

2008-03-26

Dnr

***Förebyggande
hembesök
inom ramen för statliga
stimulansmedel
vård och omsorg***

Handläggare:
Sofia Karlsson
Ida Persson

Programkansli
Social välfärd
Box 30300
701 35 Örebro

Ringgatan 32

Tel 019-21 10 00
Fax 019-21 41 25

social.valfard@orebro.se

Innehållsförteckning

Sida:

1. Sammanfattning	4
<i>Sammanfattande projektbeskrivning</i>	4
2. Inledning	5
2.1 Uppdrag och syfte	5
3. Redovisning av kunskapsläget	6
<i>Prevention – en möjlighet till högre välbefinnande och livskvalitet</i>	6
<i>Folkhälsomålen</i>	6
<i>Enligt lagen</i>	6
<i>Nationella folkhälsokommittén</i>	6
3.1 Vad är hälsa?	7
3.2 Vad är livskvalitet?	7
3.3 Den danska modellen – en förebild	8
3.4 Internationellt	9
<i>Att jämföra kan vara svårt</i>	9
<i>Finland</i>	9
3.5 Nationellt	10
<i>Nordmaling en referenskommun</i>	11
<i>Örebro län</i>	12
3.6 Den gångbara metoden	13
<i>Besöksfrekvens</i>	13
<i>Kontinuitet</i>	13

3.7 Goda förutsättningar att påverka med förebyggande hembesök	13
<i>Betydelsen av det sociala samspelet</i>	<i>13</i>
<i>Meningsfulla aktiviteter</i>	<i>14</i>
4. Metod	14
<i>Insamling av data</i>	<i>14</i>
4.1 Tidsplan	15
4.2 Målgrupp – Avgränsning	17
<i>Ålder</i>	<i>17</i>
<i>Område</i>	<i>18</i>
<i>Antal besök</i>	<i>18</i>
4.3 Metodsammanfattning för förebyggande hembesök i Örebro kommun	18
5. Utvärdering	20
Referenser	21

1. Sammanfattning

Sammanfattande projektbeskrivning

2007 söktes stimulansmedel från staten för att starta ett projekt som går ut på att erbjuda förebyggande hembesök till äldre som inte har biståndsbeslutade insatser från hemvården.

Idag har både landsting och kommun svårt att ge det hälsofrämjande arbetet bland äldre särskilt hög prioritet. Genom att tillvarata föregångarnas goda erfarenheter, effekter och resultat startar nu projektet "Förebyggande hembesök" i Örebro kommun. Modellerna som ligger som inspirationskälla i detta material är inte mindre än 21 svenska kommuner, varav några studerats mer ingående, exempelvis Nordmaling.

Inom ramen för den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken anslogs år 1999 stimulansmedel för ett treårigt försök med uppsökande verksamhet bland äldre i Sverige. Tjugoen försöksverksamheter beviljades stimulansmedel och började att arbeta med "Förebyggande hembesök". Socialstyrelsen hade fått i uppdrag från regeringen att leda, följa upp och utvärdera försöksverksamheten. Syftet var att samla kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre (1).

Efter att ha tagit del av slutrapporter från de 21 kommunerna samt rapporter från nya projekt angående uppsökande verksamhet har vi kunnat identifiera några viktiga förutsättningar för att uppnå en positiv effekt:

- ❖ Krav på professionalism, social kompetens, engagemang och ett genuint intresse av äldre. Medicinsk såväl som social skolad personal som till exempel distriktsköterskor, arbetsterapeuter, biståndshandläggare, sjukgymnaster. Att arbeta tvärprofessionellt har gett stora fördelar genom att man kan ta del av varandras kunskaper.
- ❖ Kontinuitet i verksamheten är viktig. För att varje hembesök ska bidra till positiva resultat måste man sträva efter kontinuitet på flera sätt. Kontinuitet i verksamheten uppnås genom att bra förutsättningar ges till dem som arbetar med hembesöken. Det är möjligt först när personalen har fått avsatt tid till hembesöksverksamheten. Kontinuitet är viktig i den mening också att besöksverksamheten ska organiseras så att samma besökare följer sina seniorer för att en god relation ska kunna skapas dem emellan.
- ❖ Erfarenhet visar att det är först vid tredje eller fjärde besöket som förtroendet har blivit så stort att pensionären vågar ta upp frågor av existentiell karaktär. Begränsar man verksamheten till endast ett besök handlar det om kartläggning och då finns inga belegg för några positiva hälsoeffekter. Om kartläggning är det viktigaste finns andra både effektivare och billigare metoder att ta till.
- ❖ Det förebyggande hembesöket måste struktureras. En god struktur ger hembesökaren ett stöd för att genomföra hembesöken på ett professionellt sätt (1).

Förebyggande hembesök till äldre i Örebro kommun kommer att pågå i projektform under en tvåårsperiod, med intentionen att upprätta grunden för en besöksmodell, så att den uppsökande verksamheten skall kunna bli en del av kommunens organiserade äldreomsorg även efter det att projektet slutförts.

2. Inledning

I Danmark, Finland, Australien och Japan erbjuds förebyggande hembesök till äldre och det förekommer även i Norge, Tyskland och Spanien. I Danmark lagstodgades förebyggande hembesök 1996 efter att omfattande forsknings- och utvecklingsarbete gjorts på området. Den danska modellen har legat till grund för den svenska försöksverksamheten. I Finland var det 150 kommuner 2006 som arbetade med förebyggande hembesök, Finland var då i fasen att starta upp verksamheten i ytterligare 60 kommuner (2).

Tjugoen försöksverksamheter beviljades stimulansmedel och började under hösten –99 att arbeta med ”Förebyggande hembesök”. Försöken förlades till olika orter i landet. Gemensamt för alla försök är att de har baserats på regelbundna hembesök, riktade till hemmaboende äldre, och att personalen har haft både medicinsk och/eller social kompetens. Det har skiljt sig åt när det gäller hur man organiserat verksamheten, hur man valt sin målgrupp och hur ofta man erbjudit hembesök och vad de innehållit.

En sammanfattning av resultaten visar att försöksverksamheten med förebyggande hembesök har varit framgångsrikt då man nådde ut till grupper som annars var svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Resultatet visade också ökad trygghet hos de äldre, minskat vårdbehov och minskade sjukvårdskostnader.

Både de deltagande seniorerna och personalen som hade genomfört besöken var nöjda och önskade att verksamheten skulle fortsätta.

Tre faktorer som har haft betydelse för i vilken utsträckning hembesöken har påverkat deltagarnas hälsa och funktionsförmåga är målgruppens sammansättning, besöksfrekvensen och besökens innehåll (1). En fjärde avgörande faktor för att nå framgång är att det finns kontinuitet i verksamheten. Detta kan uppnås genom att det finns ”öronmärkt” tid och budget för den förebyggande verksamheten. Kontinuitet betyder i det här sammanhanget också att besöksverksamheten ska organiseras så att samma besökare följer samma deltagare och att det är viktigt att en god relation skapas dem emellan (3).

Det finns idag en ganska omfattande kunskap utifrån den danska modellen och de svenska försöksverksamheterna om hur strukturen och upplägget på förebyggande hembesök bör se ut för att på bästa sätt kunna påverka de äldres hälsa i en positiv riktning. Avsikten med denna skrivelse är att visa hur vi, i Örebro kommun, utifrån våra förutsättningar på bästa sätt kan leva upp till den struktur och det upplägg som förespråkas för att uppnå positiva förebyggande och hälsofrämjande effekter. Vår avsikt med projektet är att med ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv konstruera grunden för en besöksmodell där de äldre ges möjligheten till att bibehålla eller förbättra sin livskvalitet.

2.1 Uppdrag och syfte

Uppdraget är att inom ramen för projektet förebyggande hembesök, stimulansbidrag 2007/08 erbjuda förebyggande hembesök till personer som är födda mellan 1926-1932, som inte har några biståndsbeprövade insatser från hemvården.

Intentionen är att upprätta grunden för en besöksmodell, så att den uppsökande verksamheten skall kunna bli en del av kommunens organiserade äldreomsorg även efter det att projektet slutförts.

En tanke är att verksamheten med förebyggande hembesök skulle kunna ingå som en av delarna i en lotsfunktion för äldre där man jobbar med individuell pro aktiv information och coaching.

Syftet är att genom en väl uppbyggd besöksmodell kunna utföra hembesöken med ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv för att bibehålla eller öka livskvalitén hos dem vi besöker.

3. Redovisning av kunskapsläget

Prevention – en möjlighet till högre välbefinnande och livskvalitet

Insatser till äldre kommer ofta alltför sent för att, i verklig mening, fungera som stöd att bibehålla god hälsa. I stället sätts fokus på att stödet ska kompensera ett redan uppstått behov. Som att förebygga ohälsa och ge bättre livskvalitet till äldre som idag inte har flera olika insatser i sina hem (4).

Intresset för folkhälsoarbete riktat mot äldre människor växer snabbt. Allt fler studier visar nämligen på positiva effekter av interventioner sent i livet. Dessutom ökar andelen äldre i befolkningen och allt fler lever till riktigt höga åldrar.

Preventiva insatser kan skjuta upp funktionsnedsättningar och beroende, vilket kan minska kostnaderna för vård och omsorg och – kanske än viktigare – förbättra äldre personers välbefinnande och livskvalitet (5).

Folkhälsomålen

I Sveriges 11 folkhälsomål ingår bl.a. delaktighet och inflytande i samhället, ekonomisk och social trygghet, sunda och säkra miljöer och produkter, en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, ökad fysisk aktivitet och goda matvanor och säkra livsmedel. Statens folkhälsoinstitut har identifierat fyra hörnpelare som visat sig vara särskilt relevanta för den äldre befolkningen för att kunna bibehålla hälsa och funktionsförmåga. Dessa är fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap/stöd och delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd (6, 7).

Enligt lagen

I Hälso- och sjukvårdslagen och i Socialtjänstlagen finns ett tydligt ansvar för huvudmännen att arbeta med att främja hälsa och förebygga ohälsa, bland annat genom att ge upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada 2b§HSL) och att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden (5 kap 6§ SoL) (1).

Danmark har sedan 1996 lagstadgat att alla som är 75 år och äldre ska erbjudas förebyggande hembesök med syftet att ge en ökad livskvalité och minskad intagning på akutsjukhus.

Nationella folkhälsokommittén

Nationella folkhälsokommittén 2000 satte upp 18 nationella mål för folkhälsan där ett av målen var att hälso- och sjukvården skulle arbeta mer hälsoinriktat genom att:

- Utveckla effektivare sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individ-, grupp-, och befolkningsnivå.
- Öka samverkan för en jämlik hälsoutveckling i befolkningen.
Utveckla metoder och strategier för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete.

3.1 Vad är hälsa?

Det är svårt att hitta en enhetlig definition på hälsa, men det finns flera olika. I mitten av 1900-talet började hälsa definieras inte enbart med fysisk inriktning utan fick ett mer helhetsbegrepp som även omfattade psykiska och samhällseliga aspekter, där alla aspekter påverkar varandra. Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom och svaghet (8).

Traditionellt har hälsa betraktats som frånvaro av sjukdom men det har ersatts av synsättet att hälsa är ett svårdefinierat begrepp som varierar. Hälsa handlar inte längre om att vara sjuk eller frisk, må bra eller dåligt utan är ett individuellt tillstånd av alla stadier däremellan. En person kan ha en sjukdom men ändå uppleva god hälsa och en person utan sjukdom kan ändå uppleva ohälsa.

Det salutogena synsättet handlar om att utgå från vad som gör att personer förblir friska och behåller hälsa istället för att ha fokus på vad som gör personer sjuka. Man talar om friskfaktorer istället för riskfaktorer.

Hälsa ses mer som ett medel för att individen ska kunna uppnå sina mål än att hälsa är målet i sig. Hälsofrämjande arbete handlar därför om att förstärka individens egna förmåga för att kunna förbättra människors livskvalitet (9).

3.2 Vad är livskvalitet?

WHO definierar livskvalitet som *individens uppfattning av sin egen livssituation i hennes eget kultur- och värdesystem samt att det relateras till mål, förväntningar och angelägenheter. På ett komplext sätt är det en del av en persons psykiska hälsa, psyksiska status av oberoende, sociala relationer, personliga tilltro och förhållande till den fysiska miljön* (10).

Bengt Brulde är fil. Dr i praktisk filosofi och har en egen teori om att en persons livskvalitet är en funktion av hur tillfredsställd hon är, hur hon mår och hur tillfreds hon är med sitt liv med förutsättningen att hennes känsla av tillfredsställelse inte är illusorisk. Kort sagt att ha ett bra liv är enligt Brulde *att vara lycklig "av rätt skäl"* (11).

Ett tredje sätt att beskriva livskvalitet är den upplevda känslan av att leva ett gott liv, där man oftast avser andra faktorer än sådana av ekonomisk natur eller av överlevnadsnatur. Exempel på fenomen som är viktiga för människors livskvalitet är den fysiska miljön, psykosociala miljön, estetiska, transcendentala och religiösa upplevelser, etc. Man kan också beskriva det som att vara aktiv, ha gemenskap, självkänsla och en grundstämning av glädje (fria encyklopedin).

Livskvalitet kan också beskrivas som individens förmåga och tillfälle att realisera sina ambitioner och planer (12).

Det finns flera indikatorer i livskvalitet som är objektiva men också begrepp som ger en mer subjektiv bedömning kring hur man fungerar i det vardagliga livet.

Vem ska då värdera livskvaliteten? De förändringar av hälso- och sjukvårdslagen som genomförts under 1990-talet tydliggör patientens rätt att själv besluta om olika åtgärder som rör hans/hennes egen behandling. I harmoni med detta kan man hävda att det är naturligt att det är patienten eller individen själv som ska värdera sin egen livskvalitet (13).

3.3 Den danska modellen – en förebild

Forskning kring äldre och förebyggande hembesök sköt fart när två danska läkare 1984 presenterade sina smått sensationella rön från det s.k. Rödovre projektet. Där visades att förebyggande hembesök inte bara kunde förbättra livskvaliteten utan också minska akuta läkarbesök och inläggning på de danska sjukhemmen.

En anledning till att äldre människor ofta blir inlagda på sjukhus är otillfredsställda sociala behov. Detta skriver de danska läkarna Hendriksen, Lund och Stromgård i sin inledning till en omfattande studie (14) som undersöker effekterna av förebyggande hembesök. Vidare skriver de, antag att medicinska och sociala preventiva åtgärder då skulle resultera till en förbättring i livskvaliteten för de äldre och att det då också kan leda till en minskning av inläggning på sjukhus eller äldreboenden.

Den danska studiens primära syfte var att stödja äldre att kunna bo kvar i sina hem så länge de själva önskade och att "lägga till" liv till åren och inte bara år till livet.

I tre år pågick forskningen om förebyggande hembesök där 285 slumpvis utvalda personer 75 år och äldre som levde i förort till Köpenhamn besöktes var tredje månad i sina hem. Med strukturerade medicinska och sociala förebyggande insatser försökte man se om och hur dessa kunde påverka antalet intagningar på sjukhus, äldreboende, antalet kontakter med motsvarande vårdcentral och om det påverkade dödligheten. En kontrollgrupp med 287 personer användes. Resultaten gällande vårdtygn, inflyttning på äldreboende och mortalitet redovisas nedan i tabell 1, 2 och 3.

Tabell 1

	Antal intagningar på sjukhus:	Antal vårdtygn:	Skillnad i antal vårdtygn:
Interventionsgrupp	219	4 884	-1 558 (en minskning med 25%)
Kontrollgrupp	271	6 442	

Andra halvan av studien minskade intagningarna signifikant i interventionsgruppen.

Tabell 2

	Antal inflyttade på äldreboende:	Skillnaden i antal inflyttade:
Interventionsgrupp	20 personer	-9 personer
Kontrollgrupp	29 personer	

Tabell 3

	Antal dödsfall:	Skillnad i mortalitet:
Interventionsgrupp	56 personer	-19 personer
Kontrollgrupp	75 personer	

Man såg ingen skillnad i antalet kontakter med vårdcentral. Däremot var det signifikant mindre akuta läkarbesök för interventionsgruppen. Interventionsgruppen drog fördel av att få kontinuerliga besök och de erhöll också därigenom fler hjälpmedel och bostadsanpassningar. Ett annat mycket viktigt troligt resultat av hembesöken var en ökning av förtroende och tillit från de äldre.

Hur gick man till väga för att uppnå dessa goda resultat? Interventionsgruppen fick både skriftlig och verbal information innan besöken med information om syfte och metod. Ett strukturerat frågeformulär användes. Information om sociala och hälsorelaterade tillstånd inhämtades. Det samtalades om livet, hur det gestaltade sig både positiva och negativa aspekter av levnadsförhållandena togs upp för att skapa en kontakt och relation mellan intervjuaren och den äldre.

Om man tillsammans med den äldre kom fram till att behov fanns av social och/eller medicinsk karaktär hjälpte besökaren till med att koordinera kontakten med samhällstjänsten. Besöken innehöll inga kliniska undersökningar. Besöken gjordes var tredje månad med max 12 besök under projekttiden. Däremellan var intervjuaren tillgänglig på telefon. Varje besök varade 0,5-1,5 timme. En intervjuare besökte samma person.

Väldigt få av deltagarna tyckte att deras integritet blivit störd. Tvärtom nåddes en hög grad av motivation till att delta. Det upplevdes som speciellt positivt att de äldre fick möta en och samma person och de uppskattade att de kunde ringa intervjuaren. En känsla av tillit speglade deltagarnas sinnesstämning i huvudsak.

Resultatet var positivt både för de gamla och för samhället. Även hos riktigt gamla kunde man uppnå en effekt genom förebyggande hembesök.

Hendriksen, Lund och Stromgård säger att förebyggande hembesök är en möjlig väg för kommunen att bemöta kraven från de äldre som vill fortsätta att bo i sina egna hem så länge som möjligt. Men för att kunna arbeta efter denna metod måste det finnas en person som kan koordinerar de många olika tvärprofessionella åtgärderna och denne måste vara tillgänglig varje dag. Personen måste också ha goda kunskaper om det offentliga systemet och ha förståelse för och intresse av äldre människor.

Idag erbjuder Rödovre sina medborgare över 75 år, som inte har hemvård, förebyggande hembesök två gånger om året av en sjuksköterska. I Danmark är förebyggande hembesök lagstadgat sedan 1996.

3.4 Internationellt

2004 fick Ruth Elkan och Denise Kendrick, från Nottinghams universitet i Storbritannien, i uppdrag av WHO att göra en sammanställning av tidigare forskningsresultat inom området som berör äldre och hembesök. Uppdraget bedrevs inom HEN, Health Evidence Network,

som syftar till att ge beslutsfattare ett vetenskapligt underlag till grund för sina beslut. Sammanställningen baserades på en omfattande litteratursökning. (15).

Den slutliga rekommendationen som ges till beslutsfattare i WHO rapporten är följande:

Det finns inga belägg för att man ska sluta med förebyggande hembesök där sådana program genomförs, men det behövs mer forskning innan man kan ge en allmän rekommendation att starta nya.

I meta-analysen som inkluderade 15 olika besöksprojekt från Europa och USA kunde Elkan och Kendrick redovisa resultat som påvisade en minskad mortalitet och minskat behov av äldreboenden för de undersökta målgrupperna (16). I målgruppen var nästan hälften nyligen utskrivna från sjukhus eller beskrivna med andra särskilda behov.

Ytterligare en meta-analys presenterades 2002 av Stuck(17). Där konstaterade man att besöken fick en kraftigare effekt ju fler besök som genomfördes. Effekten syntes bland annat när det gällde behovet av att flytta till äldreboende. Man kunde även här se en reduktion av mortaliteten i de yngre åldersgrupperna. Dessutom konstaterades att funktionsnedsättning kunde minskas om besöksverksamheten var kontinuerlig.

Att jämföra kan vara svårt

Man måste dock ha med i tanken att projekt som undersökts inom den internationella forskningen inte alltid är direkt överförbara till vårt svenska system. Definitionen om vad förebyggande hembesök är varierar, i Sverige och Norden har vi en tydlig distinktion mellan förebyggande hembesök och hemtjänst. För att tyda den internationella forskningen måste man sätta sig in i de olika definitionerna som beskrivs för varje projekt. Eftersom jämförelsen i de flesta interventionerna är ”ingen insats förutom det vanliga” måste vi veta hur det ”vanliga” ser ut (13).

Finland

Liknande resultat har även visats i Finland där vi kunnat se att man eftersträvar att följa de riktlinjer som visat sig vara viktiga för att uppnå goda resultat för förebyggande hembesök, målgrupp, frekvens, innehåll, personal etc. I Kommunförbundets utvecklingsprojekt i Finland deltog 10 kommuner, inom utvecklingsprojektet gjordes förebyggande hembesök hos sammanlagt 789 äldre personer som inte omfattades av de kommunala social- och hälsovårdstjänsterna. Åldern på personerna varierade från 75-97 år.

År 2006 erbjöds förebyggande hembesök till äldre i 151 finska kommuner och 60 kommuner till planerade då att införa sådana besök (2).

3.5 Nationellt

Efter att ha studerat delrapporter från kommuner som ingått i försöksverksamheten i Sverige 1999-2002 har man kunnat sett följande resultat genomgående:

- De äldre kände sig betydelsefulla, sedda och bekräftade samt delaktiga i samhällsplaneringen.
- Att det kändes tryggt med en kontakt i kommunen att man visste var man skulle vända sig med behov.

- Att de äldre upplevde en ökad trygghet och detta till en ringa kostnad.
- Att man med små medel kunde göra förändringar i hemmet som underlättade för kvarboende utan insatser från vård och omsorg.

I dagsläget är det svårt att få en exakt uppfattning om hur många kommuner som jobbar med förebyggande hembesök. Äldreguiden bygger på information som samlats in från landets kommuner där socialstyrelsen gör årliga enkätundersökningar. Via äldreguiden ska man ha möjligheten att kunna jämföra kvaliteten på vården och omsorgen mellan landets kommuner. Detta ska kunna användas i arbetet med att förbättra kvaliteten inom vården och omsorgen av de äldre. En av frågorna i äldreguiden är om kommunen bedriver uppsökande verksamhet. I april 2007 var det 110 kommuner i Sverige som uppgav att de bedrev uppsökande verksamhet (18). I ett nätverk som bildats för dem som arbetar med uppsökande verksamhet går det att identifiera ytterliggare kommuner som är verksamma inom området maj 2008.

Nordmaling en referens kommun

Förebyggande hembesök hos pensionärer 75 år och äldre, genomfördes 2000 och 2001 i Nordmaling, en landsbygds kommun i norra Sverige. Hembesöken i Nordmaling skiljer sig inte nämnvärt från många av de andra projekten i försöksverksamheten gällande upplägg och utförande, pensionärerna var i projektets inledning inte beroende av några kontinuerliga insatser från landsting eller kommunens äldreomsorg. Syftet var att studera om hembesöksverksamheten kunde påverka pensionärernas livskvalitet och vårdbehov. Skillnaden som gör att Nordmaling ofta tas upp som en referenskommun är de omfattande kostnadsanalyserna som gjordes av doktoranden Klas-Göran Sahlén. Projektet lades upp som en kontrollerad studie med intervention och kontrollgrupp. Deras bedömning är att det finns en tillräckligt god grund för att liknande resultat skulle kunna fås på många platser i landet.

Besöken planerades och genomfördes gemensamt av kommunens äldreomsorg och primärvården, vilket innebar att både kommun och landsting blev involverade i det förebyggande arbetet.

Totalt 196 pensionärer fick hembesök medan 347 pensionärer utgjorde kontrollgrupp. Besöken genomfördes två gånger per år av erfarna hembesökare med sjuksköterske- eller hemtjänstassistentutbildning. Besöken innebar att deltagaren fick omfattande information kring en mängd områden relevanta för äldre människor utförd av professionell personal. Som exempel kan ges:

- Kost och motion
- Information om diabetes och andra åldersrelaterade sjukdomar
- Diskussioner kring risker i hemmet
- Vad kan landsting respektive kommunen erbjuda och hur får man kontakt?
- Vad kan lokalsamhällets rika föreningsliv erbjuda?
- Folkbildningens roll för pensionärerna

En utvärdering av projektet visade att de pensionärer som fått hembesök tenderade att visa upp mindre ohälsa vid sista besöket än vad man såg två år tidigare, när det första genomfördes. Vissa vård- och omsorgsinsatser ökade, andra minskade i volym (4).

Den kanske mest uppseendeväckande effekten av hembesöksprojektet var att dödligheten minskade under projekttiden. Det förväntade antalet dödsfall i interventionsgruppen var 19 medan bara 8 observerades. Det betyder att dödligheten mer än halverades under projekttiden och den effekten är statistiskt signifikant (13, 19). Den hälsorelaterade livskvaliteten förbättrades under projekttiden. Upplevelse av oro och smärta minskade signifikant.

Se resultaten i Nordmaling angående vårddagar tabell 4 och antal akuta läkarbesök tabell 5.

Tabell 4

	Totalt antal vårddagar per grupp under 2 år	Förväntad beläggning inom slutenvård utan intervention	Skillnad
Kontrollgrupp	3844		
Interventionsgrupp	2050	2245	-195

Detta innebar en förändring av kostnad för slutenvård med 777 642 Skr.

Tabell 5

	Antal pensionärer	Faktiskt antal akuta läkarbesök		Förväntat antal akuta läkarbesök, intervention	
		Totalt antal besök (3 mån)	Andel med akut besök	3 månader	1 år
Kontrollgrupp	317	27	8,6%		
Intervention	185	6	3,2%	16	64

Skillnad mellan intervention och kontrollgrupp –40 besök, vilket ger en kostnadseffekt på 86 374 Skr.

Vidare såg man att andelen som sökte hemtjänst i kontrollgrupp var 7,2% i hembesöksgruppen var det 4,1 % , vilket i Nordmaling innebar en besparing för kommunen på 553 239 kr.

Även om det under 1990-talet gjordes mer omfattande forskning på området så påtalar Dr. Klas-Göran Sahlén som själv gjort omfattande analyser av förebyggande hembesök i Nordmaling att mycket forskning återstår eftersom stora fält helt saknar täckning. Han säger att hälsoekonomisk forskning är ovanlig och att det finns mycket lite forskning som antar en kvalitativ ansats.

Vidare anser Sahlén att det finns ett arbete inom det hälsoekonomiska fältet som är viktigt att belysa (16). Konklusionen i den studien var att förebyggande hembesök till en början krävde en första års investering på 2371 kr/per person för att sedan få en årlig besparing på 8 891 kr/per person det tredje året (20).

Örebro län

Kumla var en av kommunerna som deltog i försöksverksamheten 99-02, trots positiva resultat har man i dagsläget lagt ner verksamheten. I Örebro län var det i april 2007 endast Ljusnarsberg som var verksam inom området. I dag har flera kommuner i länet startat upp projekt för att bedriva uppsökande verksamhet där kan vi nämna Nora, Lindesberg, Lekeberg och Örebro.

3.6 Den gångbara metoden

Besöksfrekvens

Efter att ha tagit del av erfarenheter från 21 försöksverksamheter med uppsökande verksamhet vet vi att hembesöken blir av olika karaktär beroende på antalet besök. I de projekt där besöksfrekvensen var låg, med två besök under hela projektiden, stannade samtalen ofta vid informationsutbyte och riskbedömning. I de projekt där besöksfrekvensen varit tätare och de äldre hunnit få 4-6 besök utvecklades kontakten mellan den äldre och besökaren och blev förtroeligare. De råd som gavs var både personligare och möjliga att följa upp (1).

Erfarenheterna visar också att det är först vid det tredje eller fjärde besöket som förtroendet har blivit så stort att den äldre vågar ta upp frågor av mer existentiell karaktär. De problem som kan uppstå eller oro man kan känna kan åtgärdas genom att hembesökaren tar sig tid och lyssnar, ger förslag på åtgärder eller samtalar kring situationen. Begränsar man verksamheten till endast ett besök handlar det om kartläggning och då finns inga belägg för några positiva hälsoeffekter.

Kontinuitet

Kontinuitet är viktigt ur flera aspekter och kan bidra till positiva resultat. Detta kan uppnås genom att bra förutsättningar ges till dem som arbetar med hembesöken. Det är möjligt först när personalen har avsatt tid för hembesöksverksamheten. Förläggs verksamheten till t ex en vårdcentral delas hembesöken upp mellan många arbetstagare och förr eller senare hamnar man i en situation där man måste ta en sjuk kollegas inbokade besök eller tvingas prioritera bort ett förebyggande hembesök till följd av ett akut sjukdomsfall. Genom att ändra tid för besök eller kanske till och med ställa in det, ges inte förutsättningen till en tillitsfull relation mellan besökaren och den äldre. Kontinuitet innebär också att besöksverksamheten ska organiseras så att samma besökare följer sina äldre och att det är viktigt att det skapas en god relation dem emellan (3).

En viktig ingrediens för ett positivt resultat finns i en personlig relation som byggs mellan den äldre och hembesökaren samt att hembesökaren är professionell i sin roll. Det ger förutsättning för att skapa den trygghet som besöksverksamheten kan innebära. Denna förtroendefulla relation kan endast skapas om kontinuitet är ledstjärna i personalförsörjningen (13).

3.7 Goda förutsättningar att påverka med förebyggande insatser

Betydelsen av det sociala samspelet

De sociala relationerna är av central betydelse för hälsa och välbefinnande i alla åldersgrupper. Att stödja förutsättningarna för uppkomst och bevarande av starka sociala nätverk samt att förebygga social isolering är nödvändiga inslag i arbetet med folkhälsan.

De allra flesta äldre har någon att vända sig till med personliga problem, personer som saknar ett sådant personligt stöd upplever sin hälsa som sämre. De som både upplever sig isolerade och är socialt isolerade är de som kan ha störst nytta av riktade aktiviteter för gruppgemenskap.

Meningsfulla aktiviteter

Äldres hälsa och välbefinnande går också att påverka genom aktiviteter med fokus på meningsfulla aktiviteter för individen, självständighet i det dagliga livet, hälsa, funktion och livskvalitet. Möjligheterna till ett fortsatt aktivt liv är en av nyckelkomponenterna till ett bra aktivt åldrande.

Man har sett att sociala, dagliga och fysiska aktiviteter minskar dödligheten bland individer i åldern 65 år och äldre. Äldre som vidmakthåller utförandet av dessa aktiviteter har bättre funktionsförmåga, såväl fysiskt som psykiskt. Äldre som är beroende av andra vid utförandet upplever sin hälsa som sämre samt har sämre fysisk och/eller social funktionsförmåga (21). Fysisk aktivitet är i dag en av de mest effektiva ickefarmakologiska behandlingsformerna för ett brett spektra av sjukdomar (22).

En del äldre är mycket aktiva långt upp i åldrarna deltar i föreningsliv och utövar fritidsaktiviteter av olika slag. Tillgänglighet till offentlig miljö och allmänna kommunikationer har betydelse för äldre människors aktivitet och delaktighet i dessa avseenden, eftersom möjligheten att kunna förflytta sig i samhället är en avgörande förutsättning. En hälsosam närmiljö för äldre förutsätter att affärer, post, bank, apotek och annan samhällsservice finns i området och att det är nära till kollektiva transporter.

Det är betydelsefullt att äldre känner sig trygga och får den hjälp som behövs när kraft och hälsa sviktar (21).

4. Metod

Insamling av data

Insamling av underlag har skett genom att ta del av 21 kommuners försöksverksamheter av uppsökande verksamhet gentemot äldre. Vidare kontakt tas med några av projektarbetarna ifrån dessa verksamheter för att göra studiebesök och/eller föra dialog med kommuner som idag jobbar med förebyggande hembesök i projektform eller som en del i den ordinarie verksamheten. Se processkarta bilaga 1.

Vi har även gått igenom olika faktamaterial som exempel kan ges litteratur om geriatrik, motiverande samtal, krishantering, vetenskapliga studier om äldres levnadsförhållanden, om miljöer, hälso- sjukvårds- och socialtjänstlagen med mera. Fortlöpande kompetensutveckling av projektmedarbetarna sker genom deltagande i seminarier och utbildningar.

Dialoger förs via nätverken och kollegorna ute i kommunen och landstinget. Vid dessa möten delges de även kunskap om projektet.

Material kommer att utvecklas och kvalitetssäkras genom handledning från, FoU region Örebro och en referensgrupp som representerar olika yrkeskategorier såsom arbetsterapeut, anhörigkonsulent, biståndshandläggare, MAS, MAR samt två representanter från det kommunala pensionärs rådet (KPR).

En kartläggning görs i besöksområdet för att identifiera olika samhällsaktörer såsom pensionärsföreningar, frivillig organisationer, kyrkan, anhörigcentrum etc.

Projektmaterial kommer att testas på en pilotgrupp.

4.1 Tidsplan

Projektet startade den 25 februari 2008. Uppbyggnadsarbetet beräknas ta ca 5-6 månader, varav en månad går bort till semestrar, målet är att börja med besöken i september 2008.

Februari - April

En analys av kunskapsläget påbörjas. Bland annat bearbetas och sammanställs material från tidigare och nya projekt inom uppsökande verksamhet till äldre. Annan relevant litteratur för projektet studeras som innefattar bland annat geriatrik, hälsofrämjande insatser på äldre dar, fallprevention, samtalsmetoder, fysisk aktivitet och kost för äldre samt flera olika vetenskapliga studier inom området äldre och uppsökande verksamhet.

Projektplan, ärendebeskrivning och en presentation till Örebro kommuns hemsida påbörjas.

Projektmöten sker fortlöpande med 2-4 veckors mellanrum där projektgruppen och projektledaren deltar.

Nätverk byggs upp kring verksamheten som till exempel en referensgrupp bestående av tvärvetenskapliga yrkesprofessioner inom kommunal verksamhet samt representanter från kommunala pensionärsrådet, nätverk med representanter från kommuner i Sverige som arbetar med förebyggande hembesök. Kontakter knyts med personer inom kommunen som bistår med viktiga delar till projektet via sin spetskunskap där kan nämnas FoU, informatör, IT-avdelningen, systemförvaltare m.fl.

Fortlöpande kompetensutveckling av personalen i arbetsgruppen sker genom deltagande i olika konferenser, seminarier, föreläsningar, studiebesök med användbart innehåll för den förebyggande verksamheten.

En PowerPoint-presentation skapas för att kunna användas vid informationsträffar för att föra fram innebörden av förebyggande hembesök till olika intressegrupper. Informationsflödet utåt påbörjades på olika nätverksträffar med arbetsterapeuterna på öster och väster samt biståndshandläggarna i kommunen.

April - Juni

Målgruppsarbetet inleds och färdigställs inom andra fasen i projektet. Personuppgifter beställs från befolkningsregistret. Val av målgrupp och område för besöksverksamheten görs. Mycket arbete läggs ner på områdesorientering eftersom ett framgångsrikt förebyggande arbete kräver ett bra lokalt nätverk, mycket vikt fästs vid att knyta kontakter och knutpunkter för de äldre i detta läge av projektet.

Planering och sammanställning av hembesökens innehåll görs. En samtalsguide färdigställs och val av livskvalitetsinstrument görs för att kunna följa upp och utvärdera besöken under och efter projektets slut.

Framställning och inventering av olika informationsmaterial och broschyrer kommer också in i detta skede av projektarbetet. Vilket användbart material finns redan framförallt när det gäller de fyra områdena som är av särskild vikt för att de äldre ska må bra?

Fysisk aktivitet, Bra matvanor, Social gemenskap/stöd, Delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd

Kommunikation med viktiga telefonnummer och kontaktpersoner sätts samman till en folder.

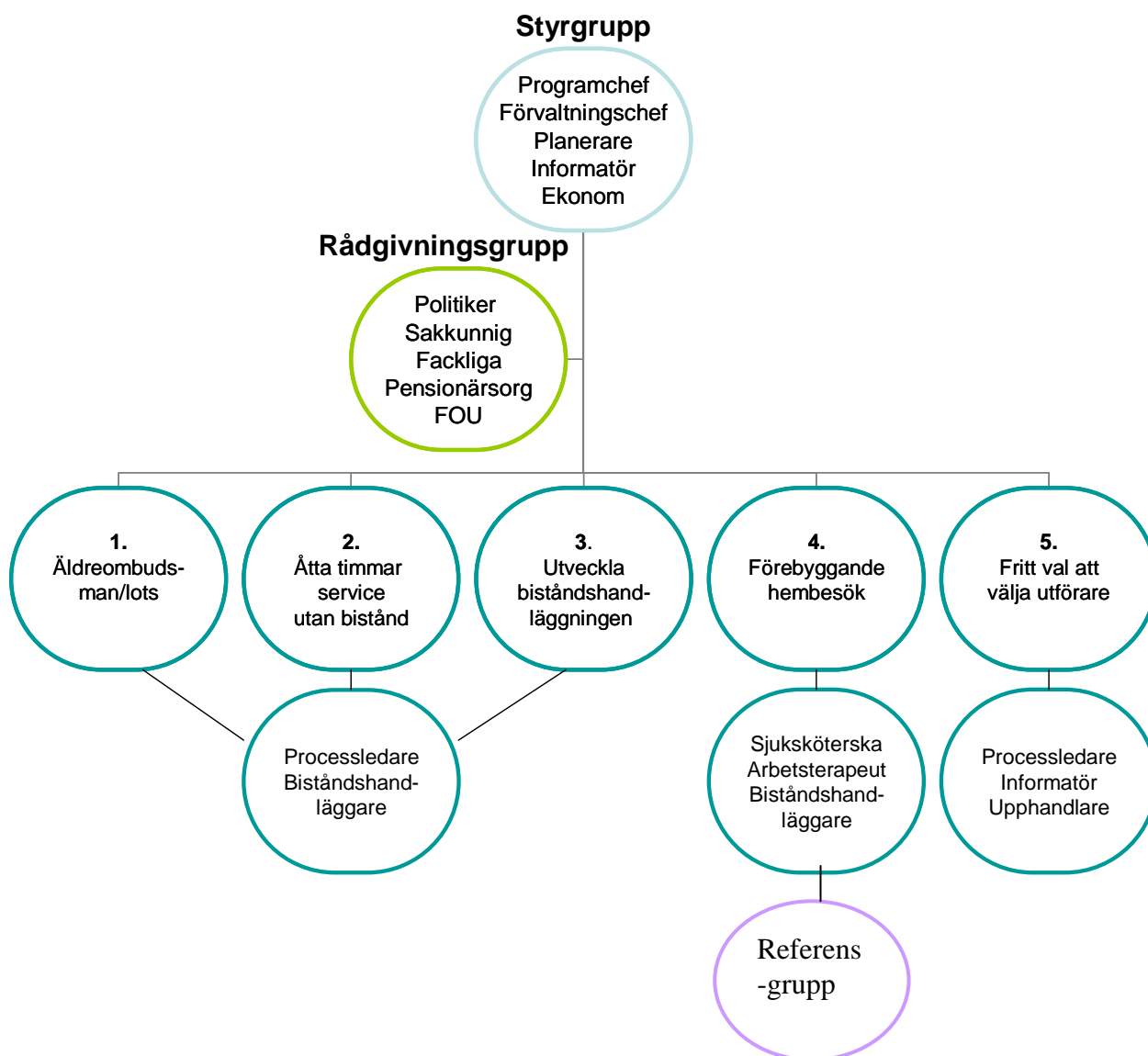
Juni - Augusti

Projektgruppen testar av materialet på en pilotgrupp och får möjlighet att utvärdera och revidera material, upplägg och metod.

Brevutskick med erbjudande om förebyggande hembesök skickas ut till målgruppen. Brevet följs upp av ett telefonsamtal där tid bokas in för besöket.

September 2008 - November 2009

Programnämnden har det yttersta ledningsansvaret för åtta delprojekt inom ramen för de statliga stimulansbidragen. För att klara ledning och styrning av projekten, där förebyggande hembesök är en del, föreslås att en styrgrupp för de fem delprocesser som visas nedan skapas enligt skissen.



Arbetsgruppen består av (50 % sjuksköterska) Cecilia Lundberg, (100 %) arbetsterapeut Sofia Karlsson och (50 %) biståndshandläggare Ida Persson. Elisabeth Liljekvist är projektledare.

Tre besök erbjuds och genomförs till de som tackar ja i målgruppen.

Från:	Till:	Besök till de äldre:
September 2008	Januari 2009	Första besöket
Februari 2009	Juni 2009	Andra besöket
Juli 2009	November 2009	Tredje besöket

December 2009 - Februari 2010

Sammanställning och utvärdering av hembesöken görs.
En slutrapport av projektet färdigställs.

4.2 Målgrupp - Avgränsning

Vi har inte möjligheten att kunna besöka alla äldre bosatta i kommunen inom ramen för stimulansmedlen och projektiden därför kommer personer som är födda mellan 1926-1932 som inte har någon biståndsbeprövad insats från hemvården att erbjudas hembesök. Realistiskt sett kan vi inom projektiden nå mellan 175-200 personer med förebyggande hembesök. Ytterligare en avgränsning görs genom val av område. Valet av område kommer att göras med tanke på att få med en så mångfacetterad samhälls- och befolkningsstruktur som möjligt. Detta är vad som är rimligt för att kunna erbjuda en bra kvalitet och kontinuitet efter att ha tagit del av kunskapsläget nationellt och internationellt. Genom denna avgränsning har vi möjligheten att åstadkomma ökad trygghet och positiva hälsoeffekter hos dem vi besöker.

Ålder

Det finns ingen forskning som enhetligt tyder på att det skulle vara bättre med förebyggande hälsoarbete till en åldersgrupp före en annan. Försöksverksamheten som socialstyrelsen ledde indikerade på att en högre effekt nådde 75-åringarna. Men att hälsan håller i sig kan bero på att de har en lägre ålder från början. Behovet kan antas större hos 80 åringar då svarsfrekvensen över lag var något högre i den gruppen. Men för att så tidigt som möjligt kunna upptäcka riskfaktorer kan det dock vara försvarbart att rikta sig mot en lägre åldersgrupp. I en rapport från äldrecentrum i Stockholmslän ser man att förebyggande åtgärder borde riktas till personer i 65 års åldern, i form av enklare hälsosamtal, vidare säger de att de förebyggande hembesöken bör riktas till en något äldre åldersgrupp där man börjar känna av vissa ålderskrämpor och är mentalt mer inne i att man är pensionär. Att förebygga eller förhindra sjukdom och ohälsa kan göras på olika nivåer. Förebyggande hembesök bör förslagsvis ta en ansats av primär prevention som innebär att förebygga sjukdomar och behandla riskfaktorer (7).

Ursprungets uppdraget riktade sig mot målgruppen 80+. Efter att ha kommit en bit in i projektet där vi ser att de förebyggande hembesöken är av en primär preventiv art riktas de förebyggande hembesöken i Örebro kommun till äldre som är födda mellan 1926-1932. Socialstyrelsens äldreenhet via Niklas Bjurström hade inget att inverka på detta.

Område

Socialstyrelsen liksom äldreheten (1, 7) tar även upp vikten av nätverksbyggande. Ett framgångsrikt förebyggande arbete kräver ett bra lokalt nätverk. Det är av värde att hembesökaren har en god kunskap om de lokala förutsättningarna, i detta ingår vårdcentralen, kommunens äldreomsorg och kultur & fritid, pensionärsorganisationer, idrottsföreningar och annat föreningsliv, trossamfundet m.fl. Detta innebär att den uppsökande verksamheten inom ramen för projektet koncentrerar sig på ett begränsat område.

Området sträcker sig över Varberga, Nya hjärsta, Mellringe och Närkes kil. Där ett omfattande arbete nu påbörjas för att knyta kontakter med de olika samhällsaktörerna. Ambitionen finns att bilda ett nätverk med representanter från de olika organisationerna inom området för att kunna ta del av varandras utbud till de äldre i områdena. Tanken är att nätverket ska kunna fortsätta sitt samarbete även efter det att projektet är slut.

Antal besök

Försöksverksamheten hade i genomsnitt 200 deltagare som erbjöds ett besök per halvår. I hälften av projekten valde man dem som var 75 år och äldre som målgrupp. I Rinkeby i Stockholm och i Gottsunda i Uppsala fokuserade man på äldre som är födda utomlands. I genomsnitt tackade 75% ja till att delta. Antal besök skiljde sig från 1 (där uppdraget var att kartlägga) till 9. En kommun erbjöd mellan 15-25 besök (till 10 personer). Färre besök än två per år gav ingen effekt skrev Britt Marie Hellner på Socialstyrelsen.

Deltagarna i Örebroprojektet bör erbjudas minst ett besök per halvår baserat på den faktakunskap som vi tagit del av för att kunna uppnå någon hälsoeffekt. Detta innebär att deltagarna som tackar ja kommer att besökas tre gånger under projektiden.

4.3 Metodsammanfattning för förebyggande hembesök i Örebro kommun

Mål: Besöket skall bidra till ett bekräftande möte där den äldre (stöds i och) kan fatta sina egna hälsosamma beslut och därmed ges möjlighet att kunna bibehålla eller öka livskvalitet hälsomässigt, funktionsmässigt och socialt.

Besöken erbjuds till äldre födda 1926-1932 i områdena Varberga, Nya hjärsta, Mellringe och Närkes kil.

Modellen nedan är tagen från Primärvården i Stockholms län, Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre (23).

Struktur (Vad besökaren behöver) Besökaren:	Process (Vad besökaren måste göra) Besökaren:	Resultat (vad som önskas uppnås för de äldre) Deltagarna:
Adekvat kompetens <ul style="list-style-type: none">Arbetsterapeut, biståndshandläggare och distriktsköterskaKontinuerlig fortbildning t ex genom deltagande i	<ul style="list-style-type: none">gör en områdeskartläggningskickar brev med erbjudande om förebyggande hembesök till de aktuella deltagarnaTar via telefon kontakt med	<ul style="list-style-type: none">Får kunskap om lokalsamhällets utbud och serviceFår en etablerad kontakt med besökaren som representant för kommunen för framtida

<p>seminarier, nätverksträffar, litteratur, aktiv hälsoutveckling mm</p> <p>Plan för genomförande av förebyggande hembesök</p> <p>Samverkansplan/överenskommelse med kommunen m fl</p> <p>Arbetsmaterial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Samtalsguide för genomförande av hembesöket • Informationsmaterial om kommunens verksamhet, landsting och övrig verksamhet i närområdet. • Broschyrer om t ex fallprevention, kost och motion • Mall för brev om erbjudande av förebyggande hembesök • Fröjdjupningsfrågor för bedömning gällande den upplevda livskvaliteten. • Instrument för fördjupad bedömning gällande hälsorelaterad livskvalitet • ”Mitt mål” kort, minnesanteckning över uppsatta hälsobeslut. 	<p>dessas och bokar tid för besök om det finns önskemål om detta. (Skapar även en kontakt med dem som ej vill ta emot ett besök).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbetar utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv med det motiverande samtalet i fokus. • Identifierar hälsoresurser och eventuella behov (detta inkluderar begynnande hälsoproblem) • Kontaktförmedling vid behov • Ger information om tillgång och stöd inom kommunens verksamhet samt information om aktiviteter i lokalsamhället efter individens behov • Motiverar och stödjer till hälsosamma beslut utifrån den äldres egna intresseområden • Uppmärksammar och påverkar riskfaktorer i den äldres omgivning och boendemiljön • Stödjer, uppmuntrar till att den äldre sätter upp individuella mål för att bibehålla och/eller öka sin livskvalitet • Dokumenterar så att uppföljning möjliggörs med samtalsguiden, fördjupningsfrågor och instrument som underlag • Varje deltagare ges god tid med variation efter behov, ca 1-2 timmar 	<p>eller nuvarande behov.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Får sitt individuella behov uppmärksammat och tillgodosett • Har blivit bemött med respekt och utifrån sina villkor • Upplever sig delaktig i vad samhället planerar för äldre • Har fått stöd i att uppmärksamma egna mål och egen vilja, att bestämma egna mål samt att förverkliga egna mål och önskemål • Har påbörjat/genomfört förändring av levnadsvanor man vill ändra • Har bibehållit eller ökat sin livskvalitet
---	---	--

5. Utvärdering

Det finns inget generellt och självklart svar på frågan om det är samhällsekonomiskt lönsamt med prevention efter 65 år. De förebyggande hembesöken i Nordmaling är emellertid ett exempel som visar att det kan vara så. I all preventivt folkhälsoarbete finns vissa problem med att påvisa resultat för den enskilda vårdcentralen eller kommunen.

Hur kan vi påvisa effekt? Sahlén säger att pensionärernas egna upplevelser av hembesöken ofta kan illustrera resultaten av verksamheten på ett tydligare sätt än de kvantitativa analyserna. Den information som pensionären och även hembesökaren, kan ge borde användas i större utsträckning i resultatbeskrivningen. Denna kvalitativa information kan ge en god bild av resultatet (3).

Samtalsguiden

Arbetsgruppen har arbetat fram ett arbetsmaterial som sedan granskats och diskuterats i referensgruppen (där ingår representanter från KPR, arbetsterapeuterna, biståndshandläggarna, distriktsköterska, MAS, MAR, informatör). Guiden har även bearbetats med handledning från FoU Örebro. Socialstyrelsens frågeformulär från den svenska försöksverksamheten ligger till grund för samtalsguiden, utvalda frågor från Liv och hälsa 2008 samt ett urval ur Finlands frågeguide har lagts till. Samtalsguidens primära syfte är att vara ett samtalsstöd vid besöken. Den kan även användas vid uppföljning och utvärdering.

I samtalsguiden finns fördjupningsfrågor som används i syftet att kunna utvärdera den upplevda livskvaliteten vid första och sista besöket (se arbetsmaterial bil 1).

Instrumentet

För en utvärdering av den hälsorelaterade livskvaliteten kommer Hälsoenkät (SF-12) att användas. Formuläret innehåller frågor om hur deltagaren ser på sin hälsa. Informationen skall hjälpa till att följa hur den äldre mår och fungerar i sitt dagliga liv (se bil.2).

Sofia Karlsson projektmedarbetare förebyggande hembesök.

Referenser:

1. Socialstyrelsen; 2002, Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre.
2. http://www.kommunerna.net/k_peruslistasivu.asp?path=255;264;15320;23879;20722;128104 Tillgänglig: 2008-04-24
3. Sahlén K-G, Löfgren C, Lindholm L. Är det lönsamt med prevention efter 65? Ålderns betydelse i hälsoekonomiska utvärderingsmetoder. Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2006:19
4. Sahlén K-G, Löfgren C, Lindholm C. En kostnadsanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling. Umeå universitet Epidemiology and Public Health Sciences; slutversion 2004-01-26
5. Sammanfattning av statens folkhälsoinstitut, 2005:6, Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar – en kunskapsmanställning. Statens folkhälsoinstitut
6. http://www.fhi.se/templates/Page_111.aspx tid Tillgänglig: 2008-03-26
7. Cornelius C, Wånell S-E. Hembesök för hälsans skull – en studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:7 ISSN 1401-5129
8. Ewles L, Simnett I. (2005). Hälsoarbete. Studentlitteratur: Lund
9. Ekblom, Björn & Nilsson, Johnny (2000). Aktivt liv - vetenskap & praktik. SISU Idrottsböcker: Farsta
10. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf Tillgänglig: 2008-04-16
11. Brulde Bengt (2003) Teorier om livskvalitet. Studentlitteratur: Lund
12. Nordenfeldt Lennart (2004) Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik. Andra upplagan. Linköpings universitet: Linköping
13. Sahlén K-G, Löfgren C, Lindholm L. En kostnadsnyttoanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling. Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr A 2005:1
14. Hendriksen C, Lund E, Stromgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. BMJ, 1984, volume: 289
15. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? WHO Europé, Health Evidence Network: June 2004
16. Elkan R, Kendrick D mfl. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ, 2001, 323:719-724
17. Stuck AE et al. Home visits to prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and meta-regression analysis. Journal of the American Medical Association, 2002, 287:1022-1028

18. <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/default.aspx>
19. Sahlén K-G, Dahlgren L, Hellner B M, Stenlund H, Lindholm L, Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results, BMC Public Health, 2006, 6:220
20. Stuck AE et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and at high risk for nursing home admission. Archives of internal medicine, 2000, 160:977-986
21. Berleén Göran. Bättre hälsa hos äldre! Statens folkhälsoinstitut:2003:41
22. http://www.fhi.se/upload/ar2007/MI_samtal/Kost.pdf Tillgänglig: 2008-05-09
23. Törnkvist L, Söderhielm Blid S, Sherman H, Wånell S-E. Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre, Primärvården i Stockholms län, Stockholms läns landsting: 2007-12-13

PROCESSKARTA

Bilaga 1

