

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre på Agder

En oversikt over karakteristika og sammenhenger, og endringer ved oppfølgingsbesøk



Björg Dale og Berit Westbye



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester



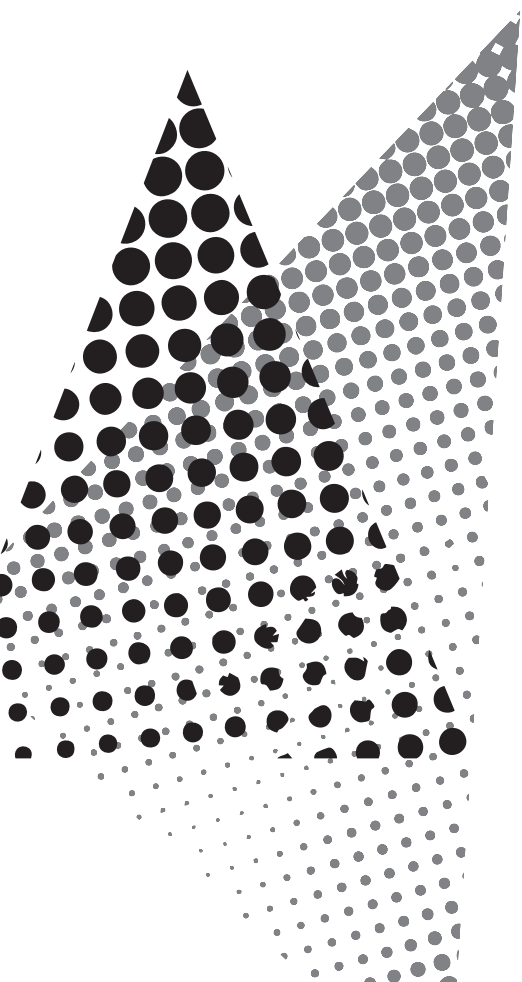
Senter for
omsorgsforskning



UiA Universitetet
i Agder

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre på Agder

En oversikt over karakteristika og sammenhenger,
og endringer ved oppfølgingsbesøk



Björg Dale og Berit Westbye

Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre på Agder

En oversikt over karakteristika og sammenhenger,
og endringer ved oppfølgingsbesøk

Senter for omsorgsforskning

2021



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: XXX

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 02/2021

Tittel: Forbyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre på Agder

Forfattere: Bjørg Dale og Berit Westbye

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-114-1

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-113-4

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

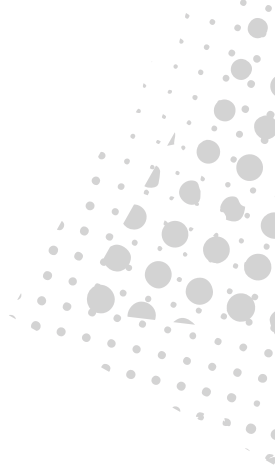
I 2011 fikk Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder, Grimstad kommune, et oppdrag og midler fra Helsedirektoratet for å gjennomføre et 3 – årig prosjekt i forhold til helsefremmende arbeid rettet mot eldre med fokus på forebyggende hjemmebesøk. Hensikten med oppdraget var å utvikle en metodikk, og å dokumentere og spre erfaringer, som ble gjort i forbindelse med besøkene.

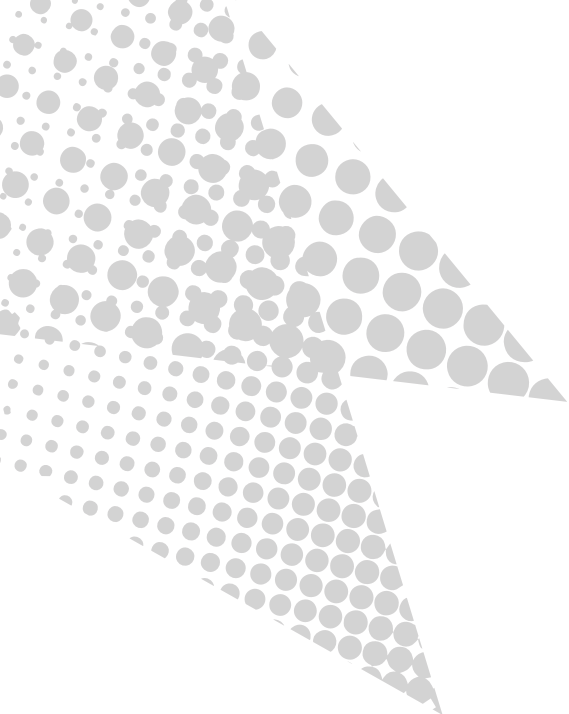
Etter oppdragsprosjektets slutt i 2015 ble det besluttet å fortsette med gjennomføring av hjemmebesøkene til nye årskull i Grimstad kommune, i tillegg til å tilby oppfølgingsbesøk fire år etter det første. Det er utviklet et kartleggingsverktøy som er anvendt/anvendes ved alle besøkene. Registrerte data ifra besøkene er blitt analysert, og det er deler av dette materialet som presenteres i denne rapporten.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Agder (Øst) og Senter for omsorgsforskning, Sør ved Universitetet i Agder, Grimstad.

Vi vil takke alle deltagerne i prosjektet som har gitt samtykke til å anvende de registrerte dataene. Vi vil også takke Grimstad kommune som har bevilget midler til en deltidsstilling og derigjennom gjort det mulig å fortsette hjemmebesøkene og prosjektet i sin helhet. Videre vil vi takke studentgruppen på masterstudiet i Helse- og sosialinformatikk ved Universitet i Agder som utarbeidet det første utkastet til registreringskjemaet som en del av sin avsluttende masteroppgave.

Björg Dale og Berit Westbye
Grimstad, 14.5.2021





SAMMENDRAG

Denne rapporten er basert på data som er registrert i forbindelse med forebyggende hjemmebesøk (FHB) i Grimstad kommune i Agder i perioden oktober 2012 til mars 2020. Som en videreføring av et oppdrag som kommunen fikk av Helsedirektoratet i 2011, med fokus på FHB, er data blitt systematisk registrert i forbindelse med de fleste besøk som er gjennomført i perioden. Med kun enkelte unntak er besøkene gjennomført av samme helsearbeider ansatt ved USHT i Grimstad. Skjemaet blir fylt ut av helsearbeideren, som noterer ned svarene gitt av den eldre som har besøk.

I tillegg til førstegangsbesøk, som er blitt tilbudt alle personer i kommunen det året de fyller 78 år, er det tilbudt og gjennomført oppfølgingsbesøk det året personene fyller 82 år. Utvalget i denne rapporten består av 474 personer som hadde hatt førstegangsbesøk, og 142 personer som hadde hatt oppfølgingsbesøk. Det er et kriterium at de som tilbys besøk ikke skal være mottakere av omsorgstjenester fra kommunen. Registreringsskjemaet er anvendt i forbindelse med begge besøkene, hvilket gir en god oversikt over endringer som har skjedd i utvalget i løpet av denne fire-års perioden. I tillegg til å registrere opplysninger i kartleggingsskjemaet har besøkene et klart fokus på helsefremming og mestring, informasjon om kommunens omsorgstilbud og ikke minst veiledning, råd og støtte.

I tillegg til en del bakgrunnsvariabler inneholder kartleggingsskjemaet blant annet ulike temaer relatert til fysisk og psykisk helse, fysisk aktivitetsnivå og funksjonsevne, sosial deltakelse og nettverk, og bruk av ulike typer media.

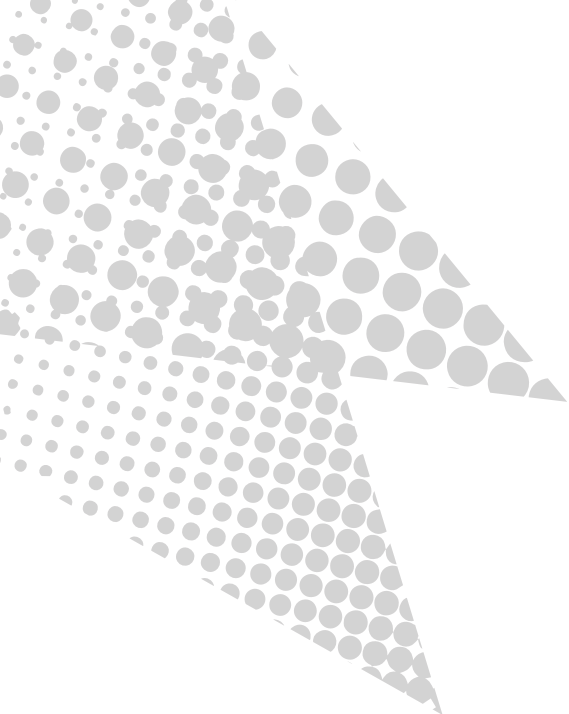
I rapporten presenteres oversikt over og analyser av data som er registrert. Sammenligning av status fra førstegangs- til oppfølgingsbesøk presenteres, og eventuelle sammenhenger mellom variabler i skjemaet. Det er brukt enkle statistiske analyser i form av deskriptiv og sammenlignende statistikk.

Resultatene viser at opplevd fysisk og psykisk helse i utvalget var god. Nesten 90% av utvalget oppga at de var fysisk aktive minst 30 minutter daglig. Det var en del som hadde hatt fall utendørs, og medikamentbruken - målt i antall medikamenttyper - var høy. Det sosiale aktivitetsnivå var også høyt, og de aller fleste hadde god tilgang på sosialt nettverk

og hadde ofte kontakt med andre. Et stort flertall opplevde at de på ulike måter var en ressurs for andre, og hyppig bruk av ulike media indikerer at de var opptatt av å være orientert. Noen opplevde likevel at de var mer alene enn de ønsket. Selv om det hadde skjedd noen endringer – enten i negativ eller positiv retning- i deltagerens helsetilstand på ulike områder mellom førstegangs- og oppfølgingsbesøk, er det generelle inntrykket at tilstanden hadde vært relativt stabil i fire-års perioden. Noen hadde gjort endringer og fokusert mer på slikt som fysisk og sosial aktivitet, ernæringstilstand og sikkerhet i hjemmet.

Resultater så langt i dette prosjektet viser at personene som hadde hatt hjemmebesøk var en gruppe 78-åringer (og henholdsvis 82-åringer) som hadde god fysisk og psykisk helse, som var aktive både fysisk og sosialt, og i stor grad engasjert i det som skjer. Vi ser at det hadde skjedd noen endringer fra førstegangs- til oppfølgingsbesøk, men totalt sett hadde tilstanden vært ganske stabil i denne fire-års perioden. Noen hadde tatt grep eller gjort endringer på områder som kunne bedre deres helse, sikkerhet eller aktivitetsnivå. Eldre personer er likevel ikke en ensartet gruppe, og det er derfor viktig å være klar over at noen er mer utsatte enn andre – enten det gjelder det fysiske, psykiske eller sosiale området. Det generelle inntrykket fra samtaler med de som fikk besøk var at de hadde et genuint ønske om å klare seg selv i sitt eget hjem så lenge som mulig. I så måte mener vi at forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk er et viktig tiltak, for å kunne fange opp så tidlig som mulig de som er mest utsatt. Selve samtalen under besøkene, i tillegg til informasjon, råd og oppmuntring, bidrar til trygghet og understøtter mestringsressursene hos den eldre.

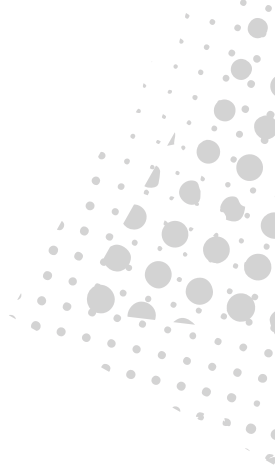


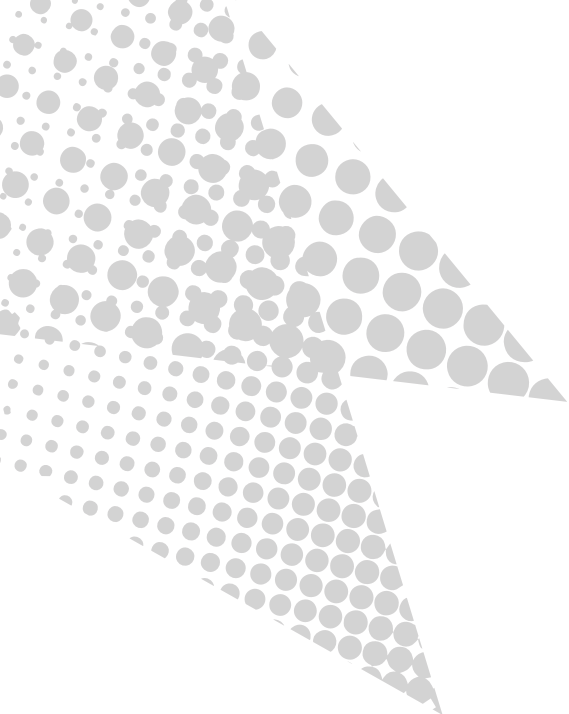


INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN	1
1.2 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK – OFFENTLIGE FØRINGER OG TIDLIGERE STUDIER	2
METODE	7
2.1 UTVALGET	7
2.2 KARTLEGGINGSSKJEMAET OG INNHOOLD I BESØKENE	8
2.3 ANALYSER	9
2.4 ETISKE OVERVEIELSER	9
3. RESULTATER MED KOMMENTARER	11
3.1 BAKGRUNNSINFORMASJON OM DELTAKERNE	11
3.2 STATUS VED FØRSTEGANGSBESØK	12
Egenopplevd fysisk og psykisk helse generelt	12
Fall inne og ute	13
Fysisk aktivitet	14
Væske og ernæring	16

Medikamentbruk	18
Bruk av alkohol og tobakk	19
Sosialt nettverk, sosial aktivitet og tilhørighet	19
Bruk av data, mobiltelefon og medier	21
3.3 ENDRINGER FRA FØRSTEGANGSBESØK TIL OPPFØLGINGSBESØK	24
4. DISKUSJON OG REFLEKSJONER	27
5. KONKLUSJON OG OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER	31
REFERANSER	33





1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN

Kommunale helse- og omsorgstjenester står foran betydelige utfordringer knyttet blant annet til en sterkt voksende eldre befolkning (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). I 2011 fikk Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Aust-Agder¹, Grimstad kommune, midler fra Helsedirektoratet til et 3 – årig prosjekt i forhold til helsefremmende arbeid rettet mot eldre med fokus på forebyggende hjemmebesøk (FHB). Prosjektet på Agder, som fikk betegnelsen «Friskere liv med forebygging», var ett av 5 som fikk midler fra Helsedirektoratet. Hovedmålsettingen var å utvikle en metodikk, og å dokumentere og spre erfaringer, som ble gjort i forbindelse med FHB til eldre. Prosjektet ble gjennomført i perioden 2012-2015. Tre kommuner i Aust-Agder; Grimstad, Lillesand og Arendal, var inkludert. I tillegg var Songdalen og Kristiansand kommuner med fra Vest-Agder² denne første runden. Alle personer i de inkluderte kommunene, og som ikke mottok kommunale tjenester som praktisk bistand, hjemmesykepleie eller dagsenter, fikk tilbud om hjemmebesøk det året de fylte 78 år. Det ble samtidig utarbeidet et kartleggingsskjema til bruk i forbindelse med besøkene.

I etterkant av prosjektet har Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust-Agder og Grimstad kommune videreført prosjektet i egen drift, og nye «årskull» har fått tilbud om FHB det året de fylte 78 år. I det videreførte prosjektet er det derfor bare Grimstad kommune som er involvert.

¹ Fra 2020 er Aust-Agder og Vest-Agder fylke slått sammen til ett fylke; Agder. Den nye betegnelsen på det tidligere Utviklingssenteret i Aust-Agder er Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Agder (Øst). Grimstad kommune er vertskommune, og Utviklingssenteret i øst er en del av Utviklingsavdelingen i Helse- og omsorgstjenesten i Grimstad kommune.

² Etter fylkessammenslåing er Aust-Agder og Vest-Agder fylke slått sammen. Det heter nå Agder fylke

Det er fortsatt kun 78-åringene som ikke mottar andre kommunale omsorgstjenester som får tilbud om besøk, så dette er en gruppe som i utgangspunktet forventes å være relativt selvhjulpne og ha god egenomsorgsevne. Det er noe av dette som har vært en viktig målsetting for kommunen – å fange opp og tilrettelegge for eldre personer før de blir skrøpelige og hjelpetrengende. I tillegg er det siden 2016 blitt tilbudt og gjennomført oppfølgingsbesøk etter ca fire år til de som har mottatt førstegangsbesøk, dvs det året de fyller 82 år. Et utvalg av forebyggende tiltak som er blitt iverksatt etter førstegangsbesøk er registrert. Hensikten har også vært å få en oversikt over den eldre befolkningen i kommunen, og dermed kunne planlegge bedre i årene framover. Det er viktig å innhente kunnskap om hvilke helsefremmende og forebyggende tiltak som er hensiktsmessige å iverksette blant eldre hjemmeboende. Dette for å styrke deres egenmestring og livskvalitet, og unngå unødvendig institusjonalisering og hjelpeavhengighet.

I tillegg til de planlagte andregangs besøkene etter ca fire år, har flere personer fra de ulike kullene fått tilbud om oppfølgingsbesøk eller telefonkontakt også utenom disse. Dette tilbudet blir gitt i tilfeller der en ser at helsetilstanden er uklar, at en mistenker kognitiv svikt, at vedkommende mister ektefellen, eller at de selv tar kontakt og ber om besøk.

I mars 2020 ble det et midlertidig stopp i hjemmebesøkene på grunn av Corona pandemien. Data som anvendes i denne rapporten er derfor de som var registrert på det tidspunktet, men både førstegangsbesøk og planlagte oppfølgingsbesøk gjennomføres fortsatt i den grad smittevernsituasjonen tillater det.

I denne rapporten fra prosjektet «Friskere liv med forebygging» vil vi for det første gi en oversikt over karakteristika og presentere en del data i forhold til de som mottok førstegangs besøk. Utgangspunktet for oversikten er de opplysningene som er registrert i kartleggings skjemaet, som inkluderer bakgrunnsinformasjon samt temaer relatert til egenopplevd helse, sosialt nettverk og aktivitet. Sammenhenger mellom registrerte enkeltvariabler blir også analysert og presentert. I tillegg vil vi sammenligne status og eventuelle endringer fra førstegangsbesøk til oppfølgingsbesøk hos den delen av utvalget som hadde mottatt slikt besøk på rapporteringstidspunktet.

1.2 FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK – OFFENTLIGE FØRINGER OG TIDLIGERE STUDIER

Det finnes etter hvert mye litteratur hvor det gjøres rede for tiltak og studier som er gjennomført i forhold til FHB, også i norsk og nordisk sammenheng. Blant annet er det utarbeidet en grundig kunnskapsoppsummering som er publisert i Omsorgsbiblioteket.no, som inkluderer både norske, nordiske og øvrige internasjonale studier (Førland & Skumsnes, 2017). Vi velger derfor i denne sammenheng å ikke presentere en grundig og uttømmende litteraturgjennomgang, og utvalget av forskningsstudier og annen litteratur som refereres er ment som eksempler.

Tiltaket med FHB har hatt økende oppmerksomhet gjennom flere offentlige dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; 2013a; 2013b; 2016; 2018; 2020; Helsedirektoratet, 2017). I Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet,

2009) legges vekt på tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold med vekt på forebygging, tidlig intervensjon og bedre ressursutnyttelse. Folkehelseoven (Helse- og omsorgsdepartementet 2012) sier at kommunene både skal fremme befolkningens helse og ha oversikt over innbyggernes helse. Forebyggende helsetjenester til eldre med fokus på aktivitet og nettverk, samt større innsats med trening og/eller aktivitet i rehabiliteringsfasen vil ofte medføre friskere eldre med større opplevelse av mestring og livsglede. I 2016 sendte blant annet Helse- og omsorgsdepartementet ut et rundskriv for å stimulere kommunene til å etablere tilbudet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Hensikten med tilbudet var, ifølge departementet, å styrke eldre sine ressurser, fremme mestring og å gjøre det mulig å leve aktive og selvstendige liv så lenge som mulig. I 2017 publiserte Helsedirektoratet veiledningsmaterieell angående FHB for bruk i kommunene (Helsedirektoratet, 2017). Også i Meld. St. 15 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) og i Handlingsplan for fysisk aktivitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) er FHB løftet fram som et viktig tiltak.

Mange land har mye erfaring med FHB til eldre, selv om litteraturen viser at gjennomføring, fokus og innhold i besøkene er svært forskjellig på tvers av landegrenser. Det samme gjelder i norsk sammenheng. Studier viser at praksisen er svært ulik i kommunene når det gjelder besøkshyppighet og om det tilbys oppfølgingsbesøk, om besøkene gjennomføres som gruppesamlinger, individuelt eller i en kombinasjon av disse, og det varierer hvorvidt hovedfokus i besøkene er forebygging eller helsefremming. Det siste er ikke minst relatert til hvilke grupper som får tilbud om besøk; mens noen kommuner avgrenser besøkene til personer som ikke mottar andre helse- og omsorgstjenester har andre kommuner valgt å tilby besøk som en del av det totale hjelpetilbudet. I nordisk sammenheng har særlig Danmark vært langt framme, hvor man allerede på 1960-tallet prøvde ut denne ordningen (Hendriksen et al., 1984). Positive erfaringer med hjemmebesøkene førte til at det i 1996 ble lovfestet at alle i Danmark over 75 år har krav på tilbud om to FBH i året (Vass et al., 2005; Vass et al., 2007). I 2010 ble dette endret til at kommunene skal tilby minst ett besøk årlig, og målgruppen er «friske eldre». I likhet med i Norge, er det enda ikke blitt lovpålagt i Sverige å gjennomføre FHB, men i begge land oppfordres det fra statlig hold å opprette slikt tilbud til eldre. Mens hjemmebesøkene tidligere hadde et tydeligere fokus på kartlegging av evt funksjonssvikt, hjelpebehov og forebygging av skader, har det helsefremmende aspektet med vekt på samtaler omkring ressurser og egenmestring samt helserådgivning og tjenesteinformasjon vært tydelig vektlagt de siste årene (Bogsti et al., 2020; Førland & Skumsnes, 2017; Skumsnes et al., 2015).

Det er etter hvert gjort en rekke studier for å undersøke erfaringer og mulige effekter av FHB. I Norge er det gjennomført nasjonale kartleggingsstudier for utbredelse av FHB blant annet i 2004 (Wyller & Pettersen, 2005) og 2013 (Førland & Skumsnes, 2014; Førland et al., 2015). Resultater fra disse kartleggingene viste at det i 2004 bare var 8% av norske kommuner som hadde igangsatt tiltaket, mens 2013-tallene viste en økning til ca 25%. Men selv om dette viste at det var en tydelig økning blant kommuner som hadde innført ordningen med FHB, var det altså en stor overvekt av norske kommuner som ikke hadde gjort det. Til tross for klare statlige føringer som understreker betydningen og viktigheten av FHB til eldre i kommunene, er det fortsatt svært variabelt hvorvidt, i hvilket omfang og på hvilke måter besøkene gjennomføres. Fordi tiltaket ikke

er lovpålagt er det utsatt for å bli en salderingspost som lett nedprioriteres i kommuner med stramme budsjett og lite ressurser (Førland & Skumsnes, 2014).

Bortsett fra nevnte kartleggingsstudier som viser utbredelsen av FHB i norske kommuner, har de fleste av studiene som er gjennomført i Norge anvendt kvalitative intervjuer blant de som mottar besøk og ansatte som gjennomfører besøkene (Bogsti et al., 2020; Sjøbø et al., 2016; Skovdahl et al., 2015; Tøien et al., 2015; Tøien et al. 2017; Tøien, 2019). Rapporterte erfaringer fra disse studiene tyder på at FHB kan skape økt trygghet, opplevelse av å bli sett (Sjøbø et al., 2016), samt økt tro på egen mestring og egne ressurser. Informasjon om forebyggende og helsefremmende tiltak kan bidra til opplevelse av uavhengighet og muligheten for å bo lenger i eget hjem, og å utsette behov for andre kommunale tjenester. Flere av studiene påpeker viktigheten av at de som gjennomfører besøkene har nødvendig kompetanse og at det er kontinuitet i hvem som gjennomfører dem (Skovdahl et al., 2015; Tøien, 2019). Videre, at tilbudet innlemmes som en del av den helhetlige helse- og omsorgstjenesten som kommunene tilbyr og prioriterer (Tøien, 2019).

Etter hva vi kjenner til, og som Tøiens (2019) doktorgradsavhandling også beskriver, er det ikke gjennomført studier på målt effekt av FHB i Norge. Imidlertid er det gjennomført en rekke studier internasjonalt, deriblant en del systematiske oversiktsstudier (Beswick et al., 2008; Fagerstrøm et al., 2009; Mayo-Wilson et al., 2014; Stuck et al., 2002; Tourigny et al., 2015). Det er imidlertid påpekt problemer med å vurdere og sammenligne intervensjoner i de inkluderte studiene fordi design, utvalgsgruppe, forutsetninger og gjennomføring varierer svært mye, noe som gjør tolkning av resultatene svært usikker (Mayo-Wilsson et al., 2014). Dessuten er fokus og vektlegging i hjemmebesøkene svært variable, ut fra hvilket helseperspektiv man legger til grunn (Tøien, 2019). Ofte finner man et relativt negativt helseperspektiv med fokus på sykdom og funksjonsnedsettelse, heller enn et positivt helseperspektiv med fokus på ressurser og helsefremming.

Generelt kan man si at resultatene ikke er entydige når det gjelder måling av effekt av FHB. Noen studier kan tyde på at besøkene kan utsette flytting til sykehjem og redusere sykehusinnleggelse, forebygge funksjonstap og tidlig død, og øke den eldres autonomi (Stuck et al., 2002; Tourigny et al., 2015), og dermed innebære blant annet en økonomisk gevinst. Samtidig viser andre studier at den økonomiske gevinsten av FHB er liten eller ubetydelig, eller i hvert fall relativt usikker (Brettsneider et al., 2015; Liimatta et al., 2016). Liimatta et al. (2019) gjennomførte en randomisert kontrollert studie av effektene av FHB på helserelatert livskvalitet. Resultatene viste at effekten på kort sikt, dvs etter ett år, så ut til å være positiv. Imidlertid så det ut som at effekten allerede etter to år var usikker, noe som understreker betydningen av at besøkene blir gjentatt med en viss hyppighet. Noen studier viser også til at det er en effekt i form av økt funksjonsnivå, redusert falltendens og dødelighet, og bedre livskvalitet (Stuck et al., 2002) hos den eldre. Videre kan det se ut som at den beste effekten oppnås når de som mottar besøkene er relativt friske og funksjonsdyktige, at hjemmebesøkene vektlegger ulike dimensjoner hos den eldre, og at det gjøres oppfølgingsbesøk med jevne mellomrom (Cronfalk et al., 2017; Tourigny et al., 2015).

Det har i liten grad lyktes oss å finne tilgjengelige og publiserte kvantitative prosjekter eller studier som setter søkelys på kjennetegn hos dem som mottar besøk slik det er tilfelle i vårt prosjekt, dvs en gruppe eldre som i utgangspunktet forventes å være selvhjulpne og ha god mestringsevne. Ett unntak i norsk sammenheng er studien til

Oldervoll et al. (2014) hvor det ble gjort en spørreundersøkelse blant de som mottok FHB i Trondheim kommune. I tillegg til at en del karakteristika ble registrert i forbindelse med besøket hadde de også en ny registrering (spørreundersøkelse) av de samme personene seks måneder etter besøket. I den oppfølgende spørreundersøkelsen hadde de også med spørsmål om eventuelle endringer som var gjort siden sist. Også i Ålesund kommune ble det gjennomført en studie av erfaringer som de eldre hadde av å ha mottatt FHB (Blindheim, & Alsnes, 2015). I tillegg til intervjuer med vekt på hvordan de oppfattet besøkene ble det også gjort en spørreundersøkelse hvor blant annet bo-situasjon og aktivitetsnivå ble kartlagt. Ellers har det, i hvert fall i norsk og nordisk sammenheng, vært gjennomført en del kvalitative intervjustudier blant de eldre som får besøk, deres pårørende og/eller blant helsepersonell for å få innblikk i deres erfaringer med besøkene. Videre har en del av studiene fokusert mye på eldre som allerede av ulike årsaker er hjelpetrengende.

Hensikt med denne rapporten er derfor å gi en oversikt over karakteristika hos personer over 78 år, som ikke mottar (andre) kommunale omsorgstjenester, og som har tatt imot FHB i en kommune på Agder. Vi vil også se på eventuelle sammenhenger mellom ulike karakteristika og aspekter som er kartlagt hos den eldre. Til slutt vil vi se på om det er endringer hos utvalget når det gjelder de registrerte data fra førstegangsbesøk til oppfølgingsbesøk etter fire år.





METODE

Prosjektet som denne rapporten handler om bygger på registrerte data fra førstegangs hjemmebesøk gjennomført i perioden 2012 – 2020, samt fra oppfølgingsbesøk gjennomført i perioden 2016 – 2020. Presentasjon og analyser av statistiske data som er registrert vil i noe grad også bli supplert med utfyllende kommentarer som kom fram under samtalene som dataregistreringen var en del av.

2.1 UTVALGET

Utvalget i den første delen av rapporten består av totalt 474 personer fra 8 årskull (1934 – 1941) som hadde hatt førstegangsbesøk innen mars 2020. Utvalget i den andre del av rapporten består av 142 personer som i tidsrommet 2016 til mars 2020 hadde hatt oppfølgingsbesøk. På grunn av Coronapandemien ble det midlertidig stopp i gjennomføring av hjemmebesøkene i mars 2020, og vi besluttet å anvende data fra de som hadde hatt besøk på det tidspunktet.

Inklusjonskriterier for utvalget var at de fylte 78 år (førstegangs besøk), henholdsvis 82 år (oppfølgingsbesøk), i løpet av det året de fikk tilbud om besøk, og at de på de aktuelle tidspunktene ikke mottok kommunale omsorgstjenester. Tabell 1 viser en oversikt over antall personer som har mottatt besøk, og antall som har takket nei/ikke var hjemme, i de 8 inkluderte årskull. Det er blitt gjennomført flere besøk (n=506) enn de som er registrert data på (n=474) fordi registreringsskjemaet ikke var helt ferdig utarbeidet.

Tabell 1. Oversikt over gjennomførte førstegangsbesøk for årskull 1934 - 1941

Årskull	Alle i kommunen 78 år n	Tilbudt besøk* n (%)	Takket nei n (%)	Ikke hjemme n (%)	Gjennomførte hjemmebesøk n (%)	Data registrert n
1934	102	91 (89)	26 (27)	9 (10)	55 (60)	48
1935	108	92 (85)	30 (32)	4 (4)	59 (64)	41
1936	120	95 (79)	27 (28)	5 (5)	63 (66)	56
1937	111	98 (88)	31 (32)	3 (3)	66 (61)	61
1938	137	111 (81)	30 (27)	3 (2.7)	76 (68)	71
1939	130	100 (77)	35 (35)	3 (3)	65 (62)	65
1940	127	110 (87)	40 (36)	1 (1)	68 (61)	68
1941	113	94 (83)	27 (29)	2 (2)	64 (68)	64
Totalt	984	791 (80)	246 (31)	30 (3,8)	506 (64)	474

* Ekskl. de som hadde kommunale omsorgstjenester, og derfor ikke fikk tilbud om besøk

På rapporteringstidspunkt hadde 172 personer fra årskull 1934 til 1938 fått tilbud om oppfølgingsbesøk, og det var gjennomført 142 besøk. Det er data fra disse besøkene som er grunnlag for analysene som gjelder oppfølgingsbesøk. Tabell 20, som presenteres på side 24 i rapporten, gir en oversikt over oppfølgingsbesøk, samt årsaker til frafall.

2.2 KARTLEGGINGSSKJEMAET OG INNHOLD I BESØKENE

Kartleggingsskjemaet som anvendes ved hjemmebesøkene inkluderer forhold som boforhold, sivilstatus, vurdering av egen helsetilstand (fysisk og psykisk), funksjonsnivå, mestringsevne- og ressurser, nærmiljø, aktivitet og sosial deltakelse og nettverk, hjelpemidler, opplevd ensomhet, alkoholbruk og falltendens.

Kartleggingsskjemaet ble imidlertid ikke ferdig utviklet før våren 2013. Årskull 1934 har, som det eneste kullet, hatt årlig oppfølgingsbesøk for de som har ønsket det. Skjemaet ble derfor fylt ut ved andre besøk til denne gruppen, dvs det året de fylte 79 år. Besøkene til årskull 1935 startet i januar 2013. Mange i dette kullet hadde derfor også besøk før skjemaet var klart. Av de 59 som ble besøkt i løpet av våren var det 20 personer som fikk besvart skjemaet ved første gangs besøk, mens 16 personer besvarte det det året de fylte 79 år. For alle resterende årskull er skjemaet besvart ved første gangs besøk – det året de fylte 78 år.

Besøkene er gjennomført/gjennomføres av to personer (ergoterapeut og sykepleier) ansatt ved det respektive USHT, som fyller ut kartleggingsskjemaet i samarbeid med personen som har besøk. Kartleggingen gir også et godt utgangspunkt for gode samtaler

omkring hvordan den eldre har det og hva som er viktig for dem for å leve gode liv. Samtalene har et klart fokus på helsefremming, egne ressurser og hva som kan være gode forebyggende tiltak for at de skal kunne fortsette å klare seg hjemme og være uavhengig av andre. I tillegg gis det informasjon både muntlig og gjennom brosjyrer som deles ut om ulike tilbud i kommunal og privat regi, - som hjelpemidler, ulike aktivitetstilbud, frisklivssentral, sosiale arenaer osv som de kan delta på. De får videre tips og råd om hva de selv kan gjøre for å bedre eller vedlikeholde egen helse og livssituasjon, f.eks. aktivitet og ernæringsituasjon.

2.3 ANALYSER

Data fra kartleggingsskjemaene er blitt registrert i statistikkprogrammet IBM SPSS versjon 25,0, som videre er anvendt for å gjøre statistiske analyser. Deskriptive analyser er utarbeidet for å få en oversikt over utvalgets fordeling når det gjelder ulike forhold som er kartlagt. Resultatene blir stort sett presentert i form av frekvensanalyser, dvs antall (n), prosentandel (%), og eventuelt Gjennomsnitt (M) og Standardavvik. I tillegg har vi sett på mulige sammenhenger mellom ulike temaer/spørsmål i skjemaet med bruk av korrelasjonsmålet Spearmans rho, og sammenlignet variansen i ulike grupper ved bruk av Mann-Whitney U-test og Kruskall-Wallis test. Ikke-parametriske statistiske analyser er brukt fordi data i utvalget var skjevfordelt. Vi valgte derfor også å anvende den ikke-parametriske Wilcoxon signed rank-test når vi sammenlignet utvalget fra førstegangs- til oppfølgingsbesøk. Vi brukte kji-kvadrat test for data på nominalt nivå for å se på eventuelle forskjeller på de to måletidspunktene.

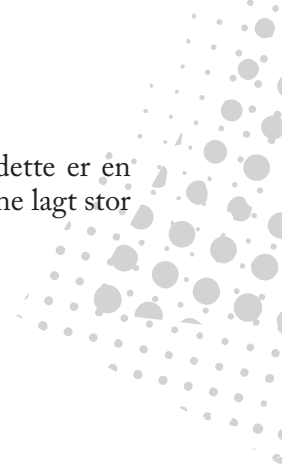
I tillegg til presentasjon av statistiske analyser vil utfyllende informasjon og kommentarer bli flettet inn der det er naturlig. Disse ble enten gitt av den eldre som utdypende, åpne svar i skjemaet, eller de er kommentarer og refleksjoner gjort underveis av vedkommende som har utført besøkene.

2.4 ETISKE OVERVEIELSER

Det er innhentet samtykke hos ansvarlig leder i kommunen til å anvende opplysninger registrert i kartleggingsskjemaene videre i analyser og publikasjoner. Det ble søkt om tillatelse til gjennomføring hos Regional etisk komité, som svarte at prosjektet ikke var søknadspliktig fordi det ble ansett som et kommunalt utviklingsprosjekt og falt utenom deres mandat.

Alle personer som har hatt/har besøk får informasjon om at det er ønskelig at opplysningene kan brukes til statiske analyser og presentasjon av disse. De får informasjon om hvordan og hvorfor det skal brukes, og hvilke etiske rettigheter de har i denne sammenheng. Fullstendig anonymitet og taushetsplikt blir understreket, og at det er helt frivillig å samtykke. Dette er spesielt viktig fordi det kan oppleves som utilbørlig påvirkning i og med at den som innhenter samtykke (de som gjennomfører besøkene) har interesse av positiv respons fra den eldre. Det er innhentet skriftlig samtykke,

i forbindelse med besøkene, fra alle som er inkludert i dette utvalget. Da dette er en relativt liten kommune, og forholdene kan være gjennomskjulte, har forfatterne lagt stor vekt på å ivareta diskresjon og anonymitet i presentasjon av resultatene.





3. RESULTATER MED KOMMENTARER

Først i dette kapitlet vil vi presentere resultater fra analyse av data som er registrert ved førstegangsbesøk. Deretter presenteres resultater der vi har sett på endringer fra førstegangs besøk til oppfølgingsbesøk. Resultatene vil bli noe kommentert og utdypet underveis, mens kapittel 4 vil inneholde en mer overordnet diskusjon med refleksjoner.

Vi vil innledningsvis bemerke at det er gjort analyser for å se om det var signifikante forskjeller mellom årskullene i forhold til en del av variablene som presenteres under. Selv om det var noen ulikheter, var nesten ingen av dem signifikante.

3.1 BAKGRUNNSINFORMASJON OM DELTAKERNE

Kartleggingsskjemaet var utfylt for totalt 474 personer innen mars 2020. Av disse var 261 (55,1%) kvinner og 213 (44,9%) menn. I alt 66,2% hadde fortsatt ektefelle/partner, mens 21,5% var enker/enkemenn og 12,3% var skilt eller hadde ikke vært gift. De aller fleste som hadde ektefelle/partner bodde sammen med vedkommende (98,3%). En naturlig årsak til at ikke alle som hadde ektefelle/partner bodde sammen med denne er at vedkommende hadde flyttet på sykehjem. Kun 1,5% av utvalget bodde sammen med barn eller andre. Det var 69,2% som bodde i enebolig, mens 26,6% bodde i egen leilighet. De resterende bodde enten i generasjonsbolig, på gårdsbruk eller rekkehus/tomannsbolig. Det var 57,8% som svarte at de ønsker å tilpasse boligen sin hvis det blir behov for det, mens 42,2% svarte nei eller vet ikke på dette spørsmålet.

På spørsmål om høyeste utdanning var det 41,1% som hadde videregående skole. Hele 38% hadde høyskole- eller universitetsutdanning, - 62,8% av disse var menn og 37,2% var kvinner. I alt 80% kjørte fortsatt bil, henholdsvis 94,4% av mennene og 68,2% av kvinnene. Det var kun 8 personer som oppga at de hadde tatt oppfriskningskurs for bilkjøring i løpet av det siste året.

Det var 142 som hadde mottatt oppfølgingsbesøk på registreringstidspunktet (årskull 1934 – 1938). Av disse var 77 (54,2%) kvinner og 65 (45,8%) menn. Det var 67,6% som

fortsatt hadde ektefelle/partner i live, 26,8% var enker/enkemenn og 5,6% var ugift eller skilt. Videre var det 72,5% i dette utvalget av 82-åring (n=142) som fortsatt bodde i enebolig på tidspunktet for oppfølgingsbesøk, og 23,9% bodde i leilighet. I alt 76,1% kjørte fortsatt bil. Bakgrunnsinformasjon i utvalget ved oppfølgingsbesøk skilte seg altså lite fra utvalget som ble registrert ved førstegangsbesøk, dvs at kjønnsfordelingen var omtrent den samme, litt flere bodde i enebolig på tidspunkt for oppfølgingsbesøk og andelen som fortsatt kjørte bil var litt lavere.

3.2 STATUS VED FØRSTEGANGSBESØK

Personenes oppfattelse av egen fysisk og psykisk helse, samt ulike temaer knyttet til dette, kartlegges.

EGENOPPLEVD FYSISK OG PSYKISK HELSE GENERELT

Først fikk respondentene to overordnede spørsmål om hvordan de oppfatter sin fysiske og psykiske helse generelt. Tabell 2 og Tabell 3 viser hvordan svarene fordeles seg.

Tabell 2. Egenopplevd fysisk helse (n=474)

Fysisk helse	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Svært dårlig	1 (0,4)	1 (0,5)	2 (0,4)
Dårlig	32 (12,3)	27 (12,6)	59 (12,4)
God	165 (63,2)	135 (63,4)	300 (63,4)
Svært god	63 (24,1)	50 (23,5)	113 (23,8)
Totalt	261	213	474

Som Tabell 2 viser opplevde en stor del av utvalget som helhet sin fysiske helse som god eller svært god (87,1%). Vi ser også at den prosentvise andelen av kvinner og menn var svært lik for alle responskategorier. De fleste i begge kjønnsgrupper hadde svart at helsen var «God», med henholdsvis 63,4% av mennene og 63,3% av kvinnene.

Noe som er interessant å bemerke her er at mange av de som oppga at deres opplevde fysiske helse var god, da de fikk dette spørsmålet senere i samtalen, selv om de tidligere hadde fortalt om mange diagnoser og helseplager. Inntrykket er at eldre ofte sammenligner seg selv med andre på deres alder når de vurderer sin egen fysiske helse som god eller til og med veldig god.

Tabell 3. Egenopplevd psykisk helse (n=474)

Psykisk helse	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Svært dårlig	1 (0,4)	0	1 (0,2)
Dårlig	7 (2,7)	5 (2,3)	12 (2,5)
God	129 (49,4)	79 (37,1)	208 (43,9)
Svært god	124 (47,5)	129 (60,6)	253 (53,4)
Totalt	213	261	474

Som Tabell 3 viser oppfattet en stor andel av utvalget også sin psykiske helse som god eller svært god (97,3%). Her var det, i tillegg, litt mer ulikheter mellom kjønnene. Det var klart flere av mennene som hadde svart «Svært god» på dette spørsmålet, mens det var flere kvinner enn menn som svarte av de opplevde sin psykiske helse som «God». Når man imidlertid slår sammen disse to svaralternativene var det lite forskjell i forhold på kjønnene, med henholdsvis 96,9% blant kvinnene og 97,7% av mennene som opplevde sin psykiske helse som god eller svært god. Våre resultater støtter lite opp under den vanlige oppfatningen av at eldre menneskers psykiske helse har hatt lite prioritet, blant annet i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Dette kan også henge sammen med at psykisk helse i liten grad kartlegges og tas tak iblant helsepersonell, samtidig som det er antatt at det er store mørketall når det gjelder psykiske problemer hos eldre. I vårt prosjekt har den eldre som fikk besøk selv angitt hvordan de opplever sin psykiske helse, og resultatene viser at denne var god.

FALL INNE OG UTE

Av mange ulike årsaker er risikoen for fall økende med alderen. Det var derfor ønskelig å vite om det hadde forekommet fall, både innendørs og utendørs, blant personene i utvalget de siste 12 måneder.

Tabell 4. Fall inne siste 12 måneder (n=473)

Fall/ikke fall	Kvinne	Mann	Totalt
inne	n (%)	n (%)	n (%)
Har falt	26 (10)	23 (10,8)	49 (10,4)
Har ikke falt	234 (90)	190 (89,2)	424 (89,6)
Totalt	260	213	473

Tabell 5. Fall utendørs siste 12 måneder (n=473)

Fall/ikke fall ute	Kvinne n (%)	Mann n (%)	Totalt n (%)
Har falt	54 (20,8)	52 (24,4)	106 (22,4)
Har ikke falt	206 (79,2)	161 (75,6)	367 (77,6)
Totalt	260	213	473

Som Tabell 4 viser hadde 49 personer, eller vel 10% av utvalget, opplevd fall innendørs de siste 12 månedene, og de fleste (73,4%) hadde falt mellom 1 og 3 ganger. Det var kun små forskjeller mellom menn og kvinner. Det var flere i utvalget, i overkant av 22%, som hadde falt utendørs i samme tidsperiode (Tabell 5), og her var det også overvekt (61%) av fall mellom 1 og 3 ganger i løpet av de siste 12 månedene.

De som hadde falt (enten inne eller ute) hadde også signifikant dårligere fysisk helse (henholdsvis $p < 0,001$ og $p = 0,011$) enn den gruppen som ikke hadde falt. Det var også en overhyppighet av fall inne blant de som bodde alene sammenlignet med de som bodde sammen med noen ($p = 0,014$). Ellers var det ingen forskjell i fallfrekvens i forhold til eksempelvis medisin- eller alkoholforbruk, eller hvor aktive de var i dagliglivet ellers. Det var litt flere menn enn kvinner som hadde falt ute. Dette resultatet er ganske interessant, for de fleste fall blant mennene hadde skjedd i forbindelse med fysisk aktivitet, for eksempel på skitur, skogstur eller mens de jobbet ute.

Det var i alt 158 personer (33,3%) i utvalget som svarte at de brukte ulike typer av tekniske hjelpemidler. I alt 105 personer brukte høreapparat og 57 personer brukte ulike typer ganghjelpemidler. Ellers var det hjelpemidler ift for eksempel ADL – funksjon, personlig hygiene, arbeidsstol, rullestol og synshjelpemidler.

FYSISK AKTIVITET

Utvalget ble spurt om hvor ofte de var aktive minst 30 minutter i løpet av dagen. Spørsmålet var åpent og generelt, og selv om det ikke ble spesifisert hvilken type aktiviteter det dreide seg om så ble det gitt eksempler som husarbeid og hagearbeid. Utgangspunktet var Helsedirektoratets anbefalinger om minst 10 minutters sammenhengende aktivitet minst tre ganger daglig var bakgrunnen for dette spørsmålet.

Tabell 6. Hvor ofte er du aktiv minst 30 minutter i løpet av dagen? (n=474)

Hvor ofte aktiv minst 30 minutter daglig	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Sjeldnere enn en i gang i uken	4 (1,5)	9 (4,2)	13 (2,7)
1 gang i uken	1 (0,4)	1 (0,5)	2 (0,4)
2-3 ganger i uken	6 (2,3)	9 (4,2)	15 (3,2)
4-6 ganger i uken	10 (3,8)	12 (5,7)	22 (4,7)
Daglig	240 (92)	182 (85,4)	422 (89)
Totalt	261	213	474

Som tabellen viser var hele 89% av utvalget daglig aktive minst 30 minutter, og det var en litt større andel av kvinnene som var aktive. Det var kun 13 personer (2,7%) som oppga at de var i aktivitet sjeldnere enn ukentlig, og blant disse var det flest menn.

Videre ble det spurt om hvorvidt deltagerne kunne utføre innendørs og utendørs aktiviteter. Eksempler på innendørs aktiviteter var slikt som matlaging, rengjøring, klesvask og oppvask. Eksempler på utendørs aktiviteter var hagestell, snømåking og handling.

Tabell 7. Innendørs aktiviteter (n=473)

Kan utføre innendørs aktiviteter?	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Nei	0	4 (1,9)	4 (0,8)
Delvis*	18 (6,9)	15 (7,0)	33 (7,0)
Ja	242 (93,1)	194 (91,1)	436 (92,2)
Totalt	260	213	473

* De som svarte «delvis» fikk som oftest hjelp av andre til rengjøring

Det er ganske interessant og kanskje litt påfallende at det er så liten forskjell på kvinner og menn når det gjaldt dette spørsmålet. Erfaringer fra en del av besøkene, der mannen var den som hadde besøk og kona var til stede, var at når mannen svarer «JA» hadde kona en tvilende respons. Trolig er det en del menn i denne aldersgruppen som aldri har lagd mat eller vasket tøy. Det skal også bemerkes at spørsmålet var stilt som hvorvidt de kunne gjøre disse aktivitetene, noe som ikke nødvendigvis betyr at de gjorde dem.

Tabell 8. Utendørs aktiviteter (n=473)

Kan utføre utendørs aktiviteter?	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Nei	5 (1,9)	7 (3,3)	12 (2,5)
Delvis*	94 (36,0)	20 (9,4)	114 (24,1)
Ja	162 (62,1)	186 (87,3)	348 (73,4)
Totalt	260	213	473

* De som svarte «delvis» fikk oftest hjelp til snømåking og/eller hagestell

Hele 92,2% av utvalget oppga at de kunne utføre innendørs aktiviteter, og det var lite forskjell på kvinner og menn. I forhold til utendørs aktiviteter var det færre (73,4%) som kunne utføre disse, og her var det en klar kjønnsforskjell. Det var langt flere kvinner som svarte at de bare delvis kunne utføre disse, - 36% mot 9,4% av mennene. Samtidig var det langt flere menn som kunne utføre utendørs aktiviteter, - 87,3% i forhold til 62,1% av kvinnene. Resultatene kan også være en indikasjon på at det var en større andel av menn som tradisjonelt utførte utendørs aktiviteter sammenlignet med kvinnene.

VÆSKE OG ERNÆRING

Når det gjaldt væske- og ernæringsstatus ble dette kartlagt med spørsmål om antall måltider pr døgn, hvor ofte de spiste et varmt måltid, og hvor mange glass/kopper (heretter benevnt som enheter) med drikke³ de fikk i seg pr døgn.

Tabell 9. Antall måltider pr døgn

Antall måltider	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
2 måltider pr døgn	6 (2,3)	6 (2,8)	12 (2,5)
3 måltider pr døgn	100 (38,3)	96 (45,1)	196 (41,4)
4 måltider pr døgn	138 (52,9)	93 (43,7)	231 (48,8)
5 måltider pr døgn	16 (6,1)	15 (7,0)	31 (6,5)
6 måltider pr døgn	1 (0,4)	3 (1,4)	4 (0,8)
Totalt	261	213	474

Som Tabell 9 viser, spiste langt de fleste – ca 90% av utvalget – tre eller fire måltider om dagen. Litt flere menn enn kvinner hadde tre måltider, mens flere kvinner hadde fire måltider. En stor andel av utvalget, 84,2%, spiste også et varmt måltid daglig (Tabell 10).

³ Unntatt kaffe og alkohol

Det var litt flere menn enn kvinner i sistnevnte gruppe, noe av forklaringen på dette kan være at mennene i utvalget i større grad hadde ektefelle/partner som levde, og som laget varm mat til dem. Hele 98% spiste varm mat minst fire ganger i uken.

Tabell 10. Hvor ofte spiser du varm mat (n=474)

Antall måltider	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Daglig	215 (82,4)	184 (86,4)	399 (84,2)
4-6 ganger pr uke	43 (16,5)	23 (10,8)	66 (13,9)
1-3 ganger pr uke	2 (0,8)	5 (2,3)	7 (1,5)
Sjeldnere enn ukentlig	1 (0,4)	1 (0,5)	2 (0,4)
Totalt	261	213	474

Når det gjaldt inntak av enheter drikke, fikk 29,5% av utvalget i seg tre-fire enheter pr døgn, mens 32,5% fikk i seg fem-seks enheter (Tabell 11). Videre ser vi at ca 28% drakk syv enheter eller mer i løpet av døgnet. Det ser imidlertid ut til at mennene i større grad enn kvinnene fikk i seg drikke, og noe av forklaringen kan også her være at de i større grad bodde sammen med ektefelle/partner som bidro til dette. Det er et kjent fenomen at det å leve/bo alene er en risikofaktor for eldre mennesker når det gjelder å få i seg tilstrekkelig væske og ernæring.

Tabell 11. Inntak av enheter drikke pr døgn (n=474)

Hvor mye drikke pr døgn	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
1-2 enheter pr døgn	22 (8,4)	25 (11,7)	47 (9,9)
3-4 enheter pr døgn	71 (27,2)	69 (32,4)	140 (29,5)
5-6 enheter pr døgn	82 (31,4)	72 (33,8)	154 (32,5)
7-8 enheter pr døgn	50 (19,2)	28 (13,1)	78 (16,5)
Mer enn 8 enheter pr døgn	36 (13,8)	19 (8,9)	55 (11,6)
Totalt	261	213	474

Det var videre ønskelig å kartlegge hvorvidt vekten hadde endret seg hos personene i utvalget i løpet av det siste året. Det ble ikke registrert hvorvidt vekten hadde gått opp eller ned, og heller ikke om vektendringen var ønskelig/hensiktsmessig eller ikke. Det var i alt 74 personer (15,6%) som oppga at vekten deres hadde endret seg, og det var lite forskjell mellom kvinner og menn. På oppfølgingsspørsmål var det imidlertid flere som svarte at denne vektendringen – enten vekten hadde gått opp eller ned – var sykdomsrelatert. Noen svarte at de hadde gått opp i vekt på grunn av inaktivitet, røykeslutt eller at dette

var en ønsket endring. Årsaker som ble oppgitt for vektnedgang var slikt som nedsatt appetitt, opplevd sorg eller at dette var en bevisst og ønsket endring.

MEDIKAMENTBRUK

Det er et kjent problem at mange eldre bruker mange typer medisiner. Dette kan innebære en sikkerhetsrisiko på grunn av uønskede bivirkninger, særlig hvis et høyt medisinforbruk kombineres med andre alders- eller helserelaterede risikofaktorer. Vi ønsket derfor å få en oversikt over antall medisiner som ble brukt daglig. Tabell 12 viser en grov oversikt over dette.

Tabell 12. Hvor mange typer medisiner bruker du? (n=474)

Antall typer medisiner	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Ingen	37 (14,2)	23 (10,8)	60 (12,7)
1-3	125 (47,8)	102 (47,9)	227 (47,9)
4-7	85 (32,6)	81 (38)	166 (35)
Mer enn 8	14 (5,4)	7 (3,3)	21 (4,4)
Totalt	261	213	474

Som vi ser av tabellen, var det 12,7% som ikke brukte medisiner i det hele tatt, og det var litt større andel kvinner. Analyser viste videre at tre medisintyper ($M=3,09$ / $St.avvik=2,325$) var det vanligste daglige forbruket. På den annen side var det kun 4,4% som brukte mer enn 8 medisintyper, og også i denne gruppen vare det flest kvinner. Det var en negativ korrelasjon mellom antall medikamenter de brukte og oppfattelse av fysisk helse ($\rho = -0,267$; $p = 0,001$) og aktivitetsnivå ($\rho = -0,131$; $p=0,004$). Det var derimot ingen sammenheng mellom medikamentbruk og antall fall ute eller inne, og heller ingen sammenheng mellom medikamentbruk og alkoholforbruk.

BRUK AV ALKOHOL OG TOBAKK

Tabell 13. Hvor mange alkoholenheter drikker du i gjennomsnitt pr uke? (n=473)

Inntak av alkohol	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Ingen	103 (39,6)	55 (25,8)	158 (33,4)
Mindre enn 1	74 (28,5)	35 (16,4)	109 (23)
1-2	28 (10,8)	29 (13,6)	57 (12,2)
3-4	23 (8,8)	42 (19,7)	65 (13,7)
5-6	17 (6,5)	13 (6,2)	30 (6,3)
7 eller fler	15 (5,8)	39 (18,3)	54 (11,4)
Totalt	260	213	473

Når det gjaldt alkoholforbruk var det 66,6% som oppga at de – riktignok i variabel grad - brukte alkohol, mens 33,4% oppga at de ikke gjorde det. Som tabell 13 viser varierte det mye hvor mange enheter de fikk i seg pr uke. Eksempelvis oppga 23% at de konsumerte mindre enn en enhet, mens 11,4% konsumerte syv enheter eller mer pr uke. Mennene hadde et høyere alkoholforbruk, beregnet i antall enheter, enn kvinnene i utvalget ($p < 0.001$).

Et stort flertall i utvalget oppga at de ikke røykte. Ca 10% oppga at de brukte tobakk i form av røyk eller snus. Det var en større, imidlertid ikke signifikant, andel av disse som var menn. Av hele utvalget var det 5,9% som røykte 1-10, og 3,2% som røykte 11-20, sigaretter pr dag. Kun to personer i utvalget røykte mer enn 20 sigaretter daglig.

SOSIALT NETTVERK, SOSIAL AKTIVITET OG TILHØRIGHET

Vi ønsket videre å få oversikt over hvordan de eldre i utvalget opplevde sitt sosiale nettverk, hvor ofte de var sammen med andre utenom husstanden, om de deltok i sosiale aktiviteter regelmessig, og om de ofte opplevde at de var alene.

På spørsmål om de hadde et nært sosialt nettverk, svarte hele 96,2% bekreftende på dette, og en litt større andel av mennene. På spørsmål om hvor ofte de var sammen med andre utenom husstanden, oppga ca 25% at dette skjedde daglig, og en litt høyere andel av disse var menn. Det var ca 71% som oppga at dette skjedde ukentlig, og her var prosentandelen høyere for kvinnene. Totalt sett var det altså 96% som svarte at de var sammen med andre utenom husstanden minst ukentlig. Kun en person oppga at han var sammen med andre sjeldnere enn en gang i måneden.

I alt 72,3% deltok regelmessig i sosiale aktiviteter. Det var en litt større andel kvinner som svarte positivt på dette, men forskjellen mellom kjønnene var ikke signifikant. Det ble stilt oppfølgende spørsmål i forhold til hvilke typer sosiale aktiviteter de var engasjert i. For 18% av dem var sosial aktivitet kombinert med fysisk aktivitet, for eksempel at de var med i trim- eller turgrupper. 19% var med i ulike vennegrupper, og 27% var

med i religiøse grupper. Når det gjaldt sistnevnte aktivitet var det en større andel av kvinnene (33%) som deltok i dette sammenlignet med menn (19,7%). En ser at de ulike aktivitetene nok går noe over i hverandre, og mange var sosialt aktive på flere områder. Noen av eksemplene som ble nevnt var lesegrupper, hobbygrupper (som syforening, snekregruppe, bridgegruppe, skytterlag, vingruppe), pensjonistforening, Røde Kors, «Lyst på livet», filosofikafe, kor, samt en rekke interesseforeninger, veldedighetsarbeid og medlem av ulike losjer.

Tabell 14. Hvor ofte er du mer alene enn du ønsker? (n=474)

Hvor ofte alene mer en ønskelig	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Ofte	5 (1,9)	5 (2,3)	10 (2,1)
En gang iblant	31 (11,9)	15 (7,1)	46 (9,7)
Sjelden	22 (8,4)	10 (4,7)	32 (6,8)
Aldri	202 (77,4)	183 (85,9)	385 (81,2)
Vet ikke	1 (0,4)		1 (0,2)
Totalt	261	213	474

På spørsmål om det hender at de er mer alene enn det de ønsker, oppga 81% at det var de aldri, og en større andel av mennene (85,9%) oppga dette alternativet sammenlignet med kvinnene (77,4%). Ti personer svarte «Ofte» på dette spørsmålet – like mange kvinner og menn, mens 46 personer (9,7%) svarte «En gang iblant» - og her var det klar overvekt av kvinner. Resultatet var noen overraskende, tatt i betraktning en oppfatning man ofte møter at eldre mennesker er mye ensomme og alene. Mange eldre mennesker kan også oppleve selskap i det å ha kjæledyr/husdyr. I dette utvalget var det 18,4% som hadde dyr, og i de aller fleste tilfeller var dette en hund og/eller en katt.

Med bakgrunn i at eldre personer ofte beskriver betydningen av å fortsatt føle seg til nytte, stilte vi spørsmål om de opplevde at de er en ressurs for andre. Hele 92% svarte at dette opplevde de, mens 8% svarte enten «nei» eller «vet ikke». Det var ubetydelige forskjeller mellom menn og kvinner på de ulike svaralternativene. Selv om det var stor forskjell på størrelsen på gruppen som følte seg som ressurs for andre og gruppen som ikke gjorde det/visste ikke, ønsket vi å undersøke om dette hadde noen sammenheng med andre faktorer. Vi fant at følgende variabler hadde en signifikant sammenheng, som vist i Tabell 15.

Tabell 15. Faktorer som hadde sammenheng med det å føle seg som ressurs for andre

De som følte seg som ressurs for andre:	Z	p-verdi
- så mindre på TV	-2,383	0,017
- var oftere aktive minst 30 min pr dag	- 2,250	0,024
- var oftere sammen med andre utenom husstanden	- 2,818	0,005
- oppfattet sin fysiske helse som bedre	-3,130	0,002
- kunne i større grad utføre innendørs aktiviteter	-2,273	0,023
- kunne i større grad utføre utendørs aktiviteter	-2,756	0,006

Det ble stilt oppfølgende spørsmål i forhold til opplevelse av seg selv som ressurs, og de ble bedt om å utdype på hvilken måte de følte seg nyttig eller i forhold til hvem/hva. Ikke overraskende var det familien som de fleste følte seg nyttig for. Hele 75%, de fleste kvinner, svarte dette. Imidlertid svarte også 35% at de opplevde seg som en ressurs for sine venner, og dobbelt så mange kvinner som menn svarte dette. Kvinnene utdypet for eksempel at de hjelper venninner med transport, handler og lager middag sammen med dem. Det kunne virke som det er mer naturlig for en kvinne å spørre venninnen som ikke kjører bil selv om hun trenger skyss til butikken, enn for en mann å spørre kameraten som har mistet førerkortet om han trenger hjelp til transport.

Videre var det 23% som svarte at de følte seg som ressurs gjennom å drive med frivillig arbeid, og her var det overvekt av menn som opplevde dette. Andre eksempler som ble nevnt var blant annet naboressurs, arbeid med ungdom, dugnadsarbeid, kursledelse, støttekontakt, besøkssvenn og flyktninghjelp. Mange var engasjert i flere oppgaver.

BRUK AV DATA, MOBILTELEFON OG MEDIER

BRUK AV DATA OG MOBILTELEFON

På spørsmål om bruk av PC/data svarte 61% av hele utvalget bekreftende på dette, og mennene (68,5%) brukte det signifikant mer enn kvinnene (54,8%) ($p=0,002$). Vi ser også at bruk av data steg jevnt fra årskull til årskull. Mens 33,3% av de som var født i 1934 svarte at de brukte data, var det hele 78,5% av de som var født i 1941 som gjorde det.

I alt 95% av utvalget brukte mobiltelefon på ulike måter, og det var ikke forskjell på kvinner og menn når det gjaldt totalt forbruk.

Tabell 16. Ulike måter mobiltelefon ble brukt på (n=474)

Alternativer for bruk av mobiltelefon	Kvinne (n=261)	Mann (n=213)	Totalt (n=274)
	n (%)	n (%)	n (%)
Bruker den som telefon	247 (94,6)	200 (94,8)	447 (94,7)
Bruker den til tekstmeldinger	186 (71,3)	145 (68,7)	331 (70,1)
Bruker den på internett	67 (25,7)	74 (35,1)	141 (29,9)
Bruker den til annet	118 (45,2)	96 (45,5)	214 (45,3)

Det var ingen forskjell mellom kjønnene med hensyn til bruk av mobiltelefon til å ringe med eller å sende tekstmeldinger. Når det gjaldt bruk av telefonen på internett var det en signifikant større andel menn i forhold til kvinner som brukte det ($p=0,033$). I kategorien «annet» ble det ikke spesifisert hva dette var, men man kan tenke seg at telefonen for eksempel ble brukt som kamera, vekkerklokke, spill, osv. Som tabellen viser, var det over 45% som brukte telefonen til «annet», og det var omtrent samme fordeling mellom andelen kvinner og menn.

Vi så også at bruken av mobiltelefon til andre funksjoner enn å ringe øker blant de senest registrerte årskullene. En naturlig forklaring på dette kan være økt bruk av smarttelefoner.

BRUK AV MEDIER: TV, RADIO OG AVISER

Tabell 17. Hvor mye tid brukes daglig til TV titting (n=474)

Tid til TV titting	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Sjeldnere enn daglig	17 (6,5)	11 (5,2)	28 (5,9)
1-3 timer	141 (54,1)	125 (58,7)	266 (56,1)
4-8 timer	98 (37,5)	70 (32,9)	168 (35,5)
9 timer eller mer	5 (1,9)	7 (3,2)	12 (2,5)
Totalt	261	213	474

Tabell 17 viser at den største gruppen i utvalget brukte mellom 1 og 3 timer pr dag på TV titting. Det var ikke signifikant forskjell på kjønnene.

Tabell 18. Hvor mye tid brukes daglig til å høre på radio (n=474)

Tid til radiolytting	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Sjeldnere enn daglig	76 (29,1)	86 (40,4)	162 (34,2)
1-3 timer	91 (34,9)	85 (39,9)	176 (37,1)
4-8 timer	36 (13,8)	20 (9,4)	56 (11,8)
9 timer eller mer	58 (22,2)	22 (10,3)	80 (16,9)
Totalt	261	213	474

Som Tabell 18 viser var det over 34% av hele utvalget som ikke lyttet på radio så ofte som daglig. Vi ser videre at dette gjaldt i særdeleshet menn (over 40%). Mange av de som ikke lyttet til radio daglig oppgir at det ble sånn etter at den nye DAB-radioen kom. Mange sa at de slet med å få stilt inn radioen, eller at signalene var så dårlige. Ellers var kjønnsforskjellen i utvalget veldig klar når det gjaldt tidsbruk til radiolytting. Kvinnene brukte signifikant mer tid på dette sammenlignet med menn ($p=0,001$).

Det motsatte forholdet viste seg med hensyn til bruk av tid til å lese aviser. Her var det en signifikant forskjell i favør mennene ($p=0,017$), og eksempelvis var det mer enn 23% av kvinnene som ikke leste aviser daglig. Nå skal det bemerkes at lokalavisen i kommunen kommer ut kun tre ganger pr uke, noe som kan være årsak til at avisen ikke ble lest daglig. Tabell 19 viser ellers hvordan tidsbruk til avislesing fordelte seg mellom kvinner og menn.

Tabell 19. Hvor mye tid brukes daglig til avislesing (n=474)

Tid til avislesing	Kvinne	Mann	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Sjeldnere enn daglig	61 (23,4)	30 (14,1)	91 (19,2)
1-3 timer	198 (75,9)	178 (83,6)	376 (79,3)
4-8 timer	2 (0,7)	5 (2,3)	7 (1,5)
Totalt	261	213	474

3.3 ENDRINGER FRA FØRSTEGANGSBESØK TIL OPPFØLGINGSBESØK

Vi vil nå presentere resultater fra registreringen i oppfølgingsbesøkene for kull 1934 - 1938. Her har vi vektlagt endringene som har skjedd i utvalget fra det første besøket, og eventuelle forebyggende/helsefremmende grep som er tatt i denne perioden.

Tabell 20 gir en oversikt hvor mange fra hvert kull som hadde fått tilbud om besøk, og hvor mange besøk som var gjennomført. Videre viser den årsakene til at noen av oppfølgingsbesøkene ikke var aktuelle å tilby.

Tabell 20. Oppfølgingsbesøk og årsaker til frafall

Årskull	Tilbud om besøk	Hjemmesykepleie	Dag senter	Praktisk bistand	Flyttet	Døde	Gjennomførte besøk
	n	n	n	n	n	n	n
1934	38	8	4		1	2	35
1935	33	2			1	4	28
1936	37	9		2	2	3	28
1937	44	8	2	2		4	35
1938*	20	4	1	2		5	16
Totalt	172	31	7	6	4	18	142

*Gjelder fram til nedstengning mars 2020. Senere er tilbud og besøk gjenopptatt for 1938 årgangen

Som det framgår av tabellen var den hyppigste årsaken til at oppfølgingsbesøk ikke ble tilbudt at personene hadde startet med kommunale omsorgstjenester (n=44) eller var døde (n=18).

Tabell 21. Endringer fra førstegangsbesøk til oppfølgingsbesøk (Signifikante endringer er uthevet)

Endring fra førstegangsbesøk til oppfølgingsbesøk	Z	p-verdi
Dårligere fysisk helse	-2,466	0,014
Bedre psykisk helse	-1,474	0,140
Flere fall inne siste 12 mndr	-3,995	<0,001
Flere fall ute siste 12 mndr	-5,199	<0,001
Sjeldnere aktiv minst 30 min daglig	-0,992	0,321
Kan i mindre grad utføre utendørs aktiviteter	-2,516	0,012
Flere måltider daglig	-0,369	0,712
Spiser flere varme måltider pr uke	-3,294	0,001
Drikker færre enheter væske pr døgn	-1,351	0,177
Bruker flere typer medisiner	-4,444	<0,001
Sammen med andre utenom husstanden - ingen endring	0,000	1,000
Litt mer alene enn de ønsker	-0,515	0,606
TV titting – ingen endring	0,000	1,000
Hører mer på radio	-1,980	0,048
Bruker mindre tid på avislesing	-1,414	0,157

Tabell 21 viser at den fysiske helsen i utvalget var blitt signifikant dårligere siden førstegangs besøk, mens den psykiske helsen faktisk var noe bedre (endringen var imidlertid ikke signifikant). Når en sammenlignet de ulike årskullene var det ingen signifikante forskjeller på noen av variablene, bortsett fra at de som var født i 1934 hadde dårligere fysisk helse sammenlignet med de andre årskullene ($p=0,003$). Som en ser av tabellen, hadde medisinbruken også økt signifikant i perioden mellom besøkene.

Det var ingen endring i forhold til deltagelse i sosiale aktiviteter, mens litt færre opplevde at de var en ressurs for andre. Denne endringen var imidlertid ikke signifikant. Som tabellen viser var det også signifikant færre som kunne utføre aktiviteter utendørs. Den største endringen ($p<0,001$) var at langt flere svarte «delvis» i stedet for «ja». Signifikant flere hadde falt både ute og inne, og det var også flere som brukte hjelpemidler ($p<0,001$). Andelen som spiste varm mat flere ganger pr uke hadde økt i perioden mellom besøkene, mens det ser ut som at væskeinntaket hadde gått noe ned.

Status i forhold til bruk av ulike medier hadde endret seg noe. Mens det ikke var noen endring med hensyn til TV-titting, var det en (ikke signifikant) nedgang når det gjaldt tid på avislesing. Det var imidlertid signifikant mer tidsbruk når det gjaldt radiolytting.

Vi var også interessert i å se på hvilke endringer som var gjort og/eller hadde hatt økt fokus blant personene i utvalget siden førstegangsbesøket. Fire områder var valgt ut; fysisk aktivitet, sikkerhet i hjemmet, sosial aktivitet, og mat/drikkevaner. Tabell 22 viser svarene som ble gitt på dette.

Tabell 22. Endringer gjort etter førstegangsbesøk (n=142)

Endringsområder	n (%)
Fysisk aktivitet	
Ingen endring	61 (43)
Litt mer aktiv	75 (52,8)
Mye mer aktiv	6 (4,2)
Sikkerhet i hjemmet	
Ingen endring	74 (52,1)
Litt mer fokus	60 (42,3)
Mye mer fokus	8 (5,6)
Sosial aktivitet	
Ingen endring	81 (57)
Litt mer sosial aktiv	57 (40,1)
Mye mer sosial aktiv	4 (2,8)
Endring i mat- og drikkevaner	
Ingen endring	66 (46,5)
Litt mer fokus	70 (49,3)
Mye mer fokus	6 (4,2)

Endringen i fysisk aktivitet hadde ingen signifikant innvirkning på variablene i kartleggingsskjemaet som målte opplevd helse, medisinbruk, fallfrekvens, mat- og væskeinntak, eller sosial aktivitet. Det samme gjaldt endringer som var gjort i forhold til sosial aktivitet og mat- og drikkevaner.

Økt fokus på sikkerhet så ut til å ha sammenheng med antall fall utendørs ($p=0,032$). Det er imidlertid litt usikkert hva denne sammenhengen innebærer i og med at de som hadde litt mer fokus på sikkerhet faktisk hadde hatt flere fall ute.



4. DISKUSJON OG REFLEKSJONER

Deltagerne i studien var i utgangspunktet relativt friske eldre personer som ikke hadde kommunale omsorgstjenester på registreringstidspunktene, hverken ved førstegangsbesøk eller oppfølgingsbesøk. Slik sett var resultatene ikke overraskende. De som hadde mottatt FHB viste seg å ha god helse, både fysisk og psykisk, og de klarte seg bra på de fleste områder i dagliglivet. De fleste var aktive og deltakende, de hadde et robust sosialt nettverk og sosialt liv. Dette støtter opp under antagelsen om at dagens 78-åring er en relativt sprek gruppe, som selv ofte bruker tid og ressurser for å hjelpe og støtte andre. Resultatene er også i samsvar med hva Oldervoll et al. (2015) fant i Trondheim kommune, der deltagerne (som var 80 år) rapporterte å ha god helse, god helserelatert livskvalitet og et godt kosthold. Ut fra dette kan en selvsagt spørre seg om det er hensiktsmessig å utsette tilbudet om FHB til personene er noen år eldre. Samtidig vil vi argumentere for at det er viktig å komme inn med et slikt tiltak/tilbud før behovet for omsorgstjenester melder seg, og det er mulig å gjøre noen grep for å utsette slike tjenester. Deltagerne i Oldervoll et al. (2015) sin studie rapporterte også om økt fysisk aktivitetsnivå, og at de hadde fått økt kunnskap om kommunens helsetjenestetilbud, seks måneder etter besøket. Det er mye forskning som viser at eldre mennesker generelt ønsker å bo og klare seg selv så lenge som mulig i eget hjem, og vi tenker at det helsefremmende og forebyggende fokuset i FHB understøtter nettopp dette. Det er derfor, mener vi, viktig at tiltaket/tilbudet iverksettes tidlig nok. I følge Brettschneider et al. (2015) gir imidlertid ikke kostnad – nytte analyser av FHB klare svar på hvorvidt effekten av besøkene bidrar til mindre kostnader i form av mindre bruk av kommunale omsorgstjenester. Dette er klart et område det bør forskes mer på.

Fordi vi ikke har data på de som takket nei til hjemmebesøk, kan man ikke utelukke at de som fikk besøk var en mer ressurssterk gruppe enn de som takket nei. På den annen side var det en del som opplyste som årsak til at de ikke ønsket besøk at de følte seg for unge og friske, og derfor ikke så behov for det på daværende tidspunkt. Dette er også i samsvar med hva Oldervoll et al. (2015) fant i Trondheim, nemlig at vanlige årsaker til at mange av 80-åringene takket nei til besøk var at de følte seg for friske, for travle og

fortsatt var i jobb. Flere av de som takket nei til besøk i vår studie oppga også at de selv hadde oppgaver som frivillige hjelpere eller besøkstjeneste til eldre som hadde behov for det. Imidlertid er det rimelig å anta at denne gruppen ikke skilte seg vesentlig fra de som mottok besøk og som utgjorde utvalget i studien. I så fall tenker vi at om «nei-takkerne» hadde blitt inkludert så hadde dette trukket resultatene i en enda mer positiv retning.

Ut fra vår studie er det ikke klart hvorvidt hjemmebesøkene har effekt på sikt for de som får besøk, men data fra oppfølgingsbesøk viser at helsestatus så vel som fysisk og sosial aktivitet i dagliglivet har vært ganske stabilt for en stor andel av utvalget i løpet av fire år. Selv om noen opplevde sin fysiske helse som litt dårligere, at noen hadde falt mer og noen var litt mindre aktive, var det også områder som viste en positiv endring, eksempelvis ernæringsstatus. Det generelle inntrykket er derfor at deres helsetilstand og livssituasjon hadde vært ganske stabil over de fire årene som hadde gått siden første besøk. Dette kan tolkes som at informasjon, rådgivning osv som ble gitt i førstegangsbesøket har hatt en positiv, helsefremmende og forebyggende effekt. Resultatene viser også at på tross av en liten nedgang i opplevd helse og økt fallfrekvens, så hadde mange tatt noen grep i forhold til fysisk og sosial aktivitet, sikkerhet i hjemmet og kosthold/ernæring siden førstegangsbesøk. Det litt paradoksale her kan sannsynligvis ha ulike forklaringer som vi ikke har oversikt over, men noe kan rett og slett forklares med at de var blitt fire år eldre.

Det har vært en del uenighet – og resultatene varierer – om hvorvidt FHB har effekt, og veien synes fortsatt lang å gå før vi får overbevisende svar. Mye av årsaken til utfordringene er at det har vært vanskelig å sammenligne resultater fra studier fordi design, utvalg/målgruppe og intervensjonene har variert mye og beskrivelsene har vært mangelfulle (Mayo-Wilson et al., 2014). Måten hjemmebesøkene gjennomføres på, og innholdet i dem, varierer svært mye også i Norge, og det mangler klare retningslinjer for hvordan de kan være mest mulig til nytte (Tøien, 2019). Skumsnes et al. (2015) har imidlertid utarbeidet en idehåndbok der de kommer med anbefalinger om hvordan FHB kan planlegges, gjennomføres og følges opp. Temaer som er anbefalt i ideboken når det gjelder kartlegging og innhold i besøkene er imidlertid alle inkludert i vårt kartleggingsskjema.

I tråd med anbefalinger fra Skumsnes et al. (2015), har vi i vårt prosjekt systematisk registrert og dokumentert persondata, noe som kan være svært nyttig i utarbeidelse av oversikter og statistiske analyser. Kartleggingsskjemaet vi har anvendt tar opp i seg ulike dimensjoner som vi anser som sentrale i eldre hjemmeboende personers dagligliv. I tillegg har vi inkludert aspekter og spørsmål som er framhevet som viktig i litteraturen, inkludert tidligere forskningsstudier. Et slikt skjema kan aldri bli uttømmende, og det er sikkert meninger om at andre spørsmål burde vært supplert eller erstattet de som er der. Det var imidlertid et viktig poeng at skjemaet ikke skulle være for omfattende og få en for dominerende plass i besøkene som også inneholdt mye annet (som informasjon, råd, veiledning og støtte/oppmuntring).

Vi mener at skjemaet har en viktig verdi som grunnlag for statistiske oversikter og analyser. Det har dessuten vært/er til stor hjelp som et verktøy i dokumentasjon fra gjennomførte besøk. En studie gjennomført av Bogsti et al. (2020) i fem norske kommuner som tilbyr FHB viste at informantene (som gjennomførte besøkene) opplevde det som utfordrende å dokumentere resultatene av besøkene, og at det dermed

var vanskelig å kunne argumentere for nytten av dem. Tiltaket med FHB oppleves som ulikt i kommunene med tanke på dokumentasjonsplikt, og hvorvidt, hva og hvordan besøkene blir dokumentert varierer alt etter hvordan man definerer tiltaket (Skumsnes et al., 2015).

Cronfalk et al. (2017) hevder at det er svært sentralt å ha en strukturell modell for at hjemmebesøkene skal være helsefremmende og gi en pålitelig risikokartlegging. På bakgrunn av en systematisk oversiktsartikkel som omhandlet FHB, konkluderte imidlertid Tourigny et al. (2015) med at de er effektive når det gjelder å få oversikt over eldre personers behov. Forutsetningen er, sier de, at registreringsskjemaet må være flerdimensjonalt, dvs at ulike aspekter hos den eldre blir registrert, og at det gjennomføres oppfølgingsbesøk. Det kan også synes at antall besøk og regelmessighet har en viktig betydning. I sin doktorgradsstudie konkluderte Tøien (2019) med at Eldres opplevelse av trygghet, selvstendighet og det å leve et godt liv i eget hjem har sammenheng med regelmessig langtidsoppfølging. Også andre norske studier har undersøkt hvordan personer som har hatt FHB har erfart hjemmebesøket (Westbye, 2014a; 2014b; Westbye, 2016), og de oppga at de gjerne ville hatt et slik besøk årlig om det var økonomisk rom for det. I norske kommuner er imidlertid praksisen som gjelder tilbud om oppfølgingsbesøk variabel. Mens ca halvparten ikke tilbyr slike besøk, praktiserer de resterende tilbud om systematiske gjenbesøk, sporadiske besøk ved behov eller en kombinasjon av dette (Skumsnes et al., 2015).

Det er videre påpekt som en positiv effekt at de som gjennomfører besøkene jobber i et flerfaglig team, og at de har spesialkompetanse til å gjennomføre slike besøk (Cronfalk et al., 2017; Skovdahl et al., 2015; Skumsnes et al., 2013; Skumsnes et al., 2015). Vi ser det som en stor fordel at personene som gjennomførte besøkene i vår studie var godt erfarne helsepersonell som er vant med å møte og snakke med eldre personer. Når det gjelder type fagkompetanse ser det imidlertid ut som at dette har mindre å bety sammenlignet med betydningen av erfaring og god kunnskap om de emnene som samtalen tok opp, og oversikt over kommunenes tilbud og muligheter (Skumsnes et al., 2015).

Slik hjemmebesøkene blir gjennomført i Agder er det et klart fokus på helsefremming framfor forebygging. Kartlegging av ressurser står sentralt, og i samtalen vektlegges hvordan personen opplever egen mestring og hva de - og evt andre kan gjøre for styrke dette. Det blir gitt råd og tips om hvilke endringer og tilpasninger de kan gjøre for å styrke sine mestringsressurser. I oppfølgingsbesøket blir de spurt om i hvilken grad de har gjort endringer ift (eller blitt mer bevisst på) fysisk og sosial aktivitet, sikkerhet i hjemmet og mat/drikkevaner. Som Tabell 22 viser så har mellom 40,1% og 52,8% gjort litt endringer, eller hatt litt mer fokus, på disse områdene. En liten andel innenfor hver kategori hadde også gjort mye endringer eller hatt mye mer fokus (2,8% - 5,6%) innenfor disse kategoriene. I sin artikkel beskriver Bogsti et al. (2020) at det varierer mye i kommunene hvorvidt det er det helsefremmende eller det forebyggende aspektet som vektlegges i hjemmebesøkene. Dette kan, ifølge deres resultater, henge sammen med hvordan FHB blir organisert i kommunen og hvorvidt det er hjemmesykepleien eller en egen forebyggende enhet som har ansvar for å gjennomføre tiltaket. Hjemmesykepleien hadde oftere en mer sykdomsfokusert tilnærming, mens det helsefremmende og mestringsfokuserede perspektivet dominerte der tiltaket var organisert under forebyggende enhet. Tanken bak sistnevnte tilnærming er å starte en prosess der personene selv blir

bevisst på hvordan de kan ta ansvar for egen helse og planlegge sin alderdom. Vi mener at det er dette perspektivet som er i fokus slik besøkene er gjennomført i «vår» kommune, og vi tenker at organisering av besøkene som en del av virksomheten i USHT er en fordel. Når tiltaket gjennomføres av hjemmesykepleien er kampen om ressursene ofte tøffere, de syke og hjelpetrengende blir prioritert framfor de som i utgangspunktet er friske og ikke mottar andre tjenester (Bogsti et al., 2020). Samtidig er det vanskelig, og heller ikke hensiktsmessig, å lage skarpe skillelinjer mellom besøk som har et helsefremmende fokus og besøk som har et forebyggende fokus. Disse er i stor grad overlappende og komplementære fordi helsefremmende tiltak også ofte handler om å forebygge uheldige hendelser og funksjonsnedsettelse (Skumsnes et al., 2015).



5. KONKLUSJON OG OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

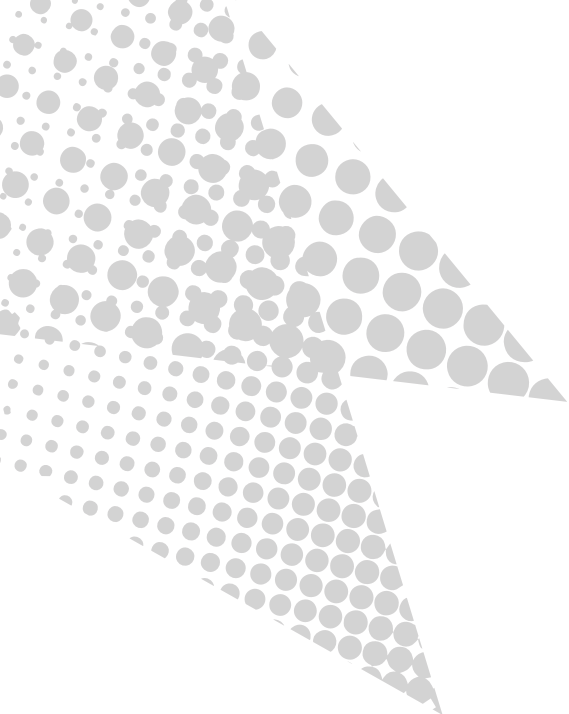
Vår konklusjon ut fra foreløpige data i dette prosjektet er at et stort flertall av de som hadde mottatt forebyggende hjemmebesøk hadde god helse, både fysisk og psykisk. Det som videre karakteriserte et stort flertall var at de var aktive, både fysisk og sosialt, og mange var engasjerte i fritidsaktiviteter og fulgte aktivt med i media på ulike måter. Svært mange opplevde også at de var en ressurs for andre mennesker. Dette gjaldt i første rekke for andre familiemedlemmer, men også ved at de engasjerte seg i frivillig arbeid og ga hjelp til andre som hadde behov for det. Ved oppfølgingsbesøk fire år etter det første var det relativt små endringer å se i forhold til de områdene vi kartla, - på noen områder hadde situasjonen blitt litt dårligere, mens på andre var den uendret eller blitt litt bedre. En god del hadde tatt grep – enten selv eller de hadde tatt initiativ til å få hjelp – for å bli mer fysisk eller sosialt aktive, få en bedre ernæringsssituasjon og få bedre sikkerhet i hjemmet.

Ut fra resultater i tidligere studier kan det synes som om effekten av FHB er noe diskutabel. Som beskrevet tidligere så kan dette skyldes at det er vanskelig å sammenligne og oppsummere resultatene fordi hjemmebesøkene og studiene varierer så mye i innhold og design. Tilgangen så langt på effektstudier gjennomført i Norge er sparsom, men rapporterte funn fra kvalitative studier indikerer at både de som får besøk og de som gjennomfører dem opplever besøkene som nyttige. De eldre rapporterer om økt trygghet, økt kunnskapsnivå om sin egen helse og hva de kan gjøre for å ivareta eller bedre den, og økt kunnskap om kommunens helse- og omsorgstilbud. I tillegg vektlegges det verdifulle ved å ha fått en konkret person i kommunen å kontakte hvis det er noe de lurer på. I 2014 ble det gjennomført en liten spørreundersøkelse blant de som til da hadde hatt hjemmebesøk i kommunene Grimstad, Kristiansand og Songdalen (Westbye, 2014b.). Hensikten var å få et inntrykk av nytten av besøkene. Det som ble oppfattet som mest nyttig var selve samtalen under besøkene, i tillegg til informasjonen de fikk. En overvekt av de spurte kunne også tenke seg å ta imot nytt besøk senere, men det var også en del som svarte at de ønsket å ta kontakt med kommunen selv ved behov. Vi mener uansett at det å komme inn med et slikt tiltak som FHB på et tidlig tidspunkt kan bidra til å utsette behovet for omsorgstjenester,

og medvirke til at den eldre i større grad kan opprettholde et aktivt og selvstendig liv i eget hjem.

Eldre mennesker er ikke en ensartet gruppe, det er heller ikke de 474 personene som hadde hatt hjemmebesøk i dette prosjektet. Mangfoldet i utvalget var stort. Mange var svært aktive, og fortalte om lange fjellturer, ukentlige treningsøkter på treningssenter og daglige fisketurer i båten året rundt. Noen hadde nok med små rusleturer i nærområdet, mens andre var avhengig av ganghjelpemidler eller rullestol for å kunne bevege seg rundt. Alle klarte seg likevel i eget hjem uten bistand fra det kommunale omsorgsapparatet. Selv om ernærings situasjonen generelt i utvalget var god, varierte matvanene mye. Der var enslige menn som bare spiste «Fjordland» og annen ferdigmat, enslige damer som inviterte venninner på middag, og ektepar som fortalte om lange middager som dagens høydepunkt – med forrett eller dessert og god vin. De fleste var svært aktive og engasjerte i ulike aktiviteter, men det var også noen som synes det var vanskelig å delta i aktiviteter utenom hjemmet av ulike årsaker. De fleste hadde mye sosial kontakt med familie og venner og opplevde seg som ressurs for andre, men det var også noen som sa at de var mye alene og skulle ønsket mer besøk. Noen opplevde å ha god helse selv om de hadde flere kroniske sykdommer, mens andre opplevde å ha dårlig fysisk og/eller psykisk helse selv om de ikke hadde (objektive) sykdommer eller diagnoser. Konklusjonen vår er at selv om personene i utvalget hadde samme alder (78 år), så levde de veldig ulike liv. Noe de likevel hadde til felles, utenom fødselsåret, var et ønske om å klare seg hjemme i egen bolig så lenge som mulig.

Denne rapporten presenterer hva som kjennetegner de som har mottatt FHB i Grimstad kommune. Videre hvilke endringer som har skjedd i utvalget fra førstegangsbesøk til oppfølgingsbesøk etter fire år. Et viktig supplement til den eksisterende kunnskapen vi har ifra norsk kontekst pr i dag, vil være studier som kan presentere den direkte og målbare effekten av FHB over tid på slikt som helsestatus, dødsrate og tjenestemottak.



REFERANSER

- Bogsti, W.B., Sveen, S., Sogstad, M. K. R., & Norbye, B. (2020). Forebyggende hjemmebesøk: Legger kommunen mest vekt på mestring eller omsorg? *Tidsskriftet Sykepleien*, 108 (e-80324). <http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80324>
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371 (9614):725-35. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6)
- Blindheim, K., & Alnes, R. E. (2015). Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune. Rapport 2015/2. Rapportserien Høgskolen i Ålesund. ISSN: 1502-7643 ISBN: 978-82-92186-54-1. Hentet fra <https://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2015/06/evaluering-og-justering-av-modell-for-forebyggende-hjemmebesok-i-lesund-kommune-rapport.pdf>
- Brettschneider, C., Luck, T., Fleischer, S., Roling, G., Beutner, K., Lupp, M., Behrens, J., Riedel-Heller, S.G., & König, H.-H. (2015). Cost-utility analysis of a preventive home visit program for older adults in Germany. *BMC Health Services Research*, 15, 141. <http://doi.org/10.1186/s12913-015-0817-0>
- Cronfalk, B. S., Fjell, A., Carstens, N., Rosseland, L. M. K., Rønnevik, D.-H., Seiger, Å., Skaug, K., Ugland Vae, K. J., Wennersberg, M. H., & Boström, A.-M. (2017). Health team for the elderly: a feasibility study for preventive home visits. *Primary Health Care Research & Development*, 18, 242-252. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000019>
- Fagerström, L., Wikblad, A., & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people - is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3):558-68. <http://hdl.handle.net/11250/2477919>

- Førland, O., Skumsnes, R., Teigen, S., & Folkestad, B. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Utbredelse, diffusjonsprosesser og spredning. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 119-130. <http://hdl.handle.net/11250/2477936>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2014). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse* [Nasjonal rapport]. Bergen: Senter for omsorgsforskning Vest. <http://hdl.handle.net/11250/2478657>
- Førland, O., & Skumsnes, R. (2017). *Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre*. Kunnskapsoppsummering nr 8. Senter for omsorgsforskning Vest. www.omsorgsbiblioteket.no
- Helsedirektoratet (2017). *Forebyggende hjemmebesøk i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sykehjem-oghjemmetjenester/forebyggende-hjemmebesok-i-kommunen>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013a). St.meld. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). Meld. St. 34 (2012-2013). *Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Om forebyggende hjemmebesøk i kommunene*. Rundskriv 1-2/2016. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-1-2-2016-om-forebyggende-hjemmebesok-ikommunene/id2503186/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/>
- Hendriksen, C., Lund, E., & Strømgård, E. (1984). Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1(289) (6457):1522-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.289.6457.1522>
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2016). Effects of preventive home visits on older people's use and costs of health care services: A systematic review. *European Geriatric Medicine*, 7, 571-580. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.08.006>

- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K. H. (2019). Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(1), 90-97. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1569372>
- Mayo-Wilson, E., Grant, S., Burton, J., Parsons, A., Underhill, K., & Montgomery, P. (2014). Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(3): e89257. <http://doi:10.1371/journal.pone.0089257>
- Oldervoll, L. M., Klungerbo, B., Sødal, A. B., Ødegård, I., & Lillefjell, M. (2014). *Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til 80-åringene i Trondheim kommune*. NTNU/ Trondheim kommune. <http://hdl.handle.net/11250/2635353>
- Sjøbø, B. A., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2016). Hvilken betydning har forebyggende hjemmebesøk? En kvalitativ studie av eldre menneskers erfaringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(1), 47-58. <http://hdl.handle.net/11250/2482013>
- Skovdahl, K., Blindheim, K., & Alsnes, R. E. (2015). Forebyggende hjemmebesøk til eldre – erfaringer og utfordringer. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 62-71. <http://hdl.handle.net/11250/2478106>
- Skumsnes, R., Larun, L., & Langeland E. (2013). Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. *Sykepleien forskning*, 8(4): 310-321. <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/1375255.pdf>
- Skumsnes, R., Teigen, S., Alvsvåg, H., & Førland, O. (2015). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Idehåndbok med anbefalinger*. Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester på Vestlandet og Senter for omsorgsforskning, vest. Hentet fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmliui/handle/11250/2479106>
- Stuck, A., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-8. <http://doi.org/10.1001/jama.287.8.1022>
- Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2015). Older Users' Perspectives on the Benefits of Preventive Home Visits. *Qualitative Health Research*, 25(5), 700-712. <https://doi.org/10.1177/1049732314553595>
- Tøien, M., Bjørk, I. T., & Fagerström, L. (2017). An exploration of factors associated with older persons' perceptions of the benefits of and satisfaction with a preventive home visit service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1093-1107. <https://doi.org/10.1111/scs.12555>
- Tøien, M. (2019). *An exploration of how long-term preventive home visits affect older persons' health and possibility for a good life in their own homes. Users' and user-providers' perspectives*. PhD avhandling. Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn.
- Tourigny, A., Bedard, A., Laurin, D., Kroger, E., Durand, P., Bonin, L., Sevigny, A., Frappier, A., Roussel, M.E., & Martin, M. (2015). Preventive home visits for older people: a systematic review. *Canadian Journal on Aging*, 34 (4), 506-23. <http://doi.org/10.1017/S0714980815000446>

- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark - why, how, by whom, and when? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(4):209-16. DOI: 10.1007/s00391-007-0470-2
- Vass, M., Avlund, K., & Hendriksen, C. (2005). Ældre & forebyggende hjemmebesøg. *Gerontologi*, 24(1), 12-15. <https://danskgerontologi.dk/wp-content/uploads/2018/09/200813.pdf>
- Westbye, B. (2014a). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre. Den gode samtalen*. Masteroppgave i helsefremmende arbeid. Fakultet for helsevitenskap. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. <https://docplayer.me/3894274-Forebyggende-hjemmebesok-til-eldre.html>
- Westbye, B. (2014b). «*Friskere liv med forebygging*». Rapport fra spørreundersøkelse. Grimstad, Kristiansand og Songdalen kommune (unpubl.)
- Westbye, B. (2016). Helsefremmende hjemmebesøk til friske eldre – «Den gode samtalen». *Ergoterapeuten*, 59(4), 54-59. <http://hdl.handle.net/11250/2478336>
- Wyller, T. B., & Pettersen, A. M. (2005). *Forebyggende hjemmebesøk til eldre: Norge - med blikk mot Sverige og Danmark: En kartleggingsundersøkelse*. Sem: Aldring og helse.



Senter for
omsorgsforskning

www.omsorgsforskning.no