

Förebyggande hembesök

En gemensam modell i Jämtlands län?

Catharina Höijer

Förebyggande hembesök

En gemensam modell i Jämtlands län?

Catharina Höijer

© FOU JÄMT, ÖSTERSUND 2010

ISSN: 1651-7253

FÖRFATTARE: CATHARINA HÖIJER

GRAFISK PRODUKTION: SYRE

TRYCK: MITTUNIVERSITETET, SUNDSVALL, 2010

Sammanfattning

Med hjälp av statliga stimulansmedel avsedda att utveckla äldreomsorgen har sex kommuner i Jämtland gjort försök med förebyggande hembesök i varierande omfattning. Strömsunds kommun som var med i försöket som gjordes 1999–2002 erbjuder kommunens 70-åringar förebyggande hembesök som ordinarie verksamhet sedan 2003.

Syftet initialt med föreliggande utvärdering var att ge kommun och landsting en samlad bild av hur verksamheten bedrivs, vilka modeller som förekommer i länet samt vilken nytta de förebyggande besöken har för individ och kommun. Efter hand har syftet reviderats och omfattade också att formulera en modell som kan användas av samtliga kommuner i Jämtlands län.

Basen i utvärderingen har varit en forskningscirkel med deltagare från samtliga kommuner och Jämtlands läns landsting. De samlade erfarenheterna och tillgänglig vetenskaplig kunskap har vägts samman med de äldres erfarenheter och önskemål och en modell formulerats för hur förebyggande hembesök skulle kunna utvecklas.

De kommuner i Jämtland som gjort försök med, alternativt erbjuder, förebyggande hembesök i ordinarie verksamhet har valt att genomföra dem på olika sätt. Olika handlar om hur samverkan med primärvården sker, vem som erbjuder besöket, hur det genomförs, syftet med besöket, vem som utför hembesöket etc. Sammantaget är det oklart på vilket sätt hembesöken kan genomföras på bästa sätt, inom vilken åldersgrupp besöken har mest nytta, hur ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting kan tydliggöras på bästa sätt samt om verksamheten är kostnadseffektiv. De uppföljningar som gjorts av försöken i de jämtländska kommunerna har skett relativt kort tid efter att besöken genomförts, det vill säga direkt då försöket genomförts. Någon systematisk uppföljning eller utvärdering har inte gjorts i någon kommun. Därmed saknar vi kunskap om de förebyggande hembesöken har någon bestående effekt.

De studier som gjorts nationellt och internationellt ger en samstämmig bild av att det krävs mer än ett besök för att det ska vara någon mening. Lämpligt antal är minst två, men helst tre eller fler. När det gäller effekterna av förebyggande åtgärder på sikt är bilden inte lika samstämmig. Det finns studier som visar att förebyggande hembesök har effekt på dödligheten, det vill säga bidrar till fler levnadsår samt att de bidrar till att bromsa upp behovet av flytt till särskilt boende. Andra studier kan inte visa att förebyggande hembesök skulle ha någon effekt och ifrågasätter därför om de har någon funktion. Sammantaget är det tveksamt om det går att resonera i termer av besparingar inom kommun och landsting när det

gäller effekter av förebyggande hembesök. De mått som använts i studierna har handlat om antal ökade levnadsår, minskat antal besök på hälsocentraler, minskat behov av insatser från hemtjänst och liknande. Därefter har det gjorts försök att beräkna dessa påvisade skillnader mellan testgrupper och kontrollgrupper i monetära mått. Frågan är om det är ett möjligt, moraliskt eller etiskt riktigt sätt att utgå från dessa beräkningar för att med säkerhet fastställa de exakta kostnaderna och intäkterna för gjorda insatser.

Utvärderingen visar att det vore mer intressant att lyfta diskussionen till vad kommun och landsting tillsammans vill med uppsökande verksamhet i allmänhet och förebyggande verksamhet i synnerhet. Samt på vilket sätt landstinget och primärvården kan stödja kommunerna i arbetet med förebyggande hembesök för äldre. Det är möjligt att tidiga insatser förhindrar behovet av kostnads- och personalintensiva verksamheter inom äldreomsorgen, men det förutsätter ett väl fungerande samarbete på alla nivåer mellan huvudmännen.

I den modell som formulerats i utvärderingen är målgruppen för förebyggande hembesök länets 75-åringar. Hälsosamtalen som är den centrala metoden i de förebyggande hembesöken föreslås genomföras av kommunens respektive hälsocentralens distriktssköterska. Ett framgångsrikt arbete med förebyggande hembesök i samverkan mellan kommun och landsting förutsätter ett strukturellt stöd i form av:

- Tydlig reglering i ÅDEL-avtalet mellan kommunerna och Jämtlands läns landsting samt eventuella andra aktörer med tanke på Lagen om valfrihets-system som trädde i kraft 1 januari 2010.
- Fastställd och erkänd rutin för tidig kontakt med identifierade riskgrupper.
- Gemensam återkommande utbildning för berörd personal inom kommun och landsting som utför hälsosamtalen. Utbildningen kan förslagsvis innehålla hälsovetenskap, samtalsmetodik, gerontologi, informationssökning, lagstiftning, samhällskunskap etc.
- Tydlig efterfrågan och uppföljning av resultatet och tillämpning av rutin från förvaltning/nämnd/motsvarande.

Ett resultat av utvärderingen baserat på en sammanvägning av de erfarenheter som finns, tillgängliga studier och de äldres erfarenheter är att äldreomsorgen i första hand inte är en ekonomisk verksamhet, utan en fråga om vad som ska utföras för att hjälpa den äldre personen. I det arbetet är förebyggande hembesök en framkomlig strategi.

Innehållsförteckning

Förord	7
Varför och hur utvärderingen gjordes	9
Metod	10
Vad är förebyggande hembesök?	13
Förebyggande hälso- och sjukvård	13
Hälsosamtalet en metod i förebyggande hembesök	14
Strukturerad enkät – ytterligare en metod i förebyggande hembesök	15
Varför erbjuda förebyggande hembesök?	17
Förebyggande hembesök inom äldreomsorgen i Jämtlands län	21
Förutsättningarna ser olika ut i kommunerna	21
Verksamheten organiseras och genomförs på olika på sätt	23
I vilken åldersgrupp förväntas besöken ha mest nytta?	31
Besök till 70-åringar är för tidigt	31
Besök till 80-åringar kan vara för sent	32
Besöken förväntas ha mest nytta i 75-årsåldern	32
Hur fördelas ansvaret mellan kommun och landsting?	33
Är verksamheten kostnadseffektiv?	37
En gemensam modell för förebyggande hembesök i Jämtlands län	45
Flera aktörer, ett syfte	45
Gemensam begreppsapparat	46
<i>Distriktssköterskan bör genomföra förebyggande hembesök</i>	46
Administrativt stöd, en nödvändighet	47
Gemensam rutin för tidig kontakt för kända riskgrupper	47
Utbildning och handledning	48
Arbetsmodellen	49
<i>Kartläggning</i>	50
<i>Planering</i>	50
<i>Kontakt</i>	50
<i>Genomförande</i>	51

Återkoppling.	52
Systematisk uppföljning.	52
Några utvecklingsområden	55
Referenser	57

Förord

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (FoU Jämt) har haft i uppdrag av Länsgruppen stimulansmedel att följa upp verksamheten med förebyggande hembesök i Jämtlands län. Av länets åtta kommuner har sex erfarenhet av förebyggande hembesök. Dessa erfarenheter, tillsammans med en genomgång av delar av tillgängliga studier nationellt och internationellt om förebyggande hembesök, ligger till grund för denna rapport. Rapporten innehåller en redovisning av hur förebyggande hembesök bedrivs och bedrivits i de sex kommunerna. Rapporten ska i första hand ge svar på frågorna:

- Hur kan förebyggande hembesök organiseras på bästa sätt?
- I vilken åldersgrupp förväntas besöken ha mest nytta?
- Hur fördelas ansvaret mellan kommun och landsting?
- Är verksamheten kostnadseffektiv?

Rapporten kan även användas av ansvariga politiker och tjänstemän som stöd för ett fortsatt lokalt och regionalt utvecklingsarbete inom förebyggande arbete inom äldreomsorgen.

Catharina Höjjer på FoU Jämt har genomfört arbetet med denna rapport. Delar av uppföljningen har utförts i samarbete med deltagarna i forskningscirkeln som varit central i arbetet. Stort tack till Inger Jacobsson, Östersunds kommun, Eta Berglund, Åre kommun, Ewa Svensson, Härjedalens kommun, Birgit Malmqvist, Bräcke kommun, Bodil Andersson, Bergs kommun, Kenneth Österberg, Krokoms kommun, Elsy Bäckström, Ragunda kommun och Mona Landahl, Jämtlands läns landsting för engagemang och generositet i diskussionerna i forskningscirkelns olika varv. Tack också till Jan-Ove Jonasson, Randhi Wiik, Birgitta Karlsson och Monika Grahn, Strömsunds kommun och Elisabeth Carlander Blom, Ragunda kommun för att ni tog er tid att dela med er av era erfarenheter och funderingar om förebyggande hembesök.

Slutligen tack till alla deltagare i Länsgruppen stimulansmedel för värdefulla synpunkter på innehållet i rapporten.

Östersund i april 2010

Catharina Höjjer
FoU Jämt

Varför och hur utvärderingen gjordes

Inom ramen för den Nationella satsningen att med statliga stimulansmedel utveckla äldreomsorgen för att möta framtida behov, har förebyggande hembesök varit ett av sju utvecklingsområden. I Jämtlands län har samtliga åtta kommuner ansökt och beviljats stimulansmedel för att utveckla ett systematiskt uppsökande arbete bland äldre. Kommunerna har kommit olika långt i arbetet. En kommun har bedrivit förebyggande hembesök i ordinarie verksamhet sedan 2003. Ytterligare en kommun planerar att införa besöken i ordinarie verksamhet under 2009. I övrigt bedrivs utvecklingsprojekt i fyra kommuner under 2009. Två kommuner avvaktar resultatet av den gemensamma utvärderingen och planerar att starta utvecklingsprojekt med förebyggande hembesök under 2010.

Utvecklingsområdet förebyggande hembesök är ett område som engagerar både kommun och landsting. Ett krav för de statliga stimulansmedlen var därför från Socialstyrelsen att huvudmännen, kommun och landsting, skulle utveckla ett samarbete kring verksamheten. I de sex kommuner som erbjuder förebyggande hembesök i endera ordinarie verksamhet eller projektform är kommunen huvudman. Det är också kommunerna som initierar samarbete angående de förebyggande hembesöken. Ingen kommun arbetar i uttalad samverkan med pensionärs-, frivillig- eller anhörigorganisationer.

Kommunerna har valt att genomföra den systematiskt förebyggande verksamheten på olika sätt. Olikheterna handlar om hur samverkan med primärvården sker, vem som erbjuder besöket, hur det genomförs, syftet med besöket, vem som utför hembesöket etc. Sammantaget är det oklart på vilket sätt hembesöken kan genomföras på bästa sätt, inom vilken åldersgrupp besöken har mest nytta, hur ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting kan tydliggöras på bästa sätt samt om verksamheten är kostnadseffektiv. Syftet med föreliggande utvärdering är att ge kommun och landsting en samlad bild av hur verksamheten bedrivs, vilka modeller som förekommer i länet samt vilken nytta de förebyggande besöken har för individ och kommun. Mot den bakgrunden har några frågor identifierats:

- Hur kan förebyggande hembesök organiseras på bästa sätt?
- I vilken åldersgrupp förväntas besöken ha mest nytta?
- Hur fördelas ansvaret mellan kommun och landsting?
- Är verksamheten kostnadseffektiv?

Metod

Utvärderingens design baseras på ett interaktivt arbetssätt som innebar möjlighet att ta hänsyn till att kommunerna kommit olika långt i genomförandet av strategiskt förebyggande hembesök. Dessutom har grundidén i arbetet med utvärderingen varit att det skulle integreras i det dagliga löpande arbetet så långt det är möjligt. En utgångspunkt i detta sammanhang var idén att vårdpersonal i alla tider sökt lösningar på problem som uppstår i vardagsarbetet vilket leder till utveckling av verksamheten. För att ta vara på erfarenheter som projektledarna gjort i sina respektive projekt har utvärderingen genomförts i form av en forskningscirkel. Arbetet i forskningscirkeln innebar möjligheter för deltagarna att tillsammans skapa överblick, vidga perspektiven och sätta in frågeställningarna i ett större sammanhang.

Enligt planen skulle forskningscirkeln bestå av nio deltagare och en forskningscirkelhandledare. De nio deltagarna skulle utgöras av projektledare eller motsvarande i kommunerna samt en från Jämtlands läns landstinget. I praktiken har forskningscirkeln bestått av representanter från sex kommuner och en från Jämtlands läns landsting. Kommunernas deltagare har varit fyra projektledare, en chef för särskilda boendet samt en enhetschef för hälso- och sjukvård. Deltagare från Jämtlands läns landsting har varit en kvalitets- och metodutvecklare. Anledningen till att två kommuner inte varit representerade i forskningscirkeln var dels sjukdom, dels svårigheter att prioritera forskningscirkeln bland övriga arbetsuppgifter.

Utöver forskningscirkeln har information samlats in genom intervjuer med ansvariga i de två kommuner som inte varit representerade i forskningscirkeln. Genomgång av relevant litteratur samt slutrapporter av genomförda projekt/satsningar lokalt, regionalt, nationellt och internationellt har varit en viktig kunskapsbas. Delar av litteraturen som berör ekonomiska effekter inom förebyggande hembesök har analyserats och bearbetats i forskningscirkeln.

Deltagarna i forskningscirkeln träffades vid fem tillfällen under hösten 2009. Syftet med forskningscirkeln har varit att utveckla kunskap för att kunna avgöra om det är möjligt att utforma en gemensam modell och i så fall hur den modellen ska se ut alternativt argument för varför det måste se olika ut i olika kommuner.

En schematisk översikt av forskningscirkelns arbete och dess olika teman kan illustreras på följande sätt:

Figur 1. Schematisk bild av forskningscirkelns arbetsätt och olika teman vid träffarna.

Aktivitet	Arbetsätt	Genomförande
Kartläggning av olika sätt att organisera hälsofrämjande besök bland äldre.	Granskning av dokument och intervjuer/ enkät med berörda projektledare och chefer.	Juni–augusti 2009
Kvalitativ nytta med verksamheten. Övergripande frågor • Vilka effekter i livsstil och hälsa har identifierats? • Vilka faktorer har identifierats som främjar eller hindrar att ett väl fungerande förebyggande arbete ska utföras? • Hur sker samverkan med primärvården?	Sammanställning och analys av gjorda erfarenheter i länet, nationellt, i Norden.	Augusti–oktober 2009
Kostnadseffektivitet.	Kunskapsöversikt, studier gjorda i länet, Sverige, Norden. Analys av likheter och skillnader i de olika sätt verksamheten organiserats i länet.	Augusti–november 2009
Är det möjligt att utarbeta en gemensam modell?	För deltagande projektledare eller motsvarande mynnar arbetet ut i en PM respektive handlingsplan.	Januari–februari 2010

Vad är förebyggande hembesök?

I diskussionen om förebyggande hembesök förekommer en rad olika benämningar, uppsökande verksamhet, förebyggande hälsobesök, hälsofrämjande hembesök och hälsosamtal för att nämna några. Ofta används dessa synonymt, men ibland också för att försöka påvisa på skillnader. Till exempel används olika benämningar för att göra skillnad mellan kommunens och landstingets verksamhet. Kommunerna anses bedriva förebyggande hälsobesök och landstinget hälsosamtal. Denna mångfald av synonymer bidrar inte till att vare sig förtydliga begreppet eller underlätta samarbetet.

För att ytterligare komplicera begreppet används det både i betydelse av en metod, praktik, verksamhet och strategi. Sammantaget är det ingen underdrift att förebyggande hembesök har en otydlig innebörd. Att inom ramen för denna uppföljning skapa reda i denna begreppsflora, låter sig knappast göras, däremot är ett försök nödvändigt för att kunna hantera begreppet i det fortsatta arbetet.

Det är framförallt två begrepp som är viktiga att förhålla sig till i sammanhanget. Det är främjande (promotion) och förebyggande (prevention). Skillnaden mellan dessa begrepp är att främjande arbete fokuserar utveckling av stödjande miljöer där det finns möjligheter till och förutsättningar för bättre hälsa för alla. Det vill säga insatserna utförs på arenor i samhället där människor lever och verkar, till exempel skola, boende och arbetsplatser. Specifikt hälsofrämjande insatser förutsätter ett brett samarbete mellan olika myndigheter och organisationer. Arbetet innebär olika strategier, som till exempel instiftande av lagar och bestämmelser och att öka möjligheten för människor att i högre grad få bestämma över sin livssituation. Begreppen främjande och förebyggande kompletterar varandra, det vill säga det ena synsättet utesluter inte det andra.

Förebyggande hälso- och sjukvård

Förebyggande arbete är ofta riktat till en specifik riskgrupp och innebär att riskerna för skador och ohälsa identifieras, utesluts och/eller minskas. Enligt Nationalencyklopedin är förebyggande hälso- och sjukvård en samlingsterm för åt-

gärder som syftar till att bevara god hälsa och förhindra att skador och sjukdomar uppkommer eller förvärras¹. De åtgärder som avses kan inriktas på den enskilda människan, på en grupp människor eller på hela befolkningen. Åtgärderna kan vidare avse både den fysiska och den psykosociala miljön.

Inom förebyggande åtgärder förekommer begreppen primär prevention och sekundär prevention. Primär prevention syftar till att förhindra uppkomsten av sjukdom och skador. Det vill säga åtgärder som motverkar missbruk av olika slag, vaccinationer, skyddsronder på arbetsplatser etc. Sekundär prevention är åtgärder som syftar till att upptäcka tidiga tecken på sjukdom eller på olika sätt förhindra att en sjukdom utvecklas vidare. Regelbundna hälsokontroller för att spåra högt blodtryck, cancer och demenssjukdomar är exempel på åtgärder inom sekundär prevention.

Det förebyggande hälso- och sjukvårdsarbetet bedrivs både inom och utom hälso- och sjukvårdens organisation. Inom vissa områden sker det i väl etablerade former som mödrahälsovård, barnhälsovård, skol- och företagshälsovård samt hälsokontroller.

Det är därmed möjligt att säga att förebyggande hembesök är en åtgärd inom ramen för förebyggande hälso- och sjukvård med både primär- och sekundärpreventivt syfte. Det förebyggande hembesöket kan i vissa avseende jämföras med en skyddsronde som genomförs på arbetsplatserna, med skillnaden att här är det hemmet som är arenan. Det vill säga, det syftar till att motverka olyckor i hemmet som till exempel fall samt att förmedla kontakt och information om tjänster och aktiviteter som kan underlätta vardagen. I det avseendet är syftet i första hand primär prevention. Syftet med förebyggande hembesök är också ofta sekundär prevention, det vill säga det handlar om att upptäcka tidiga tecken på funktionsnedsättning eller sjukdom och därmed motverka att sjukdomen utvecklas vidare.

Åtgärden innebär att genom hälsosamtal både få kunskap om vilka behov som finns hos olika målgrupper som omfattas av offentlig omsorg och ge hjälp, information, tips och råd för gott åldrande.

Hälsosamtalet en metod i förebyggande hembesök

I förebyggande hembesök är hälsosamtalet centralt. Hälsosamtalet kan ske i olika sammanhang, till exempel vid besök på hälsocentralen eller hemma hos en viss målgrupp². Hälsosamtalet som sker i samband med förebyggande hembesök bör baseras på de fyra hörnspelare som identifierats av Statens folkhälsoinstitut som

1 Nationalencyklopedin, 2010-04-27

2 Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M. & Wänell, S-E. (2005)

viktiga för ett gott åldrande. De fyra hörnpelarna är fysisk aktivitet, bra matvanor, social gemenskap och delaktighet/meningsfullhet/känna sig behövd³.

Genom hälsosamtalet i samband med förebyggande hembesök är det möjligt att fånga personens sociala, psykiska och medicinska situation. Samtalet kan därför omfatta hur personen klarar av och är delaktig i vardagliga bestyr (fysisk och psykisk funktionsförmåga), trivsel, sociala nätverk och tillgänglighet, det vill säga problem med den fysiska miljön, bussförbindelser, tillgång till affär och annan samhällsservice.

Innehållet i samtalet måste dock med nödvändighet anpassas efter de individuella behov som finns i den enskildes aktuella situation. Det vill säga det är den som besöks som ska styra vad tonvikten i samtalet kommer att handla om. I uppföljningen av interventionen i Östersund 2009 framkom att det som de äldre fokuserar på i samtalet handlar om hur han/hon hanterar sin vardag utifrån den specifika livssituationen, vad som besvärar i vardagen till exempel dålig balans, smärta, hur sömnen är, hur orken är, hur det fungerar att ta sig ut, hur livet förändrats efter sjukdom. Det förekommer också samtal om kost, intressen, oro för anhöriga och glömskeproblematik⁴. Med andra ord, i hälsosamtalet framkommer det som upplevs av senioren som mest angeläget att diskutera på ett naturligt sätt om denne själv får välja att styra samtalet.

Strukturerad enkät – ytterligare en metod i förebyggande hembesök

I de förebyggande hembesöken har som regel hälsosamtalet skett utifrån ett strukturerat frågeformulär. Detta formulär har varit mer eller mindre omfattande, oftast mer. Det är inte ovanligt att det omfattat upp till 50 frågor, många med flera olika variabler. Totalt kan frågeformuläret omfatta nära 100 variabler. För att besökaren ska hinna få svar på samtliga frågor blir det inget samtal utan mer en utfrågning.

Bakgrunden till att frågeformuläret blivit så omfattande kan troligen härledas till det försök med förebyggande hembesök som Socialstyrelsen genomförde 1999–2002 i 21 kommuner, där bland annat Strömsunds och Nordmalings kommun deltog. Det 2-åriga försöket innebar att alla 70-åringar erbjöds sex besök fördelade på 18 månader. Varje besök hade olika teman med specifika frågeformulär för varje temaområde⁵. Efter försöket konstruerades en enkät som baserades på vissa frågor från de frågeformulär som förekom i försöket. Det formulär som

3 Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M. & Wänell, S-E. (2005)

4 Jacobsson, I. (2009)

5 Albinsson, A-M. (2002)

används i Strömsunds kommun idag, omfattar 21 frågor samt en liten hälsoundersökning, det vill säga mätning av blodtryck och blodsocker. En genomgång av de frågeformulär som används i förebyggande hembesök i ett antal försök runt om i Sverige visar att de domineras av frågor om välbefinnande, det vill säga oro, nedstämdhet, smärta, yrsel och beteendestörningar.

I det fortsatta utvecklingsarbetet med förebyggande hembesök borde ett generellt frågeformulär användas. Dessa frågeområden bör samordnas och göras lika för alla kommunerna i Jämtlands län, med möjlighet att komplettera med vissa frågeområden som är av intresse lokalt och som kan variera år från år. De generella frågorna bör vara validerade och inte för omfattande. Till exempel skulle det vara möjligt att använda instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet som EuroCol EQ-5D. Instrumentet omfattar endast fem frågor om rörlighet, hygien, förmåga till huvudsakliga aktiviteter, smärtor och besvär samt rädsla eller nedstämdhet. Frågorna bedöms på tre nivåer och genom bestämda vikter erhålls ett livskvalitetsmått.

Oavsett vilket instrument som kommer att användas är det viktigt att det är ett beprövat och validerat instrument. Då ges möjlighet att få en jämförbarhet när effekter av insatser av olika slag ska mätas. För vidare inspiration hänvisas till Agahi, Lagergren, Thorslund och Wånell (2005).

Varför erbjuda förebyggande hembesök?

Frågan varför kommun och landsting ska arbeta med förebyggande hembesök är enkel att besvara. Det tyngsta argumentet är troligen att det finns ett lagstadgat stöd för förebyggande insatser, både i hälso- och sjukvårdslagen och än mer i socialtjänstlagen. Huvudmännen för hälso- och sjukvård har ansvar för att förebygga ohälsa, bland annat genom att ”ge upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada” (2b§ HSL). I den reviderade socialtjänstlagen anges att det hör till socialnämndens uppgifter att ”göra sig väl förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen”/.../”informera om socialtjänsten i kommunen”/.../”genom uppsökandeverksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden” (5§ SoL).

Flera studier har visat på goda resultat vad gäller ökad livskvalitet som effekt av förebyggande hembesök, med samtalet som central metod. Ökad livskvalitet har främst skett genom ökad känsla av kontroll över hälsa och välbefinnande, vilket bidragit till minskad upplevelse av stress och ensamhet.⁶ Erfarenheterna från det tidigare försöket som genomfördes 1999–2001 har dokumenterats av bland annat Socialstyrelsen⁷. Försöken synliggjorde tre framgångsfaktorer, och det finns ingen anledning att ifrågasätta dem med den kunskap vi har idag. De handlar om:

- Målgruppens sammansättning – det är bland de som är 70–75 år som det är möjligt att avläsa förbättringar i både hälsa och funktionsförmåga.
- Besöksfrekvensen – ett besök var sjätte månad eller oftare gav bättre resultat än endast ett. Det är möjligt att besök kan ersättas med kontakt, till exempel via telefon eller annan elektronisk kommunikationstjänst.
- Hembesökens struktur och innehåll – tydlig struktur och sakkunnig information uppfattades som främjande för upplevelsen av besöket⁸. Vikten av att besöket har ett innehåll och ett syfte utöver att bara komma på besök poängteras.

6 Lindh (2008)

7 Socialstyrelsen (2002)

8 I försöken genomfördes sex besök med olika teman varje gång, en modell som övergetts och idag berörs samtliga teman vid det enda besök som erbjuds.

Under 1980-talet genomfördes det uppsökande arbetet bland äldre i syfte att spåra okända sjuka eller hjälpbehövande. Under 1990-talet skedde stora förändringar inom äldreomsorgen. Till exempel koncentrerades samhällsinsatserna till de mest sjuka och vårdbehövande, de så kallade multisjuka. Den andel äldre som hade en relativt god hälsa och funktionsförmåga hänvisades till ett ökat ansvar för den egna hälsan och välbefinnandet. I Danmark lagstiftades 1996 verksamheten med förebyggande hälsobesök till alla seniorer 75 år och äldre. Sammantaget hade förutsättningarna för den uppsökande verksamheten förändrats mot slutet av 1990-talet.

Det innebar bland annat en politisk insikt att satsa på preventivt arbete bland äldre. Välfärden är med andra ord beroende av att god hälsa kan bibehållas och främjas för att förhindra behov av kostsamma vårdresurser inom äldreomsorgen. De två viktigaste argumenten för förebyggande arbete för äldre är att:

- Bromsa utvecklingen för ett beroende av omfattande vård- och omsorgsinsatser.
- Öka välbefinnande och självskattad hälsa hos de äldre.

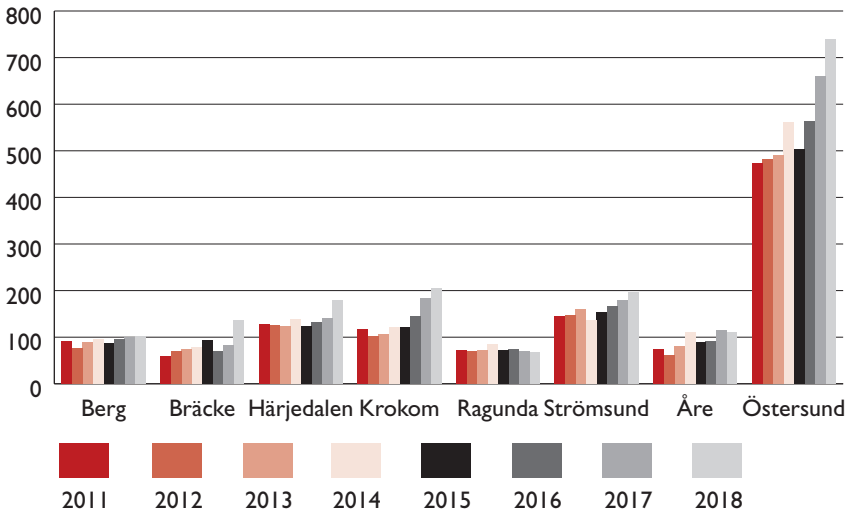
Båda dessa argument är alltså giltiga, men det finns mest bevis (evidens) för det senare.⁹ Trots det finns en tvekan från ansvariga för vård- och omsorg att satsa på förebyggande hembesök och hälsosamtal, vilket enbart kan förklaras av vilka verksamheter och åldersgrupper som prioriteras.

Idag koncentreras samhällets resurser allt mer kring de sjuka och mest hjälpbehövande. Det innebär att äldre som har en relativt god hälsa och funktionsförmåga hänvisas till ett eget ansvar för sin hälsa och sitt välbefinnande. Erfarenheterna från tidigare studier om förebyggande hembesök har synliggjort att många som inte har insatser från hemtjänst eller sjukvård faktiskt har behov av insatser av olika slag. Anledningen kan vara okunskap, ekonomisk fråga, vill klara sig själv etc. För dessa äldre, de som av olika skäl inte har stöd av hemtjänst eller hemsjukvård, är de förebyggande hembesöken en viktig insats.

Under 2000-talet har verksamheten med den nu vedertagna benämningen förebyggande hembesök intensifierats. En bakomliggande orsak till satsningen anses vara den äldrevåg som enligt prognosen kommer att svepa in över Sverige 2020 när rekordgenerationen (födda 1945–54) blir seniorer och förväntas konsumera hjälp och service från samhället och att Sverige står inför en obalanserad åldersstruktur¹⁰.

9 Clark, J (2001)

10 Lindh (2008)



Figur 2 Antal 75-åringar i respektive kommun 2011-2018 baserat på kända uppgifter om befolkningen 2008.

Framtidsstudier gör gällande att den stora utmaningen för äldreomsorgen kommer att inträffa omkring 2020 när supergenerationen börjar fylla 80 år. Från nu och fram till dess är det de relativt få som föddes på 1930-talet som befinner sig i detta åldersspann. Figur 2 illustrerar antal 75-åringar i respektive kommun åren 2011–2018. Den kan också läsas som antal 80-åringar i respektive kommun åren 2016–2023. Uppgifterna i figuren avser förhållandena den 31 december år 2008, enligt den regionala indelning som gällde 1 januari 2009. Figuren visar en avsevärd ökning i de tre staplarna längst till höger, tydligast i Krokoms, Strömsund och Östersund.

Förebyggande hembesök inom äldreomsorgen i Jämtlands län

Förutsättningarna ser olika ut i kommunerna

Syftet med de statliga stimulansmedlen inom ramen för den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop 1997/98:13) var ett led i förnyelse av äldrepolitiken. Med stöd av stimulansmedel ville staten bygga upp kunskap om hur man kan förebygga ohälsa och vårdbehov bland seniorer, ett område var bland annat förebyggande hembesök. I landet liksom i Jämtlands län finns olika sociodemografiska och strukturella förutsättningar, vilket givetvis sätter prägel på hur arbetet kan organiseras och genomföras. I Jämtlands län ser folkmängden ut på följande sätt:

Figur 3 Antal invånare totalt och antal resp andel 65+ per kommun i Jämtlands län 2008. *) varav 252 är utlandsfödda.

Kommun	Antal invånare	Varav 65+ *)	Andel invånare 65+
Berg	7 533	1 857	25%
Bräcke	7 009	1 665	24%
Härjedalen	10 645	2 700	25%
Krokom	14 324	2 570	18%
Ragunda	5 681	1 517	27%
Strömsund	12 532	3 160	25%
Åre	10 259	1 726	17%
Östersund	58 914	10 673	18%
Länet	126 897	24 011*)	19%

Demografin i de olika kommunerna är i stort sett lika, med undantag av Krokom, Östersund och Åre. Den äldre befolkningen, det vill säga andelen 65+, utgör 24–27 procent av invånarna.

Trots att kommunsammanslagningen genomfördes 1967 lever andan om den egna byn kvar. I vissa kommuner och delar finns en stark bygemenskap, med byalagen i spetsen. Detta innebär att det utvecklats olika attityder och karaktärsdrag i olika delar inom en och samma kommun.

Näringslivet i kommunerna domineras av "småbruk" inom turism, skog, jakt och fiske. Ingen kommuns näringsliv domineras av tung industri. I Bräcke har sågbranschen varit stark men idag finns bara en såg kvar. Kraftverksbyggen i till exempel Åre kommun har präglat kommunen, liksom den långa traditionen av turism. Turism och upplevelser är branscher som dominerar i både Åre, Östersund och Berg. Östersunds kommun marknadsförs som Vintersportcentrum, med olika event, forskning och utveckling. Bergs kommun satsar på att förknippas med livskvalitet och delaktighet.

Samtliga kommuner i Jämtlands län utgörs av både tätort och landsbygd. I Åre kommun framstår tätorten Åre som en extrem kontrast, med jet set-andan, till landsbygden i övriga kommunen. Karaktäristiskt för länets kommuner är att befolkningen inte är koncentrerad till vissa orter, utan det bor människor i hela kommunen, från huvudgatan i centralorten till dalgångar och fjällsluttningar. Samtliga kommuner sträcker sig också över ett stort geografiskt område, där Krokom intar en särställning med sina 52 000 km².

En faktor som har betydelse för möjligheten att bo kvar i det egna hemmet är kommunikationerna. Vi kan konstatera att längs med järnvägen och E14 som skär genom länet finns goda kommunikationer. Betydligt sämre är det utanför de centrala tätorterna och i fjällbyarna. Tillgång till egen bil eller annat fordon och förmåga att köra är ofta en förutsättning för att klara av att bo kvar i hembyn. Om inte vård och omsorg är tillgänglig i närområdet är ofta flytt ett faktum för att få tillgång till den vård och service som behövs och efterfrågas.

Vissa skillnader mellan olika kommuners verksamheter och kostnader kan förklaras utifrån tre faktorer; strukturella faktorer, politiska ambitioner och målsättningar samt effektivitet och produktivitet. Med strukturella förutsättningar avses faktorer som skillnader i åldersstruktur, kön, social struktur (boendeform, civilstånd etc) och geografisk struktur. Strukturella förutsättningar kan oftast inte kommunerna påverka genom politiska beslut. Faktorer som kommunerna däremot kan påverka är politiska ambitioner och målsättningar, effektivitet och produktivitet etc. Om jämförelser ska göras mellan kommuner är det därför lämpligt att göra jämförelser mellan kommuner som har liknande strukturella förutsättningar.

Verksamheten organiseras och genomförs på olika sätt

De sex kommuner i Jämtlands län som genomför systematiskt förebyggande hembesök endera i ordinarie eller försöksverksamhet, har valt att göra det på olika sätt. Det handlar främst om vem som erbjuds besöket, hur det genomförs, syfte med besöket och vem som utför hembesöket etc.

En genomgång av ett axplock av befintliga studier som gjorts i Sverige^{11, 12, 13, 14, 15} Norden¹⁶ och övriga Europa¹⁷ visar en hyfsad samstämmighet om hur förebyggande hembesök har organiserats. Organisationen i Jämtland är inget undantag. Kommunerna dominerar som initiativtagare och huvudman för verksamheten med förebyggande hembesök.

I alla kommuner utom i Östersund har verksamheten omfattat hela kommunen. Östersund har valt att fokusera verksamheten till några valda hälsocentralsområden. Den första interventionen genomfördes i hälsocentralsområde Zäta-gränd, den andra i Odensala respektive Brunflo hälsocentralsområde.

I Krokom och Strömsund har interventionen organiserats i befintlig struktur, det vill säga ordinarie distriktssköterskor i kommunen har genomfört besöken/samtalen. I Härjedalen och Östersund (intervention 2) genomfördes de förebyggande hembesöken av kommunens respektive primärvårdens ordinarie distriktssköterskor med back-up i form av resursförstärkning för att kunna frigöra tid för förberedelse och genomförande av besöken. I Bräcke, Åre samt Östersund (intervention 1) har respektive projektledare genomfört besöken. Samtliga kommuner utom Bräcke har genomfört besöken enskilt. I Bräcke gjordes hembesöken av biståndsbedömare och distriktssköterska tillsammans.

Den arbetsmodell som använts av samtliga kommuner ser i stora drag ut på följande sätt:

1. Lista över antal personer i vald målgrupp tas fram.
2. Personerna i målgruppen får ett personligt brev med information om verksamheten samt möjlighet att tacka ja eller nej. Samtliga förväntas skicka in ett svar om de vill ha ett besök eller inte. I Strömsunds kommun bifogas också ett formulär som de äldre förväntas fylla i till besöket.

11 Wånell, S-E & Karp, A. (2008)

12 Sahlén, K-G. (2002)

13 Socialstyrelsen (2002)

14 Corneliussen, C. & Wånell, S-E. (2005)

15 Theander, E. (2002)

16 Avlund, K. (2008)

17 Dalby, D., Sellors, J., Fraser, F., Fraser, C., Inveld, C & Howard, M. (2000)

3. De som tackar ja till besök, kontaktas via telefon och tid bokas för besöket. I Östersunds kommun kontaktas även de som inte svarat på erbjudandet.
4. Besöket genomförs vilket tar allt mellan 60–150 minuter, exklusive för- och efterarbete och restid.
5. I samtalet används någon form av strukturerat frågeformulär bestående av allmänna frågor. Äldres fysiska och psykiska hälsa, funktionsförmåga och möjligheter till sociala nätverk är några områden som berörs i samtalet. Bräcke, Krokom, Strömsund, Åre och Östersund (projekt 1) erbjuder mätning av blodtryck och blodsocker. I Krokom registreras även längd och vikt.
6. I samband med besöket lämnas en del broschyrer med allmän information om förebyggande insatser och information om kommunens och primärvårdens verksamhet samt kontaktuppgifter.
7. I Östersunds kommun följs besöket upp både ur den äldres och besökarens perspektiv, i direkt anslutning till besöket.
8. Vid behov vidareförmedlas kontakt för olika insatser inom kommunen eller från primärvården.
9. Vid behov följs samtalet upp enligt överenskommelse med den äldre, per telefon eller besök.
10. Besöket dokumenteras i förekommande fall i ProCapita oavsett om det lett till fortsatt insats eller inte. Innebär inte besöket fortsatt insats stängs journalen.
11. Ingen kommun, med undantag för Östersund (intervention 1), erbjuder mer än ett besök om det inte finns önskemål eller behov.

I samtliga kommuner erbjuds förebyggande hembesök till hemmaboende äldre. Åldersgrupperna varierar dock, vilket framgår i denna sammanställning.

Figur 4. Vilken verksamhetsform och målgrupp har valts för förebyggande hembesöken.

	Bräcke	Härjedalen	Krokom	Strömsund	Åre	Östersund
Intervention/ ordinarie verksamhet	Okt 2007–jan 2008	Okt–dec 2009	2007–2009	1999–2002/ sedan 2003 del i ordinarie verksamhet.	Nov 2007–okt 2008/ sedan 2009 del i ordinarie verksamhet.	Intervention 1 okt 2006– feb 2007 Intervention 2, jan–dec 2009.
Målgrupp	80+ ordinärt boende med trygghets- larm och/ eller mat- distribution.	75+ utan insats från hemvården.	75-åringar i ordinärt boende utan regelbunden insats från hemvården.	Alla 70-åringar, utom boen- de i särskilt boende eller omfattas av omsorg enligt LSS.	80+ ordinärt boende utan insats från hemvården.	75-åringar ordinärt boende utan insats från hemvården.

Strömsunds kommun erbjuder förebyggande hembesök till alla 70-åringar oavsett beviljade biståndsbedömda insatser. Dock erbjuds inte de 70-åringar som bor i särskilt boende eller har insatser beviljade enligt LSS hembesök.

Härjedalen, Krokom och Östersund erbjuder hembesök till 75-åringar i ordinärt boende utan någon regelbunden biståndsbedömd insats.

Bräcke och Åre har fokuserat äldre som är 80 år eller äldre. Bräcke har erbjudit de som har biståndsinsats i form av larm och matdistribution hembesök, till skillnad mot Åre som fokuserat de som inte har någon biståndsbedömd insats alls.

Trots att det finns en likhet i hur förebyggande hembesök har organiserats skiljer sig syftet med åtgärden mellan kommunerna. I tablån på nästa sida framgår hur kommunerna formulerat syftet med förebyggande hembesök, samt innehållet i besöket.

Figur 5. Syfte med förebyggande hembesöket, fokus i intervjun och förekomst av hälsoundersökning i samband med besöket.

Bräcke	Härjedalen	Krokomb	Strömsund	Åre	Östersund
Inventera förebyggande åtgärder på individnivå och förbättra informationen om kommunens och primärvårdens verksamhet.	Kartlägga hur situationen ser ut för 75-åringar i kommunen. Få tidig kontakt. Ge information om kommunens och primärvårdens verksamhet.	Förebygga fallolyckor/skador, uppnå adekvat läkemedelsanvändning, upptäcka dold diabetes/högt blodtryck/ förekomst av anhörigvård/ önskad ensamhet/ev andra behov.	Få information om hälsotillståndet och informera om kommunens och primärvårdens verksamheter.	Informera om livsstilens betydelse för att förbättra/bevara en god hälsa och att kartlägga hälsotillståndet och levnadsförhållanden samt informera om olika former av stöd, service och aktiviteter.	Intervention 1, genom aktiv kontakt med unga pensionärer bevara och förbättra god hälsa samt förebygga ohälsa. Syftet med intervention 2 var att utveckla en plan för att förbättra förebyggande hembesök i samarbete med landstinget.
Begreppet äldres hälsa (kost, fysisk aktivitet, social gemenskap och vardagsliv), service i kommunen, boende, läkemedel samt syn och hörsel.	Frågeformulär som fokuserar ohälsa samt försök att lyfta ett kommunperspektiv.	Strukturerad intervju med 45 frågor.	Strukturerad intervju med 21 frågor.	Hälsosamtal enligt formulär, individanpassad information, fallförebyggande information och råd samt allmänna hälsofrämjande råd.	Intervention 1, Strukturerad intervju med 45 frågor. Intervention 2, tematiskt hälsosamtal med strukturerat formulär.
Frivillig liten hälsoundersökning.	Ingen hälsokontroll.	Mätning av blodtryck och blodsocker samt uppgifter om längd och vikt.	Mätning av blodtryck och blodsocker.	Mätning av blodtryck och blodsocker.	Proj 1, mätning av blodtryck och blodsocker. Proj 2, Ingen hälsokontroll.

Ingen kommun har utvärderat verksamheten eller arbetat med kontrollgrupper i respektive intervention eller ordinarie verksamhet. I de fall det förekommit uppföljning har den fokuserat hur de som fått hembesök respektive genomförde besöket upplevde besöket, det vill säga vad som skedde i mötet (samtalet). Dessa uppföljningar har gjorts direkt, i anslutning till besöket. I Strömsund och Östersund dokumenteras besöken i ProCapita. Därmed finns möjlighet att göra uppföljningar över tid. Dessvärre har inte någon systematisk uppföljning gjorts hittills.

Sammantaget ger följande bild en översikt av hur de förebyggande hembesöken genomförts i kommunerna:

Figur 6. Översikt av olika modeller för förebyggande hembesök i sex kommuner i Jämtlands län.

	Bräcke	Härjedalen	Krokrom
Intervention/ ordinarie verk- samhet.	Okt 2007–jan 2008.	Okt–dec 2009.	2007–2009.
Målgrupp.	80+ ordinarie boende med trygghetslarm och/eller matdistribution.	75+ utan insats från hemvården.	75-åringar i ordinarie boende utan regelbunden insats från hemvården.
Vem genom- förde/ genomför besöken.	Biståndshandl och dskgemensamt.	Dsk inom ordinarie område.	Dsk inom ordinarie område.
Samverkan med primärvården.	Primärvården är repr i styrgrupp genom kommunens dsk.	Primärvården är repr i styrgrupp.	Uppgift saknas.
Syfte med besöken.	Inventera förebyggande åtgärder på individnivå och förbättra informationen om kommunens och primärvårdens verksamhet.	Kartlägga hur situationen ser ut för 75-åringar i kommunen. Få tidig kontakt. Ge information om kommunens och primärvårdens verksamhet.	Förebygga fallolyckor/skador, uppnå adekvat läkemedels-användning, upptäcka dold diabetes/högt blodtryck/förekomst av anhörigvård/oönskad ensamhet/ev andra behov.
Besökets innehåll.	Begreppet äldres hälsa (kost, fysisk aktivitet, social gemenskap och vardagsliv), service i kommunen, boende, läkemedel samt syn och hörsel.	Frågeformulär som fokuserar ohälsa samt försök att lyfta ett kommunperspektiv.	Strukturerad intervju med 45 frågor.
Hälsokontroll.	Frivillig liten hälsoundersökning.	Ingen hälsokontroll.	Mätning av blodtryck och blodsocker samt uppgifter om längd och vikt.

	Strömsund	Åre	Östersund
Intervention/ ordinarie verksamhet.	1999–2002/ sedan 2003 del i ordinarie verksamhet.	Nov 2007–okt 2008/ sedan 2009 del i ordinarie verksamhet.	Intervention 1 okt 2006–feb 2007 Intervention 2, jan–dec 2009.
Målgrupp.	Alla 70-åringar, utom boende i särskilt boende eller omfattas av omsorg enligt LSS.	80+ ordinärt boende utan insats från hemvården.	75-åringar ordinärt boende utan insats från hemvården.
Vem genomförde/ genomför besöken.	Dsk inom ordinarie område.	Projektledare/ dsk inom ordinarie område.	Intervention 1, projektledaren Intervention 3, ordinarie dsk inom kommun respektive primärvård i två hälsocentralsområden.
Samverkan med primärvården.	Samråd 3–4 ggr/år.	Referensgrupp.	Proj 1, landstinget är repr i arbetsgrupp. Proj 2, gemensam styrgrupp.
Syfte med besöken.	Få information om hälsotillståndet och informera om kommunens och primärvårdens verksamheter.	Informera om livsstilens betydelse för att förbättra/ bevara en god hälsa och att kartlägga hälsotillståndet och levnadsförhållanden samt informera om olika former av stöd, service och aktiviteter.	Proj 1, genom aktiv kontakt med unga pensionärer bevara och förbättra god hälsa samt förebygga ohälsa. Prevention.
Besökets innehåll.	Strukturerad intervju med 21 frågor.	Hälsosamtal enligt formulär, individanpassad information, fallförebyggande information och råd samt allmänna hälsofrämjande råd.	Intervention 1, Strukturerad intervju med 45 frågor. Intervention 2, tematiskt hälso samtal med strukturerat formulär.
Hälsokontroll.	Mätning av blodtryck och blodsocker.	Mätning av blodtryck och blodsocker.	Proj 1, mätning av blodtryck och blodsocker. Proj 2, Ingen hälsokontroll.

I vilken åldersgrupp förväntas besöken ha mest nytta?

Vilka åldersgrupper som är bäst betjänta av förebyggande hembesök är en komplex fråga. Tidigare studier har visat att oavsett vilken åldersgrupp som erbjuds besök, har tidiga tecken på funktionsnedsättning varit möjliga att identifiera och därmed har det också varit möjligt att bistå de äldre med individuellt anpassat stöd i hemmet från kommun och primärvård.

Den övergripande frågan är delvis avhängig vad respektive kommun/landsting vill med sin uppsökande verksamhet. Det vill säga vad ska uppgifterna som samlas in användas till? Det är också det som är styrande för vad samtalet ska innehålla och hur samtalet genomförs. Det verkar dock rimligt att förebyggande besök ska erbjudas när de äldre är 75 år. Dels för möjligheten att upptäcka tidiga funktionsnedsättningar, dels bistå vid frivillig planering av framtida boende.

Besök till 70-åringar är för tidigt

I de fall besöken erbjudits till yngre seniorer har benägenheten att tacka nej varit större än i gruppen runt 75 år. Den demografiska utvecklingen och våra föreställningar om att åldras är andra aspekter som talar för att 75 år är en lämplig tidpunkt att erbjuda hälsosamtal genom förebyggande hembesök.

Den Nationella folkhälsoenkäten som Statens folkhälsoinstitut hänvisar till visar att majoriteten av ”äldre upplever sin hälsa som god upp till 75 års ålder”¹⁸. Enkäten visar vidare att det finns stora skillnader bland de äldre som verkar bero på kön (kvinnor skattar sin hälsa sämre än männen), utlandsfödda äldre (saknar ofta emotionellt och praktiskt stöd), utbildningsnivå och boendesituation (ensamboende markerar för sämre hälsa och otrygghet).

Demografiskt kommer i Sverige liksom i andra industrialiserade länder de äldre att utgöra ungefär 25 procent av befolkningen år 2050. Samtidigt beräknas gruppen i arbetsför ålder att minska från dagens 59 till 54 procent. Med visst understöd från staten, kommer några att vilja stanna kvar på sina jobb fram till

18 Statens folkhälsoinstitut (2008)

70-årsåldern. Vi vet att livslängden ökar, särskilt bland männen.¹⁹ Huruvida ökningen av livslängden beror på att de äldre är friskare eller på grund av att de som är sjuka överlever längre än tidigare, är en adekvat fråga, som inte utvecklas i denna rapport.

Attityden till att åldras och ålderdom skulle kunna sammanfattas som ”alla vill leva länge, men ingen vill bli gammal”²⁰ Bilden är att vi inte längre ”blir gamla och skröpliga” och pensionär är vi först när vi behöver en rullator. Medvetenheten om egenvård kan innebära att yngre äldre kommer att vara friska och som 70-åring anser vi oss inte vara i behov av hälsosamtal i form av det förebyggande hembesöket.

Besök till 80-åringar kan vara för sent

En dansk studie med målgruppen 75- och 80-åringar i ordinärt boende utan insats från hemvården, visade att båda testgrupperna hade något fler besök till sjukhus, men färre läkemedelsordinationer och besök till hälsocentralen jämfört med respektive kontrollgrupp²¹. Antalet dödsfall var lika i båda testgrupperna jämfört med motsvarande kontrollgrupp. I gruppen med 75-åringar var det dock färre som hade särskilt boende, men fler som fick insatser från hemvården jämfört med motsvarande kontrollgrupp. I gruppen med 80-åringar var det fler som hade särskilt boende och fick insatser från hemvården respektive hemsjukvård jämfört med motsvarande kontrollgrupp.

Besöken förväntas ha mest nytta i 75-årsåldern

I det systematiska arbetet med förebyggande hembesök verkar en framkomlig väg vara att fastställa en ålder när besöken ska erbjudas samt komplettera denna grupp med identifierade riskgrupper. Förslagsvis fastställs denna ålder till 75 år, med hänvisning till den Nationella folkhälsoenkäten som baseras på seniorernas självskattade hälsa och som visar att seniorerna skattar sin hälsa som god fram till 75-årsåldern. I denna ålder börjar funktionsnedsättningar bli märkbara och fritidsaktiviteterna allt mer stillasittande för både kvinnor och män. Funktionsnedsättningarna domineras av rörelsehinder följt av hörselnedsättning. Även urininkontinens är vanligt, ”nära 40 procent av personer över 75 år har urininkontinens”²².

19 Lagergren, M (2010)

20 ibid

21 Kronborg, (2006)

22 Statens folkhälsoinstitut (2008), sid. 16

Hur fördelas ansvaret mellan kommun och landsting?

Tidigare erfarenheter av samarbetet mellan primärvård och kommunerna visar att det inte är helt lätt att få samarbetet att fungera.²³ Studierna har visat att förutsättningarna för ett lyckat samarbete baseras på ett personligt engagemang från distriktsläkare eller primärvårdsföreståndare samt att samarbetet är bundet till personliga relationer. Generellt verkar samarbetet fungera bättre i de fall landstinget var initiativtagare för verksamheten. Det var alltså lättare för landstinget att få med sig kommunen, än tvärtom²⁴.

I Jämtlands län är erfarenheten från projektledarna att kvaliteten i samarbetet varierar. I några fall har samarbetet när det gäller planering och genomförande uteblivit. Däremot har det fungerat i de fall ärenden vidareförmedlats från hembesöken. Nedanstående punkter visar på några exempel på variationen av kvaliteten i samarbetet och samarbete på olika nivåer.

- Chef på hälsocentralen med i arbetsgruppen för testprojektet och sedan också i det fortsatta arbetet.
- Främst kontakt med mottagningsköterskan.
- I samband med besöket vidareförmedlas kontakt till hälsocentralen.

Diskussionen i både cirkeln, dokumentation och litteraturgenomgång visar att samverkan mellan huvudmännen inte är så enkelt att åstadkomma. *Men varför är det så svårt*, vad är det som försvårar samarbetet? Utan att fördjupa oss i orsaken till problemen, känns det angeläget att redovisa de erfarenheter som projektledarna har från det praktiska arbetet. Dessa erfarenheter redovisas här i punktform.

23 Socialstyrelsen (2002)

24 aa

- Oklart vilken nivå hembesöken ska ligga på. Kan se olika ut i olika kommuner, beroende på vilka övriga satsningar som görs, vilka övriga resurser som finns etc.
- UPPSÖKANDE (lagen) FÖREBYGGANDE (stimulansmedel) olika benämningar försvårar, måste redas ut vad som menas utifrån respektive riktlinjer och styrdokument för att vara en stöttning i det dagliga löpande arbetet. Samarbete mellan huvudmännen kan underlätta.
- Avsaknad av forum att träffas på olika nivåer försvårar samverkan.
- Det har blivit striktare gränser mellan huvudmännen.
- Samtidigt har ansvarsfrågan blivit mer otydlig.
- Avsaknad av rutiner.
- Okunskap om respektive huvudmans verksamhet internt inom kommun och landsting.

För att få en ingång till en strategi för bättre samverkan är det angeläget att reda ut *varför det är viktigt att samverka*. De motiv som nämndes av deltagarna i forskningscirkeln redovisas här utan någon rangordning.

- Synliggöra/öka medvetenheten inom huvudmännen var och av vem den äldre får bäst stöd och stöttning.
- Synliggöra minsta gemensamma nämnare för verksamheten med förebyggande hembesök.
- Undvika att någon ramlar mellan stolarna
- Synliggöra hur de olika huvudmännen kan arbeta tillsammans för ett gott liv för invånarna.
- Viktigt att veta vem som har ansvar för vad.
- Synliggöra hur det dagliga arbetet (den gemensamma uppgiften) kan underlättas.
- Utarbeta system för de som vi inte känner till inom kommun och landsting.
- För att undvika att det blir komplexa problem senare.

Kostnadsnyttan är olika på kort och på lång sikt för huvudmännen. På kort sikt verkar de akuta besöken inom landstinget minska, vilket är en fördel för landstinget. Effekterna på lång sikt är svårare att se, eventuellt leder besöken till utökad antal levnadsår utan behov av insats från kommunen, men vi vet inte helt klart att det är så. Kostnadsnyttan behöver utredas mera, då blir det också tydligare varför landsting och kommun ska samverka.

Verksamheten med förebyggande hembesök berör olika nivåer och syftar till olika nyttoaspekter. En gemensam faktor handlar om vikten av att synliggöra hur huvudmännens respektive verksamheter kompletterar varandra och hur kommun

och landsting kan hjälpas åt. Det står tämligen klart att den uppdelning som skett mellan kommun och landsting också har bidragit till otydlighet hos praktikerna om vem som gör vad. För att de förebyggande hembesöken ska ha positiva effekter måste både medicinskt och socialt kunnande vara representerat och kombineras till en helhet. Det gäller planeringen, stödet i det kontinuerliga arbetet och uppföljningen. Varken primärvården eller kommunen kan ensam stå för utvecklingen av det förebyggande arbetet bland äldre.

Är verksamheten kostnadseffektiv?

Argumenten för och emot förebyggande hembesök, handlar bland annat om kostnadsnyttan. Det är ett komplext område, varför denna rapport endast omfattar en kostnadsanalys.

De svenska studier som finns om effekter av förebyggande hembesök har hittills fokuserat mortaliteten samt kostnadseffektiviteten²⁵. Samtliga dessa studier baseras på det försök som gjordes i Nordmaling 1999–2002.

I Nordmaling erbjöds alla som var 75 år och äldre, i ordinärt boende utan insatser från hemvården, hembesök. Var och en fick två besök per år under två år. Fokus i besöken var fysisk aktivitet, fallprevention, kost och sedvanliga åldersrelaterade frågor. I samband med hembesöken gavs också information om hemvård, primärvård och sociala aktiviteter samt vilka avgifter som var aktuella för respektive insats/aktivitet.

Resultatet visade att kostnaderna för de förebyggande hembesöken i stort balanserades av kostnadsminskningarna inom hemtjänst och primärvård²⁶. Det är i sig ett resultat som skiljer sig från till exempel de danska studierna, där kostnaden för insatser från hemtjänsten ökade. En möjlig förklaring kan finnas i då rådande politiska ambitioner och målsättningar, man hade i Nordmaling helt enkelt haft en generös hållning i samband med beviljade biståndsbedömda insatser. De interventioner som gjorts i Jämtlands kommuner visar att nästan hälften av seniorerna som får förebyggande hembesök behöver någon insats från kommunen eller landstinget. Det handlar både om sociala och medicinska hänvisningar.

Slutsatsen är dock att de förebyggande hembesöken sannolikt inte leder till kostnadsminskningar för kommun och landsting de första två åren efter start, Sahlén med flera (2004). De har då tagit hänsyn till att beräkningarna av kostnadsnyttan är högst osäkra. Till exempel är kostnaderna för vård inom landstingets verksamhet i huvudsak knuten till äldre med kroniska och långvariga sjukdomar. Några få pensionärer med stor konsumtion av vård styr resultatet. Författarna menar att dessa omständigheter inte heller kan påverkas av de före-

25 Sahlén med flera (2006; 2008) Sahlén (2008)

26 Sahlén, Löfgren & Lindholm (2004)

byggande hembesöken. I beräkningarna har de därför valt att inte ta med kostnaderna för de sjukvårdande behandlingarna i slutenvården. De konstaterar vidare att kostnaderna i huvudsak består av personalkostnader.

Däremot visar resultatet att hembesöken på lång sikt, det vill säga inom fyra år har en positiv effekt, (Sahlén med flera, 2008). Författarna menar dock att det är tveksamt om det går att uppskatta och beräkna framtida ekonomiska utfall på ett adekvat sätt samt om det är moraliskt och etiskt riktigt att beräkna framtida kostnader och intäkter för förlängd levnadstid. Författarna ger sig därför inte in i den diskussionen utan slår fast, utifrån de data de har, att förebyggande hembesök är kostnadseffektiva utifrån de beräkningar de har gjort.

Figur 7. Effekt av förebyggande hembesök efter 4 år, enligt Sahlén (2008).

Variabel	Testgrupp, n=196	Kontrollgrupp, n=346
Dödligheten	Minskade initialt, men steg när besöken upphörde	
Insatser från hemvård	Minskade och låg kvar på en lägre nivå än i kontrollgruppen	
Besök till sjukhus	Minskade initialt, men steg när besöken upphörde	

Sahlén baserar sin doktorsavhandling på fortsatta studier om effekterna av förebyggande hembesök i Nordmaling. Hans slutsats är att förebyggande hembesök bidrar till ökad livskvalitet och livslängd bland de som fått förebyggande hembesök. Det förutsätter dock att besöken är återkommande enligt ett strukturerat program över en längre tid.

De studier som finns i Norden domineras av de danska studierna bland annat ^{27,28}. Studien av Hendriksen med flera är intressant att ta del av därför att det var med anledning av den som det också blev lagstiftat i Danmark att alla 75-åringar och äldre utan insatser för hemvård skulle erbjudas två besök per år i förebyggande syfte²⁹. Lagen trädde i kraft 1989. Studien baseras på ett omfattande, 3-årigt försök 1980–1983. Alla som var 75 år eller äldre erbjöds besök var tredje månad i tre års tid. Det vill säga alla som deltog i studien fick fyra besök per år under tre år. Undersökningsgruppen bestod av 285 äldre. Forskarna utsåg också en kontrollgrupp i motsvarande ålder. Den bestod av 287 personer. De som gick in i kontrollgrup-

27 Hendriksen, C., Lund, E. & Strømberg, E. (1984)

28 Kronborg, Vass, Lauridsen & Avlund (2006)

29 Hendriksen, C., Lund, E. & Strømberg, E. (1984)

pen erbjöds hembesök under det sista halvåret som studien genomfördes. De som genomförde hembesöken var en forskare inom hälsovetenskap och två sjuksköterskor. Samtliga arbetade halvtid med studien.

Figur 8. Effekter av 3-årigt försök med förebyggande hembesök i Danmark 1980-1983. Resultatet av studien låg till grund för lagstiftningen om förebyggande hembesök till alla äldre än 74 år.

Variabel	Undersökningsgrupp, n=285	Kontrollgrupp, n=287
Antal besök till sjukhus	219	271
Vårddygn	4884	6442
Flytt till särskilt boende	20	29
Dödsfall	56 (20%)	75 (26%)
Kontakt med Hc	Ingen skillnad	
Inte kontaktat sjukvården någon gång under testperioden	147	139
Vårddygn i snitt	22,3	23,8
Antal samtal till sjukvårdsupplysningen	30	60
Beviljade insatser från hemvård	46 (10,6)	29 (9,3)
Antal hemvårdstimmar	133 671	114 262

Vid en första anblick är det främst kontakter med de verksamheter som i Sverige har landstinget som huvudman som minskar. Det handlar till exempel om färre samtal till sjukvårdsupplysningen, färre besök till sjukhus och färre vårddygn. Antalet vårddygn var i snitt ett dygn kortare i de fall det var aktuellt inom den grupp som fick hembesök var tredje månad. I antalet kontakter med hälsocentralerna var det ingen skillnad mellan undersökningsgruppen och kontrollgruppen. Slutsatsen vi drar är att ur landstingets perspektiv minskar belastningen inom både den rådgivande och slutna verksamheten. Men att härvidlag dra slutsatser att det innebär besparingar inom landstinget är troligen förhastat. Landstinget kan rimligen inte minska antalet vårdplatser eller antalet anställda, på dessa grunder. Däremot kan tillgängliga resurser prioriteras till de som behöver sjukvårdsinsatser inom specialistvården.

Sett ur kommunens perspektiv innebar de förebyggande hembesöken att färre flyttade till särskilt boende, men en ökning av antal beviljade insatser från hemvården och därmed också antalet hemvårdstimmar. En slutsats är att tidiga insatser från den kommunala hemvården ger effekter i mindre belastning inom landstingets akut- och slutenvård samt rådgivande verksamhet.

Sett ur ett samhällsperspektiv visade studien också att antalet dödsfall inom undersökningsgruppen var färre. Särskilt det tredje, fjärde och femte halvåret märks en tydlig skillnad i färre dödsfall inom undersökningsgruppen. Med viss försiktighet kan man alltså dra slutsatsen att levnadsåldern förlängs med 12–24 månader.

Resultatet av studien visar att tidigt identifierade behov som synliggörs och kan tillgodoses med insatser från hemvården, samhällsekonomiskt har ett mer värde eftersom behovet av insatser i form av sjukhusvård minskar samt att antalet levnadsår bland de äldre ökar. Det är möjligt att tidigt identifierade åldersförändringar och funktionsnedsättningar både kan innebära ökad livskvalitet, trygghet i det egna boendet, möjlighet till fler goda år i livet och fler levnadsår. Att de förebyggande hembesöken initialt ökar kostnaderna ur ett kommunperspektiv, måste ställas mot kommunen och landstingets gemensamma ansvar att bedriva uppsökande verksamhet samt att äldre är en prioriterad målgrupp för båda.

Artikeln av Kronborg, med flera (2006) är gjord 1999–2001. Alltså påbörjades den tio år efter att lagstiftningen om förebyggande hembesök till äldre trätt i kraft. Enligt lagen ska förebyggande hembesök erbjudas två gånger per år till äldre över 75 år, som inte har någon insats från hemvården. Kronborg med flera undersökte om det gav någon effekt om personal som gjorde besöken utbildades i att tidigt upptäcka tecken på funktionsnedsättningar och stimulera till fysisk aktivitet. Studien gick alltså ut på att gå ett steg längre genom att stimulera till ökad fysisk aktivitet, det vill säga förändra livsstilen hos de äldre som ingick i studien. Besöken gjordes dels av läkare inom primärvården och dels av särskilda hembesökare, (utbildning okänd). Målgruppen var 75- och 80-åringar i ordinärt boende utan insats från hemvården. Även i denna studie rekryterades en kontrollgrupp. De delar av resultatet som vi fokuserade på i forskningscirkeln är ungefär de samma som i den förra studien. Skälet att vi valde dessa var att det skulle vara möjligt att jämföra utfallet.

Figur 9. Effekt av 2-årigt försök i Danmark 1999-2000 med förebyggande hembesök, särskilt fokus att stimulera till fysisk aktivitet.

Variabel	75-åringar		80-åringar	
	testgrupp	kontrollgrupp	testgrupp	kontrollgrupp
Deltagare, antal	1460	1403	632	539
Besök till sjukhus	6.6	5.2	9.9	6.1
Vårddygn	9.5	9.2	11.0	12.5
Flytt till särskilt boende	6.9	11.7	14.5	12.0
Kontakt med hälsocentral	14.2	15.7	13.6	14.3
Insats från hemvården	19.6	14.8	41.9	28.7
Insats från hemsjukvård	38.0	39.0	92.5	80.9
Läkemedelsordinationer	58.3	62.9	61	65
Dödsfall	167 (11%)	150 (11%)	120 (19%)	99 (18%)

Vårderna i redovisningen visar medelvärde för nyttjad service respektive tjänst.

Även detta resultat visar effekter för landsting, kommun och samhället i stort. Vi ser också skillnader mellan åldersgrupperna.

Båda testgrupperna hade något fler besök till sjukhus, men färre läkemedelsordinationer och besök till hälsocentralen jämfört med respektive kontrollgrupp. Andelen dödsfall var lika i båda testgrupperna jämfört med motsvarande kontrollgrupp.

I gruppen med 75-åringar var det färre som behövde särskilt boende, men fler som fick insatser från hemvården jämfört med motsvarande kontrollgrupp. I gruppen med 80-åringar var det större behov av både särskilt boende och insatser från hemvården respektive hemsjukvård jämfört med motsvarande kontrollgrupp.

En slutsats som vi diskuterade i forskningscirkeln var att det är stor skillnad i behovet av insatser från både hemvården och hemsjukvården i gruppen 80-åringar jämfört med den egna kontrollgruppen. Samtidigt är antalet vård dygn inom slutenvården färre jämfört med kontrollgruppen. Om det beror på att hemvården och hemtjänsten har tillräckligt bra förutsättningar för att klara tillsyn och omsorg, är svårt att veta med säkerhet. Men det verkar troligt att god tillgänglighet i hemvård och hemsjukvård har ett samband med de äldres behov av landstingets resurser.

Studiens fråga om utbildning till personal i att tidigt uppmärksamma ålders-tecken och funktionsnedsättning samt stimulans till fysisk aktivitet, har betydelse

för de äldres livskvalitet och levnadsår, kan besvaras med att det inte verkar så. Det verkar mer sannolikt att det är besöken i sig, att någon uppmärksammar den äldre och bekräftar den aktuella livsstilen som har betydelse. Eftersom de förebyggande hembesöken enligt lag erbjuds alla som fyllt 75 år är slutsatsen att extra fokus på fysisk aktivitet inte innebär någon större skillnad. Kanske är det så att det är just bekräftelsen och den sociala samvaron med viss kontinuerlighet som är den viktigaste faktorn för goda år på äldre dar?

De internationella studier som finns om förebyggande hembesök har en kostnadseffektiv effekt, baseras samtliga på försök där de äldre erbjudits flera besök med tydligt fokus över två till tre år. Dessa studier visar stor variation i kostnadseffektiva effekter, vilket troligen kan förklaras av den stora variation i hur interventionen genomförs och utvärderas. Avgörande för alla resultat är ur vilket perspektiv utvärderingen görs.

Resultatet av de internationella utvärderingar som finns att tillgå omfattar flera metaanalyser. Det vill säga resultatet av gjorda studier har analyserats utifrån vissa kriterier för att på så sätt kunna få mer kunskap om vilka effekter som är möjliga och vad de kan bero på. Det finns studier som visar att förebyggande hembesök har effekt på dödligheten, det vill säga att de bidrar till fler levnadsår och att de bidrar till att bromsa upp behovet av flytt till särskilt boende³⁰. Andra metaanalyser visar inga resultat att förebyggande hembesök skulle ha någon effekt och ifrågasätter därför om de har någon funktion^{31, 32, 33}.

Sammantaget är det tveksamt om det går att resonera i termer av besparingar inom kommun och landsting när det gäller effekter av förebyggande hembesök. Det verkar mer som ett sätt att försöka påvisa skillnader mellan testgrupper och kontrollgrupper, det vill säga ett sätt att beskriva skillnader. Att därefter försöka beräkna dessa skillnader i monetära mått är troligen vare sig möjligt, moraliskt eller etiskt riktigt, eftersom det inte med säkerhet går att fastställa de exakta kostnaderna och intäkterna för gjorda insatser.

Om vi ser verksamheten med förebyggande hembesök som en strategi för att bromsa kostnadsutvecklingen för den totala äldreomsorgen som ska tillgodoses av kommun och landsting, är det i allra högsta grad en fråga som bör regleras i avtal inom Äldrereformens anda. Det finns en överhängande fara att huvudmännen inom offentlig vård och omsorg börjar bedriva ett slags ”Svarte-Petterspel” om äldreomsorgen, som inte gagnar någon. Mer intressant vore att lyfta diskussionen till vad kommun och landsting tillsammans vill med uppsökande verksamhet i

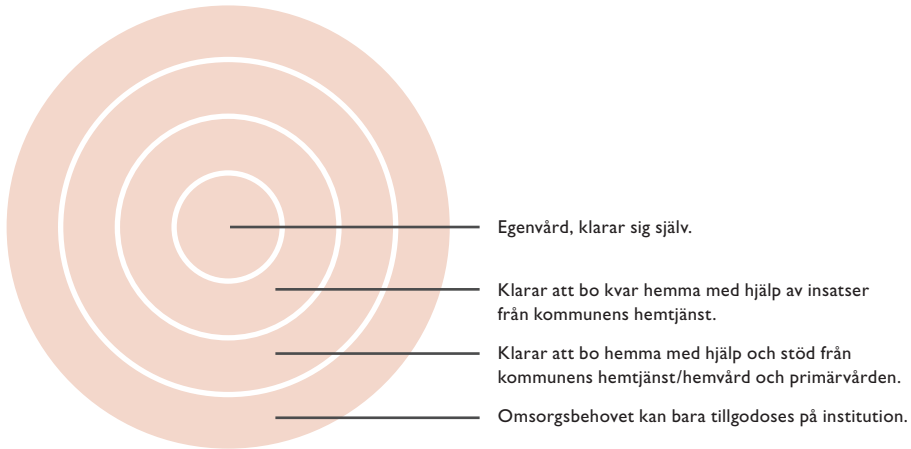
30 Elkan, Kendrick, Dewey, Hewitt, Robinson, Blair, Williams & Brummel (2001)

31 Van Haastrecht, Diederiks, van Rossum, de Witte & Crebolder (2000)

32 Bouman, A, van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, G & Knipshild, P. (2008)

33 Bouman, A., van Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G. & Knipshild, P. (2008)

allmänhet och förebyggande verksamhet i synnerhet. Samt på vilket sätt landstinget och primärvården kan stödja kommunerna i arbetet med förebyggande hembesök för äldre.



Figur 10. Illustration av hur ansvarsfördelningen för hälsofrämjande insatser är relaterade.

Förebyggande hembesök är en åtgärd inom förebyggande hälso- och sjukvård bland äldre i kvarboendepincipens anda. I det sammanhanget är bilden ovan en illustration av hur olika insatser i olika sfärer är relaterade. Genom insatser inom området egenvård kan behov av hemtjänsten bromsas upp, med rätt insatser inom kommunens hemtjänst kan behovet av hemsjukvård bromsas upp, med rätt insatser inom hemsjukvård och primärvård kan omfattande institutionsvård bromsas upp. Ytan i respektive ring fungerar som en illustration av kostnader för att tillgodose de äldres behov. Det är möjligt att tidiga insatser förhindrar behovet av kostnads- och personalintensiva verksamheter inom äldreomsorgen, men det förutsätter ett väl fungerande samarbete på alla nivåer mellan huvudmännen. Äldreomsorgen är inte i första hand en ekonomisk verksamhet, utan en fråga om vad som ska utföras för att hjälpa den äldre personen. I det arbetet är förebyggande hembesök en framkomlig strategi.

En gemensam modell för förebyggande hembesök i Jämtlands län

De småskaliga utvecklingsprojekt som genomförts i kommunerna i Jämtland inom ramen för statliga stimulansmedel har alla utarbetat lokala modeller för syfte, genomförande, målgrupp och innehåll. De organisatoriska förutsättningarna varierar, liksom den demografiska bilden. Trots det är det möjligt att utforma en gemensam modell för hur förebyggande hembesök skulle kunna genomföras i gemensam aktivitet mellan kommun och landsting.

Flera aktörer, ett syfte

Arbetet med uppföljningen av verksamheten med förebyggande hembesök om vad som är nyttan med hembesöken, har synliggjort att det finns flera olika aktörer och olika intressen. Det handlar till exempel om landsting- och kommunledning, olika nämnder och förvaltningar inom kommunen, primär- och specialistvården inom landstinget, utföraren av hembesöken och senioren. Listan kan göras längre, men dessa är de som berörs närmast.

Trots att det finns ett lagligt stöd för förebyggande insatser både i SoL och HSL förekommer de i praktiken väldigt sällan i systematisk form när det gäller verksamhet som riktar sig till äldre. En orsak kan vara att huvudmännen formulerat olika syften med den förebyggande verksamheten.

Ur ett ledningsperspektiv kan det handla om en del i det strategiska arbetet genom att få information om 75-åringars behov och livssituation. Det kan också handla om att få underlag för utveckling av adekvata insatser på kort- och lång sikt samt underlag för utveckling av organisationen för omsorg och vård.

För utföraren av hembesöken handlar tänkbar nytta om att upptäcka tidiga funktionsnedsättningar, möjlighet att informera om och vid behov hänvisa till adekvata former av stöd, service och aktiviteter som kommun och primärvården erbjuder samt utveckling av hälsofrämjande arbetssätt.

Ur brukarens perspektiv kan nyttan beskrivas som att få bekräftelse och uppmärksamhet, delaktighet i planering av stöd och service och kännedom om olika stöd, service och aktiviteter som kommun och primärvården kan erbjuda.

Syftet med förebyggande hembesök som omfattar de olika intressena kan formuleras på följande sätt:

Förebyggande hembesök som erbjuds äldre män och kvinnor som sker i samarbete mellan kommunerna och landstinget i Jämtlands län lokalt och regionövergripande, syftar till ett ömsesidigt informationsutbyte. Genom information om olika målgruppers behov och livssituation kan en ändamålsenlig och kostnadseffektiv omsorg och vård utvecklas. Genom information om olika former av stöd, service och aktiviteter som kommun och primärvård erbjuder kan den äldre öka sin delaktighet i det förebyggande hälsoarbetet.

Gemensam begreppsapparat

Ett villkor i samarbetet mellan kommun och landsting är att samma begreppsapparat används. I den gemensamma modellen föreslås att förebyggande hembesök per definition är en åtgärd inom förebyggande hälso- och sjukvård bland äldre och hälsosamtalet står för det faktiska mötet mellan besökare och den äldre. Hälsosamtalen är alltså en metod i åtgärden förebyggande hembesök.

Distriktssköterskan bör genomföra förebyggande hembesök

Hälsosamtalen bör genomföras av kommunens distriktssköterska som tillhör den yrkeskategori och har den befattning som organisatoriskt och professionellt är den mest optimala för att utföra de förebyggande hembesöken. Det framstår i det närmaste som en självklarhet. Starkast argument är distriktssköterskans specialistkompetens inom folkhälsa, medicin, omvårdnad och socialt synsätt³⁴. Ur ett förebyggande perspektiv är den psykosociala ansatsen i samtalen minst lika viktig som den medicinska. Dessutom visar erfarenheterna från genomförda interventioner att nyttan för senioren domineras av den psykosociala nyttan.

Samverkansarbetet för hemsjukvården som regleras i avtal mellan landstinget/primärvården och kommunerna i Jämtlands län är ett annat argument. Avtalet innebär att kommunen ansvarar för den hälso- och sjukvård som utförs i den enskildes hem (hemsjukvård)³⁵. Distriktssköterskans uppdrag, som regleras av både Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen, motsvarar i praktiken samverkan mellan huvudmännen inom till exempel äldreomsorgen. Distriktssköterskorna är med andra ord en naturlig länk mellan de båda huvudmännens ansvarsområden.

Ytterligare argument som lyfts fram från gjorda erfarenheter är att distriktssköterskan kan etablera en kontakt med den äldre innan det blir aktuellt med en insats. Hembesöken kan skapa trygghet och tillit samtidigt som distriktssköterskan kan se

34 Käthner, K. & Malmqvist, B. (2009)

35 Rikardsson, H. (2009)

den äldre i ett större socialt sammanhang. Det innebär möjlighet att i ett tidigt skede upptäcka behov av hjälpmedel, bostadsanpassning, hemtjänstinsatser och anhörigstöd samt informera om var det finns ytterligare information om det är aktuellt. Dessutom är personalgruppen relativt stabil, det vill säga personalomsättningen är inte så hög.

Administrativt stöd, en nödvändighet

Det administrativa stödet som diskuterats och som anses vara viktigt för ett framgångsrikt samarbete med förebyggande hembesök är:

- Tydligt reglerat i ÄDEL-avtalet mellan kommun och Jämtlands läns landsting samt eventuella andra aktörer med tanke på lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft 1 januari 2010.
- Fastställd och erkänd rutin för tidig kontakt med identifierade riskgrupper.
- Gemensam återkommande utbildning för berörd personal inom kommun och landsting som utför hälsosamtalen. Utbildningen kan förslagsvis innehålla hälsovetenskap, samtalsmetodik, gerontologi, informationssökning, lagstiftning, samhällskunskap etc.
- Tydlig efterfrågan och uppföljning av resultatet och tillämpning av rutin från förvaltning/nämnd/motsvarande.

Gemensam rutin för tidig kontakt med kända riskgrupper

Kritiska röster har hörts om det verkligen är ekonomisk försvarbart att erbjuda hälsosamtal till samtliga 75-åringar. Diskussionen ger inget entydigt svar, utan det handlar om ett politiskt val om vad som kan anses vara rimligt.

Erfarenheter från tidigare försök med förebyggande hembesök har visat att det inom gruppen som beviljats biståndsinsatser uppmärksammades både behov av ytterligare insatser och onödiga biståndsinsatser. Det kan finnas en poäng med att erbjuda alla 75-åringar möjlighet till hälsosamtal oavsett om den äldre har beviljade insatser från hemtjänsten eller inte.

I nuläget verkar det rimligt att alla i en åldersgrupp initialt erbjuds ett samtal, därefter fortsätter kontakten i form av flera återkommande samtal till de grupper som identifierats tillhöra kända riskgrupper och som önskar fortsatta besök. För att få en samlad bild av effekterna av åtgärden är det viktigt att systematiskt följa upp och utvärdera effekterna av verksamheten. I framtiden när vi har mer kunskap om effekterna av förebyggande hembesök kan det bli aktuellt att utveckla en rutin som baseras på idén att erbjuda samtalen selektivt till identifierade riskgrupper.

I genomförda studier om förebyggande hembesök har vissa riskgrupper identifierats. Det är framför allt 1) ensamboende äldre, 2) äldre med låg utbildning 3)

utlandsfödda äldre och 4) äldre som nyligen mist sin partner (4-6 månader). Det borde vara möjligt att identifiera dessa riskgrupper med hjälp av en enkät som besvaras av senioren som ett underlag för den årliga planeringen av de förebyggande hembesöken. Enkäten bör lämpligen administreras av kommunens bistånds-enhet med stöd från någon av länets FoU-miljöer. Alternativt genomförs kartläggningen helt och hållet av aktuell FoU-miljö.

För att nå särskilt prioriterade grupper borde det vara rimligt att utveckla en rutin för tidig kontakt för hälsosamtal i syfte att få kontakt med personer som redan drabbats av sjukdom och vars liv kan underlättas med förebyggande åtgärder. De grupper som bör prioriteras är 1) anhängigvårdare, 2) fallrisk, 3) stroke. För detta syfte borde vårdplaneringen som sker i samband med hemgång från specialistvården vara ett lämpligt forum att identifiera riskgrupper. I de fall där inte vårdplanering är aktuell, till exempel inom strokeenheten, borde en rutin utarbetas för tidig kontakt för hälsosamtal av primärvård alternativt kommunens distriktssköterska. Utvecklingen av samordnat journalsystem enligt ICF borde underlätta för kommun och primärvård att få kännedom om berörda personer.

Primär- och specialistvård inom landstinget är ett viktigt stöd till kommunerna i arbetet med att identifiera riskgrupper, genom att till exempel i samband med vårdplaneringen uppmärksamma, informera och begära samtycke att kommunens ansvariga för förebyggande verksamhet får kännedom om vederbörande för att kunna ta kontakt för ett hembesök. Riskgrupperna kan till exempel vara relaterade till vissa diagnoser (tidig hjärtinfarkt, fraktur, benskörhet, demenssjukdom, stroke, diabetes etc) eller sociala förhållande (ensamstående, förekomst av anhängigvårdare, äldre som kontaktar akutmottagningen med oklara besvär etc).

Utbildning och handledning

Utbildning och handledning i arbetet med förebyggande hembesök har nämnts av deltagarna i forskningscirkeln som ett viktigt område att tillgodose för de som genomför hembesöken. Särskilt handlar det om utbildning i gerontologi, folkhälsovetenskap och samtalsmetodik. Handledningen skulle med fördel kunna ske i någon form av verksamhetsöverskridande verksamhetsnära lärande, yrkescirklar, kollegial granskning etc.

För att underlätta respektive kommuns utvecklingsarbete med att förebygga vård- och omsorgsbehov bland seniorer kan samordning av stöd och kompetensutveckling vara en framgångsfaktor. Samordning av identifierade gemensamma angelägenheter som kunskapsöversikter, informationsmaterial, kompetensutveckling, uppföljning och utvärdering med mera. Det praktiska arbetet med hembesöken är ett utpräglat ensamarbete, därför är det viktigt att de distriktssköterskor som genomför besöken erbjuds stöd och kontinuerlig kompetensutveckling i till exempel samtalsmetodik, tidiga tecken på kognitiva funktionsnedsättningar, samhällsinformation med mera.

Arbetsmodellen

I forskningscirkeln har vi vägt samman de erfarenheter som finns från de professionella som arbetat med förebyggande hembesök och hälsosamtal, de äldres erfarenheter och önskemål och tillgänglig vetenskaplig kunskap och formulerat följande modell för hur strategin med förebyggande hembesök skulle kunna verkställas genom att erbjuda hälsosamtal till länets 75-åringar. Modellen består av sex faser, kartläggning, planering, kontakt, genomförande, återkoppling och uppföljning. Nedan presenteras modellen i sin helhet, därefter presenteras de olika faserna mer detaljerat.

Kartläggning	<ul style="list-style-type: none"> • I september varje år inventera antal personer som fyller 75 år det kommande året samt eventuellt identifiera antal personer i kända riskgrupper. • Ej boende på särskilt boende och/eller får omsorg enligt LSS. • Ansvarig för inventeringen är till exempel kommunens biståndshandläggare eventuellt i samarbete med någon av länets FoU miljöer.
Planering	<ul style="list-style-type: none"> • Gemensam planering för kommun och landsting av det kommande årets besök till 75-åringarna inom respektive hälsocentralsområde. • Utförs av berörda distriktssköterskor inom kommunen och respektive hälsocentral hos landstinget eller extern utförare. • Ansvarig enhetschef på hälsocentralen är sammankallande.
Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • Enligt lista från den gemensamma planeringen Gemensamt informationsmaterial och erbjudandebrev, samt frågeformulär (gemensam mall), telefonkontakt. • Distriktssköterska på hälsocentralen erbjuder hälsosamtal till äldre som redan är kända på hälsocentralen. • Distriktssköterskan inom kommunen erbjuder hälsosamtal till övriga.
Genomförande	<ul style="list-style-type: none"> • Ett individuellt hälsosamtal genomförs med tydligt fokus på hälsa/livskvalitet utifrån den äldres behov och situation. • Vissa validerade frågor ska användas för systematisk uppföljning över tiden förslagsvis EQ5D eller Get up and go test. • Hälsosamtal följs upp med telefon eller besök beroende på behov (riskgrupper) senast inom sex månader. • Vid behov utvecklas en individuell plan, med motiverande samtal som central metod.
Återkoppling	<ul style="list-style-type: none"> • Remiss till primärvård respektive kontakt till berörd befattning inom kommunen, med samtycke av senioren. • Kollegial handledning inom den lokala utförargruppen, minst fyra gånger per år (lokala nätverksträffar). • Avstämning av tidsplan för årets planerade hälsosamtal två gånger per år för att identifiera eventuella eftersläpningar (behov av back up).
Uppföljning	<ul style="list-style-type: none"> • Sammanställning av resultatet årligen på respektive kommun/hälsocentral, hemsidan i mars, populärversion. • Föredrag inom respektive förvaltning/motsv två gånger per år resultat och efterlevnad av rutinen. • Sammanställning av information för att mobilisera byalag/frivilligorg/flatajobb/fixare/LOV. • Länsövergripande nätverk för hälsosamtal, minst två gånger per år med samverkansgrupp/andra aktörer/frivilligorganisationer för metodutveckling.

Kartläggning

Kartläggningen ligger till grund för planeringen av vilka och hur många besök som kommer att bli aktuellt det kommande året. Kartläggningen görs därför på hösten och avser de som kommer att fylla 75 år det kommande året. Kartläggningen är särskilt viktig om förtroendevalda beslutat att erbjuda hälsosamtal selektivt till identifierade riskgrupper och inte till alla 75-åringar.

Kommunens biståndshandläggare har en central funktion i planering och uppföljning av beviljade insatser. Därför är det viktigt att de involveras i arbetet med förebyggande hembesök. De har också kunskap om vilka som omfattas av särskilt boende eller får omsorg enligt LSS. Dessa två grupper är exkluderade från verksamheten med förebyggande hembesök, eftersom deras behov förmodas vara väl utredda och tillgodosedda.

Planering

För att betona att förebyggande hembesök är en angelägen och gemensam fråga för både kommun och landsting ska planeringen göras gemensamt inom respektive hälsocentralsområde. Hälsocentralsområdet är ett administrativt lämpligt område för gemensam planering av kommun och landsting.

En viktig faktor för att samarbetet mellan primärvården och kommunen ska bli framgångsrikt är att enhetschefen på hälsocentralen är engagerad i frågan. Därför är det lämpligt att det är enhetschefen på hälsocentralen som är sammankallande till det årliga planeringsmötet för hälsosamtalen.

De distriktssköterskor inom kommunen och hälsocentralen som kommer att ansvara för genomförandet av hälsosamtalen ska också delta i planeringen. Vid detta tillfälle klargörs vilka äldre som kommer att kontaktas av kommunens respektive hälsocentralens distriktssköterska. Resultatet av planeringsmötet är att varje distriktssköterska har en lista med 75-åringar som han/hon ska erbjuda hälsosamtal det kommande året. Fördelat över året kommer det troligen att handla om 10–15 besök och hälsosamtal per distriktssköterska och år.

Kontakt

För att underlätta administrationen kring kontakten kan med fördel ett gemensamt informationsmaterial tas fram. Det gemensamma materialet bör omfatta erbjudandebrev, mapp med informationsmaterial, med möjlighet att komplettera med lokala kontaktuppgifter, frågeformulär etc.

Det brev som skickas till de äldre om erbjudande om hälsosamtal kan ges en gemensam länsprofil för att betona att det är en verksamhet som berör hela regionen.

De äldre får ett personligt brev med information om verksamheten samt möjlighet att tacka ja eller nej. Samtliga förväntas skicka in ett svar om de vill ha ett besök eller inte. Frågeformuläret som de äldre förväntas fylla i bifogas.

De som tackar ja till besök, kontaktas via telefon och tid bokas för besöket. Även de som inte svarar på erbjudandet bör kontaktas per telefon, för ytterligare information.

Genomförande

Syftet med hälsosamtalet är bland annat att förmedla information om tjänster som kan underlätta vardagen. Det omfattar också kravet att kommunen ska ge information om det egna valet och vilka utförare som är godkända i respektive kommun.

Samtalet har ett ömsesidigt syfte för utförare och den äldre. Det vill säga samtalet ska både förmedla kontakt och information om tjänster och aktiviteter som främjar hälsa och som kan underlätta vardagen och ge kunskap om vilka behov som finns hos olika målgrupper som omfattas av offentlig omsorg.

Oavsett vilken åldersgrupp som erbjuds besök innebär det i praktiken att tidiga tecken på funktionsnedsättning är möjliga att identifiera och därmed är det också möjligt att bistå de äldre med individuellt anpassat stöd i hemmet från kommun och primärvård.

Hälsosamtalet måste individanpassas utifrån den äldres situation och behov. Det förutsätter att den som utför samtalet har utbildning och känner sig trygg med samtalsteknik som till exempel motiverande samtal.

De systematiska frågorna är ingen intervjumall, utan ett sätt att få information som är möjlig att sammanställa statistiskt och följa utvecklingen över tid. På sikt kommer detta underlag att bidra till kunskap om 75-åringars behov och syn på sin situation. Därför är det viktigt att de frågor och verktyg som används är noggrant validerade, det vill säga mäter det som avses att mäta. Frågeformuläret bör inte vara för omfattande men fokusera livskvalitet och hälsa. De instrument som kan vara aktuella är EQ5D eller Get up and Go test.

Vi vet att de svåra och mest personliga sakerna tar tid att få fram. Sahlén menar att det tar närmare tre samtal/besök innan den äldre känner sig trygg och vill berätta. Därför måste hälsosamtalet följas upp antingen med nytt besök, telefonsamtal eller på annat sätt beroende på vilka kommunikationsmedel som finns tillgängliga. På vilket sätt uppföljningen sker avgörs i samråd med den äldre. Särskilt viktig är uppföljningen för de personer som identifierats tillhöra någon av riskgrupperna.

Finns det behov bör en individuell plan tas fram som syftar till att motivera den äldre till aktiviteter som innebär att god hälsa kan bibehållas och främjas för

att förhindra behov av kostsamma vårdresurser inom äldreomsorgen. Det kan handla om att våga bryta isolering och till exempel besöka någon av de träffpunkter som finns, öka den fysiska aktiviteten, minska användning av alkohol och tobak, kostomläggning etc.

Informationsmaterial som lämnas till den äldre innehåller idag broschyren Säkerhet i vardagen från Räddningsverket. Jämtlands landsting har i samarbete med Östersunds kommun tagit fram en broschyr ”Stå på dej”. Denna broschyr skulle med fördel kunna användas i hela länet, genom att enkelt förse den med information om länets samtliga kommuner och eventuellt också komplettera med en inbladning med information om vem som är ansvarig för kommunens förebyggande verksamhet.

För att det ska vara möjligt att göra en uppföljning av effekterna av förebyggande hembesök är det viktigt att registrera vilka som erbjuds besök och som tackar ja respektive nej. Därmed skulle det också vara möjligt att utforma en naturlig kontrollgrupp.

Återkoppling

I de fall det framkommer behov som inte är tillgodosedda förmedlas efter samtycke av den äldre en kontakt till berörd myndighet. Det kan vara remiss till primärvård, kontakt till berörd befattning inom kommunen, biståndshandläggare, anhörigkonsulent, arbetsterapeut, sjukgymnast etc.

Kontinuerlig handledning och utbildning är ett måste för de som utför hälsosamtalen. I det sammanhanget kan kollegial handledning inom den lokala utförargruppen vara en möjlighet. Handledningen ska ske minst fyra gånger per år (lokala nätverksträffar).

Två gånger per år gör distriktssköterskorna en avstämning av tidsplan för årets planerade hälsosamtal för att identifiera eventuella eftersläpningar. Vid behov kan det bli aktuellt att omfördela antal besök/hälsosamtal som ska genomföras av var och en. Det kan bli aktuellt om till exempel något oförutsett inträffat som långvarig sjukdom, extraordinär arbetsbelastning etc.

Systematisk uppföljning

En årlig sammanställning av de standardiserade frågorna presenteras på respektive kommuns/ hälsocentrals hemsida i mars året efter genomförda samtal. Sammanställningen är en kortfattad lättläst populärversion av 75-åringarnas hälso- och livssituation. Sammanställningen av informationen från förebyggande hembesök borde kunna göras på ett sätt som är av intresse för planering inom flera områden och intressenter.

Identifierade behov sammanställs kommunvis och förmedlas vidare till olika fasta samverkansforum och berörda aktörer inom kommunen. Att varje kommun har olika förutsättningar bidrar i sig till metodutveckling och lärtillfällen, till exempel i samband med de årliga dialogkonferenserna. Vid dessa tillfällen ges det möjlighet att bättre förstå likheter och skillnader i resultaten.

Ansvarig enhetschef för hälso- och sjukvård presenterar resultat och tillämpningen av den gemensamma rutinen för respektive förvaltning och nämnd/motsvarande två gånger per år.

För att förhindra att förebyggande hembesök blir en strikt fråga för äldreomsorgen är det viktigt att utveckla en medvetenhet inom den kommunala förvaltningen om hur verksamheten med förebyggande hembesöken är en del i förnyelsen av äldrepolitiken, men också griper in i planering av äldreboende och hur äldre medborgare kan säkerställas fullvärdigt deltagande och tillgänglighet i samhällsgemenskapen.

Varje kommun har sin särprägel, vilket är en omständighet som måste få vara eftersom det råder olika sociodemografiska och strukturella förutsättningar. Det handlar inte minst om hur lokala intressenter kan involveras i arbetet med att tillgodose de behov som synliggörs i de förebyggande hembesöken till exempel mobilisering av byalag och frivilligorganisationer.

För kontinuitet i metodutveckling och reflektion av gjorda erfarenheter behövs någon form av länsövergripande organisation. Minst en gång per år (helst två gånger per år) bör det i länet arrangeras länsövergripande dialogkonferens med medverkan av berörda aktörer, förtroendevalda, samverkansgrupp, frivilligorganisationer etc.

Några utvecklingsområden

De utvecklingsområden som identifierats i denna utvärdering som ett villkor för att förebyggande hembesök ska kunna utvecklas till en strategi inom ramen för hälsofrämjande insatser till äldre kan kortfattat formuleras i denna checklista.

Utvecklingsområde	Ja	Nej
Tydligt reglerat i ÄDEL-avtalet mellan kommun och Jämtlands läns landsting samt eventuella andra aktörer med tanke på lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft 1 januari 2010.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastställd och erkänd rutin för tidig kontakt med identifierade riskgrupper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemensam återkommande utbildning för berörd personal inom kommun och landsting som utför hälsosamtalen. Utbildningen kan förslagsvis innehålla hälsovetenskap, samtalsmetodik, gerontologi, informationssökning, lagstiftning, samhällskunskap etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tydlig efterfrågan och uppföljning av resultatet och tillämpning av rutin från förvaltning/nämnd/motsvarande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematisk uppföljning så att det blir möjligt att på ett enkelt sätt följa utvecklingen och effekterna hos de personer som erbjudits samtal över tid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemensamt informationsmaterial används i hela länet, kompletterad med en inbladning med information om vem som är ansvarig för kommunens förebyggande verksamhet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referenser

- Agahi, N., Lagergren, M., Thorslund, M. och Wånell, S-E. (2005) *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar*. En kunskaps sammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Albinsson, A-M. (2002) *Projekt 70 – Uppsökande verksamhet inom Strömsunds kommun*. Slutrapport. Strömsunds kommun.
- Avlund, K. (2008) *Forebyggande insatser for äldremennesker*. Institut for Folkesundhedsvidenskab, Afdelning for Social Medicin. Presentation på Møde i Forebyggelsekommissionen 25 juni.
- Bouman, A., van Rossum, E., Nelemans, P., Kempen, GI och Knipshild, P. (2008) Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. *Bio Medical Center, April 3, Vol 8, sid. 74-*
- Bouman, A., van Rossum, E., Evers, S., Amberger, T., Kempen, G. och Knips-hikld, P (2008) Effects on health care use and associated cost af home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *Journal of Gerontology Association BiolSci Med Sci, Mars, Vol 632, sid 291-298.*
- Clark, J (2001) Preventive home visits to elderly people. Their effectiveness cannot be judged by randomized controlled trials. *British Medical Journal* Vol 323, sid 719
- Corneliuson, C. & Wånell, S-E. (2005) *Hembesök för hälsans skull. En studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre*. Rapport 2005:7 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Dalby, D., Sellors, J., Fraser, F., Fraser, C., Inveld, C & Howard, M. (2000) Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled test. *Canadian Medical Association Journal* Feb 22, 2000; 162 (4).
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D. och Brummel, K. (2001) Effectiveness of home based support for older people: stsmatic review and meta-analysis. *British Medical Journal, Sept 29; 323 sid 719-725.*

- Van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J., P., M., van Rossum, E., de Witte, L., P. och Crebolder, H., F., J., M. (2000) Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medicine Journal*, Vol 320, sid. 654-758.
- Hendriksen, C., Lund, E. och Strömberg, E. (1984) Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. *British Medical Journal*, Vol 289, sid. 1522-1524.
- Jacobsson, I. (2009) *Uppsökande verksamhet Fas 2*. Projektrapport: Stimulansmedel – för insatser inom vård och omsorg för äldre personer. Östersunds kommun.
- Kronborg, C., Vass, M., Lauridson, J. och Avlund, K. (2006) Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly – Economic evaluation alongside randomized controlled studies. *European Journal of Health Economy Vol 7*, sid 238-246.
- Käthner, K. och Malmqvist, B. (2009) *Uppsökande verksamhet ett samarbete mellan Bräcke kommun och Primärvården*. Bräcke: Bräcke kommun.
- Lagergren, M (2010) Framtida behov och ekonomiska möjligheter. *Äldre i centrum*, Nr 1, sid. 13-15.
- Lindh, T. (2008) *Sverige i en åldrande värld – framtidsperspektiv på den demografiska utvecklingen*. Underlagsrapport nr 13 till Globaliseringsrådet. Västerås: Globaliseringsrådet
- Nationalencyklopedin, (Elektronisk källa) Tillgänglig www.ne.se 2010-04-27
- Rikardsson, H. (2009) *Äldreomsorgen i Bergs kommun – En framtida utmaning*. Verksamhetsnämnden Bergs kommun.
- Sahlén, K-G. (2008) Hälsofrämjande insatser för äldre – förebyggande hembesök en strategi med möjligheter. Elektronisk: *Vårdalinstitutets Tematiska rum: Äldres hälsa*. Tillgänglig [www.vardalsinstitutet.net/tematiska rum](http://www.vardalsinstitutet.net/tematiska_rum)
- Sahlén, K-G., Löfgren, C., Hellner, B-M. och Lindholm, L. (2008) Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavia Journal Public Health No 38*, sid 265-271.
- Sahlén, K-G., Dahlgren, L., Hellner, B-M., Stenlund, H. och Lindholm, L. (2006) Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. Elektronisk: *Biomedical Central Public Health*. Tillgänglig www.biomedcentral.com/1471-2458/6/220
- Sahlén, K-G, Löfgren, C. och Lindholm, L. (2005) *En kostnadsnyttoanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling*. Rapport nr A 2005:1 Statens folkhälsoinstitut
- Sahlén, K-G, Löfgren, C. och Lindholm, L. (2004) *En kostnadsanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling*. Epidemiologiska institutionen, Umeå universitet.

- Sahlén, K-G. (2002) *Hälsa-På-projektet. Effekter av förebyggande hembesök hos pigga pensionärer i Nordmaling*. CERUM Working Paper 53:2002. Epidemiologiska institutionen, Umeå universitet.
- Socialstyrelsen (2009) *Stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Redovisning av 2007–2008 års medel*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2002) *Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Folkhälsoinstitut (2008) *Redovisning av uppdraget Äldres Hälsa – En kartläggning av lärande exempel på sociala mötesplatser med fokus på främjande av fysisk aktivitet och goda matvanor, samt förslag till insatser och strategi för spridning i kommuner och landsting/regioner, Del 1 Rapport*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Theander, E. (2002) *Projektrapport Uppsökande verksamhet i Hässleholms kommun*. Projektid 1999-2001. Hässleholm: Hässleholms kommun.
- Wånell, S-E & Karp, A. (2008) *Hembesök för hälsans skull – en modell för det hälsofrämjande arbetet*. Stockholm: Vårdalinstitutet.

Tidigare utgivna rapporter i FoU-Jämmts rapportserie

- 2010:1 Catharina Höijer. Förstärkt stöd till anhöriga som stödjer och hjälper en närstående. Utvärdering av länsprojektet 2007–2009
- 2009:4 Marianne Westring-Nordh. Kartläggning av insatser riktad till personer med missbruks- och beroendeproblematik i Jämtland
- 2009:3 Bodil Evertsson, Elenor Ivarsson och Magnus Zingmark. Jag behöver hjälp med min mat! Vad är behovet?
- 2009:2 Catharina Höijer. Håll i och håll ut. Utvärdering av en aktivitet inom ramen för Kompetensstegen
- 2009:1 Magnus Zingmark. Äldre brukare som söker hjälp för att tvätta sig – En jämförelse av effekter mellan arbetsterapeutiska insatser och hemtjänstinsatser
- 2008:12 Catharina Höijer och Ewa Nordström-Johansson. Samordningsförbundet för psykiskt funktionshindrade i Jämtlands län – Samordning i förändring
- 2008:11 Birgit Eriksson. Hur har det gått? Adoptivbarn och samhällets stöd
- 2008:10 Markku Paanalahti. Kroniska strokepatienters perspektiv på funktionsproblem i ordinärt boende
- 2008:9 Catharina Höijer och Elisabeth Magnusson. Från asylhem till eget hem – ensamkommande asylsökande barn
- 2008:8 Bengt Åkerström och Gunilla Henriksson. Inventering av psykiskt funktionshindrade samt livskvalitetsundersökning i Jämtlands län
- 2008:7 Marianne Westring Nordh och Ingela Bergström. Projekt kommer och går vilka kunskaper är det som består? Utvärdering av Bergs samordningsförbund
- 2008:6 Marianne Westring Nordh. 15 eller 27 extra dagar – gör det någon skillnad? En uppföljningsstudie av 3-3 modellen i Krokom
- 2008:5 Marianne Westring Nordh. Familjekrafts fortsatta utveckling och familjebehandlingens långsiktiga effekter

- 2008:4 Magnus Zingmark. Överlåtelse och kommunikation av rehabiliteringsinsatser i gränslandet mellan Socialtjänstlagen och Hälso- och Sjukvårdslagen
- 2008:3 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att färdas framåt tillsammans!? - Utvärdering av samordningsförbundet i Strömsund
- 2008:2 Marianne Westring Nordh, Ingela Bergström och Jonna Nordh Börresson. Att vara eller hur vara – det är frågan? Utvärdering av samordningsförbundet Östersund
- 2008:1 Catharina Höijer. Socialpsykiatriska teamet i Krokoms kommun – en utvärdering
- 2007:4 Lotta Svensson. Att gå från god vilja till vågad förändring – Utvärdering av Bräcke ungdomsprojekt
- 2007:3 Marianne Westring Nordh och Jonna Nordh Börresson. Mortalitetsrapport för åren 2005 och 2006 Östersunds beroendecentrum
- 2007:2 Marianne Westring Nordh. Utvärdering av Strömsunds familjevårdsteam
- 2007:1 Marianne Westring Nordh. Intensiv, flexibel behandling på hemmaplan -utvärdering av projektet Familjekraft i Krokoms kommun
- 2006:5 Kerstin Andersson-Thorell, Ingrid Christensen, Jonna Nordh Börresson och Marianne Westring Nordh. När och varför gör den kommunala distriktssköterskan tillfälliga hembesök
- 2006:4 Markku Paanalahti. Hemträningens effekt på funktionsförmågan på kroniska strokepatienter i ordinärt boende
- 2006:3 Eva Karlsson, Nils Mårtensson och Anders Säterhag. Kommunikationsutveckling – autism/funktionshinder
- 2006:2 Magnus Zingmark. Utvärdering av handledning inom hemrehabilitering
- 2006:1 Maritha Månsson, Ann Nordholm, Lena Andersson, Annelie Mikaelsson och Ulla Ekman. Vardagsrehabiliteringens roll inom kommunens hemtjänst
- 2005:3 Karin Nykänen och Lena Olofsson. Internationella adoptioner i Jämtland - utveckling av föräldraförberedelser
- 2005:2 Henry Lundmark. Med Dagmars ögon
- 2005:1 Suzanne Göransson. Varför söker inte anhörigvårdare stöd?
- 2004:4 Irène Ahlnäs-Toft. Brukarinflytande i hemvården
- 2004:3 Bengt Åkerström och Ingrid Nilsson. Samhällsstödet till barn och ungdomar med funktionshinder och deras föräldrar i Jämtlands län

- 2004:2 Susanne Olsson. Det är som en extrafamilj
- 2004:1 Elisabeth Carlander-Blom och Ingrid Lund-Bouvin, Kerstin Björkman Randström, Barbro Amrén och Birgitta Borglund. Den kommunala distriktssköterskan
- 2003:1 Bengt Åkerström och Gunilla Westerdahl. Utvärdering av projektet Vårdknuten
- 2002:3 Anna-Lena Näsström. Är jag en sån där anhörigvårdare jag?
- 2002:2 Theres Bergström, Marie Nilsson, Björn Bergvall, Veronica Holmberg och Fredrik Olsson. Äldreomsorg, IFO, LSS & Rehab i Krokoms kommun
- 2002:1 Sven Jonasson. FoU-enhet för socialt arbete och den kommunala hälso- och sjukvården i Jämtlands län. Projektplan

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (FoU Jämt) har haft i uppdrag av Länsgruppen stimulans medel att följa upp verksamheten med förebyggande hembesök i Jämtlands län.

De senaste åren har omfattande försök gjorts runt om i landet med förebyggande hembesök. Verksamheten har bedrivits inom ramen för statliga stimulansmedel i syfte att utveckla äldreomsorgen i kommun och landsting. I Jämtland har sex kommuner i olika omfattning genomfört försök med förebyggande verksamhet. Två kommuner har implementerat åtgärden i ordinarie verksamhet. Någon enhetlig modell för hur förebyggande hembesök kan genomföras saknas liksom vilka effekter åtgärden kan ha för berörda aktörer.

Förutom en redovisning av hur förebyggande hembesök bedrivs och bedrivits i de sex kommunerna ger rapporten svar på frågorna:

- Hur kan förebyggande hembesök organiseras på bästa sätt?
- I vilken åldersgrupp förväntas besöken ha mest nytta?
- Hur fördelas ansvaret mellan kommun och landsting?
- Är verksamheten kostnadseffektiv?

Rapporten innehåller också en modell för hur förebyggande hembesök för hälsosamtal kan genomföras. Rapporten kan användas av ansvariga politiker och tjänstemän som stöd för ett fortsatt lokalt och regionalt utvecklingsarbete inom förebyggande arbete inom äldreomsorgen.

Kommunernas forsknings- och utvecklingsenhet för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård i Jämtlands län