon". Det er også et økonomisk spørsmål. De driver egne foretak, og å avsette tid for å delta her, det koster for mye. [...] Jeg tror ikke at det handler om lite interesse, men det er realitetene. Vi har ikke løst denne logistiksituasjonen.

Som et forsøk på å komme i kontakt med fastlegene, ble det besluttet at helseteam - sykepleierne skulle kontakte dem i etterkant av hjemmebesøkene. De presenterte da kort aktuelle problemstillinger som var kommet fram gjennom kartleggingen, og orienterte om drøfting og mulighet for innspill. Dette har vist seg å være en mer vellykket strategi og en ser i større grad at samhandlingen fungerer. Legene har gitt uttrykk for at de er positive til å bli kontaktet og at de ønsker innspill. I intervju med leger kommer dette fram:

Det har ført til enkelte henvisninger og ytterligere undersøkelser for å avdekke sykdom, og enkelte småjusteringer på medisiner. Sånn sette så er det en ressurs, og de pasientene som har fått hjemmebesøk har gitt uttrykk for at det har vært fint. I det ene tilfellet, så synes jeg det var et overraskende funn som var gjort. I det andre tilfellet var det kanskje mer forventet, men nyttig å få en bekreftelse. [...] Og i det tilfellet hvor det var veldig overraskende, så er jeg kanskje ikke helt sikker på at det var så galt som det ble registrert, men likevel var det nyttig, og absolutt grunn til å forfølge. Og jeg tok det også opp med pasienten ved neste time.

Det å ta en telefon til den som har gjort hjemmebesøket og som har registrert en eller annen type risiko vil jo være nyttig. Så kunne jeg kommet med mitt innspill før vedkommende skulle i møte med de andre. Det tror jeg kanskje kunne vært hensiktsmessig i stedet for å være med på hele drøftingen.

Det forligger også uttalelser som viser at ikke alle "verdsetter" anbefalingene:

Jeg kjenner til kollegaer som ikke liker å få innblanding i medisineren av pasientene sine. Det har skjedd at pasientene kommer til legen med forhåpninger om å få skifte medisiner. Helseteamet kjenner ikke til historien bak valg av medisiner og det skaper gnisninger mellom pasient og fastlege når det kommer anbefalinger fra tredjepart.

Når en ser på hvilke leger som har vært mest åpen for samhandling, kan det synes som at dette er litt yngre leger. En tolkning av dette er at yngre leger gjerne er mer åpne for å ta imot innspill fra andre ressurser i kommunen. Det finnes likevel også gode eksempler på samhandling mellom helseteamet og litt eldre leger.

Når prosjektet er ved slutfasen og en kaster et blikk bakover, ser en også hva som kunne vært gjort annerledes. Uttalelsen avspeiler nødvendigvis ikke et ønske om mer involvering fra fastlegenes side, snarere et ønske om en mer støttende holdning.

Det er klart vi burde hatt flere møter med fastlegene. De burde fått mer informasjon, vi burde hatt fellesmøter med kommunelegen, med kommunaldirektøren, med helsesjefen deres. Fått innpass. (...) For hadde vi hatt flere møter så hadde det kanskje vært på en annen måte. Men vi prøvde.

Helseteamets sammensetning og mulig innflytelse på samhandling

Helseteamet har bestått av fagpersonell fra sykehuset og kommunene. Helseteamsykepleierne har vært kommunenes representanter. Farmasøyt er ansatt i sjukehusapotekene Helse Vest HF. Fysioterapeuten i helseteamet var tiltenkt en mer «klinisk» rolle i utgangspunktet med å bistå helseteamsykepleierne når det var aktuelt ved et evt oppfølgingsbesøk til den eldre. Haugesund kommune ønsket imidlertid at deres egen fysioterapitjeneste skulle benyttes til dette. På spørsmål om kommunens egen fysio-og ergoterapitjeneste burde vært representert i helseteamet, er svaret et entydig ja. Dette støttes også fra representanter i helseteamet. Geriatrik sykepleier er ansatt på sykehuset. Det samme har geriateren vært størstedelen av prosjektperioden. Prosjektleder var under prosjektperioden kommunelege i Bokn. For å få en bedre dialog med fastlegegruppen i Haugesund har det vært gjort forsøk på å få en representant herfra inn i helseteamet uten å lykkes. Til tross for at helseteamsykepleierne i Haugesund har vært kommunalt ansatte i prosjektperioden, kan de neppe sies å representere kommunen i helseteamet. De ble ansatt for prosjektperioden, og begge kom fra stillinger på sykehuset. I Bokn har begge sykepleierne annen kommunal tilknytning.

Oppsummering /diskusjon

Samhandlingen som følger av prosjektet kan ses i lys av hvilken relasjon det kan synes å ha vært mellom prosjektet og de ulike interessentene. Det kan virke å være ulike relasjoner og kombinasjoner av disse, og de ulike interessentgruppene kan heller ikke ses under ett. Karlsen og Gottschalk (2008) sin inndeling av relasjoner benyttes for å belyse dette. Prosjektet kan synes å ha brukt mye tid på interne prosesser. Det er gjort rede for dette tidligere i rapporten. Utarbeidelse av kartleggingsverktøy, skjema, maler og informasjonsmateriell er gjort grundig og har vært tidkrevende. Hvor stort fokus det har vært på håndtering av interessenter og analyse av hvordan disse kan påvirke prosjektet i ulike grad, kommer ikke fram i intervjuene. I følge Karlsen og Gottschalk er det av stor betydning å gjøre et grundig forarbeid både i forhold til hvordan ulik påvirkning utenfra kan slå ut, men også mot mulighetene for samarbeid. Aktuelle interessenter som fastleger og kommunale aktører kan synes å ha hatt liten grad av påvirkning i prosessen. Det har imidlertid ikke vært uttrykt ønske om mer påvirkning fra de som er intervjuet, utover ønsket fra Haugesund kommune om funksjonen trygghetssykepleier og mindre fokus på forskningsaspektet. At dette ikke ble tatt hensyn til, skyldes at den endelige modellen var mer i tråd med helsetorgmodellens

målsetting. Dokumentasjon og kartlegging skulle også åpne for muligheter for forskning, noe som først og fremst Helse fonna og HSH ivret for.

Helseteamet tok kontakt med interessenter i sluttfasen av prosjektforberedelsene for å presentere prosjektet og informere. Dialogen på dette tidspunktet kan synes å være konsentrert om hvordan «få til samhandling» og i liten grad åpne for påvirkning og innflytelse.

Thornquist (2009) understreker at kommunikasjon og deltakelse handler om mer enn å gi og motta informasjon, og at kommunikasjon har med hvordan partene forholder seg til hverandre. Når det fra en av de kommunale informantene formidles et inntrykk av at prosjektet ikke har hatt noen nytteverdi, kan det tolkes på ulike måter. Den enkelte aktør i kommunen kan oppleve liten nytte uten blick mot andre forhold som det er rettet tiltak mot. Manglede nytteverdi kan også oppleves dersom intensjonen ikke er i tråd med egen oppfatning.

Fastlegene er den gruppen av interessenter det har vært mest samhandling med til tross for at det ikke har vært særlig dialog før gjennomføringsfasen. En har forsøkt å få i stand en bedre dialog gjennom å henvende seg til «tredjepart», altså kommuneledelsen. Fastlegegruppen som egen interessentgruppe, kan ikke ses under ett. For noens vedkommende kan det se ut for å ikke eksistere noen relasjon i det hele tatt. Verken svar på telefonhenvendelser eller skriftlige innspill, kan tyde på at en ikke ønsker å bli involvert. Det har også kommet fram synspunkter om at «helseteamet skyter over mål» og at «kartleggingen tjener kun til å gjøre de eldre utrygge». At resultater skapes gjennom innsatsen til mange aktørgrupper, slik St.meld. 47 (2008-2009), 2009) henstiller om, avpeiles ikke i slike synspunkter. Heller ikke plikten til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens [den eldres] helhetlige situasjon.

Argumenter om innblanding i medisineren til eldre, kan møtes med at det fra helseteamets side ikke er en intensjon å blande seg inn, men å foreslå endringer ut fra det som vurderes å gi en bedre behandling. Studier viser at samarbeid mellom leger, sykepleiere og farmasøyter virker positivt i forhold til pasientene medikamentelle behandling (Halvorsen, Stensland, Granas, 2011). Fra prosjektets side er det underveis forsøkt å utvise mer fleksibilitet ved at helseteam- sykepleierne har kontaktet fastlege på telefon for å få innspill. Det har skjedd ut fra en erkjennelse om at det er viktig å få fastlegene i tale. De er også blitt opplyst om muligheten for å bruke takst 14 ved denne form for henvendelser. Den direkte kontakten mellom helseteamsykepleier og fastlege har ført til en økende grad av samhandling. Legene stiller seg også positive til at det blir foretatt en drøfting og vil gjerne få innspill på videre

oppfølging av sin pasient. Fortsatt mangler det en del på at fastlegen opplever helseteamets arbeid som en «vinn-situasjon».

Når helseteamsykepleierne gjennom sin kartlegging har konkludert med at det kan være aktuelt å koble inn hukommelsesteam/demensteam, er dette i første omgang drøftet med den eldre. Deretter har henvendelsen gått direkte til hukommelsesteamet når det gjelder eldre i Haugesund og til fastlege når det gjelder eldre i Bokn. Det er fastlegene som tar avgjørelsen om det skal gjøres en nærmere vurdering av den eldre. I intervju med representant fra hukommelsesteamet i Haugesund, kommer det fram at samhandlingen mellom dette teamet og fastlegene har en del fellestrekk med det som er status for helseteamet. Samhandlingen varierer. Begge teamene må være i interaksjon med andre for å oppnå målsettingen med virksomheten og for å få til samhandling. Nettopp en slik avhengighet kan i følge Karlsen og Gottschalk (2008) utnyttes som en maktfaktor. Det kan vises gjennom å ikke ta hensyn til vurderinger og ved ingen støtte til prosjektet.

Helseteamsykepleierne har hatt begrenset samhandling med andre kommunale aktører. At det ikke har vært behov for å søke om tjenester i større grad enn det er gjort, må oppfattes positivt. I Bokn har kartleggingen vist noe større behov for hjemmetjenester enn i Haugesund (Figur 111 side 72, Appendiks H). Det kan mest sannsynlig tilskrives at gjennomsnittsalderen har vært høyere. Samlokalisering av ulike tjenesteytere, vil ofte ha en positiv effekt ved at en blir kjent og har mulighet for å kunne ta opp aktuelle saker. Helseteamsykepleierne bruker mye av tiden på hjemmebesøkene og relativt lite tid på kontorer. Det gjør at integreringen i den øvrige virksomheten skjer langsommere og gjør deltagelse i kollegafellesskapet vanskeligere. Helseteamsykepleierne i Haugesund har derfor følt seg noe "alene". Slik har de også blitt oppfattet av andre kommunale aktører, og det har kommet til uttrykk ved en stigmatisering i A og B-lag. En konklusjon en kan trekke på bakgrunn av dette er at helseteamet burde hatt et større innslag av kommunale aktører. Det ville trolig vært positivt for både informasjonsformidling, samhandling og for at prosjektet som helhet kunne hatt en bedre forankring i kommunen.

Helseteam for eldre – tanker om veien videre.

Fra prosjektets side har det vært viktig at resultatene fra utprøvingen av samhandlingsmodellen skal kunne ut i en anbefaling til helse Fonna og kommunene i Helse Fonnas nedslagsfelt om hvorvidt det er hensiktsmessig å satse på forebyggende hjemmebesøk etterfulgt av tverrfaglig drøfting eller ikke. En har ønsket å kunne si noe om hvordan samarbeidet evt. kan forbedres slik at de som trenger helsehjelp kan få et bedre pasientforløp. I utgangspunktet var det også et ønske å kunne si om det er lønnsomt å satse på denne typen samarbeid med forebyggende hjemmebesøk som del av et helseteam.

Dette avsluttende kapitlet bygger på data fra intervju med helseteamet, kommunale aktører og fastleger. Prosjektleder er den viktigste bidragsyteren.

Forslag til endringer

Temaguiden

Prosjektets siste fase har bestått av inter-rater reliabilitetstudien av kartleggingsverktøyet samt evaluering av temaguiden. Resultatet av evalueringsarbeidet foreligger, og en ny revidert temaguide vil bli gjort tilgjengelig våren 2013¹. I korthet går endringene ut på å gjøre den mindre omfangsrik og erstatte noen av testene med andre som trolig vil fungere bedre. At temaguiden ”slankes” kan synes å være i tråd med både synspunkter innad i helseteamet og ”utenfra”:

Styrken er at vi får en standard måte å gå gjennom tingene på [...] Svakheten er vel den at den er for omfattende kanskje og der er noe som må slankes vekk.

Ettersom det er kommet en del innspill på måling av blodtrykk, vil en framover anbefale at det kun måles BT dersom den eldre plages av svimmelhet. Det vil også gjøres noen mindre justeringer i risikovurderingen for om mulig å fange resultatet av kartleggingen enda bedre enn i dag. Det er også gjort en vurdering av bruk av temaguiden ved gjentatte besøk. Besøk nr. 2 bør kunne gjennomføres med et enklere verktøy. I tillegg må oppsummeringen til den eldre bli gjenstand for ny vurdering. Mengden av informasjon må ses i sammenheng med den eldre situasjon for at den skal komme til nytte. Thornquist (2009) understreker at det hele tiden må være en avveining av hvor mye vekt som for eksempel skal legges på saksopplysninger og forklaringer sammenlignet med andre måter for å bygge opp under den enkeltes handlingsevne og tro på egne krefter. I et helsefremmende perspektiv kan det være

¹ Den reviderte temaguiden vil bli lagt ut på Helsetorgmodellens hjemmeside: <http://www.helsetorgmodellen.net>

like viktig å støtte opp under de eldres egne erfaringer og tanker og på den måten stimulere til pågangsmot og mer initiativ.

Samhandlingen med fastlegene

Dialogen med fastlegene må bedres. Den overordnede målsettingen må også ses ut fra fastlegenes ståsted. Da kan et aktuelt spørsmål å ta utgangspunkt i være: ”what’s in it for me?” Å fokusere på samarbeid, vil øke mulighetene for å oppnå resultater (Karlsen og Gottschalk, 2008). Erfaringene tilsier at det må gjøres endringer i forhold til de tverrfaglige drøftingene. Fastlegene ser at de har liten mulighet til å delta:

Det er veldig masse møter, det er veldig mange krav og sånt som en skal være med i, så et sånt nytt krav vil en neppe takke ja til sånn i utgangspunktet. Men det er klart å være med i en drøfting pr telefon, [...] en kan diskutere medisiner og sånt, ikke bare for vedkommende pasient, men også i forhold til aldergruppen og geriatri som tema. Så det er klart at det kan være nyttig, men det går på det med tid, [...] Hadde vi kunne styre tiden vår selv så kanskje vi kunne prioritert et slikt møte foran enkelte andre møter som en blir pålagt.

På bakgrunn av erfaringene helseteamet har gjort, og etter å ha vært i dialog med flere av fastlegene, har en foreslått at tverrfaglig drøfting i helseteam gjennomføres kun i de tilfeller fastlegen er enig i at det er hensiktsmessig. Framgangsmåten blir da den samme som for bl.a. hukommelsesteamet i Haugesund. Tverrfaglig drøfting kan da anses som en ressurs fastlegen råder over og som kan benyttes der fastlegen ser at kompleksiteten er stor og det kan være nyttig å få en helhetlig vurdering.

Hvis man kunne kanskje....det er jo både styrke og svakheter med det...men hvis du som sagt, kunne brukt det mer..kunne henvist til en slik type brei screening og god screening som det er, så tror jeg kanskje du kunne kommet veldig langt.

Å gi fastlegene innflytelse over hvem som bør drøftes, er å søke å få til en mer integrert modell med en felles målsetting. En integret modell tilrettelegger for god kommunikasjon og for at det bygges tillit mellom partene (Karlsen og Gottschalk, 2008).

Det bør tilstrebes at oppsummeringsrapport fra hjemmebesøket sendes elektronisk fra kommunens EPJ-system istedenfor skriftlig.

Samhandling med kommunens øvrige tjenester

I dette prosjektet har de forebyggende hjemmebesøkene blitt tilbudt alle eldre i de definerte målgruppene. Det inkluderer eldre som også mottar ulike pleie og omsorgstjenester.

”Inklusjonskriteriene” i andre kommuner varierer både med hensyn til alder og hvorvidt eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester skal inkluderes. All den tid omfanget av slike tjenester kan variere i relativt stor grad, bør det være en vurdering av hvem som skal få tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Dette må skje i samarbeid med kommunale aktører og med blikk på det som anbefales gjennom forskning.

Forutsetningen for god samhandling er god kommunikasjon. Thornquist (2009) viser til at vi kommuniserer ikke bare et saksforhold, men også hvem vi skal være for hverandre. Derfor har all kommunikasjon et innholdsaspekt og et relasjons- eller rolleaspekt. Inngående kjennskap til hverandres arbeidsområde og kompetanse vil komme de eldre til gode gjennom bedre samhandling. Relasjonsaspektet sier noe om hvordan en ser seg selv og sin rolle i relasjon til andre aktører. Begge deler er viktige for samhandling. For å få til bedre samhandling vil et av grepene være å se på helseteamets sammensetning. Flere av de som er blitt intervjuet, ønsker at kommunen må være bedre representert:

Jeg føler vel at det hadde vært bedre om fysio- eller ergoterapeut hadde vært ansatt i kommunen og knyttet til teamet. For når en arbeider på sykehuset så begrenser det seg litt når en skal søke om hjelpemidler, og hvilke en kan få søke på. Når det gjelder ernæringsfysiolog, så kunne kanskje det være en ressurs i teamet fra sykehuset, for det finnes jo ikke i kommunen.

Helseteampsykepleierne bør fortsette med å koble inn andre ressurser når det viser seg å være behov for det. Ved forebyggende hjemmebesøk vil en også kunne fange opp behov som andre faggrupper bør utrede videre. Det gjelder hukommelsesteamet, fysio- og ergoterapitjenesten for vurdering av hjelpemidler, hjemmesykepleietjenester osv. Alle disse tjenestene bygger på kartlegging, og en god dialog dem i mellom er viktig for at det ikke blir dobbelt-arbeid og at de eldre ikke opplever det ubehagelig. Det bør vurderes både juridiske og faglige implikasjoner ved at de ulike faggruppene i større grad kan ha tilgang til aktuell dokumentasjon. Slik det har fungert i dag, er dokumentasjonen fra hjemmebesøkene lagt i et eget domene, som ingen andre har tilgang til.

Et framtidig scenario er de framtidutfordringene Hagen-utvalget (2011) peker på når det gjelder behov for mer omsorgsteknologi. Det kan tenkes at vurdering av slike behov vil kunne inngå i de forebyggende hjemmebesøkene på sikt.

Like viktig som å bidra med hjelp dersom det må søkes om tjenester, er å fokusere på det de eldre mestrer og det som kan bidra til enda bedre mestringsevne. I Danmark har flere og flere

kommuner etablert såkalte ”Sundhedscentre”. Disse sentrene har ansvar for forebyggende og helsefremmende virksomhet, og forebyggende hjemmebesøk er organisert under denne virksomheten. Det har gjort at ordningen med forebyggende hjemmebesøk har fått en enda høyere prioritet i Danmark. Det har i følge rapporten fra Ankestyrelsen (Nielsen og de Bang, 2010) ført til en økt spesialisering og mer kunnskap om kroniske lidelser. Personell som utfører hjemmebesøk har dermed god mulighet for å observere tidlige symptom på funksjonsnedsettelse og sykdom. I tillegg gir organiseringen personalet mulighet for å koble forebyggende og helsefremmende tiltak inn på et tidlig stadium og også koble dem mot ulike sosiale tiltak. Det forebyggende og helsefremmende aspektet er også styrket på bakgrunn av at det har vært mulighet for å arbeide sammen med andre faggrupper.

Hvem skal få tilbud om forebyggende hjemmebesøk?

Ved å tilby hjemmebesøk til hele gruppen 77-åringer møter vi både svært funksjonsfriske eldre og mer skrøpelige eldre. Om vi kun fokuserer på eldre som allerede har blitt skrøpelige, får hjemmebesøkene en sekundærforebyggende funksjon. Om vi derimot fortsetter å tilby besøk til også friske eldre, ivaretar vi det helsefremmende og primærforebyggende aspekt. Det ene trenger heller ikke utelukke det andre. Legeforeningen la nettopp fram ”Statusrapport Pulsen Opp”² der det legges vekt på ”helsefremmende allmennkunnskap” som er avgjørende for den enkeltes forutsetninger til å ta de rette valgene for sin egen helse. I Danmark har de i større og større grad valgt å utelukke eldre over 75 år som mottar praktisk eller personlig hjelp. Fokuset er imidlertid skjerpet når det gjelder enker / enkemenn og utsatte eldre som for eksempel har isolert seg (Nielsen og de Bang, 2010). Det kan se ut for at de fleste av informantene som tar stilling til alder, ikke ønsker å øke den. I Norge finner en målgruppen for de fleste kommuner et sted mellom 75 og 80 år. I intervjuene kommer det fram synspunktet om både alder og behov:

Det er vanskelig å svare på. En 77-åring kan være så mangt. Det er klart at går en lengre ned, vil en kanskje finne for mange friske som takker nei, og går en lenger opp, så vil de ha blitt for syke kanskje, så.. hvis en skal tenke på et tall, så er kanskje 77 det nærmeste.

Jeg tror at hvis en skulle forandre på det, så skulle en heller gå ned i alder enn opp for da kan en være i forkant at noe eventuelt skjer og som en må ta affære med. At en er klar over situasjonen i god tid før det.

² <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/Pulsen-opp-for-bedre-helse/>

Det hadde kanskje vært en styrke om en kunne brukt de forebyggende hjemmebesøkene litt mer. Det er kanskje meningen på sikt... for da kunne en brukt den type ressurs der en ser behovet et tilstede.. Mange pasienter har en veldig sammensatt problemstilling, alt i fra sosiale omstendigheter til boforhold, og i en sånn hverdag ville dette vært et veldig viktig hjelpemiddel.

Anbefalingene videre i forhold til forebyggende hjemmebesøk er å forsatt velge 77-åringer som målgruppe. I tillegg anbefales det at eldre personer over 70 år med økt risiko for sykdom eller funksjonsfall også tilbys besøk. Det kan være ved tap av ektefelle, at en nylig er skrevet ut fra sykehus og ikke mottar pleie- og omsorgstjenester. Det kan også være til personer der pårørende, fastlege eller hjemmesykepleier/hjemmehjelper har uttrykt bekymring. Til sist kan det være at eldre selv ber om et hjemmebesøk.

Studier i forhold til forebyggende hjemmebesøk har vist at gjentatte besøk er en faktor som påvirker om det har noen effekt (Vass et.al, 2005). Det anbefales derfor oppfølgingsbesøk til utvalgte eldre (etter gitte kriterier). Ved disse besøkene kan en gjøre bruk av en forenklet versjon av temaguiden.

Forslag til videre organisering

Det ville være av interesse å ta erfaringene fra prosjektet med i en fase 2. Internt i prosjektet er det kommet fram forslag om å inkludere for eksempel 5 kommuner basert på metodikk og verktøy som er utviklet, men med endringer hva gjelder målgruppe og rekruttering. I tillegg må samhandlingen med fastlegene vektlegges, slik at det blir tverrfaglig drøfting i de tilfeller de mener det er tjenlig. Det vil imidlertid være nødvendig å diskutere utforming av fase 2 i tett dialog med interessentgruppene. Dersom en likevel skulle antyde hvordan en fase 2 kunne utformes, bør en vektlegge undervisning til både personell som skal utføre hjemmebesøkene og til fastlegene. I tråd med det som ble tilbudt i Vass sin studie (2005), måtte undervisningen ha fokus på aldring, eldres helse og sykdom for å sikre en felles forståelse og tilnærming til det å utføre slike hjemmebesøk. Det vil være viktig å skape et fagmiljø for utveksling av erfaringer og for å skape en felles forståelse og for likhet i tilnæringer og bruk av metodikk og verktøy. Nye fokusområder kan f.eks introduseres på temadager.

Ved bruk av telemedisinske løsninger bør det være mulig å kjøre samme modell med både nære og fjerne kommuner, med tverrfaglige drøftinger der en bruker videokonferanse osv. Det

kan være en merkantil ressurs / sekretær som kan styre innmeldte ønsker om tverrfaglige drøftinger, og sette opp i en timebok for eksempel slik:

Tverrfaglige kasustikkdrøftinger torsdag 8. august 2013 (tenkt eksempel):

- 0830 - 0850: Sauda (video)
- 0850 - 0910: Bømlo (video)
- 0910 – 0930: Bømlo (video)
- 0930 - 0950: Haugesund (oppmøte)
- 0950 – 1010: Haugesund (oppmøte)
- 1010 – 1030: Bokn (video/oppmøte)
- 1030 – 1050: Vindafjord (video)
- 1050 – 1110: Vindafjord (video)
- 1110 – 1130: Karmøy (oppmøte)
- 1130 – 1200: Mellomdrøftinger (avklare usikre kasuistikker) samt åpent for spørsmål

Det er naturlig at helseteamsykepleierne legger fram kasustikkene til det tverrfaglige teamet. Rent praktisk ville det være ønskelig at en person sørget for at alt er klart med oppkobling til videokonferanse osv. 20 minutter per kasuistikk pleier å rekke. Det må finnes en egnet base med godt møterom og tilgang til den nødvendige teknologien. Tverrfaglig team må ha de samme ressursene som i dag, allmennlege, farmasøyt, fysio/ergo, geriatrisk sykepleier og geriater er obligatoriske. Drøftingsmøter bør holdes hver 2. uke slik som i dag.

Et slikt interkommunalt samarbeid burde fått sin egen hjemmeside med god informasjon utad, kontaktinformasjon i de ulike kommunene, faglig relevante linker og presentasjon av hjemmebesøkene for å nå bedre fram til målgruppene og fastleger osv. Det vil være viktig at kommunene bruker den samme metodikk og verktøy slik at det kan generere forskning og ny kunnskap om de eldre, til bruk i kommunene som nå er lovpålagt å ha kunnskap om helsen til befolkningen i Folkehelseovens § 5. (2011)

Økonomiske analyser – hvilke ressurser kreves?

Det er ikke foretatt økonomiske analyser av virksomhetene til helseteam for eldre. Det ble gjort et forsøk på å få studenter ved økonomisk og administrative studier ved HSH i til å velge en problemstilling som kunne belyse kostnadsspørsmålet i forbindelse med deres valg av tema til bacheloroppgave. Det var ønskelig å få gjort en beregning av hva modellen ville koste for ulike kommuner. I stor konkurranse med andre interessante tema, ble vår problemstilling ikke valgt.

Fra Sverige foreligger resultater som hevder at forebyggende hjemmebesøk er kostnadseffektive (Sahlen et.al, 2008). Studien bygger på et prøveprosjekt der friske eldre over 75 år mottok 2 hjemmebesøk i 2 år. Fokusområdene for samtalen var så godt som identiske med det som har vært gjeldene i helseteam for eldre. Det var intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Resultatene ble tolket ut fra 3 tidsvinduer; kort, middels og langt. I selve prosjektperioden så en at dødeligheten i intervensjonsgruppen var lavere enn i kontrollgruppen. Etter intervensjonsperioden fant en ingen signifikant forskjell. I et middels tidsvindu så en at kostnader til helsehjelp var mindre i intervensjonsgruppen. Sykehusinnleggelsene var like i begge gruppene. I et langt tidsvindu så en at de totale kostnadene gikk opp, men da var estimerte kostnader for økt levetid lagt til. For helseteam for eldre kan gevinsten synes å ligge i det tverrfaglige arbeidet, i kompetanseoverføring til kommunene gjennom helseteamsykepleierne og samhandling med fastlegene, og i at det skapes en felles forståelse for fagfeltet. Ved bruk av samme metodikk og verktøy kan kommuner jobbe strukturert sammen, på en måte der man også kan evaluere effekten av arbeidet.

Ved beregning av kostnader må en ta utgangspunkt i :

- X antall 77-åringer
- X antall takker ja til hjemmebesøk (71 %)
- X antall av disse blir tatt til tverrfaglig drøfting (24 %) (figur 113, side 74 i resultat/Appendiks H).
- X antall trenger oppfølgingsbesøk

Ut fra en slik modell bør det la seg gjøre å beregne hvilke ressurser som kreves:

- Stillingsandel helseteamsykepleier i den enkelte kommune
- Deltakere i tverrfaglig helseteam – antall timer i uka nødvendig for å gjennomføre forventet antall tverrfaglige drøftinger.

Helse Fonna og HSH med FoU bør/må være parter i et videre arbeid.

Konklusjon

Prosjektet ”helseteam for eldre” ble avsluttet i juni 2012. Da var 160 forebyggende hjemmebesøk gjennomført, og det hadde blitt holdt tverrfaglige drøftinger hver 14.dag. Ca 24 prosent av de eldre har fått sin helsesituasjon drøftet. I avslutningsfasen av prosjektet er temaguiden revidert og det vil foreligge i ny utgave våren 2013.

Tilbudet med forebyggende hjemmebesøk er blitt godt tatt i mot av målgruppen. Mange har blitt positivt overrasket over nytteverdien. Prosjektet kan vise til deltakertall som er tilsvarende i andre kommuner. For Bokn sitt vedkommende, er deltakerantallet svært bra. Om forskjellen skyldes ulikheter i en by og landkommune, vet vi ikke. Det er likevel nærliggende å tro, at tilbudet og ikke minst omtalen i en liten kommune spres raskere. I tillegg kan det ha påvirket antallet at helseteamsykepleierne var kjent for mange i kommunen.

Det tverrfaglige helseteamet har hatt stort fokus på å bidra til gode anbefalinger som skal tjene til å optimalisere helsegevinsten til den eldre. Deltakerne gir uttrykk for å få være delaktige og ha påvirkning i forhold til anbefalingene som gis. Helseteamet har hatt god ledelse, og trivsel og faglighet kan karakterisere møtene. Helseteamsykepleierne har hatt en bred og god kompetanse. Dette har kommet prosjektet og de eldre til nytte. Den kontinuerlige kompetanseutviklingen gjennom å møtes i det tverrfaglige teamet har hatt stor betydning. Det bør tilstrebes å arrangere temadager for både nye og erfarne helseteamsykepleiere dersom tilbudet med forebyggende hjemmebesøk etableres, slik at de kan få mer kunnskap om fokusområdene og lære av hverandre. HSH har en videreutdanning innen Eldre, helse og samfunn, og bør kunne vurdere en modul med fordypning relatert til dette tilbudet.

Det har ikke lyktes å få med fastlegene i de tverrfaglige drøftingene. Modellen kan likevel synes å ha et potensial for både å kunne oppnå en lik forståelse for det geriatriske fagfeltet og at eldre med behov for oppfølging kan få det. Det må likevel gjøres justeringer i samråd med fastlegegruppen om hvordan dette best kan skje.

Det er utarbeidet og framskaffet store mengder informasjonsmaterieell som er relevant for eldre. Slikt materieell bør være lett tilgjengelig slik at de eldre kan velge ut hva de mener de vil ha nytte av. Mye av dette bør være mulig å finne lett tilgjengelig på kommunenes nettsider. En relativt stor andel av de eldre benytter seg av internett.

Det tverrfaglige helseteamet bør være sammensatt slik at det blir en jevnere fordeling av representanter fra sykehus og kommune. Det vil muliggjøre bedre samhandling mellom de

som foretar hjemmebesøkene og andre faggrupper som er aktuelle for å optimalisere mulighetene for de eldre til å klare seg hjemme.

Alle prosjekt bør ha god forankring i ledelsen. Uten det risikerer en at prosjektet gjennomføres nærmest som en isolert hendelse. At Helsetorgmodellen står som oppdragsgiver for både dette og flere andre prosjekt, kan føre til at den enkelte kommune får en mer distansert rolle. Det bør unngås ved at det er kontakt både oppover og nedover.

Helsedirektoratet gav i 2011 midler til utviklingsprogram for forebyggende hjemmebesøk.

Formålet var å utvikle metodikk og økt kunnskap om forebyggende arbeid. Senter for omsorgsforskning Vest sammen med utviklingssentrene i Helse Vest fikk midler til et prosjekt. Det omfatter kartlegging av arbeidsmetodikk og utbredelse av forebyggende hjemmebesøk i kommunene samt å samle brukererfaringer og utøvererfaringer. Prosjektet tar sikte på erfaringsdeling på tvers av kommunene og å publisere en idéhåndbok.

Utviklingsprosjektet imøteses med stor interesse. Forhåpentligvis kan helseteam for eldre være en viktig bidragsyter til både metodikk og økt kunnskap. En overordnet målsetting må være å unngå å falle tilbake til at hver kommune gjør det på sin egen måte.

Litteratur

- Alvsvåg, H. (2012). Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I: Å. Gammersvik & T. Larsen (red.) *Helsefremmende sykepleie* (s.79 – 97). Bergen: Fagbokforlaget
- Avery, A.J., Rodgers, S., Cantrill, J. A., Armstrong. S., Cresswell, K., Eden, M.,” ...”Sheikh, A.(2012). A pharmacist-led information technology intervention for medication errors (PINCER): a multicentre, cluster randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis.*The Lancet*. 379. 1310-19.
- Bauer, G., Davies, J. K. & Pelikan, J. (2006). The EUCIPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health promotion International*, 21(2), 153-159.
- Bergland, A. Helbostad, J. L., Askim, T. (2004) Bergs Balanseskala. Norsk versjon. Hentet 30.06.2012
http://www.hnt.no/ftp/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_12808/attachments/31517_1_Bergs_Balanseskala.pdf
- Blaikie, N.W. H. (1991).A critique of the use of triangulation in social research. *Quality and Quantity*, 25,115-136.
- Birkeland, A., Mikkelsen, A-L., & Lunde, A. (2010). *Pasientforløp for eldre ”Skrøpelige pasienter”*. Et pilotprosjekt om samhandling mellomHaugesund kommune, Haugesund sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund. Hentet fra <http://www.helse-fonna.no/fagfolk/samhandling/helsetorgmodellen/Documents/helsetorgmodellen-rapport-skropelege-eldre.pdf>
- Borson S. (2000). The mini-cog: a cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(11):1021.
- Denvall, V. & Vedung, E. (2010). Evalueringsforskning. I: A. Meeuwisse, H. Swärd, R. Eliasson-Lappalainen & K. Jacobsson (red.). *Forskningsmetodikk for sosialvitere* (s. 179-195). Oslo: Gyldendal
- De Smedt, S. (2011). *Fem seniorers opplevelse av å få forebyggende hjemmebesøk* (Mastergradsoppgave , Universitetet i Tromsø). Hentet fra <http://munin.uit.no/handle/10037/3517>

- Drammen kommune. (2009,25.9)*Forebyggende hjemmebesøk*. Hentet 7.juni 2012 fra <http://www.drammen.kommune.no/no/Tjenester/Omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/Hjemmetjenester/Forebyggende-helseteam-for-eldre1/>
- Ekman, A., Vass, M. & Avlund, K. (2010). Preventive home visits to older home-dwelling people in Denmark: are invitational procedures of importance? *Health Soc Care Community*, 18(6):563-71
- 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): 719-25
- Fagerstöm, 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 Sciences*, 23, 558-568.
- Folkehelseoven (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24. Juni 2011*. Hentet 1. Juli 2012 fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wifldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-20110624-029.html>
- Fossum, M. Terjesen, S. Ehrenberg, A. Ehnfors, M., & Söderhamn, O. (2009). Evaluation of the Norwegian version of Mini Nutritional Assessment (MNA) among older nursing home patients. *Vård i Norden* (2): 50-52
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I: Å. Gammersvik & T. Larsen (red.) *Helsefremmende sykepleie* (s.99 – 116). Bergen: Fagbokforlaget
- Guigoz, Y., Laugue, S. & Vellas, B.J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine* (18): 737-757
- Halvorsen, K.H., Stensland, P. & Granas, A.G. (2011) A qualitative study of physicians' and nurses' experiences of multidisciplinary collaboration with pharmacists participating at case conferences. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(5):350-7.
- Helsetorgmodellen. (2012). Et samhandlingsverktøy for å løse utfordringene i samhandlingsreformen. (Brosjyre). Haugesund: Helsetorgmodellen. Hentet 24. Juni 2012 fra <http://www.helsetorgmodellen.net/wp-content/uploads/2012/05/helsetorgmodellen-informasjonshefte-mai-2012.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30*. Hentet 1. juli 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K.M.(2008) Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*; Vol. 63A (3), 298-307
- Karlsen, J.T & Gottschalk. P. (2008). *Prosjektledelse*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Karp, A., Wånell, S.E., Lagerin, A., Rydeman, I.-B., Sherman, H., Blid, S.S. & Törnkvist, L. (2010) Förebyggande hembesök. Hälsosamtal med 75-åringar i Stockholms läns landsting. (Rapporter/Stiftelsen Stockholm läns Äldresentrum & Centrum för allmänmedicin). Stockholm
- Landis, R.J. & Koch, G.G. (1977) The measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. (33), 159-174.
- Longva, S. & Tønder, J-K. (2004). *Fremskrivning av folkemengden. 2002-2050. Nasjonale og regionale tall*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. Hentet 24. juni 2012 fra http://www.ssb.no/nos_folkfram/nos_d319/nos_d319.pdf
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Tano Oslo: Aschehoug
- Melis, R.J.F., van Eijken, M. I. J., Teerenstra, S., Achterberg, T., Parker, S. G., Borm, G. F. "...”Rikkert, O. (2008). Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future A Randomized Study of a Multidisciplinary Program to Intervene on Geriatric Syndromes in Vulnerable Older People Who Live at Home (Dutch EASYcare Study). *The Journals of Gerontology. Series A*. 63, (3): 283-290
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Nielsen, S. & de Bang, M. (2010) *Forebyggende hjemmebesøg til ældre*. (Ankestyrelsens undersøgelse af forebyggende hjemmebesøg til ældre) København
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.Informasjonsforvaltning. Hentet 30.06.2012 fra <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>
- Pettersen, A. M. & Wyller, T. B.(2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Norge: Med blikk mot Sverige og Danmark*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse
- Pettersen, R. (2002). Falltendens hos gamle. *Tidsskrift for norsk lægeforening*. (6), 122: 631-634

- Pitkälä, K. H., Laakkonen, M. L., Strandberg, T. E. & Tilvis, R. S. (2004) Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *Journal of Clinical Epidemiology* (57), 409-414
- Prosjektbeskrivelse (2010). Internt dokument. Haugesund: Helsetorgmodellen
- Revill, S. I., Robinson, J. O., Rosen, M., & Hogg, M. I. (1976), "The reliability of a linear analogue for evaluating pain", *Anaesthesia*, vol. 31, (9): 1191-1198.
- Sahlèn, K-G. (2009). *An ounce of prevention is worth a pound of cure- preventive home visits among seniors*. Umeå: Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1278.
- Saltvedt, I., Helbostad, J. L., Sveen, U., Thingstad, P. Sletvold, O. & Wyller, T. B. (2008). *Barthel ADL-indeks*. Norsk versjon. Hentet 30.06.2012 fra <http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=394>
- Sletteland, N. & Donovan, R.M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse– og omsorgsdepartementet.
- Stuck,A.E., Egger, M., Minder, C.E., & Beck,J.C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. *American medical Association, Vol 287.No 8*
- Säätelä, S., Tast.A, Jungerstam-Mulders & Fagerström, L. (2006), För eget hem - Oman kodin puolesta. Hälsöfrämjande och förebyggande hembesök. Vasa: Oy Fram Ab
- Thornquist, E. (2009). Kommunikasjon. *Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Trondheim kommune. (2011). *Oppsøkende forebyggende hjemmebesøk til 80 åringer*. Hentet 7.juni 2012 fra: <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117626488/Oppsokende-forebyggende-hjemmebesok-til-80-aringer>
- Tøyen, M., Heggelund, M., Landmark, B., Bjørk, I.T. & Fagerström, L. (2011). Kan helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk støtte den eldres helseressurser og muligheter til et godt liv i eget hjem? IE. *Hälsöfrämjande på systemnivå. Hur klarar den nordiska välfärdsmodellen nutidens utmaningar?* 10:e Nordiska folkhälsokonferansen in Åbo, Finland

- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Å. Gammersvik & T. Larsen (red.) *Helsefremmende sykepleie* (s.173 – 191). Bergen: Fagbokforlaget
- Vass, M., Avlund, K., Lauridsen, J., & Hendriksen, D. (2005). Feasible Model for Prevention of Functionel Decline in Older People: Municipality-randomized, Controlled Trial. *Journal of the American geriatrics Society*, 53:563-568
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual & interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, The Health Institute.

Appendiks

Appendiks A: Temaguide

Appendiks B: Informasjonsbrosjyre eldre

Appendiks C: Samtykkeskjema

Appendiks D: Informasjonsskriv til fastleger ved ingen risiko

Appendiks E: Informasjonsskriv til fastleger ved økt risiko

Appendiks F: Rapport til fastleger etter tverrfaglig drøfting

Appendiks G: Godkjenning NSD

Appendiks H: Intervjuguide

Appendiks I: Spørreskjema

Appendiks J: Resultatpresentasjon

Prosjekt "Helseteam for eldre"

Temaguide

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Del 1: "DEN GODE SAMTALE"	5
1.0 BAKGRUNNSINFORMASJON	6
2.0 FUNKSJON I DAGLIGLIVET	9
BARTHEL ADL-INDEKS: 9	
SOSIAL STØTTE (OSLO 3-SSS): 14	
3.0 TANKER OM FREMTIDEN	15
Del 2: HELSEKARTLEGGING	18
4.0 HELSEPROBLEMER	17
SF-I: 18	
PLOS: 18	
BBS: 19	
MNA: 20	
MINI-COG: 23	
VAS-SCALE: 23	
5.0 SYKDOM	24
6.0 FORBRUK AV HELSETJENESTER	25
7.0 MEDIKAMENTBRUK	26
8.0 MÅLINGER	28
Del 3: OPPSUMMERING	30
9.0 AKTUELLE HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK	30
10.0 RISIKOVURDERING	33
11.0 KONKLUSJON	35

ID-nummer:

Dato hjemmebesøk:

Intervjuer:

Kommune:

Den eldres fastlege:

Klokkeslett start og slutt:

Temaguide

TIL BRUK VED HJEMMEBESØK I FORBINDELSE MED HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID BLANT ELDRE.

Formål med besøket er:

Primærforebyggende fokus - at den personen som får besøk selv blir oppmerksom på eventuelle helserisikoer og egne ressurser for å mestre eksisterende eller mulige helseplager/skader.

Sekundærforebyggende fokus - at de som har sykdom eller utviklet funksjonstap kan få den hjelpen de trenger.

Mål:

- » Å bli kjent med personen
- » Å få kartlagt om det er problemer/behov
- » Å få tak i hvordan personen selv opplever sin livssituasjon
- » Å få kartlagt personens ressurser og bruk av disse
- » Å etablere et tillitsforhold mellom personen og helseteamsykepleieren
- » Å gi råd/veiledning slik at personen finner gode løsninger på eventuelle problemer/behov
- » Å bidra til opplevelse av trygghet
- » Å få innsikt i og kunnskap om eldres ønsker og interesser som kan danne grunnlag for planlegging av kommunens aktiviteter og tilbud for de eldre

Dette skal være en strukturert samtale, ikke et intervju. En naturlig dialog dreier seg om det personen forteller og som helseteamsykepleieren følger opp med relevante spørsmål fra samtaleguiden. Tiltrebe at de fleste punktene i guiden blir behandlet. Unngå å notere for mye under samtalen.

Forebyggende hjemmebesøk kan defineres som:

Oppsøkende virksomhet til uavhengige, hjemmeboende eldre med det formål å evaluere medisinske, fysiske, psykiske og sosiale problemer og ressurser. Evalueringen skal føre til spesifikke råd og anbefalinger som kan redusere eller forbedre observerte problemer, og forsinke eller forhindre at nye oppstår (Pettersen og Wyller, 2005;9).

Vi skal ha spesielt fokus på følgende 4 områder:

- » Ernæringsproblemer
- » Falltendens
- » Kognitiv svikt
- » Polyfarmasi

Del I:

"DEN GODE SAMTALE"

I.0 BAKGRUNNSINFORMASJON

I.1 PERSONALIA

I.1.1 Kjønn

- Mann
- Kvinne

I.1.2 Fødselsdato

Født:

Alder:

I.1.3 Barn

I.1.4 Morsmål

- Norsk
- Annet:

I.1.5 Sivil status

- Gift
- Samboer
- Alene
- Skilt
- Enke/enkemann

Hvis ja, fra når?

I.2 UTDANNING OG ARBEIDSBAGGRUNN

I.2.1 Utdannelse (nevnt høyest fullførte utdanning):

- Mindre enn 7 år
- Folkeskole
- Middelskole/realskole
- Framhaldsskole
- Gymnas
- Folkehøgskole
- Håndverksutdanning
- Handelsskole
- Universitet eller annen høyere utdanning

Annet, hva?

I.2.2 Tidligere arbeid:

- Landbruk, fiske, skogbruk
- Bygg og anlegg
- Helse og sosialarbeid
- Handel og serviceyrke
- Industriarbeider
- Arbeid i hjemmet (for eksempel gårdsbrukers kone/ husmor)
- Administrasjon og ledelse
- Transport, sjøfart, jernbane
- Undervisning
- Lege, tannlege, advokat eller lignende

Annet, hva?

1.3 HUS OG HJEM

1.3.1 Type boform i dag:

- Enebolig
- Rekkehus
- Tomannsbolig
- Blokkleilighet med heis
- Blokkleilighet uten heis
- Omsorgsbolig

Annet, hva?

1.3.2 Er boligen:

- Privat eiet
- Leid

1.3.3 Bor du alene?

- Ja
- Nei

1.3.3.b Hvis nei, hvem bor du sammen med?

- Mann/kone
- Samboer/venn
- Barn
- Søsken

Andre:

1.3.4 Hvor lenge har du bodd på dette stedet?

- Mindre enn ett år
- 1-5 år
- 6-20 år
- Mer enn 20 år
- Hele livet

1.3.5 Er din bolig egnet for at du kan bli boende der i hele din levetid?

- Ja
- Nei
- Usikker

1.3.6 Er det nødvendig med større tiltak for at du skal kunne bo her?

- Ja
- Nei
- Usikker

1.3.6.b Dersom ja eller usikker, hva må gjøres med bolig?

NOTATER

1.3.7 Er det noe ved boligen din som gjør det vanskelig for deg å bo her?

Innvendig:

- Belysning
- Rekkverk, gelender, håndtak
- Dørstokker
- Trapper
- Lås
- Brannalarm

Utdyp vansker:

Annet:

Utvendig:

- Belysning
- Rekkverk, gelender, håndtak
- Dørstokker
- Trapper
- Lås

Utdyp vansker:

Annet:

1.3.8 Er badet rommet tilpasset dine behov?

- Ja
- Nei
- Usikker/vet ikke

1.3.8.b Dersom nei eller usikker, hva må gjøres med badet?

1.4 V-VANER

1.4.1 Telefon og internett

Har du vanlig telefon?

- Ja
- Nei

Har du mobiltelefon?

- Ja
- Nei

Bruker du internett?

- Ja
- Nei

1.4.2 Kunne du tenke deg å delta på kurs for å lære mer om internett og data?

- Ja
- Nei

NOTATER

1.4.2b Hvis du bruker internett:

Er internett en viktig informasjonskilde for deg?

- Ja
- Nei

Bruker du sosiale medier som Facebook og Twitter?

- Ja
- Nei

Bruker du e-post?

- Ja
- Nei

Kommentar:

2.0 FUNKSJON I DAGLIGLIVET

2.1 FUNKSJON I DAGLIGLIVET (BARTHEL ADL-INDEKS)

2.1.1 Trenger du hjelp til noe i hverdagen?

1. Spising

- (2) Helt selvhjulpen. Kan bruke nødvendige hjelpemidler og spiser innen rimelig tid.
- (1) Behov for noe hjelp, for eksempel til å skjære opp maten
- (0) Helt avhengig av hjelp

2. Bading/dusj

- (1) Helt selvhjulpen
- (0) Trenger hjelp

3. Personlig hygiene

- (1) Selvhjulpen. Klarer å vaske ansiktet, kjemme håret, pusse tenner og barbere seg
- (0) Trenger hjelp til en eller flere oppgaver

4. Påkledning

- (2) Selvhjulpen i av- og påkledning. Klarer selv glidelås, knapper og skolisser
- (1) Trenger hjelp, men klarer halvparten innen rimelig tid
- (0) Trenger hjelp til mer enn halvparten

5. Tarmkontroll

- (2) Kontinent. Klarer selv å sette stikkpille / klyx
- (1) Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller trenger hjelp til evt. å sette stikkpille / klyx
- (0) Helt inkontinent eller hyppige "uhell"

6. Blærekontroll

- (2) Kontinent. Holder seg evt. tørr ved bruk av uridom eller mestrer kateter på egenhånd
- (1) Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller holder seg tørr med uridom eller kateter, men trenger hjelp for å bruke dette
- (0) Helt inkontinent eller trenger permanent kateter

7. Toalettbesøk

- (2) Selvhjulpen ved toalettbesøk eller bruk av toalettstol. Ordner klær, tørker seg, spylar toalett eller tømmer bekken
- (1) Trenger hjelp til forflytning, klær, tørke seg
- (0) Kan ikke bruke toalett

8. Forflytning mellom seng og stol

- (3) Selvhjulpen. Klarer også å låse rullestol og bevege fotstøtte
- (2) Klarer forflytning med litt hjelp eller tilsyn
- (1) Kan sitte, men må ha mye hjelp ved forflytning
- (0) Kan ikke sitte. Sengeliggende

9. Mobilitet

- (3) Klarer å gå 50 meter, kan bruke stokk eller krykker, men ikke annet ganghjelpemiddel
- (2) Kan gå 50 meter med rullator og/eller støtte/tilsyn av en person
- (1) Kan ikke gå, men kan kjøre rullestol uten hjelp 50 meter
- (0) Kan ikke kjøre rullestol uten hjelp

10. Trappegang

- (2) Selvhjulpen. Kan evt. bruke ganghjelpemidler
- (1) Trenger hjelp/tilsyn av en person
- (0) Kan ikke gå i trapp

Kommentar:

Sum BARTHEL ADL-INDEKS:

(Maksimal skår 20 poeng. Jo høyere skår, jo bedre ADL-ferdigheter.)

2.2 TRIM OG AKTIVITET

2.2.1 Hvor ofte er du ute av boligen din?

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke
- Hver dag
- Flere ganger daglig

2.2.2 Hvor ofte mosjonerer du? (minimum 30 minutter varighet slik at du blir varm og litt andpusten)

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger/måned
- 1-3 gang/uke
- 4-6 ganger/uke
- Daglig

2.2.3 Hvilke transportmiddel bruker du til daglig (flere svar mulig)?

- Kjører selv egen bil
- Kjører selv moped/motorsykkkel
- Noen gir meg skyss
- Buss
- Taxi /handicap taxi
- Går
- Sykler

2.3 HJELPEMIDLER

2.3.1 Har du noen fysiske hjelpemidler?

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Stokk

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Krykker

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Tilpasset fottøy

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Rullator

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Rullestol

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Preikestol

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Trygghetsalarm

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

NOTATER

Rekkverk/støttehåndtak el.

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Toalettforhøyer

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Sykehusseng

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Teleslynge

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Lys til dørklokke/telefon

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Annet:

2.4 PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

2.4.1 Type hjelp

Hjemmehjelp

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Hjemmesykepleie

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Mat brakt på døren

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Hjelpemidler til huset

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

NOTATER

Støttekontakt

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Besøktjeneste

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Medisin lagt i dosett

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

Kjøper private tjenester

- Ja
- Nei
- Trenger/ønsker:

2.4.2 Er det andre ting du føler behov for eller trenger hjelp til nå i dag?

- Ja
- Nei

Dersom ja, hva?

2.5 RELASJONER OG NETTVERK

2.5.1 Har du noen du kan spørre om hjelp?

- Ja
- Nei

2.5.1.b Hvis ja, hvem? (Flere svaralternativer er mulig)

- Kone/mann/samboer
- Barn/Slektninger
- Venner/Bekjente/naboer
- Privat betalt hjelp

Andre:

2.5.2 Hvor ofte besøker du eller har du besøk av slektninger eller andre? (barn, barnebarn, slektninger, naboer, venner etc.)

- Daglig
- 4-6 ganger/uke
- 1-3 gang/uke
- 1-3 gang/mnd
- Sjeldnere eller aldri

NOTATER

2.5.3 Sosial støtte (OSLO 3-SSS)

2.5.3.1 Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?

- Ingen (1)
- 1 til 2 (2)
- 3 til 5 (3)
- 6 eller mer (4)

2.5.3.2 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?

- Ingen deltakelse og interesse (1)
- Lite deltakelse og interesse (2)
- Usikker (3)
- Noe deltakelse og interesse (4)
- Stor deltakelse og interesse (5)

2.5.3.3 Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?

- Meget vanskelig (1)
- Vanskelig (2)
- Mulig (3)
- Lett (4)
- Meget lett (5)

Sum Sosial støtte (OSLO 3-SSS):

3-8: Liten støtte | 9-11: Moderat støtte | 12-14: Mye støtte

2.5.4 Ønsker du mer sosial omgang?

- Ja
- Nei

Kommentar:

2.5.5 Har du noen hobbyer / lystbetonte fritidssysler?

- Ja
- Nei

2.5.5,b Dersom ja, hvilke (n)?

2.5.5,c Hvis ja, hvor ofte holder du på med noen av dine hobbyer?

- Daglig
- 4-6 ganger/uke
- 1-3 gang/uke
- 1-3 gang/mnd
- Sjelden eller aldri

2.5.6 Hvor ofte deltar du i klubb og eller foreningsaktiviteter?

- Daglig
- 4-6 ganger/uke
- 1-3 ganger/uke
- 1-3 ganger/mnd
- Sjeldnere
- Er ikke med i noen klubb eller foreningsaktiviteter

NOTATER

2.5.7 Ville du like å delta i en eller annen form for aktivitet?

- Ja
- Nei

2.5.7.b Dersom ja, foreslå et interessant område:

3.0 TANKER OM FREMTIDEN

3.1 OM DET Å BLI GAMMEL

3.1.1 Føler du deg trygg og ivaretatt i din kommune?

- Ja
- Nei

3.1.1.b Hvorfor/hvorfor ikke?

3.1.2 Ser du frem til resten av alderdommen din?

- Ja
- Nei

3.1.2.b Hvorfor/hvorfor ikke?

3.2 VIKTIGE FAKTORER FOR Å KLARE SEG HJEMME

3.2.1 Hvor stor eller liten betydning mener du faktorene nedenfor har for at du fortsatt skal klare deg hjemme?

God helse

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Nærmiljø som stimulere til fysisk aktivitet

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Gode naboer og omgangskrets

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Nærhet til familie

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

NOTATER

Funksjonell bolig

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Nærhet til kafe, butikk, legesenter, servicesenter

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Lett tilgang til transport (priv.el off.)

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Medbestemmelse i saker angående eget liv

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Økonomi

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

Tilgang til kommunale hjemmetjenester

- Ingen betydning
- Liten betydning
- Middels betydning
- Stor betydning
- Meget stor betydning

3.2.2 Dersom du ikke kan bo hjemme i framtida, hvordan vil du da bo?

- Tomannsbolig
- Leilighet i blokk
- Hos familie/barn
- Service/omsorgsbolig
- Sjukeheim
- Tilrettelagt enebolig
- Vet ikke

Annet, hva?

NOTATER

Del 2:

HELSEKARTLEGGING

4.0 HELSEPROBLEMER

4.1 OPPLEVELSE AV EGEN HELSE

4.1.1 Hvordan vil du generelt beskrive din helse? (SF-1)

- Utmerket
- Veldig god
- God
- Sånn noenlunde
- Dårlig

4.1.1b Dersom dårlig, begrunn:

4.1.2 Holdning til livet (PLOS)

a. Er du tilfreds med livet?

- Ja*
- Nei

b. Føler du det er behov for deg?

- Ja*
- Nei

c. Har du planer for nær fremtid?

- Ja*
- Nei

d. Har du livslyst?

- Ja*
- Nei

e. Føler du deg ensom?

- Sjelden eller aldri*
- Av og til
- Ofte eller alltid

f. Er du deprimert/lei deg?

- Sjelden eller aldri*
- Av og til
- Ofte eller alltid

Bedømming:

"Ja" på spørsmål a til d og "Sjelden eller aldri" på spørsmål e og f = positiv livsorientering. (Kryss i ruter med * = Positiv livsorientering.)

4.1.3 Livskvalitet og autonomi

g. Anser du livet ditt som meningsfullt?

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

NOTATER

h. Føler du at du kan bestemme over livet ditt?

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

4.2 BALANSE OG FALLTENDENS

4.2.1 Er du plaget av svimmelhet?

- Sjelden/aldri
- 1-3 ganger per uke
- 4-6 ganger per uke
- Hver dag
- Flere ganger daglig

4.2.2 Hvor mange ganger har du falt i løpet av det siste året?

- Aldri
- En gang
- 2-5 ganger
- 6-10 ganger
- Mer enn 10 ganger
- Husker ikke

4.2.2b Hvor faller du?

- Ute
- Inne
- Både ute og inne
- Husker ikke

Kommentar:

4.2.3 Hvordan klarer du følgende situasjoner? (BBS, del 1,6 og 9)

a) SITTEDE TIL STÅENDE -INSTRUKSJON:

Reis deg opp. Forsøk å ikke bruke hendene som støtte. (For å få 2 poeng kan pasienten gjøre flere enn ett forsøk på oppgaven)

- (4) Kan reise seg opp uten å bruke hendene og finner selv balansen
- (3) Kan reise seg opp på egen hånd med hjelp av hendene
- (2) Kan reise seg opp med hjelp av hendene etter flere forsøk
- (1) Trenger minimal hjelp av en person for å reise seg opp eller for å finne balansen
- (0) Trenger middels eller maksimal hjelp av en eller flere personer for å reise seg opp

b) STÅ UTEN STØTTE MED LUKKEDE ØYNE - INSTRUKSJON:

Lukk øynene og stå stille i 10 sekunder

- (4) Kan stå sikkert i 10 sekunder
- (3) Kan stå i 10 sekunder med tilsyn
- (2) Kan stå i 3 sekunder
- (1) Står stille, men må åpne øynene i løpet av 3 sekunder
- (0) Trenger hjelp for ikke å falle

NOTATER

e) STÅ OG TA OPP EN GJENSTAND FRA GULVET - INSTRUKSJON:

Ta opp skoen/tøffelen som ligger foran føttene dine

- (4) Kan ta opp skoen på en enkel og sikker måte
- (3) Kan ta opp skoen men trenger tilsyn
- (2) Kan ikke ta opp skoen, men når 2,5 - 5 cm fra skoen og vedlikeholder balansen
- (1) Kan ikke ta opp skoen og trenger tilsyn under forsøket
- (0) Mister balansen ved forsøket/trenger ytre støtte

Sum BBS:

0-9: Høy risiko | 10 -12: Lav risiko

4.3 MATVANER OG ERNÆRINGSSTATUS

4.3.1 Har du god appetitt?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

4.3.2 MNA Initial bedømmning (MNA)

Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste måneder på grunn av redusert appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?

- Alvorlig nedsatt appetitt (0)
- Moderat nedsatt appetitt (1)
- Ikke nedsatt appetitt (2)

Vekttap i løpet av de siste tre måneder

- Vekttap over 3 kg (0)
- Vet ikke (1)
- Vekttap mellom 1 og 3 kg (2)
- Ikke vekttap (3)

Mobilitet

- Sengeliggende /sitter i stol (0)
- I stand til å gå ut av seng/stol men går ikke ute (1)
- Går ut med eller uten hjelpemiddel (2)

Har du hatt psykiske påkjenninger eller akutt sykdom i løpet av de siste 3 måneder?

- Ja (0)
- Nei (2)

Neuropsykologiske lidelser

- Alvorlig forvirring / demens eller depresjon (0)
- Lett forvirring/demens (1)
- Ingen nevropsykologiske lidelser (2)

Kroppsmasseindeks - KMI = vekt(kg) / høyde(m)²

- KMI mindre enn 19 (0)
- KMI 19 til mindre enn 21 (1)
- KMI 21 til mindre enn 23 (2)
- KMI 23 eller større (3)

NOTATER

Sum MNA:

12 poeng eller mer: Ikke økt risiko ernæringssvikt

11 poeng eller mindre: Økt risiko for underernæring

Kommentar:

4.3.3 Bruker du noen av følgende vitaminer eller mineraler?

- Kalsium
- Vitamin C
- Vitamin B
- Jern
- Vitamin D
- Multivitamin preparater
- Omega-3 tilskudd
- Magnesium

Andre, hvilke?

4.4 LIVSSTILVANER

4.4.1 Røyker du?

- Ja
- Nei
- Nei, men har røykt tidligere

4.4.1.b Hvis ja: Antall sigaretter per dag

- 1-5 Sigaretter
- 6-10 Sigaretter
- > 10 Sigaretter

4.4.2 Driker du alkohol?

- Ja
- Nei

4.4.2.b Hvis ja, hvor mye ca. per uke? Ett glass utgjør: En flaske øl eller cider (0,33 l) eller et glass vin (12 cl) eller et glass portvin (8 cl) eller 4 cl brennevin.

- 1-7 glass
- 8-14 glass
- Over 14 glass

4.4.3 Bruker du snus?

- Ja
- Nei

Kommentar:

4.5 SYN OG HØRSEL

4.5.1 Bruker du briller?

- Ja
- Nei
- Bare til lesing

4.5.2 Når hadde du siste øyekontroll?

- 1-2 år siden
- 3-4 år siden
- 5 år eller mer siden

4.5.3 Hvordan vil du beskrive synet ditt? (evt. med briller)

- Utmerket (normalt syn, kan se tv teksten klart og lese små tekst uten problemer)
- Godt (kan lese tekst med litt problemer, kan se teksten på TV ganske bra)
- Noe nedsatt (problemer med å lese aviser, problemer med å lese teksten på TV)
- Nedsatt (kan ikke lese normal avis tekst eller gjøre håndarbeid, for eksempel)
- Synshemmet (veldig dårlig syn, kan lese overskrifter, setter grenser for bevegelseevnen)

4.5.4 Har du høreapparat?

- Ja
- Nei

4.5.4.b Dersom ja, bruker du det?

- Ja
- Nei

Hvis nei, hvorfor ikke?

4.5.5 Hvordan vil du beskrive hørselen din?

(med høreapparat dersom du har det)

- Utmerket (kan samtale med flere personer på samme tid uten problemer)
- God (kan høre normalt med små problemer)
- Redusert (kan høre normalt snakkende stemme uten problemer, med øyekontakt og rolige omgivelser),
- Dårlig (kan knapt høre høyt- snakkende stemme, kan ikke høre telefon eller dørløkka).
- Hørselsvekket (hører veldig dårlig, kan ikke føre en samtale, avgrenser evnen til bevegelse)

4.6 SØVNMØNSTER**4.6.1 Vil du si at du har et søvnproblem?**

- Ja
- Nei

4.6.1.b Dersom ja:**a. Har du problemer med innsøvning?**

- Nei
- Litt
- Veldig

b. Har du problemer med urolig nattesøvn?

- Nei
- Litt
- Veldig

c. Har du problemer med tidlig morgenoppvåkning?

- Nei
- Litt
- Veldig

d. Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?

- Nei
- Litt
- Veldig

e. Går søvnproblemet ut over funksjonen din på dagtid?

- Nei
- Litt
- Veldig

4.7 HUKOMMELSE (MINI-COG)

4.7.1 Har du sviktende hukommelse?

- Ja, men det påvirker ikke hverdagen
- Nei ikke i det hele tatt
- Ja, og det påvirker hverdagen – dersom ja, gå videre med "Mini-Cog"

Si ordene OST SYKKEL BOK

Be han/henne gjenta disse ordene 1-2 ganger

Gjennomfør klokketesten (viserne 10 over 11)

Be han/henne gjenta de 3 ordene

Sum Mini-Cog:

1 p for hvert husket ord | 2 p for korrekt gjennomført klokketest

1-3 poeng = bør utredes videre | 4-5 poeng = ok

Kommentar:

4.8 SMERTE

4.8.1 Har du smerter?

- Ja
- Nei

4.8.1.a Hvor mye smerter har du? (VAS-skala)

Skår på VAS-skalaen:

- 1-2 Lett
- 3-4 Moderat
- 5-6 Middels hard
- 7-8 Sterk
- 9-10 Uutholdelig

4.8.2 Påvirker smertene ditt daglige liv?

- Nei, ikke i det hele tatt
- Av og til
- Ofte
- Ganske mye
- Fullstendig

Kommentar:

5.0 SYKDOM

5.1 KJENTE SYKDOMMER

5.1.1 Har du sykdommer som er diagnostisert av lege?

- Ja
- Nei

5.1.1.b Dersom ja, hvilke sykdommer?

(Ved kryss for sykdom, fyll ut med ja eller nei videre)

Sykdom/tilstand	Sett kryss	Bruker medisiner?	Oppfølging av fastlege?	Oppfølging spesialist?	Tilfreds med behandling?
Diabetes					
KOLS					
Hjertesvikt					
Høyt blodtrykk					
Høyt kolesterol					
Beinskjørhet					
Artrose					
Depresjon					
Angst					
Hjerneslag/TIA					
Demens					
Nevrologisk sykdom					
Blodpropp					
Mage- tarmsykdom					
Kreft					
Astma/allergi					
Urinveislidelser					
Inkontinens urin					

NOTATER

Inkontinens avføring				
Øyesykdommer				
Øresykdommer				
Annet				
Annet				
Annet				
Annet				
Annet				

NOTATER

5.1.1.c Begrenser sykdommen/sykdommene deg i hverdagen?

- Ikke i det hele tatt
- Av og til
- Ofte
- Veldig mye
- Fullstendig

6.0 FORBRUK AV HELSETJENESTER

6.1 LEGEBESØK OG INNLEGGELSER SISTE 6 MND.

	Ved akutt sykdom	Forverring kronisk sykdom	Rutinekontroll
Antall besøk hos fastlege			
Antall besøk på legevakt			
Antall sykehusinnleggelseser			
Antall antibiotikakurer			

6.2 HAR DU I LØPET AV DET SISTE HALVE ÅRET BENYTTET DEG AV ALTERNATIVE BEHANDLINGSFORMER?

- Ja
- Nei

6.2.1 Dersom ja, hvilke typer?

- Akupunktur
- Soneterapi
- Homeopati
- Healer
- Massasje

Annet:

7.0 MEDIKAMENTBRUK

7.1 OVERSIKT MEDISINER

7.1.1 Bruker du reseptbelagte medisiner

- Ja
- Nei

7.1.1.b Dersom ja:

Har du en medisinliste?

- Ja
- Nei

Har du dosett?

- Ja
- Nei

Har du "multidose"?

- Ja
- Nei

Greier du å ta ansvar for dine medisiner selv?

- Ja
- Nei

7.1.1.c Dersom nei, hvem får du hjelp av?

7.1.1.d Hvilke reseptbelagte medisiner (eller medisiner forordnet av lege) bruker du fast?

Medisiner (fast)	Dosering	Indikasjon	Vurdering/anmerkninger

7.1.1.e Hvor mange forordnede (reseptbelagte) tabletter bruker du daglig (stk.)?

7.2 BIVIRKNINGER

7.2.1 Har du noen bivirkninger av medisinene?

- Ja
- Nei

NOTATER

7.2.1.b Dersom ja, hvilke?

- Kvalme
- Svimmelhet
- Diaré
- Depresjon
- Hodepine
- Magesmerte
- Tremor
- Apati

Annet:

7.3 ØSTROGENBEHANDLING (GJELDER BARE KVINNER)

7.3.1 Har du fått østrogenbehandling?

- Ja
- Nei

7.3.1.b Dersom ja, hvor lenge fikk du behandling?

7.3.1.c. Husker du hvilket medikament du fikk?

7.3.1.d Dosestyrke?

7.4 Naturmedisiner og vitamintilskudd

7.4.1 Bruker du andre medisiner dersom du har behov? (F. eks. reseptfrie medisiner, natur/helsepreparater, "alternative medisiner")

- Ja
- Nei

7.4.1.b Dersom ja, hvilke typer?

Medisiner/naturpreparat/vitaminer	Dose	Indikasjon	Vurdering/anmerkninger

NOTATER

8.0 MÅLINGER

8.1 ORTOSTATISK BLODTRYKK

Prosedyre	Verdi
Sittende	
Stående etter 1 minutt	
Stående etter 3 minutt	

8.2 PULS

- Regelmessig
- Uregelmessig

8.3 FYSISKE MÅL

Livvidde	Vekt	Høyde	KMI

8.4 ØNSKER OM FRAMTIDIGE BESØK

8.4.1 Ønsker du flere slike helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk dersom du hadde fått tilbud om det?

- Ja
- Nei

8.4.1.b Dersom ja, hvor hyppig?

- Etter 3 mnd
- Etter 6 mnd
- Etter 1 år
- Etter 2 år
- Etter 3 år
- Mer enn 3 år

NOTATER

Del 3:

OPPSUMMERING

9.0 AKTUELLE HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE TILTAK

9.1 INFORMASJON GITT TIL DEN ELDRE

9.1.1 Generell helsefremmende og forebyggende informasjon

Muntlig

- Ja
- Nei

Skriftlig materialet (for eksempel livstil, sykdommer etc.)

- Ja
- Nei

9.1.2 Informasjon angående forskjellige økonomiske støtteordninger?

Muntlig

- Ja
- Nei

Skriftlig materiell

- Ja
- Nei

Gjort henvendelse (søkt om støtte)

- Ja
- Nei

Annet, hva?

9.1.3 Informasjon vedrørende helse- og sosialtjenester i kommunen

- Ja
- Nei

9.1.4 Informasjon om forebyggelse av hjemmeulykker

Informasjon om forebyggelse av hjemmeulykker

- Ja
- Nei

Sjekk av matter på gulv

- Ja
- Nei

9.1.5 Individuelle råd

Mat (ernæring)

- Ja
- Nei

Fysisk aktivitet (øvelser)

- Ja
- Nei

NOTATER

Medisiner

- Ja
 Nei

Hjelpemidler

- Ja
 Nei

Annet, hva?

9.2 AKTUELLE TILTAK VIDERE

9.2.1 Aktiviteter/ tiltak

Råd om å skaffe seg skriftlig medisinliste

- Ja
 Nei

Ordnet med hjelpemidler

- Ja
 Nei

Annet, hva?

9.2.2 Anbefalinger

Øye/ synskontroll

- Ja
 Nei

Hørselkontroll

- Ja
 Nei

Tann/ gebiss kontroll

- Ja
 Nei

Annet, hva?

9.2.3 Anbefalinger til videre behandling og andre tjenester

Lege

- Ja
 Nei

Hjemmesykepleier

- Ja
 Nei

Hjemmetjenesten

- Ja
 Nei

NOTATER

Demensteam

- Ja
- Nei

Andre, hva?

9.2.4 Informasjon til pårørende?

- Ja
- Nei

Hva?

Andre aktuelle tiltak:

10.0 RISIKOVURDERING

10.1 Identifisering av risiko (0 = lav risiko, 5 = høy risiko)

Graderning av hvor stor grad risikofaktorene har betydning for helse og funksjonsnivå:

- 0. Ikke aktuelt
- 1. Ingen betydning
- 2. Noe betydning
- 3. Moderat stor betydning
- 4. Stor betydning
- 5. Svært stor betydning

1. Opplevelse av dårlig helse (SF-1, PLOS)

0 1 2 3 4 5

2. Lavt eller synkende funksjonsnivå (Barthel ADL-index)

0 1 2 3 4 5

3. Ensomhet, uønsket alene (Oslo-SSS)

0 1 2 3 4 5

4. Falltendens/svimmelhet (BBS)

0 1 2 3 4 5

5. Nylig flyttet

0 1 2 3 4 5

6. Sviktende syn og/eller hørsel

0 1 2 3 4 5

NOTATER

7. Tap av nærmeste

0 1 2 3 4 5

8. Ektefelle til kronisk syk

0 1 2 3 4 5

9. Nylig utskrevet fra sykehus

0 1 2 3 4 5

10. Mentale eller kognitive problemer (Mini-cog)

0 1 2 3 4 5

11. Mer enn 4 reseptpliktige medisiner

0 1 2 3 4 5

12. BMI < 20 og/eller vekttap >10 % kroppsvekt siste halvår (MNA)

0 1 2 3 4 5

TOTALSCORE: /60 POENG

ANTALL SJERE:

RISIKONIVÅ 1

0 - 24 poeng

Ingen nærliggende fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall.
Ingen tiltak nødvendig.

RISIKONIVÅ 2

25 - 36 poeng

Usikkert om det er økt fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Usikkerhet kan skyldes at helseteamsykepleiers kliniske vurdering ikke samsvarer med lav risikoskår på den strukturerte kartleggingen ("dårlig magefølelse") eller at det til tross for lav totalskår er høy skår på enkelte punkter i risikovurderingen. Helseteamsykepleier konfererer (raskt og fortløpende) med helseteamet for å avgjøre om det skal føre til full tverrfaglig drøfting (oppjustering til risikonivå 3-4) eller nedjusteres til Risikonivå 1.

RISIKONIVÅ 3

37 - 48 poeng

Økt risiko for utvikling av sykdom eller funksjonsfall.
Kasustikken drøftes i tverrfaglig helseteam.

RISIKONIVÅ 4

49 - 60 poeng

NOTATER

Klart økt risiko for utvikling av sykdom eller funksjonsfall.
Kasustikken drøftes i tverrfaglig helseteam.
Det bør vurderes andre tiltak etter behov.

NBI Dersom en eller flere 5'ere, vurder om det er en økt risiko til tross for en lav totalscore.

Supplerende kommentar til risikovurderingen:

NOTATER

II.0 KONKLUSJON

Hos denne eldre finner vi risikonivå:

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

Den eldre følges opp videre på tverrfaglig møte i "Helseteam for eldre"

- Ja
- Nei

Det foreligger informert samtykke fra den eldre for videre oppfølging

- Ja (muntlig)

Det foreligger informert samtykke fra den eldre for anvendelse av informasjon fra dette hjemmebesøk i forskning

- Ja (skriftlig)

SLUTT

Prosjekt "Helseteam for eldre"

ET SAMARBEID MELLOM

 Bokn kommune  Haugesund kommune
 Høgskolen Stord/Haugesund  Helse Fonna



WWW.HELSETORGMODELLEN.NO



Prosjekt ”Helseteam for eldre”

ET SAMARBEIDSPROSJEKT MELLOM

 Bøkn kommune  Haugesund kommune
 Høgskolen Stord/Haugesund  Helse Fonna

 Helsetorgmodellen

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK

Haugesund og Bokn kommune deltar i et samhandlingsprosjekt sammen med Helse Fonna og Høgskolen Stord/Haugesund for å se hvilken effekt forebyggende hjemmebesøk har blant eldre. Prosjektet heter "Helseteam for eldre" og er en del av "Helsetorgmodellen" som er vår regions forberedelse på samhandlingsreformen (St.mld. 47). Gjennom prosjektet "helseteam for eldre" ønsker vi å komme på besøk og høre hvordan du har det. Hensikten er å utrede hvordan kommunene kan hjelpe og støtte eldre til å bli boende hjemme så lenge som mulig. Gjennom forebyggende hjemmebesøk ønsker vi å sikre de eldre rett behandling, til rett tid og på rett sted.

Hjemmebesøket

Det er frivillig å delta i prosjektet, men vi trenger din hjelp for å kunne hjelpe deg og andre i din aldersgruppe, samt fremtidige eldre som vil trenge noe hjelp for å kunne bo med trygghet hjemme hos seg selv. Vi gjør oppmerksom på at resultatet fra prosjektet er konfidensielt og taushetsbelagt. Hjemmebesøket varer ca 1-2 timer og er gratis. Du trenger ikke forberede deg på noe vis til besøket, og det er ikke nødvendig med noe servering. Under hjemmebesøket vil vi ha spesielt fokus på temaene ernæring, falltendens, hukommelsesproblemer og medikamentbruk, og du får anledning til å snakke om det som måtte oppta deg i det daglige; helsen din, boligforhold og tanker om fremtiden. Vi har med informasjon om hjelpemidler, tilrettelegging av bolig og ulike aktiviteter i kommunen som du kan få om du ønsker. Dersom nødvendig vil vi vurdere din situasjon i et tverrfaglig helseteam på sykehuset sammensatt av helseteamsykepleiere, lege, ergoterapeut og ernæringsfysiolog.

Hvorfor delta?

Selv om du i dag føler deg frisk og er uavhengig av hjelp, kan du få opplysninger som kan komme til nytte i fremtiden. Det er derfor ikke slik at man må ha konkrete sykdommer eller plager for å ta imot besøk.

Målsetning

Et av hovedpunktene i samhandlingsreformen er økt fokus på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid blant eldre. Prosjekt "helseteam for eldre" har som målsetning å utvikle en god modell for samhandling der kommunene som er med tilbyr forebyggende hjemmebesøk til et utvalg av sine eldre innbyggere.

Dokumentering

Hjemmebesøkene dokumenteres i kommunens journalsystem. En viktig del av prosjektet er at vi skal ha en god samhandling med fastlegene og det kommunale omsorgsapparat. Din fastlege vil derfor få en oppsummering fra besøket, med mindre du ikke ønsker dette.

Forskningsstudie

For å bruke kunnskapen vi får gjennom forebyggende hjemmebesøk på en best mulig måte, ønsker vi å bruke resultatene til studier og forskningsarbeid. Til dette trenger vi ditt samtykke. Helseteamsykepleier vil derfor ha med et eget samtykkeskjema du må signere.

Helseteampsykeleiere



Anette Våga
Tlf. 970 77 399



Astrid Fjell
Tlf. 902 67 198



Astrid Ellefsen
Tlf. 902 66 327



Anne Lise
T. Nilssen
Tlf. 478 38 947

Illustrasjon: Bjørn Ousdal/Mila Eriksen

Vi kontakter deg

Du vil bli kontaktet i løpet av mars/april for å avtale hjemmebesøk. Det vil komme to sykepleiere som er tilknyttet prosjektet hjem til deg. Dersom du ikke ønsker å motta hjemmebesøk eller har andre spørsmål, vennligst gi tilbakemelding til Torhild Urvik ved bestillerkontoret i Haugesund kommune, telefon 52 74 42 10.

Haugesund kommune
Kirkegt. 85, 5528 Haugesund
Tlf.: 52 74 42 00
astrid.nilsen.ellefsen
@haugesund.kommune.no

Bokn kommune
Boknatun, 5561 Bokn
Tlf.: 52 75 25 00
post@bokn.kommune.no

www.helsetorgmodellen.net

Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet "Helseteam for eldre"

I forbindelse med samhandlingsreformen som er varslet i 2012 der kommunene skal ta større ansvar for å forebygge sykdom, gjennomfører vi et prosjekt om hvilken effekt forebyggende hjemmebesøk til eldre kan ha. Hensikten med prosjektet er å undersøke faktorer som kan ha betydning for sammenheng mellom livskvalitet til hjemmeboende eldre, utvikling av sykdom og tap av funksjoner, og hvilken betydning forebyggende tiltak har i forhold til dette. Målet er å bidra til økt forståelse for de eldres situasjon og hvilke behov for ytterligere oppfølging disse måtte ha for å kunne bo hjemme lengre, oppleve en økt trygghet og få en bedre livskvalitet. Prosjektet vil bli utført av undertegnede i samarbeid med Høgskolen Stord/Haugesund (HSH) og kommunene Haugesund og Bogn.

Sammen med ca. 280 andre i aldersgruppen 75 år og opp, får du denne forespørselen om deltagelse i forskningsprosjektet. Utvalget er trukket fra folkeregisteret. Din identitet er ukjent for meg helt til du eventuelt samtykker i å delta i denne studien ved å signere denne samtykkeerklæringen som helseteamsykepleieren har med til deg.

Deltagelse i prosjektet innebærer at vi på hjemmebesøket benytter et kartleggingsverktøy som gir en strukturert gjennomgang av hvordan du oppfatter din situasjon og helse. Det vil ta ca 1,5 timer å gå gjennom hele skjemaet. Vi ønsker å få kunnskap om hvordan du opplever din situasjon, hvordan det er å bli eldre i din kommune, om din livskvalitet og om hva som gjør at du fortsatt bor i din egen bolig.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg og kreve personopplysningene som er gitt anonymisert, uten å måtte begrunne dette nærmere. Hvorvidt du velger å delta i prosjektet eller ikke, har ingen betydning for behandling videre i kommunen. Det er ingen andre enn de ansatte i prosjektet som vil få tilgang til de personidentifiserbare opplysningene. De er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Resultatene av studien vil bli publisert som gruppedata, uten at den enkelte kan gjenkjennes. Evalueringen av prosjektet forventes å være avsluttet til ved utgangen av 2011, med forbehold om forlengelse av prosjektet. Etter at prosjektet er avsluttet vil opplysningene bli oppbevart så lenge de er relevante for forskningsformål. Ved ny bruk av opplysningene vil nødvendige tillatelser bli innhentet.

Vi ønsker å gjennomføre en oppfølgingsstudie 1-5 år. Dersom det blir aktuelt å gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse med et nytt hjemmebesøk vil du motta ny informasjon og ny forespørsel om å delta.

Prosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S. Prosjektet er også vurdert av REK (regional etisk komité).

Prosjekt "Helseteam for eldre"

Dersom du ønsker å delta i undersøkelsen, er det fint om du signerer denne samtykkeerklæringen og gir den til helseteamsykepleier som er på besøk hos deg.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du ta kontakt med meg på adressen under.

Med vennlig hilsen



Børje Bjelke
Geriatrisk avdeling, Haugesund sykehus
Tlf. 05253

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet "Helseteam for eldre" og er villig til å delta i studien.

Signatur:

Telefonnummer:



Postboks 1047 Blindern
0316 Oslo
Tlf: +47 22 55 55 41-47
Fax: +47 22 55 70 35 55
www.nsd.uib.no
nsd@nsd.uib.no
Org.no: NSD AS 884

Karen Johanne Ugelstad Vaa
Avdeling for belæring
Høgskolen Sørøst/Haugesund
Klingenbergetvegen 8
5414 SØRØST

Vår dato: 15.07.2012

Vår ref: 2011374/144

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vår viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29153 *Evaluering av "Tilstand for eldre". Et designprosjekt i Helseinngangsmiljøet.*
Behandlingsansvarlig: Høgskolen Sørøst/Haugesund, ved in:titusjonsutnevnte leder
Utvalgt ansvarlig: Karen Johanne Ugelstad Vaa

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsloven. Personvernombudet tillater at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tillatelse forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldingskjemart, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseinngangsloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forakr_endr/skjema.html. Det skal også gis melding etter ut år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal være skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Næntveit Kvalheim

Kjersti Håvardstad

Kontaktperson: Kjersti Håvardstad tlf: 55 58 20 53
Vedlegg: Prosjektvurdering



Formålet med prosjektet er å evaluere samhandlingsmodellen som ligger til grunn for prosjektet "Helsesteam for eldre" (DT's ref.nr. 11/00157-3 /CGN). Evalueringsprosjektet vil søke å definere samhandlingen samt avdekke i hvor stor grad samhandling finner sted. Videre vil man synliggjøre hvilke triggerpunkt som fører til tidlig innsats for å forebygge sykdom og funksjonstap. Evalueringen vil også omfatte de eldres oppfatning av hjemmebesøk og helsekartlegging.

Delprosjektet skjer innenfor samarbeidet med Helse-Forma, men med Høgskolen Stord/Haugesund som behandlingsansvarlig for evalueringen. Personvernombudet forutsetter at denne fordelingen av behandlingsansvar er omfattet av den avtalen som er inngått mellom Helse-Forma og Høgskolen Stord/Haugesund, jf. personvernombudets prosjektvurdering/konsesjonssøknad av 01.04.11.

Evalueringen er delt i en spørreskjemaundersøkelse og en intervjuundersøkelse. Spørreskjemaundersøkelsen gjennomføres i anonym form og er derfor ikke omfattet av personopplysningslovens bestemmelser eller meldeplikten til personvernombudet. Det er lagt til grunn at det ikke vil foreligge en koblingsnøkkel mellom det enkelte skjema og navn på respondent. Skjemaet inneholder verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger. Under følger vår vurdering av intervjuundersøkelsen.

Utvalget for evalueringen består av deltakere i prosjektet "Helsesteam for eldre".

Personvernombudet finner informasjonsskrivene til samarbeidsaktører, teammedarbeidere og fastleger tilfredsstillende utførmet.

Det legges til grunn at det ikke innhentes opplysninger om enkeltpasienter gjennom intervju med ovennevnte, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Personvernombudet finner informasjonsskrivene til eldre som har mottatt hjemmebesøk og brukerrepresentant tilfredsstillende utførmet.

Medarbeider er Lars M. Kvinge.

Prosjektslutt er 01.07.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes. Indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Fastlegene (intervju)

Prosjektet ”Helseteam for eldre”

- Hvordan / er du blitt orientert om:
 - Helsetorgmodellens prioritering av satsingsområder for samhandling
 - Prosjektet helseteam for eldre
 - De 4 hovedområdene en har fokus på i hjemmebesøket
 - Tverrfaglig team
 - Tverrfaglig drøfting

Samhandling:

- Kjenner du til innholdet i temaguiden som helseteamsykepleierne benytter under hjemmebesøkene? (har du fått den tilsendt?)
- Det tverrfaglige teamet består av geriater, kommunelege, farmasøyt, fysioterapeut, geriatrisk sykepleier og helseteamsykepleierne. I hvilken grad anser du et slikt team som en ressurs i forhold til arbeidet ditt?
- Hva skal til for at du kunne benytte deg av en slik ressurs?
- Eldre som har høg score på risiko, blir gjort til gjenstand for tverrfaglig drøfting. Hvordan vurderer du nytten av å kunne delta på slike drøftinger?
- I hvilken grad har du vurdert det som nødvendig å kontakte geriater eller helseteamsykepleier etter at du har mottatt rapport om en av dine pasienter?
- Risikovurdering av den eldre gjøres ut fra hva den eldre forteller om sin livssituasjon, validerte tester og målinger. Hvordan vurderer du risikovurderingen som er foretatt av helseteamsykepleier ut fra ditt ståsted?
- Hvordan vurderer du anbefalingene du mottar fra tverrfaglig helseteam?
- Hvordan forholder du seg til anbefalingene?
 - Følger opp anbefalingene
 - Følger ikke opp
 - Tas opp med pasienten ved neste konsultasjon
- Hva gjør du med rapporten?
 - Leser den?
 - Arkiveres i eget journalsystem?
 - Makuleres?
- Har noen av dine pasienter nevnt hjemmebesøket de har hatt?

Hjemmebesøkene:

- Hvilken oppfatning har du av at forebyggende hjemmebesøk kan forebygge funksjonssvikt og sykdom /forverring av eksisterende sykdom?
- Hvilken oppfatning har du av at forebyggende hjemmebesøk kan forebygge sykehusinnleggelse?
- Har du henvist pasienter til spesialisthelsetjenesten som følge av kontakt/anbefaling fra tverrfaglig helseteam?

Hvilken oppfatning har du av modellen ”helseteam for eldre”?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Enhetsleder bestillerkontoret (intervju)

- Hva tenker du om at forebyggende hjemmebesøk er et av de kommunale tilbudene?
- Hvilken oppfatning har du av at forebyggende hjemmebesøk kan forebygge funksjonssvikt og sykdom /forverring av eksisterende sykdom?
- Hvilken oppfatning har du av at forebyggende hjemmebesøk kan forebygge sykehusinnleggelser?
- Har du inntrykk av at forebyggende hjemmebesøk har generert mer etterspørsel etter kommunale tjenester?
- Hvilken oppfatning har du av modellen ”helseteam for eldre”? (forebyggende hjemmebesøk, samtale/kartlegging, risikovurdering, tverrfaglig drøfting)
- Hvilke utfordringer/ muligheter ser du ift en fast etablering av denne tjenesten?
- Hvilke tanker har du for informasjonsflyt mellom ulike tjenestetilbud?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Farmasøyt i helseteamet (intervju)

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvilke grunner ser du for at farmasøyt bør være med i det tverrfaglige helseteamet?
- Opplever du at dine innspill blir hørt og tatt til følge?
- Hvordan oppfatter du at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) ballanseres i de tverrfaglige drøftingene?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Andre kommunale instanser

- Har du fra din funksjon som farmasøyt hatt henvendelser som kan ha sitt ”opphav” i et forebyggende hjemmebesøk?

Kartleggingsverktøyet:

- Polyfarmasi er et av fokusområdene for hjemmebesøkene. Hvordan opplever du at dette gjenspeiles i kartlegging og de tverrfaglige drøftingene?
- Har du innspill til endring/forbedring av kartleggingsverktøyet?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Geriatrisk sykepleier i helseteamet (intervju)

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvilken rolle opplever du at du har i helseteamet?
- På hvilke områder kan du bidra med din kompetanse?
- Opplever du at dine innspill blir hørt og tatt til følge?
- Hvordan oppfatter du at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) ballanseres i de tverrfaglige drøftingene?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Andre kommunale instanser

- Har du fra din funksjon ved ger. poliklinikk registrert henvendelser/ henvisninger som kan ha sitt ”opphav” i et forebyggende hjemmebesøk?

Kartleggingsverktøyet:

- Kognitiv svikt er et av fokusområdene for hjemmebesøkene. Hvordan opplever du at dette gjenspeiles i kartlegging og de tverrfaglige drøftingene?
- Har du innspill til endring/forbedring av kartleggingsverktøyet?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Sekretær for helseteamsykepleierne i Haugesund (intervju)

Hjemmebesøkene:

- Hva er din oppfatning av de eldres reaksjon på å bli tilbudt FHB gjennom telefonoppringing?
- Hvordan tror du at tidsaspektet spiller inn fra de eldre ble informert om FHB via media og post i februar 2012, og til de blir kontaktet pr telefon?
- Hvor mye tid anslår du går med til denne delen av virksomheten? (Evt. tallmateriell over antall oppringninger pr. besøk).
- Hvilke grunner oppgir de eldre for å avslå?
- Hvilke anbefalinger formidler du for å få de eldre til å ta i mot FHB?
- Har du en opplevelse av å måtte ”forsvare” tilbudet om forebyggende hjemmebesøk?
- Hva dokumenteres ift oppringning og tilbud om FHB

Samhandling:

- Hvordan opplever du samhandling med andre aktører ut fra din posisjon?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet "Helseteam for eldre"

Helseteamsykepleierne (gruppeintervju)

Hjemmebesøkene:

- Hvordan blir helseteamsykepleieren mottatt av den eldre?
Aktuelle utdypningsspørsmål
 - *Hvordan er holdningen til å motta hjemmebesøk?*
 - *Hvordan er den eldre forberedthet til hjemmebesøket?*
 - *Opplever helseteamsykepleierne at de må "forsvare" oppdraget sitt?*
- Opplever dere at de eldre har forventninger til hjemmebesøket?
Aktuelle utdypningsspørsmål
 - *Hvilke forventninger har i så fall de eldre*
 - *Skaper hjemmebesøkene forventninger til samhandling med fastlege og evt andre kommunale instanser om mulige endringer i den eldre situasjon?*
- Hvordan oppleves FHB ift medgått tid til besøkene?
 - Sett fra s.pl's side
 - Sykepleiernes oppfatning av den eldre opplevelse av medgått tid?
- Har hjemmebesøkene endret seg fra oppstart og til nå? (Gjennomføring, vektlegging, fokus: sykdomsforebygging kontra helsefremming og forebygging)
- Hvordan oppleves pårørende ved hjemmebesøkene?
- Hva gjør dere med forhold som det haster å få en avklaring på?
- I hvor stor grad har det vært aktuelt å kontakte den eldre igjen etter FHB?
- Hva er inntrykket så langt av hva forebyggende hjemmebesøk avdekker? (Sykdomstilstander som kan føre til ytterligere funksjonstap, eller forhold som kan forbedres slik at den eldre kan klare seg selv videre.)
- Har det dannet seg et inntrykk av hvilken gruppe eldre som er mest tilfreds med å få hjemmebesøk?

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvilken nytte har dere av drøftingene i tverrfaglig team?
- Hvordan kommer denne nytten det videre arbeidet til gode?(Gi eksempler)
- Hvordan har det vært å kommunisere den informasjonen som er samlet inn i hjemmebesøket med det tverrfaglige teamet?
- Hvordan oppfatter dere at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) ballanseres i de tverrfaglige drøftingene?
- I hvilken grad oppleves "flytskjemaet" for FHB som et nyttig verktøy? (utdyp)
- Hvordan har dere som helseteamsykepleiere opplevd dere som en del av den kommunale tjenesten?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Fastlegene:

- Hvordan er tilgjengeligheten til fastleger via telefon?
- Hvilke reaksjoner har dere blitt møtt med når dere har kontaktet fastlege?

- I hvilken grad har dere opplevd samhandling med fastlegen til den eldre?
- Er det tilfeller der det er aktuelt å ringe fastlegen før rapport sendes? (i så fall om hvilke problemstillinger?)
- Bli dere forsøkt kontaktet av fastlegen i etterkant av rapporter / forsøk på telefonhenvendelse
- Har du fått noen tilbakemelding /reaksjon på rapporten som ble sendt?
- Hvordan oppleves matrisetimene?

Andre kommunale instanser:

- I hvilken grad har det vært aktuelt å henvise eldre til andre kommunale instanser?
- Hvordan blir henvisningen mottatt?
- Hvordan har det vært å utveksle informasjon med andre kommunale aktører, inkludert dokumentasjon?
- I hvilken grad har det vært aktuelt å bistå den eldre hjelp med diverse søknader om kommunale hjelpetiltak?
- Hvordan har dere som helseteampsykepleiere opplevd dere som en del av den kommunale tjenesten?

Bruk av kartleggingsverktøyet:

- Opplever dere at temaguiden og informasjonsarket er en naturlig ramme for samtalen?
- Hvordan reagerer de eldre på at du bruker temaguiden?
- Er det spørsmål som er ubehagelige å stille?
- Klarer de eldre å svare på spørsmålene med tanke på valg av svarkategori?
- Er det noe ved temaguiden som kunne vært annerledes (med tanke på at andre også kan ta den i bruk)?

Risikovurderingen

- Hvordan opplever dere å gjøre risikovurdering?
- Stemmer risikovurderingen overens med "magefølelsen" dere har etter en samtale?
 - Aktuelle utdypningsspørsmål
 - Hva gjør dere dersom det ikke er samsvar?
 - Hvordan bruker dere eventuelt magefølelsen til å justere risikovurderingen? (Skjæringspunktet mellom den eldres subjektive opplevelse kontra helseteampsykepleierens faglige vurdering. Ikke produsere "u-helse")
- Drøfter dere tvilstilfeller med hverandre?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Enhetsleder eldrecenter

- Er forebyggende hjemmebesøk et tema blant de eldre og i de fora du deltar i?
- Hva tenker du om nytten av forebyggende hjemmebesøk?
- Har du hørt noen ha positive opplevelser / evt fått hjelp til noe som følge av hjemmebesøkene?
- Har du merket økt oppslutning om noen av aktivitetene på Havnaberg eldrecenter som følge av hjemmebesøkene?
- Hjemmebesøkene munner ut i en risikovurdering av den eldre. Dersom det foreligger en risiko for sykdom eller forverring av funksjonssvikt, blir dette gjort til gjenstand for drøfting i et tverrfaglig team. Fastlegen får rapport og har anledning til å komme med innspill. Deretter gis det en anbefaling om videre tiltak. Hvordan vurderer du en slik ordning?
- Hvilke tanker har du i forhold til om modellen med forebyggende hjemmebesøk ivaretar intensjonen om å bidra til at eldre som får besøk selv blir oppmerksomme på eventuelle helserisikoer og egne ressurser for å mestre eksisterende eller mulige helseplager.
- Tenker du at 77åringer er rett målgruppe for forebyggende hjemmebesøk. Har du forslag til annen målgruppe / seleksjon av eldre?
- Tror du at eldre i haugesund kommune vil være tjent med atordningen med forebyggende hjemmebesøk fortsetter? Ser du andre alternativer?
- Synes du at får tilstrekkelig informasjon fra helseteamsykepleierne?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Fysioterapeut i helseteamet (intervju)

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvilke grunner ser du for at fysioterapeut bør være med i det tverrfaglige helseteamet?
- På hvilke områder får du bidra med din kompetanse?
- Opplever du at dine innspill blir hørt og tatt til følge?
- Hvordan oppfatter du at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) ballanseres i de tverrfaglige drøftingene?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Andre kommunale instanser

- Har du fra din posisjon som fysioterapeut knyttet til fallteamet, hatt henvendelser som kan ha sitt ”opphav” i et forebyggende hjemmebesøk?

Kartleggingsverktøyet:

- Falltendens er et av fokusområdene for hjemmebesøkene. Hvordan opplever du at dette gjenspeiles i kartlegging og de tverrfaglige drøftingene?
- Har du innspill til endring/forbedring av kartleggingsverktøyet?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Fysioterapeut i helseteamet (intervju)

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvilke grunner ser du for at fysioterapeut bør være med i det tverrfaglige helseteamet?
- På hvilke områder får du bidra med din kompetanse?
- Opplever du at dine innspill blir hørt og tatt til følge?
- Hvordan oppfatter du at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) ballanseres i de tverrfaglige drøftingene?
- Hvilke tanker har du i forhold til denne modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Andre kommunale instanser

- Har du fra din posisjon som fysioterapeut knyttet til fallteamet, hatt henvendelser som kan ha sitt ”opphav” i et forebyggende hjemmebesøk?

Kartleggingsverktøyet:

- Falltendens er et av fokusområdene for hjemmebesøkene. Hvordan opplever du at dette gjenspeiles i kartlegging og de tverrfaglige drøftingene?
- Har du innspill til endring/forbedring av kartleggingsverktøyet?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

E-post-intervju

Kommunale samarbeidsaktører (intervju)

Hukommelsesteamet

Kommunal fysioterapeut / ballanseteamet /ergoterapeut:

Prosjektet ”Helseteam for eldre”

- Hvordan / er du blitt orientert om:
 - Helsetorgmodellens prioritering av satsingsområder for samhandling
 - Prosjektet helseteam for eldre
 - De 4 hovedområdene en har fokus på i hjemmebesøket
 - Tverrfaglig team
 - Tverrfaglig drøfting

Samhandling

- Hvor mange henvisninger er mottatt fra helseteamsykepleierne/ tverrfaglig helseteam
- Synes du at du/teamet får tilstrekkelig informasjon fra helseteamsykepleierne?
- Hvordan håndteres henvisningen?
- Hvilke samhandlingspunkter er aktuelle i kjølvannet av henvisningen fra helseteamsykepleierne?

Intervjuguide til evalueringen av prosjektet ”Helseteam for eldre”

Geriatr

Prosjektet:

- Kan du si litt om prosjektstart og om din rolle fra prosjektetableringen
- Kan du si litt om den tidlige prosessen fra anbefalingene som etterfulgte prosjektet ”skrøpelige eldre” og til utforming av mål for dette prosjektet
- Kan du si noe om prosessen fram til endelig utforming av hovedmål og arbeidsmetode? (inkludert utarbeiding av kartleggingsverktøy)
- Kan du si noe om hvordan prosjektet er forsøkt integrert/gjort kjent i den kommunale tjenesten (via informasjon og samarbeid)

Samhandling:

Tverrfaglig team:

- Hvordan opplever du samhandlingen innad i helseteamet?
- Hvordan tror du at denne samhandlingen kommer de eldre og kommunene til gode?
- Hvordan oppfatter du at de ulike perspektivene (sykdomsforebyggende / behandlende, helsefremmende) vektlegges i prosjektet?
- Risikovurdering og tverrfaglig drøfting har foregått uten innspill eller tilstedeværelse av fastleger.
 - Hva tror du er årsaken til dette
 - Hva har det å si for prosjektet
 - Ser du andre muligheter for å få fastlegene på banen
- Hvilke tanker gjør du deg nå i forhold til selve modellen hvor risikovurdering og tverrfaglig drøfting kompletterer hjemmebesøkene?

Andre kommunale instanser

- Har deltagelse i tverrfaglige drøftinger hatt noe å si for din samhandling med andre kommunale instanser? I så fall, hvordan?

Kartleggingsverktøyet:

- Hvordan synes du at fokusområdene ernæringsproblemer, falltendens, kognitiv svikt og polyfarmasi gjenspeiles i kartleggingene og de tverrfaglige drøftingene?
- Har du innspill til endring/forbedring av kartleggingsverktøyet?

Kjære deltaker i forskningsprosjektet "Helseteam for eldre"

Prosjektgruppen vil takke deg for at du sa deg villig til å være med i prøveprosjektet med forebyggende hjemmebesøk for eldre. Prosjektperioden er nå over og vi ønsker å få bedre kjennskap til hvordan du som deltaker opplevde hjemmebesøket.

Som en del av evalueringen av prosjektet gjennomfører vi en kort spørreskjemaundersøkelse alle blant deltakerne. Det er frivillig å delta i undersøkelsen.

Vi ber deg derfor vennligst å bruke et par minutter til å fylle ut vedlagte spørreskjema.

Du trenger ikke å oppgi navnet ditt. Dine svar er dermed helt anonyme. Undersøkelsen er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste A/S.

Vedlagt ligger en ferdigfrankert konvolutt. Legg det ferdig utfylte spørreskjemaet oppi denne og send det tilbake til oss.

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Karen Johanne Vae
Prosjektleder for evalueringen
Høgskolen Stord/Haugesund

Lars M. Kvinge
Prosjektmedarbeider
Høgskolen Stord/Haugesund

Har du spørsmål til undersøkelsen?

Ta kontakt med Lars M. Kvinge, Høgskolen Stord/Haugesund, Klingenbergvegen 8, 5414 Stord. Telefon: 53 49 13 89.

Spørreskjema «Helseteam for eldre»

Takk for at du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen!

Hvilken kommune bor du i? (sett kryss)

Haugesund	Bokn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er du kvinne eller mann? (sett kryss)

Kvinne	Mann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor kommer noen påstander om hvor vidt hjemmebesøket har ført til endringer i forhold til livsstil og helse. Kryss av for i hvilken grad du er enig i påstandene under.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Vet ikke / ikke svar
Hjemmebesøket har ført til at jeg er blitt mer fysisk aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmebesøket har ført til at jeg er blitt mer bevisst på hvordan jeg kan ivareta egen helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmebesøket har ført til at jeg har fått en bedre hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmebesøket har ført til at jeg føler meg mer selvhjulpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmebesøket har ført til at jeg vet mer om tilbudet i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Snu arket

Under hjemmebesøket fikk enkelte av dere råd når det gjelder helse og livsstil. Hvilke av disse rådene har du fulgt? (Fikk du ikke råd, kryss av i kolonnen til høyre)

	Har fulgt rådet	Ikke fulgt rådet	Fikk ikke råd
Råd om å oppsøke fastlege			
Råd om ernæring			
Råd om økt væskeinntak			
Råd om å få medisinliste/dosett			
Råd om fysisk aktivitet			
Råd om å bestille synskontroll			
Råd om å bestille hørselskontroll			
Råd om hvordan unngå å falle			
Råd om aktuelle hjelpemidler			

Opplevde du hjemmebesøket som nyttig? (Kryss av for det svaralternativet som passer best)

I svært stor grad	I stor grad	Verken/ eller	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke/ vil ikke svare

Ønsker du flere slike helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk dersom du hadde fått tilbud om det?

Ja

Nei

Vet ikke/vil ikke svare

Har du andre kommentarer til hjemmebesøket, vennligst skriv inn i feltet under eller skriv på eget ark.

Lars M. Kvinge

Resultatpresentasjon: "Helseteam for eldre".

En del av Helsetorgmodellen-rapport 2012/1

Innhold

Om denne rapporten	7
Om utvalget	8
Haugesund kommune.....	8
Bokn Kommune	8
Bakgrunnsvariabler	9
Utvalgets kjønnsfordeling fordelt på kommune	9
Utvalgets aldersfordeling i Bokn Kommune	9
Morsmål.....	10
Sivil status.....	10
Familiestørrelse	10
Utdannelse (Nevn høyest fullførte utdanning)	11
Hus og hjem	13
Type boform i dag	13
”Bor du alene?”	14
Hvor lenge har du bodd på dette stedet?.....	14
Er det nødvendig med større tiltak for at du skal kunne bo her?	15
Dersom ja eller usikker, hva må gjøres med boligen?	16
”Er det noe ved boligen din som gjør det vanskelig å bo her?”	16
Er badet rommet tilpasset dine behov?	17
IKT-vaner	17
IKT-utstyr fordelt etter kommune	18
”Hvis du bruker internett: Er internett en viktig informasjonskilde for deg?”	18
Kunne du tenke deg å delta på kurs for å lære mer om internett og data?.....	19
Hvis du bruker internett, bruker du sosiale medier som facebook og Twitter?.....	19
Hvis du bruker internett, bruker du e-post?	20
Funksjon i dagliglivet.....	20
Trenger du hjelp til noe i hverdagen (Barthel ADL-indeks).	20
Spising.....	21
Bading/dusj	22
Personlig hygiene.....	22
Påkledning.....	23

Tarmkontroll	23
Blærekontroll	24
Toalettbesøk	24
Forflytning mellom Seng og stol	25
Mobilitet.....	25
Trappegang	26
Score på Barthel ADL- indeks.....	26
Trim og aktivitet.....	27
”Hvor ofte er du ute av boligen din?”.....	27
”Hvor ofte mosjonerer du?” (Min.30 min varighet slik at du blir varm og litt andpusten)..	27
Hvilke transportmidler bruker du til daglig?(Flere svar mulig)	28
Hjelpemidler og hjelpetjenester	29
Har du noen fysiske hjelpemidler?	29
Hvilke hjelpemidler?	29
Mottar du noen av følgende hjelpetjenester?.....	30
Relasjoner og nettverk.....	30
”Har du noen du kan spørre om hjelp?”	30
Hvis ja, hvem? (Flere svaralternativer er mulig)	31
Hvor ofte besøker du eller har du besøk av slektninger eller andre? (barn, barnebarn, slektninger, naboer, venner etc.).....	31
Sosial støtte (OSLO 3-SSS).....	32
SSS-1: Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?	32
SSS-2: Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?	33
SSS-3: Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?.....	33
Ønsker du mer sosial omgang?.....	34
Har du noen hobbyer/lystbetonte fritidssysler?	35
Hvis ja, hvor ofte holder du på med noen av dine hobbyer?	35
Hvor ofte deltar du i klubb og eller foreningsaktiviteter?.....	36
Ville du like å delta i en eller annen form for aktivitet?.....	36
Tanker og fremtiden	36
Viktige faktorer for å klare seg hjemme	38
Dersom du ikke kan bo hjemme i framtida, hvordan vil du da bo?	38

Helsekartlegging.....	39
”Hvordan vil du generelt beskrive din helse? (SF-1)	39
Positive Life Orientation Scale (PLOS).....	39
PLOS-a: ”Er du tilfreds med livet?”	40
PLOS-b: ”Føler du det er behov fro deg?”	40
PLOS-c: ”Har du planer for nær framtid?”	41
PLOS-d: ”Har du livslyst?”	41
PLOS-e: ”Føler du deg ensom?”	42
PLOS-f: ”Er du deprimert/lei deg?”	42
Livskvalitet og autonomi.....	43
”Anser du livet ditt som meningsfullt?”	43
Føler du at du kan bestemme over livet ditt?.....	44
Fall og falltendens	44
”Er du plaget av svimmelhet?”	44
”Hvor mange ganger har du falt i løpet av det siste året?”	45
Bergs balanseskala (egen kortversjon).	45
BBS-1: Sittende til stående.....	46
BBS-6: Stå uten støtte med lukkede øyne	46
BBS-9: Stå og ta opp en gjenstand fra gulvet.....	47
Matvaner og ernæring	48
Mini Nutritional Assessment (MNA)	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Kosttilskudd (Bruker du noen av følgende vitaminer og mineraler?)	52
Røyk og alkoholforbruk.....	53
”Drikker du alkohol?”	53
”Hvis ja, hvor mye ca. per uke?”	54
”Bruker du snus?”	54
4.5 Syn og hørsel	55
”Bruker du briller?”	55
”Når hadde du sist øyekontroll?”	55
”Hvordan vil du beskrive synet ditt?(evt. Med briller).....	56
”Har du høreapparat?”	56
”Hvordan vil du beskrive hørselen din?” (med høreapparat dersom du har det)	57
”Vil du si at du har et søvnproblem?”	57

Dersom søvnproblem: Har du problem med innsovning?	58
Dersom ja: Har du problemer med urolig nattesøvn?.....	58
Dersom ja: Har du problemer med tidlig morgenoppvåkning?	59
Dersom ja: Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?.....	59
Dersom ja: Går søvnproblemet ut over funksjonen din på dagtid?	60
”Har du sviktende hukommelse?”	60
”Har du smerter?”	61
”Hvor sterke smerter?”.....	61
”Påvirker smertene ditt daglige liv?”	62
”Har du sykdommer som er diagnostisert av lege?”	62
”Dersom ja, hvilke sykdommer har du?”	63
Forbruk av helsetjenester	64
Antall besøk hos fastlegen siste 6 mnd.....	64
Antall besøk hos legevakt siste 6 mnd.....	64
Antall sykehusinnleggelse siste 6 mnd.....	65
Antall antibiotika kurer siste 6 mnd.	65
Alternative behandlingsformer	66
Medikamentbruk	66
”Bruker du reseptbelagte medisiner?”	66
”Dersom ”ja”, har du noen av følgende hjelpemiddel?”	67
”Hvor mange forordnede (reseptbelagte) tabletter bruker du daglig?”	67
”Har du noen bivirkninger av medisinene?”	68
”Har du fått østrogenbehandling?”	68
”Bruker du andre medisiner dersom behov? (F. eks reseptfrie medisiner, natur/helsepreparater, ”alternative medisiner”).....	69
Helsefremmende og forebyggende tiltak	69
Informasjon angående forskjellige økonomiske støtteordninger.....	71
”Er det blitt ordnet med hjelpemidler som følge av hjemmebesøket?”.....	71
Anbefalinger til videre behandling og andre tjenester	72
Risikovurdering.....	73
De eldre fordelt etter risikonivå på bakgrunn av risikovurderingen	73
Den eldre følges opp videre på tverrfaglig møte i ”Helseteam for eldre”	74
Brukerevaluering	74

”Ønsker du flere slike helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk dersom du hadde fått tilbud om det?”	75
Dersom ja, hvor hyppig?	75
Avsluttende kommentar	76
Litteratur	77

Om denne rapporten

Denne rapporten er en resultatpresentasjon av data samlet inn gjennom hjemmebesøkene i prosjektperioden, og er tenkt som et vedlegg til evalueringsrapporten. Rapporten inneholder deskriptive analyser av nær sagt alle spørsmålene i temaguiden. Kvalitative data samlet inn gjennom åpne spørsmål er utelatt. Rapportens oppbygging er lik temaguidens oppbygging, dvs resultatene er presentert i samme rekkefølge som spørsmålene er blitt stilt.

Vi har ikke gjort noen forsøk på å tolke dataene, men vi har valgt å dele opp analysene på kommune-nivå slik at hver av de to involverte kommunene kan få spesifikke data om sine innbyggere. I ettertid av datainnsamlingen har det vist seg at et fåtall spørsmål i temaguiden er formulert på en slik måte at spørsmålsformuleringen kan ha påvirket måten det er svart på. Der hvor dette er tilfelle vil det bli påpekt. Det er også viktig å understreke at utvalget i Haugesund kommune og Bokn kommune er to vidt forskjellige utvalg med tanke på alderssammensetning. Dette gjør at en må være varsom med å sammenlikne og dra slutninger på bakgrunn av eventuelle kommuneforkjeller slik de fremstår i resultatpresentasjonen. Data er samlet inn ved at helseteamsykepleierne gjennom hjemmebesøket har stilt de eldre spørsmål for deretter å oppgi svaralternativene. De eldre har ikke selv krysset av i spørreskjemaet. Dette representerer en potensiell feilkilde ved at helseteamsykepleirne ubevisst kan ha forskjellige måter å å legge frem spørsmål og svaralternativ på, som igjen gjør at de eldre svarer på bestemte måter.

Lars M. Kvinge

Stord den 28. juni 2012

Om utvalget

Haugesund kommune

Et brev med invitasjon til å delta i prosjektet ble i februar 2011 sendt ut til alle 77 åringene i Haugesund kommune. Bruttoutvalget var på 177 personer. I brevet ble det informert om at det var frivillig å delta, og at en måtte ringe et oppgitt telefonnummer hvis en ville reservere seg mot hjemmebesøket. Totalt valgte åtte personer å reservere seg på denne måten.

Det resterende utvalget ble på et senere tidspunkt kontaktet via telefon for å avtale dag og tid for gjennomføring av hjemmebesøket. For de eldre som ikke hadde telefon, ble henvendelse gjort i brev form. Ved telefonhenvendelse valgte ytterligere 53 personer å takke nei. I løpet av prosjektperioden var det syv eldre som døde før hjemmebesøket ble gjennomført, syv fikk langtidsplass på sykehjem/eldresenter og en som ble behandlet for alvorlig sykdom over en lengre periode. Disse ble ekskludert fra bruttoutvalget. Syv personer har verken svart på telefon eller henvendelse via brev. Årsakene til dette er ukjent. Det er mulig at noen tilbringer lengre perioder i utlandet, at de nylig har skiftet adresse osv. og at de derfor ikke nås. Vi har valgt å ekskludere disse fra bruttoutvalget. Nettoutvalget ble derfor på 155 personer. Av disse valgte 98 personer å motta hjemmebesøk. Dette gir oss en deltakerprosent på 63 prosent i Haugesund kommune ($n=98$).

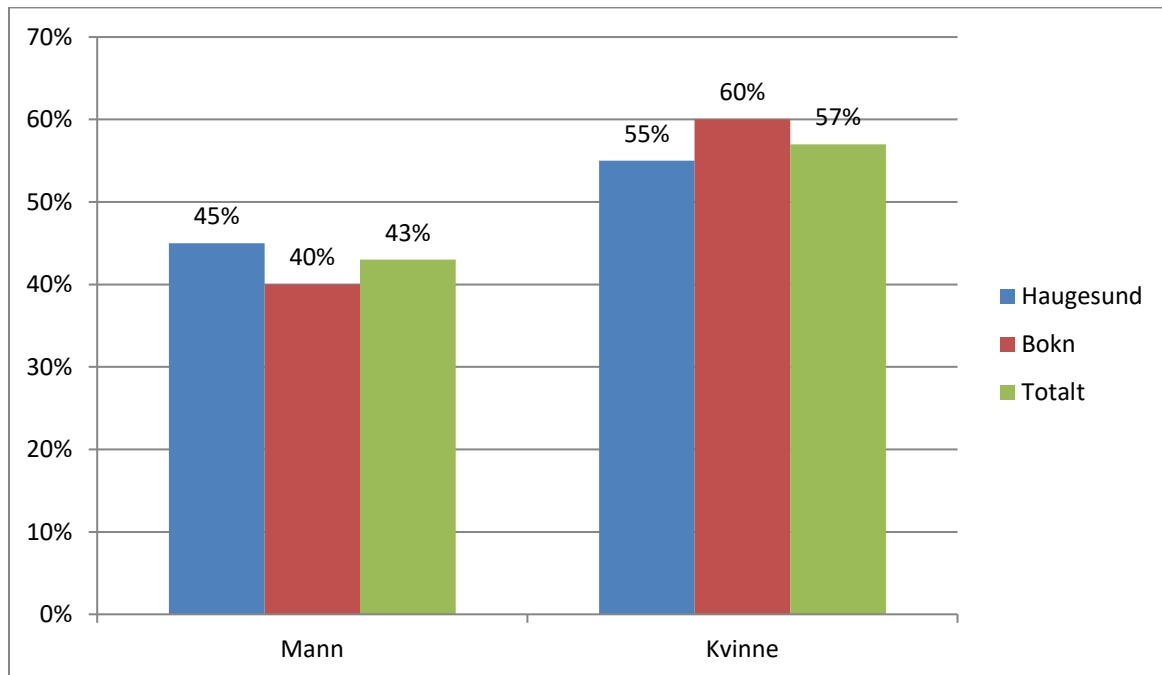
Bokn Kommune

Den samme prosedyren med utsendelse av invitasjon til å delta i prosjektet ble gjennomført i Bokn kommune. I Bokn kommune ble alle eldre over 75 år invitert til å bli med i prosjektet. Bruttoutvalget var 82 personer. Her valgte ingen aktivt å reservere seg etter å ha fått invitasjonen i posten. Ved telefonhenvendelse for å avtale hjemmebesøk reserverte likevel syv personer seg. I Bokn var det åtte personer i utvalget som hadde langtidsplass på sykehjem, to som døde under prosjektperioden og en som nylig var flyttet fra kommunen. Alle disse ble ekskludert fra bruttoutvalget. Nettoutvalget ble derfor på 71 personer. Av disse valgte 62 personer å takke ja til hjemmebesøk. Dette gir oss en deltakerprosent på 87 prosent i Bokn kommune ($n=62$).

Det samlede nettoutvalget for de to kommunene er på 160 personer. Totalt valgte 71 prosent å delta i prosjektet.

Bakgrunnsvariabler

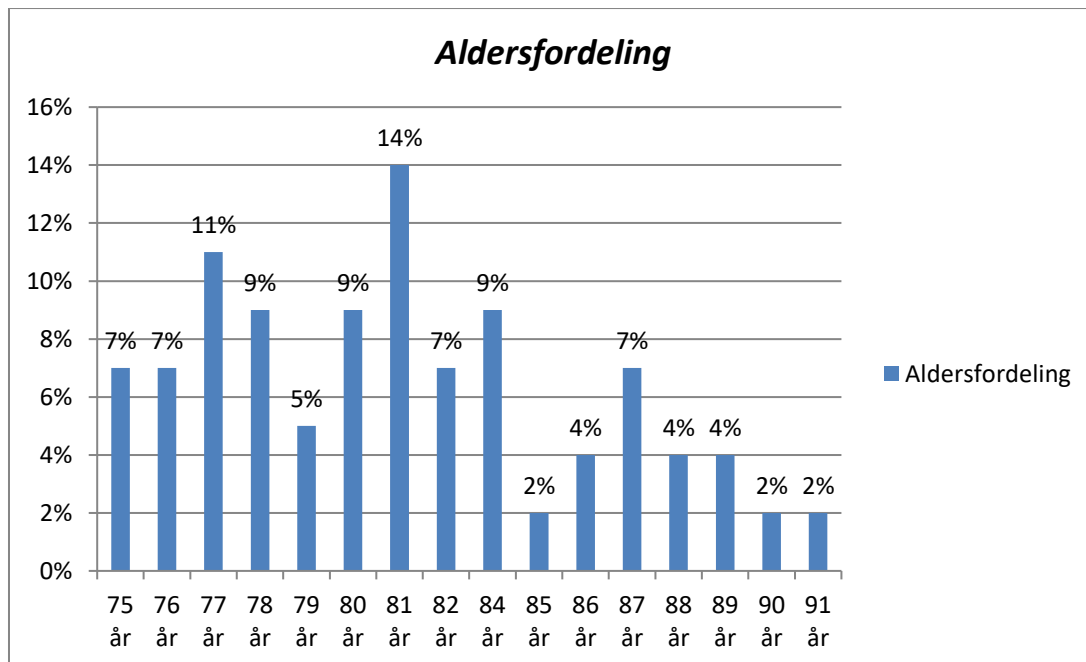
Utvalgets kjønnsfordeling fordelt på kommune



Figur 2: Utvalgets kjønnsfordeling samlet etter kommune (n = 144).

Utvalget har noen flere kvinner. Størst kjønnsforskjell er det i Bokn der 6 av 10 er kvinner.

Utvalgets aldersfordeling i Bokn Kommune



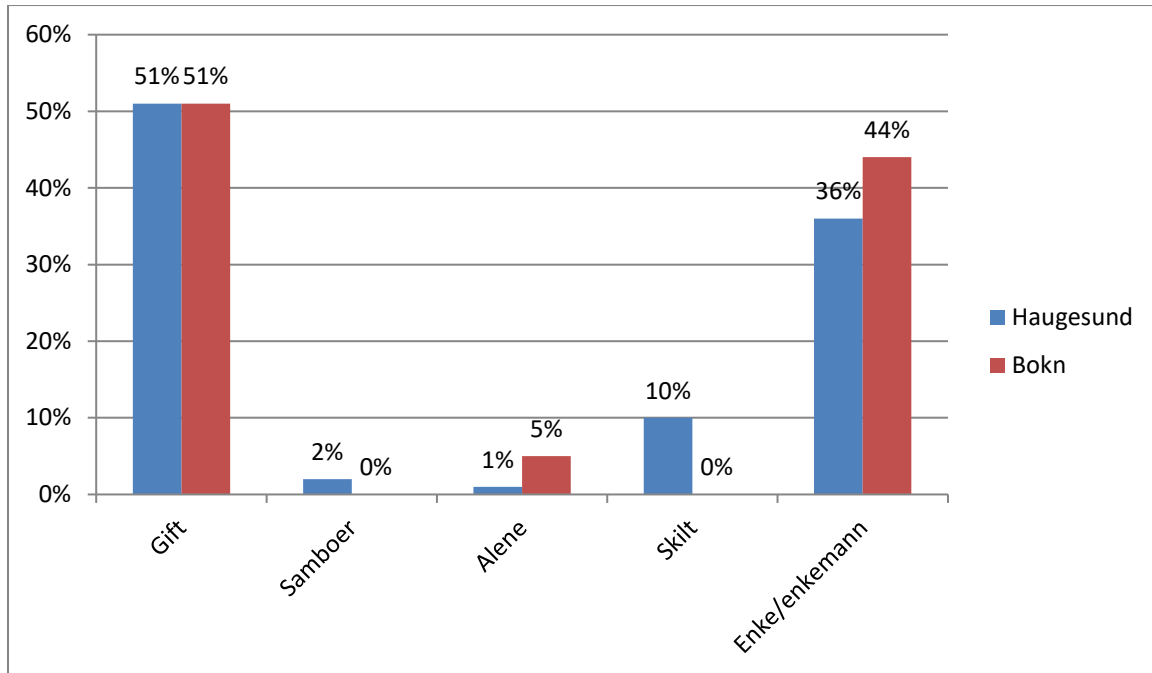
Figur 3: Prosentfordeling (n = 57).

Variasjonsbredden i aldersfordelingen for Bokn kommune går fra 75 år til 91 år. Som nevnt innledningsvis består utvalget i Haugesund av 77 åringer.

Morsmål

Samtlige deltakere i begge kommuner oppgav norsk som morsmål.

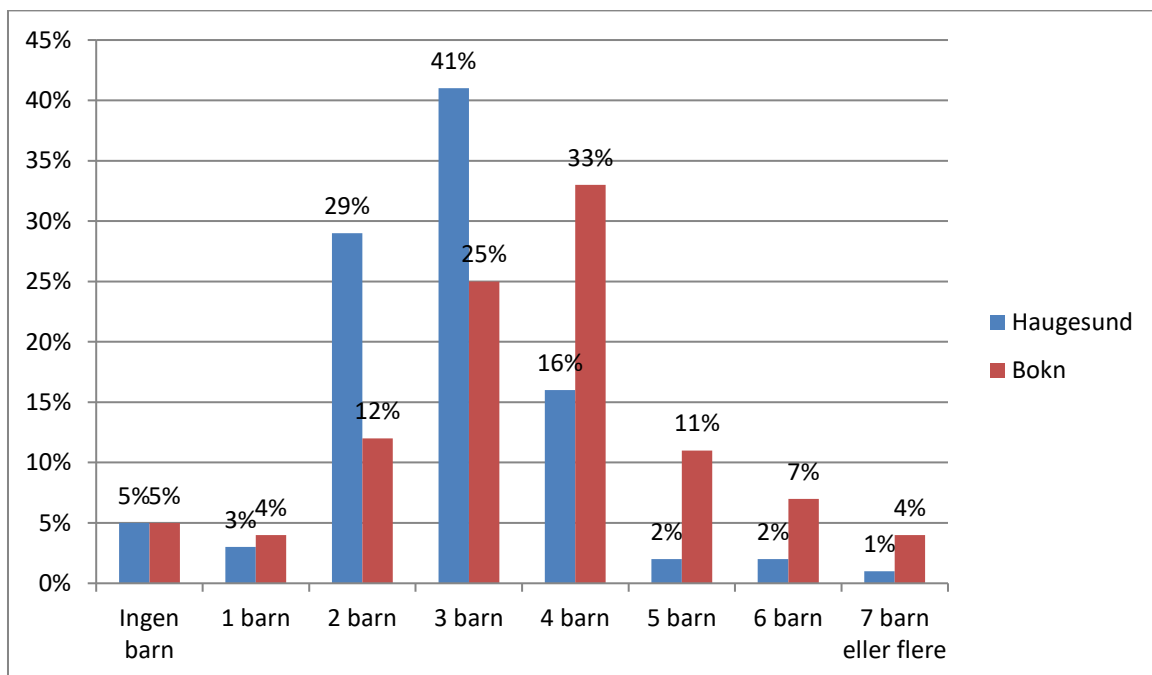
Sivil status



Figur 4: Prosentfordeling (n = 134).

Figur 3 viser den nåværende sivilstatusen til deltakerne. Om lag halvparten lever i ekteskap.

Familiestørrelse



Figur 5: Prosentfordeling antall barn (n = 144).

95 prosent av utvalget har ett eller flere barn. Tabellen under viser at det er forskjell mellom kommunene når det gjelder hvor mange barn en har.

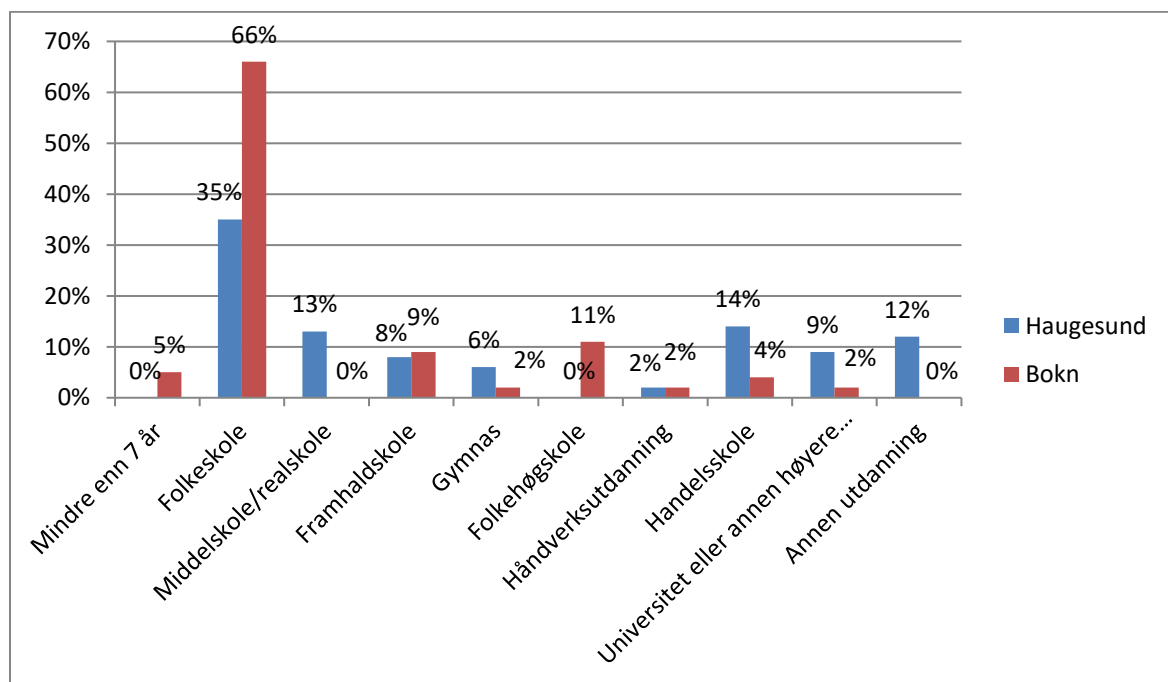
Tabell 1.

Kommune	Gjennomsnitt	Median	Mode
Haugesund	2.83	3	3
Bokn	3.54	4	4

(n=144).

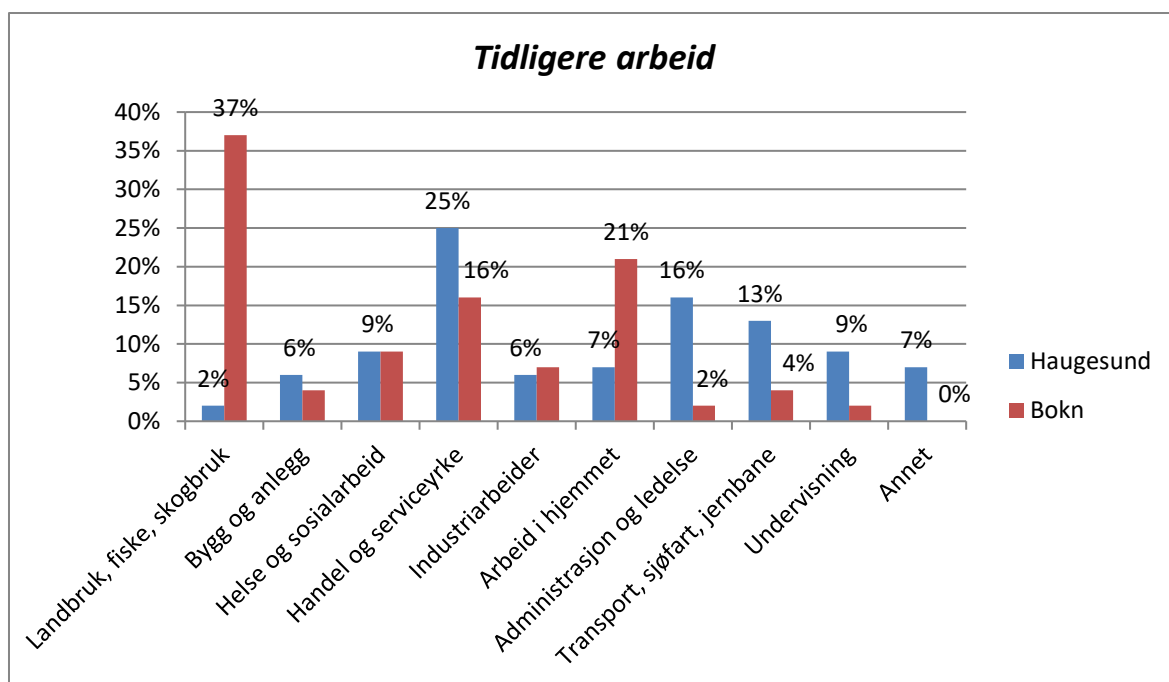
Gjennomsnittlig har utvalget i Haugesund tre barn. I Bokn er gjennomsnittet fire barn.

Utdannelse (Nevn høyest fullførte utdanning)



Figur 6: Prosentfordeling (n = 144).

Det er noe forskjell i skolegang og utdanning for utvalget i de to kommunene. 2/3 av utvalget i Bokn har svart at folkeskole tilsvare høyeste fullførte utdanning mot 1/3 i Haugesund. Utvalget i Haugesund har en større andel med handelsskole og høyere utdanning.

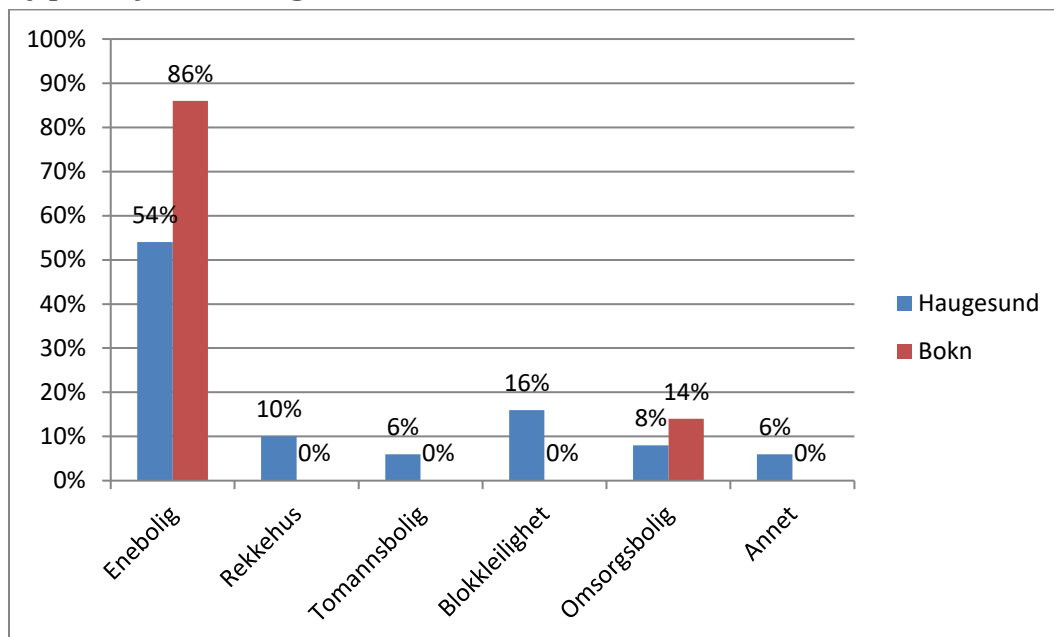


Figur 7: Prosentfordeling (n = 144).

Figur 6 viser at en stor andel av Bokn uvalget har arbeidet i primærnæringer som landbruk, fiske og skogbruk, mens andelen som har jobbet innen handel og administrasjon er betydelig høyere i Haugesund kommune. Flere i Bokn svarer at de har arbeidet i hjemmet/vært hjemmeværende.

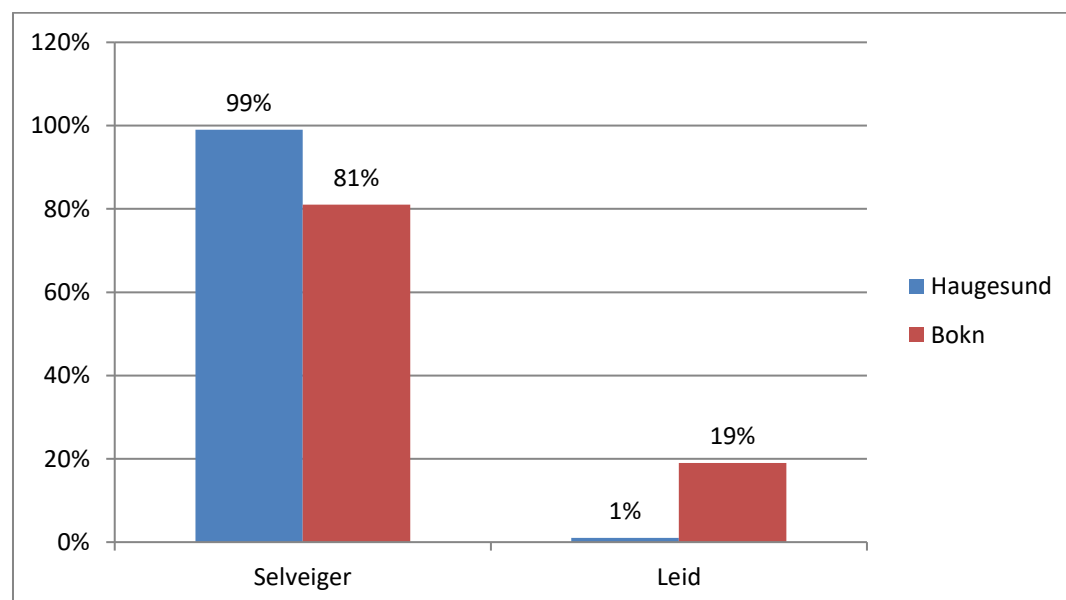
Hus og hjem

Type boform i dag



Figur 8: Prosentvis fordeling innad i hver kommune (n = 144).

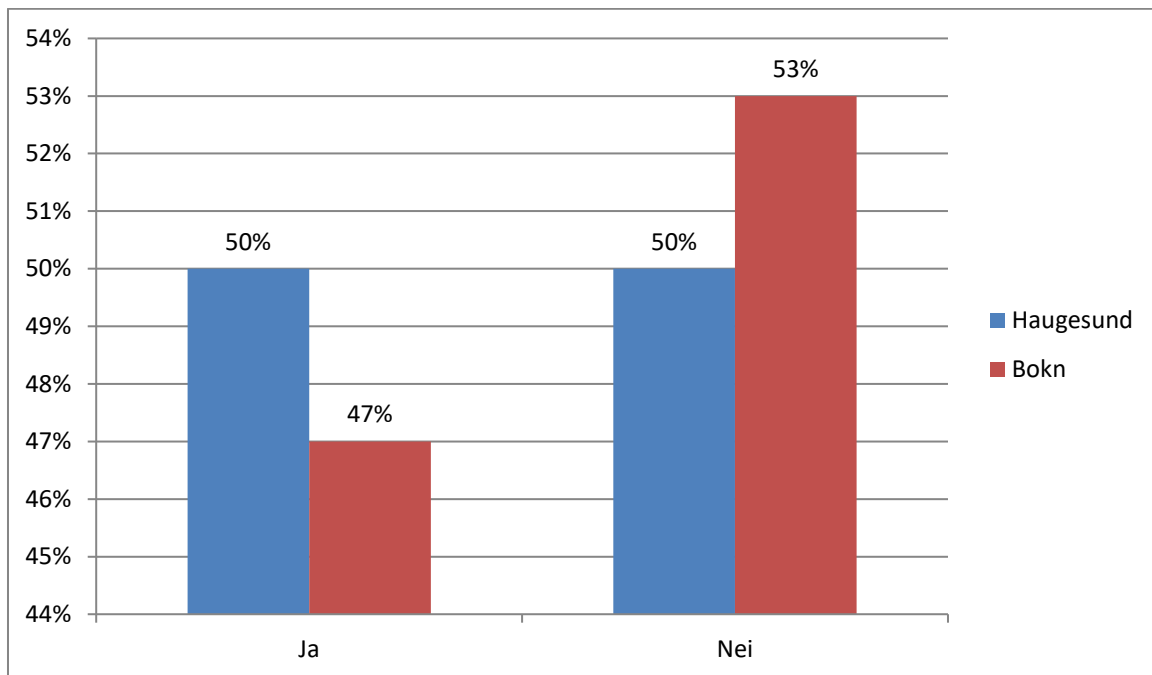
Boform gjenspeiler forholdet mellom by og land ved at boformer som rekkehus og blokkleilighet er relativt vanlig i Haugesund, men ikke i Bokn. Eierforhold bustad



Figur 9: Prosentfordeling (n = 144).

Langt flere i Bokn kommune leier bolig. En mulig forklaring kan være at utvalget i Bokn er eldre, og dermed er det flere som leier omsorgs -eller servicebolig.

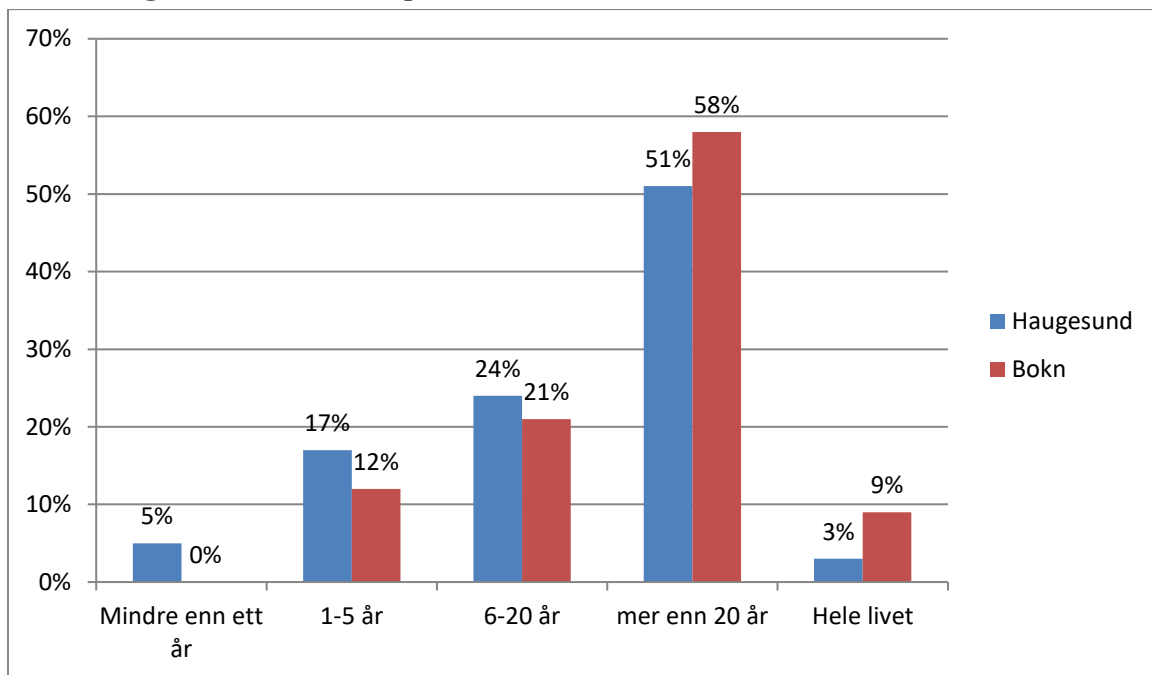
"Bor du alene?"



Figur 10: Prosentvis fordeling (n = 143)

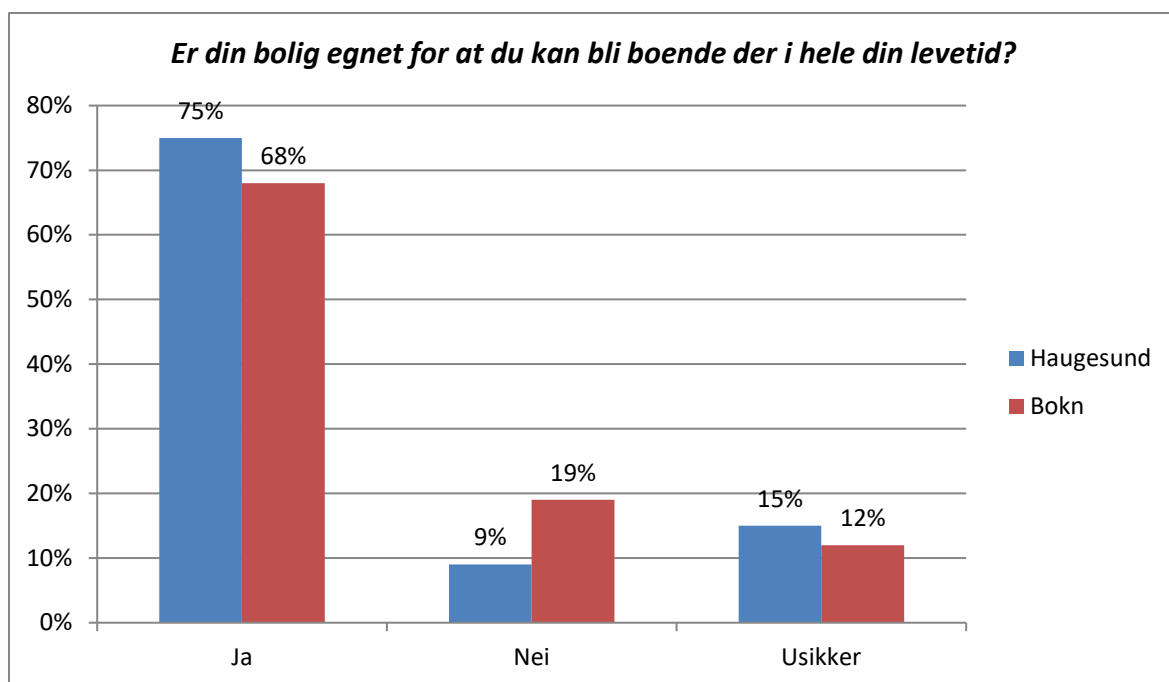
Figur 9 viser at om lag halvparten bor alene.

Hvor lenge har du bodd på dette stedet?



Figur 11: Prosentvis fordeling fordelt etter kommune (n 142).

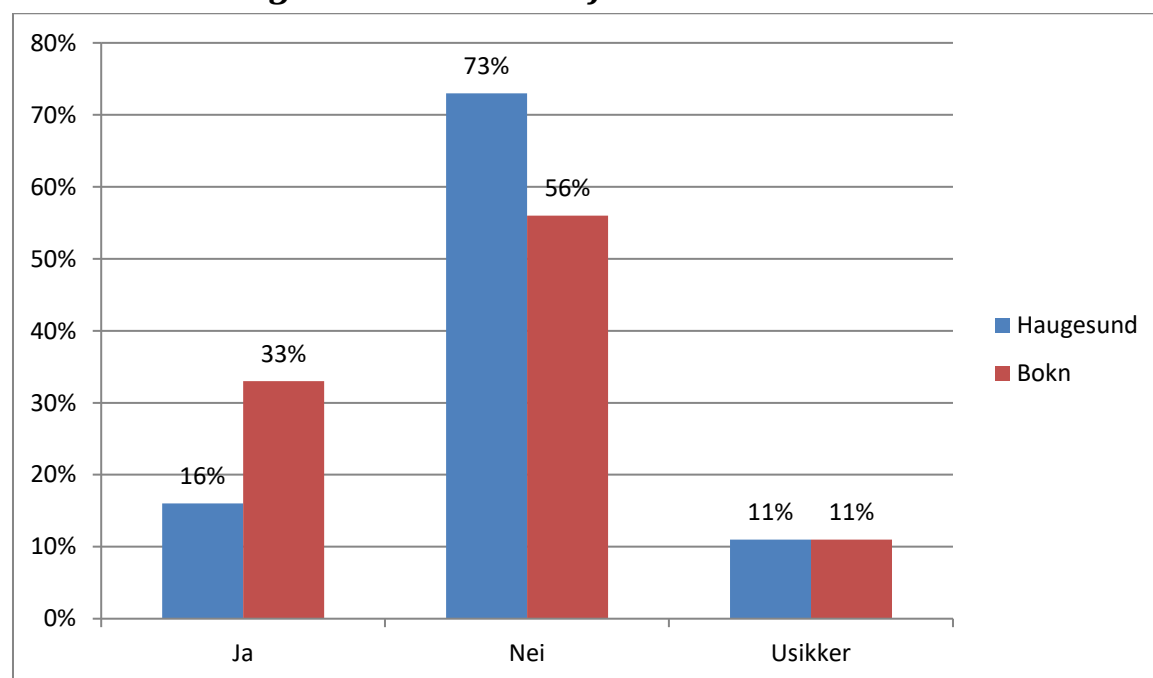
Figur 10 viser at majoriteten har bodd mer enn 20 år på plassen de nå bor.



Figur 12: Prosentfordeling (n = 137).

Noen flere i Bokn oppgir at de har uegnet bolig for å kunne bo der ut levetiden. Dette kan skyldes aldersforskjellen mellom de to utvalgene, men også at flere i Haugesund bor i ett-plans leiligheter enten i rekkehus eller i blokkleiligheter.

Er det nødvendig med større tiltak for at du skal kunne bo her?



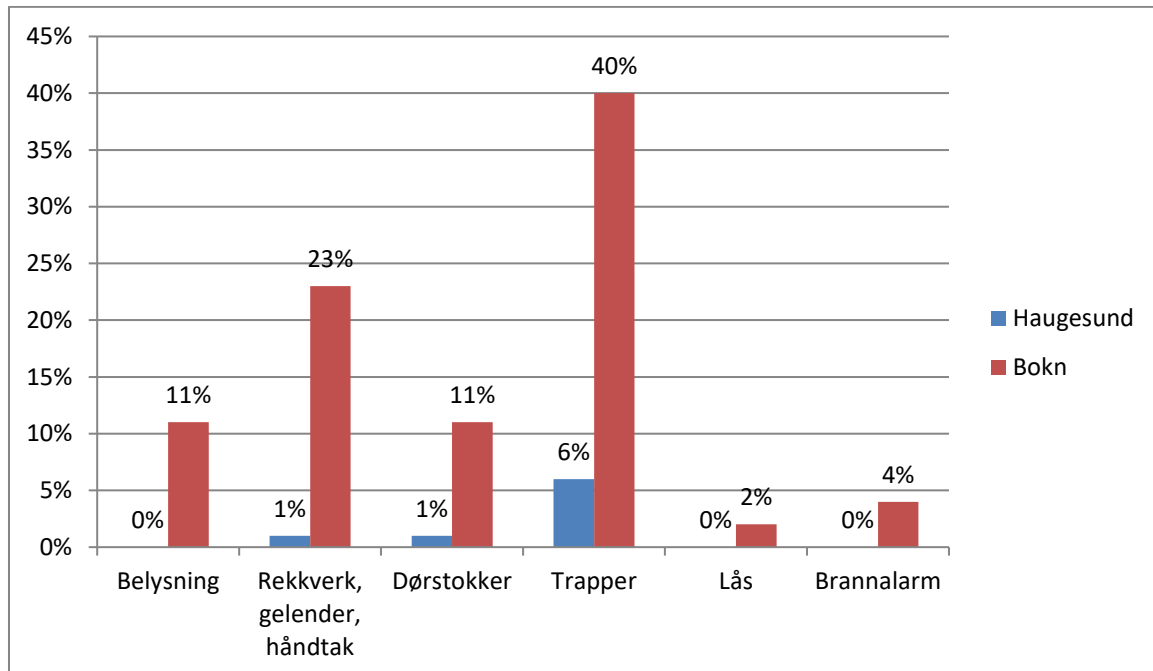
Figur 13: Prosentfordeling fordelt etter kommune (n = 134).

Figur 12 viser at i en av tre boliger i Bokn er det nødvendig med tiltak for at den eldre skal kunne bli boende.

Dersom ja eller usikker, hva må gjøres med boligen?

Kvalitative data tyder på at det først og fremst er behov for å samle alt på et plan og at trapper og manglende rekkverk både inne og utvendig kan by på framtidige hindringer. Dette kommer også frem i figur 13 under.

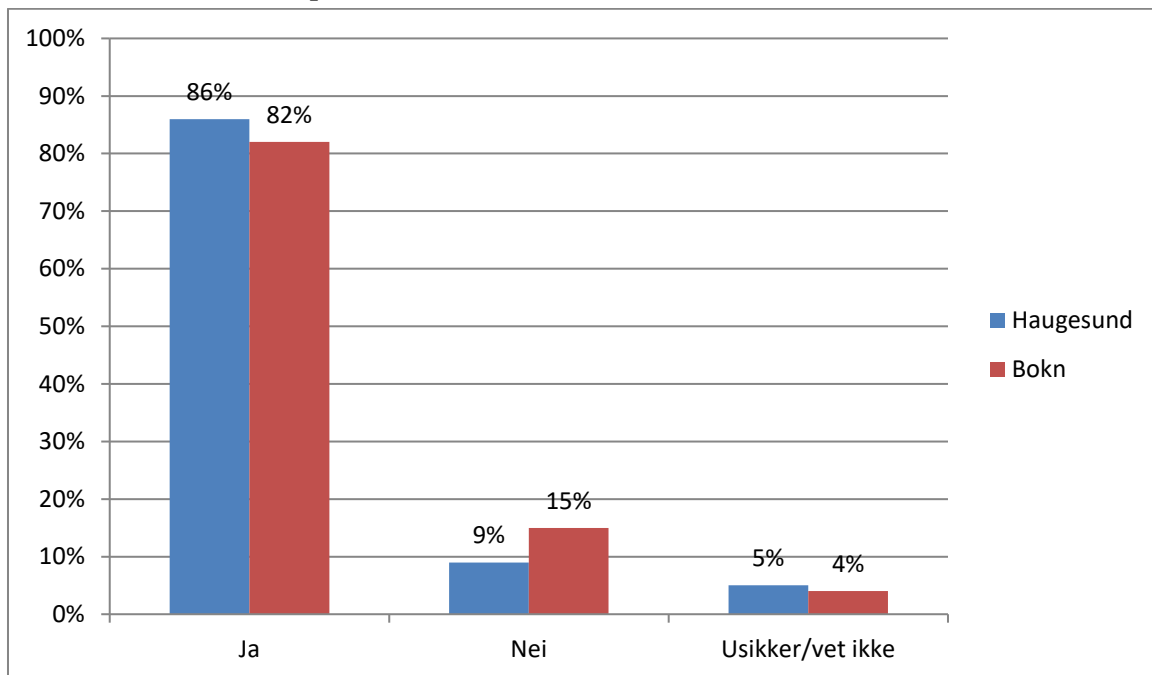
"Er det noe ved boligen din som gjør det vanskelig å bo her?"



Figur 14: Prosentfordeling (n =144).

Figur 13 viser at det er stor forskjell mellom kommunene når det gjelder behovet for utbedringer. Aldersforskjellen mellom utvalgene kan være en mulig årsaksforklaring til denne forskjellen.

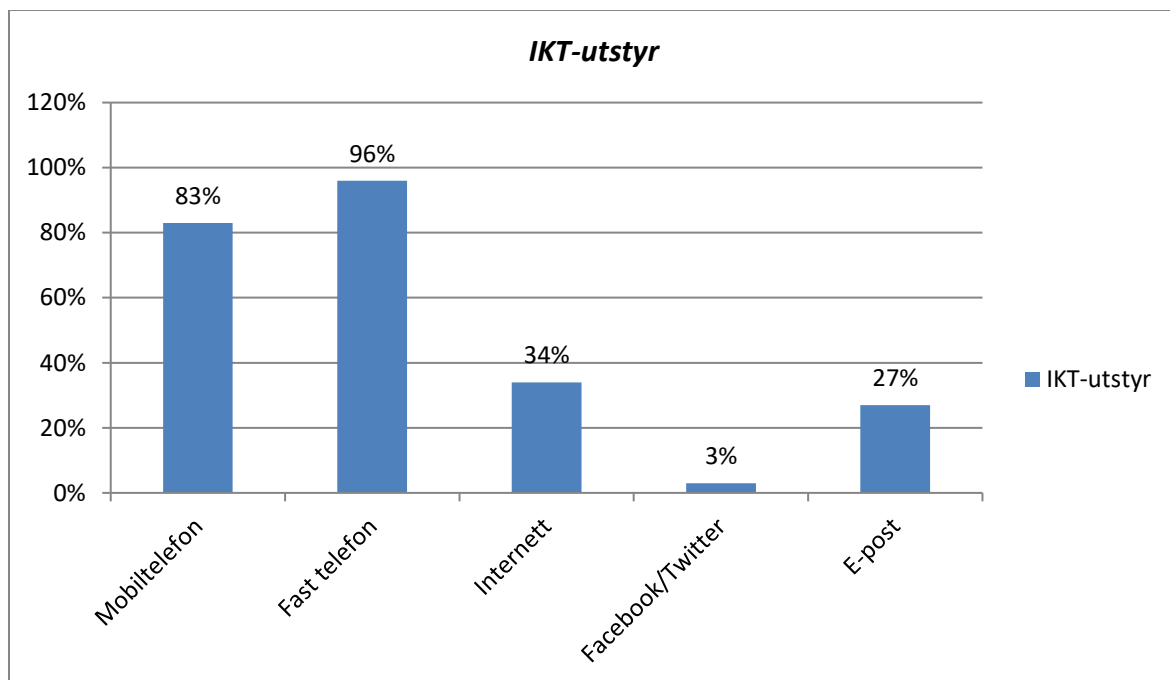
Er baderommet tilpasset dine behov?



Figur 15: Prosentvis fordeling fordelt etter kommune (n = 136).

Figur 14 viser hvor mange som har et baderom som er tilpasset end behov.

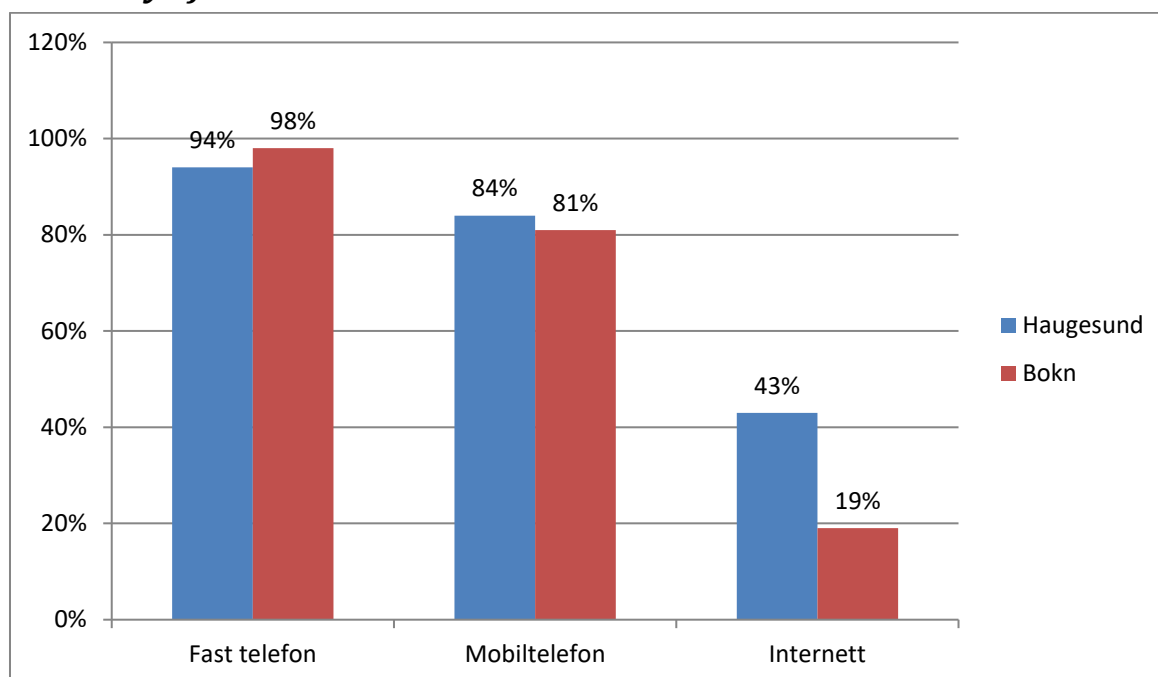
IKT-vaner



Figur 16: Prosentfordeling (n = 144).

Figur 15 viser at de aller fleste har fasttelefon, men svært mange har også mobiltelefon. En av tre svarer at de bruker internett. E-post er en av funksjonene de aller fleste nettbrukerne benytter seg av. Fire prosent svarer at de bruker Facebook/Twitter.

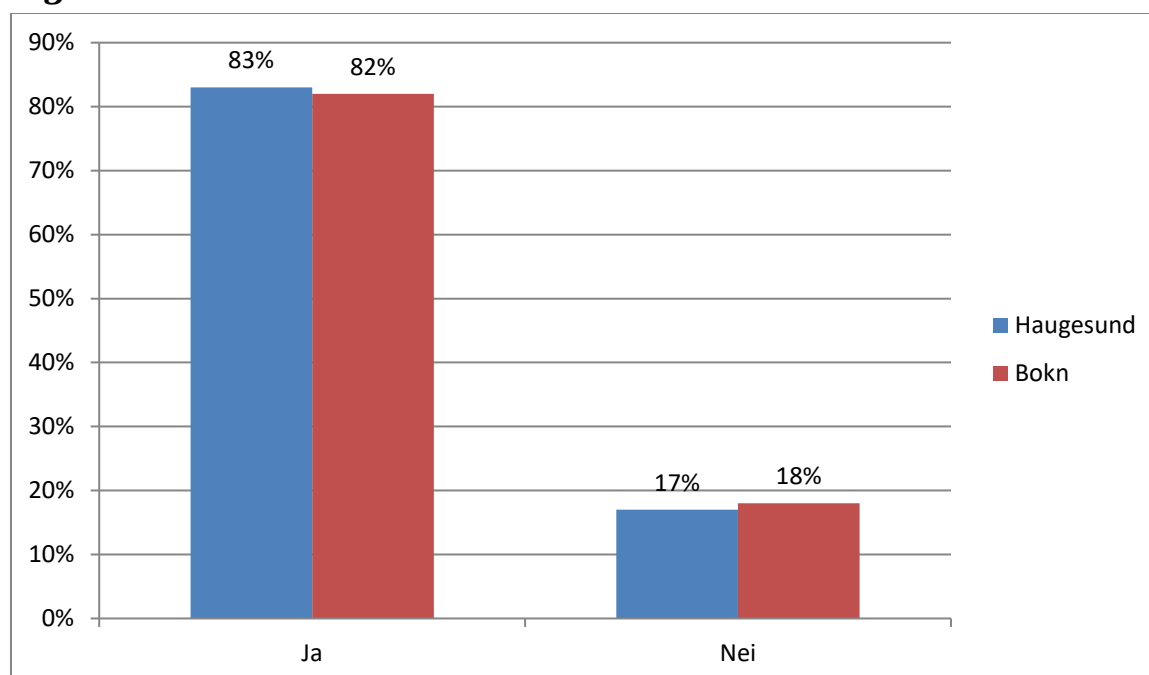
IKT-utstyr fordelt etter kommune



Figur 17: Prosentvis fordeling (n = 144).

Figur 16 viser at det er langt flere i Haugesund kommune som bruker internett og e-post enn i Bokn kommune.

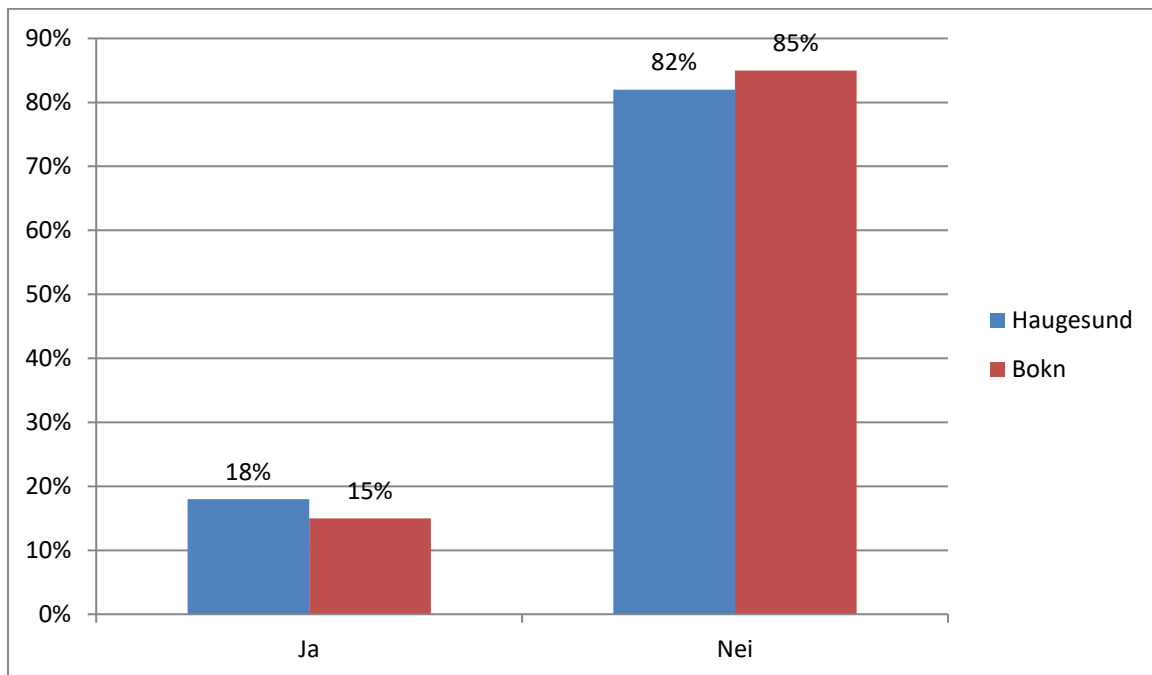
"Hvis du bruker internett: Er internett en viktig informasjonskilde for deg?"



Figur 18: (n =47).

Figur 17 viser at for de aller fleste som bruker internett er dette en viktig informasjonskilde.

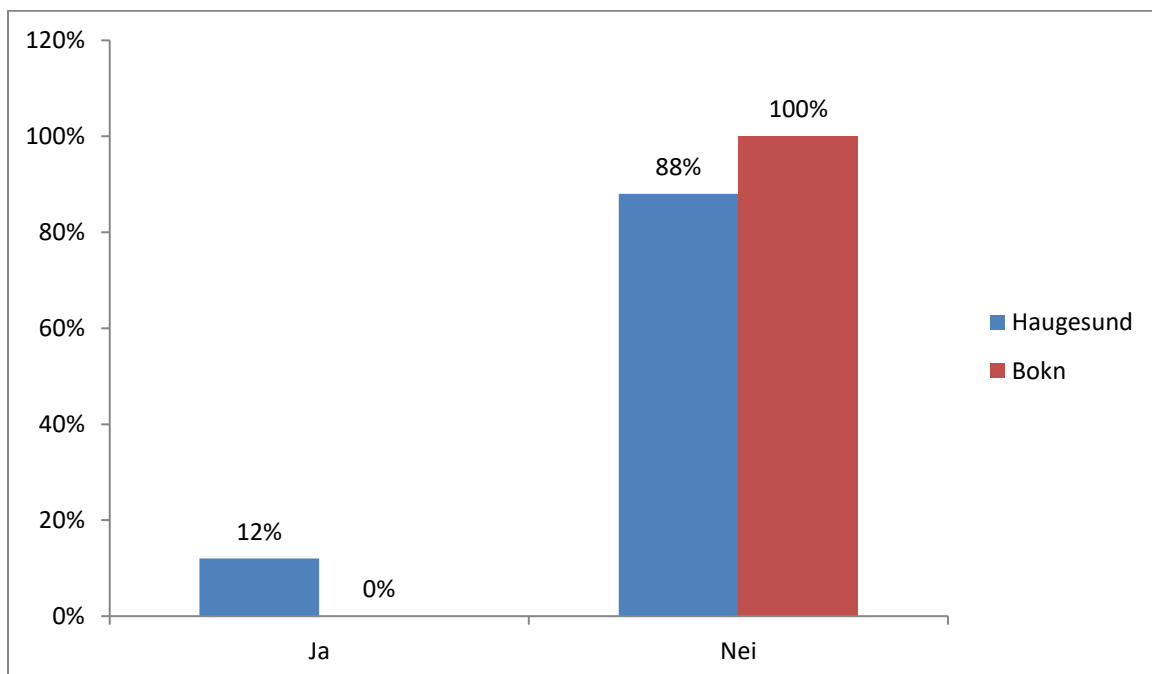
Kunne du tenke deg å delta på kurs for å lære mer om internett og data?



Figur 19: Prosentvis fordeling etter kommune (n = 129).

18 prosent i Haugesund og 15 prosent i Bokn kunne tenkt seg å delta på kurs for å lære mer om internett og data.

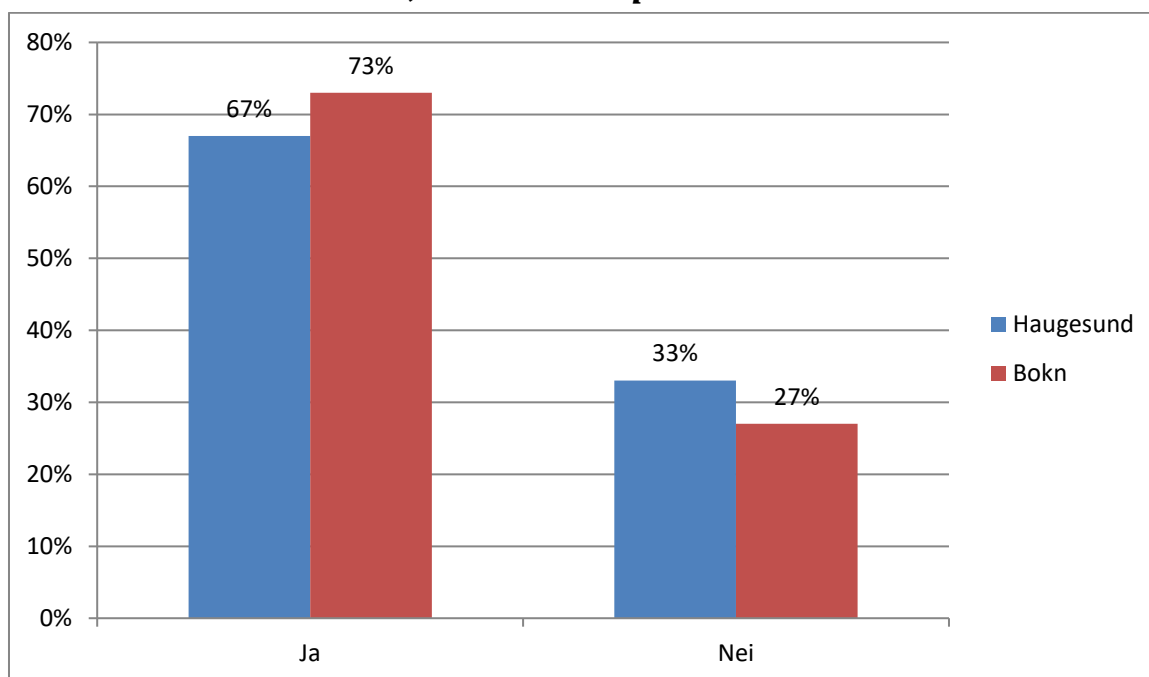
Hvis du bruker internett, bruker du sosiale medier som facebook og Twitter?



Figur 20: Prosentvis fordeling etter kommune (n = 45).

12 prosent av utvalget i Haugesund er aktive på sosiale medier som Facebook og Twitter, mens i Bokn er dette fraværende.

Hvis du bruker internett, bruker du e-post?



Figur 21: Prosentvis fordeling etter kommune (n = 45).

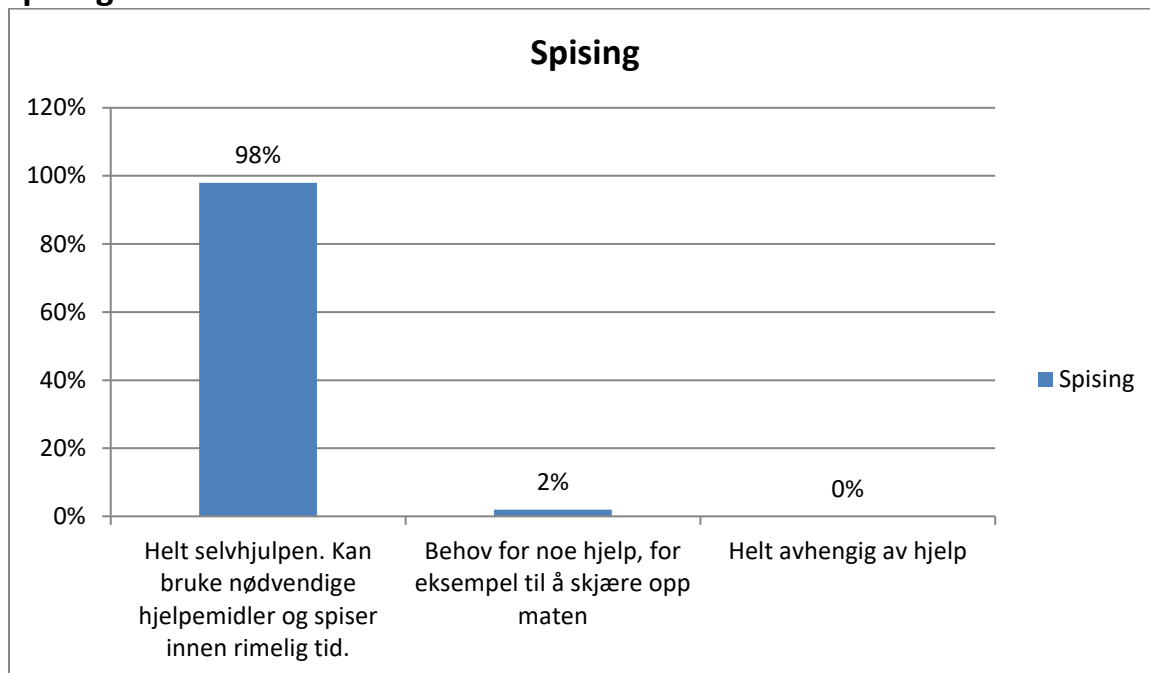
Figur 20 viser at av de som har internett bruker 67 prosent Haugesund og 73 prosent i Bokn e-post.

Funksjon i dagliglivet

Trenger du hjelp til noe i hverdagen (Barthel ADL-indeks).

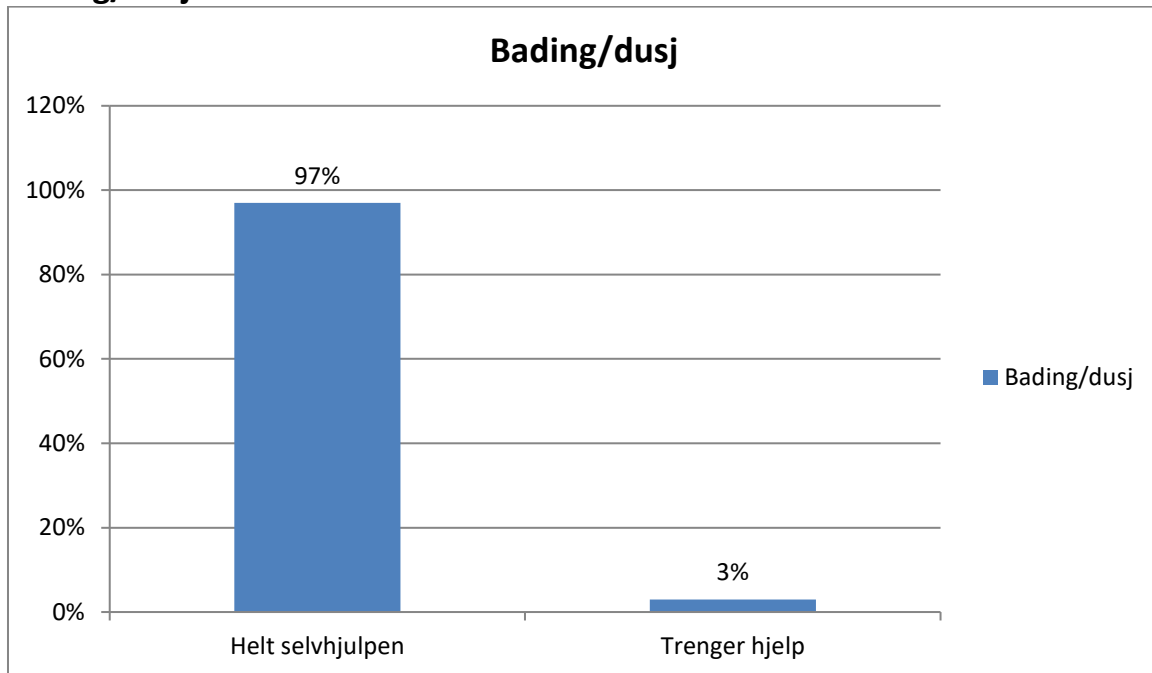
Presentasjon av score på de ulike spørsmålsleddene i Barthel ADL- indeks er ikke presentert på kommunenivå. Årsaken til dette er at det ikke er nok variasjon i svarene til at det ville være hensiktsmessig. Som oversikten under viser skårer de aller fleste høyt på Barthel.

Spising



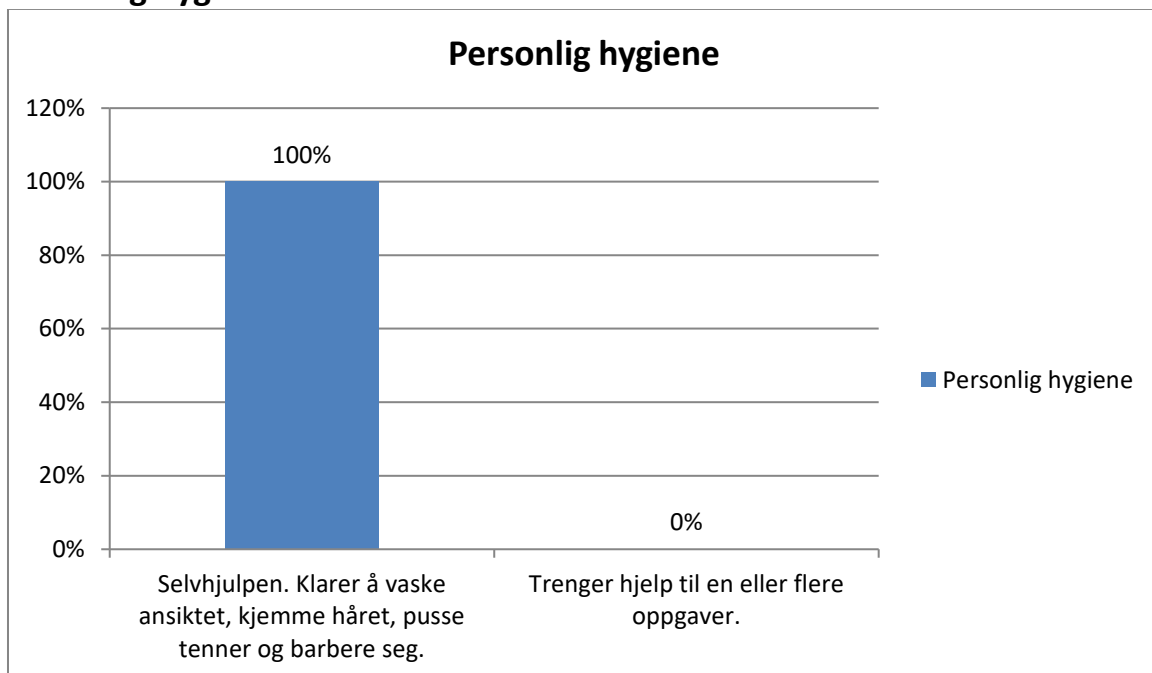
Figur 22: Prosentvis fordeling ($n = 134$).

Bading/dusj



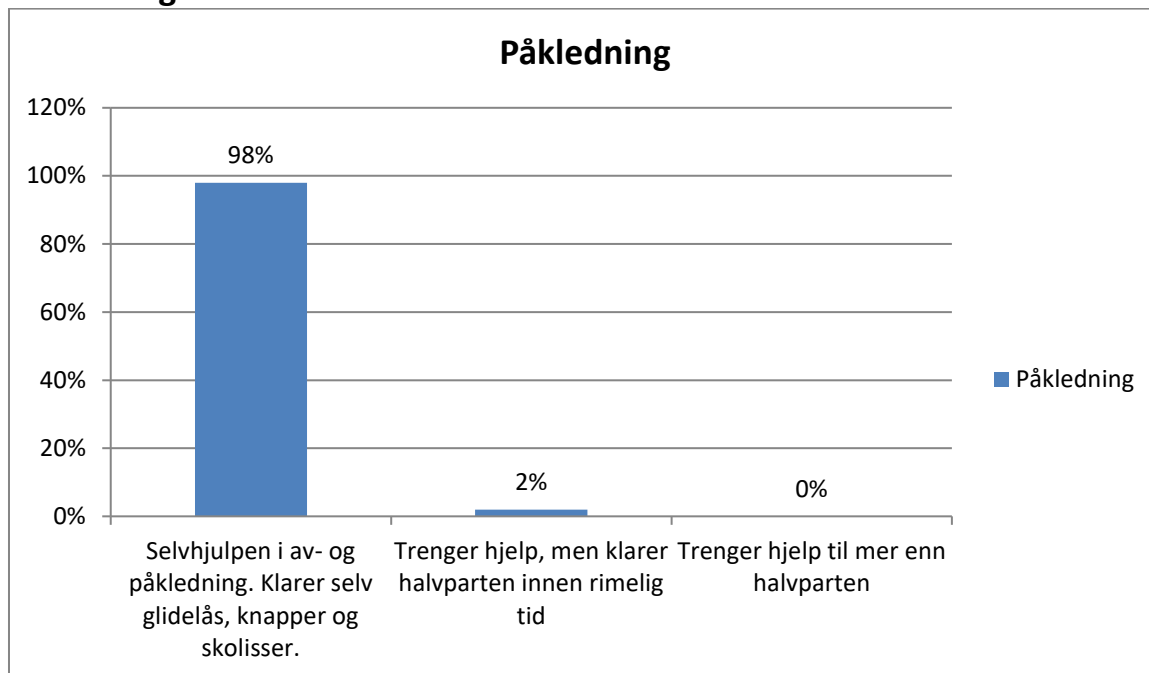
Figur 23: Prosentvis fordeling (n = 134).

Personlig hygiene



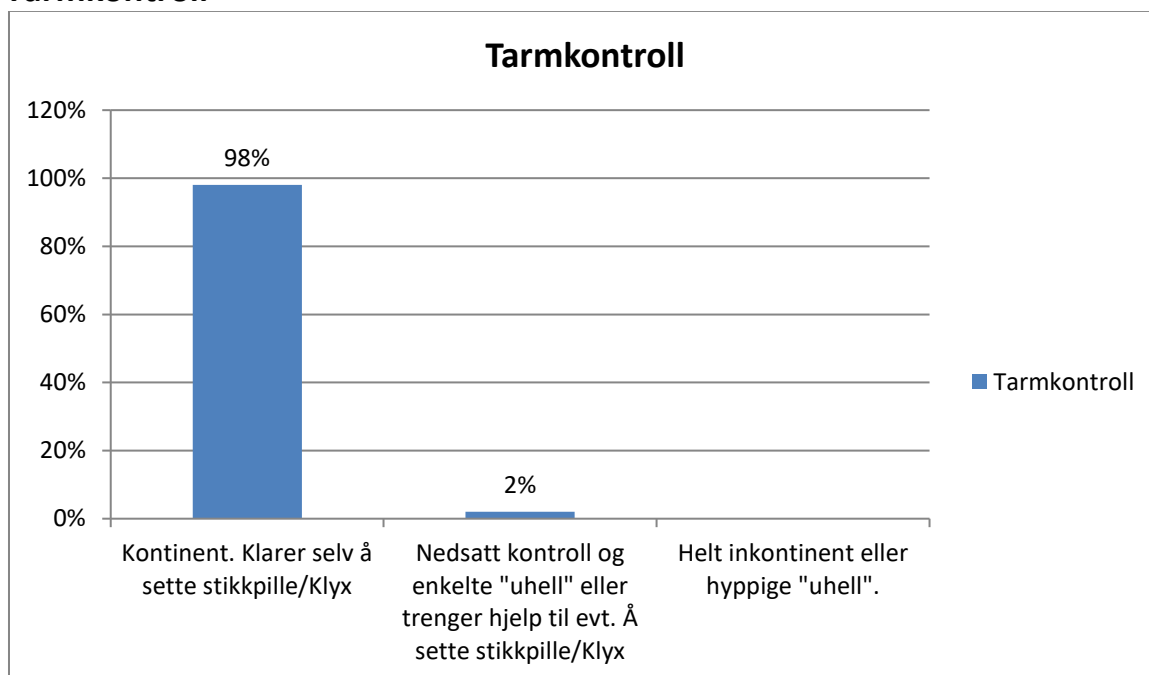
Figur 24: Prosentvis fordeling (n = 134).

Påkledning



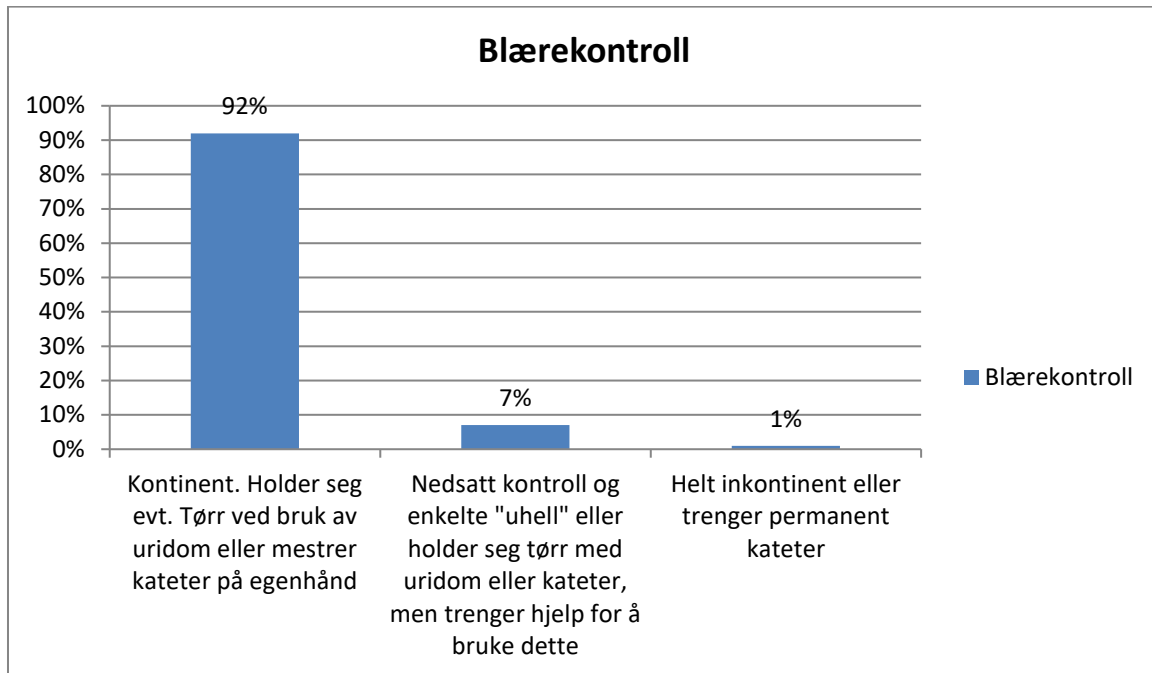
Figur 25: Prosentvis fordeling (n = 134).

Tarmkontroll



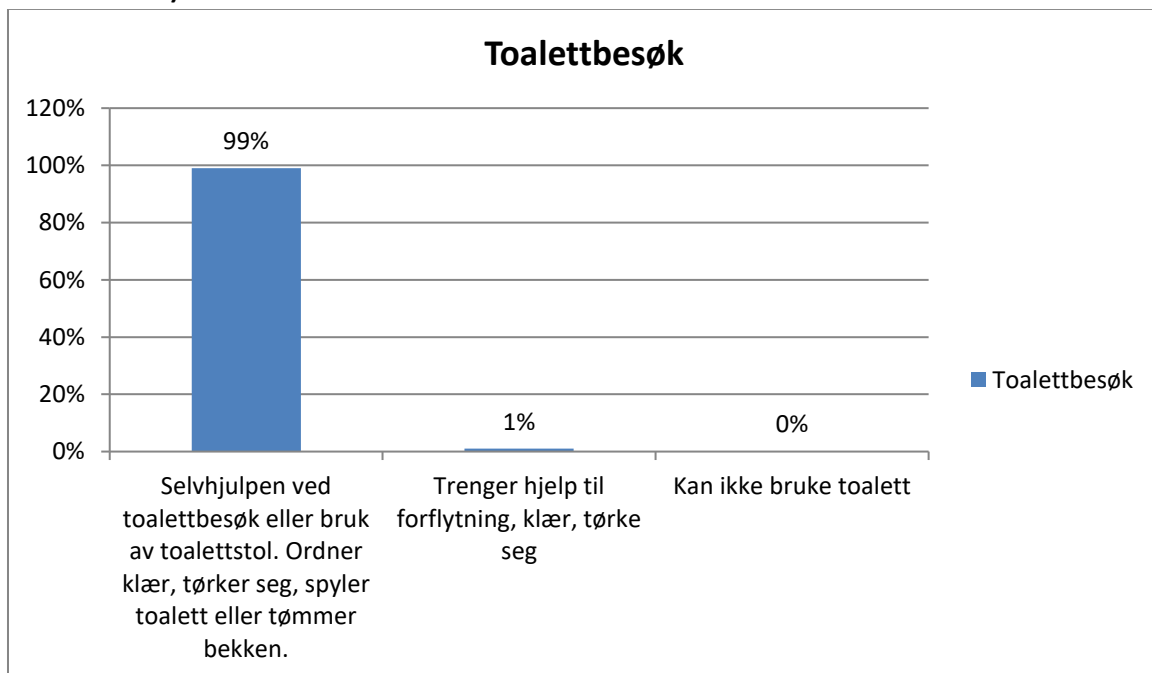
Figur 26: Prosentvis fordeling (n = 134).

Blærekontroll



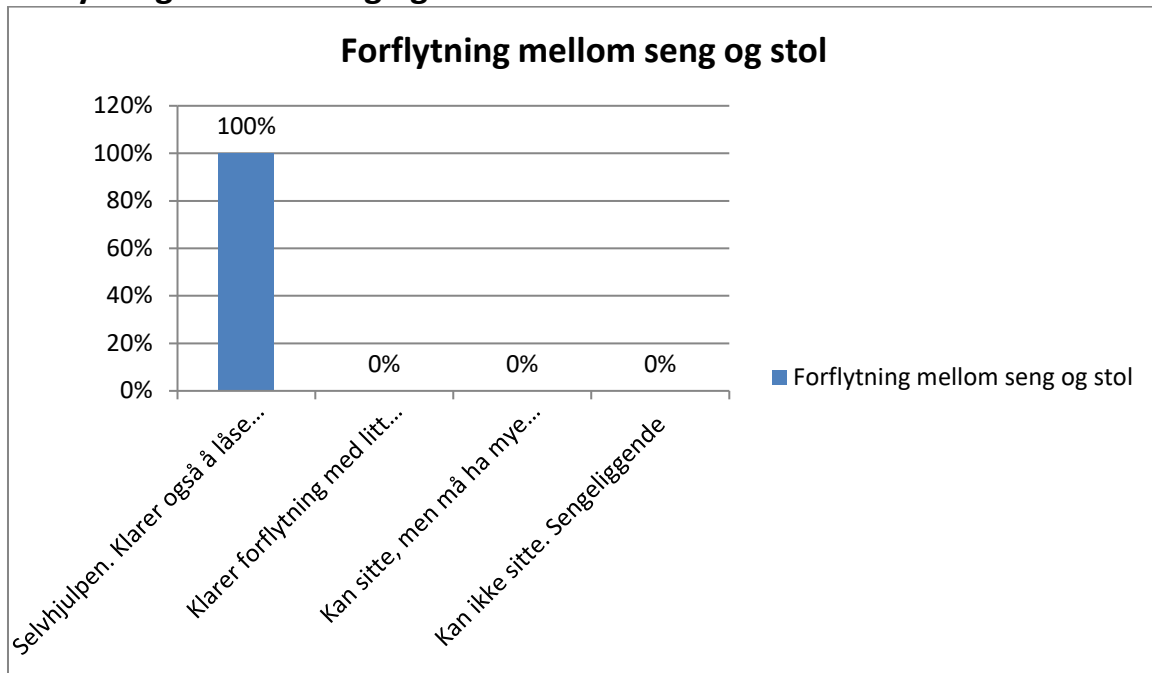
Figur 27: Prosentvis fordeling (n = 134).

Toalettbesøk



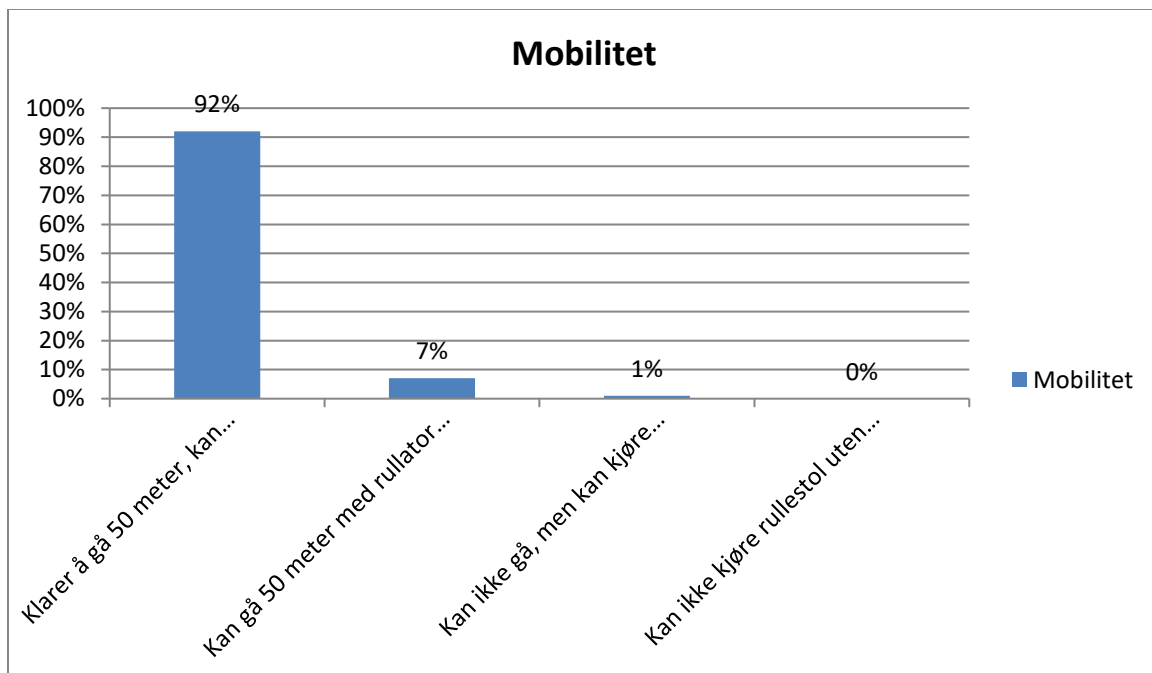
Figur 28: Prosentvis fordeling (n=134).

Forflytning mellom Seng og stol



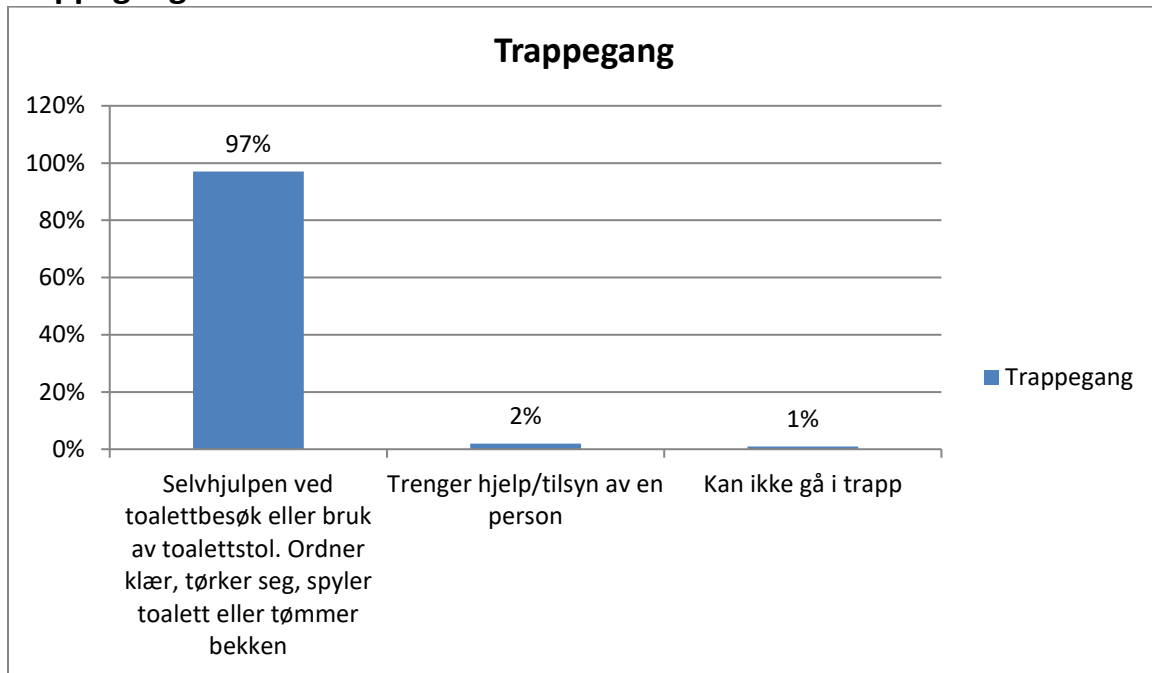
Figur 29: Prosentvis fordeling (n=134).

Mobilitet



Figur 30: Prosentvis fordeling n = 134).

Trappegang



Figur 31: Prosentvis fordeling $n = 134$).

Score på Barthel ADL- indeks

De ti leddene som utgjør Barthel ADL- indeks kan summeres for å danne en skala. Høg skåre på skalaen indikerer høgt funksjonsnivå. Tabell 2 viser frekvens- og prosentfordelingen for de ulike poengskårene.

Tabell 2

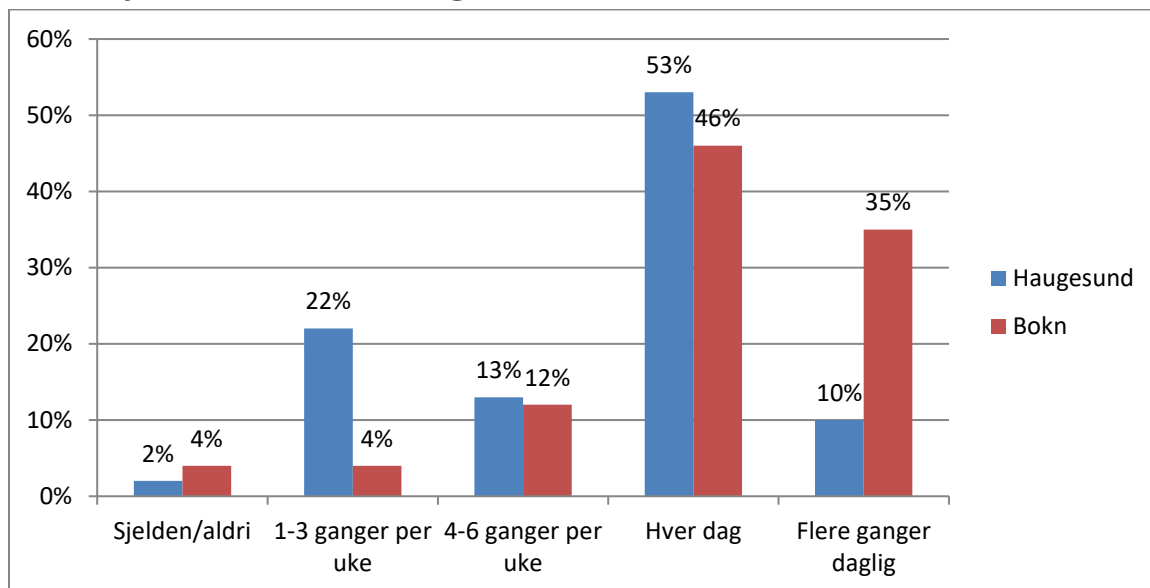
	Frekvens	Valid prosent	Kumulativ prosent
4 poeng	1	1 %	1 %
16 poeng	6	4 %	5 %
18 poeng	5	4 %	9 %
19 poeng	11	8 %	16 %
20 poeng	118	83 %	100 %

($n = 141$).

Tabell 2 viser at 83 prosent av utvalget får full skåre på Barthel ADL-indeks.

Trim og aktivitet

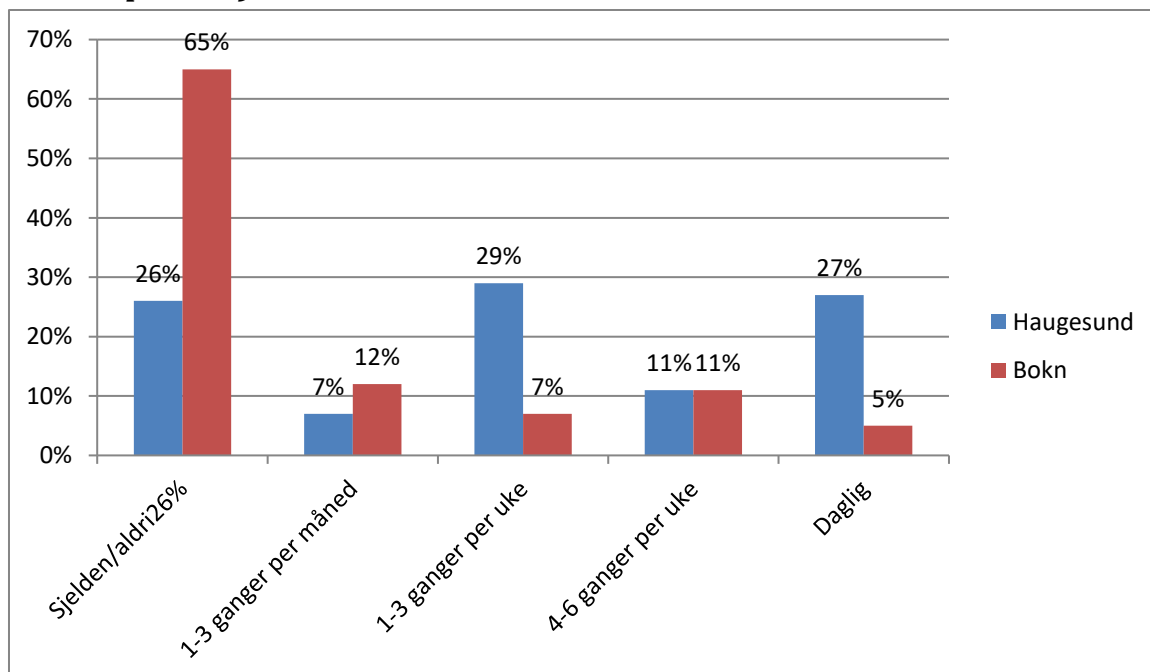
"Hvor ofte er du ute av boligen din?"



Figur 32: Prosentfordeling (n=144).

Figur 31 viser hvor hyppig de eldre er ute av boligen sin. En marginal gruppe på noen få prosent er sjelden eller aldri ute av boligen sin. Om lag halvparten av de spurte svarer at det er ute hver dag. Tre av ti i Bokn svarer at de er ute flere ganger daglig, tilsvarende for Haugesund er en av 10.

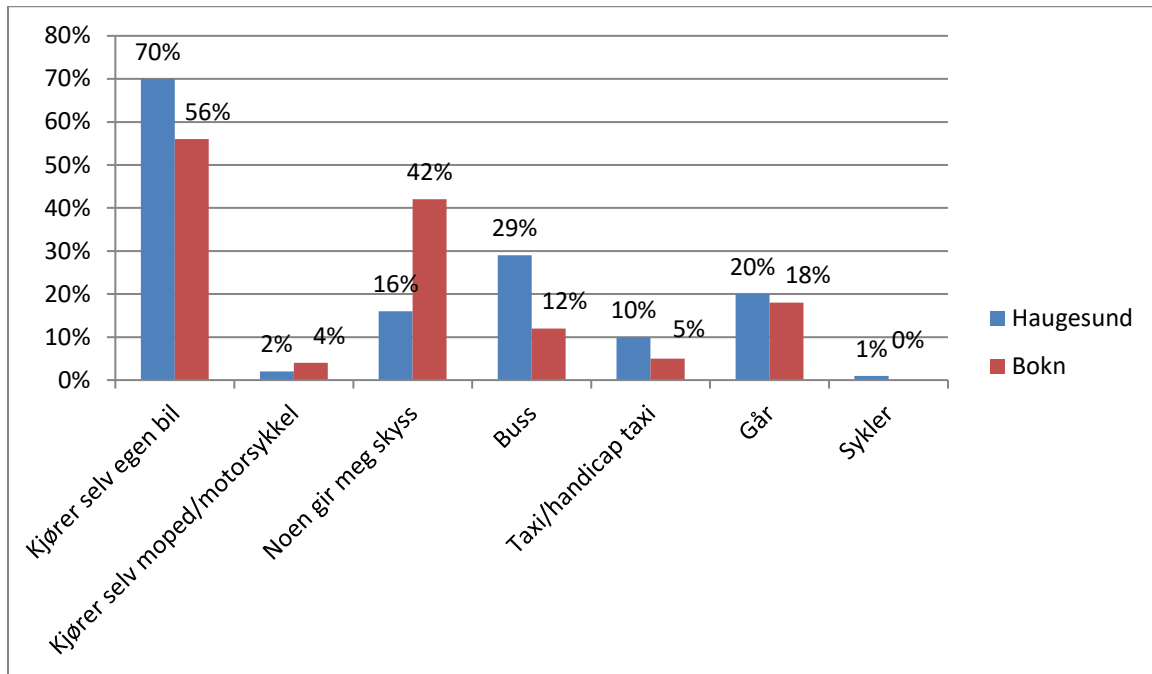
"Hvor ofte mosjonerer du?" (Min.30 min varighet slik at du blir varm og litt andpusten)



Figur 33: Prosentfordeling (n=141).

Figur 32 viser at 2/3 av utvalget fra Bokn sjelden eller aldri mosjonerer. Utvalget fra Haugesund mosjonerer gjennomgående hyppigere. 1/3 mosjonerer en til tre ganger per uke og 27 prosent svarer at de mosjonerer daglig.

Hvilke transportmidler bruker du til daglig?(Flere svar mulig)

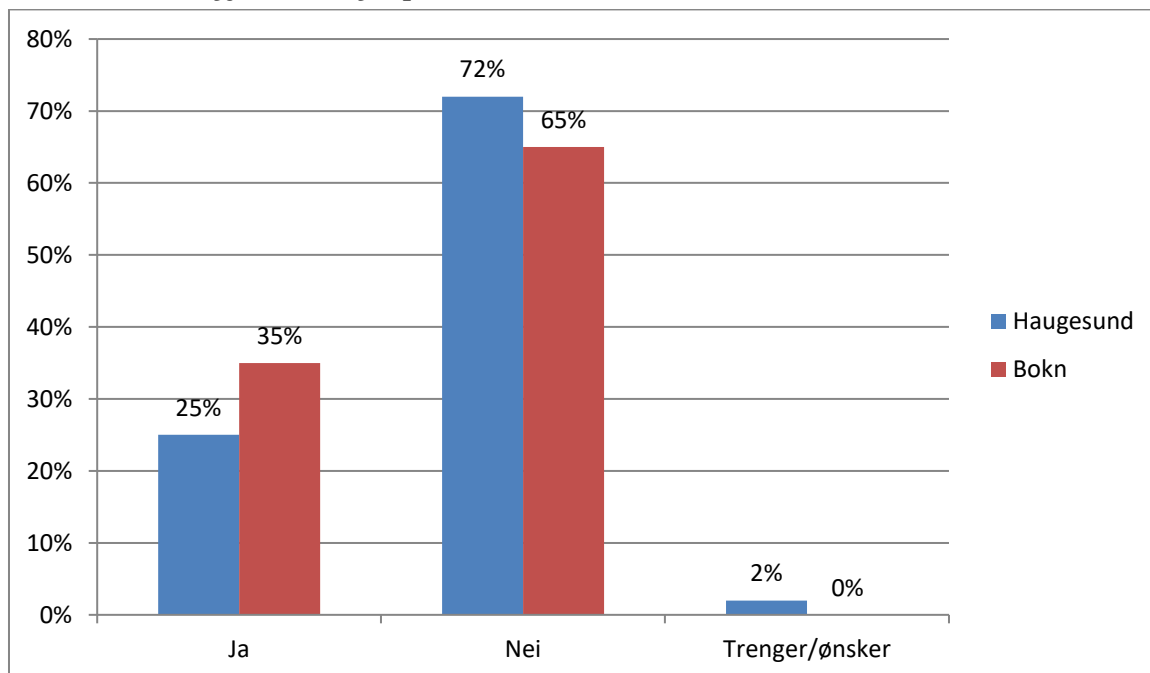


Figur 34: Prosentvis fordeling (n = 144).

Figur 33 viser at 70 prosent av 77 åringene i Haugesund kjører selv egen bil. Tilsvarende for Bokn er 56 prosent. Mens det er vanligere å benytte seg av skyss i Bokn, er buss vanligere i Haugesund. Ca 20 prosent av de eldre i begge kommuner svarer at de går som et alternativ.

Hjelpemidler og hjelpetjenester

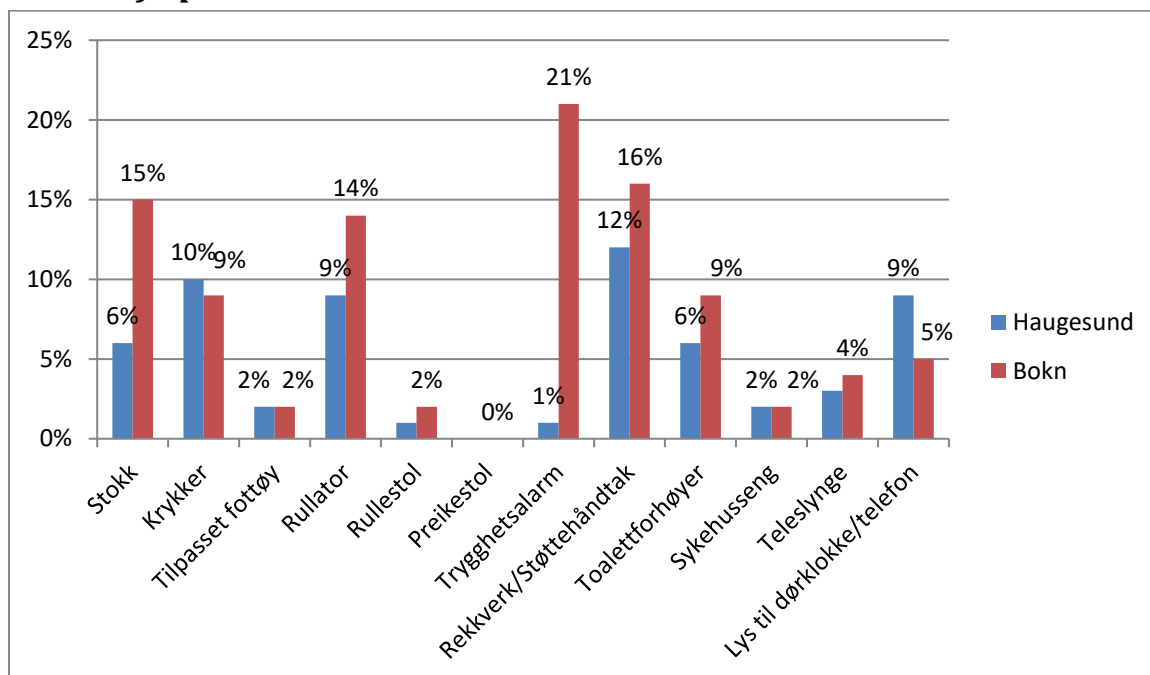
Har du noen fysiske hjelpemidler?



Figur 35: Prosentfordeling (n = 144).

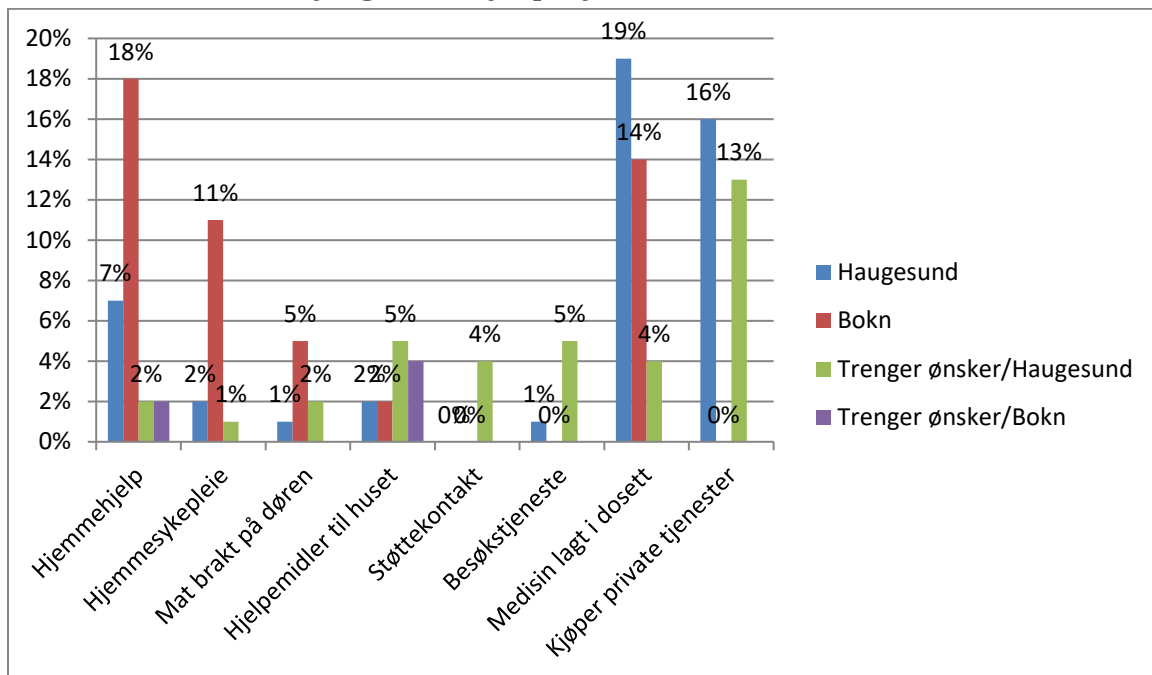
Figur 34 viser at 25 prosent av de spurte i Haugesund og 35 prosent av de spurte i Bokn har en eller annen for fysiske hjelpemidler. Figur 35 under viser hvilke hjelpemidler.

Hvilke hjelpemidler?



Figur 36: Prosentvis fordeling etter kommune (n = 144).

Mottar du noen av følgende hjelpetjenester?

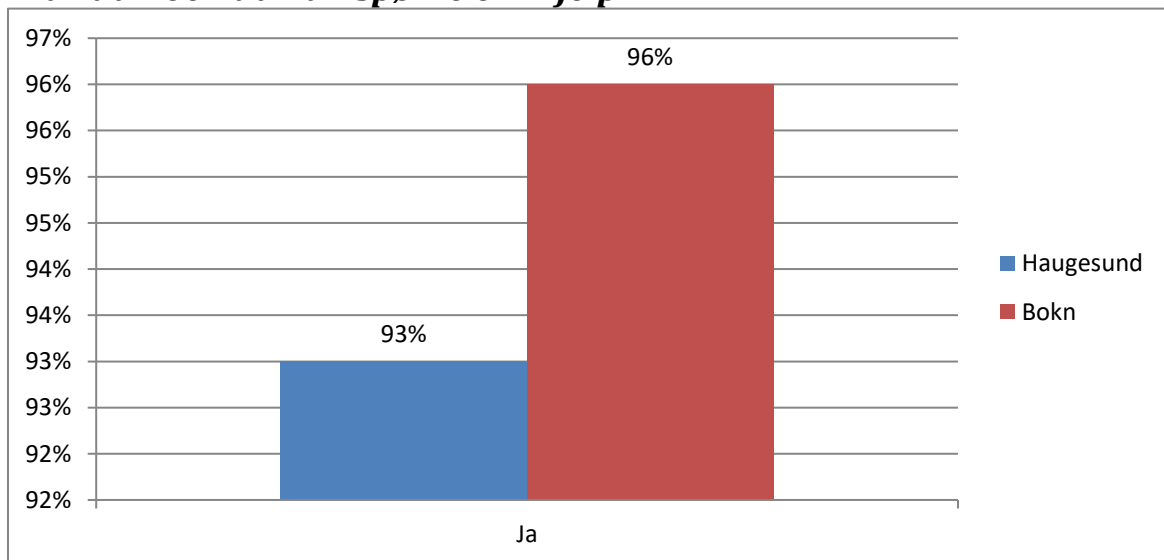


Figur 37: Hjelpetjenester (n = 144).

Figur 36 viser hvilke hjelpetjenester de eldre mottar. Figuren viser også hvilke hjelpetjenester de eldre trenger eller ønsker seg.

Relasjoner og nettverk

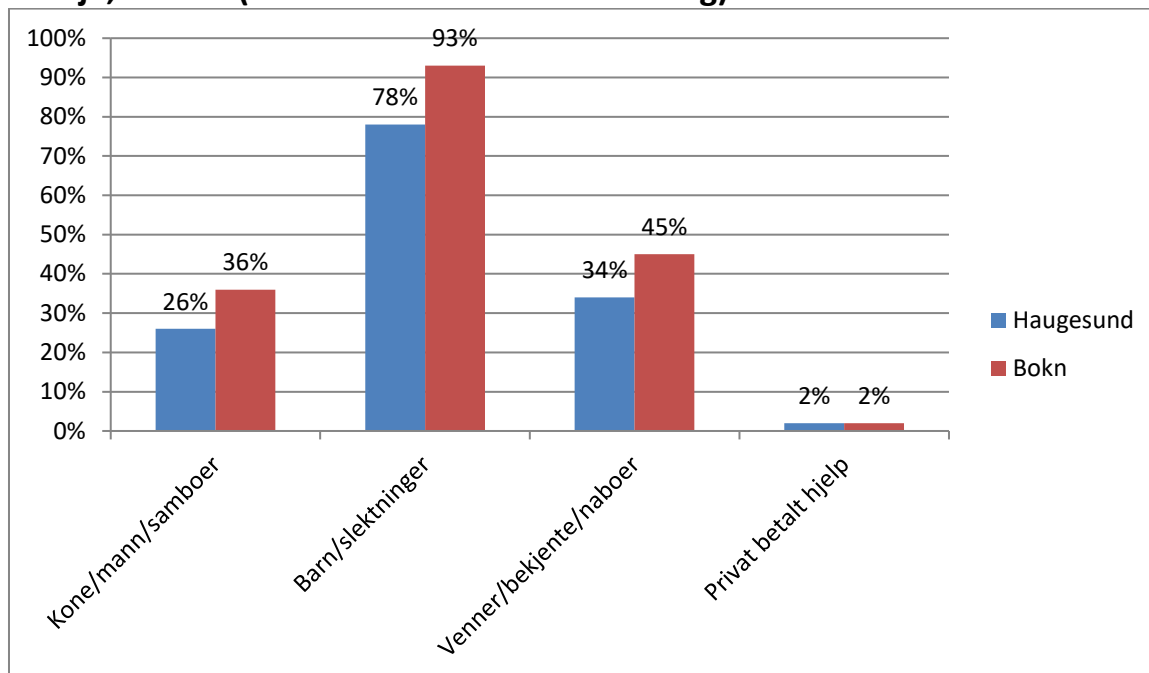
"Har du noen du kan spørre om hjelp?"



Figur 38: Prosentfordeling (n = 144).

Figur 37 viser at de aller fleste har noen de kan spørre om hjelp. Det er små forskjeller mellom de to kommunene.

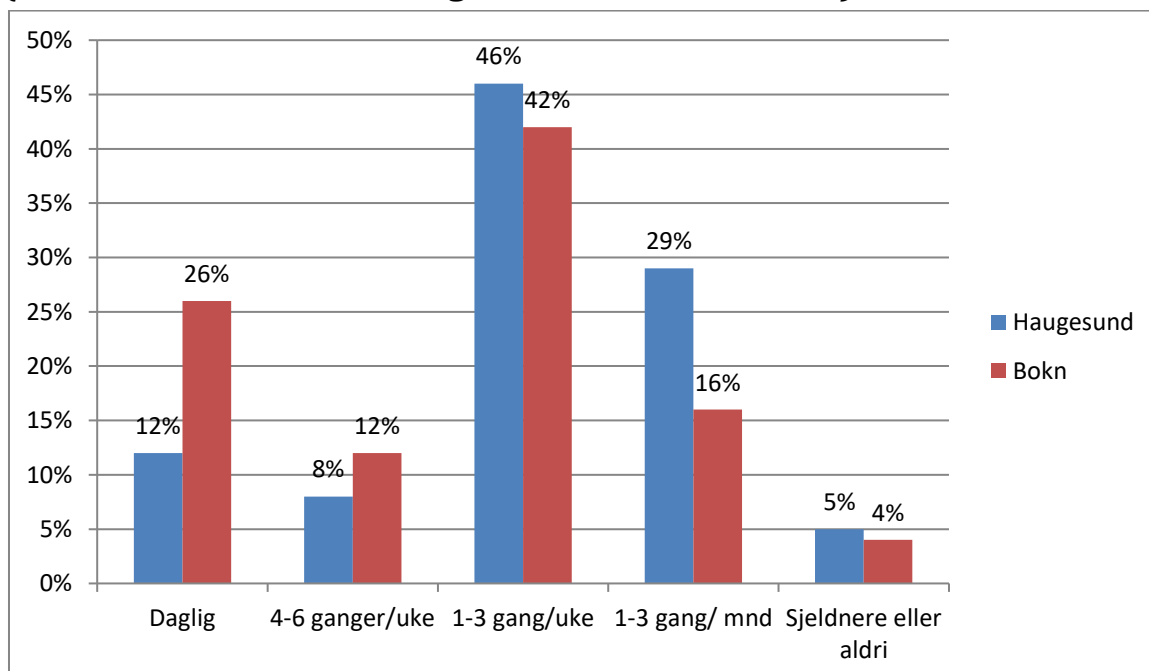
Hvis ja, hvem? (Flere svaralternativer er mulig)



Figur 39: Prosentvis fordeling (n = 141).

Figuren over viser at noen flere i Bokn har mulighet til å spørre barn/slektninger og venner og bekjente enn i Haugesund.

Hvor ofte besøker du eller har du besøk av slektninger eller andre? (barn, barnebarn, slektninger, naboer, venner etc.)



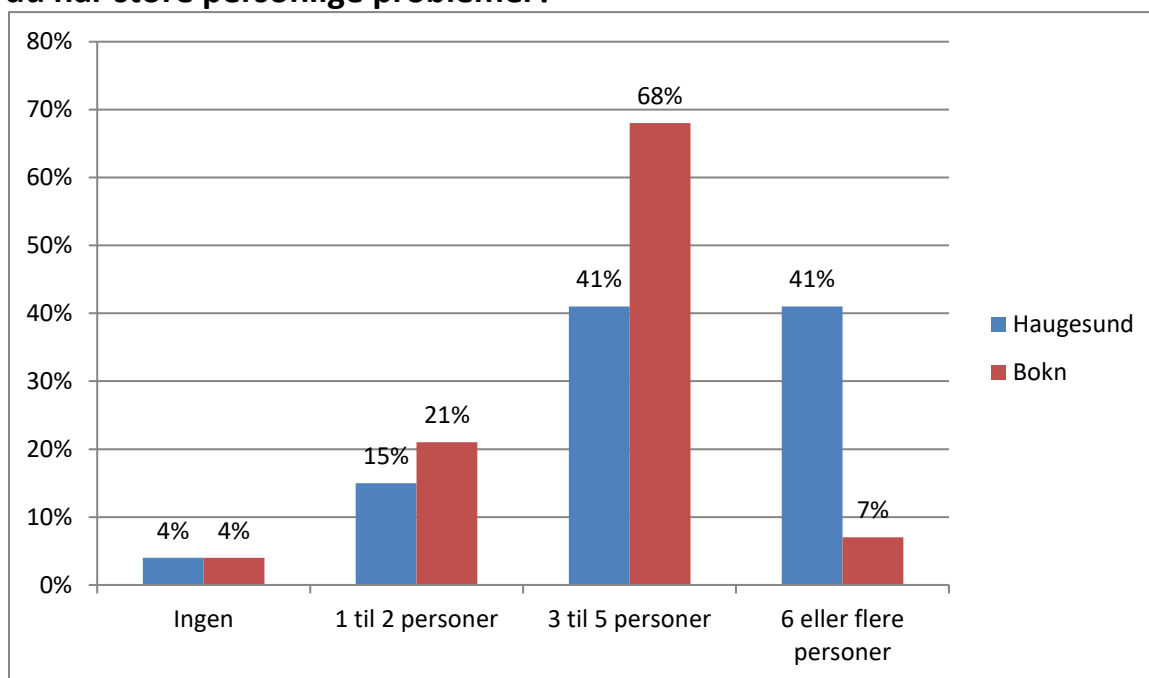
Figur 40: Prosentvis fordeling (n = 141).

Figur 39 viser hvor hyppig de eldre har sosial omgang. En noe større prosentandel i Bokn svarer at de daglig har sosial omgang.

Sosial støtte (OSLO 3-SSS)

Oslo 3-SSS er et måleinstrument som har til hensikt å måle sosial støtte. Nedenfor vil svarfordelingen for hvert enkelt spørsmålsledd bli presentert, etterfulgt av summert skåre for utvalget fordelt på kommunenivå.

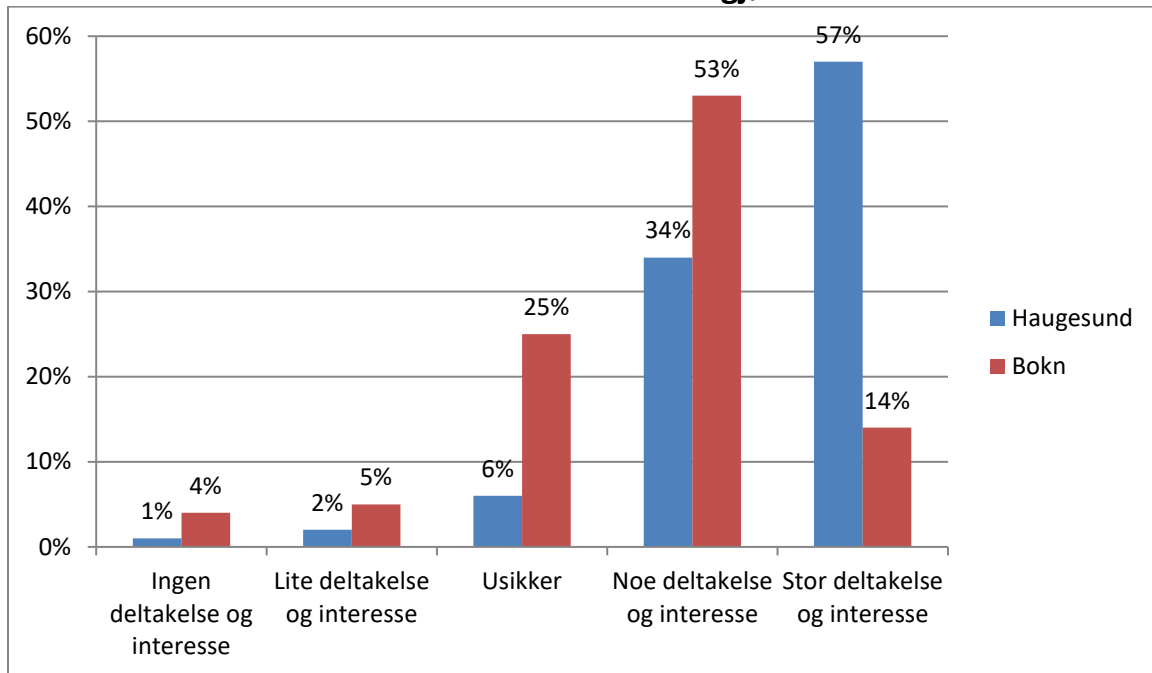
SSS-1: Hvor mange mennesker står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?



Figur 41: Prosentvis fordeling (n = 143).

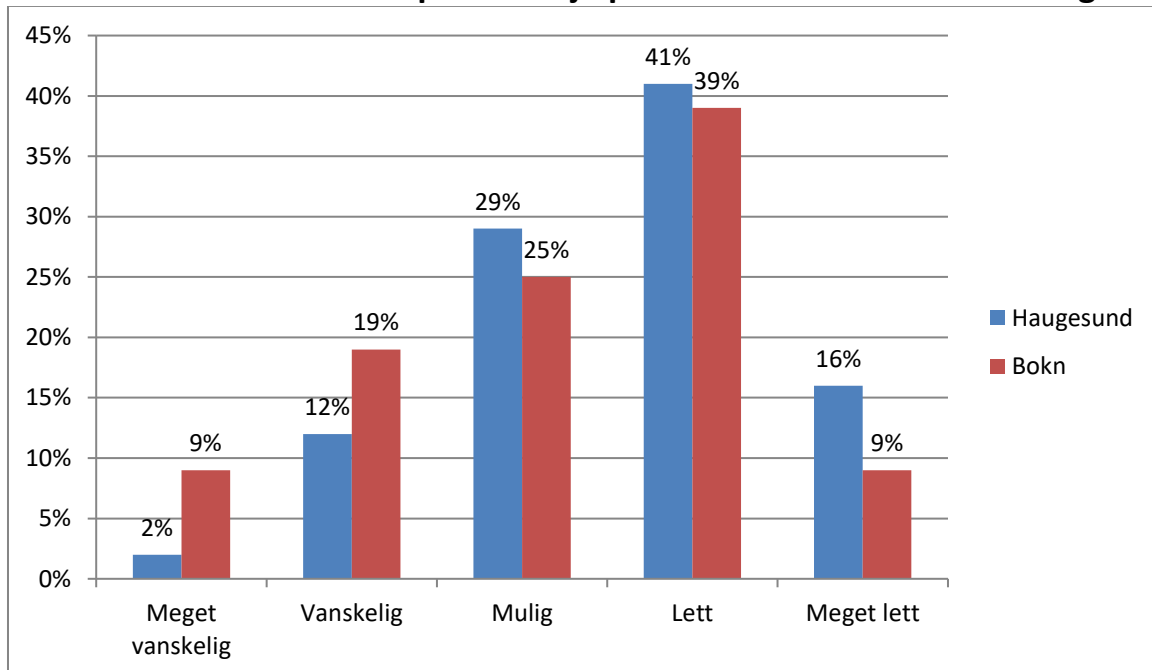
En liten gruppe på 4 prosent i begge kommuner svarer at de ikke har noen som står dem så nær at de kan regne med dem viss de har store personlige problemer. Om lag 80 prosent svarer at de har mer enn 3 personer som står en så nær at de kan få hjelp ved problem.

SSS-2: Hvor stor interesse viser folk for det du gjør?



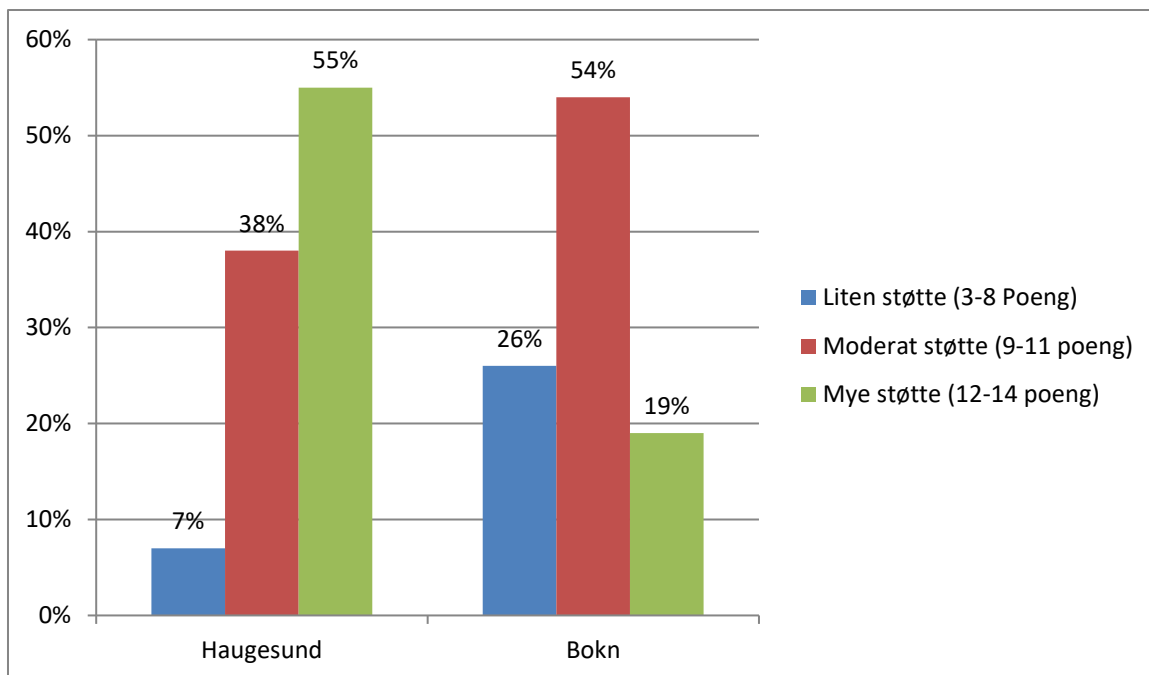
Figur 42: Prosentvis fordeling (n = 134).

SSS-3: Hvor lett er det å få praktisk hjelp fra naboer om du skulle trenge det?



Figur 43: Prosentvis fordeling (n=143).

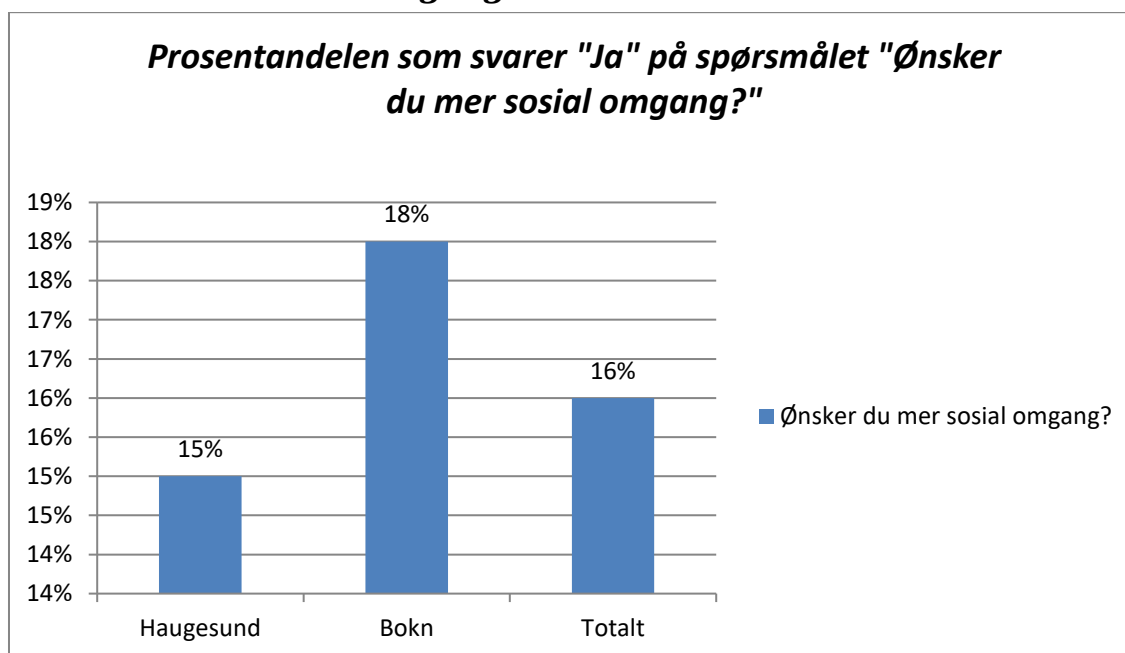
Ved å slå sammen og summere skåre på de tre spørsmålene danner en indeks som reflekterer grad av sosial støtte. 3-8 poeng = *liten støtte*, 9-11 = *moderat støtte*, 12-14: *Mye støtte*. Figur 43 under viser prosentfordelingen i de ulike nivåene av sosial støtte.



Figur 44: Prosentfordeling (n=144).

55 prosent av utvalget i Haugesund skårer i det høyeste nivå for sosial støtte, 19 prosent i Bokn. 7 prosent i Haugesund ligger i det laveste nivået for sosial støtte, 26 prosent i Bokn.

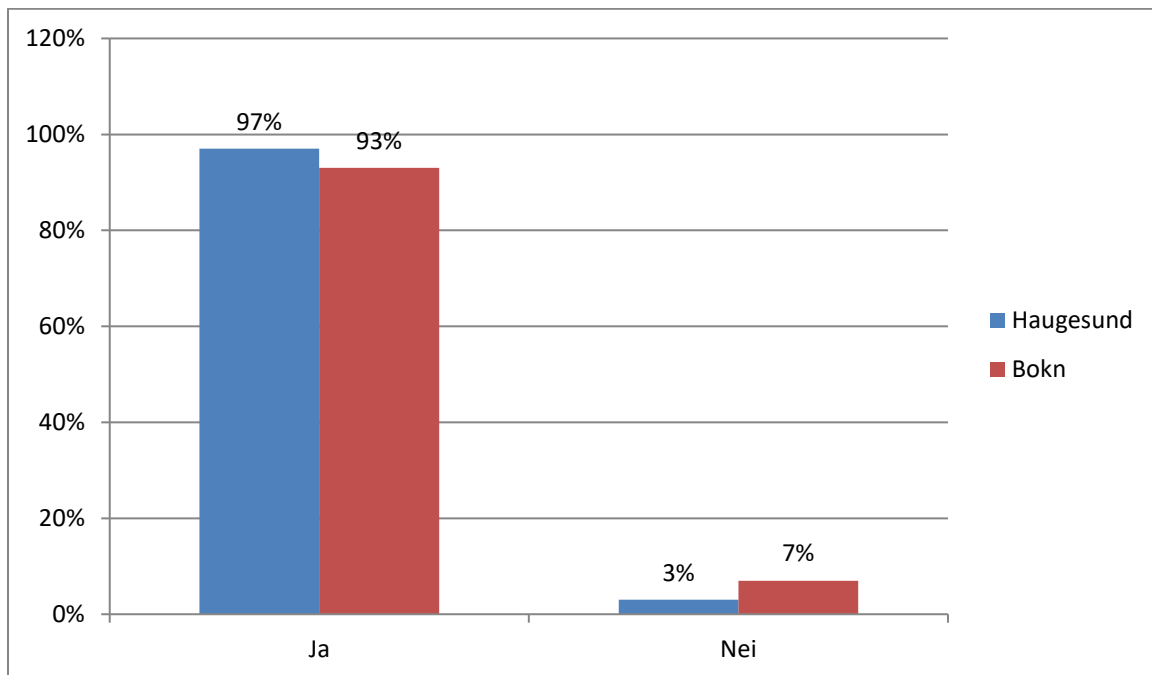
Ønsker du mer sosial omgang?



Figur 45: Prosentfordeling (n =140).

Figur 44 viser at om lag 15 prosent ønsker seg mer sosial omgang.

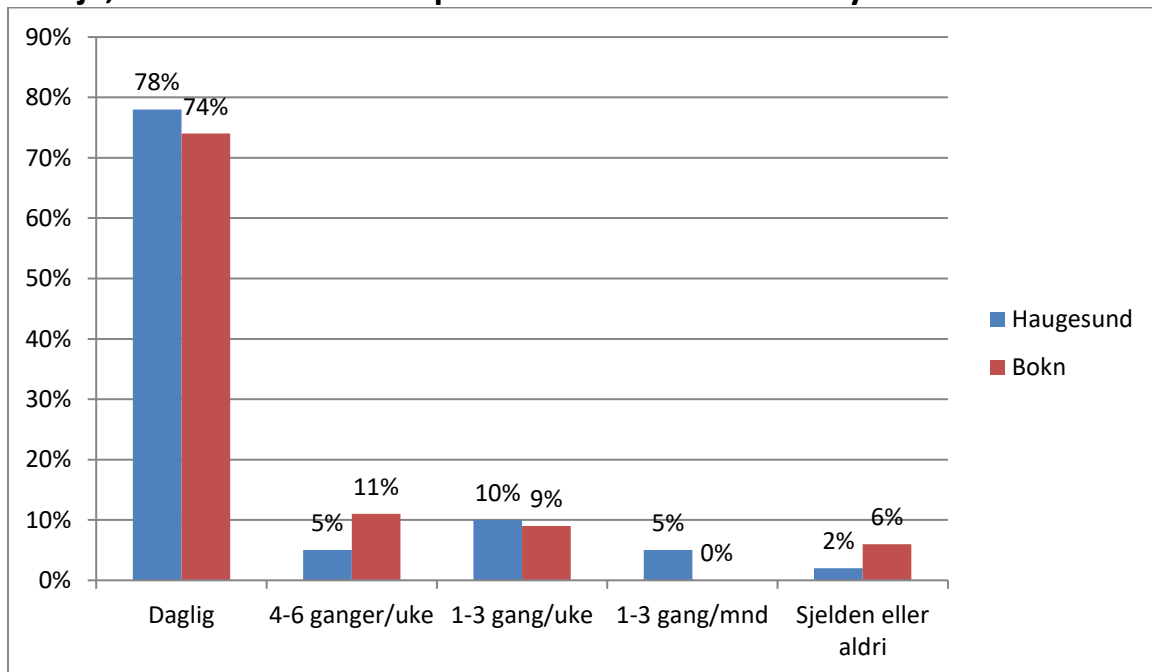
Har du noen hobbyer/lystbetonte fritidssysler?



Figur 46: Prosentvis fordeling (n = 143).

Figur 45 viser at de aller fleste har en eller annen form for hobbyer eller lystbetonte fritidssysler. Figur 46 under viser hvor ofte de holder på med disse aktivitetene.

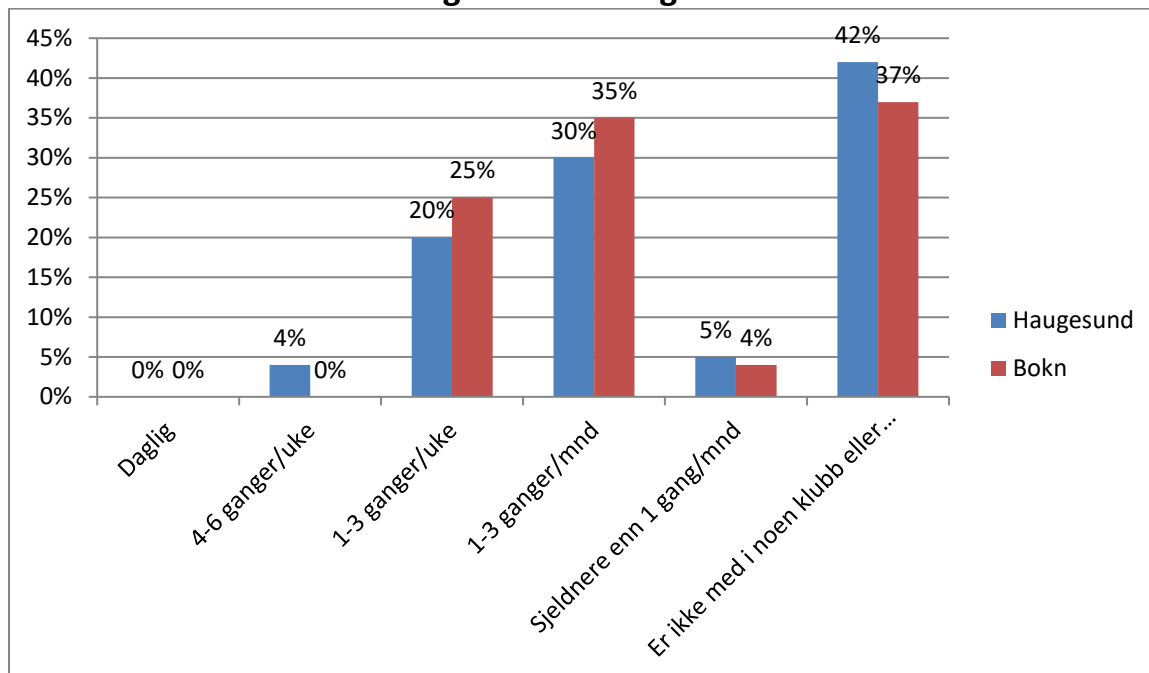
Hvis ja, hvor ofte holder du på med noen av dine hobbyer?



Figur 47: Prosentvis fordeling (n = 136).

De aller fleste (ca tre av fire) holder på med hobbyene sine daglig.

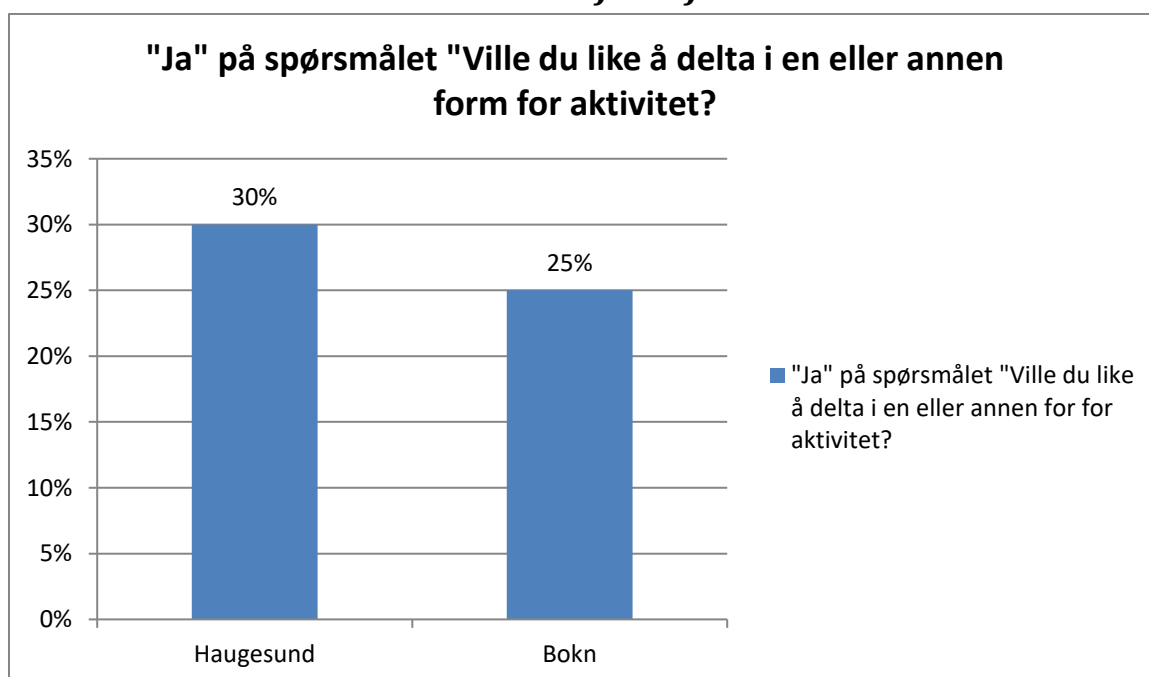
Hvor ofte deltar du i klubb og eller foreningsaktiviteter?



Figur 48: Prosentvis fordeling (n = 143).

Figur 47 viser at om lag 60 prosent er med i klubb eller foreningsaktiviteter.

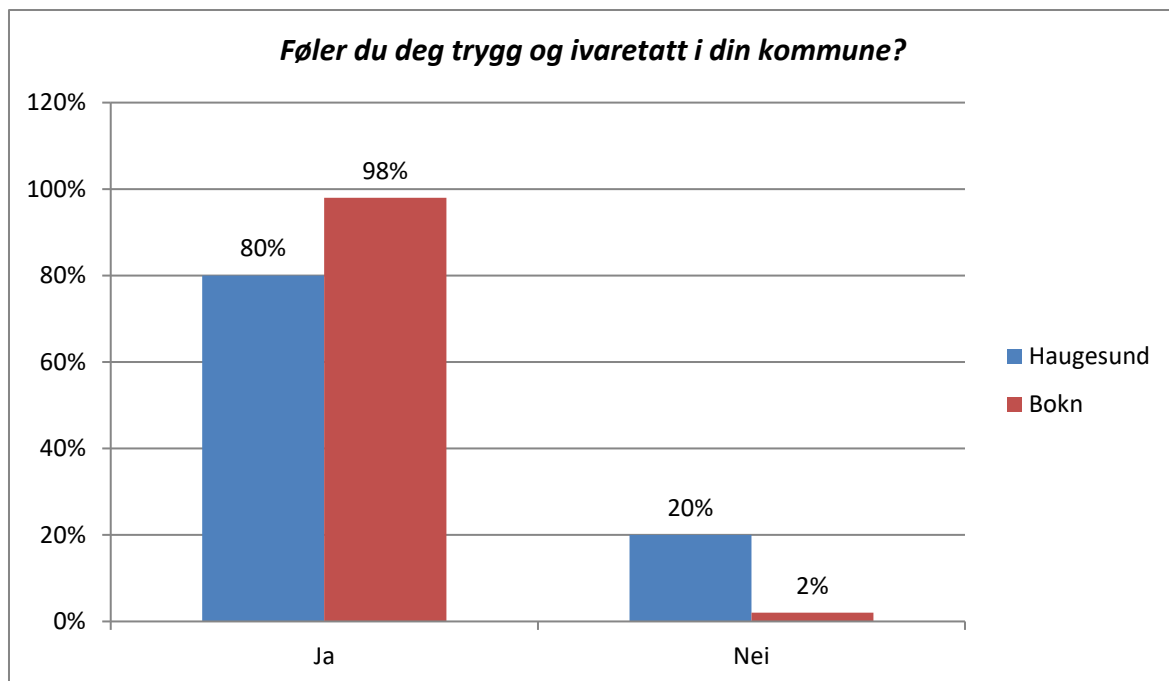
Ville du like å delta i en eller annen form for aktivitet?



Figur 49: Prosentvis fordeling (n = 134).

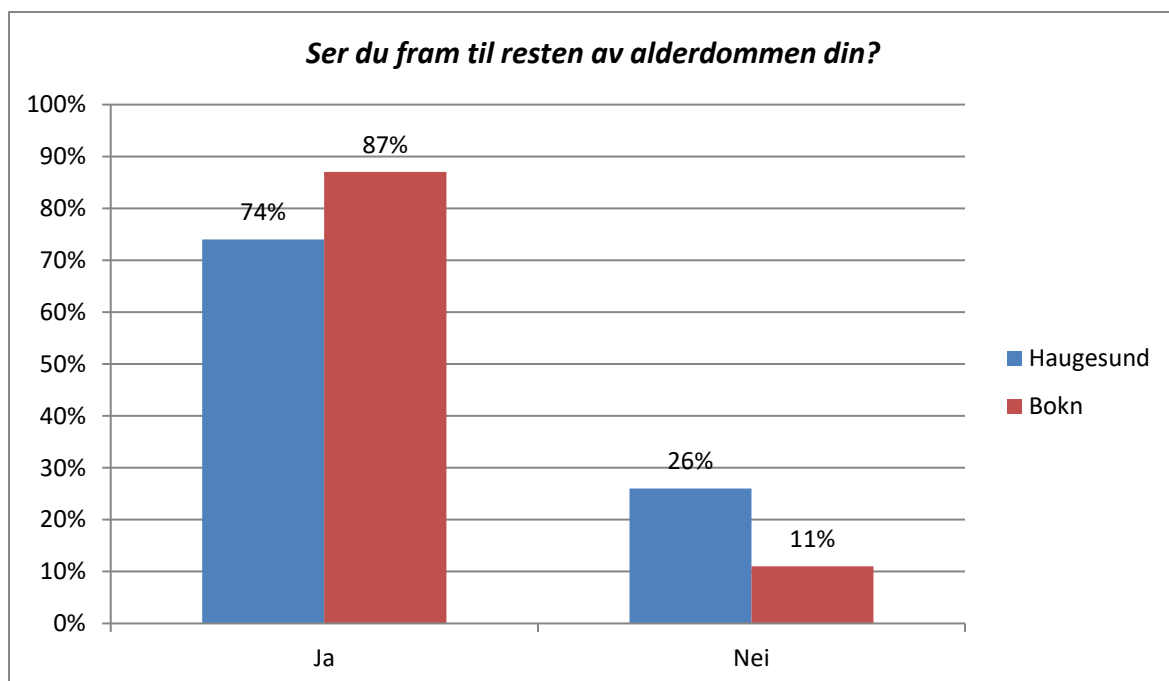
Figur 48 viser at ca 30 prosent i Haugesund og 25 prosent i Bokn ønsker å delta i en eller annen form for aktivitet.

Tanker og fremtiden



Figur 50: Prosentfordeling (n = 118).

Figur 49 viser at de er noe forskjell mellom de to kommunene når det gjelder hvor vidt de spurte føler seg trygg og ivaretatt i kommunen. Flere i Haugesund oppgir i kommentarfeltet ”Terra-saken” som en av årsakene til at de ikke føler seg trygg og ivaretatt av kommunen.

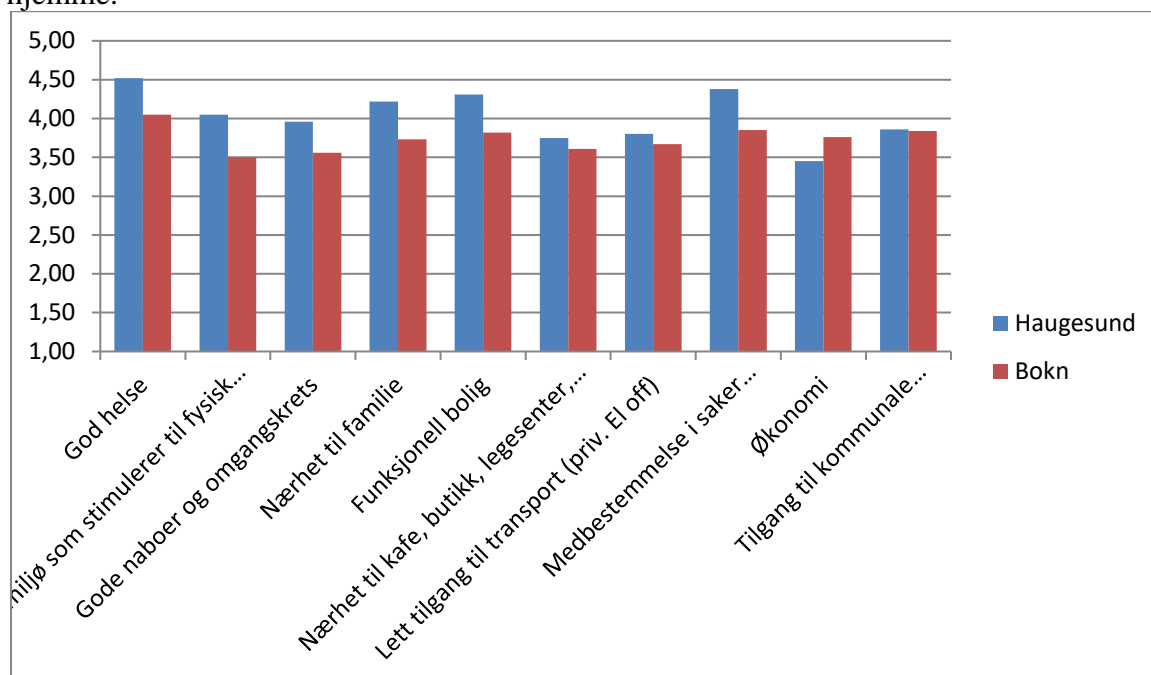


Figur 51: Prosentfordeling (n = 128).

Figur 50 viser at svarfordelingen er noe ulik mellom de spurte i de to kommunene når det gjelder spørsmålet ”Ser du fram til resten av alderdommen din?” Bokn kommune scorer relativt høgt på dette spørsmålet.

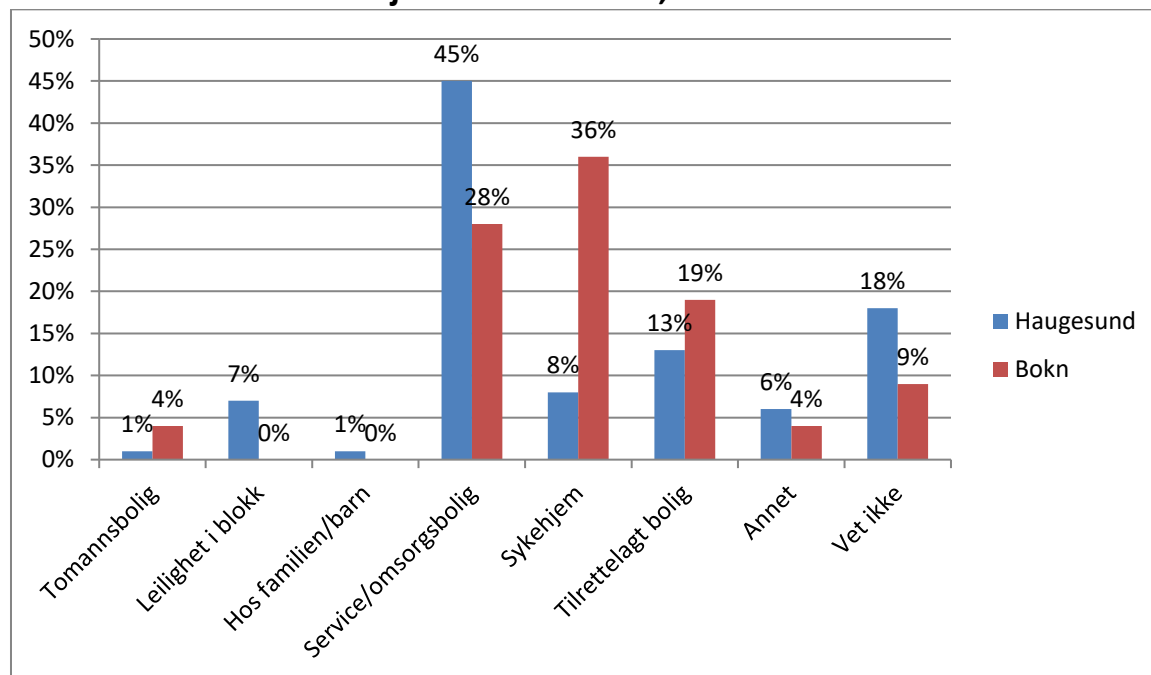
Viktige faktorer for å klare seg hjemme

Figur 51 viser gjennomsnittskåre på 10 spørsmål som omhandler faktorer for å klare seg hjemme.



Figur 52: Gjennomsnitt. 1 = Ingen betydning, 2 = liten betydning, 3 = middels betydning, 4 = stor betydning, 5 = meget stor betydning (n = 144).

Dersom du ikke kan bo hjemme i framtida, hvordan vil du da bo?

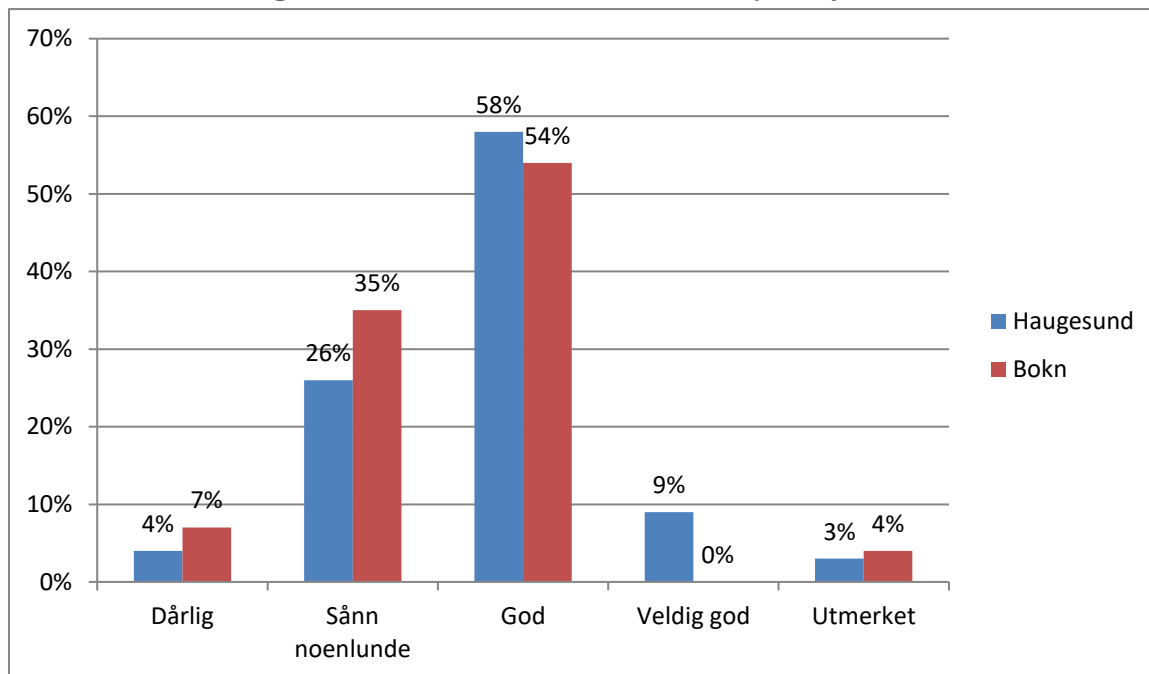


Figur 53: Prosentfordeling (n = 136).

For dette spørsmålet er aldersforskjellen med påfølgende ulikheter i helsetilstand mellom utvalgene med på å påvirke svarmønsteret i stor grad. Spørsmålsformuleringen er også lite egnet til å gi et pålitelig svar på det en ønsker å få svar på; nemlig hvor de eldre ønsker å bo viss de ikke har helse til å bo hjemme lenger. En må derfor være varsom med å tolke data.

Helsekartlegging

”Hvordan vil du generelt beskrive din helse? (SF-1)



Figur 54: Prosentfordeling (n = 144).

Figur 53 viser svarfordelingen på spørsmålet ”Hvordan vil du generelt beskrive helsen din?”. Dette spørsmålet er en kortversjon av det standardiserte måleinstrumentet for helserelatert livskvalitet SF-36 utviklet av Ware, Snow, Kosinski & Gandek (1993).

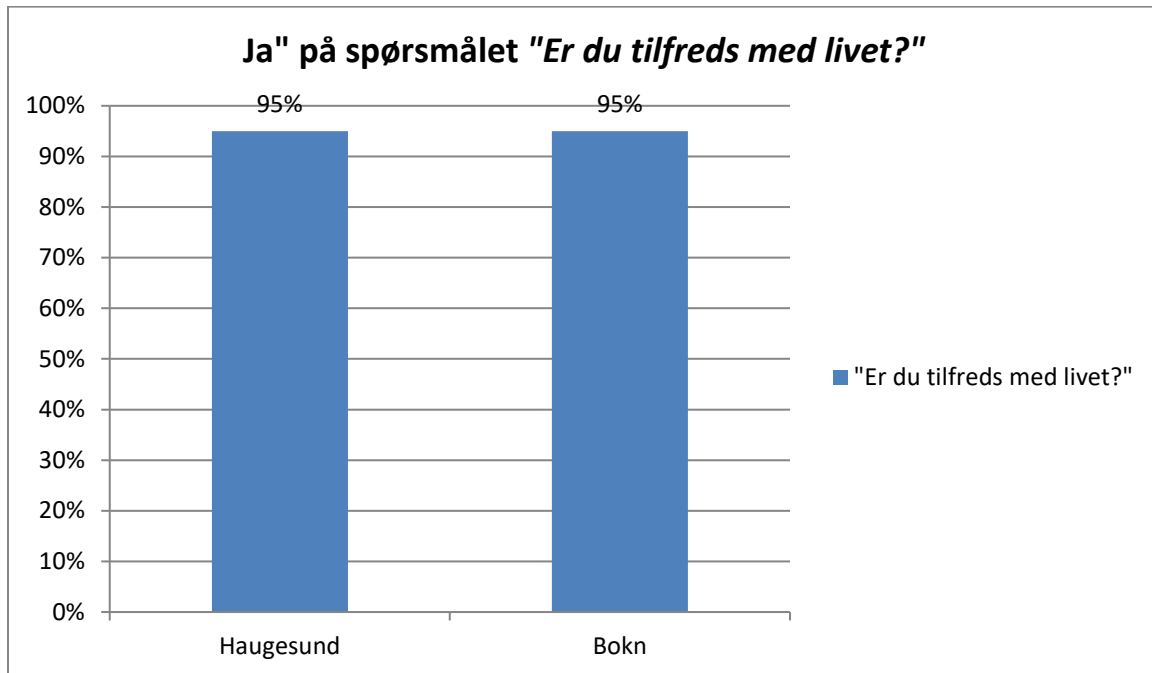
Majoriteten i begge kommuner anser helsen sin for å være god. En liten gruppe på 4 prosent i Haugesund og 7 prosent i Bokn anser helsen for å være dårlig. En av fire i Haugesund og tre av fire i Bokn anser helsen sin for å være sånn noenlunde.

Positive Life Orientation Scale (PLOS)

Et annet måleinstrument som ble benyttet var ”Positive Life Orientation Scale” (PLOS) utviklet av Pitkälä, Laakkonen, Strandberg, Tilvis (2004). Dette instrumentet har til hensikt å måle livsorienteringen til eldre, hvor vidt denne er positiv eller negativ. Instrumentet består av seks ledd. Svarer respondenten ”ja” på ledd a til d og ”sjelden eller aldri” på spørsmål e og f indikerer dette en positiv livsorientering.

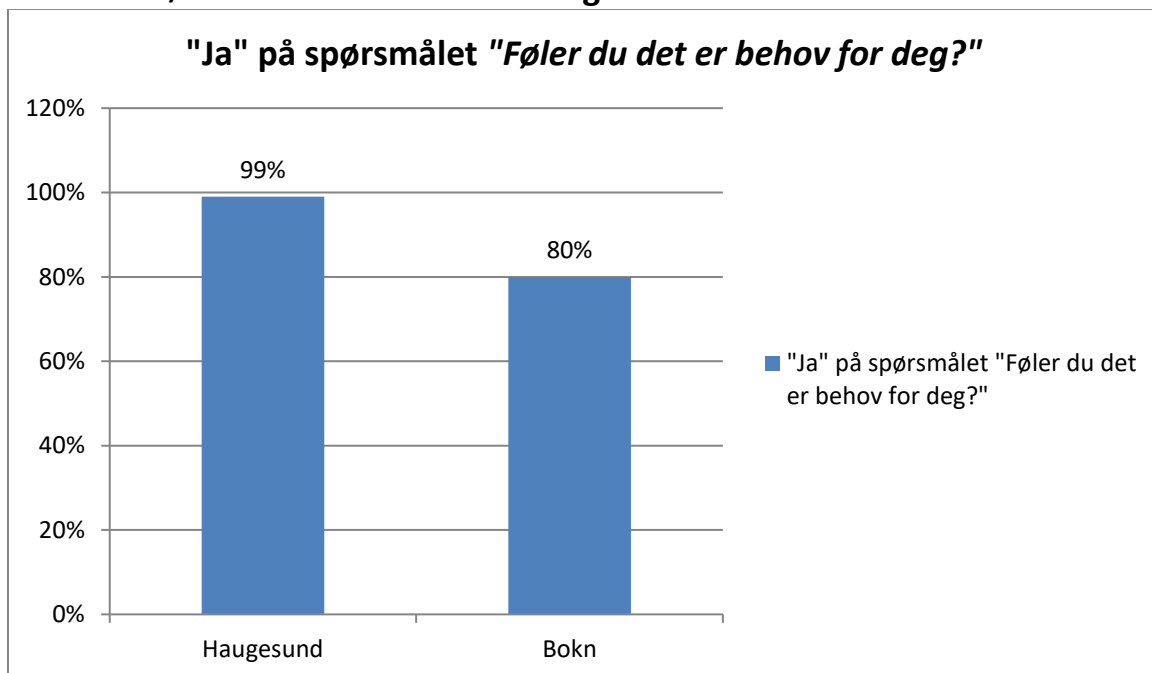
Nedenfor vil skåre på hvert enkelt ledd bli presentert etterfulgt av skåre på den summerte skalaen for hver enkelt kommune.

PLOS-a: "Er du tilfreds med livet?"



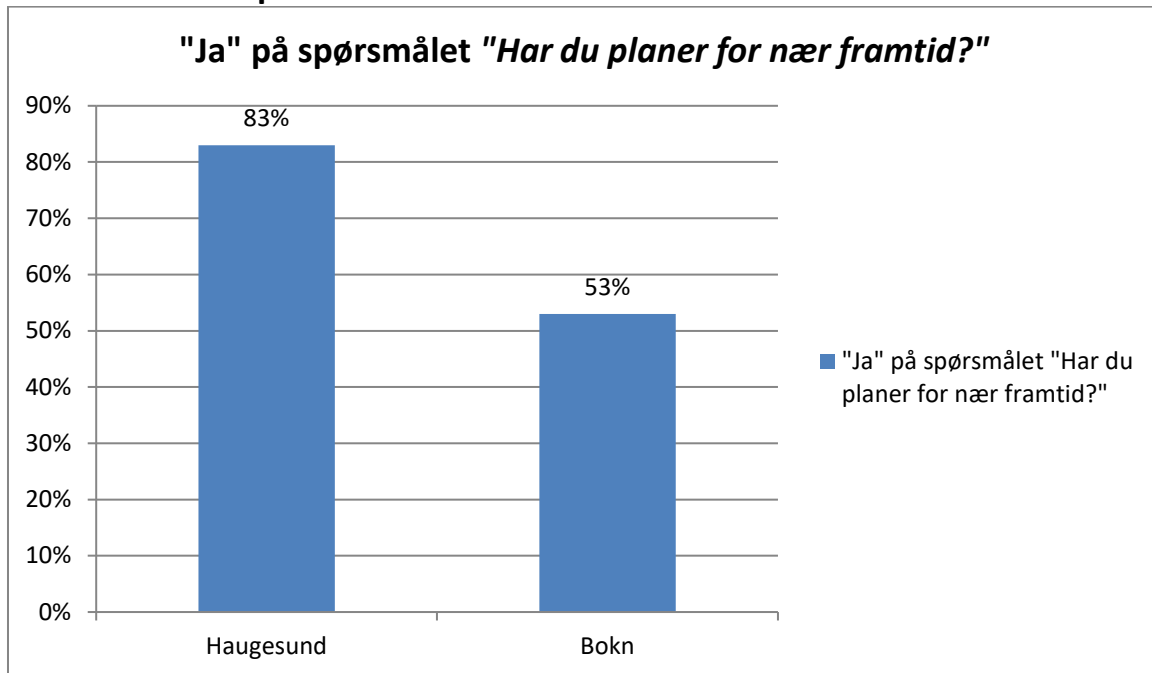
Figur 55: Prosentfordeling (n = 139).

PLOS-b: "Føler du det er behov for deg?"



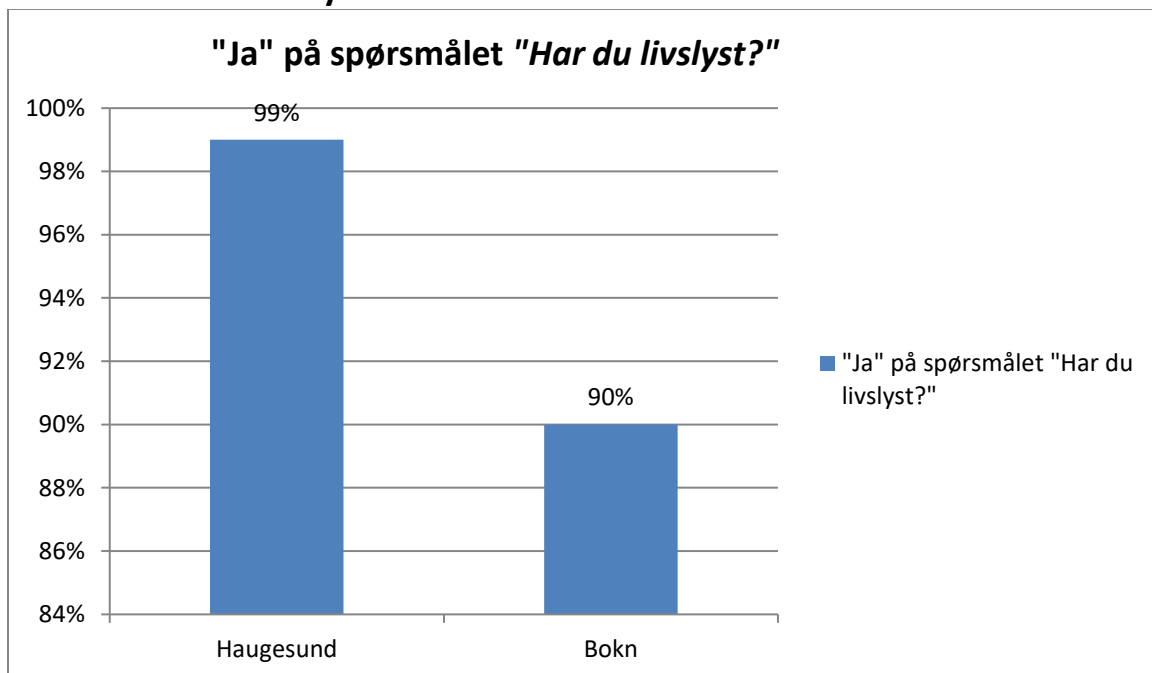
Figur 56: Prosentfordeling (n= 142).

PLOS-c: "Har du planer for nær framtid?"

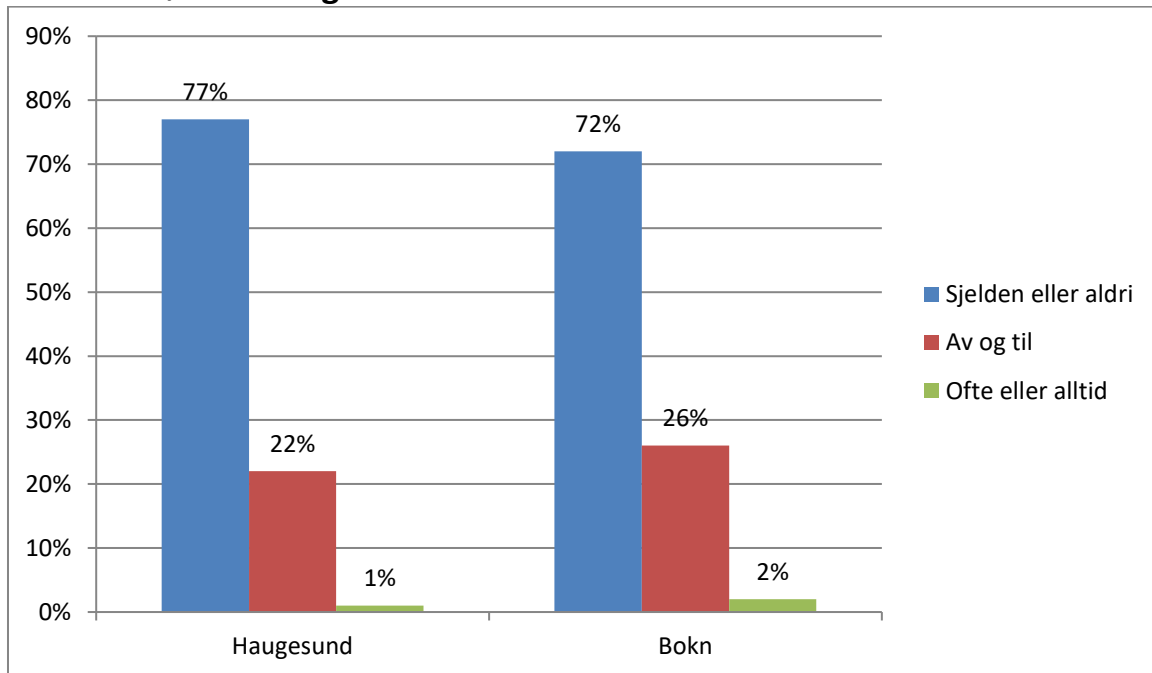


Figur 57: Prosentfordeling (n= 143).

PLOS-d: "Har du livslyst?"

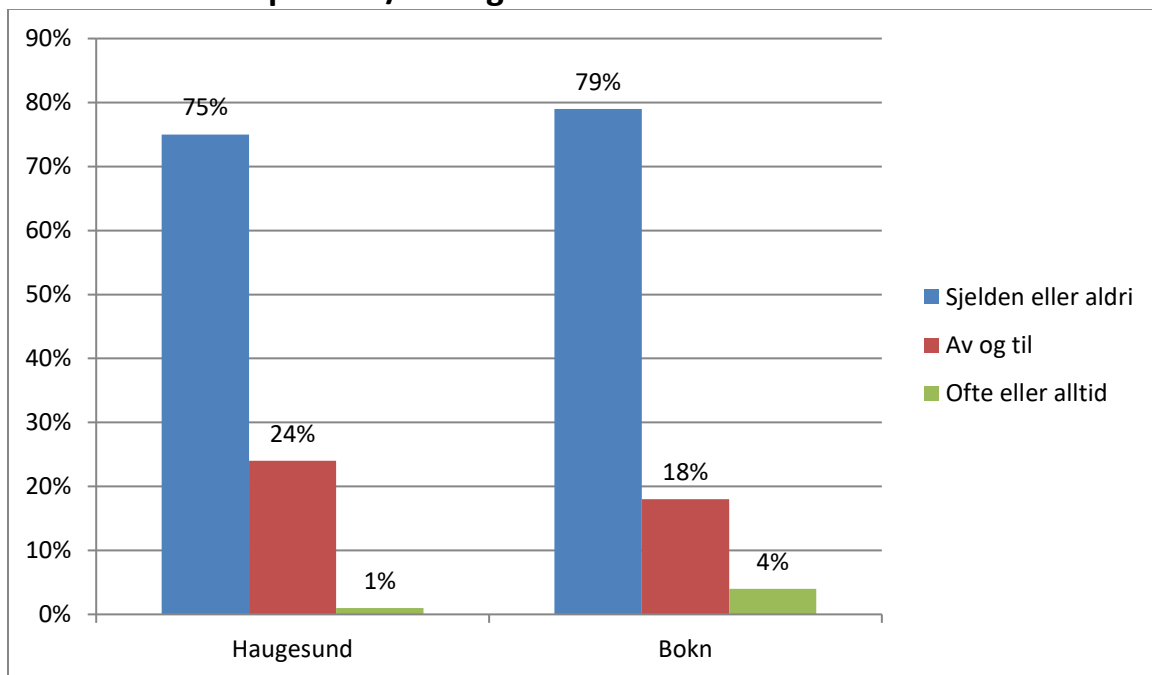


PLOS-e: "Føler du deg ensom?"



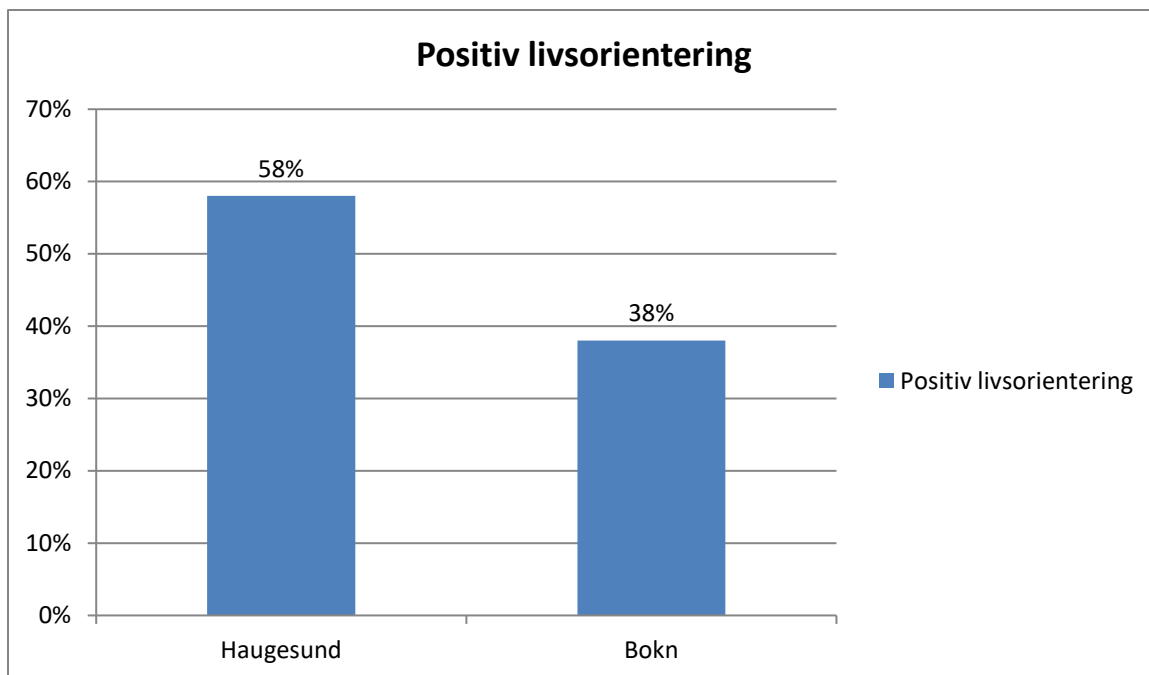
Figur 58: Prosentfordeling (n = 144).

PLOS-f: "Er du deprimert/lei deg?"



Figur 59: Prosentfordeling (n= 144).

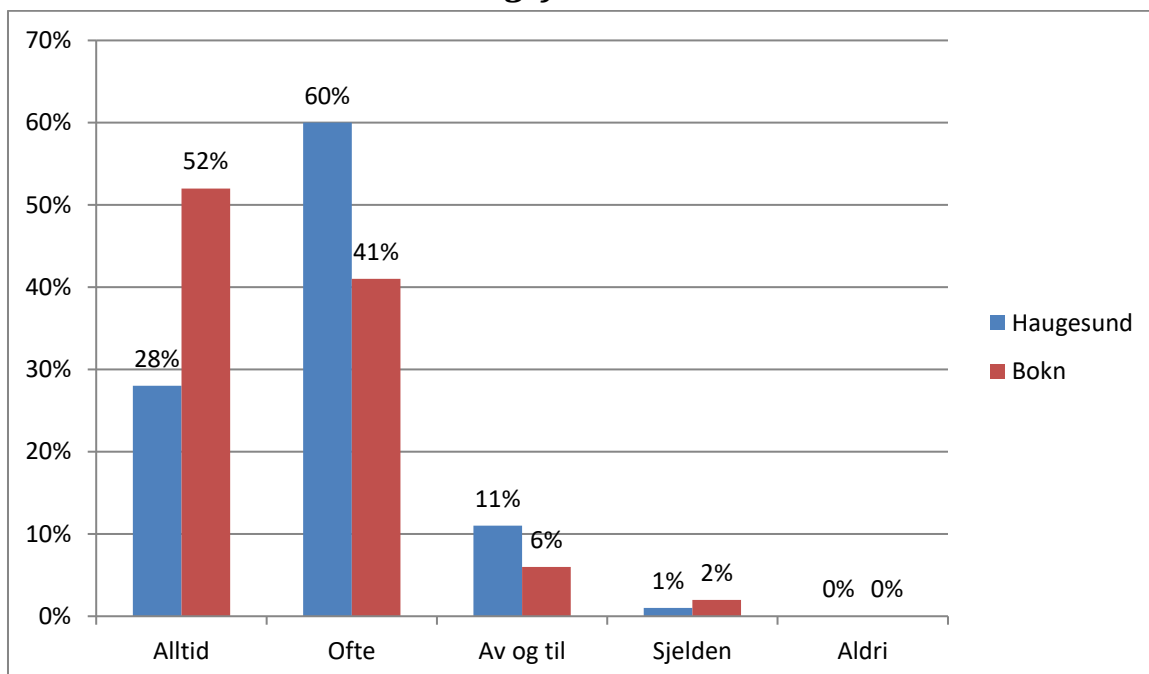
Figur 59 under viser hvor stor prosentandel av utvalget i de to kommunene som skårer i forhold til å inneha en positiv livsorientering.



Figur 60: Prosentfordeling (n=133).

Livskvalitet og autonomi

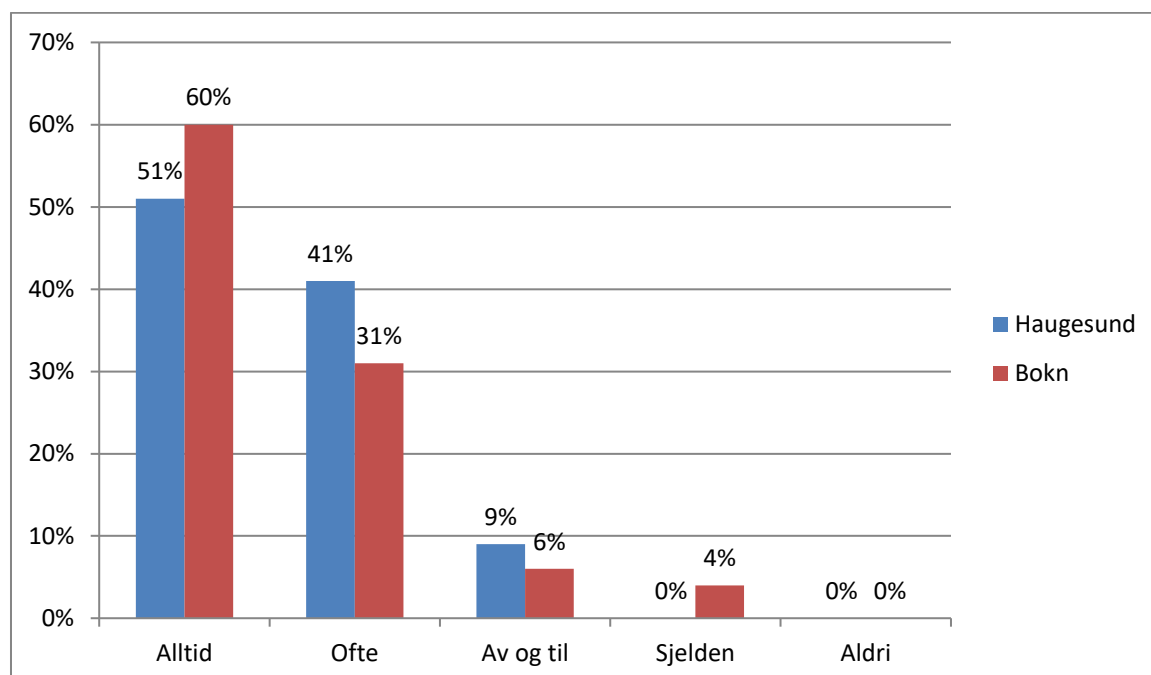
"Anser du livet ditt som meningsfullt?"



Figur 61: Prosentvis fordeling (n = 137).

Figur 60 viser at om lag 90 prosent av alle anser livet som meningsfullt ofte eller alltid. Tilsvarende tall er det for opplevd autonomi.

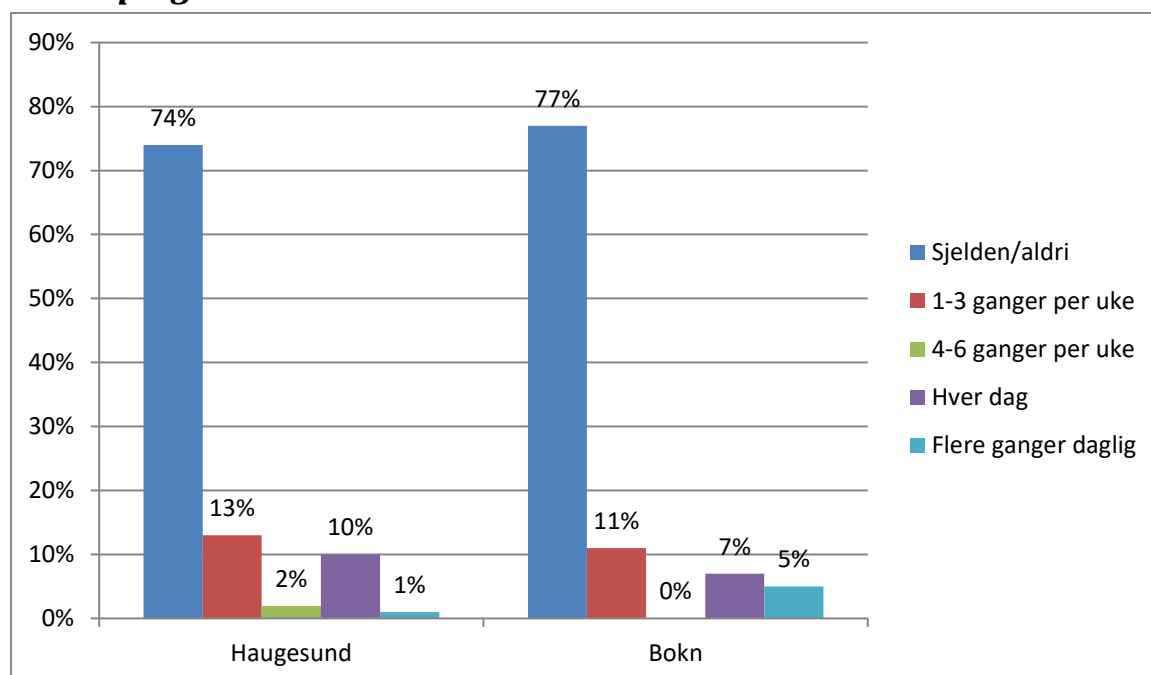
Føler du at du kan bestemme over livet ditt?



Figur 62: Prosentvis fordeling (n = 136).

Fall og falltendens

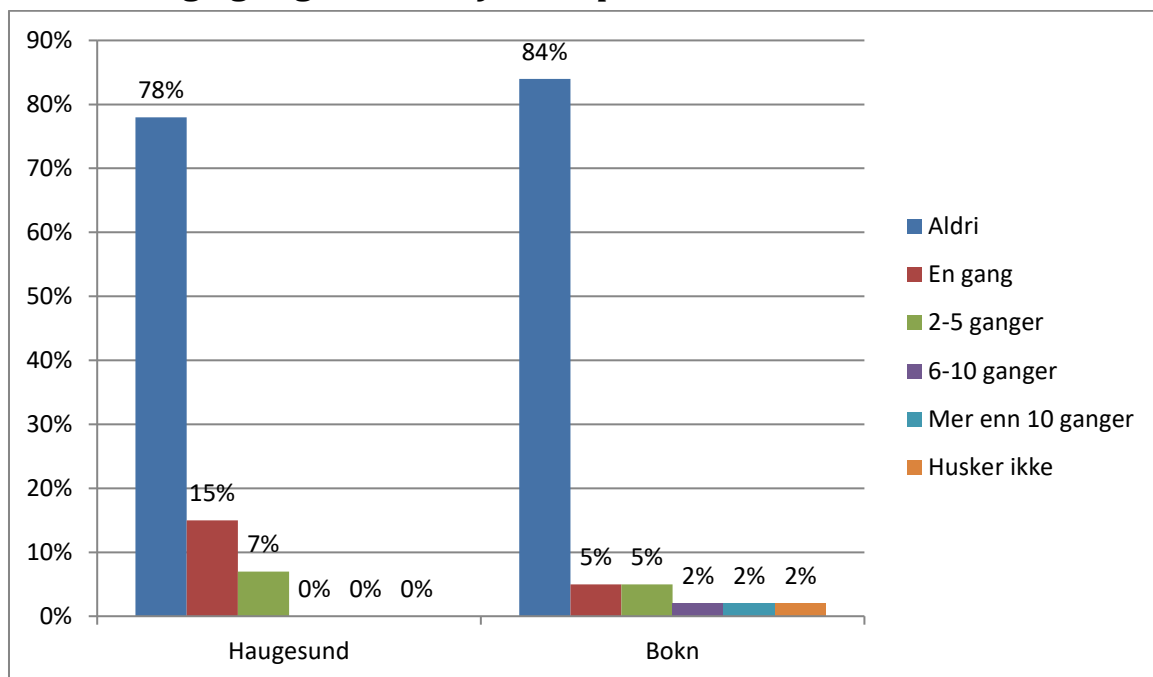
"Er du plaget av svimmelhet?"



Figur 63: Prosentfordeling (n=141).

Figur 62 viser at for begge kommuner er om lag 20-25 prosent av de eldre plaget av svimmelhet en eller flere ganger per uke.

"Hvor mange ganger har du falt i løpet av det siste året?"



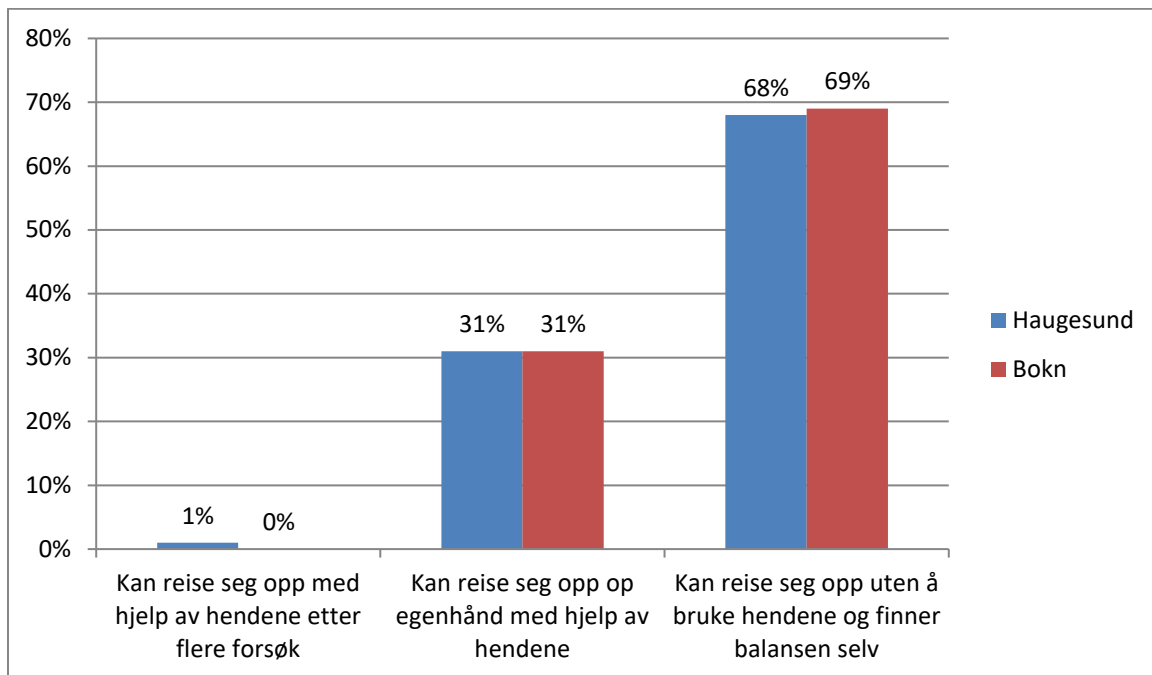
Figur 64: Prosentfordeling (n= 139).

Figur 63 viser at 22 prosent i Haugesund og 16 prosent i Bokn har falt en eller flere ganger i løpet av det siste året.

Bergs balanseskala (egen kortversjon).

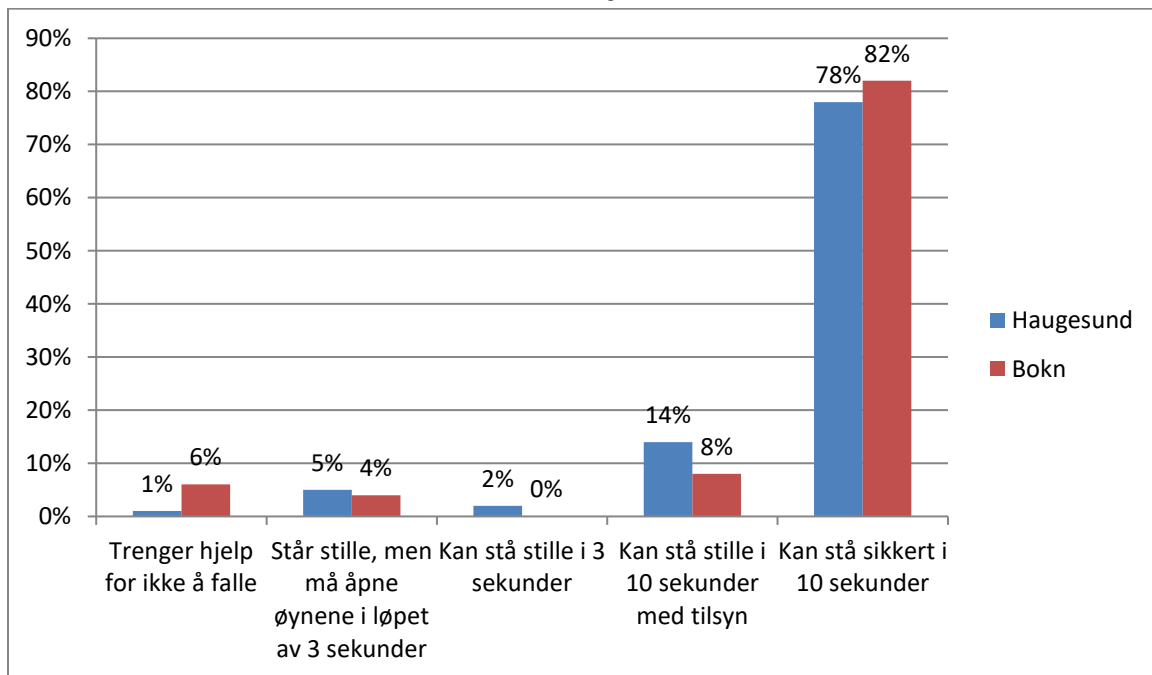
Tre ledd fra Bergs balanseskala ble valgt for å måle de eldres balanse og falltendens. Nedenfor vil svarfordelingen for hvert enkelt ledd og de oppsummerte skårene på skalaen presenteres. En samlet skåre på 0-9 poeng indikerer en høy risiko. En skåre på 10-12 poeng indikerer lav risiko.

BBS-1: Sittende til stående



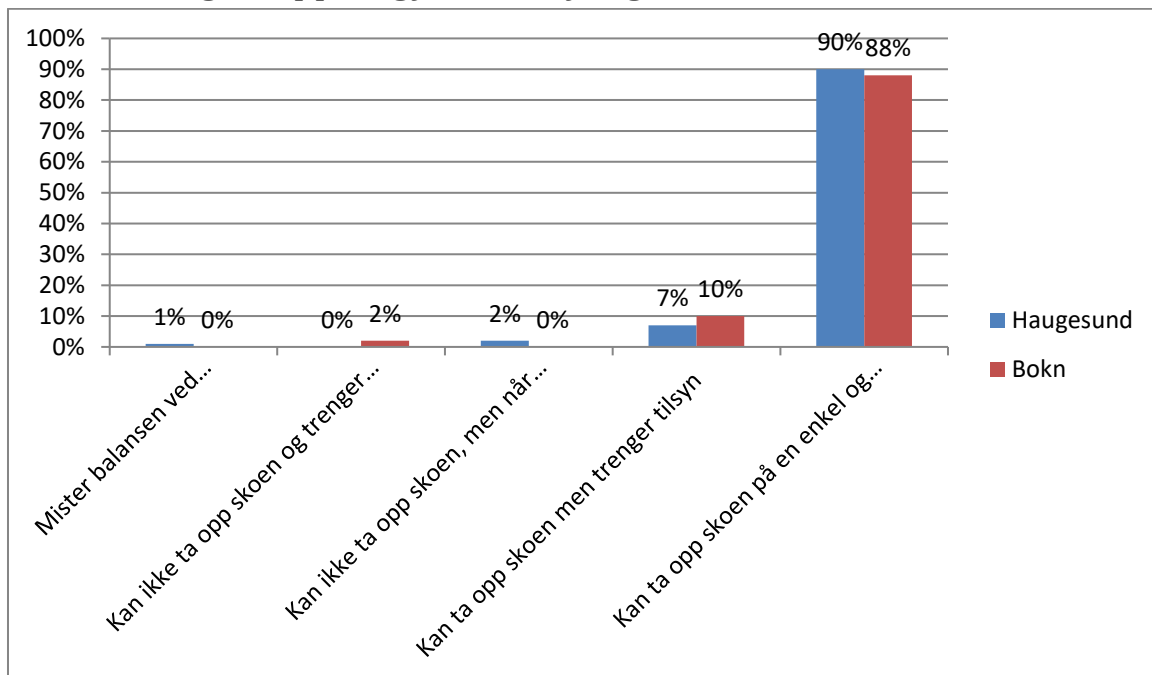
Figur 65: Prosentfordeling (n= 138).

BBS-6: Stå uten støtte med lukkede øyne



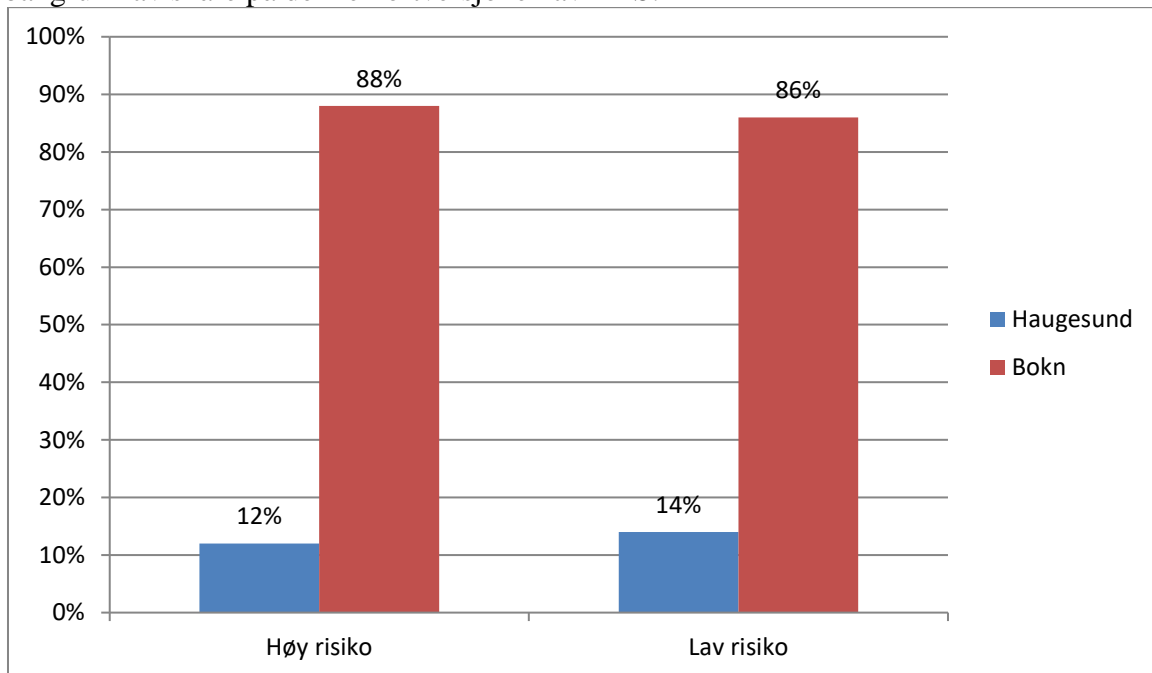
Figur 66: Prosentfordeling (n= 138).

BBS-9: Stå og ta opp en gjenstand fra gulvet



Figur 67: Prosentfordeling (n= 137).

Figur 67 viser hvor mange som befinner seg i gruppene ”høy risiko” og ”lav risiko” på bakgrunn av skåre på denne kortversjonen av BBS.

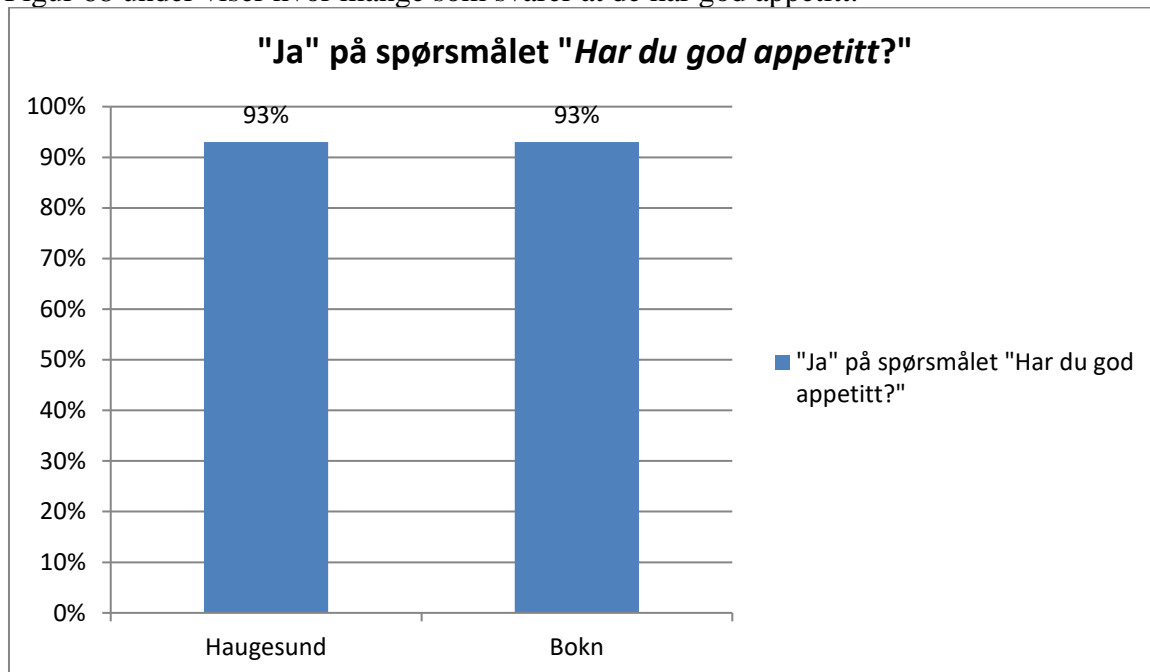


Figur 68: Prosentfordeling (n=137).

12 prosent av de eldre i Haugesund kommune og 14 prosent i Bokn kommune befinner seg i ”høy risiko” gruppen for fall.

Matvaner og ernæring

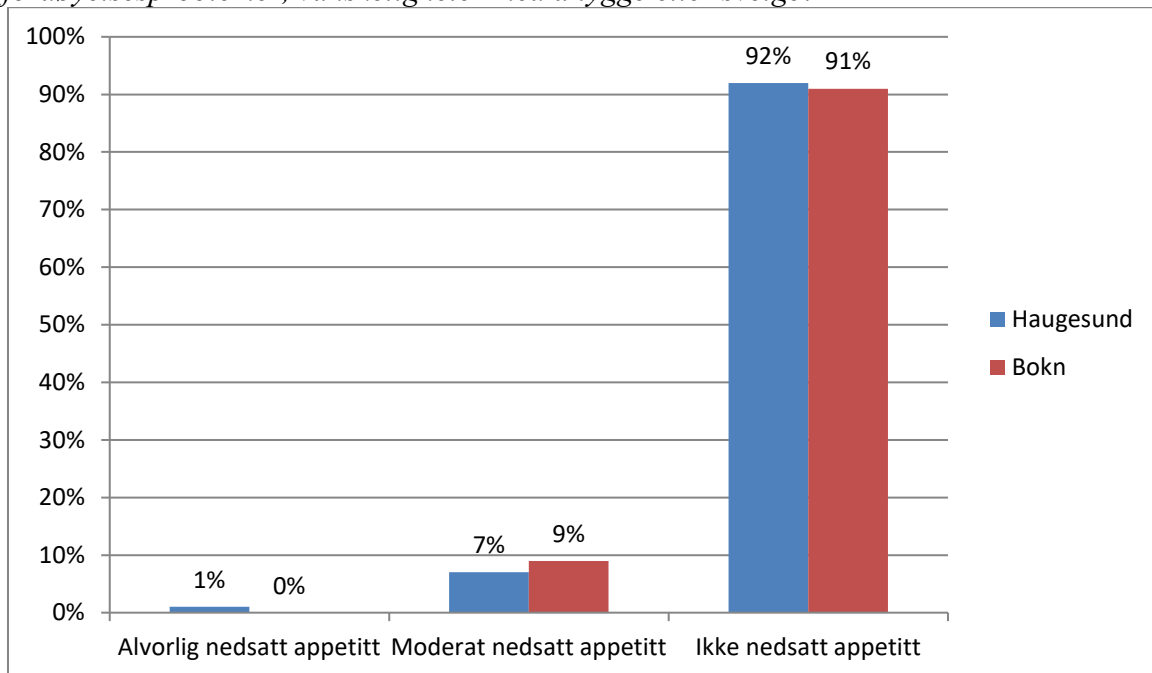
Figur 68 under viser hvor mange som svarer at de har god appetitt.



Figur 69: Prosentfordeling (n=143).

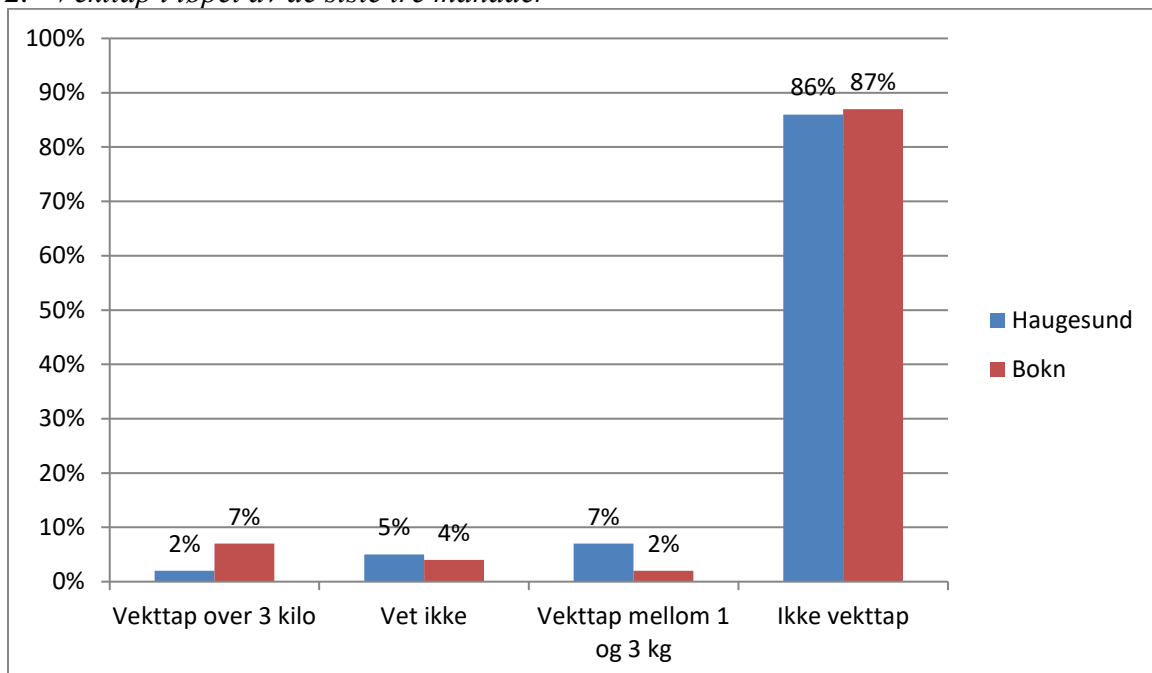
Ernæringsstatus

1: "Har matinntaket gått ned i løpet av de 3 siste måneder på grunn av redusert appetitt, fordøyelsesproblemer, vanskeligheter med å tygge eller svelge?"



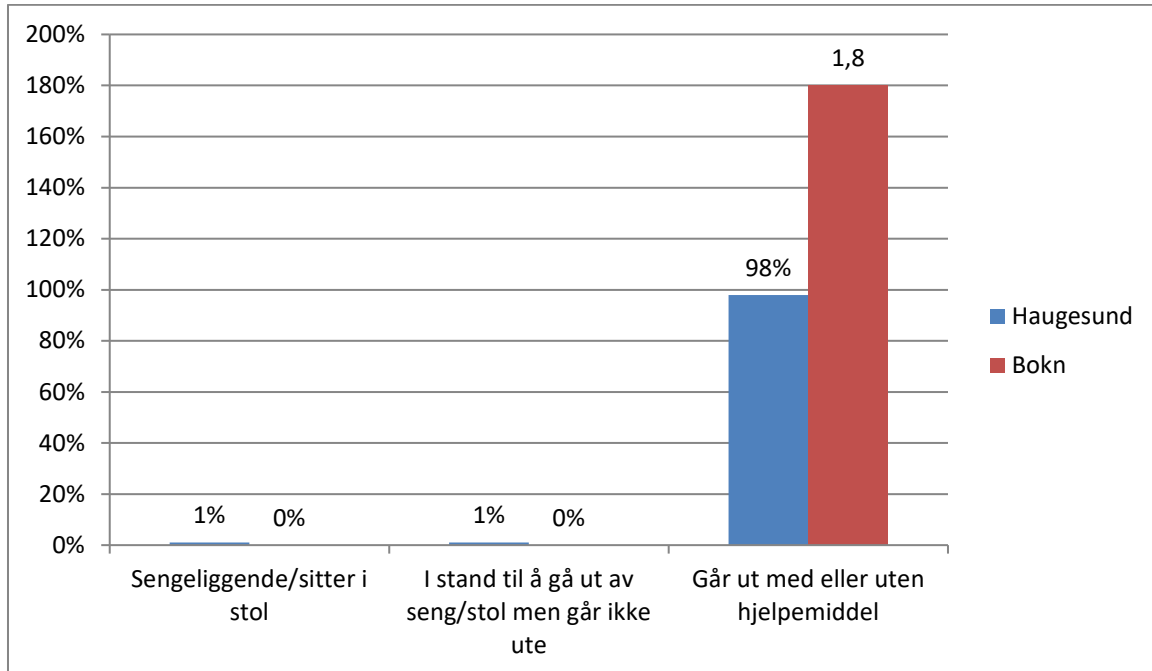
Figur 70: Prosentfordeling (n=144).

2: "Vekttap i løpet av de siste tre måneder"



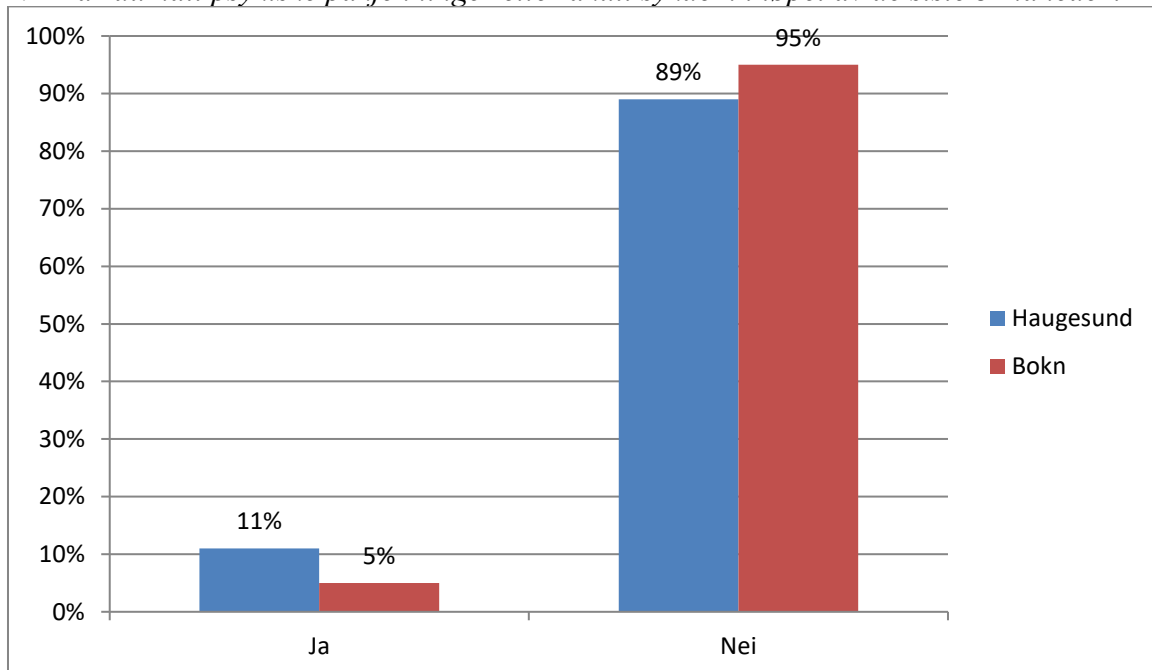
Figur 71: Prosentfordeling (n =144).

3: "Mobilitet"



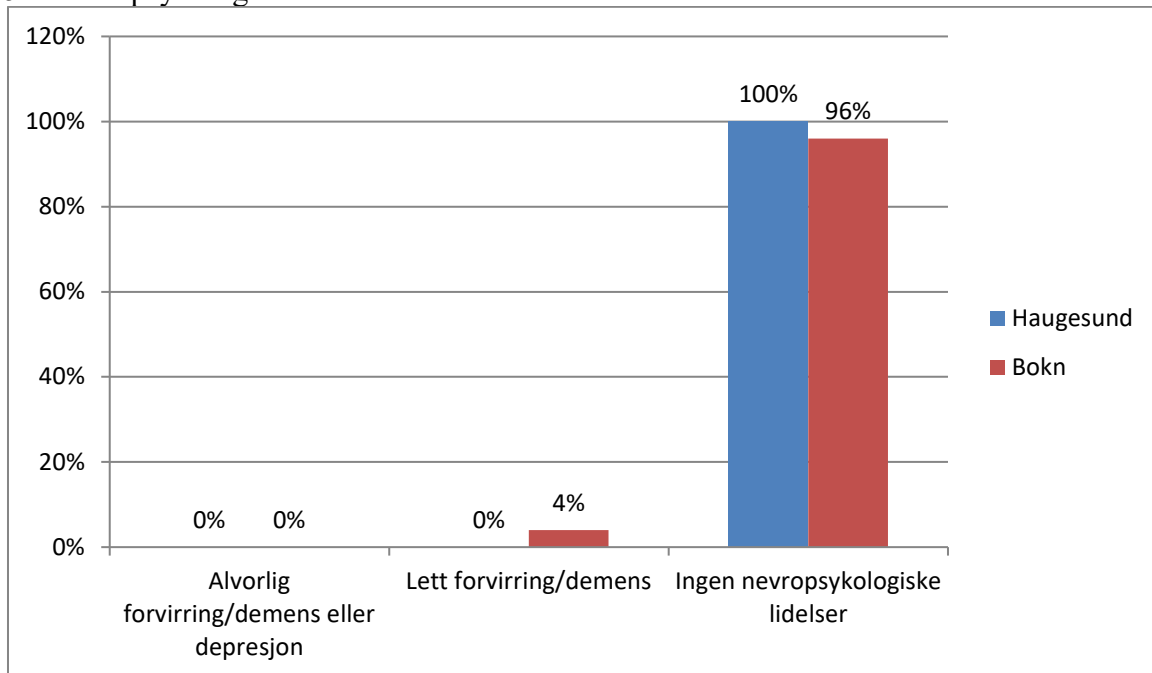
Figur 72: Prosentfordeling (n=144).

4: "Har du hatt psykiske påkjenninger eller akutt sykdom i løpet av de siste 3 måneder?"



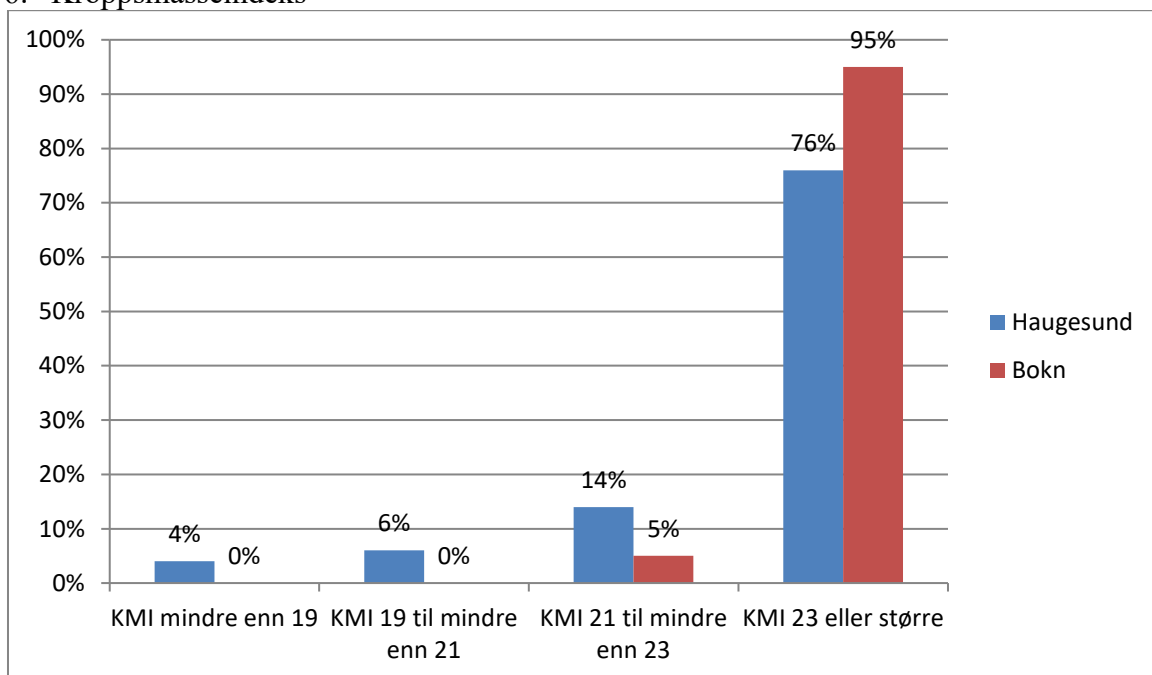
Figur 73: Prosentfordeling (n= 144).

5: "Nevropsykologiske lidelser"



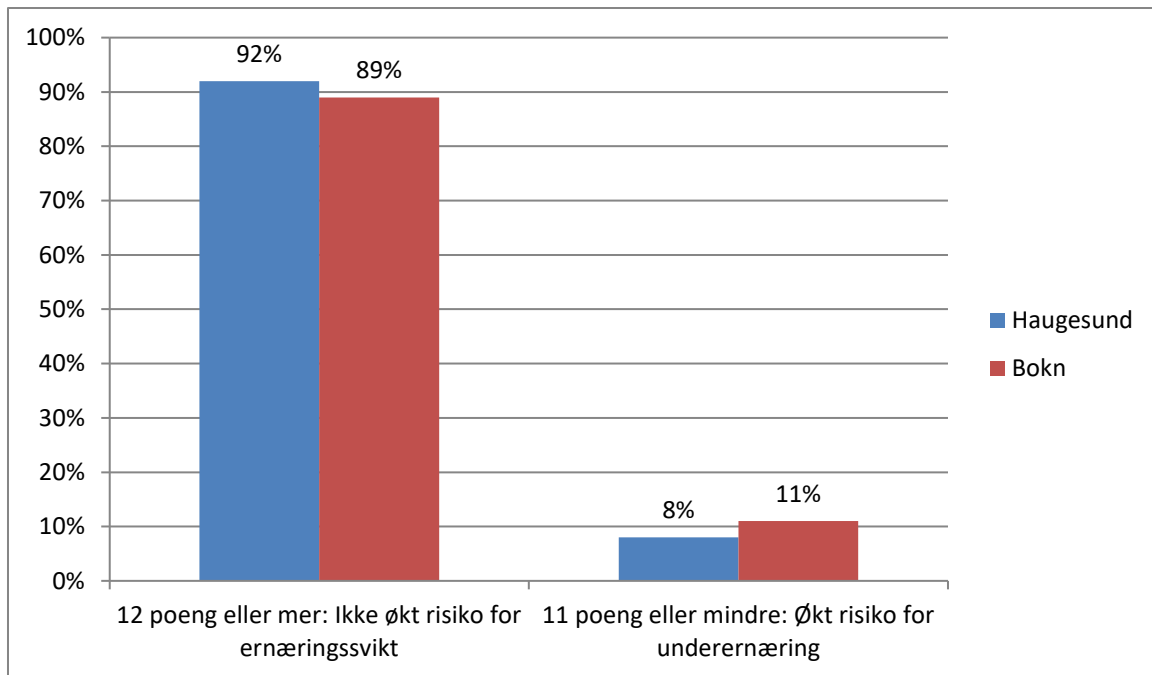
Figur 74: Prosentfordeling (n=144).

6: "Kroppsmasseindeks"



Figur 75: Prosentfordeling (n= 144).

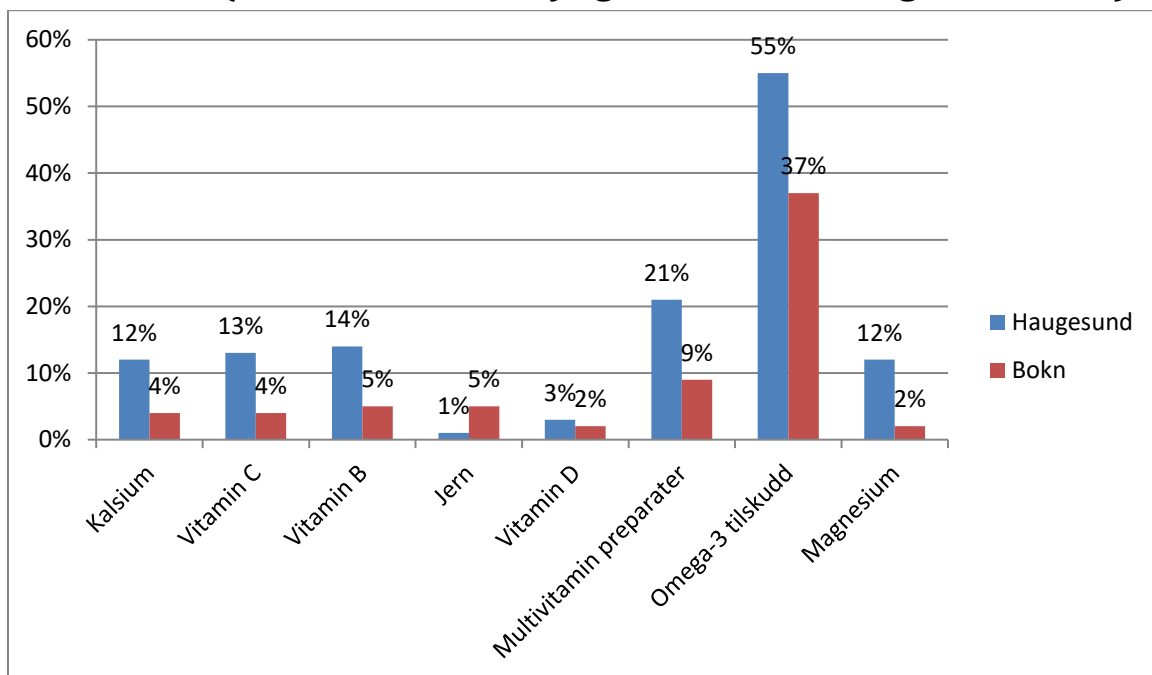
Ved å summere sammen de seks leddene i MNA får en en skala som går fra 0 til 14 poeng, og der 12 poeng eller mer indikerer en "ikke økt risiko for ernæringsvikt", mens 11 poeng eller mindre indikerer "økt risiko for underernæring".



Figur 76: Prosentfordeling (n=140).

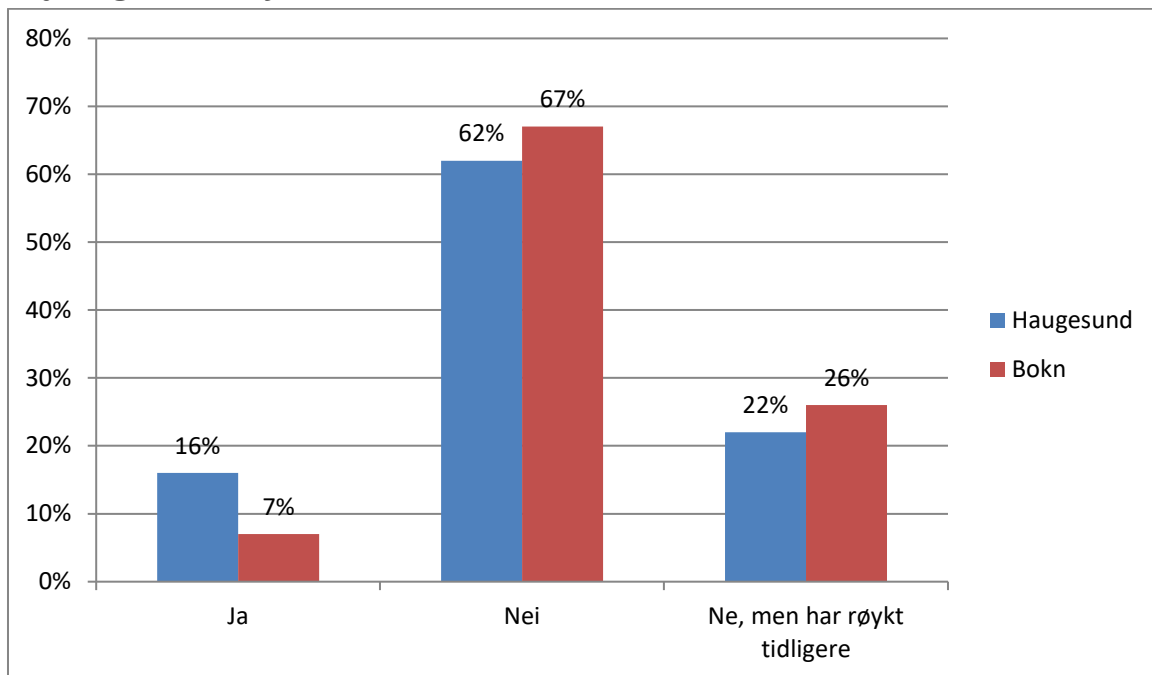
Sumskåre indikerer at 8 prosent i Haugesund og 11 prosent i Bokn har økt risiko for underernæring.

Kosttilskudd (Bruker du noen av følgende vitaminer og mineraler?)



Figur 77: Prosentfordeling (n=144).

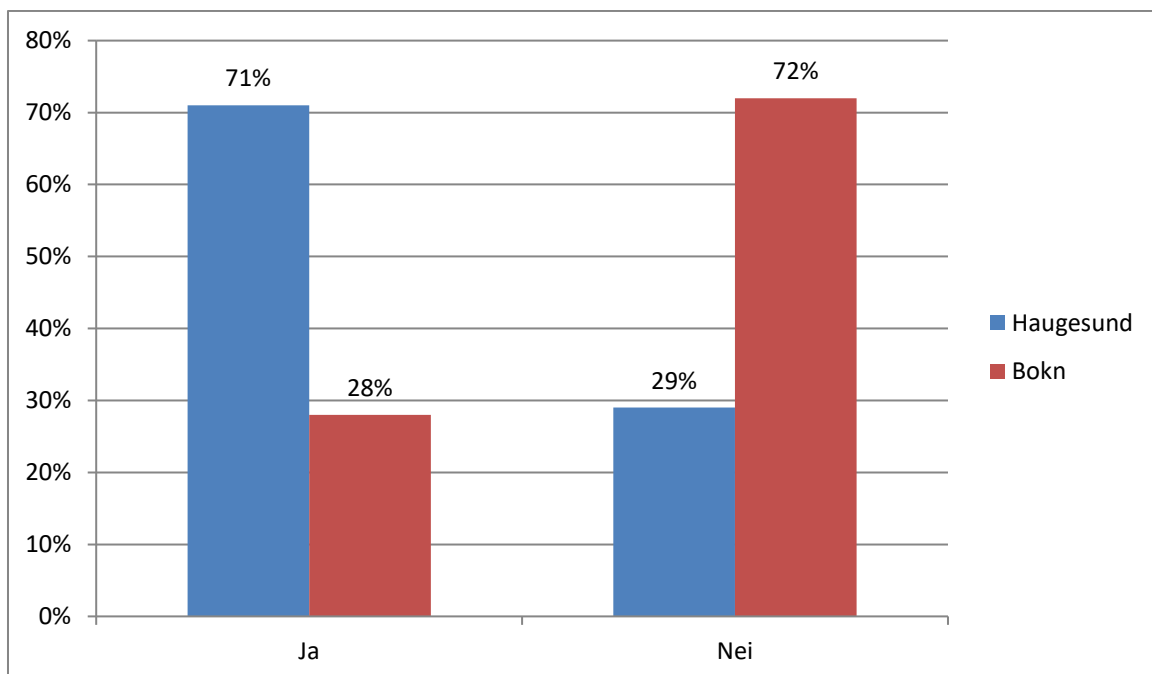
Røyk og alkoholforbruk



Figur 78: Prosentfordeling (n=144).

Figur 77 viser at 16 prosent av de eldre i Haugesund og 7 prosent i Bokn røyker. Om lag en av fire svarer at de har røykt tidligere.

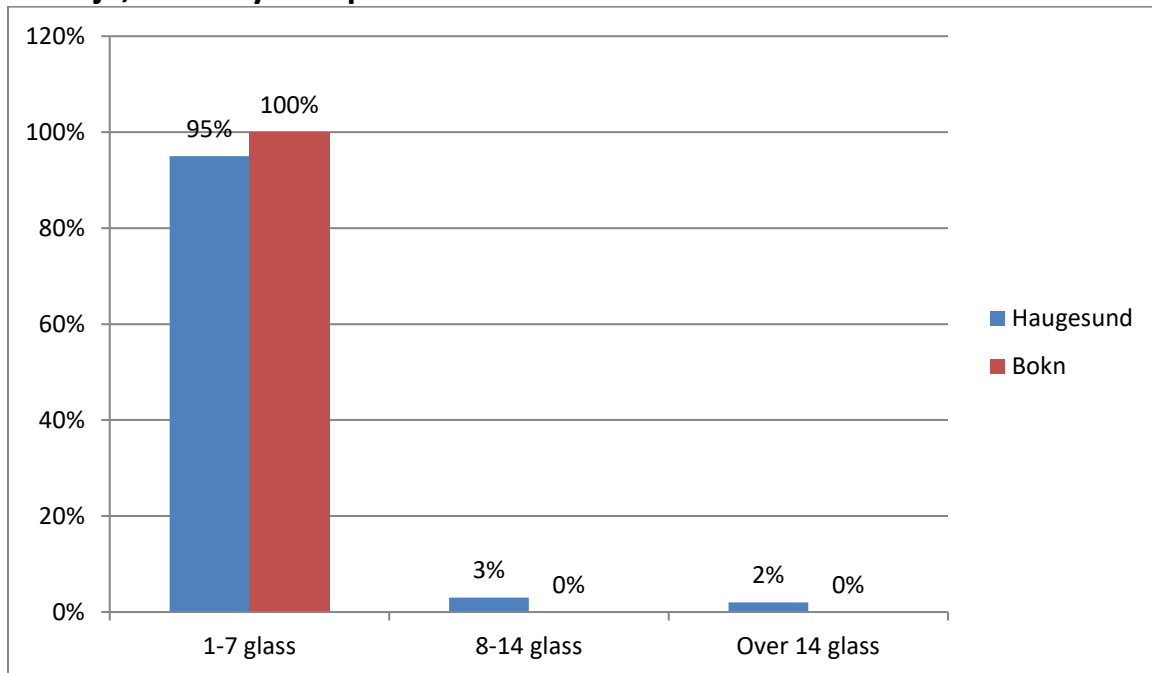
"Driker du alkohol?"



Figur 79: Prosentfordeling (n=144).

Figur 78 viser at syv av ti i Haugesund drikker alkohol mot tre av ti i Bokn.

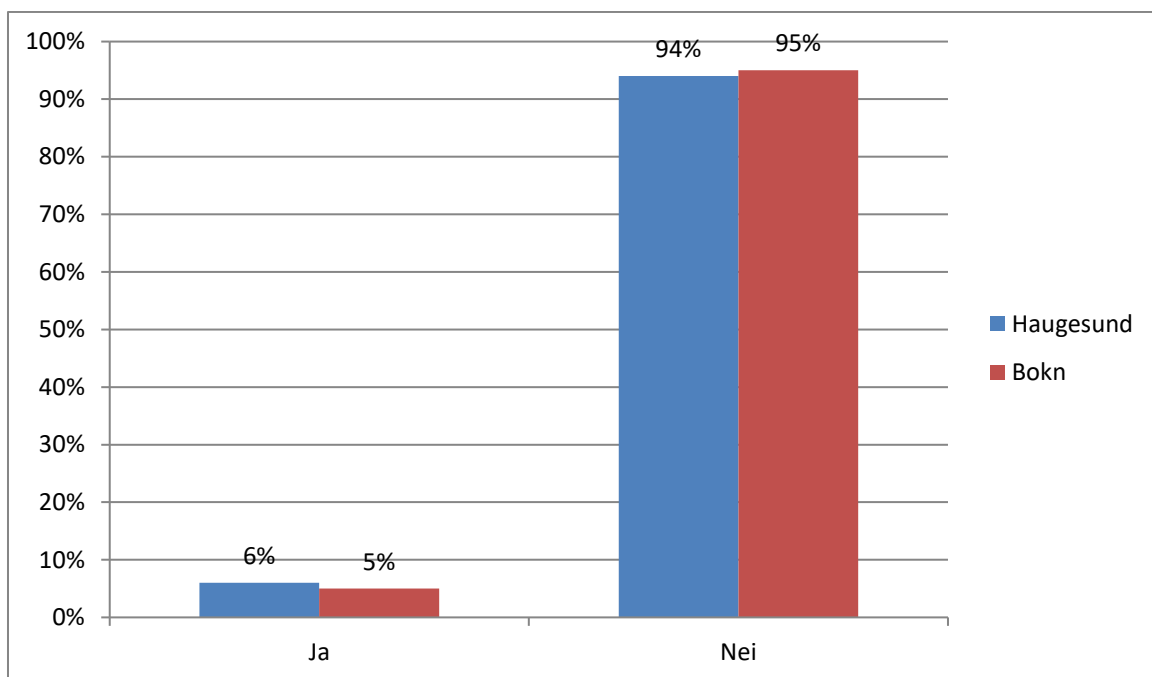
"Hvis ja, hvor mye ca. per uke?"



Figur 80: Prosentfordeling (n=73).

Figur 79 indikerer at de aller fleste har et moderat alkoholforbruk på 1 til 7 enheter per uke.

"Bruker du snus?"

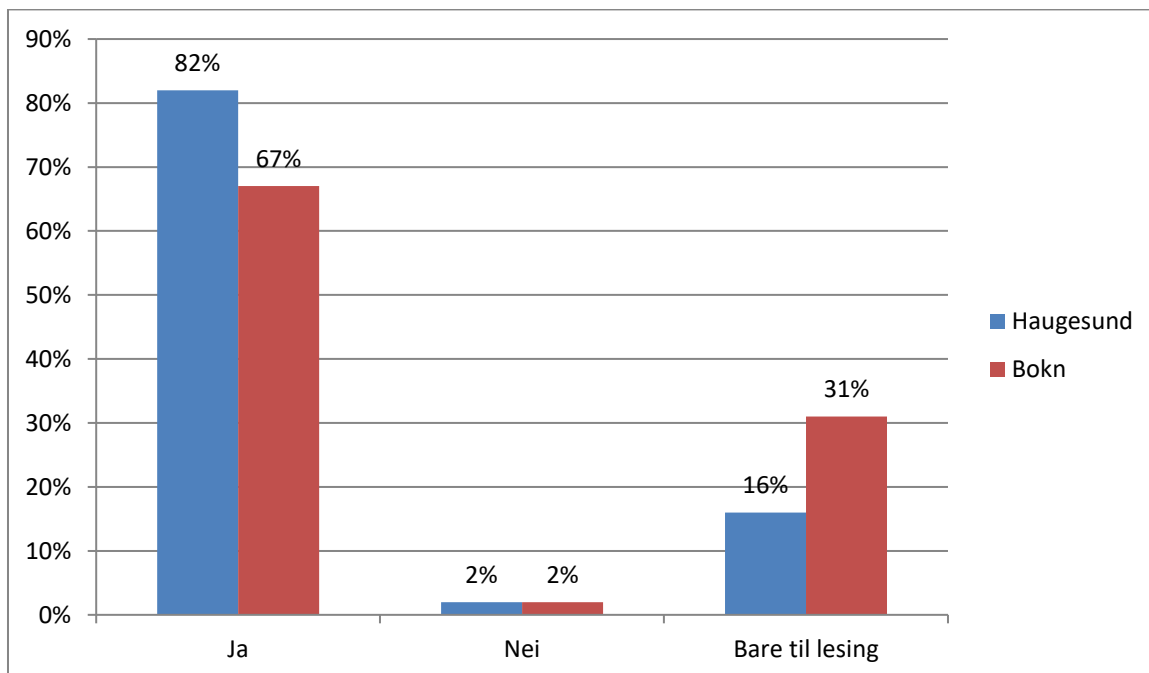


Figur 81: Prosentfordeling (n=144).

Ca 5 prosent av de spurte svarer at de bruker snus.

4.5 Syn og hørsel

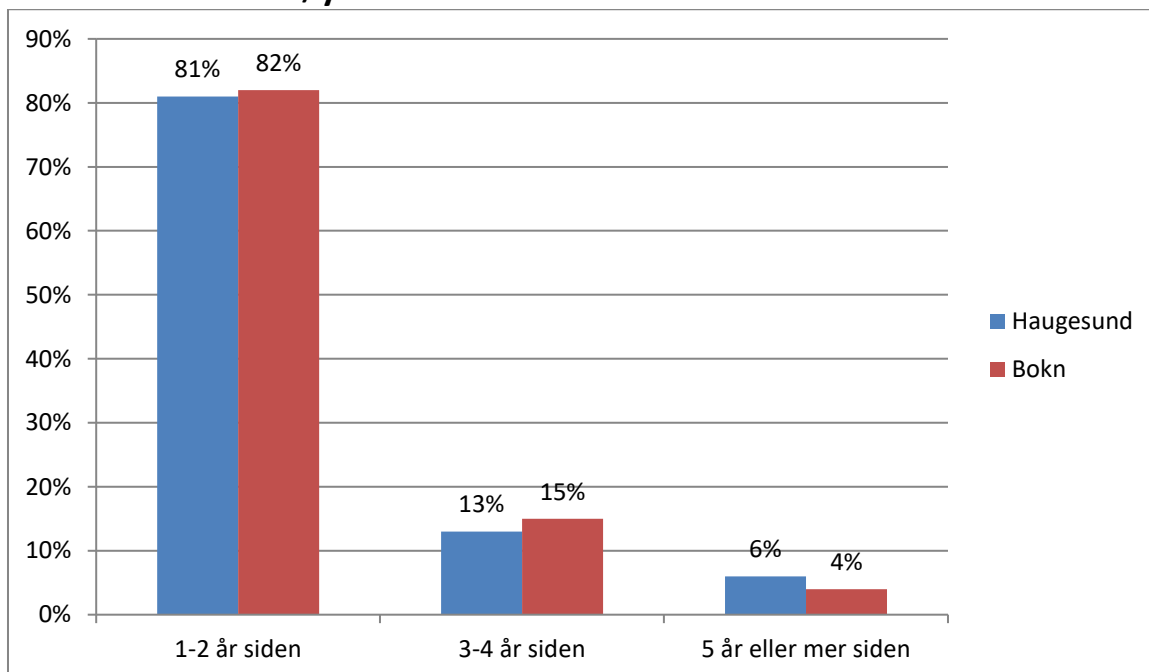
"Bruker du briller?"



Figur 82: Prosentfordeling (n=142).

Figur 81 viser at 98 prosent i begge kommuner har briller.

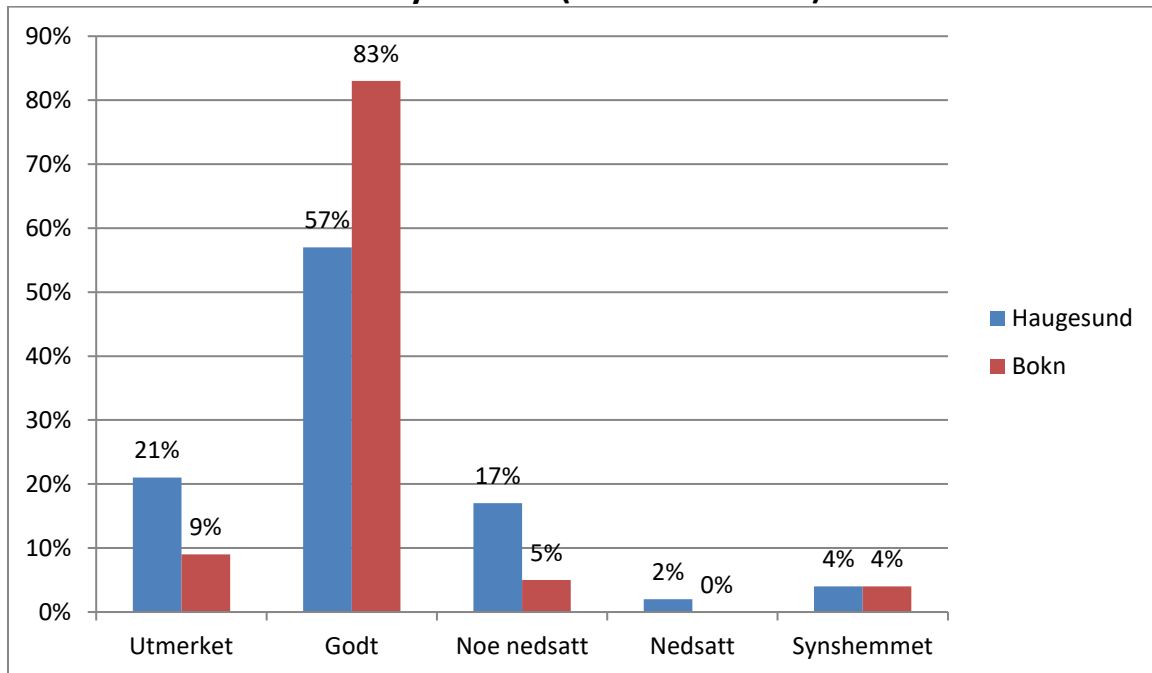
"Når hadde du sist øyekontroll?"



Figur 83: Prosentfordeling (n=133).

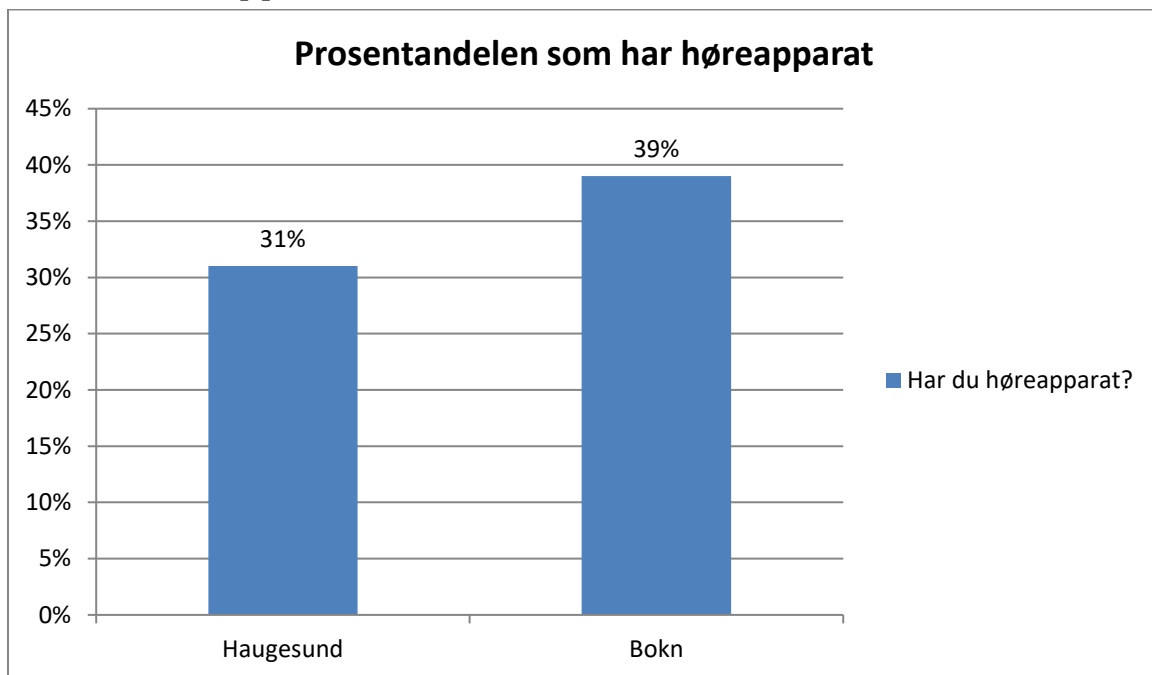
Figur 82 viser at åtte av ti har hatt øyekontroll i løpet av de siste to årene.

"Hvordan vil du beskrive synet ditt?(evt. Med briller)



Figur 84: Prosentfordeling (n=142).

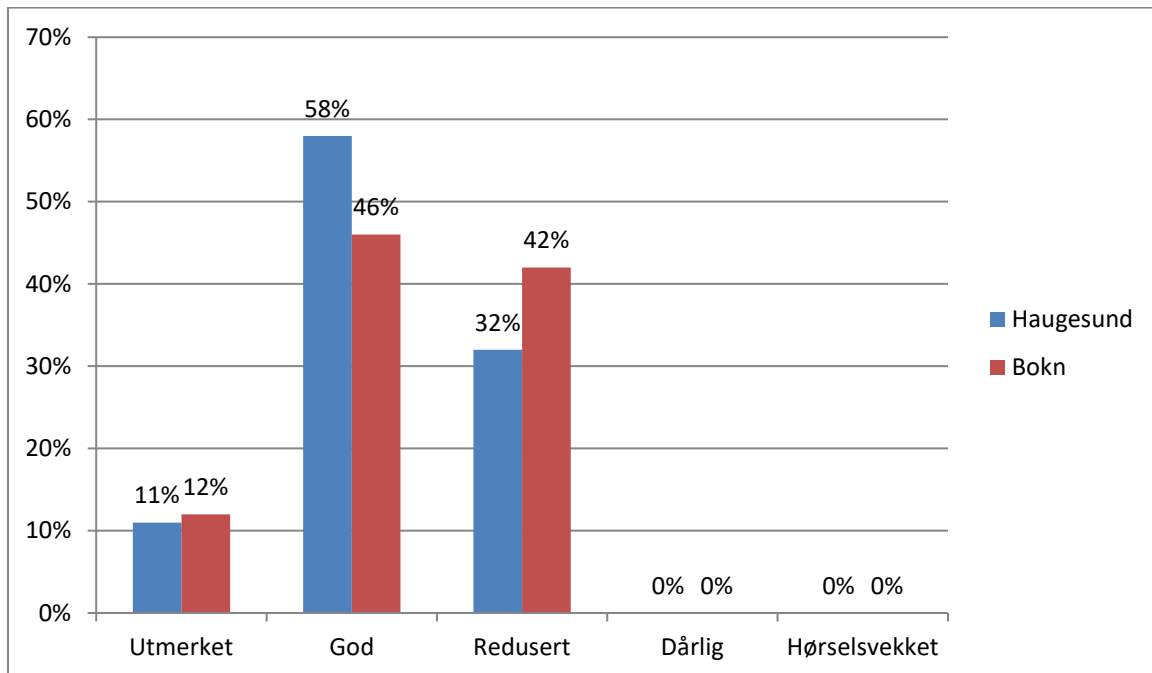
"Har du høreapparat?"



Figur 85: Prosentfordeling (n=143).

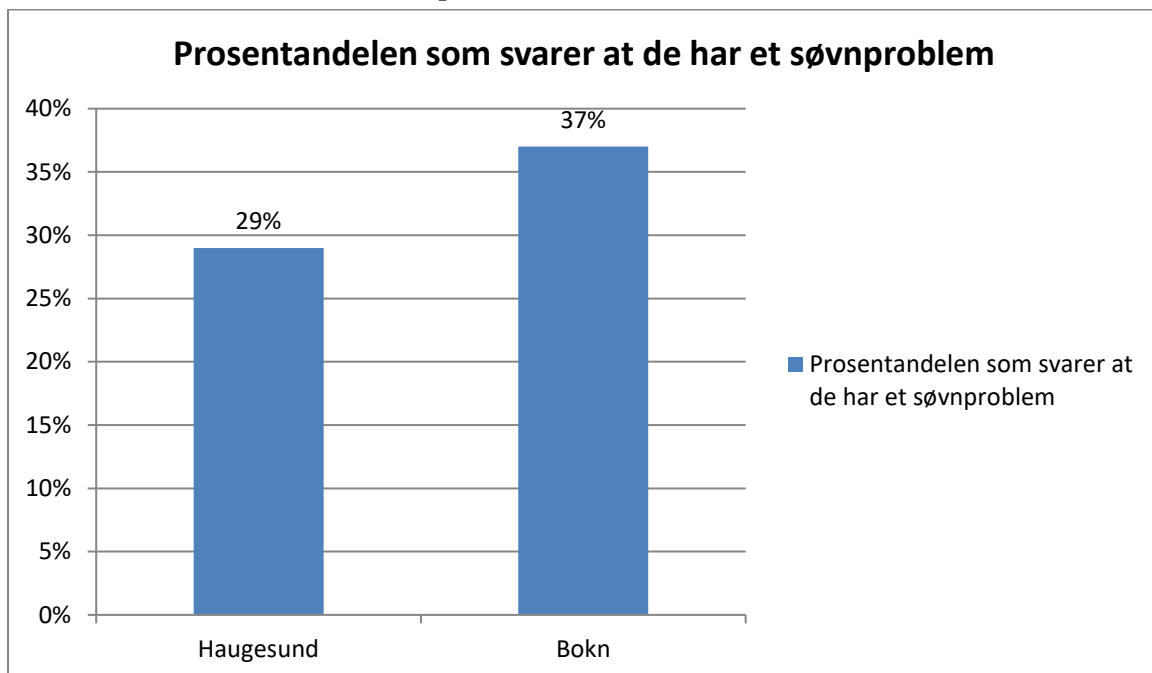
Figur 84 viser at tre av ti i haugesund og fire av ti i Bokn har høreapparat.

"Hvordan vil du beskrive hørselen din?" (med høreapparat dersom du har det)



Figur 86: Prosentfordeling (n=142).

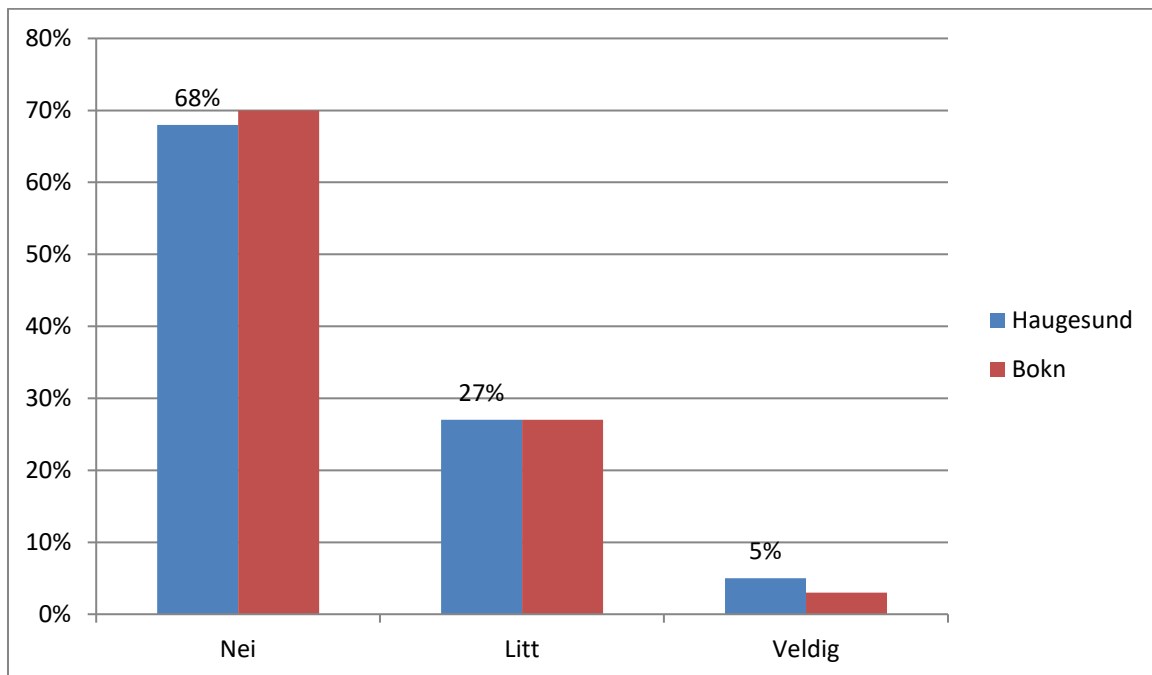
"Vil du si at du har et søvnproblem?"



Figur 87: Prosentfordeling (n=139).

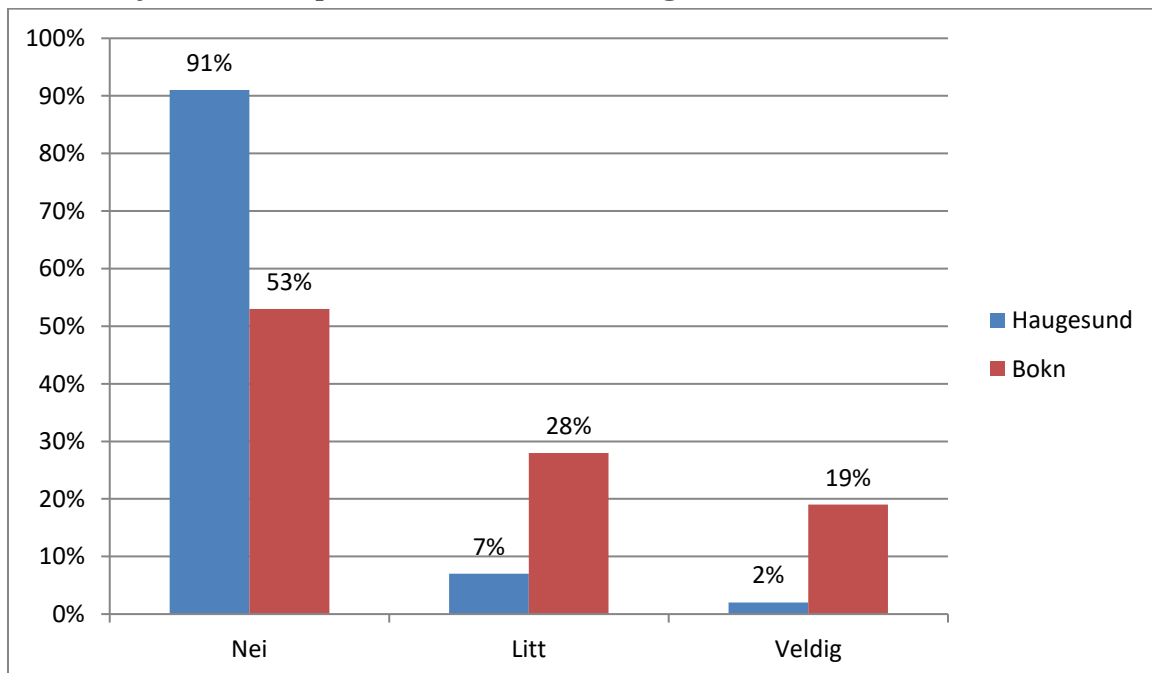
Figuren over viser at 29 prosent i Haugesund og 37 prosent i Bokn opplever å ha søvnproblem.

Dersom søvnproblem: Har du problem med innsovning?



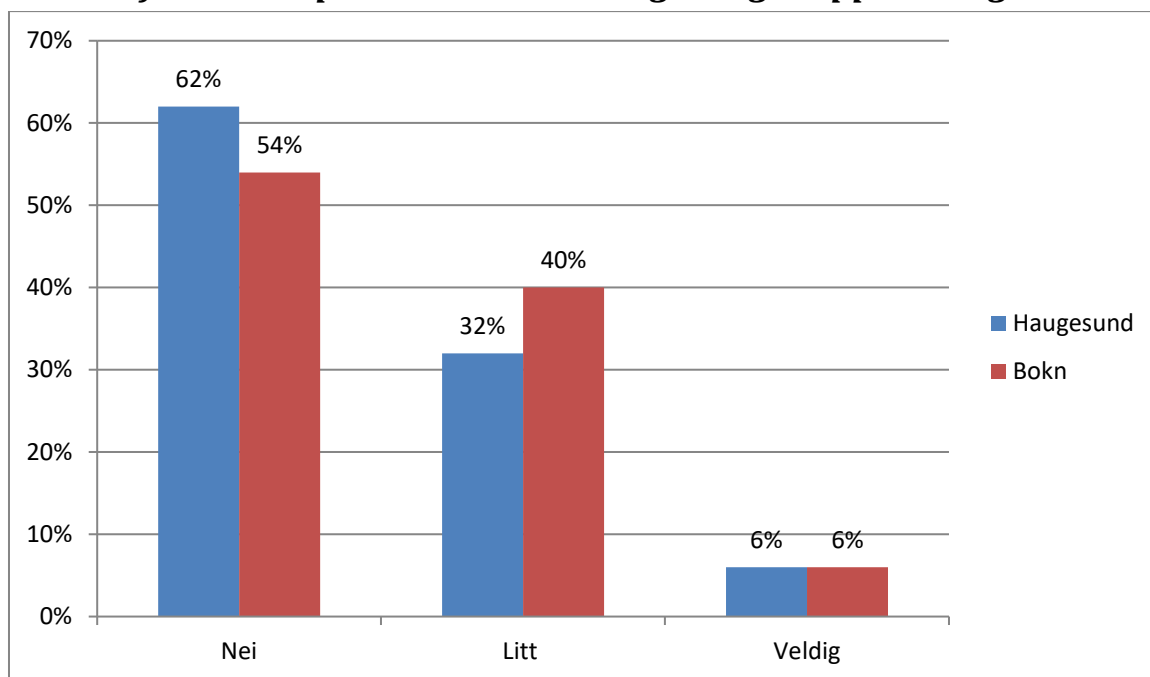
Figur 88: Prosentfordeling (n=86)

Dersom ja: Har du problemer med urolig nattesøvn?



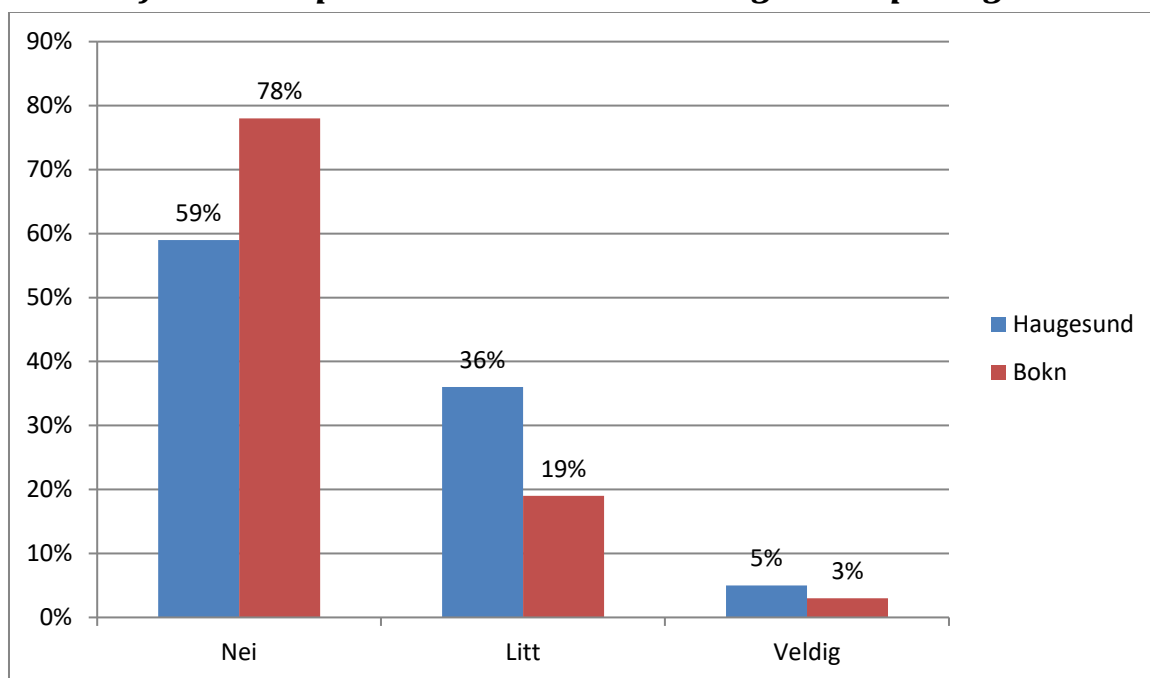
Figur 89: Prosentfordeling (n=86)

Dersom ja: Har du problemer med tidlig morgenoppvåkning?



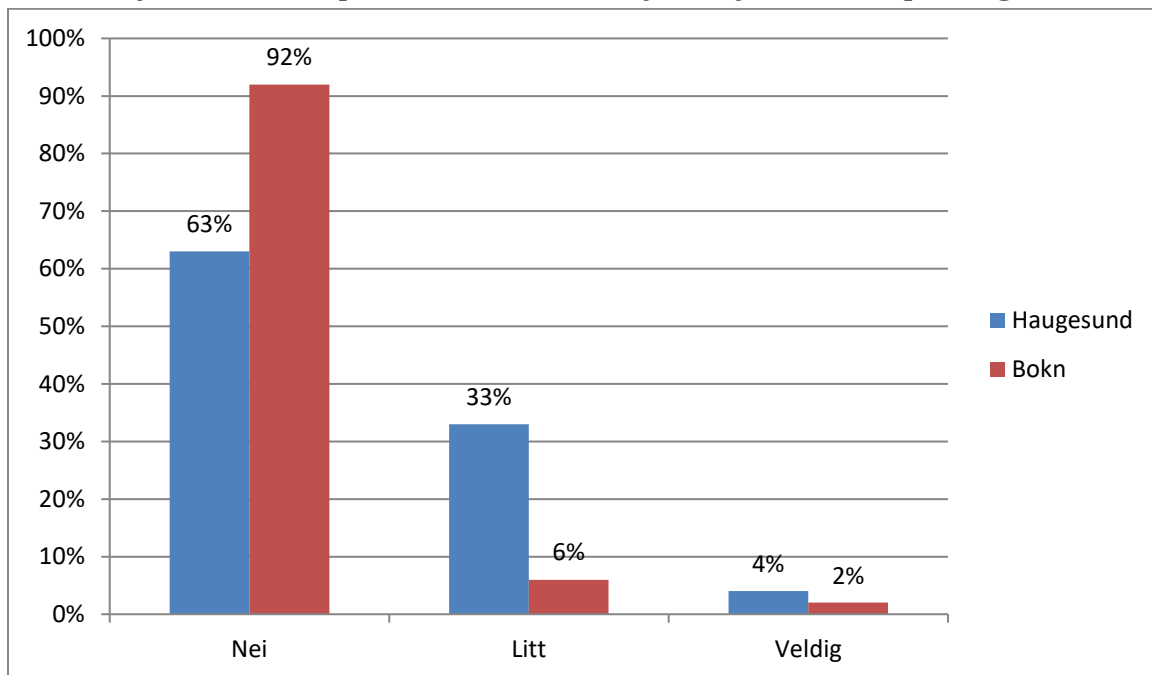
Figur 90: Prosentfordeling (n=86).

Dersom ja: Har du problemer med å holde deg våken på dagtid?



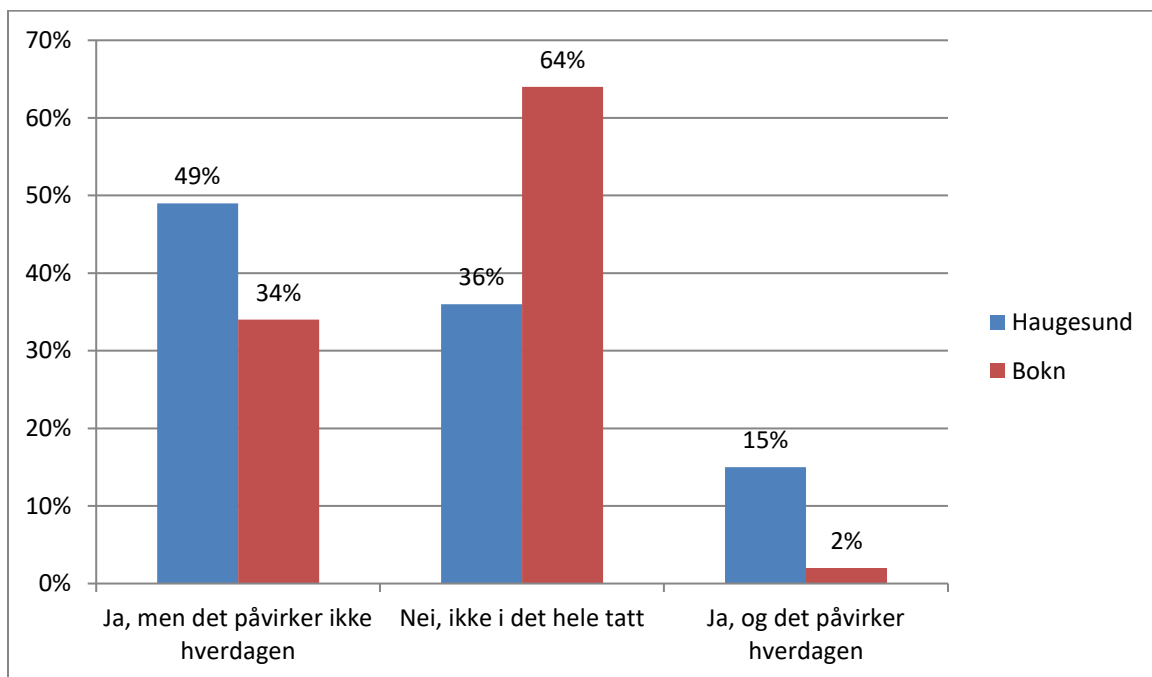
Figur 91: Prosentfordeling (n=86).

Dersom ja: Går søvnproblemet ut over funksjonen din på dagtid?



Figur 92: Prosentfordeling (n=86).

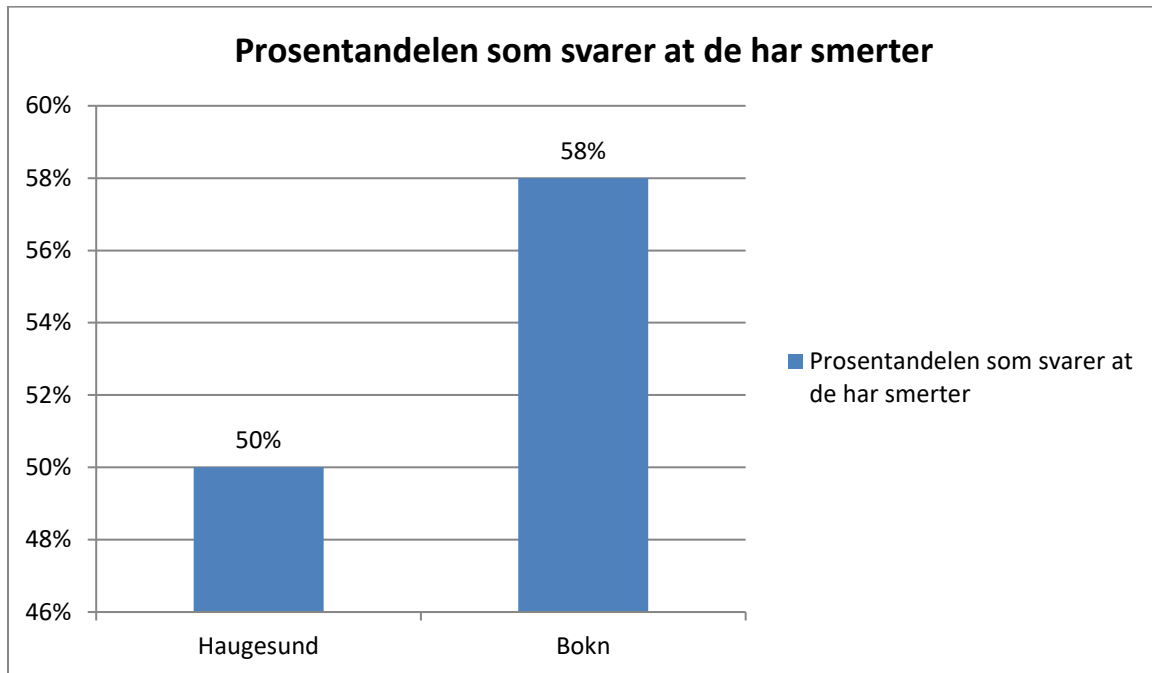
"Har du sviktende hukommelse?"



Figur 93: Prosentfordeling (n=139).

Figur 92 viser at i Haugesund svarer 15 prosent at de opplever å ha sviktende hukommelse i så stor grad at det påvirker hverdagen. Tilsvarende tall for Bokn er 2 prosent.

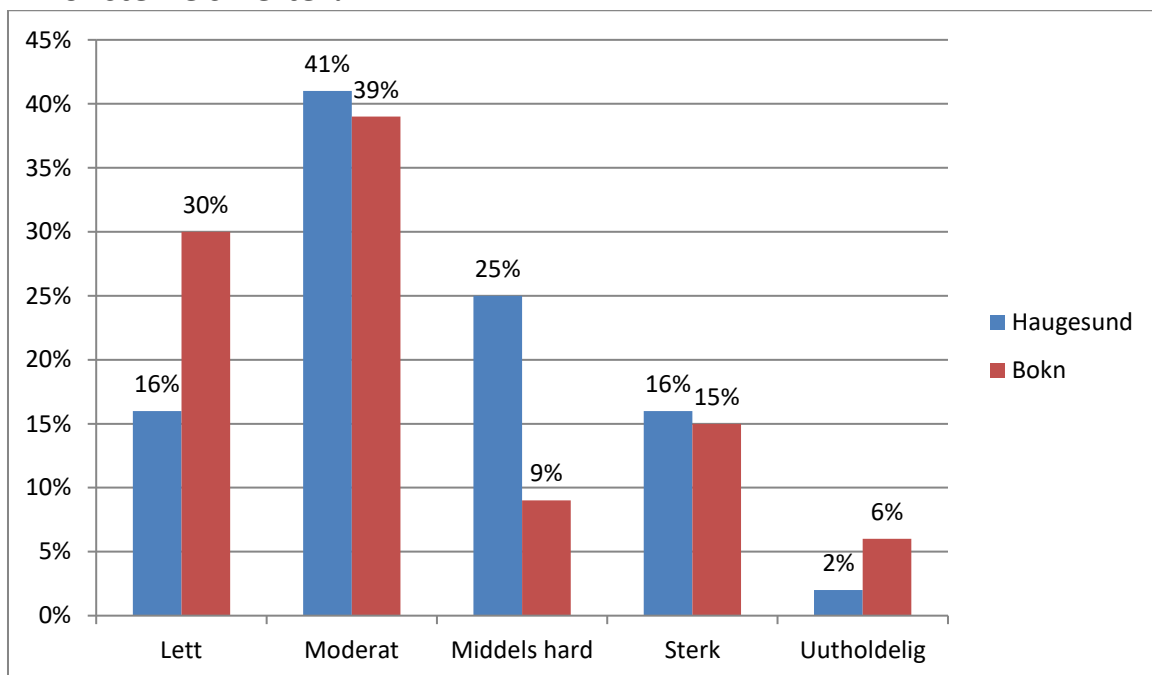
”Har du smerter?”



Figur 94: Prosentfordeling (n=143).

50 prosent av de eldre i Haugesund svarer at de har smerter. I bokn er tallet noe høyere. Her svarer 58 prosent at de har smerter.

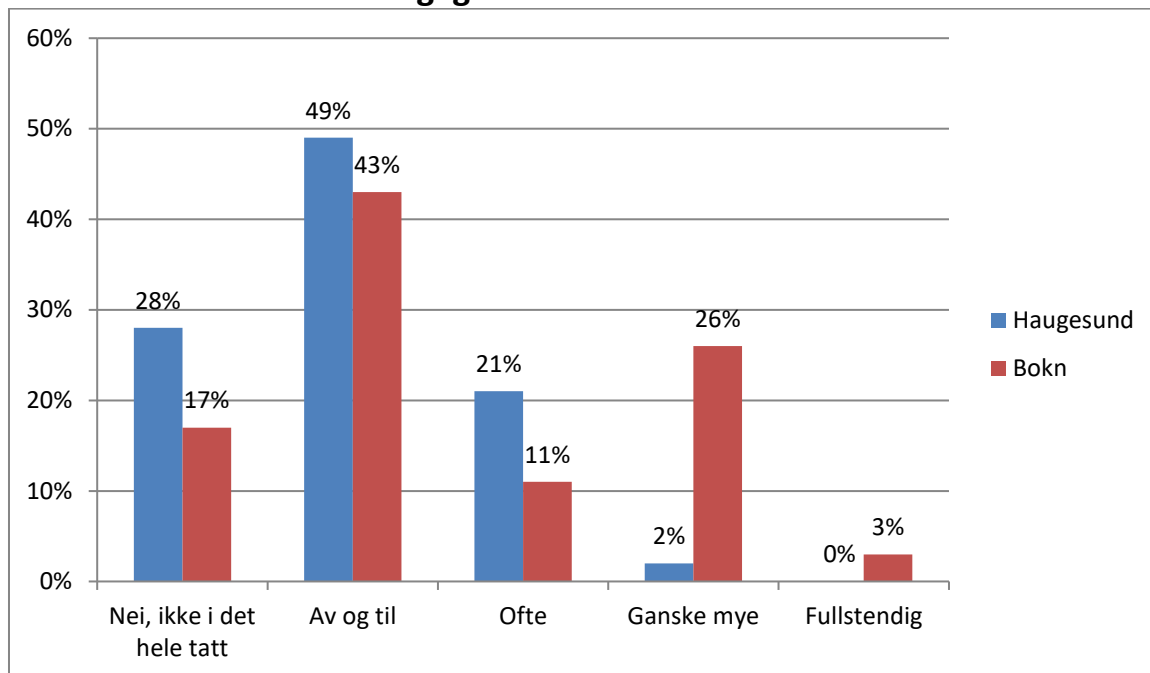
”Hvor sterke smerter?”



Figur 95: Prosentfordeling (n=77).

Figur 94 viser hvordan de som opplever smerter vurderer disse fra lett til uutholdelig.

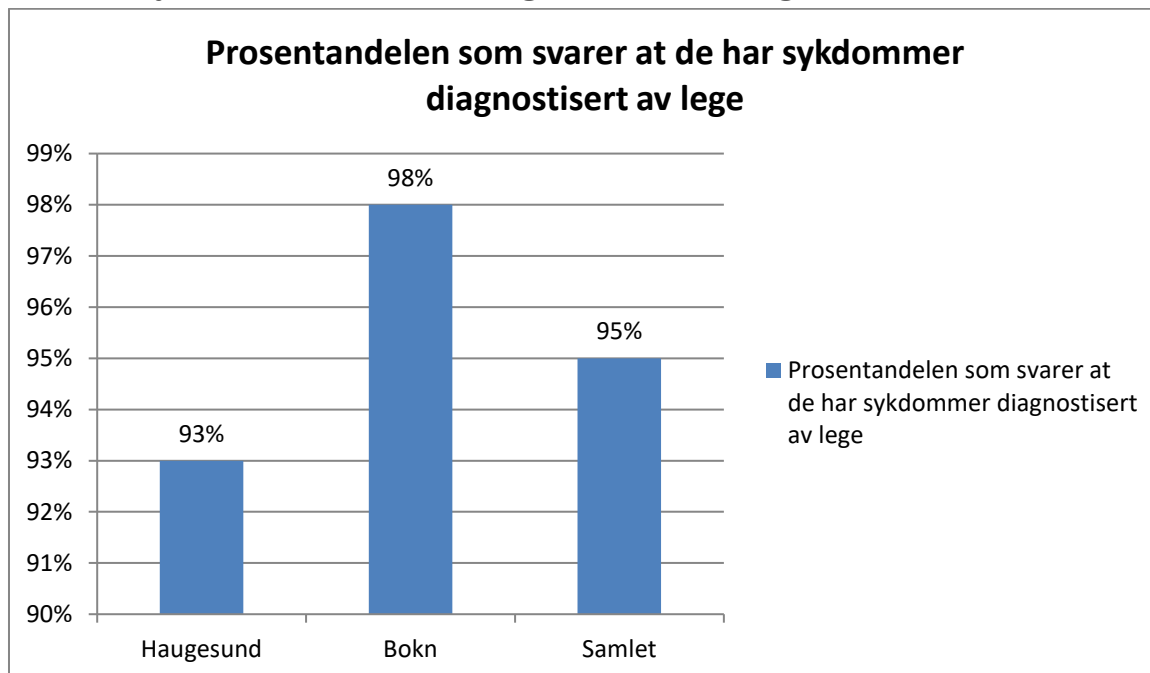
”Påvirker smertene ditt daglige liv?”



Figur 96: Prosentfordeling (n=88).

Figur 95 viser at nesten 30 prosent av de som har smerter i Bokn oppgir at smertene påvirker det daglige livet fra ”ganske mye” til ”fullstendig”.

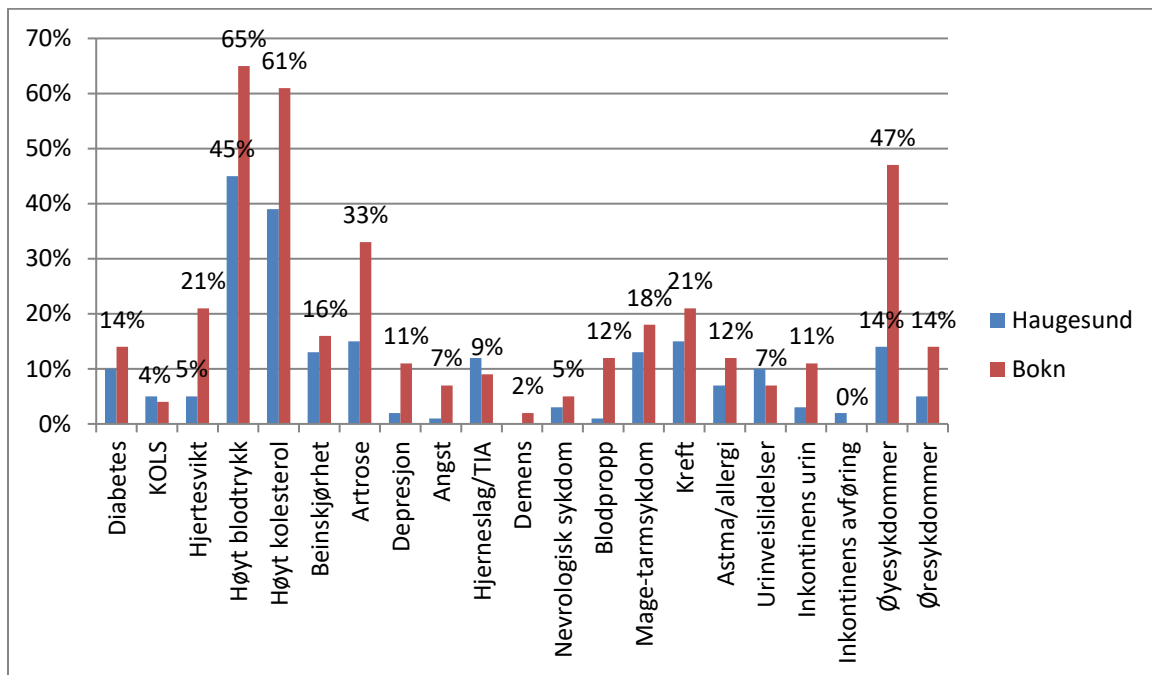
”Har du sykdommer som er diagnostisert av lege?”



Figur 97: Prosentfordeling (n=143).

Figur 96 viser at 93 prosent av 77 åringene i Haugesund har en sykdom diagnostisert av lege, mens tilsvarende tall for Bokn er 98 prosent. Figuren under viser hvilke sykdommer de spurte oppgir de har.

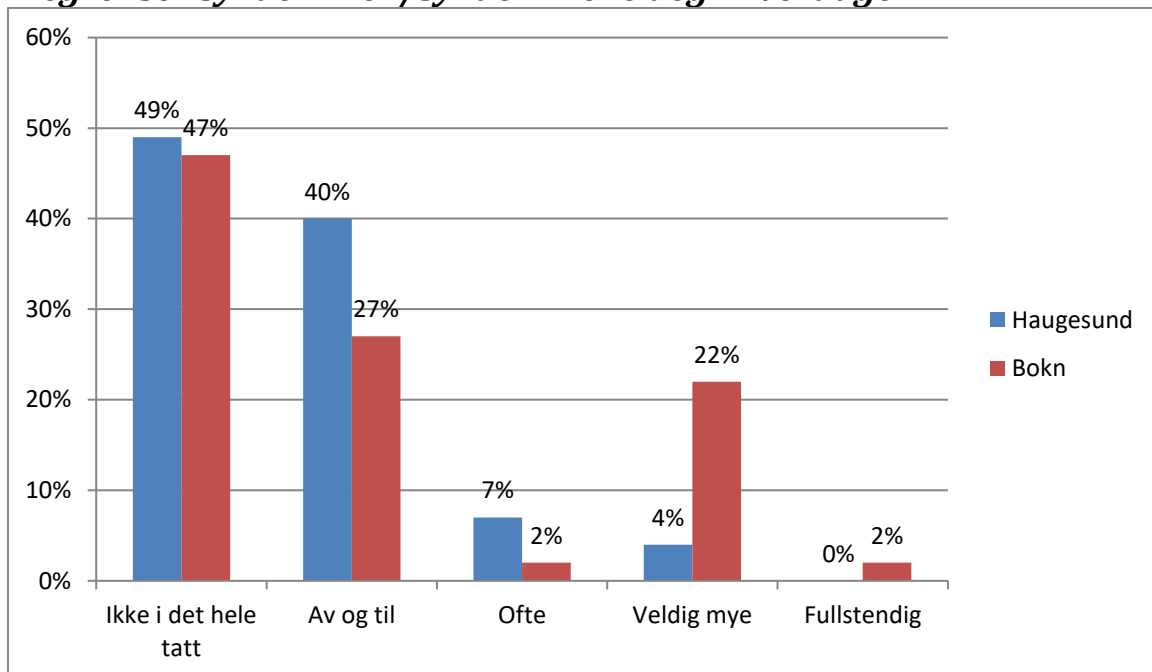
"Dersom ja, hvilke sykdommer har du?"



Figur 98: Prosentfordeling (n=144).

Figur 97 viser sykdomsutbredelse fordelt etter kommune.

"Begrenser sykdommen/sykdommene deg i hverdagen?"

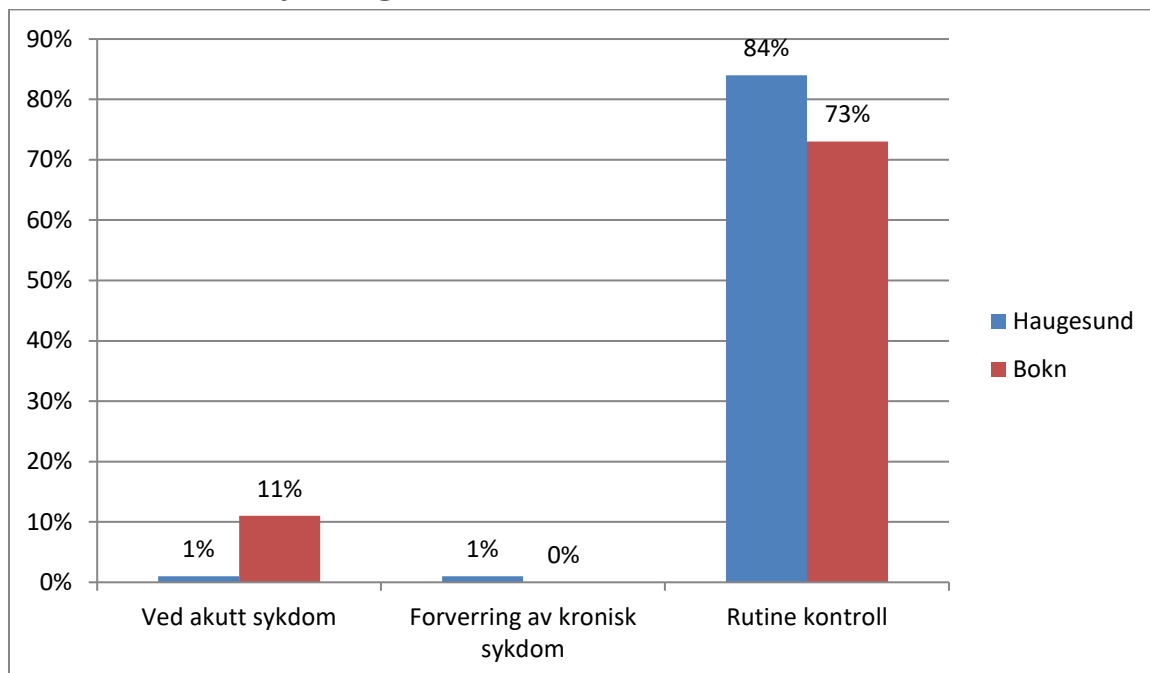


Figur 99: Prosentfordeling (n=119).

Om lag halvparten i begge kommunene svarer at sykdommen/sykdommene begrenser en i hverdagen i en viss grad. For de aller fleste gjelder det av og til, men figuren viser at 22 prosent i Bokn svarer at sykdommen begrenser dem veldig mye.

Forbruk av helsetjenester

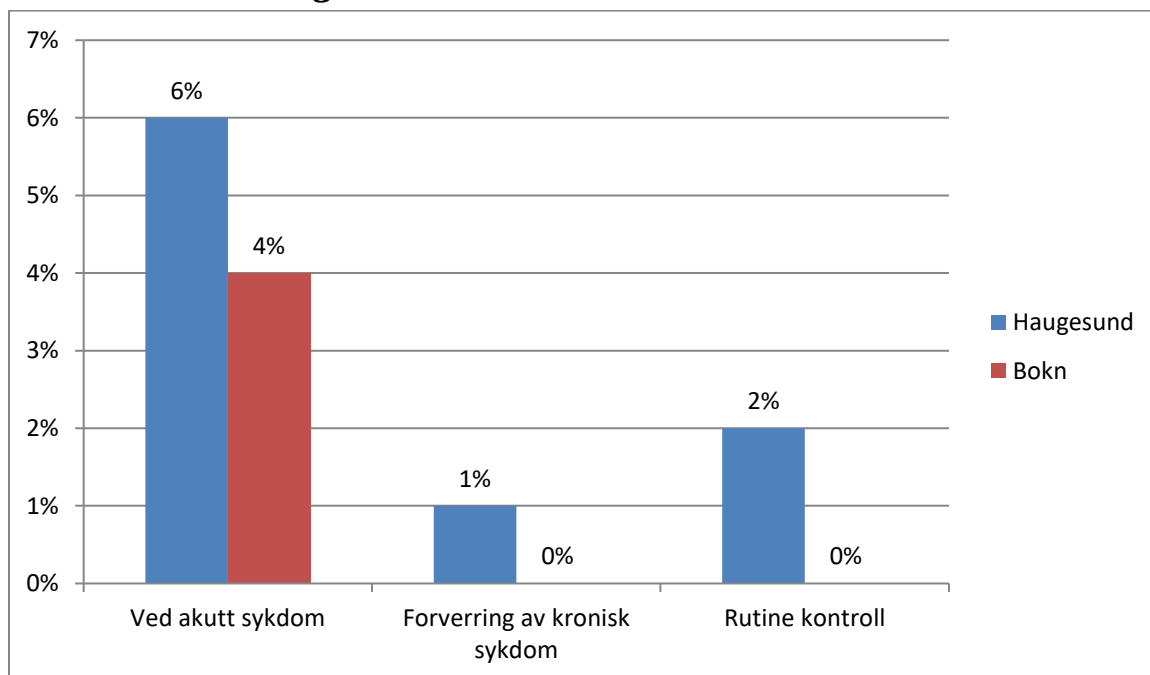
Antall besøk hos fastlegen siste 6 mnd.



Figur 100: Prosentfordeling (n=140).

Mellom 70 og 80 prosent har vært hos fastlegen for rutinekontroll i løpet av de siste 6 måneder.

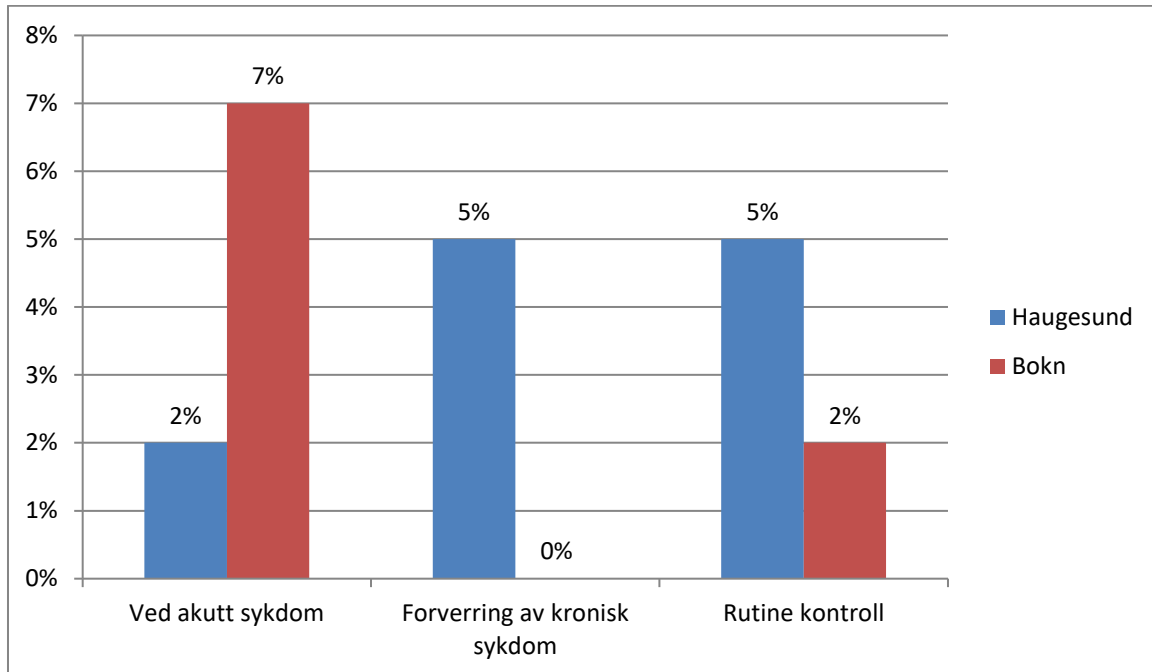
Antall besøk hos legevakt siste 6 mnd.



Figur 101: Prosentfordeling (n=140).

Figur 100 viser at en liten gruppe har besøkt legevakten de siste 6 måneder pga akutt sykdom

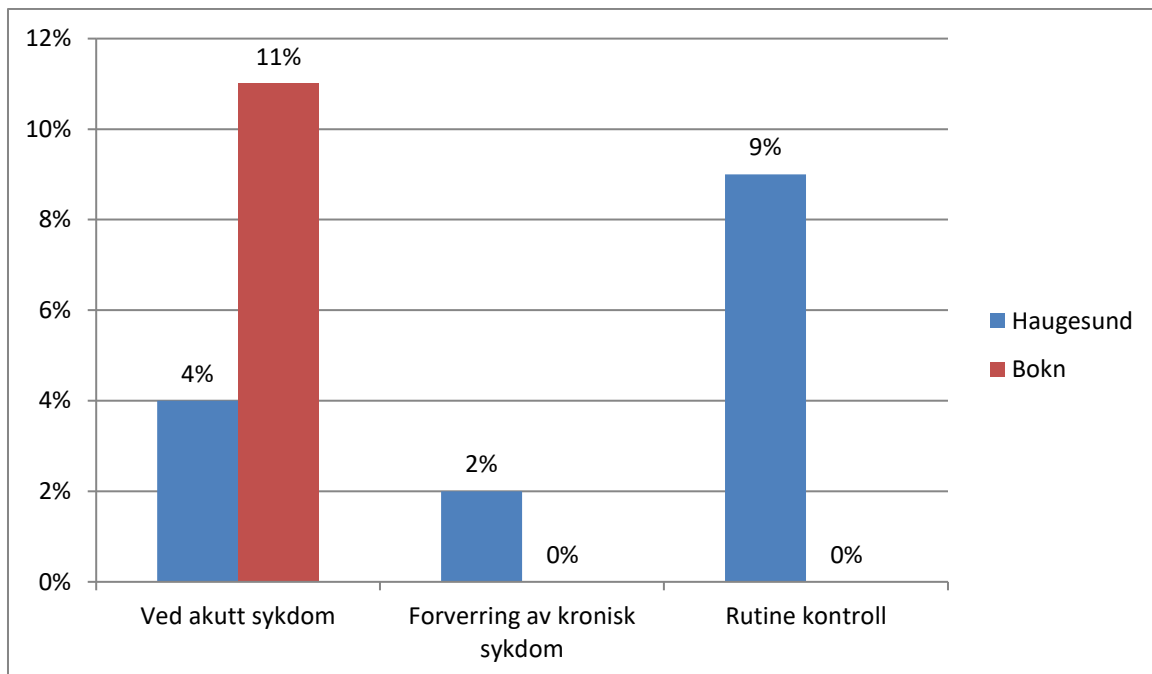
Antall sykehusinnleggelser siste 6 mnd.



Figur 102: Prosentfordeling (n=140).

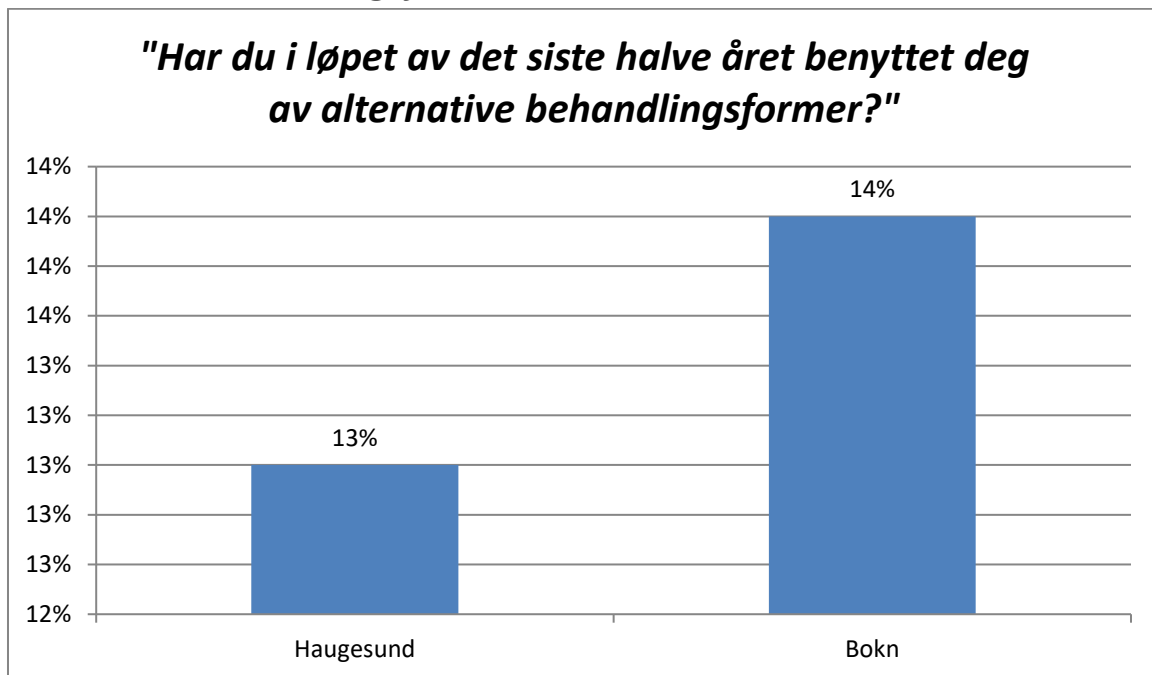
Figur 101 indikerer at 2 prosent av 77 åringene i Haugesund har blitt lagt inn på sykehus ved akutt sykdom de siste 6 måneder. Tilsvarende tall for Bokn er 7 prosent.

Antall antibiotika kurer siste 6 mnd.



Figur 103: Prosentfordeling (n =140).

Alternative behandlingsformer

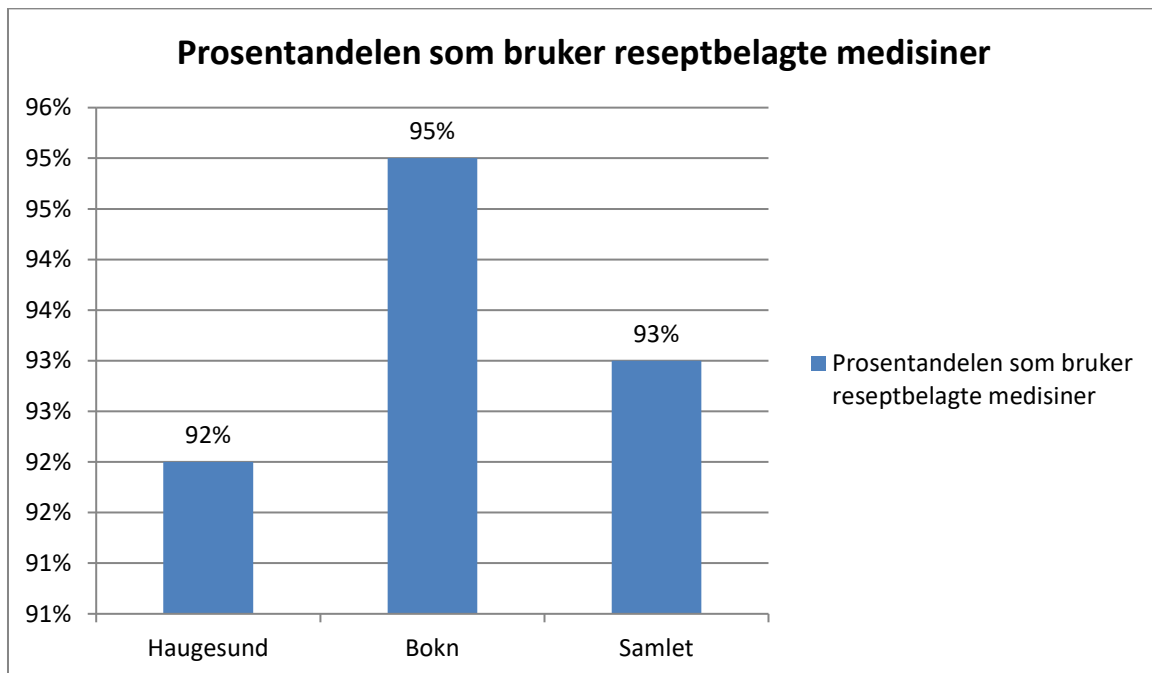


Figur 104: Prosentandelen som svarer "Ja" på spørsmålet om de har benyttet alternative behandlingsformer siste halve året (n=141).

Figur 103 viser at gruppen som har benyttet seg av alternative behandlingsformer er noenlunde like stor i de to kommunene.

Medikamentbruk

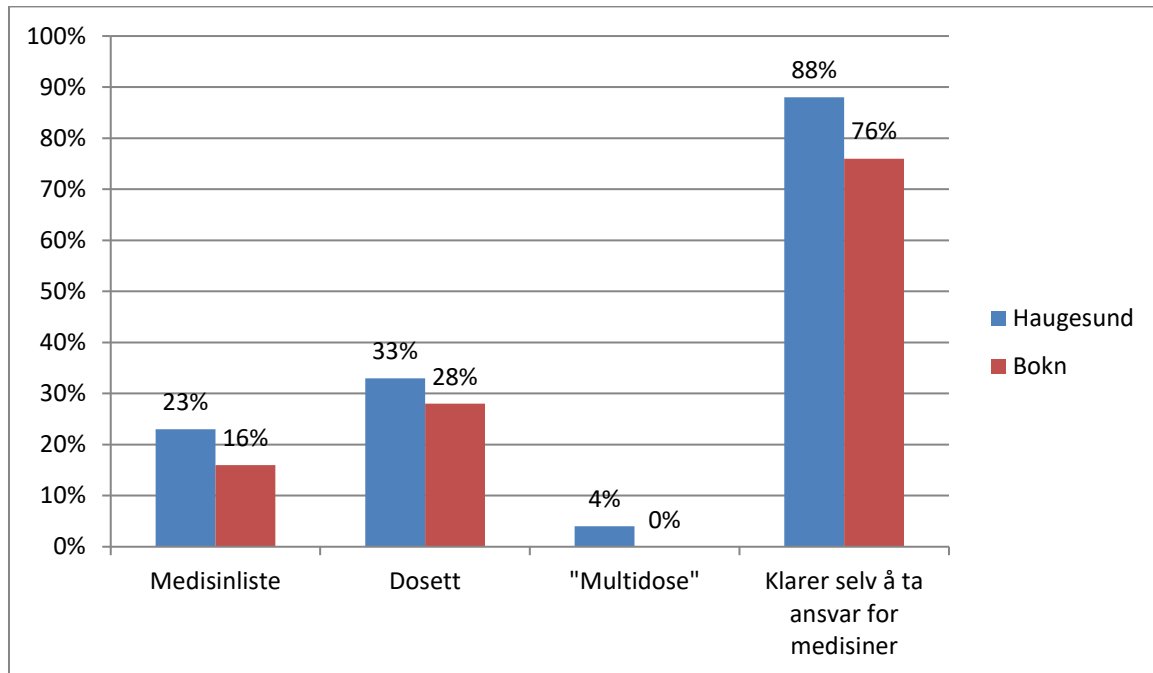
"Bruker du reseptbelagte medisiner?"



Figur 105: Prosentfordeling (n=144).

Figuren over viser at 92 prosent av 77 åringene i Haugesund og 95 prosent av de eldre over 75 år i Bokn bruker reseptbelagte medisiner.

"Dersom "ja", har du noen av følgende hjelpemiddel?"



Figur 106: Prosentfordeling (n=133).

Figuren over viser at de aller fleste tar hand over medisinen selv. Om lag 30 prosent bruker hjelpemiddel som dosett, mens en noe mindre prosentandel bruker medicinliste.

"Hvor mange forordnede (reseptbelagte) tabletter bruker du daglig?"

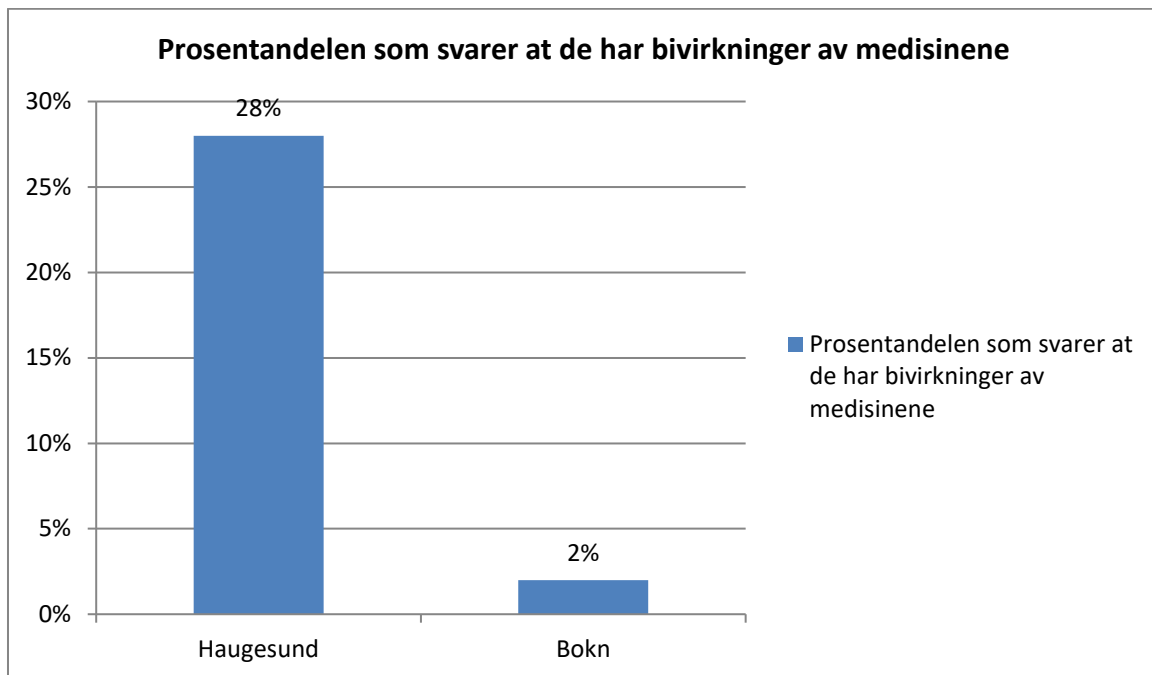
Tabell 3 under viser hvor mange tabletter de eldre som bruker medikament bruker daglig. Gjennomsnittsverdiene er gitt som aritmetisk gjennomsnitt, median og mode.

Tabell 3

Kommune	Gjennomsnitt	Median	Mode
Haugesund	3.79	4	4
Bokn	4.31	4	5

(n=133).

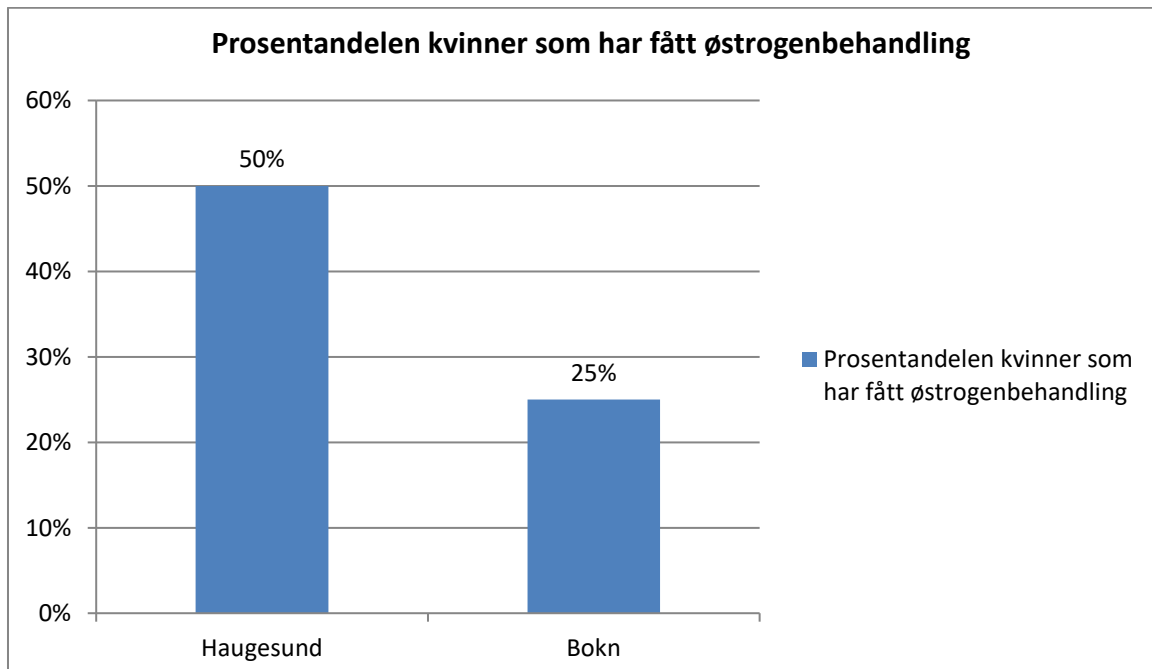
"Har du noen bivirkninger av medisinene?"



Figur 107: Prosentfordeling (n=133).

28 prosent av utvalget i Haugesund som bruker reseptbelagte medisiner svarer at de tror de har bivirkninger. Tallet er atskillig lavere for Bokn. Der svarer 2 prosent at de tror de har bivirkninger.

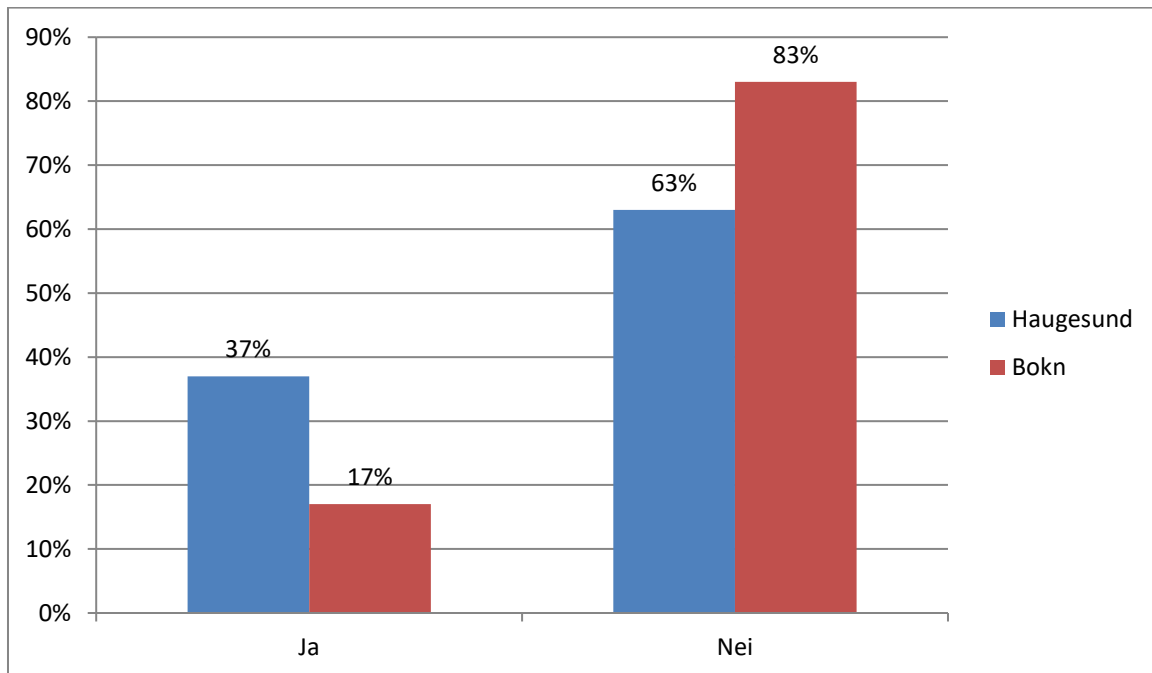
"Har du fått østrogenbehandling?"



Figur 108: Prosentfordeling (n=84).

Halvparten av kvinnene i utvalget fra Haugesund svarer at de har fått østrogenbehandling. I Bokn er tilsvarende tall 25 prosent.

”Bruker du andre medisiner dersom behov? (F. eks reseptfrie medisiner, natur/helsepreparater, ”alternative medisiner”)

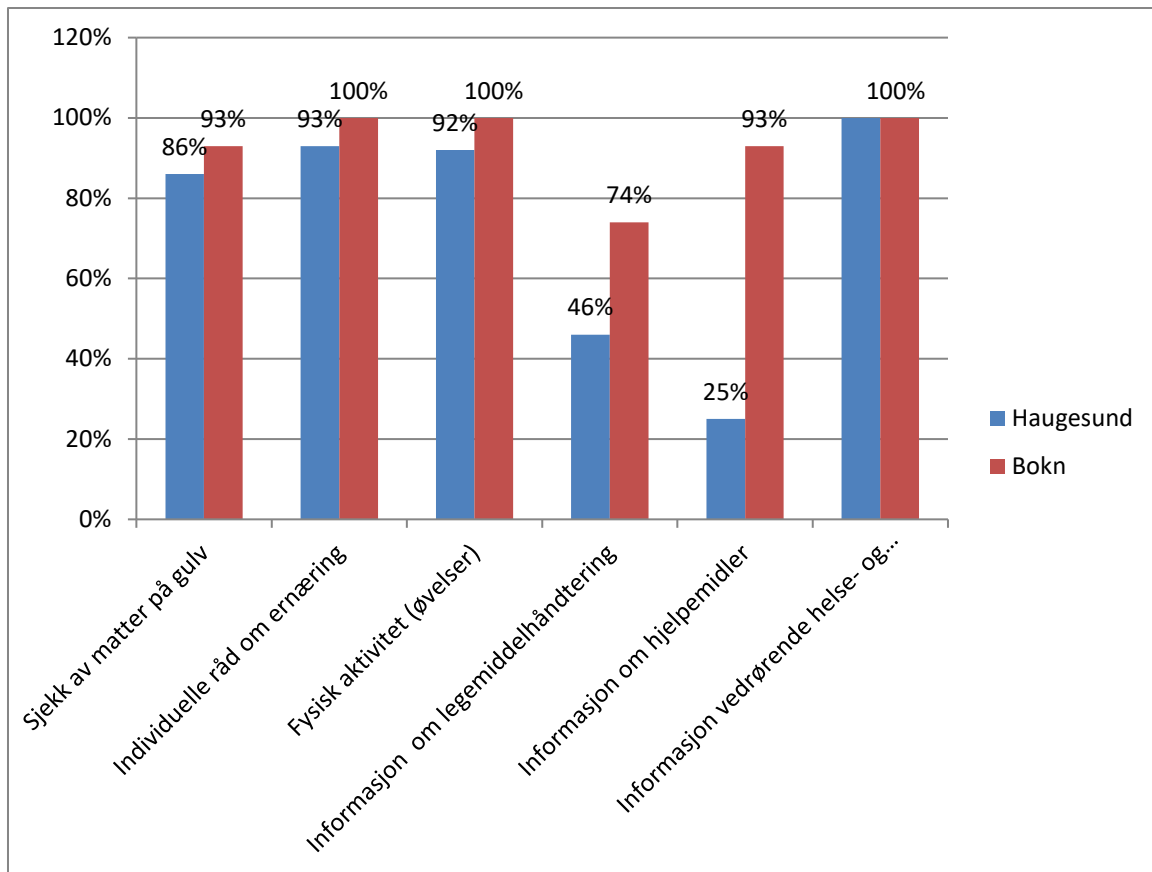


Figur 109: Prosentfordeling (n=123).

Figur 108: Prosentandelen som svarer at de bruker andre medisiner dersom behov.

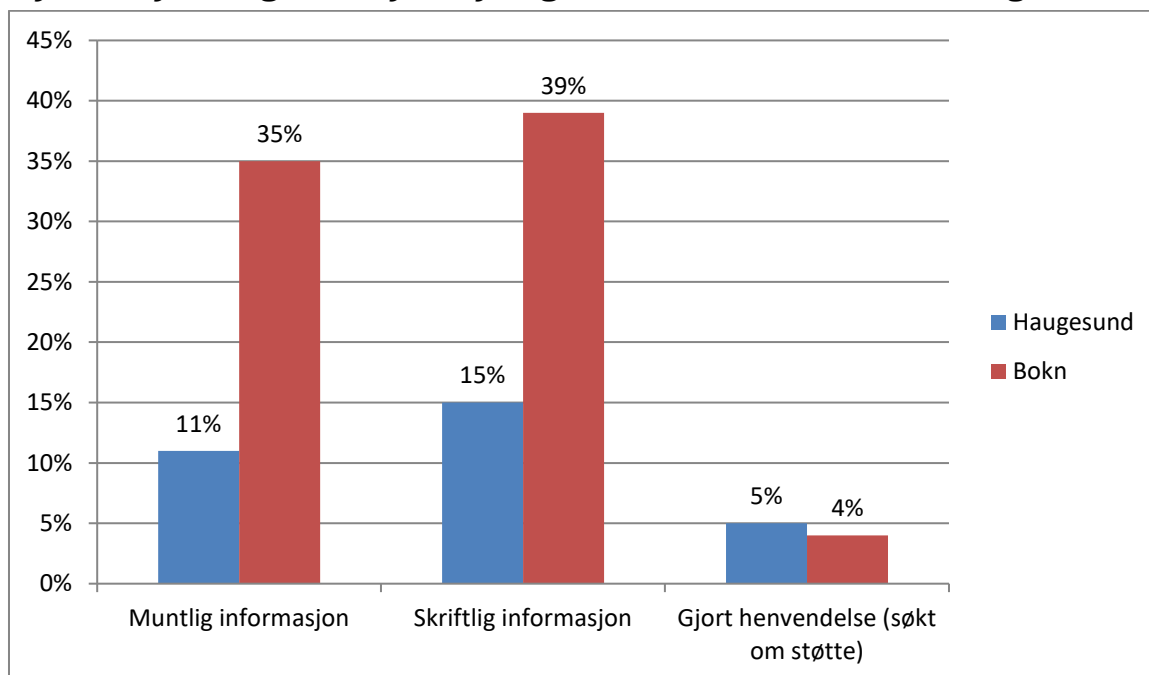
Helsefremmende og forebyggende tiltak

Samtlige deltakere har fått utdelt generell helsefremmende og forebyggende informasjon, informasjon om helse- og sosialtjenestene i kommunen samt informasjon om forebyggelse av hjemmeulykker. I tillegg har flertallet fått individuelle råd om ernæring, fysisk aktivitet, medisinhandling (se figur under).

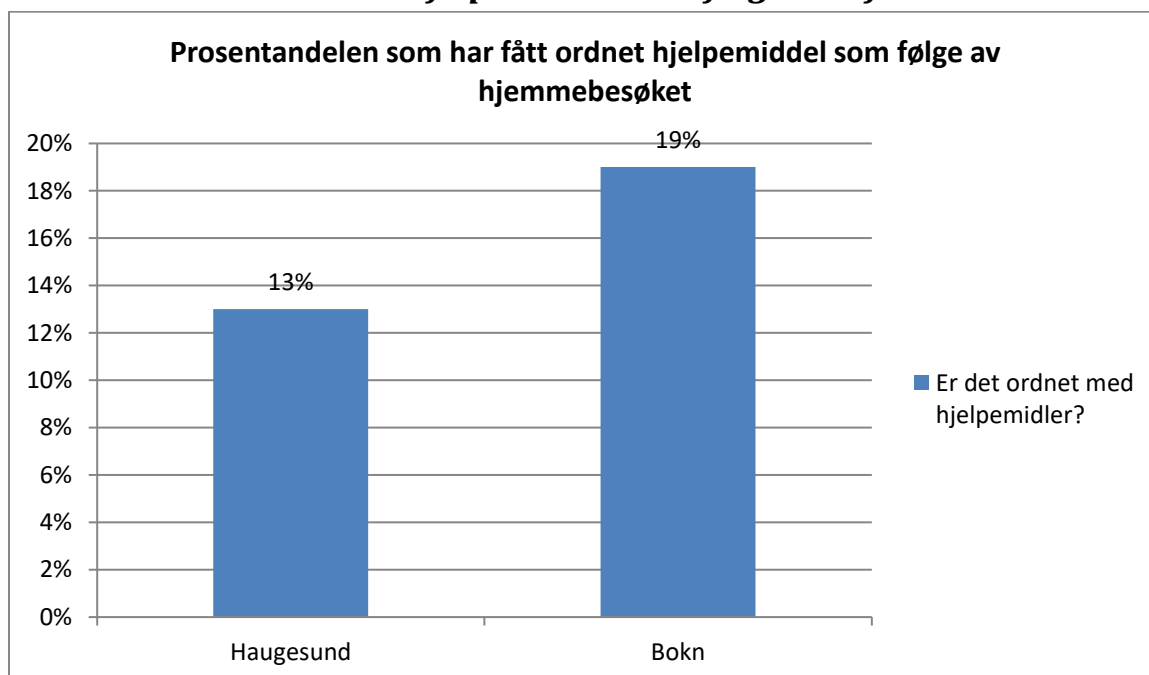


Figur 110: Prosentfordeling (n=144).

Informasjon angående forskjellige økonomiske støtteordninger



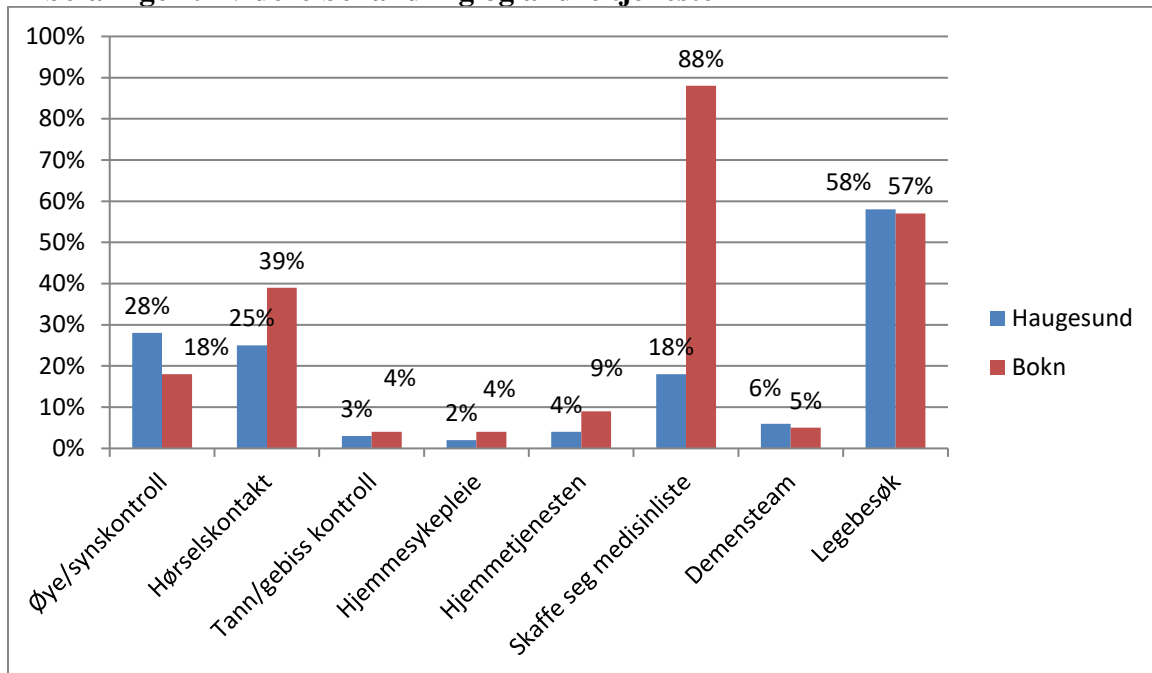
"Er det blitt ordnet med hjelpemidler som følge av hjemmebesøket?"



Figur 111: Prosentfordeling (n=139).

For 13 prosent av utvalget i Haugesund og 19 i Bokn er det ordnet med et eller flere hjelpemiddel.

Anbefalinger til videre behandling og andre tjenester

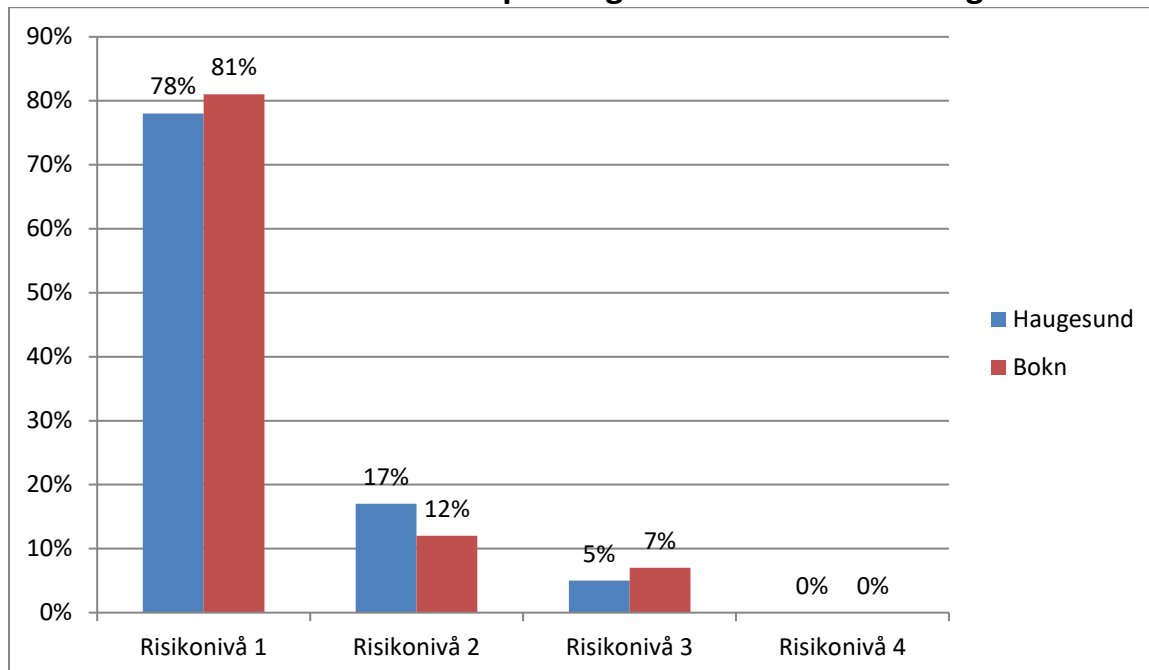


Figur 112: Prosentfordeling (n=144).

Figur 111 viser hvilke anbefalinger det er gitt til de eldre under hjemmebesøket.

Risikovurdering

De eldre fordelt etter risikonivå på bakgrunn av risikovurderingen



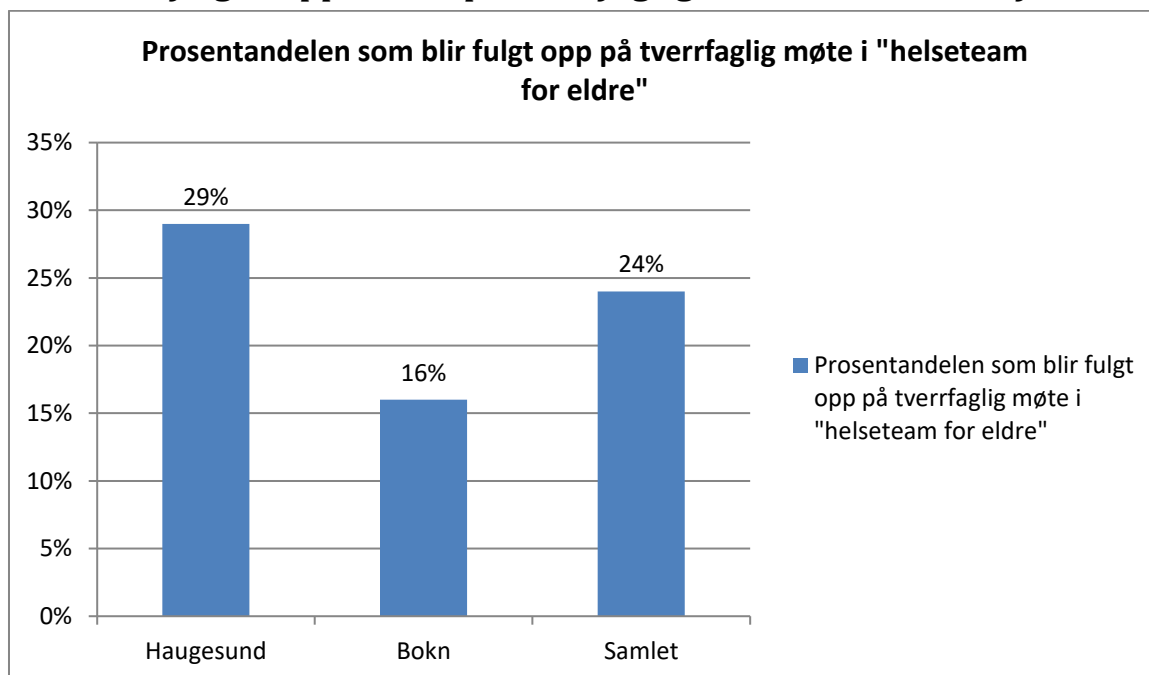
Figur 113: Prosentfordeling (n=144).

80 prosent av de eldre som har mottatt hjemmebesøk er blitt vurdert til å høre hjemme under risikonivå 1. For risikonivå 1 heter det: *”Ingen nærliggende fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Ingen tiltak nødvendig”*. De eldre som kommer under risikonivå 1 blir ikke drøftet i det tverrfaglige helseteamet.

17 prosent av 77 åringene i Haugesund og 12 prosent av de eldre i Bokn er vurdert til å høre hjemme under risikonivå 2. For risikonivå 2 heter det: *”Usikkert om det er økt fare for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Usikkerhet kan skyldes at helseteamsykepleiers kliniske vurdering ikke samsvarer med lav risikoskår på den strukturerte kartleggingen eller at det til tross for lav totalskår er høy skår på enkelte punkter i risikovurderingen. Helseteamsykepleier konfererer (raskt og fortløpende) med helseteamet for å avgjøre om det skal føre til full tverrfaglig drøfting (oppjustering til risikonivå 3-4) eller nedjusteres til Risikonivå 1”*.

5 prosent og 7 prosent i henholdsvis Haugesund og Bokn har kommet under risikonivå 3. For risikonivå 3 heter det: *”Økt risiko for utvikling av sykdom eller funksjonsfall. Kasuistikken drøftes i tverrfaglig helseteam”*. Ingen er vurdert til å være under risikonivå 4.

Den eldre følges opp videre på tverrfaglig møte i "Helseteam for eldre"



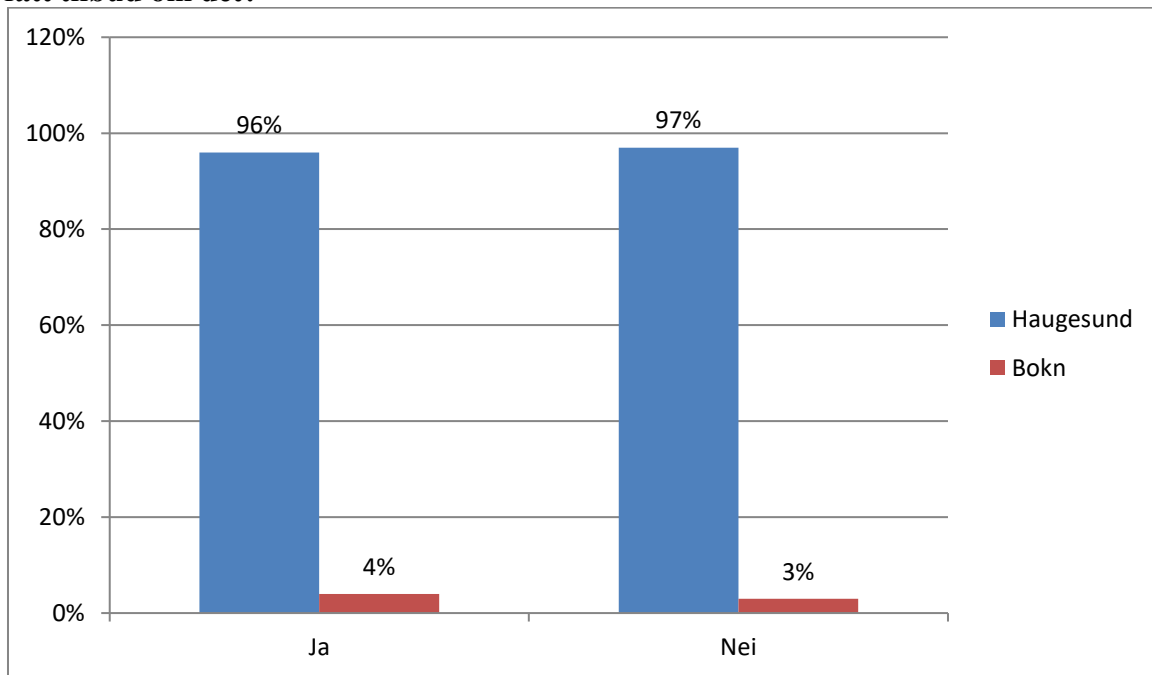
Figur 114: Prosentfordeling (n=144).

24 prosent av de eldre i utvalget har blitt fulgt opp videre på tverrfaglig møte i "Helseteam for eldre". Noe variasjon mellom Haugesund og Bokn er det: 29 prosent av 77 åringene i Haugesund har blitt fulgt opp mot 16 prosent av de eldre i Bokn. Det er noe avvik mellom prosentandelen som er blitt kategorisert i risikonivå 2 og 3 (figur 112) og prosentandelen som er blitt fulgt opp på tverrfaglig møte i helseteamet. Dette kan skyldes at noen eldre har hatt svært høy score på enkelte områder som er blitt kartlagt, eller det kan være spesifikke problemstillinger knyttet til f. eks blodtrykk, bivirkninger eller kognitive problem som har gjort at helseteamsykepleierne har hatt behov for å drøfte situasjonen.

Brukerevaluering

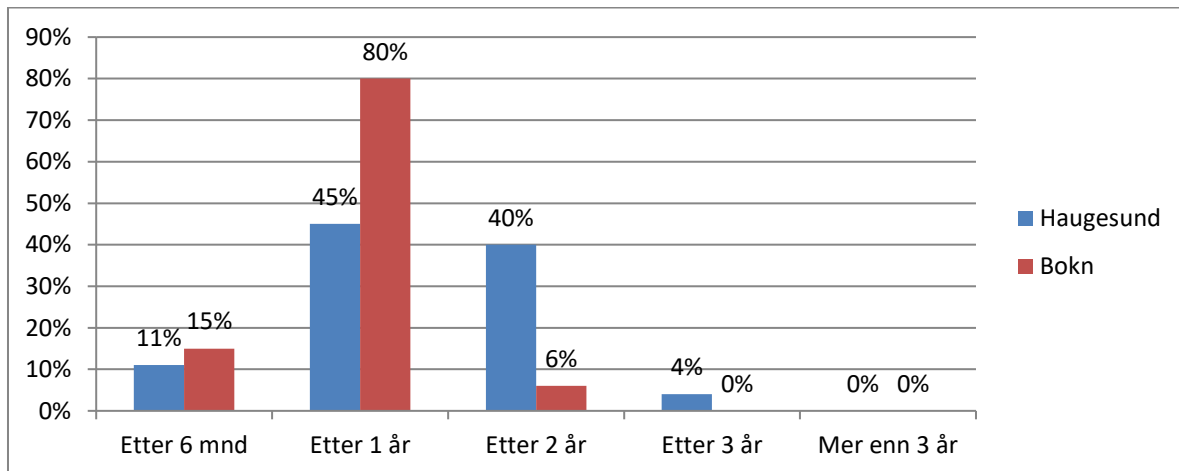
Avslutningsvis under det forebyggende og helefremmende hjemmebesøket ble de eldre spurt om de ønsker flere slike besøk i fremtiden dersom de hadde fått tilbudet om det. Figur 114 under viser at bare en marginal gruppe på 3-4 prosent ikke kunne tenke seg å få et nytt besøk.

”Ønsker du flere slike helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk dersom du hadde fått tilbud om det?”



Figur 115: Prosentfordeling (n=135)

Dersom ja, hvor hyppig?



Figur 116: Prosentfordeling (n= 129).

De aller fleste kunne tenke seg et nytt besøk innen 1 til 2 år.

Avsluttende kommentar

Hensikten med denne resultat-rapporten er å gi et innblikk i det som blir kartlagt gjennom hjemmebesøkene i "Helseteam"-prosjektet. Denne kartleggingen kan gi nyttig kunnskap til kommunene om helsetilstanden til de eldre og om hvilke forebyggende og helsefremmende tiltak som kan settes i verk overfor denne målgruppen. En slik systematisk kartlegging er også i tråd med den nye folkehelseoven som trådte i kraft fra 1. januar 2012 der kommunene får ansvar for å ha nødvendig oversikt over helsetilstanden til befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

En slik systematisk kartlegging kan også danne grunnlaget for å drive forskning rettet mot hvilke individuelle og strukturelle faktorer som skaper helse og uhelse blant denne aldersgruppen, og på den måten kan det vinnes ny kunnskap som kan nyttegjøres i det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Litteratur

- Fossum, M. Terjesen, S. Ehrenberg, A. Ehnfors, M., & Söderhamn, O. (2009). Evaluation of the Norwegian version of Mini Nutritional Assessment (MNA) among older nursing home patients. *Vård i Norden* (2): 50-52
- Guigoz, Y., Laugue, S. & Vellas, B.J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine* (18): 737-757
- Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual & interpretation guide*. Boston: New England Medical Center, The Health Institute
- Pitkälä, K. H., Laakkonen, M. L., Strandberg, T. E. & Tilvis, R. S. (2004) Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population. *J Clin Epidemiol* (57), 409-414

