

Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til 80-åringer i Trondheim kommune

Oldervoll LM (PhD/professor)⁽¹⁾, Klungerbo B (geriatrikergoterapeut)⁽²⁾, Sødal AB (ergoterapeut)⁽²⁾, Ødegård I (geriatrikerykepleier)⁽²⁾, Lillefjell M (ergoterapeut/PhD/professor)⁽³⁾

⁽¹⁾ Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, Trondheim og Landsforeningen for Hjerte og Lungesykdommer (LHL)/LHL-klinikkene, Oslo

⁽²⁾ Infosenteret for seniorer, Enhet for ergoterapitjeneste, Trondheim kommune

⁽³⁾ Program for Ergoterapeututdanning, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, Trondheim

Kontaktadresse til førsteforfatter:

Line Oldervoll

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Mobil 97529731

Mailadresse: line.oldervoll@ntnu.no

Sammendrag

Trondheim kommune tilbyr helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til alle innbyggere uten omsorgstjenester i kommunen det året de fyller 80 år. Hensikten med denne studien er å få innsikt i hva som karakteriserer de som mottar hjemmebesøk, hvordan de opplever besøket og om besøket har ført til endringer i hverdagen 6 måneder etter.

Spørreskjema er brukt for å innhente opplysninger fra senioren som mottok besøk.

Spørreskjemaene er besvart ved hjemmebesøket (T1) og 6 måneder etter (T2). 57 % (n = 322) ønsket hjemmebesøk. 88 % (n = 284) ville delta i studien og besvarte spørreskjema ved T1.

Majoriteten å ha god helserelatert livskvalitet og et godt kosthold. Ved T2 rapporterer 70 % samtalen som nyttig, de ble møtt med respekt og ønsket nytt besøk. Seks måneder etter hjemmebesøket rapporterer signifikant flere å ha kjennskap til kommunale helsetjenester og å gjennomføre planlagt fysisk aktivitet 1-2 ganger per uke. Over halvparten av 80-åringene i Trondheim kommune mottar HFHB og de rapporterer å ha relativt god helse. De setter pris på samtalen, har fått økt kunnskap om kommunale helsetjenester og flere har økt sitt fysiske aktivitetsnivå 6 måneder etter.

Nøkkelord: Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk; helsefremming; kvantitativt design

Antall ord: 196

Engelsk sammendrag

Preventive and health promoting home visits to 80-year old seniors in Trondheim municipality

Trondheim municipality offer preventive and health promoting home visits to all seniors > 80 years who do not receive home care support or other health services. The purpose of this study was to gain insight into what characterize the seniors accepting the offer, how they experience it and whether the visit have led to changes 6 months post-visit. Questionnaires were used to obtain information from the seniors. The questionnaires were completed at the home visit (T1) and after 6 months (T2). 57 % (n = 322) wished a home visit. 88 % (n = 284) participated in the study. The majority report to have good health related quality of life and a balanced diet. At T2, 70 % report the conversation to be useful, were treated with respect and wanted a new visit. Significantly more seniors report to have more knowledge about municipal health services and perform scheduled physical activity (PA) 1-2 days/week at T2 compared T1. More than half of the seniors received a home visit and report to be in good health. They appreciate the conversation, had increased knowledge concerning municipal health services and several had increased level of PA 6 months after.

Keywords: Preventive home visit; health promotive; quantitative design

Number of words 215

Introduksjon og bakgrunn

Antall eldre i Norge og i Skandinavia er raskt økende (Statistisk sentralbyrå, 2010). Andelen av befolkningen over 65 år vil øke fra 15 prosent i 2010 til 25 prosent i 2050 og i perioden 2025-29 vil antallet over 80 år øke med 6-7 prosent (Meld. St. 19, 2014-2015). Selv om mange eldre har god helse, står samfunnet overfor krevende omsorgsutfordringer de neste årene (Statistisk sentralbyrå, 2010). De store demografiske endringer med et økende antall eldre, samt flere som lever med kroniske sykdommer fører til at helsesektoren vil bruke for mye av samfunnets totale ressurser i årene som kommer, og med det kunne true velferdsstatens bærekraft. Utfordringer knyttet til kostnader, knapphet på helsepersonell og

kvalitet på helsetjenestene tvinger fram behovet for nye og hensiktsmessige tjenester i helsesektoren. Flere nasjonale strategier fokuserer på nødvendigheten av å legge til rette for økt mestring, livskvalitet og muligheter for en sunn aldring. Økt deltagelse i fysiske, sosiale og kulturelle aktiviteter, og tiltak for å opprettholde uavhengighet og innflytelse over ens liv beskrives som sentralt for å nå målet om flere aktive år for eldre (Meld. St. 29, 2012-2013; Meld. St. 34, 2012-2013).

Eldre skal ha mulighet til å delta både i arbeids- og samfunnsliv (Meld. St. 29, 2012-2013). Den nye eldregenerasjonen lever lenger fordi den har bedre helse og kan møte alderdommen med helt andre ressurser enn tidligere generasjoner (Meld. St. 29, 2012-2013). Dette gjør at mange eldre kan og ønsker å bidra, enten det er i arbeidslivet, i frivilligheten eller på andre områder (Meld. St. 19, 2014-2015). For de fleste eldre er det også et viktig mål å bo hjemme så lenge som mulig. Mange klarer seg godt på egenhånd, men for enkelte kan inaktivitet og isolasjon føre til redusert mental og fysisk helse. For at eldre skal få mulighet til å tilegne seg informasjon og kunnskap, øke sin helsekompetanse og ta sunne helsevalg er derfor god brukermedvirkning i kommunehelsetjenesten sentralt (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Flere norske kommuner tilbyr i dag helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til seniorer (80+). Felles mål for disse tilbudene er å støtte seniorer til å leve et godt og selvstendig liv og å avdekke behov for helsetjenester. I det HFHB i Trondheim kommune gjøres dette gjennom aktiv refleksjon, bevisstgjøring rundt egne valg, informasjon om muligheter og mobilisering til eget ansvar (Klungerbo, Bredland, Nervik og Sødal, 2012). Tjenestene som tilbys i de ulike kommunene rundt om i landet er imidlertid svært ulike i både innhold og omfang og det er derfor vanskelig å generalisere om hvilke effekter de ulike tilbudene har.

Internasjonal og nasjonal forskning på HFHB.

To internasjonale systematiske oversiktsartikler og meta-analyser har evaluert effekten av hjemmebesøk til eldre (Mayo-Wilson, Grant, Burton, Parson, Underhill og Montgomery, 2014; Skumsnes, Larun og Langeland, 2013). Mayo-Wilson mfl. inkluderte 64 studier og 28642 deltakere og konkluderer med at hjemmebesøk hos eldre ikke var assosiert med forskjeller i dødelighet og innleggelse i institusjoner (Mayo-Wilson mfl., 2014). Innholdet i intervensjonene var ofte dårlig beskrevet og en av konklusjonene var at man ikke kunne utelukke at noen programmer var effektive. Skumsnes mfl. vurderte effekten av forebyggende

hjemmebesøk på egenopplevd helse og livskvalitet. Sju studier med 4833 respondenter ble identifisert. To studier viste en liten positiv effekt på egenopplevd helse og livskvalitet etter et forebyggende hjemmebesøk. Studiene inkludert i oversikten, hadde relativt lav metodisk kvalitet med stor risiko for systematiske skjevheter og med studiedesign som ikke er egnet til å trekke konklusjoner med tanke på effekter (Skumsnes mfl. 2013). Forfatterne konkluderer videre med at tverrfaglige team og spesialkompetanse er viktige faktorer som kan bidra til positiv effekt. Ingen studier fra norske forhold var inkludert i disse to oversiktsartiklene.

En svensk studie inkluderte 459 hjemmeboende seniorer (80+). De ble randomisert til enten å motta forebyggende hjemmebesøk, delta på gruppemøter for seniorer med oppfølgende hjemmebesøk eller til en kontrollgruppe som ikke mottok tilbud. Resultatene viste at de som fikk forebyggende hjemmebesøk og deltok i gruppemøter for seniorer opprettholdt sin helsestatus bedre enn deltakerne i kontrollgruppen (Behm, Wilhelmson, Falk, Eklund, Zide'n og Dahlin-Ivanoff, 2014). Konklusjonene var også her at suksessfaktorene i tiltakene trolig var knyttet til den tverrfaglige tilnærmingen i begge intervensjonene.

Tøien og medarbeidere har publisert resultater fra to norske kvalitative studier av seniorer som har mottatt hjemmebesøk (Tøien, Heggelund og Fagerstrøm, 2014; Tøien, Bjørk og Fagerstrøm, 2015). Tøien mfl. (2014) undersøkte hvordan seniorer forstår hensikten og relevansen av HFHB etter første gangs besøk. Funnene fra intervjuene viste at forståelsen varierte. Å forstå begrepene og hensikten med helsefremming og sykdomsforebygging var vanskelig, og det å forberede besøket bedre ble derfor vurdert som viktig. For å øke andelen som ønsker å motta hjemmebesøk og sikre et effektivt hjemmebesøk, bør informasjonen som senioren mottar i forkant av besøket, tydelig beskrive hensikten med hjemmebesøket (Tøien mfl. 2014). Tøien mfl. (2015) intervjuet seniorer som hadde mottatt flere besøk over en 6-års periode for å fange opp synspunkter på fordelene med hjemmebesøkene. Det å føle seg trygg, støtte til å fortsette å klare seg selv i hverdagen, å leve et godt liv og å bli verdsatt og opprettholde selvbilde var de fire hovedkategoriene som ble identifisert. Disse kategoriene skilte seg fra de endepunktene som ofte er brukt i randomiserte studier, og forfatterne konkluderer med at helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk bør ha en langtidstilnærming og støtte senioren nåværende behov og verdsatte mål (Tøien mfl. 2015).

Med bakgrunn i et ønske om å styrke forebyggings- og rehabiliteringsstrategien i Trondheim kommune ble «Infosenteret for seniorer» etablert om et fast tiltak i 2004. I tillegg til å være et

informasjonskontor, har tilbud om helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk til de hjemmeboende eldre som ikke mottar omsorgstjenester fra Trondheim kommune, vært en prioritert oppgave. Innholdet i hjemmebesøkene er inspirert av forskning og erfaringer gjort hovedsakelig i Danmark (Vass, Avlund, Henriksen, Philipson og Riis, 2007; Vass, Avlund og Henriksen, 2007). Det tverrfaglige teamet har kontinuerlig utviklet hjemmebesøkene gjennom refleksjoner, diskusjoner og kollegaveiledning, og med filming i hjemmebesøkene. En samtaleguide er utviklet og brukes som utgangspunkt i alle samtaler.

Samhandlingsreformen peker på at man skal jobbe kunnskapsbasert og rette innsatsen mot tiltak som har dokumentert effekt (Meld. St. 47, 2008-2009). De helsefremmende og forebyggende hjemmebesøkene har i liten grad blitt evaluert tidligere og det var derfor nødvendig å starte en slik prosess. Dette prosjektet bygger på en helsefremmende tilnærming, jfr Verdens Helse Organisasjon sin definisjon av helsefremming; «*den prosess som setter folk bedre i stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse*», hvor det fokuseres på mestring og mestringsressurser (WHO, 1986). En slik tilnærming er i tråd med Antonovsky (Antonovsky, 1979) sin teori om salutogenese – helsens opprinnelse, hvor man fremhever at det viktigste fokuset i det helsefremmende arbeidet er aktiviteter som muliggjør et godt liv. I samsvar med Antonovsky sin teori om salutogenese fokuserer prosjektet på aktiv aldring og det å styrke egenskaper ved enkeltmennesket, påvirke strukturelle forhold og livsbetingelser, og legge til rette for deltakelse i prosesser av betydning for kontroll over eget liv. I Ottawa-charteret (WHO, 1986) ble det lagt særskilt vekt på lokalsamfunnet som arena for kollektive tiltak innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Lokalsamfunnet beskrives som et sentralt innsatsområde, med kommunen, næringsliv, frivilligheten, innbyggerne og de eldre selv som sentrale aktører.

Det finnes ikke publiserte studier som har brukt strukturerte og validerte spørreskjema (kvantitativt design) ved innhenting av opplysninger på et større utvalg hvor man har evaluert HFHB i Norge. Vi ønsket derfor å gjennomføre en spørreundersøkelse av 80-åringene i Trondheim kommune som mottar helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk. Med tanke på å kunne gi et best mulig tilbud til målgruppen hjemmeboende eldre, er hensikten med denne studien å identifisere målgruppen som tar imot helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk, beskrive hva som karakteriserer de som mottar tilbudet samt kartlegge hvordan de opplevde besøket og hvilken betydning det HFHB har hatt 6 måneder etter. Følgende spesifikke forskningsspørsmål er undersøkt og besvart: Hvor mange ønsker å motta hjemmebesøk? Hva kjennetegner hjemmeboende 80-åringer i Trondheim kommune som mottar hjemmebesøk når det gjelder kunnskap om kommunale helsetjenester og bruk av medisiner, deltakelse i kulturelle- og sosiale aktiviteter, kostholds- og alkoholvaner, helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet? Har hjemmebesøket ført til endringer i daglige aktiviteter? Opplevde de informasjonen som ble gitt i forbindelse med hjemmebesøket som nyttig?

Material og metode

Studiedesign

Dette er en tverrsnittstudie med en prospektiv oppfølging. Det er brukt et kvantitativt spørreskjema med både validerte og egendefinerte spørsmål for å innhente informasjon fra informantene. Spørreskjemaet er besvart ved to tidspunkt: ved inklusjon i studien som var ved hjemmebesøket (T1) og 6 måneder etter hjemmebesøket (T2).

Setting – hva er tjenesten?

Infosenteret for seniorer i Trondheim kommune tilbyr alle innbyggere som er hjemmeboende og ikke mottar hjemmesykepleie tilbud om et helsefremmende forebyggende hjemmebesøk det året de fyller 80 år. Alle får en invitasjon tilsendt i posten. Seniorene har selv mulighet til å ringe tilbake hvis de ikke ønsker å motta besøk. I forkant av besøket blir 80-åringen kontaktet via telefon for å avtale tidspunkt for besøket. Et tverrfaglig team som består av sykepleiere, sosionom, ergoterapeuter og fysioterapeut utfører hjemmebesøkene. Hjemmebesøket blir normalt utført av en av disse, unntaksvis to ansatte sammen. Det er utarbeidet samtaleguide for hjemmebesøket med følgende kjerneområder; egenopplevelse,

kosthold og ernæring, fysisk aktivitet, deltakelse, boligen og sikkerhet i hjemmet og tilbakemeldinger til kommunen (www.trondheim.kommune.no/infosenteret for seniorer). Samtaleguiden er veiledende for den individuelle samtalen.

Samtalen har teorigrunnlag fra salutogenese, kommunikasjon, empowerment og elementer fra motiverende intervju (Antonovsky 1979; Holm Ivarsson 2011). Gjennom åpne spørsmål og refleksjon ønsker man å utfordre den enkelte til å se egne ressurser og muligheter. Samtalen skal fremme bevissthet rundt hverdagsaktivitet, meningsfullhet og mulighet for eventuelle endringer. Samtalen foregår som oftest hjemme hos senioren. Noen kommer etter eget ønske til Infosenterets lokaler. Generelt starter hjemmebesøkene med at senioren forteller hvordan han/hun opplever det er å være 80 år. Det som kommer frem her legger føringer for resten av samtalen. Besøkeren leder samtalen videre til de aktuelle kjerneområdene og bidrar med informasjon, faktaopplysninger og aktuelle brosjyrer. En mappe med brosjyrer over ulike tilbud og kontaktinformasjon til kommunen gis til senioren. Senioren må selv ta de nødvendige kontakter etter besøket. Ved alvorlig funksjonssvikt tas det i samarbeid med senioren telefonisk kontakt med Helse og velferdskontoret under besøket. De fleste mottar ett besøk og deretter avtale om en årlig oppfølging. Tettere oppfølging utføres av andre tjenester i kommunen. Videre avtaler blir notert og det blir skrevet et kort journalnotat fra hjemmebesøket med muntlig samtykke. Journalnotatet skal være til hjelp ved oppfølgingen. Det er kun Infosenterets medarbeidere og den som mottar besøket som har innsyn i journalen.

Rekruttering av deltakere til denne studien (utvalget)

Alle 80-åringene som mottok helsefremmende forebyggende hjemmebesøk i 2013 fikk forespørsel om de ønsket å delta i en spørreundersøkelse. Figur 1 viser en oversikt over hvor mange seniorer som fikk tilbudet, hvor mange som ønsket å motta besøk og hvor mange som ønsket å delta i studien. Hos deltakerne som er inkludert i studien ble besøket innledet med en kort relasjonell oppvarming, deretter ble spørreskjemaet gjennomgått og besvart før den individuelle samtalen fant sted. Alle som sa seg villig til å delta i studien undertegnet et informert samtykke.

Variabler - innholdet i spørreskjema ved T1

Ved T1 ble opplysninger om demografi som kjønn, utdanningsnivå, sivilstatus, hvilken type bolig man bor i, hvem man bor sammen med, økonomi og tidligere yrkesbakgrunn samlet inn

med et selvrapportert spørreskjema som deltakerne fylte ut på egenhånd. Spørsmålene er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (www.ntnu.no/hunt). Videre inneholdt spørreskjema spørsmål om bruk av medisiner (ingen 1- 3 eller 4 eller mer) og kjennskap til kommunale helsetjenester (ja/nei), deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter (ja/nei kjenner ikke til, ja kjenner til, men ikke brukt), kostholds- og alkoholvaner, helse og livskvalitet og fysisk aktivitet.

Kostholdsvaner er registrert med spørsmålene «Hvor ofte spiser du vanligvis frokost, formiddagsmat/lunch, varm mat, kveldsmat, annet måltid, nattmat?» (sjelden eller aldri/1-2/3-4/5-6 dager i uka/hver dag) og «Spiser du frukt og grønt?» (daglig/en eller flere dager i uka/sjeldnere). Alkoholvaner ble registrert med spørsmålet «Hvor ofte drikker du alkohol?» (daglig/hver uke, men ikke hver dag/sjeldnere enn hver uka/aldri)

Livskvalitet ble målt med 7 spørsmål med fem-delt responskategori for å kartlegge fornøydhetsnivået med tilværelsen (meget fornøyd – nokså – både/og nokså og meget misfornøyd), fatigue/tretthet (meget sterk og opplagt – meget trett og sliten), glede/nedstemthet (meget glad – meget nedstemt), evne til å påvirke egen hverdag nattesøvn, hukommelse og følelse av trygghet i hverdagen (i svært stor grad – i svært liten grad), (Bergland og Bruun Wyller 2006).

Fysisk aktivitet ble målt med to spørsmål: (i) Hvor mange dager siste uke har du vært i bevegelse minimum 30 minutter daglig? (responskategorier: ingen, 1-2 dager per uke, 3-4 dager per uke og 5 dager eller mer) (ii) Hvor ofte trener/mosjonerer du ut over nødvendige daglig gjøremål? (responskategorier: aldri, 1-2 ggr per uke, 3 ggr eller mer). Spørsmålene er modifiserte spørsmål fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (www.ntnu.no/hunt).

Innholdet i spørreskjemaet ved T2

6 måneder etter hjemmebesøket ble et nytt spørreskjema sendt ut med posten vedlagt en frankert returkonvolutt. Følgende spørsmål ble inkludert for å evaluere hjemmebesøket de hadde mottatt for 6 måneder siden: (a) *Opplevde du det som positivt eller negativt for din egen del å få hjemmebesøk fra kommunen?* (b) *I hvilken grad opplevde du å bli møtt med respekt av den som var på hjemmebesøk hos deg?* (c) *Om det blir aktuelt, hvordan stiller du deg til å få hjemmebesøk fra kommunen i fremtiden?* (d) *Vet du hvor du skal ta kontakt om du trenger det?*

Videre spørsmål om hvor hvorvidt hjemmebesøket for 6 måneder siden opplevdes som nyttig. Følgende påstander/utsagn var inkludert: *Jeg startet med noe nytt, informasjonsmappen, samtalen, fikk økt kunnskap om kommunens tilbud og fikk ny kunnskap generelt.* Responskategoriene var 5-delt fra i *svært stor grad til i svært liten grad.*

Spørsmål om kjennskap til og bruken av kommunale helsetjenester, deltagelse i sosial og kulturelle aktiviteter, livskvalitet og mosjonsvaner/fysisk aktivitet var de samme som ved T1.

Statistiske analyser

Alle statistiske analyser er gjennomført i Statistical Package for the Social Services (SPSS). Statistiske analyser inkluderer chi-kvadrat-test (McNemars Test) som er brukt ved kategoriske variabler og t-test (to-sidig test) brukt for å teste forskjeller ved kontinuerlige variabler. P-verdi < 0.05 er brukt for å definere statistisk signifikante forskjeller.

Etiske betraktninger

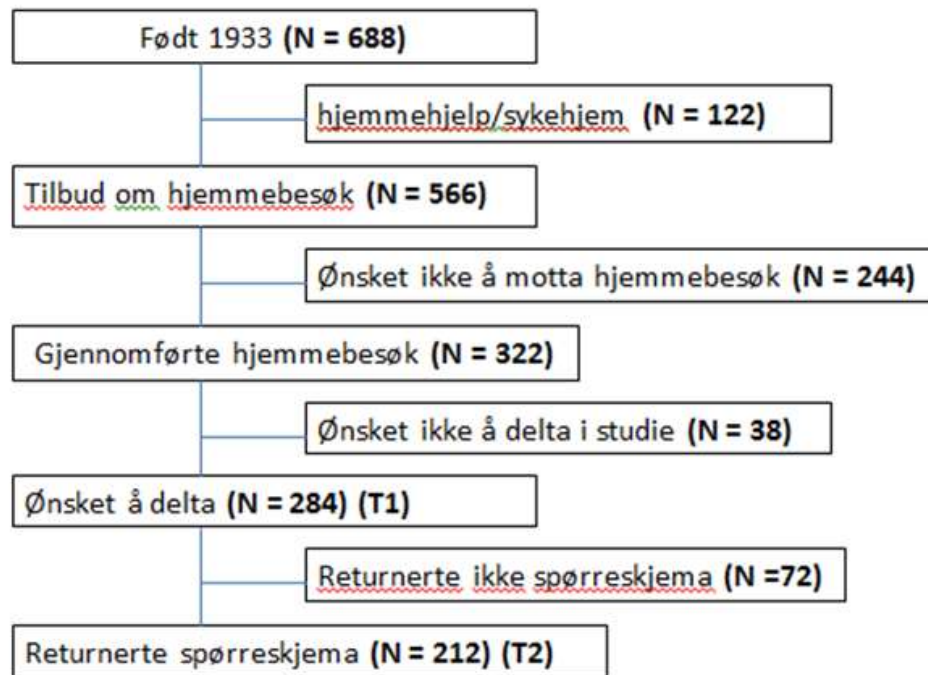
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har godkjent og tilrådd prosjektet (prosjektnr 33939). Prosjektet ble fremlagt for Regional Etisk Komite (REK) i Midt Norge, men tilbakemeldingen derfra var at det ikke var nødvendig med godkjenning fordi det ikke skulle samles inn personlige helseopplysninger. Alle som sa seg villig til å delta i studien undertegnet et informert samtykke.

Resultater

Hvor mange ønsker å motta hjemmebesøk?

Figur 1 viser hvor mange seniorer som var potensielle deltakere til studien, hvor mange som takket nei og hvor mange som fylte ut spørreskjema ved hjemmebesøket (T1) og 6 måneder etter hjemmebesøket (T2). I 2013 var det registrert 688 personer født i 1933 i Trondheim kommune. Atten prosent ($n = 122$) mottok hjemmetjenester eller bodde i sykehjem, de resterende 82 % fikk tilbud om et HFHB ($n = 566$). Av disse var det 43 % ($n = 244$) som ikke ønsket å motta hjemmebesøk. Årsakene til at de ikke ønsket å motta hjemmebesøk var at de hadde det for travelt, følte seg for friske, var i jobb, ektefelle hadde hatt hjemmebesøk tidligere eller at de opplevde at de ikke trengte tjenester. Av de som mottok hjemmebesøk ($n = 322$, 57 %) var det 88 % ($n = 284$) som ønsket å delta i studien og besvarte spørreskjema ved T1. Årsaken til at de resterende ikke deltok, var hukommelsesproblemer, travelhet eller at

forespørselen kom for brått på i besøket. Seks måneder etter hjemmebesøket (T2) besvarte 75 % (n = 212) spørreskjemaet på nytt. Det var ingen forskjeller i kjønn, sivilstand, selvrapportert fysisk aktivitetsnivå eller helse relatert livskvalitet mellom de som ikke besvarte ved (n = 72) og de som besvarte på nytt ved T2.



Figur 1. Flytskjema over inklusjon av deltagerne i studien

Hvem er de?

Tabell 1 viser demografiske karakteristika over deltakerne i studien. Femtifire prosent (n = 153) var kvinner, 55 % var gift/samboende, 43 % bodde alene, majoriteten bodde i rekkehus eller blokk/terrasseleilighet og 30 % hadde høgskole/universitetsutdannelse.

Tabell 1. Demografiske karakteristika over deltakerne

	N	%
Kjønn		
• Kvinne	153	53.9
• Mann	128	45.1
• Missing	3	1.0
Sivil status		
• Gift/samboer	155	54.6
• Enke/enkemann	106	37.3
• Skilt/separert	12	4.2
• Ugift	6	2.1
• Missing	5	1.8
Bor sammen med		
• Bor alene	122	43
• Ektefelle/samboer	155	54.6
• Egne barn	4	1.4
• Andre voksne	3	1.0
Bor i type bolig		
• Enebolig	92	32.4
• Rekkehus/2-4 mannsbolig	46	16.2
• Blokk/terrasseleilighet	129	45.4
• Gårdsbruk	8	2.8
• Annen bolig	8	2.8
• Missing	1	0.4
Utdanning		
• Grunnskole 7-10 år	58	20.4
• 1-2 årig videregående skole/artium	142	50
• Høgskole/universitet ≤ 4 år	50	17.6
• Høgskole/universitet ≥ 4 år	34	12
Økonomiske problemer siste år?		
– En sjelden gang	4	1.4
– Aldri	272	95.8
– Missing	8	2.8

Kjennskap til og bruk av kommunale helsetjenester

Det var økning i kjennskapen til kommunale helsetjenester fra T1 til T2; rehabiliteringssenteret Vistamar som drives av kommunen i Spania (56 % hadde kjennskap ved T1 mot 75 % ved T2), ergo- og fysioterapitjenesten (37 % ved T1 og 84 % ved T2), kommunenes innsatsteam (14 % ved T1 og 52 % ved T2), trygghetsopphold i kommunenes regi (20 % ved T1 og 71 % ved T2), tjenesten hjemmesykepleie (83 % ved T1 og 97 % ved T2) og kommunenes helse- og velferdskontor (38 % ved T1 og 86 % ved T2). Det var imidlertid ikke flere som hadde benyttet tjenestene seks måneder etter besøket.

Bruk av kommunal helsetjeneste og medisiner

Ved besøket (T1) var fysioterapitjenesten den kommunale velferds- og helsetjenesten flest hadde benyttet de siste seks månedene (10 % av seniorenene). Åttisju prosent rapporterer at de har vært til lege og 68 % har vært til tannlege siste 6 måneder. Trettiseks prosent (n = 98) rapporterer å ta 4 eller flere medisiner daglig, 55 % (n = 150) tar 1-3, og 9 % (n = 25) tar ingen.

Deltakelse i kulturelle- og sosiale aktiviteter

Sekstire prosent har deltatt i en eller annen form for foreningsaktivitet, 55 % har vært på konsert, 47 % har vært i kirken, 24 % har deltatt på et idrettsarrangement, 17 % har deltatt på dans og 8 % prosent har deltatt i frivillig arbeid i løpet av de siste seks månedene. Det var ingen signifikante endringer i deltakelse i de ulike aktivitetene fra T1 til T2, med unntak av at flere rapporterte å ha vært på konsert ved T2 (63 %).

Kostholds- og alkoholvaner

Nittisju prosent rapporterer å spise frokost, 94 % spiser et varmt måltid, 85 % spiser frukt og grønnsaker daglig og 63 % bruker kosttilskudd og vitaminer daglig. Sju prosent inntar alkohol daglig, 26 % hver uke, men ikke hver dag, 47 % mindre enn en gang per uke og 19.5 % aldri.

Hvordan er selvrapportert livskvalitet?

Tabell 2 viser selvrapportert livskvalitet ved hjemmebesøket og 6 måneder etter. Ved T1 rapporterer 86 % å i stor til svært stor grad være fornøyd med tilværelsen, 57 % å være sterk og opplagt, 83 % glad, 86 % i stand til å kunne påvirke egen hverdag, 67 % å ha god søvn, 92 % rapporterer å ha god hukommelse og 96 % opplever å være trygg i dagliglivet. Det var ingen statistiske forskjeller i tre av dimensjonene: «være fornøyd med tilværelsen», «det å være sterk og opplagt» og «glad» fra hjemmebesøket til 6 måneder etter. I de fire andre dimensjonen «i stand til å påvirke egen hverdag», «sove godt», «hukommelse» og «trygghet i dagliglivet» var det en liten reduksjon ved at flere rapporterte «både/og» ved 6 måneders oppfølging (se Tabell 2).

Tabell 2. Helserelatert livskvalitet ved hjemmebesøket (T1) og 6 måneder etter (T2)

	stor/svært stor grad n (%)		både/og n (%)		liten/svært liten grad n (%)		p-verdi
	T1	T2	T1	T2	T1	T2	
Fornøyd med tilværelsen	171(86.4)	169(86.7)	20(10.1)	22(11.3)	7(3.5)	4(1)	0.729
Sterk/opplagt	114(57.6)	113(57.6)	64(32.3)	65(32.8)	20(10.1)	17(8.6)	0.586
Glad	165(83.3)	146(75.3)	30(15.2)	48(24.7)	3(1.5)	0(0)	0.152
I stand til å påvirke egen hverdag	171(86.8)	160(82.5)	25(12.6)	25(12.6)	3(0.5)	9(4.5)	0.054
Sover godt	134(67.7)	117(59.7)	46(23.2)	68(34.3)	18(9.1)	11(5.5)	0.014
Hukommelse	181(92.3)	167(85.2)	11(5.6)	25(12.8)	4(2.0)	4(2.0)	0.019
Trygghet i dagliglivet	190(96.9)	173(88.3)	6(3.0)	20(10.1)	0(0)	3(2.0)	0.050

Selvrapportert fysisk aktivitet

Åttisju prosent (n = 172) rapporterte at de har vært i bevegelse ved å gjennomføre husarbeid, hagearbeid og hverdagsaktivitet minst 30 minutter 5 dager eller mer siste uke. Tabell 3 viser selvrapportert fysisk aktivitet hos informantene ved T1 og T2. Seks måneder etter hjemmebesøket rapporterer signifikant flere å ha gjennomført planlagt fysisk aktivitet enn ved hjemmebesøket. Endringen i aktivitet skjer mellom fra gruppen som rapporterer «ingen aktivitet» til «noe aktivitet» (1-2 ggr per uke) (p = 0.001). Ved hjemmebesøket rapporterte 36 % å gjennomføre, mens 6 måneder etter rapporterte 46 % å gjennomføre planlagt fysisk aktivitet 1-2 ggr per uke.

Tabell 3. Oversikt over hvor mange ganger per uke 80-åringene gjennomfører planlagt fysisk aktivitet ved hjemmebesøket (T1) og 6 måneder etter besøket

	T1	T2	Signifikans T1 - T2
Aldri	24 % (n = 47)	14 % (n = 26)	
1-2 ggr ukentlig	36 % (n = 69)	46 % (n = 89)	*
3 ggr i uken eller mer	40 % (n = 77)	40 % (n = 78)	

*Signifikant forskjell i fysisk aktivitetsnivå mellom T1 og T2 i økning fra aldri til 1-2 ggr per uke (p= 0.001)

Opplevde de informasjonen som nyttig og har besøket ført til endringer?

Et halvt år etter hjemmebesøket rapporterte 70 % at samtalen var nyttig i svært stor til stor grad. Seksti seks prosent fikk økt kunnskap om ulike tilbud i kommunen, 46 % rapporterte at informasjonsmappen var nyttig, 40 % fikk generelt ny kunnskap og 15 % startet med en ny aktivitet. Fysisk trening er den aktivitet flest rapporterte som ny aktivitet (Se Tabell 3 for selvrapportert endring i fysisk aktivitet).

Nittifem prosent rapporterte at de opplevde hjemmebesøket som positivt til svært positivt. Nittiåtte prosent opplevde å bli møtt med respekt og majoriteten ønsket nytt besøk (97.6 %).

Diskusjon

Majoriteten av de som mottok besøk i vår studie rapporterte å ha relativt god helse relatert livskvalitet, mange deltar i foreningsaktivitet og på andre kulturelle og sosiale aktiviteter. Åttisju prosent rapporterer å være i bevegelse mer enn 30 minutter 5 dager i uken eller mer og 76 % rapporterer å gjennomføre planlagt fysisk aktivitet mer enn 1-2 ggr per uke. De aller fleste spiser frokost, et varmt måltid samt frukt og grønnsaker hver dag. Seks måneder etter hjemmebesøket har flere økt sitt fysiske aktivitetsnivå noe, mange rapporterer at samtalen var betydningsfull, opplevde at de fikk nyttig informasjon om kommunens tilbud til eldre og flere har fått kjennskap til kommunens helsetjenester.

Med økende antall eldre står samfunnet over for krevende omsorgsutfordringer og det er derfor viktig å støtte de eldre til fortsatt å opprettholde gode hverdagsrutiner og ta vare på sin egen helse (Meld. St. 29, 2012-2013; Meld. St. 34, 2012-2013). Denne studien bekrefter at man ved hjemmebesøkene til 80-åringer i Trondheim kommune både kommer i kontakt med ønsket målgruppe eldre og at de opplever besøket som nyttig selv om de er selvstendige og rapporterer å ha god livskvalitet.

En styrke ved denne studien er det høye antallet eldre som ønsket å delta samt den høye svarprosenten (75 %) på spørreskjemaet som ble sendt ut 6 måneder etter besøket. Femtisper sent av de som ble tilbudt hjemmebesøk takket ja til tilbudet. Dette er en høyere deltakelse enn i tidligere norske undersøkelser hvor 59 % takket nei til tilbudet i Ålesund kommune, og hhv 48 og 53 % takket nei til hjemmebesøk i en landsomfattende undersøkelse gjennomført i 2014 (Førland og Skumsnes 2014; Blindheim og Alnes 2015). Resultatene fra vår studie kan likevel bare generaliseres til de som ønsket å motta besøk. Vi har ingen opplysninger utover årsakene til at de ikke ønsket besøk.

Seniorene beskriver hjemmebesøket som positiv, det oppleves verdifullt og de beskriver at de blir møtt med respekt. Dette er i samsvar med funn fra tidligere studier gjort i Norge hvor seniorer som er intervjuet om betydningen av hjemmebesøk rapporterer at hjemmebesøket medfører trygghet, at de får støtte til å fortsette å klare seg selv i hverdagen og at de blir møtt med respekt (Tøien mfl 2014; Tøien mfl 2015; Blindheim og Alsnes 2015). Infosenteret erfarer at mange ennå ikke ser behov for en samtale rundt sin hverdag og hverdagsaktiviteter, da de er selvhjulpne og opplever å ha det bra i hverdagen. Et hovedmål for besøket blir da å oppfordre seniorene til å fortsette med de daglige aktivitetene, og gi dem støtte på å fortsette med de aktivitetene de allerede gjør som er positive for dem.

Fysisk aktivitet

Resultatene fra vår studie viser at majoriteten er i bevegelse med hverdagsaktivitet mer enn 30 minutter minst 5 dager ukentlig. I tillegg er det flere som har økt aktivitetsnivået fra aldri til 1.2 ggr ukentlig. Samtalen ved hjemmebesøket har stort fokus på betydningen av å være aktiv og kan ha vært en medvirkende årsak til at flere har blitt inspirert til å øke aktivitetsnivået. I tillegg er det generelt mye fokus i media og i vitenskapelig litteratur om den gode effekten av og viktigheten av å opprettholde fysisk aktivitet hos eldre (WHO; Hortobágyi, Lesinski, Gäbler, VanSwearingen, Malatesta og Granacher, 2015; Hupin, Roche, Gremeaux, Chatard,

Oriol, Gaspoz, Barthélémy og Edouard, 2015). Man skal derfor ikke utelukke at også medias innflytelse har vært viktig.

Fysisk aktivitet er viktig uansett alder og spesielt hos eldre for å opprettholde fysisk- og mental funksjon, sosialt fellesskap, selvhjelpenhet i hverdagen og for å redusere risiko for fall og brudd (Helbostad, Sletvold og Moe-Nilssen, 2004). Trening er imidlertid ferskvare, og funksjonsforbedring ved trening hos eldre personer med og uten bevegelsesvansker kan bli borte i løpet av et halvt år hvis ikke treningen holdes ved like (Helbostad mfl 2004). En oppfølgende samtale for å motivere senioren til å oppholde gode aktivitetsvaner er trolig derfor svært viktig.

I Helsedirektoratets anbefalinger fra 2014 anbefales eldre over 65 år å være i fysisk aktivitet minst 150 minutter per uke. Dersom intensiteten på aktiviteten er høy holder det med 75 minutter i uka (Helsedirektoratet 2014). Eldre bør utføre øvelser som gir økt muskelstyrke til store muskelgrupper to dager per uke og eldre med nedsatt mobilitet bør gjøre balanse- og styrkeøvelser tre eller flere dager i uken. Styrketrening vil for mange være en positiv tilskudd for å skape mer selvstendighet i dagliglivet. Dette henger sammen med livskvalitet og det å klare seg selv i hverdagen. Liten maksimal styrke vil hindre eldre til å komme seg opp fra stoler, badekar og trapper. En nylig publisert studie viser viktigheten av å opprettholde eksplosiv styrke og kraft gjennom livsløpet (Unhjem, Nygård, van den Hoven, Sidhu, Hoff og Wang, 2016).

Tall fra en studie nylig gjennomført i Norge hvor man har analysert fysisk aktivitetsdata registrert med aktivitetsmåler viser at bare 28 og 29 % av kvinner og menn i alderen 65-85 år tilfredsstillers Helsedirektoratets nye anbefalinger om fysisk aktivitet fra 2014 (Anderssen, Hansen, Kolle, Steene-Johannessen, Børsheim og Holme 2009). Dataene fra vår undersøkelse er ikke direkte sammenlignbare med disse tallene, men også tallene fra vår studie viser at det er potensiale blant 80-åringene i Trondheim kommune å kunne øke aktivitetsnivået ytterligere for å kunne tilfredsstille de nye rådene om fysisk aktivitet fra helsemyndighetene (Helsedirektoratet 2014).

Helserelatert livskvalitet

Ved hjemmebesøket rapporterer majoriteten av seniorene å ha god helserelatert livskvalitet på alle de 7 dimensjonene som måler livskvalitet (Tabell 2). Til tross for en økning i aktivitetsnivå fra hjemmebesøket til oppfølging 6 måneder etter hjemmebesøket, rapporterer seniorene imidlertid ingen endring i «fornøydhets med tilværelsen», hvorvidt de opplever seg «sterk og opplagt» og er «glad» fra hjemmebesøket til andre måletidspunkt, 6 måneder etter. For dimensjonene «i stand til å påvirke egen hverdag», «sove godt», «god hukommelse» og «å ha trygghet i hverdagen» er det flere som har endret svarkategori fra «i stor til svært stor grad» til «både/og». Dette kan ha sammenheng med at ansatte fra kommunen var tilstede når seniorene fylte ut spørreskjema ved hjemmebesøket (ved T1), noe som muligens kan ha påvirket svarene i en mer positiv retning enn det som er reelt.

Kjennskap til og bruk av kommunale helsetjenester

Gjennom hjemmebesøket fikk seniorene kjennskap til kommunenes helsetjenester. En betydelig økning i kjennskap til kommunenes helsetjenester fra hjemmebesøket til 6 måneder etterpå, kan tyde på at informasjonen de fikk under hjemmebesøket var relevant, og ga seniorene et utgangspunkt og en trygghet i selv å innhente mer kunnskap om kommunens helsetjenestetilbud

Deltagelse i kulturelle- og sosiale aktiviteter

Når det gjelder deltagelse i kulturelle- og sosiale aktiviteter ble det ikke funnet noen signifikante endringer i deltagelse fra hjemmebesøket til 6 måneder etterpå, med unntak av konsertbesøk. Dette kan ha sammenhengen med at seniorene i utgangspunktet er relativt aktive. Videre kan det tyde på at endringen i aktivitetsmønster først og fremst handler om økning i fysisk aktivitet framfor økt deltagelse i kulturelle- og sosiale aktiviteter. Kanskje er det også slik at behovet for sosialt samvær tilfredsstilles gjennom deltagelse i ulike former for fysisk aktivitet.

Metodiske begrensninger

Innsamling av spørreskjemadata ved T1 ble innhentet mens ansatte fra kommunen gjennomførte besøket. Ved 6 måneders oppfølging ble spørreskjema sendt ut i posten. Dette kan ha påvirket hvordan seniorene både velger å svare og også hvorvidt de opplever å føle seg forpliktet til å delta i studien.

Videre ble selvrapporert fysisk aktivitet målt med to spørsmål modifisert fra HUNT-undersøkelsen (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) Det er et kjent fenomen at mange rapporterer om et høyere aktivitetsnivå enn det de reelt har i hverdagen (Helsedirektoratet 2014; Shook, Gribben, Hand, Paluch, Welk, Jakicic, Hutto, Burgess og Blair 2016). I en fremtidig studie bør derfor aktivitetsnivå følges opp med mer detaljerte spørsmål om type, frekvens og intensiteten på den fysiske aktiviteten. I tillegg kan man også følge opp i et utvalg seniorer med aktivitetssensorer for å kartlegge objektive bevegelser og aktivitet i løpet av døgnet.

Undersøkelsen sier ikke noe om oppfølgingen flere deltakere fikk etter besøket. Det avdekkes under hjemmebesøkene ulike behov for oppfølging, selv om det ikke er hovedmålet med besøket. Tjenester som trygghetsalarm, fysioterapi eller ergoterapi opprettes, men senioren kobler i liten grad dette til det helsefremmende og forebyggende hjemmebesøket.

Dette er den første studien gjort av det forebyggende hjemmebesøket som tilbys 80-åringer i Trondheim kommune. Fremtidige studier bør sammenligne en gruppe som får tilbud med en gruppe som ikke får tilbud. Randomiserte kontrollerte design er gullstandard for å undersøke effekten av tiltak, men kan være vanskelig å gjennomføre i denne settingen. En mulighet er å sammenligne kommuner som tilbyr hjemmebesøk med de som ikke tilbyr dette.

Konklusjon

Over halvparten av de som får tilbud om HFHB i Trondheim kommune ønsker besøk. Senioren rapporterer å ha relativt god helserelatert livskvalitet, et velbalansert kosthold og deltar i stor grad i sosiale og kulturelle aktiviteter. Seks måneder etter besøket rapporterer senioren å ha satt pris på hjemmebesøket, å ha fått økt kunnskap om kommunale helsetjenester og ha økt sitt fysiske aktivitetsnivå.

Litteratur

1. Statistisk sentralbyrå. Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2010-2060. Fortsatt høy befolkningsvekst. 15. juni 2010
2. Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Melding til Stortinget. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Oslo
3. Melding St.29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Melding til Stortinget. Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Oslo
4. Meld.St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen: God helse-felles ansvar. Melding til Stortinget, Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Oslo
5. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Melding til Stortinget, Det Kongelige Helse- og omsorgsdepartement, Oslo
6. Klungerbo B, Bredland E, Nervik T og Sødal AB. Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk 2012
<http://www.trondheim.kommune.no/content/1117726224/Prosjekter>
7. Mayo Wilson E, Grant S, Burton J, Parson A, Underhill K, Montgomery P. Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE 2014;9:Issue 3.
8. Skumsnes R, Larun L, Langeland E. Effekten av forebyggende hjemmebesøk til eldre. Sykepleien Forskning 2013;8:310-321.
9. Behm L, Wilhelmson K, Falk K, Eklund K, Zide'n L, Dahlin-Ivanoff S. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT Elderly Persons in Risk Zone. Archives of Gerontology and Geriatrics 2014;58:376-383.
10. Tøien M, Heggelund M, Fagerstrøm. How do older persons understand the purpose and relevance of preventive home visits? A study of experiences after a first visit. Nursing Research and Practice 2014; article ID 640583.
11. Tøien M, Bjørk IT, Fagerstrøm L. Older users' perspectives on the benefits of preventive home visits. Qualitative Health Research 2015;25(5):700-712.
12. Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark – why, how, by whom and when? Z Gerontolol Geriatric. 2007; 40(4):209-16.
13. Vass M, Avlund K, Henriksen C. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. Scand J Public Health. 2007;35(4):410-7
14. St.meld nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
15. World Health Organization (WHO) (1986); The Ottawa Charter for Health Promotion.<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
16. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-being. San Francisco: Jossey-Bass publishers; 1979.
17. www.trondheim.kommune.no/infosenteret for seniorer

18. Holm Ivarsson, B. Motiverende intervju - norsk utgåva. Tanum Forlag. 2011
19. Bergland A, Bruun Wyller T. Construct and criterion validity of a Norwegian instrument for health related quality of life among elderly women living at home. *Social Indicators Research*. 2006;77:479–497.
20. Hentet fra www.ntnu.no/hunt.
21. Førland O., Skumsnes R. Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge: Resultater fra en landsomfattende kommuneundersøkelse. Bergen; Senter for omsorgsforskning 2014; Rapportserie 7.
22. Blindheim K, Alnes RE. Evaluering og justering av modell for forebyggende hjemmebesøk i Ålesund kommune. 2015; Rapportserie 02. ISSN: 1502-7643 ISBN: 978-82-92186-54-1
23. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Physical Activity and Older Adults. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18043292>
24. www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults
25. Hortobágyi T, Lesinski M, Gäbler M, VanSwearingen JM, Malatesta D, Granacher U. Effects of Three Types of Exercise Interventions on Healthy Old Adults' Gait Speed: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Br J Sports Med*. 2015; 49(19):1262-7.
26. Hupin D, Roche F, Gremeaux V, Chatard JC, Oriol M, Gaspoz JM, Barthélémy JC, Edouard P. Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥ 60 years: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med*. 2015; 45(12):1627-43. Review.
27. Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Effects of home exercises and group training on functional abilities in home-dwelling older persons with mobility and balance problems. A randomized study. *Aging Clin Exp Res*. 2004; 16(2):113-21.
28. Helbostad JL, Sletvold O, Moe-Nilssen R. Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: effect on health-related quality of life and ambulation. *Clin Rehabil*. 2004; 18(5):498-508.
29. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Helsedirektoratet, 2014. Rapport IS 2170, Oslo, Norge
30. Unhjem R, Nygård M, van den Hoven LT, Sidhu SK, Hoff J, Wang E. Lifelong strength training mitigates the age-related decline in efferent drive. *J Appl Physiol*. 2016;121:415–423.
31. Anderssen SA, Hansen BH, Kolle E, Steene-Johannessen J, Børshem E, Holme I. Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009. Helsedirektoratet, 2009. Rapport IS-1754, Oslo, Norge
32. Shook RP, Gribben NC, Hand GA, Paluch AE, Welk GJ, Jakicic JM, Hutto B, Burgess S, Blair SN. Subjective Estimation of Physical Activity Using the International Physical Activity Questionnaire Varies by Fitness Level. *J Phys Act Health*. 2016;13(1):79-86.