

Hälsosamtal med 75-åringar i hemmet - en viktig del av distriktssköterskans förebyggande arbete

Helena Sherman¹, Anita Karp², Susanne Söderhielm-Blid³ och Sven Erik Wånell⁴

¹ Distriktssköterska, MSc, Centrum för allmänmedicin (CeFAM) Karolinska Institutet. E-post: helena.sherman@sll.se. ² Med Dr, Äldrecentrum och Aging Research Center (ARC), Karolinska Institutet. ³ Distriktssköterska, Centrum för Allmänmedicin (CeFAM) Karolinska Institutet. ⁴ Socionom, Äldrecentrum. E-post: svenerik.wanell@aldrecentrum.se

Stockholms läns landsting erbjuder alla 75 åringar förebyggande hembesök i form av ett hälsosamtal. Att endast ett erbjuds har varit en anpassning till vad som är möjligt att genomföra, ekonomiskt och personellt. Distriktssköterskan avgör utifrån sin kompetens om det behövs uppföljning, antingen genom nytt besök i hemmet, bokad tid på vårdcentralen eller per telefon. Uppföljningen har ofta föranletts av medicinska behov, mindre ofta för att den äldre behövt stöd av andra skäl, sociala och existentiella. De äldre har vanligen bedömt samtalet som värdefullt. Distriktssköterskan har fått möjlighet att lära känna sina patienter och etablera en relation som är viktig för framtida kontakter. Hemmiljön underlättar, det är den äldres "hemmaplan" och möjliggör en dialog kring t.ex. att förebygga risker i hemmet och utemiljön.

Stockholm County Council offers preventive health dialogues to all 75 year olds in their homes. As a result of financial and staffing constraints the recommendation is for only one home visit per person. The district nurse makes a professional decision if follow up is needed e.g. a new home visit, telephone contact, or visit to the health centre. The reason for follow up was more often medical than for providing social or existential support. The elderly people generally evaluated the health dialogue as worthwhile. The district nurse saw it as an opportunity to get to know her patients and establish a good basis for future contact. Meeting in the person's own home facilitates a dialogue concerning prevention of risks both in the home and outside.

Förebyggande hembesök

Förebyggande hembesök för att främja äldres hälsa har de senaste 20 åren rönt stor uppmärksamhet och dess effekter har diskuterats. Flera meta-analyser och forskningsöversikter visar att funktionsförmågan ökar och mortaliteten minskar om hembesöken är strukturerade, vänder sig till ”yngre äldre”, om riskfaktorer identifieras och om hembesöken inte är en engångsföreteelse utan följs upp (Huss, Stuck, Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr, 2008). Hembesökarens professionella kunskap och utbildning synes också ha positiva effekter (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund, & Lindholm, 2006; Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, & Riis, 2007). Forskning som bygger på en försöksverksamhet i Nordmaling tyder på att de förebyggande hembesöken kan vara hälsoekonomiskt lönsamma då kostnaderna för de förebyggande hembesöken var mindre än kostnader för de äldres ohälsa (Sahlen, Lofgren, Mari Hellner, & Lindholm, 2008).

Primärvårdens folkhälsoarbete

Genom att primärvården utgör första linjens hälso- och sjukvård har den en möjlighet att nå alla individer i samhället och därmed ges möjligheter att arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (Socialstyrelsen, 2004). Distriktssköterskan som är en specialistutbildad sjuksköterska fyller här en viktig funktion. Han/hon har genom sin utbildning kunskaper, som baserar sig på omvårdnadsvetenskap och folkhälsoarbete, och kan

därmed förmedla kunskaper och undervisa personer i samhället om hälsa och ohälsa/sjukdom (Gustafsson & Wiik, 2004). I primärvården ansvarar distriktssköterskan ofta för koordineringen av den enskilde patientens insatser utifrån ett helhetsperspektiv (Strandberg, Ovhed, Borgquist, & Wilhelmsson, 2007).

Stockholms läns landsting har valt att med hjälp av nationella stimulansmedel främja det förebyggande arbetet riktat till äldre genom att erbjuda hälsosamtal i hemmet. Formen för dessa förebyggande hembesök har utarbetats med ledning av tidigare försöksverksamheter och en randomiserad interventionsstudie under 2006-2007.

I denna artikel redovisar vi:

1. De viktigaste fynden från interventionsstudien.
2. Beskrivning och utvärdering av det stöd (utbildning och vårdutveckling) som erbjudits vid införandet.
3. Erfarenheter från intervjuer med äldre och distriktssköterskor samt från införandet av hälsosamtal i husläkarverksamheten.

1. Interventionsstudie inför eventuellt breddinförande

Stockholms läns landsting ville pröva ett erbjudande till länets äldre som var ekonomiskt och personellt görligt samtidigt som det skulle bygga på beprövad erfarenhet. Den modell som valdes både följer och avviker från de resultat forskningen visar. Följer genom att hembesöken genomförs med väl utbildad personal, avviker genom

att i sitt grundkoncept endast ett samtal erbjuds. Tanken var att detta avsteg från ”konceptet förebyggande hembesök” skulle kunna kompenseras genom att det var den äldres ordinarie distriktssköterska som genomförde hälsosamtalet, och som vid behov kunde erbjuda fler samtal eller annan form av uppföljning.

Syftet med hälsosamtal i hemmet är att stärka den äldre personens välbefinnande och livskvalitet utifrån sina egna resurser genom att:

- Stödja den enskildes hälsoresurser och identifiera behov (inklusive begynnande hälsoproblem).
- Öka hälsomedvetenheten, egenmakten och egenvården.
- Ge sakkunnig information om tillgång till stöd och aktiviteter i lokalsamhället.
- Etablera kontakt med distriktssköterska och primärvård.
- Påverka faktorer i den äldres hem och närmiljö.

Utgångspunkten för hälsosamtalet var att det skulle ske i samspel och vara en dialog på lika villkor.

Randomiserad studie

CeFAM och Äldrecentrum fick i uppdrag att utvärdera denna modell. För att olika delar av Stockholms läns landsting skulle bli representerat, gjordes ett stratifierat urval. Fem områden skapades från vilka 16 vårdcentralsområden lottades med 8 vårdcentralsområden i var grupp. Dessa fördelades slumpmässigt i en interventions- och en kontrollgrupp. Alla 75-åringarna i interventionsområdet erbjöds ett hälsosamtal med en distriktsskö-

terska i hemmet. Totalt tackade 220 personer ja till detta erbjudande. Före interventionen fick alla 75-åringar (totalt 790, svarsfrekvens 74 procent) i dessa områden en enkät, och den följdes upp ett år senare efter avslutad intervention (totalt 750, svarsfrekvens 75 procent).

Trots att de flesta 75-åringarna uppgav att de levde med ett flertal hälsoproblem framkom det i enkäterna att en majoritet (85 %) av 75-åringarna upplevde sin hälsa och välbefinnande som gott. Ungefär 40 procent av 75-åringarna hade problem med under- eller övervikt. Generellt rapporterade: kvinnor, ensamboende och de med folkskoleutbildning sämre hälsa än män, sammanboende och de med universitetsutbildning. Smärta, sömnproblem och oro var signifikant vanligare bland kvinnor och ensamboende. Jämfört med kvinnor var det däremot vanligare att män hade problem med hörsel, elimination (urinvägar, mage, tarm), sexualitet och alkohol. Vidare var det nästa hälften av 75-åringarna (43 %) som ansåg sig behöva hjälp med förståelse och kunskap om sin hälsa och eventuella sjukdomar.

När det gäller effekter av hälsosamtalen framkom följande resultat: Hos de äldre som fått hälsosamtal fanns en signifikant ökad kunskap om vart man vänder sig för att ansöka om hemtjänst och hjälpmedel. Det fanns även en ökad kunskap om aktiviteter i närområdet. Kontrollgruppen rapporterade sämre mobilitet och kände sig tröttare jämfört med interventionsgruppen efter interventionstidens slut. Vid en

sammanslagning av olika hälsoindikatorer (ork, sinnesstämning, trötthet ensamhet, sömn, yrsel, magfunktion, smärta, mobilitet) till ett hälsoindex (Hansagi & Rosenqvist, 1982) fanns emellertid inga signifikanta skillnader mellan grupperna. En majoritet, 61 procent, av dem som fått hälsosamtal och besvarat enkäten uppgav att de haft god eller mycket god nytta av hälsosamtalen (Stiftelsen, Äldrecentrum, & CeFAM, 2007)

Granskning av journalerna

Retrospektiv journalgranskning användes som underlag för att få en uppfattning om vad distriktssköterskan och 75-åringen hade samtalat om. Totalt ingick 220 journaler från de åtta vårdcentralerna fördelade på 9-42 journaler per vårdcentral. Journalerna samlades in år 2007 genom personliga besök på respektive vårdcentral. Journalerna avidentifierades och kodades. All insamlad data matades som variabler in i ett Excel-dokument som följde omvårdnadsprocessens olika delar: Omvårdnads -anamnes, -status, -diagnos och -mål, -åtgärder och -resultat.

Innehållet i samtalen spände över alla hälsoområden. Av journalföringen framgår att distriktssköterskorna i samtliga fall dokumenterat och beskrivit uppgifter om social bakgrund och livsstil. Vanligast var frågor om den enskildes välbefinnande och aktivitet, vilket kan ses som naturligt i ett samtal som har ett hälsofrämjande perspektiv. Vidare fanns i det stora flertalet av journalerna uppgifter om fysisk aktivitet, alkohol och tobaks-

bruk.

I likhet med enkätsvaren uppskattade vid hälsosamtalen flertalet av 75-åringarna sin psykiska och fysiska hälsa som god. De åtta vanligaste journalförda statusuppgifterna var: välbefinnande, aktivitet, andning/cirkulation, fysisk aktivitet, nutrition, syn, hörsel och sömn. Distriktssköterskorna identifierade flera olika hälsorisker, bl.a. hade 31 personer förhöjda blodtryck (av 208 tagna) och 16 personer hade förhöjda blodsockervärden (av 116 tagna). Tre tidigare icke kända 75-åringar blev inskrivna i hemsjukvården. I hälften av fallen togs frågor av psykosocial och emotionell karaktär upp.

Journalföringen visade att distriktssköterskan genomförde flera stödjande samtal i omvårdnadsfrågor som rörde hälsofrämjande faktorer. I hälften av journalerna fanns uppgifter om vidare åtgärder såsom blodtryckskontroller, utprovning av inkontinenshjälpmedel, kostinformation, utprovning av tekniska hjälpmedel och kontakt med kommunen angående hemtjänst och inskrivning i hemsjukvården.

2. Stöd vid införandet

Innan interventionsstudien påbörjades erhöll alla distriktssköterskor en dags utbildning för att få ökade kunskaper om äldres hälsa och välbefinnande, teorier när det gäller hälsofrämjande synsätt, omvårdnadsdokumentation samt samverkan mellan kommun och andra organisationer. Inför breddinförandet av hälsosamtalen i husläkarverksamheten utökades

utbildningen till två dagar som kompletterades med verksamhetsförlagd utbildning och reflektion. Denna utbildning, i CeFAM:s regi, erbjöds till alla länets distriktssköterskor. Totalt har drygt 700 distriktssköterskor utbildats mellan åren 2006 - 2009. Distriktssköterskorna var mycket nöjda med utbildningens genomförande och relevans och de hade fått klarhet i hur de skulle arbeta vidare med uppgiften. Enligt den senaste mätningen var medelvärdet 4,4 poäng på en femgradig skala (1=mycket dåligt, 5=mycket bra). Under våren 2009 anpassades utbildningen i enlighet med kriterier för den nya högskolereformen från 2007.

Vidare hade två vårdutvecklingsledare hos CeFAM på halvtid svarat för stöd till distriktssköterskor för införande, uppföljning och vidareutveckling av hälsosamtalen. Många distriktssköterskor upplevde det som betydelsefullt och viktigt att få stöd av vårdutvecklingsledarna. Ett flertal distriktssköterskor beskrev att de många gånger känt sig ensamma och fått arbeta "mot strömmen". Vårdutvecklarna gjorde personliga arbetsbesök på cirka 90 av de totalt cirka 180 husläkarmottagningarna och vid 75 av dessa gjordes en kvalitetsbedömning med en för ändamålet framtagen checklista.

3. Breddinförande av erbjudande om hälsosamtal i hemmet

Sedan 2008 erbjuder Stockholms läns landsting alla som under året fyller 75 år hälsosamtal i hemmet. Dessa är en del av husläkarverksamheternas åta-

gande och förväntas ingå i distriktssköterskans ordinarie arbete. Enligt regelboken ska hälsosamtalen utföras av distriktssköterska som genomgått CeFAMs utbildning i hälsosamtal samt ske i samverkan med kommunen enligt metoder som beställaren anvisar. Formen för dessa förebyggande hembesök har utarbetats med ledning av interventionsstudien. Landstinget har vidare under 2008 prövat att i tio områden i länet även erbjuda alla 65-69-åringar hälsosamtal i hemmet. Landstinget har då prioriterat socioekonomiskt svaga områden.

CeFAM och Äldrecentrum fick ett fortsatt uppdrag att följa hur breddinförandet fungerade och hur det bedömdes av distriktssköterskorna och de äldre själva. Syften med den studien var:

- Att beskriva hur de äldre och distriktssköterskorna upplevde hälsosamtalen.
- Att beskriva implementeringsprocessen, bl.a. vårdutvecklingsledarnas arbete.

Metod

I denna studie har såväl kvantitativa som kvalitativa metoder använts.

Kvalitativ

Ett urval 75-åringar i innerstad, förort och glesbygd valdes slumpmässigt ut för intervju. Ett kompletterande urval gjordes av 75-åringar som erhållit hälsosamtal. Intervjuer skedde således med de som hade fått ett hälsosamtal, de som erbjudits ett hälsosamtal men tackat nej och de som inte fått något erbjudande om hälsosamtal med sin

distriktssköterska. Sammanlagt tackade 65 personer ja till att bli intervjuade. Som stöd vid intervjuerna användes semistrukturerade intervjuguider. Förutsatt den äldres tillåtelse spelades intervjuerna in på band.

Hälso- och sjukvården hade valt ut tio socioekonomiskt svaga områden i Stockholm län där 65-69 åringar skulle erbjudas hälsosamtal. Från dessa områden intervjuades nio personer. Samma intervjuguide som till 75-åringarna användes. Förutsatt den äldres tillåtelse spelades intervjuerna in på band.

Det gjordes fem fokusgrupper med fyra distriktssköterskor i var grupp. Som stöd vid intervjuerna hade samtalsledaren en frågeguide. Intervjuerna bandades och analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Kvantitativ

För att ta reda på distriktssköterskornas förutsättningar och för att få en uppfattning av hur införande av hälsosamtal i husläkarverksamheten gått utarbetade vårdutvecklingsledarna en checklista med 22 kvalitetsmått. Varje indikator bedömdes utifrån en tregradig skala:

- inte uppfyllt - 0 poäng
 - delvis uppfyllt - 1 poäng
 - helt uppfyllt - 2 poäng
- maximalt kunde kvalitetsbedömningen ge 44 poäng.

Vidare inhämtades statistik över antal hälsosamtal utifrån husläkarmottagningskassaregistreringar.

Resultat

Intervjuer med 75-åringar

Det allmänna intrycket var att 75-åringarna uppskattade hälsosamtalet med distriktssköterskan och tyckte att samtalet hade utgått från deras behov. Många ansåg att de redan hade bra kunskaper om kost, motion och andra hälsofaktorer men för en del av de intervjuade hade samtalet lett till vissa livsstilsförändringar, exempelvis viktnedgång, minskning av rökning samt att de börjat gymnastisera. Få av de intervjuade 75-åringarna hade några uttalade förväntningar på vad samtalet skulle innehålla, men flera uttryckte att de hade sett det som bra att få information om vården och få ställa frågor och prata om sådant man undrade över. Problem som många hade funderingar kring var: hörsel, syn, kost, yrsel, sömn, läkemedel, oro för framtiden och framtida boende. Uppföljning av hälsosamtalen gjordes vanligtvis genom en fortsatt kontakt på husläkarmottagningen. Det vanligaste skälet till att 75-åringen tackade nej var att de inte behövde det, eftersom de ansåg sig vara friska och väl-informerade.

Intervjuer med 65 – 69 åringar

Att få samtala kring åldrandet, sjukdomar och kost var några av förväntningarna de intervjuade hade på samtalet med distriktssköterskan. De vanligaste frågorna samtalet rörde var fysisk aktivitet och kost. Hälften av samtalen rörde frågor om sociala träffpunkter, alkohol och tobak. De flesta tyckte att de blivit mer medvetna om sin hälsa och en del hade påbörjat livsstilsförändringar som att

börja promenera eller skaffa sig bättre frukostvanor. Flera hade problem i kontakten med sin husläkarverksamhet bl.a. beroende på språkproblem. Jämfört med de intervjuade 75-åringarna bedömde 65-69-åringarna sig ha haft större nytta av hälsosamtalet.

Distriktssköterskornas uppfattning av hälsosamtalet

Distriktssköterskorna fick genom samtalet en förståelse och helhetsbild av den äldres livssituation och hälsa. Hälsoproblem, som framkom i hälsosamtalet, hos äldre var sömnsvårigheter, smärta, inkontinens, nutritionsproblem, nedsatt hörsel, oro, sorg, ensamhet, nedsatt rörelseförmåga, behov av hjälpmedel och stöd vid vård av anhörig. De beskrev arbetet med hälsosamtal som mycket givande och meningsfullt inte minst för att underlätta framtida kontakter. Vidare upplevdes samtalet som ett viktigt bekräftande möte som blev olika beroende på vad den äldre fokuserade på och vad den äldre hade för problem och behov. Då äldre tackade nej till ett hälsosamtal i hemmet och istället önskade komma till mottagningen beskrev distriktssköterskorna att mycket av syftet med samtalet gick förlorat, bl.a. möjligheten till en helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd i den äldres boende. De intervjuade distriktssköterskorna konstaterade svårigheter att nå personer med missbruks- eller psykiska problem, och att det var svårt att föra hälsosamtal när det krävdes tolk.

Checklista förd av vårdutvecklingsledarna

Resultaten från den checklista vårdutvecklingsledarna använde visade att det var sju av 75 deltagande husläkarmottagningar som arbetade metodiskt och kom upp till maximala 44 poäng och att det var 13 husläkarmottagningar som låg under 30 poäng varav två av dessa hade 0 poäng. De övriga 55 husläkarmottagningarna låg på mellan 31 – 43 poäng.

Vidare gick att utläsa att vid 83 procent av de deltagande husläkarmottagningarna arbetade distriktssköterskorna på ett hälsofrämjande sätt och tillvaratog 75-åringarnas hälsoresurser, de avsatte tillräckligt med tid och de följde upp behov och hälsoproblem när det behövdes. Det var 65 procent av husläkarmottagningarna som kunde erbjuda alla 75-åringar hälsosamtal och det var 65 procent av husläkarmottagningar där distriktssköterskan hade verksamhetschefens fulla stöd.

Registrering av genomförda hälsosamtal

Under det första året, 2008, hade endast var fjärde listad 75-åring fått hälsosamtal. Under 2009 hade andelen ökat marginellt, till 28 procent. Husläkarverksamheterna har registrerat att nio procent av de listade under 2009 erbjudits hälsosamtal men tackat nej.

Diskussion

Hälsosamtal i hemmet

Att hälsosamtalet sker i hemmet har många förtjänster. Det är den äldres

”hemmaplan”, vilket ökar den äldres möjlighet att ”äga” samtalet och känna trygghet. Det ger också distriktsköterskan möjlighet att lära känna sina patienter och etablera en relation som är värdefull för framtida kontakter. Hemmiljön underlättar dialog kring att förebygga risker i hemmet och utemiljön och att ta upp frågor om läkemedel mm.

Inför starten av hälsosamtalen ifrågasattes om distriktssköterskorna skulle ta blodtryck. Det kunde, menade vissa, störa inriktningen mot det hälsofrämjande, och leda till att samtalet mer fokuserar på hälsoproblemen än på den äldres resurser och förutsättningar. Inget tyder på att det blev så. I de fall då hälsoproblemen var i fokus har det nog vanligen berott på att det är de frågorna den äldre velat ta upp – det är ju vad den äldre vill tala om som ska styra samtalet. Att den äldre väntar sig att få ta upp dessa frågor kan också sammanhålla med uppfattningen om vad som är distriktsköterskans profession.

Fler hälsoproblem i socioekonomiskt svaga områden kan motivera tidigare start

I socioekonomiskt svaga områden upptäcktes fler hälsoproblem, och de intervjuade 65-69-åringarna berättade i högre utsträckning än de intervjuade 75-åringarna att de haft nytta av samtalet. Här upptäckte distriktssköterskorna så mycket som i vart femte fall högt blodtryck som den äldre inte var medveten om. Detta är i linje med tidigare erfarenheter att det är vanligare med olika hälsoproblem i socio-

ekonomiskt svaga områden än i mer resursstarka områden

Införande med förhinder

Erbjudandet om hälsosamtal i hemmet infördes samtidigt som Vårdval Stockholm genomfördes. Vårdvalet har varit en utmaning för husläkarverksamheterna, och medfört att många husläkarverksamheter inte kunnat ägna sig åt det förebyggande arbetet med den kraft som behövts.

Det främsta hindret var bristande stöd från verksamhetscheferna. Tidsbrist, ibland beroende på personalbrist, var ett annat hinder. Tidsbristen kunde hänga samman med att husläkarverksamheten hade få eller inga undersköterskor, varför distriktssköterskorna fick utföra deras arbete. Vissa husläkarverksamheter hade valt att anställa sjuksköterskor och hade därför för få distriktssköterskor som hade kompetensen att genomföra hälsosamtalen. Under hösten 2009 upptog vaccinationskampanjen mot den nya influensan mycket tid.

Samtidigt kan konstateras att vissa husläkarverksamheter kunnat erbjuda alla sina 75-åringar ett hälsosamtal i hemmet. Det finns inga specifika drag som utmärker dem, det är mottagningar i innerstad och förort, i socioekonomiskt svaga och starka områden och små såväl som stora husläkarmottagningar.

Uppföljning viktig

Slutligen, i interventionsstudien såväl som i breddinförandet skedde i de flesta fall endast ett hälsosamtal. Om

man ser till tidigare forskningsresultat kan dock detta vara för lite för att ge effekt på t.ex. flytt till äldreboende och överlevnad. Det är därför viktigt att distriktssköterskan i varje enskilt fall gör en bedömning om det behövs uppföljning, antingen genom nytt besök i hemmet, bokad tid på vårdcentralen eller per telefon. Uppföljningen bör inte endast föras av medicinska behov utan också av att det kan finnas frågor den äldre behöver mer tid att tala om, som ensamhet och oro.

Slutsatser

- Det går att integrera hälsosamtalen i det dagliga arbetet på en husläkarmottagning
- Hälsosamtalen är uppskattade såväl av de äldre som av distriktssköterskorna.
- Den äldres kunskap om vart man vänder sig för att få hjälp i samhället och kännedom om fritidsaktiviteter i lokalsamhället ökas genom hälsosamtalen.
- När det gäller trötthet, värk och smärta kan man skönja effekter av hälsosamtalen.
- På andra områden som upplevd hälsa, hälsoproblem och livsstil var det svårare att se effekter i interventionsstudien.
- Hälsosamtalen ger den äldre möjlighet att reflektera över sin egen hälsosituation, livsstilsfaktorer, åldrandet och dess möjligheter och bekymmer tillsammans med en kunnig person som både kan bekräfta en och ge sakkunnig information.
- Hälsosamtalen i hemmet ger distriktssköterskan möjlighet att lära

känna sina patienter och etablera en relation som kan vara värdefull för framtida kontakter.

- Hemmiljön skapar också en trygghet för själva samtalet, och underlättar dialog kring att förebygga risker i hemmet och utemiljön.
- Om hälsosamtal ska erbjudas så måste de prioriteras i det ordinarie arbetet. Den som erbjudit sig att komma hem måste vara den som kommer, ombokning av tid undvikas, och tillräcklig tid ges för samtalet, normalt cirka en timme.
- De uppföljningar distriktssköterskorna gjort av hälsosamtalen har vanligen varit för att kontrollera hälsoproblem eller hjälpa till med t.ex. läkemedel, hjälpmedel, kontakt med kommun eller annan vårdgivare. Det synes ovanligt att uppföljningen gällt existentiella frågor eller livsstilsfaktorer.
- Hälsosamtalen bör kombineras med en enklare hälsokontroll (blodtryck, blodsocker, vid behov erbjuda läkemedelsgenomgång, nutritionsbedömning, minneskontroll och liknande).
- Åldersgruppen 75 år kan vara lämplig, men i socioekonomiskt svaga områden kan det finnas skäl att erbjuda hälsosamtal till personer 67-69 år.
- Hälsosamtalen är ännu inte en etablerad arbetsform hos majoriteten av husläkarverksamheterna. Genomförandet av nya arbetsmetoder tar längre tid än två år. Behovet av fortbildning i omvårdnadsfrågor och omvårdnadsdokumentation samt stöd av vårdutvecklingsledare kvarstår. Fortbildningen måste

inbegripa verksamhetscheferna för att bli verkningsfull.

Referenser

- Gustafsson, B., & Wiik, W. (2004). Bekräftande omvårdnad : SAUK-modellen för vård och omsorg (2., [rev. och utök.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Hansagi, H., & Rosenqvist, U. (1982). Health Index. [Unpublished data]. Unpublished data, Department of Social Medicine, Huddinge Hospital.
- Huss, A., Stuck, A. E., Rubenstein, L. Z., Egger, M., & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 63(3), 298-307.
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality--a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6, 220.
- Sahlen, K. G., Lofgren, C., Mari Hellner, B., & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health*, 36(3), 265-271.
- Socialstyrelsen. (2004). Primärvårdens tillgänglighet prioriteringar och kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stiftelsen, Äldrecentrum, & CeFAM. (2007). Förebyggande hembesök till äldre En modell för det hälsofrämjande arbetet (No. Rapport 2007:20). Stockholm.
- Strandberg, E. L., Ovhed, I., Borgquist, L., & Wilhelmsson, S. (2007). The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Fam Pract*, 8, 8.