

Förebyggande hembesök

En litteraturstudie om äldre personers möjligheter att bo kvar hemma

FÖRFATTARE	Eva Danieli Anita Thanner
KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng Examensarbete på grundnivå VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margaretha Jerlock
EXAMINATOR	Ingela Heno

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Förebyggande hembesök - En litteraturstudie om äldre personers möjligheter att bo kvar hemma
Titel (engelsk):	Preventive home visits - A literature review of elderly people's opportunities to live at home
Arbetets art:	Självständigt arbete på grundnivå
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Examensarbete i omvårdnad/Omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	17 sidor
Författare:	Eva Danieli Anita Thanner
Handledare:	Margaretha Jerlock
Examinator:	Ingela Henoeh

SAMMANFATTNING (svenska)

Introduktion: Den äldre delen av befolkningen blir allt större. De flesta vill bo kvar hemma så länge som möjligt, och det är även mest kostnadseffektivt ur samhällets synvinkel. Vi ville ta reda på vad förebyggande hembesök kunde innebära för den äldre personens hälsa och välbefinnande. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka om förebyggande hembesök främjar möjligheten att bo kvar i sitt eget hem. *Metod:* Artikelsökningen genomfördes via databaserna CINAHL, PubMed och manuell granskning. Resultaten baseras på 14 vetenskapliga artiklar. *Resultat:* Flera studier visade att det är viktigt att välja rätt målgrupp för hembesöken. De flesta var överens om att man bör satsa på friska äldre personer runt 80 år, de som kan öka eller bibehålla sin fysiska hälsa vinner mest på besöken. Studierna har fokuserat mest på fysisk undersökning, problem, sjukdom och att besökaren följde sitt protokoll utan att notera individuella behov. Detta behöver diskuteras så att fokus flyttas till perspektiv på hälsa och att tillvarata individens resurser. När det gäller utbildningsnivån på utföraren av de förebyggande hembesöken visar det sig vara en fördel att vara utbildad inom såväl hälsa som socialmedicin. Flera studier påpekar vikten av att samarbeta i multidisciplinära team. Två studier har visat att förebyggande hembesök är kostnadseffektivt. Personer som får förebyggande hembesök använder signifikant mindre äldreomsorg, behovet av särskilt boende minskar och chansen till ett självständigt och aktivt liv ökar. I en studie fann man att kvinnornas funktionsnivå påverkades positivt av förebyggande hembesök, medan man inte såg denna effekt på männens funktionsnivå. I de studier där man frågat efter den äldres upplevelse av hembesöken var den alltid övervägande positiv. *Diskussion:* Utan tvekan finns det stöd i litteraturen att utföra förebyggande hembesök. Såväl samhället som individen vinner på att behovet av särskilt boende minskar och att chansen till ett aktivt och självständigt liv ökar.

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Äldres del i befolkningen och befolkningsprognos	1
Äldres hälsa	1
Hälsa	2
Lagstiftning	3
Förebyggande arbete enligt socialdepartementet	3
Erfarenheter från uppsökande hembesök bland äldre	4
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
LITTERATURSÖKNING	6
ANALYS	8
RESULTAT	8
Målgruppen för de förebyggande hembesöken	8
Utformning av besöken	9
Utbildningsnivån på utföraren av de förebyggande hembesöken	10
Kostnadsanalys	11
Genusperspektiv	11
De äldres upplevelse av besöken	11
DISKUSSION	12
METODDISKUSSION	12
RESULTATDISKUSSION	12
REFERENSER	15
BILAGOR	
1 Artikelpresentation	

INTRODUKTION

INLEDNING

I vårt arbete som distriktssköterskor har vi märkt att den äldre personen får allt svårare att hitta rätt i kommunens utbud av tjänster. Utbudet av tjänster är större än någonsin men informationen tycks inte nå ut. Vi tycker oss se att nyblivna aktiva pensionärer tar till sig information och tar del av utbudet. Däremot når inte informationen ut till dem som vi anser skulle behöva den mest. Då tänker vi närmast på den grupp som på grund av hörsel och synnedläggelse i kombination med den snabba tekniska utvecklingen kan få svårigheter. Bara att ta sig fram i en telefonväxel idag, innebär flera hinder som skall passeras. Många av de äldre vi möter, ger upp och får därmed inte den hjälp de behöver. Vi märker också att de äldre drar sig för att besvara sina barn. Samhället idag är oftast uppbyggt så att den arbetsföra delen av befolkningen är upptagen av heltidsarbete, och engagemang i olika fritidsaktiviteter inte minst om man har barn. Då vill den äldre anhörige inte lägga ytterligare sten på bördan. Om fler kunde ta del av kommunens utbud, skulle sannolikt många kunna bo kvar längre hemma. Som det ser ut idag har vi märkt att många äldre inte söker hjälp förrän de redan är nära gränsen för vad man orkar. Speciellt har vi märkt detta när det gäller anhöriga som vårdar sin sjuka make/maka, och skulle ha stor hjälp av anhörigstöd.

Som distriktssköterskor gör vi hembesök, och samarbetar i viss mån med kommunen och kommer då i kontakt med kommunens äldrekonulent. I Göteborgs Stad Centrum har äldrekonulenten arbetat med ett projekt inom förebyggande enheten i äldreomsorgen där hon erbjöd hembesök till personer som var 80 år och äldre. Vid en pratstund gavs råd, stöd och hjälp till andra kontakter inom kommunen, allt efter den enskildes önskemål och behov. I och med detta var vårt intresse väckt och vi blev nyfikna på vad förebyggande hembesök kan innebära för den äldre personens hälsa och välbefinnande.

BAKGRUND

Äldres del i befolkningen och befolkningsprognos

Sveriges befolkning blir allt äldre och medellivslängden ökar. I slutet av 2008 var 21 % 0-17 år, 61 % var 18-64 år och 18 % var 65 år och däröver. Männen är fler till antalet upp till 65 år då det föds fler pojkar, medan kvinnorna är fler från 65 år och uppåt då kvinnorna lever längre än männen. Den förväntade medellivslängden för nyfödda var 2008, 83 år för kvinnor och 79 år för män (SCB, 2008). Prognosen visar på att medellivslängden för kvinnor kommer att öka från 83 år 2008 till 87 år 2060. Männens medellivslängd förväntas öka från 79 år till 85 år under motsvarande period (SCB, 2009). Fruktsamheten förväntas minska från dagens 1,9 barn per kvinna, till 1,8 barn per kvinna. Det medför en ökad tillväxt av äldre till både antal och andel av befolkningen. Idag är 1,6 miljoner (18 %) över 65 år. Om 50 år beräknas antalet över 65 år att vara 2,7 miljoner eller 25 % av befolkningen. Om pensionsåldern då ligger kvar på 65 år är var fjärde person pensionstagare. Att befolkningen blir äldre leder till en ökad försörjningsbörda för den arbetsföra delen av befolkningen i åldrarna 20-64 år. Den arbetsföra delen sörjer för barn, unga och de äldre. Försörjningsbördan för barn och unga går ner och ökar för de äldre. Idag sörjer 100 yrkesaktiva personer för 70 unga och gamla. Om 50 år beräknad 100 yrkesaktiva sörja för 88 unga och gamla. Försörjningsbördan för de unga förväntas vara konstant medan bördan för de äldre ökar. Omkring år 2030 kommer de äldre att "kosta" mer än barn och unga (SCB, 2009).

Äldres hälsa

De flesta som går i pension idag kan se fram emot många relativt friska år och ett fortsatt aktivt liv. Enligt Folkhälsorapporten 2009 från Socialstyrelsen har andelen äldre, som skattar

sitt hälsotillstånd som gott, ökat. Bland kvinnorna är det fram för allt de yngre pensionärerna mellan 65-75 år som uppger ökad hälsa. Detta gäller dock ej kvinnorna över 75 år. Sedan 1990-talet är det en allt mindre andel som skattar sin hälsa som god bland kvinnorna. Andelen äldre med någon allvarlig sjukdom har ökat, medan sjukdomar och besvär som hindrar det dagliga livet har minskat. Det är vanligt med ångslan, oro och sömnbesvär hos äldre, och vanligare bland kvinnor än män. Bland 85 år och äldre besväras var tredje kvinna och närmare var femte man av ångslan oro eller ångest. Kvinnor konsumerar mer psykofarmaka än män, dock begår män fler självmord. En fjärdedel av alla självmord begås av personer över 65 år. I takt med att man blir äldre och får fler sjukdomar och funktionsnedsättningar upplever man hälsan som sämre. De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärtkärlsjukdomar och cancer. Andra vanliga tillstånd är nedsatt rörelseförmåga och värk, nedsatt syn, hörsel, inkontinens, psykisk ohälsa, demens och fallskador(benskörhet), multisjuklighet och hög läkemedelskonsumtion (Socialstyrelsen, 2009).

Varje år drabbas cirka var tredje person över 60 år av en fallolycka och varannan person över 80 år. Hjälpbehoven ökar snabbt efter 80 års ålder. Att klara dagliga aktiviteter (ADL) beror både på den kroppsliga funktionsförmågan och på omgivningsfaktorer. Sysslor som man först behöver hjälp med är städning, matinköp, matlagning och transporter. Dessa kallas instrumentell aktivitet i dagligt liv (I ADL). Svårighet med personlig ADL som till exempel hygien, klädsel, äta och toalettbesök tillkommer vanligen senare. I åldrarna 85 år och däröver behöver 44 % av kvinnorna och 36 % av männen hjälp med sin personliga omvårdnad. Allt fler äldre bor kvar i eget boende högt upp i åldrarna. Antalet platser i särskilda boenden har minskat kraftigt och motsvarar inte antalet behövande. Det är vanligt med hjälp av anhöriga, kvinnorna lever längre och hjälper ofta sin äldre make under hans sista år (Socialstyrelsen, 2009)

Hälsa

Att ha hälsa har i alla tider varit centralt i människors liv. Det finns många uppfattningar och definitioner om vad hälsa innebär. Hälsobegreppet förändras och utvecklas i förhållande till människors livsvillkor. Inom biomedicinen har hälsobegreppet varit avgränsat till frånvaro av kroppslig sjukdom. Sedan andra hälften av 1900-talet har synen på hälsa vidgats och idag ingår funktionsförmåga, coping och den subjektiva upplevelsen i hälsobegreppet. Funktionsförmågan innefattar både kroppslig och själslig funktion och bidrar till människans förmåga att hantera sin livssituation och den sociala aspekten av hälsa. Människan fungerar inte isolerad utan i samspel med den omgivning och i det samhälle hon lever (Jahren Kristoffersen, 2005).

Katie Eriksson, Professor i vårdvetenskap, Åbo Akademi i Vasa (1989) definition av hälsa är ett tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande, men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom. Eriksson menar att hälsa är integration, en helhet där olika system samverkar. Sundhet motsvarar det psykologiska eller mentala systemet, friskhet det biologiska. Välbefinnandet är individens upplevda hälsa. Att de olika delarna av människans väsen är integrerade och i balans, kännetecknar hälsa. Integrationen innebär en upplevelse av att livet är meningsfullt och har ett mål. Eriksson lyfter fram uttrycket ”vi är hälsa” istället för att ”vi har hälsa”. Hon menar att det ställer ett större krav på individen och att man har ansvar för sin egen hälsa och de val man gör. Det innebär också att hälsan är relativ och unik för varje enskild människa. Det beror på i vilken tid och miljö människan befinner sig i, vilken kultur och i vilket samhälle och till vilken kunskap och teori man medvetet eller omedvetet refererar till. Det som är hälsosamt för en människa kanske inte uppfattas som hälsosamt för en annan.

Aaron Antonovsky, Professor i medicinsk sociologi (1991) har valt att identifiera faktorer som verkar hälsofrämjande. Han märkte att vissa människor trots stora påfrestningar kunde upprätthålla hälsa, och blev då nyfiken på att ta reda på orsaken. Han ville vända på frågorna och ville betona det salutogena synsättet som fokuserar på hälsans ursprung. Begreppet kommer från latinska *salus* som betyder hälsa och välfärd och grekiska *genesis* som är födelse eller ursprung. Antonovsky ställer frågan: Vilka faktorer bidrar till att upprätthålla hälsa trots motgång? Svaret samlar Antonovsky i begreppet Känsla av sammanhang, KASAM, som innefattar de tre delarna, begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begripligheten syftar på i vilken grad man upplever omvärlden som gripbar, ordnad sammanhängande och tydlig. Om man har en hög känsla av begriplighet kan man förutsäga och förklara saker som händer omkring sig. Hanterbarhet innebär till vilken grad det står resurser till ens förfogande när man utsätts för stress. Resurser kan vara dels egna förutsättningar och dels andra som finns runtomkring som man kan räkna med och lita på, t ex maka/make, vänner, Gud osv. Om man har en hög känsla av hanterbarhet känner man sig inte som ett offer eller orättvist behandlad, om olyckliga saker händer kan man reda ut det och gå vidare. Meningsfullhet syftar på i vilken utsträckning man känner att livet har en känslomässig innebörd, att man vill investera energi och engagemang är det som livet för med sig. Man söker en mening i de utmaningar man ställs inför. Med utgångspunkt i Erikssons och Antonovskys syn på hälsa avser vi i detta arbete att hälsa för den äldre människan innebär att få leva där man känner trygghet och välbefinnande och som del i ett sammanhang där livet kan kännas meningsfullt.

Lagstiftning

Sjuksköterskan har stöd i både hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och socialtjänstlagen (SFS 2001:453) för att bedriva förebyggande arbete. Hälso- och sjukvårdslagen § 2c anger att:

Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. (Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), SFS 1982:763)

Socialtjänstlagen 5 kap 6 § ger direktiv till kommunen att:

Socialnämnden skall göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område. (Socialstyrelsen, Socialtjänstlagen (SoL), SFS 2001:453)

Förebyggande arbete enligt socialdepartementet

År 2007 beslöt socialdepartementet att ge statligt stöd till kommuner och landsting för att öka antalet förebyggande hembesök. Syftet var att stödja kommuner och landsting med att bland annat förebygga fallskador. De förebyggande hembesöken skulle vara återkommande och till personer 80 år och äldre i ordinärt boende och som inte har insatser från äldreomsorg och hemsjukvård. Socialdepartementet menar att förebyggande insatser såsom förebyggande hembesök medför stora vinster både hälsomässiga och ekonomiska för såväl individen som samhället. De kan motverka uppkomsten av skador och ohälsa. Vidare ger samtalet i hemmet möjligheter att identifiera risker för fallskador, se möjligheter till bostadsanpassning och behov av hjälpmedel samt att se över den äldres läkemedelsanvändning. Hembesöken behöver genomföras regelbundet och återkommande för att få bestående effekter. Kompetens ska finnas från både socialtjänst och hälso- och sjukvården. Socialdepartementet betonar särskilt

vikten av att förebygga fallskador. Att minska risken för fallskador är lönsamt ur både ett samhällsekonomiskt perspektiv såväl som ur ett hälsoperspektiv (Regeringskansliets webbplats, 2007-01-18).

Erfarenheter från uppsökande hembesök bland äldre.

Andelen äldre ökar i samhället (SCB, 2009) samtidigt som vår erfarenhet är att tillgängliga platser i särskilda boenden minskar. Största delen av våra äldre bor kvar i sina hem och så kommer det sannolikt att förbli (Socialstyrelsen, 2009). Det blir då nödvändigt att stödja och underlätta kvarboende.

År 1999 anslogs medel från Nationella handlingsplanen för äldrepolitik en treårig försöksverksamhet med förebyggande hembesök. Man bjöd in kommuner och landsting och 21 olika orter i Sverige beviljades bidrag. Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att leda, följa upp och utvärdera försöksverksamheten. Britt-Marie Hellner, Socialstyrelsens äldreenhet, var projektledare och skrev slutrapporten som kom 2002. Syftet med försöksverksamheten var att samla kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov hos äldre. Utefter detta formulerade sedan varje ort/projekt sina egna mål. Samtliga 21 projekt har genomförts i samarbete mellan kommun och landsting och slutrapporteras. Gemensamt för de olika projekten var att de baserades på regelbundna hembesök till hemmaboende äldre. Besökarna hade både medicinsk och social kompetens. Projekten skiljer sig åt hur man organiserade verksamheten, hur man valde ut målgrupp, antal besök och innehåll. Deltagarna fick information om hur äldreomsorgen fungerar, fick råd om kost och motion, information och hjälpmedel och att förebygga fallskador. Man har också samlat in information om den äldres egen syn på sin hälsa. Försöken med förebyggande hembesök föll väl ut. Såväl deltagande seniorer och personal var nöjda och önskade att verksamheten skulle fortsätta. Hälften av kommunerna som deltog beslöt snabbt att fortsätta med förebyggande hembesök (Hellner, 2002).

Stockholms läns landsting genomförde ett projekt *Hembesök för hälsans skull* 2004 och 2005 för att kartlägga erfarenheter av förebyggande hälsosamtal/hälsokontroller för äldre. Syftet med dessa hälsosamtal/hälsokontroller var att förebygga ohälsa, påverka livsstilsfaktorer och riskfaktorer i den äldres omgivning, samt tidigt upptäcka begynnande sjukdom. Med start 2005/2006 drogs ett projekt igång med förebyggande hälsosamtal. Projektet genomfördes inom ramen av den ordinarie organisationen. Man resonerade så att det då blir enklare att ta tag i de frågeställningar som väcks vid ett hembesök. Distriktssköterskor utbildades och erbjöd hälsosamtal till "sina" 75-åringar inom sitt ansvarsområde. De följde en mall för att enklare kunna utvärdera arbetet. Ett antal andra projekt inom området förebyggande hälsosamtal/hälsokontroll där man gjorde på andra sätt bedrevs också i Stockholm under samma period. Gemensamt för alla var dock att de bedrevs inom ramen för ordinarie distriktssköterskans arbetsuppgifter, som en del av det normala arbetet. Resultatet av kartläggningen presenteras i ett antal överväganden. I frågan om hembesöken ska vara inom en egen organisation, eller vara en del av den ordinarie organisationen kommer man fram till att vårdcentralen är ett naturligt nav för arbetet med hälsosamtal/hälsokontroller. Den profession som man anser är bäst lämpad är distriktssköterskan. Hon har medicinsk och omvårdnadsfärdigheter samt god kännedom om närsamhället och kommunens sociala omsorg. Att erbjuda hälsosamtal i form av förebyggande hembesök anses skapa den trygghet som krävs för att ta upp frågeställningar såsom inkontinens, existentiella frågor mm. I hemmet ges också möjlighet att göra läkemedelsgenomgångar, identifiera risk för fallskador och se behov av bostadsanpassning och hjälpmedel. Man förordar att samtalet har en tydlig struktur och gärna en checklista. Det är svårt att lägga fast en bestämd åldersgräns när förebyggande hembesök bör erbjudas. Åldersgruppen 75 år är vanligt förekommande som

nedre gräns, men hänsyn måste tas till befolkningsstrukturen. Lokalt nätverk och samarbete mellan landsting och kommunens äldreomsorg, föreningsliv och trossamfund mm, är en förutsättning för förebyggande arbete (Cornelius & Wånell, 2005).

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum och Centrum för allmänmedicin(CeFAM), dessa två FoU-organ utformade tillsammans en slutrapport 2007 om försöksverksamheten: *Hembesök för hälsans skull* som beskrivits ovan. Det övergripande målet med slutrapporten är att utveckla en väl fungerande modell för hälsosamtal, analysera hälsosamtal som vårdprocess och att utvärdera effekten av sådana samtal. Här framkommer värdet av förebyggande hembesök förutsatt att de bedrivs på ett strukturerat sätt av utbildad personal och att den äldre erbjuds flera besök. Samtalen måste utformas så att den enskilde tas på allvar och får verktyg att utnyttja sina egna resurser. Eftersom många tidigare projekt har upphört när projektmedlen tagit slut, ville Stockholms läns landsting utveckla en form för förebyggande hembesök med hälsosamtal som kan bli en del av distriktssköterskans ordinarie arbete. Överlag är man mycket positiv till hälsosamtalen i Stockholms läns landsting. De anses meningsfulla och till god nytta. Samtal i hemmiljö har flest fördelar. Vissa effekter av hembesöken går att styrka, till exempel vad gäller den äldres ökade kunskap om kommunens utbud och kunskap om sina läkemedel. Samarbetet med kommunen har ökat i flera av de områden där hälsosamtal genomförts. Distriktssköterskan anses vara den profession som bör anförtros ansvaret att genomföra hälsosamtalen i hemmet och att detta integreras i det dagliga arbetet. Om prioritering måste ske bör ensamboende äldre och äldre med låg utbildning erbjudas hälsosamtal i första hand. Dessa båda grupper löper störst risk att få hälsoproblem. Dessa grupper har dessutom skattat nyttan av hälsosamtalet högst och hade ökat sin kunskap om samhällets utbud mest (Sherman et al, 2007).

Tre stadsdelar i Göteborg deltog under 2008-2009 i projekt *Äldres vardag - planerad trygghet eller akut oro* där de erbjöd totalt 1195 personer förebyggande hembesök. Inom den ena stadsdelen tyckte samtliga som erbjöds, även de som tackade nej till hembesöket, att det var ett bra initiativ från kommunen och var tacksamma att de hade kontaktats. Det visade sig att i samtliga projekt hade samarbetet mellan primärvård och kommun ökat. Med enkel matematik konstaterades att på 566 genomförda besök hade människor fått hjälp med diverse insatser. Om dessa lösningar till insatser medfört att endast tre personer kunnat bo kvar hemma ytterligare ett år vardera istället för att flytta till äldreboende, så är hela kostnaden för de ökade lönekostnader som projektet medförde intjänade. Frågan som tyvärr inte blev besvarad under projektets gång var: Hur kan erfarenheterna av förebyggande hembesök implementeras i den ordinarie organisationen (Nordell K. 2009)

WHO:s europeiska avdelning gjorde 2004 en metastudie (Elkan & Kendrick, 2004) för att sammanställa bevis för hur effektivt det är med uppsökande hembesök/understödjande verksamhet i hemmet för äldre personer. Bakgrunden till att man ville undersöka detta var att den stora majoriteten av äldre vill bo kvar i sina egna hem. Kostnaden för vård på institution är väldigt hög. Det finns således såväl sociala som ekonomiska skäl att förebygga ohälsa och handikapp så att äldre personer kan bo kvar så länge som möjligt hemma. Man fann bevis för att hembesök kan minska dödlighet och förlänga tiden innan behovet av vårdhem infinner sig. En annan gemensam nämnare för effektiva hembesöksprojekt är att det krävs många uppföljande besök som främst riktas till de äldre som fortfarande är friska. Hembesöksprojekt har potential att vara kostnadseffektiva då man tar hänsyn till att kostnaden att driva dem sparas lätt in jämfört med kostsam vård på vårdhem. WHO räknar upp flera områden som måste undersökas närmare:

- Vilken målgrupp av äldre som med störst sannolikhet drar nytta av hembesök
- Kostnaden och nyttan av program inom det befintliga allmänna sjukvårdssystemet
- Det optimala antalet besök och längd på hembesöken

- Effektiviteten av olika professioner och volontärer (Elkan R, Kendrick D, 2004)

PROBLEMFORMULERING

Med en stigande andel äldre i befolkningen behöver fler ges möjlighet att bo kvar i sitt hem. Därför vill vi lära oss av tidigare beskrivna tillvägagångssätt som är användbara att bygga vidare på. En väg att gå är erbjuda förebyggande hembesök. Med förebyggande hembesök avser vi att äldre personer erbjuds hälsosamtal i hemmet, med syfte att förebygga, upptäcka och åtgärda ohälsa, samt befrämja kvarboende.

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka om det finns stöd i litteraturen att förebyggande hembesök främjar möjligheten för äldre att kunna bo kvar i sitt eget hem.

METOD

En manuell granskning av referenslistorna i de rapporter som beskriver projekt i Sverige gjordes (se bakgrund) . Genom att ta del av studier som fanns med i dessa referenslistor erhöles ett första intryck av forskningsområdet och om vilka sökord som använts. För att få en överblick över forskningsområdet gjordes en orienterande litteratursökning i databaserna PubMed och CINAHL. Dessa gav dels svar på att det finns forskningslitteratur om förebyggande hembesök som underlag för studien, dels gav den svar på vilka sökord som skulle vara lämpliga att använda.

LITTERATURSÖKNING

Vid sökningen användes databaserna PubMed och CINAHL.

Inklusionskriterier:

- Artiklar publicerade från 19950101 – 20101130.
- Artiklarna begränsades till research article
- Artiklar skrivna på engelska
- Begränsning i ålder: 65+ years, 80 and over.
- Artiklar som representerar vården i västvärlden; Europa och USA.

I artiklar valda utifrån abstracts valdes medvetet bort artiklar som handlade om redan sjuka personer, artiklar där man ville följa upp efter sjukhusvistelse samt där studien belyser endast ett problemområde t ex fallrisk eller läkemedelsintervention.

Totalt valdes 18 artiklar utifrån abstracts. Fyra artiklar valdes bort. En artikel visade sig vända sig till hemsjukvårdspatienter. I en artikel utfördes ej hembesök. De andra artiklarna valdes bort på grund av osäker statistisk kvalitet. Den ena hade ett stort bortfall i såväl studiegrupp som kontrollgrupp, den andra var en pilotstudie. Efter granskningen kom således 14 artiklar att ingå i studien. Artiklarna är numrerade från 1-14 i artikelöversikten se Bilaga 1. Artiklarna återfinns under rubriken använda artiklar i tabell 1 och 2.

Följande sökord som MESH-termer användes i olika kombinationer (Tabell 1): House calls, home visits, elderly, older people, preventive home visits, experience och satisfaction.

Tabell 1. Översikt artikelsökning i databasen PubMed.

Databas	Sökord	Träffar	Valda utifrån abstracts	Granskade	Använda artiklar
PubMed	House calls	>2000			
PubMed	House calls AND elderly	247			
PubMed	House calls AND elderly AND Preventive health services	54	6	6	4(5,9,11,12)
PubMed	Preventive home visits AND elderly	97	7	7	7(1,3,6,8,10,13,14)
PubMed	Preventive home visits AND older people	32	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	House calls AND elderly AND experience	22	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	House calls AND elderly AND experience AND Preventive health services	3	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	Preventive home visits AND elderly AND experience services	4	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	Preventive Home visits AND older people AND experience	1	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	House calls AND elderly AND satisfaction	34	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	House calls AND elderly AND satisfaction AND Preventive health services	6	0 (inga valda pga dubletter)		
PubMed	Preventive Home visits AND elderly AND satisfaction	11	2	2	1(7)
PubMed	Preventive Home visits AND older people AND satisfaction	5	0 (inga valda pga dubletter)		

Vid sökning i CINAHL användes följande sökord: home visits, aged, preventive health services, health services, experience, satisfaction, preventive health care (Tabell 2).

Tabell 2. Översikt artikelsökning i databasen CINAHL

Databas	Sökord	Träffar	Valda utifrån abstracts	Granskade	Använda artiklar
CINAHL	Home visits	463			
CINAHL	Home visits AND aged	463			
CINAHL	Home visits AND aged AND preventive health services	0			
CINAHL	Home visits AND aged AND preventive health care	11	1 (samt dubletter)	1	1(4)
CINAHL	Home visits AND aged AND Health services for the aged	19	2 (samt dubletter)	2	1(2)
CINAHL	Home visits AND aged AND experience	40	0 (inga valda pga dubletter)		
CINAHL	Home visits AND aged AND satisfaction	60	0 (inga valda pga dubletter)		

ANALYS

Artiklarna analyserades enligt den metod som Friberg (2006) framhåller vid genomförande av en litteraturoversikt. Vid litteratursökningen lästes samtliga sammanfattningar i sin helhet och de studier som inte var relevanta utifrån syftet exkluderades. Lämpliga artiklar identifierades och kvalitetsgranskades med hjälp av de frågor för granskning som Friberg föreslår. De studier som höll god kvalitet och som överensstämde med syftet inkluderades i studien. De inkluderade studierna lästes igenom flera gånger av båda författarna för att ge en känsla om vad de handlade om. Fokus riktades sedan mot studiernas resultat. Under analysen gjordes anteckningar för att identifiera essensen i resultatet samt att hitta likheter och skillnader. Under arbetets gång visade det sig snart att vissa områden och aspekter återkom. Dessa aspekter och områden sorterades och sammanställdes under lämpliga teman.

RESULTAT

Litteraturstudien är en sammanställning av 14 granskade artiklar. Se bilaga 1. Resultatet presenteras utifrån sex teman. Dessa teman utgör de faktorer som påverkar möjligheten för äldre att kunna bo kvar i sitt eget hem:

- Målgruppen för de förebyggande hembesöken
- Utformning av besöken
- Utbildningsnivån på utföraren av de förebyggande hembesöken
- Kostnadsanalys
- Genusperspektiv
- De äldres upplevelse av besöken

Målgruppen för de förebyggande hembesöken.

I flera studier kommer man fram till att hembesöken har störst effekt när de erbjuds till friska äldre. I studien av Stuck et al. (2000) har man jämfört målgrupperna friska äldre och äldre med hög risk för försämrad funktions och hälsostatus, 75 år och äldre. Utifrån sex olika kriterier indelades deltagarna i grupper baserade på framtida risken att hamna på äldreboende. Efter tre år vid avslutad intervention tittade man bland annat på hur mycket hjälp målgrupperna behövde vad gäller ADL (personlig hygien, äta, förflyttning från säng till stol och förflyttning inomhus och IADL (matlagning, hushållsekonomi, hantera läkemedel, handla, använda kommunikationer eller köra bil och använda telefon). I gruppen friska äldre fann man positiva effekter på såväl ADL som i IADL-nivå samt en minskad risk att komma till äldreboende. Däremot i gruppen med hög risk för försämrat funktions- och hälsostatus såg man ingen förändring på ADL funktionerna och till och med en ökad risk att hamna på äldreboende. Även Dalby et al. (2000) undersöker effekten av förebyggande hembesök till sköra äldre och fann ingen skillnad i grupperna av de som fick förebyggande hembesök och kontrollgruppen som utgjordes av de som fick ordinarie omsorg. Här påpekas dock att underlaget är i minsta laget för att dra allt för stora slutsatser, och att uppföljningstiden gärna bör vara längre än de 14 månader som studien omfattar. Sahlen et al. (2006) framhåller i sin studie att det förfaller vara den ”friska äldre” befolkningen som har bästa nytta av förebyggande hembesök. I den studien ville man titta närmare på hur utfallet blev inom en svensk kontext och valde baserat på tidigare erfarenhet av studier att vända sig till den ”friska äldre” befolkningen.

Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, Riis. (2007) menar att den mest lämpliga målgruppen är personer över 80 år. Han påpekar dock att det är viktigt att vara flexibel och ta hänsyn till etnicitet där åldrandet kan starta tidigare. Friska äldre som kan behålla eller öka sin fysiska hälsa vinner mest på besöken. Tidiga sjukdomstecken skall leda till hjälp fort. Enligt Vass ersätter inte förebyggande hembesök kvalificerad vård av äldre men de minskar behovet av särskilt boende och ökar chansen till ett aktivt och självständigt liv. Det är viktigt att tidigt bli lotsad till rätt instans för att man skall se de goda effekterna.

I Nederländerna gjorde Bouman et al. (2008) en studie på grund av att man tidigare fått fram så olika resultat angående vilken målgrupp som har störst nytta av förebyggande hembesök. Syftet var att ta reda på vilken grupp man skulle satsa på. I studien valdes då att närmare undersöka utfallet när förebyggande hembesök gavs till en grupp med nedsatt hälsostatus. Man såg ingen effekt i dödlighet, inläggning på sjukhem eller förhindrande av nedsatt funktion jämfört med kontrollgruppen. Således talade inget för att det fanns anledning med förebyggande hembesök till personer med redan nedsatt hälsa.

I Danmark är preventiva hembesök till äldre lagstadgat sedan 1996, kommunerna skall erbjuda två hembesök per år till alla invånare över 75 år och som ej har sjukvård sedan tidigare. I en studie av Vass, Avlund, Hendriksen. (2007) fokuserade man på att jämföra de som valde att delta och de som avböjde att delta i en prospektiv treårig interventionsstudie om preventiva hembesök. Studien prövades och godkändes av en etisk kommitté. Syftet var att jämföra dödlighet och intagning till sjukhem hos äldre som accepterade alternativt avböjde att delta i studien. Syftet var också att beskriva och definiera undergrupper bland de som valde att ej delta. Resultatet visade att de som valde att ej delta hade en högre dödlighet och i högre grad var intagna på sjukhem. Undergruppen bland icke-deltagarna som beskrev sig själva "för sjuk" för att delta och personer "ej gått att nå" hade en signifikant högre mortalitet och risk för intagning på sjukhem än de som deltog. De icke-deltagare som angav "för frisk" eller "annat skäl att tacka nej" skiljde sig inte från de som deltog, denna grupp av icke-deltagare var en liten grupp jämfört med de som ansåg sig för sjuka eller ej gick att nå via telefon eller brev. Författarna uppger att det finns olika skäl till att personer ej går att nå och att detta är en blandad grupp. Denna studie visar på att personer som avböjde preventiva hembesök hade en signifikant högre dödlighet och intagning till sjukhem. Det stödjer påståendet att det finns behov som ej tillgodoses men författarna menar att preventiva hembesök inte får påtvingas den äldre populationen och man måste acceptera att psykologiska, lokala socioekonomiska och kulturella faktorer gör det svårt att nå hela befolkningen.

Jagger et al. (1996) gjorde en studie i England, där man också valde att titta på den gruppen som tackade nej till förebyggande hembesök. Man var rädd att den förhållandevis stora gruppen på närmare 50 % som tackade nej bestod av personer med behov som ej blivit tillgodosedda. Resultatet blev dock att de personer som tackade nej, var ungefär lika sjuka, men upplevde inte själva att de var det. De hade också i regel mindre kontakt med sin läkare, än de som tackade ja till förebyggande hembesök.

Utformning av besöken

Vass et al. (2004) undersökte vilken betydelse utformningen av besöken hade. Han jämförde om man såg någon skillnad om distriktssköterskorna som utförde de förebyggande hembesöken utbildades i att använda ett speciellt framtaget geriatriskt bedömningsformulär, och att de dessutom hade ett i förväg bestämt samarbete med deltagarnas husläkare. Han fann

att en kortfattad, okomplicerad och genomförbar utbildning som riktar sig mot utföraren av förebyggande hembesök gav genomslag på de kvinnliga deltagarnas funktionsförmåga. Samma genomslag kunde inte påvisas på männens funktionsnivå. Sahlen et al. (2006) påpekar vikten av att använda strukturerade förebyggande hembesök för att bland annat säkerställa att det blir så likvärdig information som möjligt till den äldre och för att möjliggöra uppföljning.

Kronborg et al. (2006) gjorde en stor undersökning i 34 kommuner i Danmark. I hälften av kommunerna fick personalen som utförde hembesöken en utbildning i geriatrisk vård där man fokuserade på att upptäcka tidiga tecken på funktionsnedsättning och fysisk aktivitet. Resterande hälft erbjöds förebyggande hembesök enligt traditionell modell. Dock fann man ingen skillnad i grupperna då man mätte aktiva levnadsår. I en av de tidiga studierna, Alessi et al. (1997), användes ett geriatriskt omfattande bedömningsunderlag där man tittade på den medicinska, funktionella, mentala hälsan och sociala miljön. Studien pågick under tre år och utfördes av geriatriskt utbildade sjuksköterskor. Kontinuerlig uppföljning utfördes varje kvartal. Det man kom fram till var att det var värdefullt för att man hittade så många stora avvikelser inom samtliga undersökta områden, störst andel problem identifierades inom det medicinska området. Författarna menar att man måste göra ytterligare studier för att kunna dra slutsatser av betydelsen att man fann så många problem.

I en litteraturstudie av Fagerström et al. (2009) ville man dels utvärdera hälsoeffekten av preventiva hembesök genom att analysera utförda aktiviteter under besöket, dels kritiskt granska om det finns ett individuellt hälsoperspektiv som tar tillvara den äldres resurser. Av 18 inkluderade artiklar i studien hade 13 ett individuellt perspektiv. Däremot var fokus på sjukdom överraskande högt och i 10 av 18 studier saknades ett hälsoperspektiv som tog tillvara den äldres resurser. Sättet som besökaren verkade arbeta på var att strikt följa ett protokoll utan att notera individuella behov. Trots detta visar studien att förebyggande hembesök har en positiv effekt på äldres hälsa och välbefinnande. Författarna menar att denna form av omsorg måste utvecklas mot ett hälsoresurs-perspektiv och att startpunkten vid varje hembesök är den äldre personens individuella behov och önskningar. Denna systematiska granskning av tidigare studier använder ej den traditionella statistiska dataanalysen som metod utan syftet var att inkludera studier med olika metoder. Det anmärkningsvärda resultatet var att av 18 utvalda artiklar fann man endast en kvalitativ studie. Författarna konstaterar i sin diskussion att förebyggande hembesök de senaste 20 åren varit alltför fokuserade på fysisk undersökning, problem och sjukdom. Detta behöver diskuteras och förhoppningsvis kan fokus flyttas till perspektiv på hälsa och resurser.

Utbildningsnivån på utföraren av de förebyggande hembesöken

I studien av Stuck et al. (2000) utsågs tre sjuksköterskor vidareutbildade i folkhälsa att utföra hembesöken. De fick utbildning inom fysisk bedömning och geriatrik. De fick också utbildning i utförandet av förebyggande hembesök före och under studiens gång. I studierna av såväl Stuck et al. (2000) som Dalby et al. (2000) framkommer att de grupper som får förebyggande hembesök utförda av sjuksköterska blir i högre grad vaccinerade mot influensa och pneumokocker. Sahlen et al. (2006) framhåller vikten av att använda sig av välutbildad personal samt att arbeta strukturerat. Den aktuella studien utfördes av en sjuksköterska och en vårdchef (care manager) som kontinuerligt utbytte erfarenhet och kunskap kring hembesöken för att överbrygga att man kom från två olika "kulturer" och för att de äldre skulle få likvärdig information och råd.

Enligt Vass et al. (2007, nr 13 i artikelpresentationen) är det viktigt att den som utför förebyggande hembesök är utbildad inom såväl hälsa som socialmedicin och har personlig mognad. Han framhåller också vikten av nära samarbete med multidisciplinära team det vill säga samarbete mellan läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast och geriatriker. Även om det är viktigt med läkemedelsgenomgång är det väldigt viktigt att fokusera på att den äldre får hjälp att hitta sin inre förmåga. Motiverande samtalsteknik (MI) förespråkas.

Bouman et al. (2008) påtalar utbildningsnivån på utföraren. En möjlig förklaring till att man ej fick fram ett mer positivt resultat i sin studie var att hemsjuksköterskor (home nurses) användes istället för distriktssköterskor (public health nurse). Det är möjligt att utbildningsnivån hos utföraren var otillräcklig att ta hand om de komplexa problem som äldre människor har. Theander et al. (2005) fick i sin svenska studie fram när de frågade de äldre som fått förebyggande hembesök, att den sak de uppskattade mest var att utförarna var professionella.

Kostnadsanalys

Kronborg et al. (2006) fann i sin kostnadsanalys i Danmark ingen skillnad i den totala kostnaden mellan studiegruppen och kontrollgruppen oavsett utbildningsnivå och utförande av de förebyggande hembesöken. I Sverige har Sahlén et al. (2008) gjort en liknande studie där han kommer fram till att förebyggande hembesök är kostnadseffektivt trots ökade kostnader initialt. Människor lever längre men är friskare en längre tid. Positiva hälsokonsekvenser ger lägre kostnader på sikt. Det beror på hur man räknar i det långa och i det korta perspektivet. En del av de ökade kostnaderna var t ex en ökad influensavaccinering medan kostnader för akutbesök hos distriktsläkare minskade. Kostnaden kan försvaras på grund av att man får ökad livslängd. Sahlén menar att vinsterna med förebyggande hembesök är ett exempel på en "vinna-vinna"-situation eftersom besparingarna är större än kostnaderna och hälsokonsekvenserna är positiva. Det man sparar på är framför allt att personerna som ingick i studiegruppen använde signifikant mindre äldreomsorg.

Genusperspektiv

Vass et al. (2004) tittade också i sin studie just på om man kunde se någon skillnad ur genusperspektiv. Det han fann var att kvinnornas funktionsnivå påverkades positivt av att ta emot förebyggande hembesök, medan man inte såg denna effekt på männens funktionsnivå. Han tar också upp aspekten att förebyggande hembesök utförs enbart av kvinnor och att det kan leda till skillnader i givandet och mottagandet av det förebyggande budskapet. Eftersom det inte fanns några manliga utförare, kunde man inte påvisa den eventuellt förekommande skillnaden.

I en studie gjord i Danmark av Lund et al. (2010) ville man undersöka om det förelåg en ökad risk av funktionsnedsättning hos äldre personer som levde ensamma. Kunde detta påverkas av antingen hög social tillhörighet eller att man var nöjd med sina sociala relationer? Bland annat visade resultatet på att det förelåg en könsskillnad. Män som lever ensamma kan öka sin chans att undgå funktionsnedsättning genom högre social tillhörighet eller att ha tillgång till tillfredställande sociala relationer. Kvinnor verkar däremot inte vara lika känsliga för effekten av att leva ensamma men att både leva ensam och dessutom inte vara tillfreds med sina sociala relationer gav också en ökad risk för funktionsnedsättning.

De äldres upplevelse av besöken

Sahlen et al. (2006) framhåller i sin diskussion att många av de äldre beskrev att de

förebyggande hembesöken gav dem en känsla av säkerhet, de kände sig utvalda och viktiga. Vilket i sin tur gav dem en förbättrad självskattad hälsa under perioden besöken utfördes. Theander et al. (2005) fick i sin studie fram att de äldre som fått förebyggande hembesök kände sig mer säkra och välinformerade. Vidare sa de äldre att det hade en positiv påverkan på deras känsla av säkerhet och självkänsla. Deltagarna påpekade också hur viktigt det var för dem att bli hörda. Sammanfattningsvis beskrev de det som mycket positivt att få fokusera på förebyggande och hälsofrämjande delar av livet, istället för de ohälsosamma delarna.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Den valda metoden för denna litteraturstudie visade sig fungera för att hitta artiklar som belyste studiens syfte. Texterna speglade väl de områden som valts att undersöka. Med hjälp av begränsningarna i sök ord hittades en hanterbar mängd aktuella artiklar. De flesta artiklar härrör från länder där förebyggande hembesök är politiskt förankrade. Analysen av artiklarna innebär att den stor mängd data och resultat ska tas i beaktande, studierna har ofta flera och olika infallsvinklar där de till en del stämmer överens med syfte denna studie. Analysen har därför präglats av stringens och endast resultat som speglar syftet har valts ut. På det sättet visar det sig att visa teman återkom och det var därefter inte svårt att bilda de teman som resultatet presenterats på.

Anledningen till att olika sökord har använts i PubMed och CINAHL är att de svenska sökorden översattes olika i Svensk MESH och i CINAHL headings. Vid litteratursökningen hittades inga kvalitativa studier. Detta trots att sökningen utökades med sökorden "experience" och "satisfaction" och därefter kombinerades med varje tidigare använt sökord. Kvalitativa studier som kom upp med hjälp av dessa sökord handlade oftast om hemsjukvård alternativt akuta sjukbesök i hemmet och valdes därför bort enligt urvalskriterierna.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet av denna litteraturstudie finner vi stöd för att förebyggande hembesök främjar kvarboende. Detta beskriver bland annat Sahlen et al. (2008) i sin studie där man kommer fram till att deltagarna i studien använde signifikant mindre äldreomsorg. Även Vass et al. (2007, nr 13 i artikelpresentationen) kommer fram till att förebyggande hembesök minskar behovet av särskilt boende och inte minst ökades chansen till ett aktivt och självständigt liv. Enligt Elkan och Kendrick (2004) är ett av de områden som behöver undersökas närmare vilken målgrupp som har störst nytta av förebyggande hembesök. Såväl Stuck et al. (2000) som Dalby et al. (2000) men även Sahlen et al. (2006) och Bouman et al. (2008) är överens om att den gruppen som har mest nytta av förebyggande hembesök är de som ännu inte hunnit få funktionsnedsättning. Vass et al. (2007) är lite mer specifik och menar att omkring 80-åringar är en bra målgrupp. Han menar dock att man måste vara flexibel och ta hänsyn till etnicitet där åldrandet kan starta tidigare. Han säger att friska äldre som kan behålla eller till och med öka sin fysiska hälsa är de som vinner mest på förebyggande hembesök. Kunskap om vad som ger äldre personer med nedsatt egenvårdsförmåga högre livs-tillfredsställelse är viktigt speciellt för de äldre själva och omsorgspersonalen men också för politiker. Författarna anser att preventiva hembesök till äldre är ett sätt att fånga upp äldres behov av stöd. De betonar vikten av att belysa att dålig ekonomi har en stor inverkan på människors tillfredsställelse med livet. Borg et al. (2006) har undersökt tillfredsställelsen med livet hos personer över 65 år och med reducerad egenvårdskapacitet. Att skatta sin hälsa lågt och ha dåliga ekonomiska resurser i förhållande till sina behov hade störst inverkan på

tillfredsställelsen med livet. Kön och levnadsförhållanden påverkade däremot inte. Signifikant viktiga faktorer för tillfredsställelsen med livet var också ensamhet, graden av den reducerade egenvårdskapaciteten och att känna oro.

Kostnaden och nyttan av program med förebyggande hembesök inom det befintliga allmänna sjukvårdssystemet var ett annat område som behöver undersökas vidare (Elkan & Kendrick, 2004). I vår litteraturgenomgång fick man motstridiga resultat när det gäller kostnader från Danmark och Sverige (Kronborg et al. 2006; Sahlén et al. 2008). I bakgrunden kan man läsa om Socialdepartementets syn på förebyggande hembesök. Där kommer de fram till ungefär detsamma som ovanstående och därför avsatte man medel 2007 till kommuner och landsting för att utöka de förebyggande hembesöken och ha fokus på fallprevention och läkemedelgenomgångar. Dessa pengar utmynnade i många intressanta projekt runtom i vårt land, som tyvärr avslutats när pengarna tagit slut. Socialdepartementet betonar att det är viktigt att det finns kompetens från både socialtjänst och hälso- och sjukvården vid utförandet av förebyggande hembesök. Ädelreformen som genomfördes 1992 innebar att kommunerna tog över ansvar inom vård och omsorg (exklusive läkarinsatser) som tidigare legat på landstinget (Sveriges Riksdag, 1992). I och med det delade huvudmannskapet uppstod många problem som man än idag försöker rätta till. Distriktssköterskans kompetens inom såväl det medicinska som socialmedicinska arbetsområdet ger henne en unik position att vara den sammanhållande länken. Denna funktion menar vi fanns och nu får man uppfinna hjulet igen! Vi upplever att patienter bollas mellan huvudmännen och ständiga diskussioner uppstår om var patienten hör hemma istället för att tyngdpunkten ligger på att ge god vård.

Ett annat område som Elkan och Kendrick (2004) anser behöver undersökas vidare är effektiviteten av olika professioner. I vår litteraturgenomgång framkom att det var viktigt att hembesöken utfördes av välutbildad personal (Stuck et al. 2000; Sahlén et al. 2006; Vass et al. 2007). Ett starkt vägande skäl att använda distriktssköterskans unika kompetens vid förebyggande arbete är att hon vid det förebyggande hembesöket kan identifiera risker för fallskador och se över den äldres läkemedelsanvändning. Fallskador utgör ett stort lidande för den enskilde individen och stora ekonomiska utgifter för samhället. Vissa läkemedel hänger direkt ihop med en ökad risk för fallskador. I rapporten *God vård av de äldsta i Göteborgsregionen* (2010) kan man läsa om läkemedelsrelaterade problem såsom fallskador.

Om samtliga kommuner inom nämndernas områden hade legat på frekvensen 29 fallskador per 1000 invånare 80 år och äldre (som är bästa värde för en kommun i Sverige), hade cirka 1 100 vårdtillfällen i slutenvård kunnat undvikas. Kostnaderna för sjukhusvården har inte bedömts. Inte heller kostnader för ökad vårdtyngd i den kommunala äldreomsorgen eller kostnader för livskvalitetsförluster för de drabbade individerna har bedömts. (Hautanen N, Östberg G. 2010)

I hela riket använder äldre över 80 år i genomsnitt 5 läkemedel per person. Polyfarmaci definieras som användning av mer än fem eller flera läkemedel. Användningen av 10 eller fler läkemedel har i vissa studier kallats "excessive polypharmacy". I Göteborgsregionen är frekvensen av excessive polyfarmaci besvärande hög. Utan den övergripande bilden ökar risken för att nya läkemedel läggs till de tidigare förskrivna, risken för interaktion och biverkningar är stor. I gruppen äldre med ApoDos (apoteksdoserade läkemedel) har 27 % tio eller fler läkemedel jämfört med 7,3 % för dem med receptexpedierade läkemedel. En distriktssköterska som regelbundet kommer hem till den äldre och fyller på dosetten kan identifiera risker med läkemedelsanvändningen.

Det finns en diskussion om att ApoDos expediering, som har betydande fördelar för vissa patientgrupper, riskerar att leda till att nya läkemedel läggs till medicineringen, utan att den samlade användningen revideras. (Hautanen N, Östberg G. 2010)

Vi ser framför oss en Familjecentral där ÄVC=Äldrevårdscentral är en del såsom BVC=Barnvårdscentral är idag. Här finns också biståndsbedömare och gärna en träffpunkt, jämför öppen förskola. På ÄVC arbetar distriktssköterskor eller geriatriskt utbildade sjuksköterskor. Inom ramen för deras uppdrag ligger förebyggande hembesök, men även ett tätt samarbete med geriatriker, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Tonvikten ska ligga på den förebyggande och stödjande funktionen, och ett nära samarbete med socialtjänsten.

Eftersom samhället har begränsade resurser är det viktigt att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi har upptäckt ett behov av kvalitativa studier inom området. För framtida studier om preventiva hembesök till äldre behöver den kvantitativa forskningen kompletteras med kvalitativa studier som fokuserar på individens behov och egenvårdsresurser.

REFERENSER

- Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhas KE, Bula CJ, Madison R, Gold M, Segal-Gidan F, Fanello R, Rubenstein LZ, Beck JC. *The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment*. Journal of American Geriatrics Society 1997 Sep;45(9):1044-50.
- Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur; 1991.
- Borg C, Hallberg IR, Blomqvist K. *Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects*. Journal of Clinical Nursing 2006 May; 15(5):607-18.
- Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P. *Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands*. Journal of the American Geriatrics Society 2008 Mar;56(3):397-404.
- Cornelius C, Wånell SE. *Hembesök för hälsans skull: en studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:7; 2005.
- Dalby DM, Sellors JW, Fraser FD, Fraser C, van Ineveld C, Howard M. *Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial*. Canadian Medical Association Journal 2000 Feb 22;162(4):497-500.
- Elkan R, Kendrick D. *What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; 2004. http://www.euro.who.int_data/assets/pdf_file/0005/74696/E83105.pdf (besöktes senast 101225)
- Eriksson K. *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1989.
- Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J. *An integrative research review of preventive home visits among older people—is an individual health resource perspective a vision or a reality?* Scandinavian Journal of Caring Sciences 2009 Sep;23(3):558-68.
- Hautanen N, Östberg G. *God vård av de äldsta i göteborgsregionen – några förbättringsområden*. Uppföljningsrapport, Västra Götalandsregionen, 2010.
- Hellner BM. *Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre*. Rapport, Socialstyrelsens äldreenhet; 2002.
- Jagger C, Clarke M, O’Shea C, Gannon M. *Annual visits to patients over the age of 75—who is missed?* Family Practice 1996 Feb; 13(1):22-7.
- Jahren Kristoffersen N, Nordtvedt F, Skaug E-A. *Grundläggande omvårdnad. Del 1*. Stockholm: Liber; 2005.

Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K. *Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study*. European Journal of Health Economics 2006 Dec;7(4):238-46.

Lund R, Nilsson CJ, Avlund K. *Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women*. Age and Ageing 2010;39: 319-326.

Nordell K. *Äldres vardag – planerad trygghet eller akut oro. Förebyggande hembesök i Centrum, Linnéstaden och Tuve-Säve*. Rapport FoU i Väst; 2009.

Regeringskansliets webbplats. *Regeringens satsning på vård och omsorg om äldre. Förebyggande arbete*. Regeringsbeslut nr 6: 2007-01-18.
<http://www.regeringen.se/sb/d/8637/a75467> (besöktes senast 101225)

Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L. *Preventive home visits postpone mortality—a controlled trial with time-limited results*. BMC Public Health 2006 Aug 31;6:220.

Sahlén KG, Löfgren C, Hellner BM, Lindholm L. *Preventive home visits to older people are cost-effective*. Scandinavian Journal of Public Health 2008 May;36(3):265-71.

Sherman H, Söderhielm Blid S, Törnkvist L, Karp A, Wånell S E. *Förebyggande hembesök till äldre, en modell för det hälsofrämjande arbetet*. Rapport CeFam och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2007:20.

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2009*.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71> (besöktes senast 101225)

Socialstyrelsen. *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), SFS 1982:763*.
[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvårdslagen\(hsl\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/halso-ochsjukvårdslagen(hsl))
(besöktes senast 101225)

Socialstyrelsen. *Socialtjänstlagen(SoL), SFS 2001:453*.
[http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/socialtjanstlagen\(sol\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/socialtjanstlagen(sol)) (besöktes senast 101225)

Statistiska Centralbyrån (SCB), Demografiska rapporter2009:1, *Sveriges framtida befolkning 2009-2060*.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0401_2009I60_BR_BE51BR0901.pdf (besöktes senast 101225)

Statistiska centralbyrån (SCB), *Beskrivning av Sveriges befolkning 2008*.
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0101_2008A01_BR_BE0109TEXT.pdf (besökt senast 101225)

Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillman G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC. *A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission*. Archives of Internal Medicine 2000;160:977-986.

Sveriges Riksdag, *Proposition 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.* <http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=37&dokid=GE0314>(besöktes senast 110411)

Theander E, Edberg AK. *Preventive home visits to older people in Southern Sweden.* Scandinavian Journal of Public Health. 2005;33(5):392-400.

Vass M, Avlund K, Hendriksen C. *Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants.* Scandinavian Journal of Public Health 2007;35(4):410-7.

Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. *Preventive home visits to older people in Denmark—why, how, by whom, and when?* Zeitung Gerontol Geriatr. 2007 Aug;40(4):209-16.

Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N. *Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial.* Scandinavian Journal of Primary Health Care 2004 Jun;22(2):106-11.

ARTIKELPRESENTATION

NR 1.

Författare:	Alessi CA, Stuck AE, Aronow HU, Yuhas KE, Bula CJ, Madison R, Gold M, Segal-Gidan F, Fanello R, Rubenstein LZ, Beck JC.
Titel:	The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment.
Tidskrift:	Journal of American Geriatrics Society
År:	1997
Land:	USA
Syfte:	Att kartlägga medicinsk, funktionell, mental och social status samt boendemiljö vid användandet av ett geriatriskt bedömningsinstrument vid hembesök samt att undersöka effekten om instrumentet upprepas under en treårsperiod.
Metod:	Randomiserad, kontrollerad studie. Enligt instrumentet identifierades specifika problem och man gav hälso-rekommendationer till deltagarna i interventionsgruppen med uppföljning och upprepning av rekommendationerna var tredje månad.
Urval:	Hemmaboende kommuninvånare 75 år och äldre, 414 personer, delades in i en interventionsgrupp, 215 personer, och en kontrollgrupp, 199 personer.
Resultat:	Huvudsakliga problem identifierades inom samtliga områden: medicinskt, funktionellt, mentala, sociala och boendemässiga. De vanligaste problemen var av medicinsk karaktär. Under första året identifierades att 76,7% av deltagarna i interventionsgruppen hade minst ett huvudproblem som tidigare var okänt eller otillräckligt behandlat. Hos en tredjedel av deltagarna identifierades ytterligare problem under andra och tredje året.

NR 2.

Författare:	Bouman A, van Rossum E, Ambergen T, Kempen G, Knipschild P.
Titel:	Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in The Netherlands.
Tidskrift:	Journal of the American Geriatrics Society.
År:	2008
Land:	Nederländerna
Syfte:	Att utvärdera effekten av ett hembesöksprogram med hälsorelaterade mätvärden hos en grupp äldre personer med nedsatt hälsostatus.
Metod:	Randomiserad, kontrollerad studie. Interventionsgruppen fick 8 hembesök med telefonuppföljning under en 18-månadersperiod. Man mätte självskattad hälsa, funktionsstatus, livskvalitet och förändringar av självskattade problem.
Urval:	Till 5 000 kommun-innevånare i Nederländerna i åldern 70 – 84 år utgick ett frågeformulär. Personer som rapporterade att deras hälsotillstånd var medelbra till bra samt de personer som redan

hade hemsjukvård regelbundet eller stod på väntelista till sjukhem valdes bort. Efter urvalsprocessen valdes 330 deltagare ut och randomiserades till en interventionsgrupp, 160 personer, eller till en kontrollgrupp, 170 personer.

Resultat: Man fann ingen skillnad mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Hembesöksprogrammet kunde inte påvisa att det finns anledning med förebyggande hembesök till personer med redan nedsatt hälsa.

NR 3.

Författare: Dalby MD, Sellors JW, Fraser FD, van Ineveld C, Howard M.
Titel: Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial.
Tidskrift: Canadian Medical Association Journal
År: 2000
Land: Canada
Syfte: Att undersöka betydelsen av förebyggande hembesök utförda av sjuksköterskor till sköra äldre jämfört med de som fick ordinarie omsorg.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie. Interventionsgruppen fick hembesök och en vårdplan utarbetades tillsammans med husläkaren, patienten, familjen och vårdgivare. Interventionerna varade i 14 månader.
Urval: Frågeformulär för att identifiera målgruppen: personer 70 år och äldre i riskzonen för att försämma sin hälsa. Frågeformulär skickades till 415 äldre, 369 svarade. Av dessa gav 142 personer sitt medgivande till att delta i studien. 73 personer fick hembesök av sjuksköterska, 69 personer fick ordinarie omsorg.
Resultat: Man fann ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp vad gäller dödlighet, intagning på sjukhem eller funktionsnedsättning.

NR 4.

Författare: Fagerström L, Wikblad A, Nilsson J.
Titel: An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality?
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences
År: 2009
Land: Finland
Syfte: Två syften: att utforska och utvärdera den hälsoförebyggande effekten av förebyggande hembesök och att kritiskt granska om förebyggande hembesök har ett perspektiv som utgår från individens egna resurser.
Metod: Systematisk litteraturstudie, analys i flera steg.
Urval: Sökning i databaser gav totalt 49 forskningsartiklar, 18 artiklar valdes ut från perioden 1984 till 2004.

Resultat: Av 18 inkluderade studier fanns endast en kvalitativ studie. Fokus på sjukdom var överraskande högt och i 10 av 18 studier saknades ett hälsoperspektiv som tog tillvara den äldres resurser.

NR 5.

Författare: Jagger C, Clarke M, O'Shea C, Gannon M.
Titel: Annual visits to patients over the age of 75—who is missed.
Tidskrift: Family Practice
År: 1996
Land: Storbritannien
Syfte: Att beskriva karaktären på den äldre befolkningen som tackar nej till årligt hembesök.
Metod: Strukturerade intervjuer. Resultatet från denna studie bearbetades statistiskt mot resultatet från en studie som kommunen genomfört två år tidigare, den studien hade 95% svarsfrekvens. Man jämförde: Upplevd hälsa, upplevd ensamhetskänsla, kampviljan, fysisk och psykisk nedsättning, användning av primärvård och hemtjänst.
Urval: Alla personer 75 år och äldre som var listade hos en husläkare, 13 av dessa läkare jobbade heltid och tre deltid. Totalt erbjöds 1737 personer hembesök.
Resultat: De personer som tackade nej, var ungefär lika sjuka, men upplevde inte själva att var det. De hade också i regel mindre kontakt med sin läkare, än de som tackade ja till förebyggande hembesök. Slutsats: De fann inget större bevis för att den del av befolkningen som tackar nej till hembesök är nödvändigtvis ”toppen av ett isberg” av otillfredsställda behov.

NR 6.

Författare: Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K.
Titel: Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study.
Tidskrift: European Journal of Health Economics
År: 2006
Land: Danmark
Syfte: Att jämföra kostandseffektiviteten mellan att utföra förebyggande hembesök där man följer rekommendationerna från ett speciellt program eller när de utförs på ordinarie vis.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie
Urval: 34 kommuner i Danmark delades i två grupper, 17 i varje grupp. I interventionsgruppen blev de som skulle utföra hembesöken utbildade att identifiera tidiga tecken på funktionsnedsättning, fysisk aktivitet och att ha ett nära samarbete med husläkaren. Kontrollgruppen fick hembesök utförda enligt gängse modell. Totalt deltog 4034 hemmaboende personer i åldern 75 eller 80 år.
Resultat: Man fann i sin kostnadsanalys ingen skillnad i den totala kostnaden mellan studiegruppen och kontrollgruppen oavsett utbildningsnivå och utförande av de förebyggande hembesöken.

NR 7.

Författare: Lund R, Nilsson CJ, Avlund K.
Titel: Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women.
Tidskrift: Age and Ageing
År: 2010
Land: Danmark
Syfte: Att undersöka om ökad risk att drabbas av funktionsnedsättning hos äldre personer som levde ensamma kunde möjligen förbättras genom antingen hög social medverkan eller genom att vara nöjd med sitt sociala nätverk.
Metod: Observationsstudie, genom att analysera mätdata enligt den matematiska modellen logistisk regression.
Urval: 2697 friska äldre kvinnor och män från den danska studien ”The Danish Study on Preventive Home Visits”.
Resultat: Studien visar att män som lever ensamma kan möjligen mildra sin risk att drabbas av funktionsnedsättning genom att vara socialt aktiva och ha tillgång till ett bra socialt nätverk. Kvinnor verkar inte dra fördel lika mycket av samlevnad som män, även om kvinnor som levde ensamma och som inte var nöjda med sitt sociala nätverk också utgjorde en signifikant riskkategori.

NR 8.

Författare: Sahlen KG, Dahlgren L, Hellner BM, Stenlund H, Lindholm L.
Titel: Preventive home visits postpone mortality—a controlled trial with time-limited results.
Tidskrift: BMC Public Health
År: 2006
Land: Sverige
Syfte: Att undersöka om förebyggande hembesök till äldre personer av utbildade hälsopersonal kan fördröja död i svenska sammanhang.
Metod: En kontrollerad studie i en liten kommun i norra Sverige. Interventionsgruppen fick två hembesök per år under två år.
Urval: Friska äldre personer 75 år och äldre erbjöds delta, 196 valdes till interventionsgrupp och 349 till kontrollgrupp.
Resultat: Förebyggande hembesök kan hos den friska äldre befolkningen fördröja död i ett svenskt sammanhang om de utförs av utbildad personal på ett strukturerat vis. När det förebyggande hembesöksprogrammet avslutades försvann effekten på uppskjuten död. Dock kan man inte dra generella rekommendationer utifrån resultatet eftersom det är beroende av sitt sammanhang.

NR 9.

Författare: Sahlen KG, Löfgren C, Hellner BM, Lindholm L.
Titel: Preventive home visits to older people are cost-effective.
Tidskrift: Scandinavian Journal of Public Health

År: 2008
Land: Sverige
Syfte: Att göra en kostnads- och nyttoanalys med förebyggande hembesök.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie. En interventionsgrupp jämfördes med en kontrollgrupp, kostnads- och nyttoanalysen utfördes vid tre olika tidpunkter. Data hämtades från officiella medicinska och sociala dokument.
Urval: I en kommun i norra Sverige, Nordmaling, valdes en interventions- och en kontrollgrupp ut bland 595 invånare 75 år och äldre. Deltagarna skulle leva självständigt utan hemtjänst eller hemsjukvård. 196 äldre erhöll preventiva hembesök och 346 äldre utgjorde kontrollgrupp.
Resultat: Analysen visade på netto-besparingar i ett samhällsperspektiv under den använda 4-årsperioden. De förebyggande hembesöken representerade en kostnadseffektiv intervention.

NR 10.

Författare: Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillman G, Egli C, Kesselring A, Leu RE, Beck JC
Titel: A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission.
Tidskrift: Archives of Internal Medicine
År: 2000
Land: Schweiz
Syfte: Att testa hypotesen att preventiva hembesök med årliga multidimensionella bedömningar har större effekt vad gäller funktionsstatus och intagning på sjukhem till lågrisk-personer jämfört med till högrisk-personer samt att det gör skillnad beroende på hur besöken görs och av vem som utför dem.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie. Tre olika sjuksköterskor utförde preventiva hembesök i var sitt postnummer-område. Deltagarnas risk för funktionsförsämring bedömdes. Interventionsgruppen fick årliga multidimensionella utvärderingar och uppföljning kvartalsvis. I samarbete med geriatriker gav sjuksköterskorna rekommendationer, utvärderade problem, underlättade att följa rekommendationer och tillhandahöll hälsoutbildning.
Urval: Studiepopulationen hämtades från en hälso-försäkringslista i Bern, kommuninnevånare 75 år och äldre boende i tre olika postnummer-områden. 1998 personer(57%) randomiserades från listan. Efter exklusionskriterier återstod 1192 varav 401 avstod och 791 personer (66%) valde att delta i studien.
Resultat: Efter tre år visar resultatet att de förebyggande hembesöken kan reducera oförmåga hos äldre med låg risk men ej för äldre med hög risk för funktionsnedsättning. Effekten är relaterad till vem som utför och hur besöken utförs.

NR 11.**Författare:**

Theander E, Edberg AK

Titel:

Preventive home visits to older people in Southern Sweden.

Tidskrift:

Scandinavian Journal of Public Health.

År:

2005

Land:

Sverige

Syfte:

Syftet med studien var att beskriva en svensk modell av förebyggande hembesök för personer 78 år och äldre med fokus på effekten av fysisk och socialt välmående, samt deltagarnas och de besökandes erfarenhet av hembesöken.

Metod:

Strukturerad intervju och frågeformulär. Tre årliga besök gjordes till 150 personer som var 78 år vid första besöket. För att samla in besökarnas erfarenhet användes frågeformulär.

Urval:

Alla personer i kommunen födda 1921 och boende i eget hem erbjöds att delta. Förfrågan upprepades årligen och slutligen var det 150 personer som fick alla tre hembesöken.

Resultat:

De äldre som fått förebyggande hembesök kände sig mer säkra och välinformerade. Vidare hade det en positiv påverkan på deras känsla av säkerhet och självkänsla. De upplevde det som mycket positivt att få fokusera på förebyggande och hälsofrämjande delar av livet, istället för de ohälsosamma delarna. Besökarna sa att de fått en ny, mer positiv syn på äldre personer samt en ökad tillfredställelse med sitt arbete.

NR 12.**Författare:**

Vass M, Avlund K, Hendriksen C.

Titel

Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants.

Tidskrift:

Scandinavian Journal of Public Health

År:

2007

Land:

Danmark

Syfte:

Att jämföra dödlighet och intagning på sjukhem hos äldre personer som valde att delta och som avböjde att delta i en studie med preventiva hembesök samt att definiera och beskriva subgrupper av de som valde att ej delta.

Metod:

Prospektiv, randomiserad, kontrollerad interventions-studie.

Urval:

Femtio kommuner i Danmark erbjöds enligt inklusionskriterier att delta, 34 kommuner valde att delta. Studiepopulationen var 75-åriga och 80-åriga hemmaboende kommuninvånare som tillfrågades om deltagande via brev. 5 788 personer inbjöds till studien, 4 060 valde att delta, 1 048 avböjde och 680 personer gick ej att nå.

Resultat: Vid 5-års uppföljning hade icke-deltagarna högre mortalitetsgrad och en högre grad av intagning till sjukhem jämfört med deltagarna. Detta gäller de subgrupper som beskrev sig själva som "för sjuk" eller de som ej gick att nå. De subgrupper som beskrev sig själva som "för friska" eller hade annat skäl att ej delta skiljde sig inte från deltagarna.

NR 13.

Författare: Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P.
Titel: Preventive home visits to older people in Denmark—why, how, by whom, and when?
Tidskrift: Zeitung Gerontol Geriatr.
År: 2007
Land: Danmark
Syfte: Att ta reda på varför förebyggande hembesök till äldre görs, hur de skall utföras, av vem och när.
Metod: Prospektiv randomiserad kontrollerad uppföljande studie.
Urval: 34 kommuner i Danmark, drygt 4000 deltagare, två åldergrupper, 75 och 80 åringar, följdes under en treårsperiod med frågeformulär och efterforskning i register om hur mycket vård deltagarna använt.
Resultat: Utbildningsnivån på utföraren hade betydelse, hembesöken var kostnadsneutrala, antal besök och uppföljning var viktigt, samma besökare var viktigt, hembesöken har större effekt på 80-åringar än på 75-åringar, multidisciplinära team var viktigt, viktigt att tidigt bli lotsad till rätt instans, läkemedelsgenomgång viktigt, att få hjälp att hitta sin inre förmåga viktigt, motiverande samtalsteknik (MI) bör användas. Friska äldre som kan bibehålla eller öka sin fysiska hälsa vinner mest på besöken. Den som utför förebyggande hembesök bör vara utbildad inom såväl hälsa som socialmedicin samt ha personlig mognad.

NR 14.

Författare: Vass M, Avlund K, Kvist K, Hendriksen C, Andersen CK, Keiding N.
Titel: Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial.
Tidskrift: Scandinavian Journal of Primary Health Care
År: 2004
Land: Danmark
Syfte: Att undersöka om utbildning av professionella i primärvård som utför förebyggande hembesök förbättrar funktionsförmågan hos äldre med speciellt fokus på köns-skillnader.
Metod: Randomiserad kontrollerad prospektiv interventionsstudie.
Urval: Primärvård i 34 kommuner i Danmark, i 17 av kommunerna, interventions-kommunerna, fick utförarna utbildning och husläkararna introducerades till programmet. I de 17 kontroll-kommunerna fick utförarna ingen utbildning, de fick utföra det lagstadgade programmet på sitt eget sätt. 2104 personer deltog i

interventions-kommunerna och 1956 personer deltog i kontroll-kommunerna. Funktionsförmåga mättes hos 3383 av 3540 överlevande deltagare efter tre års uppföljning.

Resultat:

I förväg utbildade utförare av förebyggande hembesök som samarbetar med husläkaren (och som också de är informerade och förberedda) ger förbättrad funktionsförmåga hos kvinnor men ej hos män.
