

Lägesrapport för Äldrecentrums kartläggning och utvärdering av förebyggande hembesök

Bakgrund

Medicinsk programberedning 1 lade 2005-05-03 fram ett förslag till handlingsprogram för hälsosamtal för äldre som därefter fastställdes av landstingets Hälso- och sjukvårdsutskott. Hälso- och sjukvårdsutskottet har 2006-02-16 beslutat att ge Beställare Vård i uppdrag att inleda försöksverksamhet med hälsosamtal för äldre. I tjänsteutlåtandet anges att "För att fånga in all den kunskap som genereras i olika verksamheter och projekt har Beställare Vård tillsammans med Stiftelsen Äldrecentrum planerat en samlad kartläggning och utvärdering. Denna omfattar all pågående och planerad verksamhet inriktad på hälsosamtal/hälsokontroller inom Stockholms Läns Landsting."

I denna PM ges en redovisning av vilka aktiviteter som hittills skett efter Hälso- och sjukvårdsutskottets beslut att ge Beställare Vård i uppdrag att inleda försöksverksamhet med hälsosamtal för äldre.

"CeFAM-projektet"

Centrum för Allmänmedicin (CeFAM) lade under 2005 tillsammans med Stiftelsen Äldrecentrum fram ett förslag till en randomiserad studie där förebyggande hälsosamtal följs upp på ett systematiskt vis vid åtta vårdcentraler i jämförelse med åtta andra vårdcentraler som utgör "interventionsfria" kontrollområden. Projektplanen godkändes under hösten och medel anslogs i budget för 2006.

Det övergripande målet med projektet är att utveckla en väl fungerande modell för hälsosamtal som kan bidra till god livskvalitet hälsomässigt, funktionsmässigt och socialt bland äldre. Syftet är vidare att analysera hälsosamtal som vårdprocess och att utvärdera effekten av sådana samtal. Projektet ska beskriva vilka hälsoproblem som uppmärksammas, vilka åtgärder som vidtagits och effekter hos dem som erhållit hälsosamtal jämfört med motsvarande grupper i jämförbara områden som ej fått detta erbjudande.

Under vintern genomfördes ett slumpmässigt urval av 16 vårdcentraler i Stockholms län. Vårdcentralerna skall ha ett upptagningsområde med minst ca 40 75-åringar år 2006 och där minst 3-4 distriktssköterskor arbetar på respektive vårdcentral. Vårdcentralerna lottades till att tillhöra studieområde alternativt kontrollområde. Verksamhetschefer och distriktssköterskor på vårdcentralerna i studieområdet tillfrågades därefter om intresse att delta. Vårdcentralerna var genomgående positiva till att delta, men några avstod pga. att man bedömde att man hade en alltför stor arbetsbörda för att mäta med nya åtaganden. I dessa fall lottades nya vårdcentraler ut. De vårdcentraler som är studieområden är följande:

Vårdcentral	Geografisk sjukvårdsberedning
Barkarby	Nordväst
Margretelund	Nordost
Vällingby	Stockholm Västerort
Stenhamra	Stockholm Västerort
Söderdrottning	Stockholm Innerstad
Rågsveds	Stockholm Söderort
Tallhöjden	Sydväst
Bollmora	Sydost

CeFAMs projektledare, Susanne Söderhielm-Blid och Helena Sherman, besökte under vintern 2006 vårdcentralerna, informerade om projektet och dess syfte samt inbjöd till utbildning. CeFAM genomförde tillsammans med Äldrecentrum och Röda Korsets sjuksköterskehögskola i mars-april utbildningsdagar där alla distriktssköterskor som på dessa vårdcentraler ska arbeta med förebyggande hembesök deltog. Distriktssköterskorna har sedan inbjudits till uppföljande nätverksmöten för utbyte av erfarenheter och uppföljning av projektets process. En nätverksträff har redan skett och nästa kommer i september 2006.

Inom projektets ramar ingår även att distriktssköterskorna kontaktar sin kommun/stadsdel för att etablera samverkan och för att kartlägga kommunens utbud inom äldreomsorg, kultur&fritid, teknisk försörjning mm, liksom frivilligorganisationernas verksamhet. Avsikten är att skapa en samverkan mellan kommun och landsting när det gäller de äldres hälsa och välbefinnande.

Distriktssköterskorna på vårdcentralerna har genom projektledarna erhållit uppgifter om alla som under året fyller 75 år, och efter information och utbildningsinsatserna påbörjades hälsosamtalen i hemmet och kommer att slutföras under 2006. Erfarenheterna är hittills goda, men också varierande. Både distriktssköterskorna och 75-åringarna har, så långt erfarenheten varit hittills, ställt sig positiva till hälsosamtalen. För att följa hälsoeffekterna har CeFAM tillsammans med Äldrecentrum utarbetat en enkät som sänts till alla som under året fyller 75 år i såväl studie- som kontrollområden, totalt närmare 800 personer. Drygt 75 procent har besvarat enkäten, vilket är ett gott resultat. Datainsamling av samtliga enkätsvar har skett under sommaren 2006 och bearbetning av svaren kommer att påbörjas i augusti. Dessa första data kommer att kunna användas för att beskriva hälsotillstånd, aktivitetsgrad, hjälpbehov och vårdutnyttjande mm hos 75-åringarna i de utvalda upptagningsområdena. För att vidare utveckla hälsosamtalen kommer därefter distriktssköterskornas uppfattning om hälsosamtalen att studeras genom fokusgrupper.

Om ett år ska en ny enkät sändas ut till samma population, för att ge möjlighet att studera om det finns skillnader i hälsoutvecklingen, välbefinnandet och kunskapen om samhällets trygghetssystem mellan de som erhållit hälsosamtal, de som erbjudits men tackat nej och de som bor i kontrollområdena.

Övriga försöksverksamheter

Ett antal vårdcentraler har, på eget eller på initiativ av de geografiska beredningarna, startat eller anmält intresse att bedriva försöksverksamhet med hälsosamtal i form av förebyggande hembesök under 2006. Äldrecentrum ska svara för den övergripande utvärderingen avseende alla de olika formerna för hälsosamtal och uppsökande verksamhet inkluderande "CeFAM-projektet". Följande områden har startat eller planerar att starta, fler kan tillkomma:

Vårdcentral/område	Geografisk beredning	Projekttid	Övrig information
Edsberg	Nord	hösten 2006-	Beställare vårds arbetsgrupp förordat anslag
Danderyd	Nord	-	diskussion har inletts
Årsta	Stockholm söder	2005-2006	ingår i större gemensamt projekt staden-SLL
Hökarängen	Stockholm söder	pågår	ingår i större gemensamt projekt staden-SLL
Lina Hage	Sydväst	hösten 2006-	Hälsosamt åldrande i Södertälje; CFH utvärderar
Telgeakuten	Sydväst	hösten 2006-	Hälsosamt åldrande i Södertälje; CFH utvärderar
Segeltorp	Syd	2004-2006	gemensamt Huddinge-SLL, utvärderas av KC
Brandbergen	Sydost	2005-	gemensamt Haninge-SLL, anslag förordats
Akka	Sydost	avslutat	inriktning på hälsokontroller på vårdcentral
Vendelsö	Sydost	hösten 2006	avser starta efter liknande modell som Brandbergen

Anm: CFH = Centrum för folkhälsa, KC = Kompetenscentrum inom äldreomsorg och äldreomsorg
För de båda vårdcentraler där Beställare vårds arbetsgrupp förordat anslag, Edsberg och Brandbergen, beräknas beslut fattas inom kort. För övriga vårdcentraler sker finansiering på annat sätt.

Under första halvåret har Äldrecentrum (Anita Karp), besökt/kontaktat ovanstående vårdcentraler i syfte att kartlägga olika modeller för hälsosamtal, beskriva uppläggning, målsättningar, erfarenheter från de olika projekten, samt hur projektledarna avser att utvärdera effekter av samtalen. För en sammanfattande beskrivning av de projekt som var aktuella under första delen av 2006 se Tabell 1.

Generellt sett har samtliga projekt som övergripande mål att ta kontakt med de äldre i hälsofrämjande syfte. Alla (utom möjligen projektet "Hälsosamt åldrande i Södertälje") avser också att mäta enklare hälsostatus när det gäller kända sjukdomsrisker som t.ex. högt blodtryck och blodsocker, BMI. Tittar man närmare på projektens målsättningar märker man dock att de varierar på så sätt att tonvikten kan vara mer medicinsk eller mer social. T.ex. så har Segeltorpsprojektet, förutom att verka förebyggande genom ökad trygghet och livskvalitet, ett klart uttalat mål att tidigt upptäcka sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och benskörhet. Årstaprojektet – å andra sidan - som också erbjuder kontroll av blodsocker och blodtryck har som främsta syfte att förbättra den äldres förutsättningar att bo kvar i det egna hemmet, ge ökad trygghet, minska antalet fallolyckor. Årstaprojektet intervererar dessutom genom att gå in praktiskt med "fixar"-hjälp och erbjuder en egen verksamhet med ba-

lanstråning, friskvård och kulturevenemang bl.a. för att förebygga ensamhet och isolering hos de äldre.

Dokumentation och utvärdering sker på olika sätt i projekten. Brandbergens Vc dokumenterar enligt VIPS (Välbefinnande-Integritet-Prevention-Säkerhet) som är en modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen. Södertälje-projektet planerar att föra kortare anteckningar under hälsosamtalen, vilka i första hand ska ske med den äldre som aktiv och styrande och intervjuaren som lyssnande.

Flera av projekten har startats som samverkansprojekt mellan landsting och kommun.

Det är en blandning av yrkesgrupper som utför det förebyggande arbetet. Sjuksköterskor är vanligast förekommande, men även biståndsbedömare (Södertälje och Årsta) och arbetsterapeut, sjukgymnast, och s.k. ”fixare” (Årsta) kan ingå i teamen. I Segeltorpsprojektet var också en distriktsläkare engagerad. Projektet vänder sig till personer som är 75 år eller äldre, förutom i Hovsjö i Södertälje där man vänder sig till alla som är 70 år eller äldre.

Dessa olika försöksverksamheter skiljer sig från CeFAM projektet som ju är unikt då det är den enda randomiserade studien med systematisk evaluering i både kontrollområden och interventionsområden. De övriga försöksverksamheterna kan emellertid ge en vidare bild med olika infallsvinklar. Eftersom de riktar sig till olika åldrar kan de ge en differentierad bild av betydelsen av hälsosamtal i olika skeden av åldrandet. I flera av projekten ingår olika yrkesgrupper, något som ger ett bredare angreppssätt. Flera av dessa projekt har startats som samarbetsprojekt mellan kommun och landsting, vilket också ger fördelar.

Slutsatser från Segeltorp och Årsta projekten

Segeltorpsprojektet avslutades under våren 2006 och en färdig rapport finns nu tillgänglig.¹ I rapporten redovisas att närmare hälften av de undersökta hade nya ”landstingsbehov”. Ofta handlade det om högt blodtryck, lågt Hb, brist på läkemedelsöversikt, men många rapporterade även andra tillstånd som bör kontrolleras medicinskt, såsom smärta och trötthet. Endast ett mindre antal nya kommunala behov kunde hittas i undersökningen. Kartläggningen av vårdkonsumtionen visade vidare att den undersökta gruppen i genomsnitt besökte landstingets utförare 15 gånger per år. Under det år som hälsosamtalen pågick ökade besöken till distriktssköterskorna vid Segeltorps Vc medan besöken till öppenmotagningarna på Huddinge sjukhus minskade för den undersökta gruppen.

Projektrapporten föreslår bland annat att en distriktsskötersketjänst inrättas på försök i två år vid vårdcentralen i Segeltorp med avsikt att erbjuda hälsosamtal till alla 75 åringar (kan så småningom utökas till 80-åringar) samt eventuellt rådgivning med fokus på läkemedelsanvändning. I tjänsten bör ingå regelbundna samtal med ansvarig läkare samt strukturerade möten med berörda inom kommunen som även föreslås bekosta en del av tjänsten. En modifierad VIPS-journal bör användas för dokumentation av hälsosamtalen. I rapporten föreslås även att projekt som gäller läkemedelsanvändning, fallprevention och förbättrat näringsstillstånd hos de äldre startas. Man vill speciellt uppmärksamma de allra äldsta och föreslår att denna grupp erbjuds regelbundna besök av distriktssköterska, och att tillgängligheten på Vc

ökas. Segeltorpsprojektet har även intentioner att förbättra vårdcentralens mottagande av de äldre t.ex. genom att satsa på längre tilldelning av tid för de äldsta vid läkarbesök, speciellt för gruppen äldre med kommunikationssvårigheter (nedsatt syn, hörsel och/eller kognition). Med tanke på att nästan alla deltagare (96 %) har angivit att de har läkarkontakt borde en förlängd och fördjupad läkarkontakt medföra bättre upptäckt av medicinska behov och riskfaktorer.

Årstaprojektets slutrapport kommer i september 2006. Enligt den senaste lägesrapporten har nu 920 personer haft kontakt med projektet och majoriteten av dessa har utnyttjat flera insatser och deltagit i flera aktiviteter. Sjuksköterskan har hittills träffat ca 225 personer. Över en tredjedel har haft avvikande värden, de flesta förhöjda blodtrycksvärden och endast några enstaka förhöjda blodsockervärden. Personer med förhöjda blodtrycksvärden har fortsatt kontrollera blodtrycket vid ytterligare tre tillfällen hos distriktssköterskan på vårdcentralen. Den preliminära utvärderingen visar, att de flesta pensionärer har fått normaliserade värden efter hälsosamtalet. Runt hälften upplever att de känner sig ensamma antingen någon gång eller ofta. Där fyller projektet en viktig funktion med sina olika aktiviteter och som mötesplats. Majoriteten av tillfrågade upplever delvis eller helt försämrade balans. Dessa pensionärer har erbjudits att delta i balansträning 2 ggr/vecka, vilket har mottagits positivt och resulterat i att de flesta har besökt lokalen direkt efter samtalet. Ett femtiotal personer har önskat att bli kontaktade av biståndshandläggaren. Av dessa har 7 personer beviljats hjälp i hemmet. De övriga har fått information om boende, bostadstillägg, avgifter samt allmän information om äldre frågor. Fixarens tjänster har varit de mest uppmärksammade. Ca 500 personer har fått hjälp med tjänster som byte av glödlampor och gardiner. Majoriteten av pensionärerna skulle ha låtit bli att utföra uppgiften eller försökt själva och många har undermåliga och vingliga stegar. 70 hälsohembesök har utförts av arbetsterapeut och sjukgymnast som har gett råd och tips som t ex enklare styrketränings- och balansövningar, utbud av aktiviteter samt "säkerhetstips" för att förhindra fall. När någon har behov av ett stödhandtag i badrummet, har arbetsterapeuten provat ut var det ska sitta och bett fixaren att sätta dit det.

Preliminära resultat tyder på att de äldre i Årsta är mycket nöjda med projektet, både dess utbud och innehåll. Många ser verksamheterna som en räddning från ensamhet och en möjlighet att komma igång med aktiviteter. De besökande är dock relativt pigga och det har varit svårare att nå de allra mest passiva. Samarbetet, kring förebyggande fallolyckor samt förebyggande folkhälsoarbete, mellan kommun och landsting, har bedömts fungera mycket bra. Enligt beslut i stadsdelsnämnden kommer den del av projektet som rör kommunala områden att kunna fortsätta. Landstinget har godkänt att projektet fortsätter åtminstone året ut.

Då Årsta-projektets slutrapport inte är färdig är det svårt att jämföra med Segeltorpsprojektet, men upptäckten av flera förhöjda blodtryck och få fall av förhöjt blodsocker verkar överensstämmande. Segeltorpsprojektet skissar på en fortsättning med bla fallprevention, något som Årsta projektet redan arbetat mycket med.

Tidigare avslutade projekt – hur har det fungerat med övergång till ordinarie verksamhet?

Äldrecentrum har kontaktat några tidigare projekt för att höra vad som hänt efter projektens slut. Tabell 2 sammanfattar de projekt inom Stockholms län som var avslutade innan 2006. **Akka vårdcentral** i Västerhaninge började 2000 erbjuda hälsoundersökningar för 70- och 75-åringar. Enligt projektledare Rita Rajkula har vårdcentralens interna utvärdering visat att kostnad och tidsåtgång för hembesöken inte är ekonomiskt försvarbara, med tanke på att man inte fångar upp tillräckligt med hälsoproblem. Om själva hälsosamtalet i sig har en hälsofrämjande och förebyggande effekt har dock inte undersökts i detta projekt. Man har beslutat att i fortsättningen erbjuda hälsoundersökning vid de tillfällen då man ändå träffar den äldre, t.ex. vid influensavaccinering. Under den senaste vaccinationsperioden delade man ut en enkel informationsfolder om erbjudande om blodtrycks- och blodsockerkontroll. Ett tiotal personer hörde av sig. Alla som är 65+ och söker för något hälsoproblem på Vc erbjuds också blodtrycks- och blodsockertest. Ytterligare en orsak till att man inte har fortsatt med uppsökande hembesök är att Västerhaninge fortfarande är ett ”ungt” område, där de äldres behov inte blivit så betydande. Den geriatriska kliniken kan ta emot de allra flesta förhållandevis snabbt. En demensutredning kan tex. komma igång redan efter 2 veckor. Man arbetar nu i stället med att informera och fånga upp behov på annat sätt, t.ex. genom kyrkan och pensionsorganisationerna.

Tumba vårdcentral bedrev under 3 år (2000, 2001, 2002) uppsökande och förebyggande verksamhet bland upptagningsområdets 75-åringar. Distriktssköterskorna på vårdcentralen hade hälsosamtal med ”sina” 75-åringar och kunde därmed skapa kontakt och fånga upp en mängd problem som inte tidigare var identifierade av sjukvården. Distriktssköterskorna gjorde uppföljningsbesök t.ex. för stöd till rökavvänjning, övervikt, undervikt, onormalt blodtryck, stödjande samtal, läkemedelsadministrering etc. 75-åringarna uppgav att de känt sig sedda och att besöken med ”sin” distriktssköterska varit positiva. Efter projektens slut fanns inte extraresursen (1 distriktssköterska, anställd för att avlasta de ordinarie) kvar. På grund av att pengarna för detta tog slut när projekt avslutades, var det inte heller möjligt att fortsätta de förebyggande hälsosamtalen.

Socialstyrelsens projekt

Under 1999-2002 genomfördes tjugo försöksverksamheter med förebyggande hembesök i olika orter i landet med medel från Socialstyrelsen. Britt Mari Hellner vid Socialstyrelsens Äldrenerhet har redovisat resultaten i en lägesbeskrivning, 2002²: Inom Stockholms landsting genomförde **Österåker, Vaxholm, Rinkeby, Lidingö och Norrtälje** försöksverksamheter under denna tid. ÄC har kommit i kontakt med samtliga utom Norrtälje, men enligt Britt Marie Hellner har man i Norrtälje ordnat ett särskilt telefonnummer dit det äldre som vill ha hälsosamtal kan höra av sig.

I **Österåker** och **Vaxholm** har en tjänst inrättats av kommunen med ansvar för anhörigstöd, stöd till frivilligverksamhet och förebyggande hembesök. Kommunen har fortsatt att göra hembesök med personer som är 80 och äldre och samtalar om bla hälsa, mediciner, fallföre-

byggande åtgärder i hemmet. Ett hembesök per person har bedömts vara tillräckligt därför att man hela tiden slussat vidare när det funnits behov. Frågor som särskilt uppmärksammats är de äldsta med hörsel- och synsvårigheter och som ofta kan känna sig isolerade. Svårigheter att komma fram per telefon och få tid hos doktorn är också ett vanligt förekommande problem hos de äldsta. Elisabeth Martin, som nu arbetar med hälsosamtalen tror att en äldre vårdcentral (ÄVC) kanske skulle kunna förbättra situationen för dessa grupper av äldre. I **Österåker** har man även startat med en återkommande informationsdag för alla nyinflyttade som är 65+ då man upplyser om kommunens utbud och pensionärsföreningarna presenterar sig. Detta sker vartannat år. Vid det senaste tillfället gick 239 inbjudningar ut och 70 kom. De var mellan 65- 97 år.

Lidingö har inte fortsatt med förebyggande hälsosamtal vare sig inom kommunen eller inom primärvården. Enligt anhörigkonsulenten Gun Engström Karlsson i Lidingö kommun som var verksam i projektet tillsammans med en deltidsanställd sjuksköterska, fanns det efter projektets slut inte något intresse att fortsätta på grund av att det innebar en extra kostnad. Frågan var inte heller förankrad i nämnden. Många äldre i området var förhållandevis friska och oberoende. Kanske kommer problemen först efter 85 års ålder. Det är också svårt att organisera ett samarbete mellan kommun och primärvården i området därför att det finns fem olika vårdcentraler på Lidingö. Många äldre var ändå tacksamma för att ha blivit uppsökta och över de hälsoråd som förmedlades. Anhörigkonsulenten i Lidingö kommun har genom sin verksamhet kunnat fortsätta att fånga upp en del äldre som man annars inte skulle komma i kontakt med förrän behovet blivit akut.

Försöksprojektet i **Rinkeby** skilde sig från övriga på det sättet att de flesta deltagarna i projektet var födda utanför Sverige. Majoriteten av deltagarna var nöjda med sin hälsa, men de som var födda utomlands hade sämre hälsa (både psykiskt och fysiskt) än de övriga. Kvinnorna mådde något sämre än männen och det fanns samband mellan socioekonomiska förhållanden och hälsan. Dålig ekonomi och språksvårigheter var vanligt förekommande. Hembesöken hade positiva effekter särskilt bland de utlandsfödda. Behoven av insatser minskade något under projektiden. Projektet kunde inte fortsätta i den dåvarande formen när projektiden var slut. Till detta saknades det pengar och tid. Enligt distriktssköterskan är det beklagligt för de äldre att de förebyggande hälsosamtalen inte fortsatt, speciellt som diabetesprevention skulle vara ett angeläget område att arbeta med i detta område. Rinkeby stadsdel har emellertid under hösten 2005 börjat bygga upp en dagverksamhet (Äldrecentrum) dit de äldre kan komma. Deltagarna ska själva föreslå inriktningen på verksamheten. En föreståndare en snickare/fixare och en biståndsbedömare på deltid har anställts. Biståndsbedömaren bedriver uppsökande verksamhet då hon bla informerar om äldreomsorgens utbud och den nya dagverksamheten. Inga hälsokontroller utförs men de som har hälsoproblem skickas vidare till vårdcentralen.

Sammanfattningsvis visar dessa projekt att det inte är helt självklart att försöksverksamheten kan permanentas. En viktig, men ännu obesvarad, fråga är om det är ekonomiskt försvarbart. Det är inte heller självklart hur den fortsatta verksamheten ska se ut. Vilka som bor i området verkar få betydelse för fortsättningen; så kan t.ex. en övervägande ung population innebära

mindre incitament för Vc att starta förebyggande insatser riktade till äldre, en kommun som Österåker med många som bor i villor eller ombyggda sommarstugor måste kanske satsa extra på bostadsanpassning och fallprevention, medan områden med lägre socioekonomisk status och marginaliserade grupper möjligen hellre satsar mer på sociala insatser samt kost- och motionsråd för att förebygga sjukdomar som t.ex. diabetes eller benskörhet.

Planering för andra halvåret 2006

Äldrecentrum och CeFAM har i samråd med Medicinsk programberedning 1 och tjänstemän på Forum och Beställare vård tagit fram en utvärderingsplan för att kunna ge ett kunskapsunderlag för Stockholms läns landsting om hur hälsosamtal kan organiseras, planeras och genomföras. ÄC kommer att fortsätta att arbeta enligt denna plan och följa samtliga pågående projekt inklusive CeFAM-projektet. Under hösten kommer CeFAM projektets ansvariga (Susanne Söderhielm-Blid och Helena Sherman) att fortsätta ha regelbundna kontakter med distriktssköterskorna i studieområdena för kontinuerlig konsultation och uppföljning. De första enkätsvaren från CeFAM's interventions- och kontrollområden kommer att beskrivas under hösten 2006 och i slutet av året kommer underlagen från distriktssköterskornas hälsosamtal att börja samlas in. I december kommer en rapport att vara klar från CeFAM där det gångna årets arbete redovisas.

I maj 2006 deltog distriktssköterskor från Brandbergen, Vendelsö, Segeltorp och Hökarängen i samma utbildning som de åtta utlottade vårdcentralerna i CeFAM-projektet. De övriga vårdcentralerna kommer att bjudas in under hösten 2006. Alla vårdcentraler som deltagit i utbildningen kommer att ingå i det nätverk som bildats, för att främja kunskapsöverföring och stöd mellan de olika projekten. ÄC (Sven Erik Wånell och Anita Karp) deltar även aktivt i utbildnings- och nätverksträffar med bla föreläsningar om äldres hälsa och riskfaktorer för demens.

ÄC kommer att sammanställa erfarenheterna från de olika projekten i en första delrapport i slutet av 2006. I de projekt som hunnit längst och de projektansvariga själva har genomfört utvärderingar, kommer resultaten såväl som metoderna för dessa att rapporteras och diskuteras.

Tabell 1 Pågående projekt under första halvåret 2006

Äkt	Ålder/ Antal personer/ Antal besök per person	Yrkes- grupper som utför samtalen	Målsättningar	Metod	Med- icinska kontroller	Hur dokumenterar projektet?	Utvärdering	Samverkan?
ELTORPS skledare: e Louise ve, tel: 8572 Erikmats tel: 000 - - 2006.	75+ 272 har intervjuats (av 450) Majoriteten av de som tackat nej var 75-79 år. Ett hälsosamtal + ett uppföljnings antal per telefon	En sjuksköterska (distrikts- läkare deltar även i detta projekt)	Ökad trygghet och livskvalitet för de äldre. Kartläggning av deras vård- och omsorgsbehov. Avlastning för slutenvård. Ökad samverkan. Tidig upptäckt av hjärt- kärlsjukdomar, diabetes, benskörhet, över och underbehandling med läkemedel.	Hälsosamtal på vårdcentralen alt. Hembesök om det behövs. Tresidig hälsoenkät fylls i tillsammans med den äldre. Upplyser alt. Förmedlar kontakt till hemtjänst, färdtjänst etc. Lämnar information om frivillig väntjänst, PRO, SPF samt råd om kost och motion.	Kontroll av Hb, blodsocker, BMI, blodtryck.	Enkätvar från hälsosamtal och uppföljningsamtal har samlats in och bearbetats statistiskt. MarieLouise Grettve har dessutom fört dagbok över erfarenheter och insikter utifrån projektet i syfte att fånga mer kvalitativa aspekter.	Kartläggning av riskfaktorer och nyupptäckta behov. Jämförelser mellan självupplevd hälsa vid hälsosamtal och vid uppföljning. Förändringar i vårdkonsumtion inhämtades från SLL's databaser för öppen- och slutenvård 2003- 2006. Ovanstående data har sammansätts av Lars Sonde, KC, i diskussion med projektledarna.	Samverkans- projekt mellan Segelorp Vc, Huddinge kommun och Kompetens- centrum.
ANDBERGEN E Karin erg tel: 411_070 695 en 2005 - ?	75+ Ca 520 deltagare, Ett hälsosamtal per äldre. Uppföljning på vårdcentralen vid behov.	Fyra distriktsköters kor gör hembesök tillsammans med personal från kommunen.	Att identifiera levnadsförhållanden och eventuella hjälpbehov och erbjuda åtgärder.	Hälsosamtal i hemmet som fokuserar på socialt nätverk, aktiviteter, funktionsnedsättning, olycksfallsrisiker, läkemedel, nutrition. Inkontinens, självskattad hälsa. I det första skedet besöks personer som inte har hemhjälp, men även personer med hemtjänst kommer att få besök av distriktsköterska så småningom.	Kontroll av blodsocker och blodtryck	Distriktsköterskorna dokumenterar efter en mall baserad på VIPS modellen: Dessutom noteras: social bakgrund, motion, läkemedel, olycksfallsrisiker, självskattad hälsa, och hur nöjd man är med hälsosamtalet. Distriktsköterskorna dokumenterar också tidsåtgången för samtalen + gångtid.	Vill ha hjälp med utvärdering.	Landsting och kommun samverkar i detta projekt

Projekt	Ålder/ Antal personer/ Antal besök per person	Yrkes- grupper som utför samtalen	Målsättningar	Metod	Med- icinska kontroller	Hur dokumenterar projektet?	Utvärdering	Samverkan?
VIDELSÖ Vc ej startat								
VIDERYD munen har i 2003 haft ökande särhet rigkonsulent Essejö 8-568 910 00.	85 + som inte har någon tidigare kontakt med kommunen	Anhörigkonsum- lent	Att skapa trygghet för de äldre genom att lämna information om vart man kan vända sig. Att göra en kartläggning av hur den allra äldsta befolkningen mår och deras behov och önskemål.	Samtalen utgår från ett frågeformulär som rör boendet, eventuella behov av hjälp, hjälpmedel, hälsosituation, minne, syn, hörsel, trötthet, sömn, motionsvanor, socialt kontaktnät, intressen, aktiviteter mm. Ge information om vad kommunen, hälso- och sjukvården och närmiljön kan erbjuda.				Diskussion om samverkan med SLL har inletts.

Tabell 2 Projekt som avslutats innan 2006

Älder/ Antal personer/ Antal besök per person	Yrkes- grupper som utför samtalen	Mål- sättningar	Metod	Medicinska kontroller	Erfarenheter	Utvärdering	Vad har skett efter projektidens slut?
70-åringar, 75-åringar 66 resp. 36 1 hembesök/ person	Distrikts- sköterskor		De äldre fick erbjudande om hälsoundersökning (avgift 70 kr då det inte fanns någon extern finansiering). Hälsokontrollerna följde ett frågeformulär om bla tobak, mat- och motionsvanor, föreningsengagemang, inkontinens, minne, hörsel, socialt nätverk och hälsa.	Blodtryck, blodsocker, BMI	Bland de som erbjöds hälsokontroller tackade en tredjedel ja, en tredjedel var för sjuka och en tredjedel ansåg sig vara för friska.	Utvärdering har skett internt på vårdcentralen. Då man inte fångar upp tillräckligt med hälsoproblem anser man att det inte är ekonomiskt försvarbart med uppsökande hembesök. Med tanke på tidsåtgången.	Vid höstens influensa vaccinerings delade man ut en enkel informationsfolder om erbjudande om blodtrycks- och blodsockerkontroll. Alla 65+ som söker för något hälsoproblem på Vc erbjuds också test av blodtryck och blodsocker. Förebyggande hembesök har däremot upphört helt.
75-åringar Totalt 161 personer 1 hembesök/ person	Distrikts- sköterskor	Kartlägga levnadsförhåll anden, identificera och åtgärda ev. vårdbehov forebygga olycksfall skapa kontakt och trygghet	Hälsosamtal i hemmet som täckte områdena social bakgrund/nätverk ADL/olycksfall, läkemedel, nutrition, inkontinens, hälsa, information.	Blodtryck, BMI	Ca 70% tackade ja till hälsosamtal. Distriktsköterskorna fångade upp en mängd problem som inte var identifierade av sjukvården tidigare. Uppföljningsbesök gjordes för rök- avvänjning, över- och undervikt, onormalt blodtryck, stödjande samtal, läkemedels- administrering.	VIPS modellen användes för dokumentation. Utvärdering gjordes av projektledarna under handledning av Lena Törnkvist, CeFAM.	Efter projektidens slut fanns inte den extraresurs (1 distriktsköterska anställd för att avlasta de ordinarie som gjorde hälsosamtal) kvar. Pga av att pengarna för detta inte fanns efter avslutat projekt, kunde inte förebyggande hälsosamtal fortsätta.

Projekt	Ålder/ Antal personer/ Antal besök per person	Yrkes- grupper som utför samtalen	Mål- sättningar	Metod	Medicinska kontroller	Erfarenheter	Utvärdering	Vad har skett efter projektidens slut?
HOLM/ ERÅKER ktiledare: beth Martin 3/54081109 -2002	80+ fast boende 70+ öbefolkning 212 3 hembesök/å ldre	Sjuksköterska (arbetar även som anhörigkonsulent)	Få kunskap om de äldres hälsa, förebygga ohälsa, identifiera ej tillgodosedda behov, skapa ökad trygghet.	Hembesök med ett halvårs intervall. Intervjuer med hjälp av frågeguide. Även socialstyrelsens frågeformulär användes. Intervjuerna gjordes från ett helhetsperspektiv där behov och problem identifierades.	Blodtryck, blodsocker	De äldre har genomgående varit mycket tacksamma för besöket. Varje besök har i genomsnitt tagit 2 timmar. I slutet av besöket har ibland svårare ämnen, som personliga förluster kommit upp.	Projektet ingår bland de som utvärderades av Britt Mari Hellner på Socialstyrelsen. 37% av de äldre kände sig tryggare pga hembesöken. Antalet deltagare med sömnstörningar minskade under projekttiden. Ett problem som uppmärksammats är att de äldre har svårt att komma fram och få tid hos doktorn.	En tjänst har inrättats för anhörigstöd, stöd till frivilligverksamhet och förebyggande hembesök. Elisabeth Martin har fortsatt att göra hembesök med personer som är 80 och äldre och samtal om bla hälsa, mediciner, fallförebyggande åtgärder i hemmet. Man har även en informationsdag för alla nyinflyttade som är 65+ då man informerar om kommunens utbud och pensionärsföreningarna presenterar sig.
KEBY Lena fsson tel 9661406 -2002	65+ som inte hade kontakt med kommunen s äldreomsor g. 167 personer 2 hembesök/ år under 2 års tid	Två distriktssköterskor på deltid och en biståndsbedömare	Kartlägga behov och förbygga ohälsa och stärka människors egna resurser. Öka samverkan mellan kommunens äldreomsorg och primärvården i stadsdelen.	Distriktssköterskan och biståndsbedömare har gjort förebyggande hembesök tillsammans. Socialstyrelsens frågeformulär om uppsökande verksamhet för äldre användes + ett eget formulär.	?	De äldre var mycket positiva till besöken. Enligt distriktssköterskan är det en stor fördel att ha lärt känna de äldre så väl. Är till stor nytta när personen blir sjuk längre fram.	Projektet ingår bland de som utvärderades av Britt Mari Hellner på Socialstyrelsen. Hembesöken hade positiva effekter på upplevd fysisk och psykisk hälsa särskilt bland de utlandsfödda.	Projektet kunde inte fortsätta när projektiden var slut. Till detta saknades det pengar och tid. Enligt distriktssköterskan är det beklagligt för de äldre att hälsobesöken inte fortsatt. Diabetesprevention skulle vara ett angeläget område att arbeta med i detta distrikt.

Projekt	Ålder/ Antal personer/ Antal besök per person	Yrkes- grupper som utför samtalen	Mål- sättningar	Metod	Medicinska kontroller	Erfarenheter	Utvärdering	Vad har skett efter projektens slut?
NINGÖ förigkonsule Jun ström sson 58 7313161 9-2002	75+ Ej kända av äldre- omsorg eller distrikts- sköterska, 208 personer	En biståndshan dägare och en sjuksköters ka anställd på deltid för projektet	Att pröva formerna för hur äldre i ordimärt boende ska kunna stödjas för att bibehålla välbefinnande och hälsa	Hembesök gjordes tillsammans. Socialstyrelsens frågeformulär användes + egna frågor om bla läkemedelshantering	Inga kon- troller	De äldre var tacksamma för att blivit uppsökta och över de hälsoråd som förmedlades. Många äldre i området var friska och oberoende. Kanske kommer problemen först efter 85 års ålder.	Projektet ingår bland de som utvärderades av Britt Mari Hellner på Socialstyrelsen och har också används som jämförelse-område med Nordanstigsprojektet	Varken kommunen eller primärvården med uppsökande verksamhet efter den ursprungliga modellen. Anhörigkonsulenten i Lidingö kommun har i alla fall genom sin verksamhet fortsatt att fånga upp personer som man annars inte skulle komma i kontakt med förrän behovet blivit akut.
RRRTÄLJE 9-2002	75+ 114		Befrämja kvarboende					

Referenser

¹ Sonde L. Hälsosamtal för äldre i Segeltorp. Modellbeskrivning och kartläggning av vård- och omsorgsanvändande. KCKompetenscentrum inom äldreomsorg & äldrevård. Rapport 43. 2006.

² Hellner BM. Förebyggande hembesök - Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre 1999-2001. Sthlm.: Socialstyrelsen, 2002.