



LINDESBERGS  
KOMMUN

---

Socialförvaltningen  
Äldreomsorgen

# Möjligheter på äldre dar...

## Slutrapport

Hälsöfrämjande besök för äldre  
I Lindesbergs kommun



*Foto: Per Molin*

**Ebba Karami**

Hälsoutvecklare/Utvecklingsledare



---

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. SAMMANFATTNING .....</b>	
<b>2. INLEDNING.....</b>	
<b>3. BAKGRUND HÄLSOFRÄMJANDE BESÖK.....</b>	
3.1 Svensk lag.....	
3.2 Internationellt .....	
3.3 Nationellt .....	
3.3.1 Lokalt.....	
<b>4. LINDESBERGS UTVECKLINGSARBETE.....</b>	
4.1 Syfte och mål.....	
4.2 Hälsöfrämjande faktorer.....	
<b>5. UPPFÖLJNING/UTVÄRDERING AV BESÖKEN .....</b>	
5.1 Syfte med uppföljning och utvärdering.....	
5.2 Resultat från utvärderingsenkäten .....	
5.3 Övriga vinster med besöken .....	
5.4 Informationsspridning av verksamheten .....	
<b>6. METOD OCH IMPLEMENTERING.....</b>	
6.1 Utveckling av arbetsmetod .....	
6.2 Förhållningssätt .....	
6.3 Målgrupp .....	
6.4 Samtalsformulär .....	
6.5 Besöksguiden.....	
6.6 Information vid besöket.....	
6.7 Riktlinjer.....	
6.8 Bearbetning av materialet.....	
6.9 Utbildning av personal .....	
<b>7. EKONOMISK ASPEKTER.....</b>	
7.1 Utmaning när det gäller jämförelser.....	
7.2 Fallolyckor .....	
7.3 Syn .....	
7.4 Lindesbergs kostnader när det gäller fall och synproblem.....	
7.4.1 Fallolyckor .....	
7.4.2 Syn .....	
7.5 Befolkningsutveckling i Lindesbergs kommun.....	
<b>8. DISKUSSION .....</b>	
8.1 Hur ska man arbeta för bästa effekt?.....	
8.2 Gamla och nya erfarenheter .....	
8.3 Hur blir det i Lindesbergs kommun framöver? .....	
8.4 Kostnadseffektivt?.....	
8.5 Avslutningsvis .....	
<b>9. REFERENSER .....</b>	

---

## 1. SAMMANFATTNING

Den demografiska utvecklingen visar på en högre andel äldre människor inom en snar framtid. Det kan medföra att antalet människor med behov av vård och omsorg kommer att öka de kommande åren. Oberoende befolkningsutveckling är det viktigt med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Dessa insatser kan skjuta upp funktionsnedsättningar och beroende, vilket i sin tur kan minska omfattning och kostnader för vård och omsorg förutom den personliga vinsten. Vad kan göras av individen själv och hur kan samhället bidra med förutsättningar för att bevara den äldres förmåga att leva ett aktivt och självständigt liv så länge som möjligt? Idag koncentreras samhällets resurser kring de sjuka och mest hjälpbehövande. För en växande andel äldre, som har relativt god hälsa och funktionsförmåga ökar det egna ansvaret för hälsan och välbefinnandet.

För att skapa förutsättningar för bättre hälsa hos den äldre befolkningen i Lindesbergs kommun har arbetsmetoden hälsofrämjande besök utvecklats, prövats, utvärderats, och reviderats under 2007 och 2008. Under 2009 har arbetsmetoden implementerats in i den ordinarie verksamheten och ska fungera som ett hållbart stöd inom äldreomsorgen. Riktlinjer för verksamheten har framtagits och kommer att antas av nämnden under 2009. Målgrupp för besöken är kalenderårets samtliga 80-åringar i Lindesbergs kommun som bor i ordinärt boende, inklusive de som har lättare hemtjänstinsatser som städ, tvätt, mat och larm samt insatser enligt HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen).

Kunskap ger trygghet. Resultat från utvärderingen visar att kommunens satsning med hälsofrämjande besök mottagits positivt av målgruppen. De som får besök känner sig sedda, hörda och upplever att någon bryr sig. Vidare upplever de besöken som givande och värdefulla. Den kunskap och information som sprids via de hälsofrämjande besöken bidrar till att 80-åringarna känner sig tryggare, främjar sin självständighet och kan på sikt påverka hälsan i positiv riktning. Genom besöken når vi dels personer som kan vara svåra att nå, dels upptäcka olika behov i tid innan det är "för sent". Det kan exempelvis gälla behov av hjälpmedel, bostadsanpassning, anhörigstöd m.m.

Trots positiva resultat är det viktigt att beakta ekonomiska aspekter av det förebyggande/främjande arbetet för att få förbättrade underlag för beslut och prioriteringar. Det är komplicerat att genomföra och jämföra kostnadsanalyser gällande uppsökande verksamhet. I denna rapport redovisas ett blygsamt försök till kostnadseffektivitet vad gäller fallolyckor och synproblematik som är två områden i de hälsofrämjande besöken.

Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem med stora kostnader och lidande som följd. I relation till alla andra dödsorsaker är fallolyckor internationellt sett den femte vanligaste dödsorsaken bland äldre efter hjärt-kärlsjukdomar, cancer, stroke och lungsjukdomar. Om man räknar antalet vård dagar är lårbensfraktur den tredje största gruppen efter schizofreni och stroke. Kostnader förknippade med fallolyckor uppskattas till 5 miljarder kronor i direkta kostnader. Vidare skördar fallolyckor flest offer. Under 2007 omkom 1400 seniorer (65+) till följd av fallolycka i Sverige jämfört med 105 personer i trafiken (65+). Bristfällig syn är en av de främsta orsakerna bakom fallolyckor. Sannolikheten för fall är 60% högre hos individer som har synproblem jämfört med de som har bra syn.

I dagsläget är det klokt att fortsätta med de hälsofrämjande besöken då alternativet att inte ha någon verksamhet, inte är något alternativ. Samhället/kommunen kan endast skapa förutsättningar för detta, det hälsosamma valet måste senioren själv göra!

---

## 2. INLEDNING

Sveriges befolkning åldras. Den europeiska befolkningen åldras. Den demografiska utvecklingen visar på en högre andel äldre människor inom en snar framtid. Det kan medföra att antalet människor med behov av vård och omsorg kommer att öka de kommande åren. Oavsett den demografiska utvecklingen är det viktigt med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Dessa insatser kan skjuta upp funktionsnedsättningar och beroende, vilket i sin tur kan minska omfattningen av och kostnader för vård och omsorg förutom den personliga vinsten.

Medellivslängden har ökat under hela 1900-talet från 51 år till 78 år för män och från 54 år till 82 år för kvinnor. Förbättrade levnadsförhållanden och medicinska insatser samt en mer hälsosam livsstil gör att många klarar sig utan hjälpinsatser. Framförallt kan hälsofrämjande och förebyggande insatser förbättra de äldres välbefinnande och livskvalitet.

Befolkningsutvecklingen är inte den enda faktorn av betydelse för den framtida planeringen för äldre. Av stor vikt är också det allmänna hälsoläget hos den äldre befolkningen. Insatser som främjar ett hälsosamt åldrande och värdesätter äldre människors insatser bör ses som en samhällsinvestering, förutom att det är en tillgång för individen. Förebyggande verksamhet bland äldre betraktas ibland som onödig lyx och något vi kan avstå ifrån när ekonomin kärvar. Idag koncentreras samhällets resurser kring de sjuka och mest hjälpbehövande. För en växande andel äldre, som har relativt god hälsa och funktionsförmåga leder det till att det egna ansvaret för hälsan och välbefinnandet ökar.

Utifrån perspektivet ovan blir det angeläget att rikta fokus på den växande andel äldre som har hälsan och funktionsförmåga i behåll och som klarar av det mesta själva. Vad kan göras av individen själv och hur kan samhället bidra med förutsättningar för att bevara den äldres förmåga att leva ett aktivt och självständigt liv så länge som möjligt?

Intresset för folkhälsoarbete riktat mot äldre människor växer i takt med att mängden studier som visar på positiva effekter av interventioner sent i livet blir allt fler. Vi har idag stor kunskap om hur vår hälsa påverkas av olika faktorer och om hur hälsan kan förbättras. Det finns en mängd studier som visar att det går att påverka hälsosituationen positivt även i hög ålder. Fysisk aktivitet, goda matvanor, bra sociala relationer och en meningsfull vardag är de fyra grundpelarna för ett gott åldrande, enligt Statens folkhälsoinstitut (1). För att folkhälsoarbetet ska bli framgångsrikt krävs ett bra samspel mellan samhället och individen. Insatserna bör ske på såväl samhälls-, som grupp- och individnivå. Men samhället kan bara möjliggöra – det hälsosamma valet måste individen göra själv.

För att skapa förutsättningar för bättre hälsa hos den äldre befolkningen i Lindesbergs kommun har utvecklingssatsningen ”hälsofrämjande besök” pågått sedan 2007 med hjälp av statliga stimulansmedel. Med hjälp av dessa medel och efter att ha tagit del av andra kommuners erfarenheter har arbetsmetoden utvecklas, prövats, utvärderats, och reviderats under 2007 och 2008. Under våren 2009 har arbetsmetoden implementerats in i den ordinarie verksamheten och ska fungera som ett hållbart stöd inom äldreomsorgen.

Om du intresserad av att ta del av de resultat som finns dokumenterade kring verksamheten hälsofrämjande besök finns rapporterna: ”Möjligheter på äldre dar” samt ”Resultat av uppföljande samtal och utvärdering”. Dessa finns på: [www.lindesberg.se/halsoframjandebesok](http://www.lindesberg.se/halsoframjandebesok)

---

### 3. BAKGRUND HÄLSOFRÄMJANDE BESÖK

Kärt barn har många namn! De vanligaste benämningar på den uppsökande verksamheten är: förebyggande hembesök, hälsofrämjande hembesök, hälsosamtal, förebyggande hälsosamtal, hälsofrämjande besök, uppsökande verksamhet, hälsobefrämjande samtal osv. I denna rapport kommer uppsökande verksamhet användas som samlingsnamn, förebyggande hembesök när det gäller beskrivning av andra kommuners verksamheter och hälsofrämjande besök när det gäller Lindesbergs arbete.

Värdet av förebyggande perspektiv har hävdats i svensk äldreomsorg genom kommunernas uppsökande verksamhet på 1960- och 1970-talen till 2000-talets förebyggande hembesök. Uppsökande verksamhet har sitt ursprung ur en oro över befolkningsutvecklingen. Oro över hur resurserna i framtiden ska kunna räcka till vård och omsorg. I det perspektivet blev det angeläget att fundera över vad som kan göras av den enskilde själv och samhället, för att man som äldre ska kunna bibehålla hälsa och funktionsförmåga och leva ett självständigt liv så länge som möjligt.

Med syfte att bygga upp kunskaper om hur man kan förebygga ohälsa och vårdbehov bland äldre avsatte regeringen inom ramen för den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken stimulansmedel för uppsökande verksamhet i form av förebyggande hembesök till äldre. 1999 fick 21 kommuner och landsting pengar för att bedriva ett treårigt försök med uppsökande verksamhet. Resultatet finns presenterat i en rapport från Socialstyrelsen (2).

Socialstyrelsens redovisning av 2007-2008 års medel av stimulansmedel visar att 172 kommuner och 14 landsting har arbetat med förebyggande insatser. Av dessa har 38 projekt som genomförts inom området förebyggande arbete blivit ordinarie verksamhet, varav 31 kommuner och 7 i landsting. (18). Framförallt har medlen gått till tre områden:

- uppsökande verksamhet bland äldre
- fallförebyggande insatser, t.ex. "Fixar-Malte"
- hälsofrämjande insatser

2007 sökte och beviljades Lindesbergs kommun stimulansmedel för att bedriva uppsökande verksamhet som under våren 2009 har implementerats in i den ordinarie verksamheten. Riktlinjer för verksamheten väntas antas av socialnämnden under hösten 2009.

#### 3.1 Svensk lag

I Sverige påbjuder egentligen både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen redan förebyggande och uppsökande verksamhet. I den reviderade socialtjänstlagen (5§SoL) anges att det hör till socialnämndens uppgifter att "göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen - informera om socialtjänsten i kommunen - genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden". Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2b§HSL) har huvudmannen ansvar för att "ge upplysningar om metoder att förebygga sjukdom eller skada". Lagligt stöd för förebyggande insatser finns alltså, även om det i praktiken sällan förekommer i systematisk form när det gäller verksamhet som riktas till de äldre.

---

### 3.2 Internationellt

Det är viktigt att lyfta blicken och se hur det ser ut i andra länder när det gäller förebyggande hembesök hos äldre. I bl.a. Danmark, Finland, Australien, Japan, Storbritannien erbjuds besök till äldre. Ofta refereras Danmark och deras förebyggande hembesök. 1990 lagstodgades verksamheten i Danmark vilket innebär att minst två besök om året skall erbjudas seniorer som är 75 år och äldre. 1984 presenterades en studie som visade att förebyggande hembesök inte bara kunde förbättra livskvaliteten utan också minska akuta läkarbesök och inläggning på de danska sjukhemmen (5).

I Storbritannien gjorde Ruth Elkan och Denise Kendrick, från Nottinghams universitet en sammanställning baserad på omfattande litteraturundersökning inom området som berör äldre och hembesök (9). Den slutgiltiga rekommendationen som gavs till beslutsfattare inom WHO var att det inte finns belägg för att man ska sluta med förebyggande hembesök där sådana genomförs, men att det behövs mer forskning innan man kan ge en allmän rekommendation att starta nya.

I Finland inledde de flesta kommunerna hembesök efter 2003. År 2006 erbjöds förebyggande hembesök hos äldre i 151 kommuner och 60 planerade då att införa sådana besök. Finska kommunförbundet planerade till 2008 att utarbeta en liten handbok om planering, genomförande, utbildning och handledning för personalen. I handboken ska det dessutom finnas exempel på god praxis och arbetsberedskap i kommunerna.

### 3.3 Nationellt

I slutrapporten gällande de 21 försöksverksamheterna står ”att det seniorerna uppskattade mest vid hembesöken var att de fick saklig information av professionella personer”. Vidare visade sammanfattningen att man nådde ut till grupper som annars var svåra att nå med information om hälsa och livsstil. Resultatet visade också ökad trygghet hos de äldre, minskat vårdbehov och minskade sjukvårdskostnader.

Man kunde se två röda trådar i omdömena från de äldre, nämligen att besökaren är en person som tillför något genom sin kunskap och kompetens och att man som senior blir sedd, bekräftad och respekterad. Utvärderingen visar tre s.k. framgångsfaktorer som såg ut att påverka utfallet av besöken: målgruppens sammansättning, besöksfrekvensen, hembesökens struktur och innehåll. Resultatet finns presenterat i en rapport från Socialstyrelsen (4).

Nordmaling var en av de 21 kommunerna som fick stimulansmedel för att bedriva förebyggande hembesök. Hembesöken i Nordmaling skiljer sig inte nämnvärt från de andra projekten i försöksverksamheten gällande upplägg och utförande. Nordmaling nämns ofta som en referenskommun då projektet lades upp som en kontrollerad studie med intervention och kontrollgrupp. Doktoranden Klas-Göran Sahlén har undersökt de finansiella effekterna som försöksverksamheten med förebyggande hembesök åstadkommit i Nordmaling. Exempelvis såg man att andelen som sökte hemtjänst i kontrollgrupp var 7,2 % medan i hembesöksgruppen var det 4,1 %. Detta innebar en besparing för kommunen på 553 239 kr. Andra effekter som upptäcktes var att dödligheten, de akuta besöken hos distriktsläkaren, upplevelse av oro och smärta minskade signifikant under projektiden. Sammanlagt blev kostnadsminskningen till följd av projektet något mindre än själva projektets kostnader (6).

---

Trots dessa omfattande analyser behövs mer svensk forskning om effekterna och nyttan av förebyggande hembesök i förhållande till kostnaderna. Det behövs också systematisk uppföljning hos utförarna av den egna verksamhetens resultat och fortgående utveckling av verksamhetens kvalitet.

### *3.3.1 Lokalt*

I Örebro län var det i april 2007 endast Ljusnarsberg som var verksam inom området. Kumla kommun var en av kommunerna som deltog i försöksverksamheten 99-02. Trots positiva resultat finns inte någon verksamhet i dagsläget. I övrigt har projekt för förebyggande hembesök pågått eller pågår i ex. Nora, Lekeberg, Fagersta, Arboga och Örebro.

## **4. LINDESBERGS UTVECKLINGSARBETE**

2007 sökte och beviljades Lindesbergs kommun stimulansmedel för att bedriva uppsökande verksamhet. Försöksverksamheten har implementerats i den ordinarie verksamheten under våren 2009 och är tänkt att fungera som ett hållbart stöd inom äldreomsorgen. De hälsofrämjande besöken riktas till kalenderårets samtliga 80-åringar i Lindesbergs kommun som bor i ordinärt boende, inklusive de som har lättare hemtjänstinsatser som städ, tvätt, mat och larm samt insatser enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslagen).

Arbetet resulterade i att 109 (av 159) personer besöktes under våren 2008. Samtliga personer följdes upp under hösten samma år genom telefonsamtal och ett fåtal fick även ett uppföljningsbesök efter önskemål och behov. Samtliga personer mottog en utvärderingsenkät ett par veckor efter uppföljningstillfället. (För mer information och resultat, se rapporterna "Möjligheter på äldre dar" och "Resultat av uppföljande samtal och utvärdering").

### **4.1 Syfte och mål**

#### *Syfte med verksamheten*

Syftet med verksamheten är att på sikt främja hälsan hos den utvalda målgruppen genom hälsofrämjande besök. För att uppnå detta innehåller de hälsofrämjande besöken ömsesidigt informationsbyte kring hälsa, säkerhet, trygghet och behov.

#### *Mål med verksamheten*

1. Bevara, öka tryggheten hos målgruppen genom hälsofrämjande besök.
2. Bistå med kunskap om hur information kan hittas som är av vikt för den enskilde (t.ex. telefonnummer, sociala aktiviteter, äldreomsorgen, fysisk aktivitet, kost, läkemedel etc.).
3. Kontinuerligt erhålla uppdaterad kunskap om målgruppens hälsa, trygghet och behov.

### **4.2 Hälsofrämjande faktorer**

För att kunna stimulera människor att välja goda levnadsvanor, stärka den personliga identiteten och ge stöd till utvecklingen av den egna individens förmåga att lösa "utmaningar" har vi i Lindesberg lagt tyngdpunkten på hälsofrämjande perspektiv framför det förebyggande. En viktig skillnad mellan dessa begrepp är att förebyggande arbete oftast riktas mot en specifik riskgrupp och innebär att riskerna för skador och ohälsa identifieras, utsluts och/eller minskas. Det hälsofrämjande arbetet fokuserar på att skapa stödjade miljöer där det

---

finns möjligheter till och förutsättningar för bättre hälsa. Det handlar om att stärka och bevara det som är friskt utan uppifrånsperspektiv eller pekpinnar. Val av perspektiv är viktigt eftersom det styr val av strategi, metoder och redskap. Samhället kan bara möjliggöra – det hälsosamma valet måste individen göra själv. Det förebyggande och det främjande synsättet på hälsa kompletterar varandra - det ena synsättet utesluter inte det andra.

Lindesbergs kommun arbetar utifrån de fyra fastställda hälsofrämjande faktorerna (7):

- Fysisk aktivitet
- Bra kost
- Social gemenskap
- Meningsfull vardag

Vidare har vi kompletterat med ytterligare faktorer för äldres hälsa:

- Fall
- Läkemedel
- Fysiska besvär
- Syn och hörsel
- Anhörigstöd

## 5. UPPFÖLJNING OCH UTVÄRDERING AV BESÖKEN

### 5.1 Syfte med uppföljning och utvärdering

Det övergripande syftet med uppföljning och utvärdering är att vi skall kunna lära av det vi gör, både det positiva och det som är mindre bra. Syftet med uppföljningen är främst att kunna följa upp sådant som framkom under första besöket. Efter det första besöket kan senioren komma på nya tankar och funderingar som är viktiga att följa upp. Det framkommer ofta mycket information under besöket som behöver följas upp. Genom att vi följer upp samtalen får vi veta om vi kan bidra med något mer samtidigt som vi får information om hur senioren upplevt besöket och dess innehåll. Vid uppföljningssamtalet finns också utrymme för att kunna stötta senioren mot rätt riktning om han/hon behöver lite ”draghjälp”.

Utvärdering av besöken skedde genom att målgruppen mottog en utvärderingsenkät som de sedan returnerade till annan person än den som besökt dem tidigare. Syftet med enkäten var att öka kommunens kunskap om hur målgruppen upplevt de hälsofrämjande besöken. Ett annat viktigt syfte har varit att samla beslutsunderlag för fortsatt verksamhet och utveckling av arbetsmetod. Vid utvärderingen framkom målgruppens uppfattning om besökens innehåll och upplägg vilket har hjälpt kommunen i verksamhetsplaneringen.

### 5.2 Resultat från utvärderingsenkäten

Det råder inga tvivel om att kommunens satsning med hälsofrämjande besök mottagits positivt av målgruppen. Svarefrekvensen på enkätundersökningen blev anmärkningsvärt hög (89 %) speciellt med tanke på att inga påminnelsebrev skickades ut till målgruppen. Samtliga i målgruppen tyckte att kontakten med besökaren fungerade mycket bra eller bra. 98 % tyckte att informationen de fick vid besöket var mycket bra eller bra. På frågan om de gjort några förändringar vad gäller säkerhet i hemmet svarade 44 % att de hade ändrat något i hemmet. 35 % hade gjort förändringar vad gällde sina levnadsvanor. Samtliga i målgruppen tyckte att det var övervägande positivt att få besök. (Se rapporten ”Resultat av uppföljande samtal och utvärdering av projektet Hälsofrämjande besök för äldre i Lindesbergs kommun”).

---

### Några kommentarer

- Seniorerna känner sig sedda, hörda, bekräftade, ihågkomna och att ”någon” bryr sig.

*”Positivt att man får besök och att man får det råd om säkerhet och levnadsvanor. Dels att man som pensionär får bekräftelse att man någonstans finns registrerad. Tack!”*

*”Uppskattade kontakten, när någon bryr sig om hur man har det, gärna en fortsättning”.*

*”Tack för att Ni bryr Er om oss gamla!”.*

- De upplever att de tas på allvar och har fått en positivare bild av kommunen och äldreomsorgen då de upplevt besöken som mycket givande.

*”Besöket var mycket givande”.*

*”Jag upplever besöket som mycket positivt. Dels var [besökaren] som person en mycket behaglig och trevlig intervjuare, dels kändes det som om hon verkligen var intresserad av min situation, hur jag har det samt vad kommunen kan göra för just mig framöver. Jag kände mig glad över hennes besök och det höll i sig i flera dagar. Det känns tryggt att bli uppmärksammas och att någon verkligen lyssnat på en som medmänniska – inte som en myndighetsperson. Ett bra initiativ av kommunen!”*

- Tryggare genom att de lärt känna ”systemet”.
- Många uttrycker att de får reda på mycket nyttig information de inte vetat sedan tidigare.
- ”Rätta” kontakter förmedlas vilket underlättar för senioren samt resurssparande för kommunen.

*”Känner trygghet om [besökaren] finns kvar så man kan få råd och information om det skulle behövas”.*

### 5.3 Övriga vinster med besöken

- Lättare att upptäcka behov av hjälpmedel, anhörigstöd, bostadsanpassning m.m. då besöken sker i hemmet.
- Genom samtalen skapas/ökar medvetenhet om kost, motion, fall, läkemedelshantering, social gemenskap, syn och hörsel etc.
- Besöken bidrar till större säkerhetstänk samt det som är betydelsefullt för hälsan.
- Den uppsökande verksamheten har visat sig fungera som en ”mur-rivare”.
- Många blir inspirerade till att ta tag i sådant de länge tänkt på.
- Genom besöken får kommunen bättre kontakt och ökad kännedom när det gäller målgruppens vardags-, livs- och hälsosituation vilket kan underlätta insatser framöver.

---

## 5.4 Informationsspridning om verksamheten

Information till 80-åringarna och allmänheten har spridits via den lokala pressen, lokalradion, kyrkans anhörigdag i Lindesberg, möte för allmänheten på stadshotellet, socialnämnden, det kommunala pensionärsrådet, utvecklingsrådet, enhetschefer, biståndshandläggare, distriktssköterskor, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster vid Lindesbergs lasarett. Även primärvården, folktandvården, försäkringskassan, biblioteket, kommunens samtliga äldreboenden har informerats om de hälsofrämjande besöken samt mottagit informationsbroschyrer för respektive väntrum. Utvecklingsledaren har hållit föredrag för Örebro Universitets folkhälsostuderande samt den lokala gymnasieskolan i Lindesberg. Vidare anordnade utvecklingsledaren ett nationellt nätverksträff för förebyggande hembesök i oktober 2008.

## 6. METOD OCH IMPLEMENTERING

Det främsta verktyget för att genomföra de hälsofrämjande besöken har varit det goda samtalet. Samtalen bygger på ömsesidigt informationsbyte och tanken är att mötet ska ge kraft, kunskap och inspiration till den enskilde senioren att själv påverka sin hälsa och livskvalitet. Beslutet ligger hos deltagaren medan den professionelle hjälper till att påvisa samband. Även om samtalet är strukturerat handlar det inte om någon utfrågning utan ett samtal, anpassat för just den man möter. Arbetsmetoden hälsofrämjande besök har utvecklats utifrån erfarenheterna av besöken under 2008.

### 6.1 Utveckling av arbetsmetoden

Efter att ha prövat metoden under 2008 har vissa justeringar gjorts av arbetsmetoden. Det är viktigt med tydligt och enkelt material då verksamheten är förlagd på flera personer. Exempelvis har samtalsformuläret omarbetats för att minska tolkningsutrymmet av frågorna i formuläret. Motiverande samtalsteknik ligger numera till grund för besöken. Det handlar mycket om att besökaren inte ska konfrontera senioren utan lägga vikt vid seniorens självständighet och egna val. För att underlätta uppföljning av besöken har ett uppföljningsformulär skapats. Vidare behandlar den nya utvärderingsenkäten fler frågor vilket ger oss mer underlag att arbeta utifrån framöver. När det gäller dokumentation och bearbetning av material finns numera det webb-baserade dataprogrammet ES-maker.

### 6.2 Förhållningssätt

Det viktigaste är mötet och det förtroliga samtalet som anpassas till senioren situation och förutsättningar. Besöken skall utgå från hälsofrämjande perspektiv och fokusera på hälsa, det vill säga det friska och inte det sjuka. Givetvis ska det förebyggande arbetet också beaktas.

I Lindesbergs kommun baseras de hälsofrämjande besöken på Motiverande samtal (10). Besökarna har genomgått en halvdags utbildning i motiverande samtalsteknik. Motiverande samtal handlar om att hjälpa människor att komma vidare i en förändringsprocess. Det bygger på frivillig medverkan där inga pekpinnar eller uppifrånperspektiv används. Stor vikt läggs vid senioren självständighet i motsats till ett mer konfrontativt förhållningssätt, där senioren blir tillsagd vad han/hon bör göra och där hennes val ibland inte accepteras utan betraktas som ett resultat av bristande insikt. Uppgiften för besökaren handlar om att möta senioren där han/hon befinner sig och underlätta för denne att bli mer medveten och förändringsbenägen. Det handlar mycket om att väcka intresse genom att erbjuda ny information om riskerna med

---

beteendet. Samtalet ska skapa möjligheter, erbjuda olika handlingsalternativ och stödja tilltro till den egna förmågan att kunna genomföra förändringen. Helt enkelt ta tillvara på seniorens egenkraft.

### **6.3 Målgrupp**

Målgruppen för verksamheten är kalenderårets samtliga 80-åringar i Lindesbergs kommun som bor i ordinärt boende, inklusive de som har lättare hemtjänstinsatser som städ, tvätt, mat och larm samt insatser enligt HSL (Hälso- och sjukvårdslagen).

### **6.4 Samtalsformulär**

Syftet med samtalsformuläret är dels att ha stöd för att kunna föra diskussion kring de hälsofrämjande faktorerna, dels att målgruppen ska få ta del av samma information då det är olika personer som utför besöken framöver. Samtalsformuläret används i första hand som diskussionsunderlag snarare än statistikunderlag. Hantering av information som framkommer vid besöken underlättas tack vare den strukturerade formen. Det blir tydligare att se vilka kompetenser/instanser som får flest förmedlingar och detta kan ge en fingervisning på hur kommunen kan bygga upp ett tätare samarbete och samverkan med olika parter. Det ursprungliga samtalsformuläret har reviderats och förenklats samt med tillägg av faktaruta intill frågorna som underlättar för besökaren vid mötet med senioren.

### **6.5 Besöksguiden**

I Lindesbergs kommun har projektledaren framtagit en manual som heter Besöksguiden. Besöksguiden ger information steg för steg om bl.a. planering, förberedelseprocess, genomförande/utförande, fakta, instruktion till samtalsformuläret, stöd vid uppföljning och utvärdering, dokumentation m.m.

### **6.6 Information vid besöket**

Vid besöket ges information om:

- ”Bra telefonnummer att känna till i din kommun” (Telefonlista + lokal del)
- ”Möjligheter på äldre dar” (Broschyr om hälsa)
- Anhörigstöd
- Föreningsliv och aktivitetsutbud för äldre i Lindesbergs kommun
- Kompletteringstrafik
- Sjukresor
- Färdtjänst (inkl. ansökningsblankett vid önskemål)
- Apotekets kostnadsfria läkemedelgenomgång
- Väntjänsten
- Hjälpmedel och säkerhetsartiklar
- Privat servicelista (alternativ till kommunens hemtjänstutbud)
- Kommunens syninstruktör
- Träningsprogram
- Kommunens avgifter och taxor

### **6.7 Riktlinjer**

Riktlinjer för verksamheten har arbetats fram och kommer att antas av nämnden under 2009.

---

## 6.8 Bearbetning av materialet

För lättare hantering av materialet från besöken använder vi oss av dataprogrammet ES-maker. I dagsläget är det tre olika webb-baserade frågeformulär och enkät som ska registreras av besökarna. De frågor som kommer att registreras i dataprogrammet är samtalsformuläret, uppföljningsformuläret samt utvärderingsenkäten. Uppgifterna som registreras är avidentifierade och redovisningen sker på gruppnivå.

## 6.9 Utbildning av personal

För att kunna utföra hälsofrämjande besök i Lindesbergs kommun har arbetsterapeuter och sjuksköterskor genomgått omfattande utbildning under våren 2009. De har teoretiskt och praktiskt genomgått de hälsofrämjande besökens historik, utveckling, tidigare erfarenheter, syfte, mål, riktlinjer, metod, innehåll, uppföljning, utvärdering etc.

Att vara besökare i Lindesbergs kommun innebär att teoretiskt kunna:

- Grunderna i "Motiverande samtal"
- Hantera samtalsformulär, uppföljnings- och utvärderingsenkät
- Hantera dokumentation via dataprogrammet ES-maker
- Förstå hur fysisk aktivitet påverkar hälsan och ha kunskaper om olika motionsformer.
- Se samband och hur olika delar integrerar med varandra. Exempelvis när det gäller kost, diabetes, läkemedel, yrsel, blodsocker, fall osv.
- Vara insatt i vad som orsakar fallolyckor och hur dessa går att förebygga.
- Ha kunskaper om syn och hörselproblem samt vilka hjälpmedel det finns.
- Vara uppmärksam när det gäller läkemedelsintag och hantering samt upptäcka om det föreligger risk.
- Ha kunskaper om inkontinens, sömn, munhälsa m.m.

En besökare ska också praktiskt kunna:

- Diskutera upplevd hälsa, sociala faktorer, hälsovanor m.m.
- Få människor att känna sig så trygga att de vågar se och erkänna inre hinder för och möjlighet till förändring.
- Känna och förstå om någon behöver professionellt stöd av olika slag.
- Hjälpa senioren att förstå och besvara även komplexa och känsliga frågor.
- Följa upp samt praktiskt utvärdera besöken.

Vidare behöver besökaren ha:

- Goda kunskaper om föreningslivet, frivilligorganisationer (väntjänsten, röda korset) osv.
- Kunskaper om anhörigstöd, växelvård, korttidsvård, dagvård m.m.
- Kännedom om kommunens taxor, organisation, beslutsvägar etc.
- Goda kontakter i ett nödvändigt nätverk av resurspersoner.

---

## 7. EKONOMISKA ASPEKTER

Är det etiskt försvarbart att bry sig om ekonomiska aspekter när man diskuterar hälsofrämjande och förebyggande arbete? Livet i sig är ju ovärderligt och det måste få kosta att rädda liv, förebygga skador, främja hälsa och säkerhet. Behöver vi verkligen anlägga ett ekonomiskt perspektiv när det handlar om att främja hälsa och säkerhet? Det borde inte vara så men samhällets resurser är begränsade. I verkligheten är resurser knappa och det finns alltid alternativ användning för dem. Det skulle snarare vara oetiskt att inte beakta ekonomiska aspekter på främjande arbete om resurserna inte används optimalt. Det vill säga att stora belopp satsas på områden där vinsterna är marginella samtidigt som andra grupper förnekas resurser där man skulle kunna bidra till markant förbättrad hälsa och säkerhet (3). Syftet med ekonomiska analyser är att få förbättrade underlag för beslut och prioriteringar.

I denna rapport blir det mycket fokus på fallolyckor och synproblematik. Anledningen till att dessa områden får mer uppmärksamhet än de andra hälsofrämjande faktorerna handlar om att det finns statistisk underlag och möjligheter att räkna i pengar. De hälsofrämjande besöken innehåller en rad hälsofrämjande faktorer som kost, fysisk aktivitet, hörsel, läkemedelshantering, social gemenskap, anhörigstöd, information m.m. Det är tyvärr lite svårare att påvisa kostnadseffektivitet inom dessa områden i dagsläget men givetvis är de övriga delarna minst lika viktiga att arbeta med. De olika hälsofrämjande faktorerna påverkar och integrerar med varandra, det ena påverkar det andra. Därför är det av stor vikt att arbeta med många olika delar för att få en helhetsbild.

Det är komplicerat att genomföra kostnadsanalyser och inom uppsökande verksamhet har det inte forskats på länge kring effekter och kostnadseffektivitet. Men i Danmark pågick denna omtalade studie under tre år om effekterna av förebyggande hembesök. 285 personer valdes slumpvis (75 år och äldre) som levde i förort till Köpenhamn och besöktes var tredje månad i sina hem. En kontrollgrupp med 287 personer användes. Resultaten visade minskning av antalet vård dygn, mortalitet och inflyttning på äldreboende(19). Det sistnämnda resultatet redovisas i tabell 1.

Tabell 1

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

### 7.1 Utmaning när det gäller jämförelser

Det är givetvis svårt att jämföra studier från olika länder och överföra den internationella forskningen till svenska system, speciellt med tanke på att definitionen om vad förebyggande hembesök är varierar och de olika arbetsmetoderna. Vidare är det svårt att med exakthet beskriva om verksamheten är ekonomiskt försvarbar eller ej. Men om syftet är att få en ungefärlig uppfattning, kan vissa schablonkostnader vara en framkomlig väg.

---

## 7.2 Fallolyckor

Fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem med stora kostnader och lidanden som följd, men problemet går att mildra genom fallförebyggande åtgärder (20). Åtgärderna bör vara kostnadseffektiva. Kostnader som är förknippade med fallolyckor uppskattas till ca. 14 miljarder kronor, varav nästan fem miljarder i direkta kostnader och ungefär nio i försämrad livskvalitet (11).

Av alla olyckor bland äldre skördar fallolyckor flest offer. Under 2007 omkom 1400 seniorer (65+) till följd av fallolycka i Sverige (13). För att göra en jämförelse finns statistik från SIKA (Statens institut för kommunikationsanalys) som visar att antalet som omkom i trafiken under 2007 (65 +) var 105 personer (14). I relation till alla andra dödsorsaker är fallolyckor internationellt sett den femte vanligaste dödsorsaken bland äldre efter hjärt-kärlsjukdomar, cancer, stroke och lungsjukdomar. Om man räknar antalet vård dagar är lårbensfraktur bland äldre den tredje största gruppen efter schizofreni och stroke. Kostnaderna för en fraktur är omkring en kvarts miljon kronor första året efter frakturen. Kommunerna får ta en stor del av fortlöpande omkostnader för eftervård och ökat vårdberoende (12).

Det är oftast inte en orsak till varje enskilt fall utan flera samverkande orsaker som exempelvis dålig syn, vissa läkemedel och något hinder på golvet. Det finns över 400 separata faktorer som ökar risken för fall (11). Fall kan dels bero på individens kapacitet som olika sjukdomar, funktionsnedsättningar, sämre syn, balansproblem, överdrivet alkoholintag, tobaksrökning etc. dels på faktorer i den fysiska miljön. Inomhus kan fall ske på grund av olika hinder som sladdar, trasmattor utan halkskydd etc. Utomhus kan det bero på trottoarkanter, dåliga skor, halka osv. En tredje faktor kan vara att äldre personer kan betrakta sitt beteende som helt ordinarie och tänker inte på att de har sämre reaktionsförmåga, sämre syn eller liknande och inte klarar samma saker som tidigare. De som tidigare har fallit, löper stor risk att falla igen. De som faller utomhus är oftast under 80 år (12).

För att åtgärda problemet krävs lösningar i form av fallolycksförebyggande åtgärder. Harald Gyllensvärd har i sin senaste rapport, *En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder*, dragit slutsatsen att trots brist på hälsoekonomiska studier finns det studier som visar att fallförebyggande åtgärder är effektiva. Generellt bör dessa åtgärder innehålla: träning för individer, säkerhetsåtgärder i inomhusmiljön, genomgång av individuella riskfaktorer som medicinlistor och syn- och hörselundersökning. Man ska inte låsa sig fast i vilket angreppssätt som är rätt utan vara öppen för att arbeta förebyggande på olika fronter (11).

Samarbete mellan kommuner och landsting ökar förutsättningarna för ett bra förebyggande arbete. För att få en bra statistik över fallolyckorna är det nödvändigt med ett nära samarbete med hälso- och sjukvården. En viktig förebyggande insats blir därmed att göra en kommunal plan i nära samarbete med landstinget. I rapporten från NCO 2008:2 redovisas att kommunernas äldreomsorg endast i 50 procent har samarbete med landstingets primärvård (12).

## 7.3 Syn

En 80-åring behöver tre gånger så mycket ljus som en 20-åring. Behovet av ljus ökar med åldern. Problemet med nedsatt syn kan innebära att man kan och vågar göra mindre. En ond cirkel kan skapas vilket gör att man inte blir lika socialt aktiv, får mindre motion etc. God

---

belysning, glasögon eller annan enkel optik kan vara den teknik som bryter cirkeln (17). Oddsquot och relativ risk är vanligt förekommande mått inom epidemiologin som har för avsikt att visa i vilken utsträckning en viss riskfaktor bidrar till att orsaka ett fall. Till exempel kan det utläsas att om man har dålig syn är sannolikheten 60 % större att falla än hos individer med bra syn (RR = 1,6) (11).

Då bristfällig syn är en av de främsta orsakerna bakom fallolyckor är det viktigt att inkludera detta område i de hälsofrämjande besöken. Ju tidigare vi upptäcker behov av "rätt" hjälpmedel kan detta förebygga fall och personligt lidande. Exempelvis kan det handla om uppmärkning av trappstege, trappräcke, spis, mikro, klocka och att få träning i att använda tekniska och optiska hjälpmedel som skapar självständighet och trygghet som kan minska risken för fall när man klarar av sin vardag. Att vara självständig och klara sig själv är en vinst för både den enskilde individen och samhället. Genom de hälsofrämjande besöken når vi fler personer med synproblem som annars inte skulle "upptäckas". I Lindesbergs kommun arbetar en syninstruktör med hjälp till självhjälp så att seniorerna klarar sitt dagliga liv som synskadade och därmed blir mer självständiga.

#### **7.4 Lindesbergs kostnader när det gäller fall och synproblem**

Som tidigare nämnt är det komplicerat att göra en ekonomisk analys av de hälsofrämjande besöken men fallolyckor och syn som beskrivits närmre i denna rapport är två områden som ingår i besöken i Lindesberg och som vi kan titta lite närmare på.

Att sätta prislappar på olyckor är givetvis svårt men det finns beräkningar som är framtagna utifrån en snittsiffra (15). Enligt Jan Schyllander på MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap) är höftledsoperationer den vanligaste kostnaden man tar upp som exempel när det gäller fallolyckor. En kvarts miljon det första året är det vanligaste antagandet kring kostnaden. Men då räknar man oftast samman kostnaden för både kommun och landsting. Om man ska räkna enbart kommunens kostnader under första året för exempelvis en höftledsoperation används vanligtvis summan på ca 150 000 kr enligt Jan Schyllander.

Statistiken som används i kommunerna är bristfälliga och behöver förbättras för att få säkrare beräkningar över de kostnader som exempelvis fallolyckor medför. I den senaste fallskaderapporten från Sveriges kommuner och landsting beskrivs att slutenvårdsdata håller hög nationell kvalitet medan kvaliteten på öppenvårdsdata är sämre (12). Kvalitén från kommunernas aktuella register är fortfarande dålig för nationella jämförelser men kan fungera för det lokala arbetet. Att ha användbar och säker statistik underlättar exempelvis när man ska undersöka om fallförebyggande insatser är kostnadseffektiva. Ett nära samarbete mellan kommuner och landsting ökar förutsättningarna för ett bra förebyggande arbete.

##### *7.4.1 Fallolyckor i Lindesberg*

I Lindesbergs kommun skedde 52 st lårbensfrakturer under 2007 för målgruppen 65+ (13). Totalt sett skedde 182 (se bilaga 1) olyckor till följd av fall. Av de vanligaste huvuddiagnoserna har det handlat om 144 st (se bilaga 2) frakturer på underarm, underben, revben, bröstben, skuldra, höftled- och lårben osv. Om man enbart räknar 52 lårbensfrakturer \* 150 000 kr, borde detta innebära 7 800 000 kr (se tabell 2) i kostnader. Denna beräkning omfattar enbart kommunens kostnader under första året. Lika mycket till står landstinget för enligt det sätt man ska räkna på. Observera att siffror som redovisas är för målgruppen 65 + och inte endast målgruppen för utvecklingsatsningen.

Tabell 2

**Lårbensfrakturer (2007)**

Målgrupp 65 +

Lårbensfrakturer (65 +):	52 st
Kostnad per lårbensfraktur:	Ca. 150 000 kr

Total kostnad: $52 * 150\ 000 = 7\ 800\ 000$ kr
---

## 7.4.2 Syn

När det gäller syn och kostnader i Lindesbergs kommun kan det tyckas långsökt med denna kostnadsbeskrivning. Men vad denna beräkning vill visa på är att vi genom de hälsofrämjande besöken når fler personer med synproblem. Vi lyckas också ”upptäcka” fler personer som med snabbare insatser eventuellt minskar eller inte får behov av hemtjänst. Vidare ökar dålig syn fallrisken med 60 % vilket får en naturlig koppling till de hälsofrämjande besöken och det fallpreventiva arbetet. Låt oss göra ett räkneexempel på enbart syninstruktörens tjänst (50 %):

Tabell 3

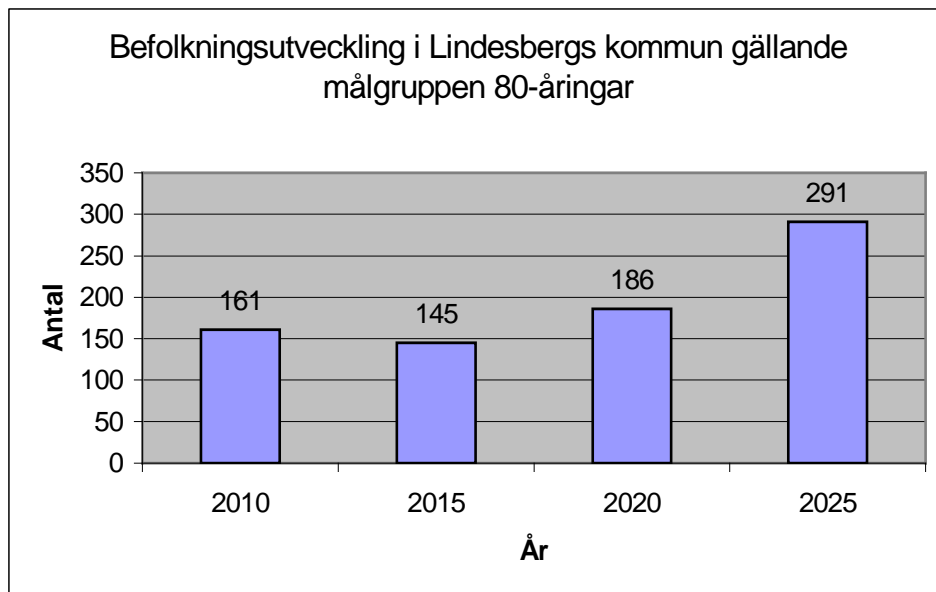
Kostnad för en hemtjänststimme (KPB, Lindesberg):	ca. 611 kr
Totalt antal hemtjänsttimmar för en synskadad person som får ca. 2 h/vecka under ett år	$2 * 52 = 104$ h
Kostnad för hemtjänsthjälp under ett år (ca. 2 h/vecka)	$104\ h * 611\ kr = 63\ 544$ kr
Total kostnad för hemtjänst under ett år för <u>tre</u> synskadade personer som får hjälp ca. 2 h/vecka	$3 * 63\ 544 = 190\ 632$ kr
<p>Kostnad för syninstruktörstjänsten är (50 % tjänst, år 2009) 165 422 kr för ett år.</p> <p><math>190\ 632\ kr - 165\ 422\ kr = 25\ 210</math> kr.</p> <p>Om syninstruktören hjälper <u>tre personer</u> att bli självständiga och inte behöva hemtjänst bringar detta förutom vinst för den enskilde också en ”vinst” för kommunen på 25 210 kr. Om vi dessutom förebygger ett antal fallolyckor genom detta arbete borde ”vinsten” bli ännu mer.</p>	

Återigen vad detta räkneexempel vill visa på är hur kommunen ökar chansen till att minska antal hemtjänsttimmar genom att arbeta främjande och förebyggande. Genom de hälsofrämjande besöken når vi fler personer i tid innan det är ”för sent”. Detta gäller förstärkt mer än fall och syn men dessa områden är de områden som det finns underlag för att kunna räkna i kronor och ören.

## 7.5 Befolkningsutveckling i Lindesbergs kommun

Om vi tittar på den demografiska utvecklingen i Lindesbergs kommun när det gäller målgruppen (80-åringar) för den uppsökande verksamheten ser den ut så här (16):

Diagram 1



Källa: Ingemar Wegfors

Statistik och framtidsprognoser är antaganden vilket man bör behandla med försiktighet. Vad som sker i framtiden med befolkningsmängden ger endast en fingervisning och naturligtvis kan siffrorna ändras med tiden. Vad som däremot är viktigt att beakta är förberedelse för att riskerna för fler fallolyckor kan öka i takt med den troliga ökningen av antal äldre i kommunen. Likaså kan antalet med synproblematik komma att öka. Behovet av att få hjälp kommer framöver att snarare öka än minska. Därför kan det vara en investering för kommunen snarare än en kostnad att arbeta främjande och förebyggande.

---

## 8. DISKUSSION

Vi behöver fortsätta med de hälsofrämjande besöken då uppföljning och utvärdering av verksamheten tydligt visar hur betydelsefulla besöken är för kommunens 80-åriga seniorer. Även de utvärderingar som gjorts runt om i Sverige visar på att målgruppen uppskattar den uppsökande verksamheten väldigt mycket. De som får besök känner sig sedda, hörda och upplever att någon bryr sig. Vidare upplever de besöken som givande och värdefulla. Trygghet är en hälsofrämjande faktor som nationellt sett ökat hos målgruppen tack vare besöken. Många uppger att den information som förmedlas om hälsobevarende livsstil, vart man kan vända sig med sina frågor, var man kan få hjälp och de utdelade telefonlistorna samt informationsbroschyrerna bidrar till att skapa trygghet. Det är viktigt med varaktighet och kontinuitet så att verksamheten blir ”känd” bland invånarna. Detta kan skapa trygghet för våra äldre i kommunen, som så många av dem uttryckt, ”*skönt att veta att man inte är bortglömd*”. Det är dock för tidigt att säga exakt vilka effekter besöken ger men vilket alternativ har vi i dagsläget om vi inte arbetar främjande och förebyggande för denna målgrupp?

Genom de hälsofrämjande besöken kan man stödja seniorens beredskap att klara sig i hemmet, informera om kommunens serviceutbud och olika aktiviteter. Man kan göra en bedömning av den hjälp senioren behöver för att kunna bo hemma så länge som möjligt (hjälpmedel, bostadsanpassning, servicetjänster etc.). Små ändringar i bostaden kan göra det möjligt för senioren att bo kvar hemma längre tid samt lättare klara av vardagen i hemmet. Andra viktiga områden som berörs under besöket är bl.a. fysisk aktivitet, fall, kost, fysiska besvär, anhörigstöd, läkemedelshantering, syn & hörsel, social gemenskap. Dessa olika delar ger oss en helhetsbild över senioren situation som underlättar det främjande/förebyggande arbetet. Målgruppen upplever sig tryggare när de vet vilket serviceutbud som finns att tillgå i kommunen. Den som gör besöket ger kommunen ett ”ansikte” utåt, vilket fungerar som en ”mur-rivare”. Utifrån dessa argument är det viktigt för Lindesbergs kommun att fortsätta skapa möjligheter och förutsättningar för att verksamheten ska kunna utvecklas.

### 8.1 Hur ska man arbeta för bästa ”effekt”?

Det finns många olika arbetsmetoder när det gäller förebyggande hembesök. Det finns många frågor kring vad som är ”rätt” metod och vad som fungerar egentligen. Förmodligen finns det inte ett rätt sätt utan vi får försöka hitta den gyllene medelvägen. Ibland går det åt mycket resurser i jakten på den ”rätta” arbetsmetoden. Runt om i Sverige har ”hjulet uppfunnits” flera gånger då det inte funnits några klara riktlinjer vad gäller arbetssätt. Det är givetvis nödvändigt att undersöka olika metoder och vägar för att hitta effektiva arbetsmetoder, men efter snart 10 års erfarenhet borde det finnas en grund för hur den uppsökande verksamheten bör se ut för bästa resultat. Vid den nationella nätverksträffen i oktober 2008 sökte många bekräftelse på om den arbetsmetod de utövade var den ”rätta”. Det fanns också oro över stöd för verksamheten och oro över nedläggning när statliga pengarna tog slut samt svårigheter kring implementering som hör ihop med stöd från politiker och chefer.

För att besökarna ska kunna få stöd i sitt arbete krävs det nya utvärderingar och fler studier. Den uppsökande verksamheten behöver kritiskt granskas så att besökarna kan känna sig trygga med den arbetsmetod de praktiserar. Det är svårare för kommuner och landsting att satsa på verksamheten om inte nya utvärderingar från högre instans påvisar arbetsmetodens nytta. Speciellt i tider då ekonomiska prioriteringar måste göras.

---

Det finns behov av nationellt enhetliga verksamhetsformer och rekommendationer om god praxis för förebyggande hembesök för äldre. Om det inte finns tydliga kriterier och riktlinjer för hur förebyggande hembesök ska praktiseras är det också svårare att utvärdera verksamheten. Utan utvärdering är det svårt att få stöd för den uppsökande verksamheten.

I Finland och Danmark finns handböcker om hur man kan bedriva förebyggande hembesök. Manualen kan användas som hjälp och givetvis ska det finnas utrymme för lokala önskemål och behov då kommunerna skiljer sig åt på flera punkter. Att ha en gemensam bas att utgå ifrån sparar inte bara tid och resurser utan kan också göra verksamheten mer "känd" bland befolkningen vilket i sin tur kan öka antalet deltagare. Vidare bidrar en grundverksamhet till att det blir lättare med utvärdering av verksamheten både lokalt och nationellt. När vi utvärderar verksamheterna på ett bra sätt kan en kvalitetssäkring av arbetet underlättas. En kvalitetssäkring kan innebära att politiker och beslutsfattare får en mer kvalitativ och granskad verksamhet att besluta om.

## **8.2 Gamla och nya erfarenheter**

De tidigare erfarenheterna har (enligt Socialstyrelsens utvärdering av de 21 försöksverksamheterna) varit besöksfrekvens, kontinuitet, målgruppens sammanställning och besökens innehåll. Erfarenheterna från 2002 visar att det är först vid tredje eller fjärde besöket som förtroendet har blivit så stort att den äldre vågar ta upp frågor av mer existentiell karaktär. Resurser till att kunna göra flera besök finns sällan till förfogande. Betyder det då att färre besök inte fyller någon funktion? Min erfarenhet har varit att många tackar nej till ännu ett besök med anledning till att läget inte förändrats särskilt mycket sedan första besöket och att de återkommer om situationen skulle bli annorlunda. De flesta önskar oftast en kontakt längre fram samt uppskattar att de vet var de kan vända sig om de skulle behöva det. Genom kontakt med andra besökare runt om i landet bekräftas liknande erfarenheter om att många seniorer inte tycker att det är nödvändigt med ett andra, tredje besök.

Besöksfrekvensen bör handla mer om flexibilitet och individanpassning så att resurserna nyttjas där de behövs bäst. I verkligheten när medlen är begränsade är det viktigt att ta reda på hur besöken påverkar de berörda. Det saknas ännu entydig information om vem som borde besökas eller hur ofta det borde ske. När det gäller verksamheten i Lindesbergs kommun har vi valt att erbjuda ett besök med uppföljande samtal och ytterligare besök vid behov. Den uppföljning och utvärdering vi har gjort lokalt för vår verksamhet visar på en enorm uppskattning och nytta med besöken. Kontinuitet är viktigt ur flera aspekter och kan bidra till positiva resultat. Men detta är ju möjligt först när personalen har avsatt tid för besöksverksamheten. Förutom att verksamheten får tid och utrymme är det viktigt att man planerar för en hållbar verksamhet på sikt.

## **8.3 Hur blir det i Lindesbergs kommun framöver?**

Arbetet med besöken är i dagsläget fördelat mellan arbetsterapeuter och sjuksköterskor och fungerar väl men det är viktigt att blicka framåt och planera för verksamhetens fortlevnad. Vi har valt att ha denna arbetsfördelning för att verksamheten inte ska bli så sårbar. De som utför besöken behöver få avsatt tid för utförandet så att inte det ordinarie arbetet blir lidande. Att ha flera besökare kan innebära att man förr eller senare hamnar i en situation där någon slutar, blir sjuk eller helt enkelt måste prioritera akutare ärenden. Samtidigt finns den risken även om tjänsten förläggs på en person.

---

En lösning kan vara att kommunens syninstruktörstjänst utökas och inkluderar hälsofrämjande besök. Detta kan vara resurssparande då det ibland är samma personer som redan har kontakt eller som kommer i kontakt med syninstruktören som också får hälsofrämjande besök. Under projekttiden hade flera personer ur målgruppen kontakt med syninstruktören sedan tidigare och ännu fler kom i kontakt tack vare besöken. Som tidigare redovisat kan syninstruktörens tjänst generera färre antal hemtjänsttimmar vilket skulle vara fördelaktigt att kombinera med de hälsofrämjande besöken. Utöver denna tjänst behöver ett par arbetsterapeuter och/eller sjuksköterskor som redan idag utför besöken fortsätta med det arbetet.

En annan lösning skulle kunna vara att fördela besöken mellan anhörigsamordnaren och syninstruktören. Anhörigsamordnaren arbetar intensivt för att nå ut med information om sin verksamhet. Vid besöken når man per automatik många par som får information om vilket stöd som finns om de befinner sig i situationen eller om de skulle ha behov längre fram. För att få en mer heltäckande och enhetligare verksamhet utåt kan det vara bra att integrera olika områden som kommunen arbetar med redan idag. Det är svårt att hitta vattentäta planer då det är svårt att sia om framtiden. Utifrån dessa resonemang är det oerhört viktigt att politiker och chefer prioriterar och skapar möjligheter för denna verksamhet.

#### **8.4 Kostnadseffektivt?**

Det är komplext att bevisa kostnadseffektivitet vad gäller det främjande/förebyggande arbetet. Idag har både kommun och landsting svårt att ge det hälsofrämjande arbetet bland äldre särskilt hög prioritet. Oftast handlar det om att "släcka bränder". Självklart behöver prioriteringar göras när ekonomin är svag men frågan är om man sparar något genom att inte investera i framtiden? Hälsa och äldre förknippas ofta med kostnader istället för investering. Insatser som främjar ett hälsosamt åldrande och värdesätter äldre människors insatser bör ses som en samhällsinvestering, förutom att det är en tillgång för individen.

Som tidigare nämnt är fallolyckor internationellt sett den femte vanligaste dödsorsaken bland äldre efter hjärt-kärlsjukdomar, cancer, stroke och lungsjukdomar. Antalet vård dagar för lårbensfraktur är den tredje största gruppen efter schizofreni och stroke. Kommunerna får ta en stor del av fortlöpande omkostnader för eftervård och ökat vårdberoende. Vidare ökar risken för fallolycka med 60 % vid synproblem. Utifrån dessa fakta är det viktigt för kommunen att möjliggöra det förebyggande arbetet. Vilka alternativ finns till att inte ha verksamhet som främjar och förebygger hälsan hos målgruppen? Det är inte bara kostnadsreducerande för kommunen utan också livskvalitet för den enskilde att vara självständig och klara sig själv. Som tidigare nämnt behandlar besöken fler områden men att syn och fallolyckor är de områden som går att beräkna i siffror.

I en tidigare rapport undrade jag om det återigen kunde vara aktuellt för Lindesbergs kommun att se över tjänsten som "Fixar-Malte" för att hjälpa äldre invånare med riskfyllda vardagssysslor. Någon som kan hänga upp gardiner, byta glödlampor, spika upp tavlor, byta brandlarmsbatteri och andra sysslor som kan vara livsfarliga för den med darriga ben och en syn som sviker. I flera kommuner ser man nyttan med en sådan tjänst och i Höganäs såg man att antalet fallolyckor minskade vilket bidrog till att kommunen "sparade" flera miljoner kronor i minskade vårdkostnader. Andra positiva effekter var att de äldre kände sig tryggare och mindre ensamma.

---

## 8.5 Avslutningsvis

Kunskap ger trygghet. Den kunskap och information som sprids via de hälsofrämjande besöken bidrar till att 80-åringarna känner sig trygga, främjar sin självständighet och kan på sikt påverka sin hälsa i positiv riktning. Genom besöken når vi de personer som annars kan vara svåra att nå. Vi kan också i tidigt skede uppmärksamma risk för fall, behov av hjälpmedel, bostadsanpassning, anhörigstöd m.m. innan det är "för sent". Satsningar på förebyggande och främjande åtgärder är centralt för bättre hälsa bland äldre och för att minska vårdbehovet. Vilket alternativ har vi i dagsläget om vi inte erbjuder hälsofrämjande besök?

När vi pratar om äldre personer som en gemensam grupp är det viktigt att komma ihåg att "de" skiljer sig åt vad gäller en rad olika faktorer. Skillnader som olika livsvillkor, psykisk och fysisk hälsa, attityder till åldrande, socioekonomiska villkor, vanor, värderingar, kultur osv. Därför är det viktigt att arbetet anpassas efter just den person/grupp man möter så att det blir så effektivt som möjligt.

För att seniorerna i Lindesbergs kommun ska uppnå bättre hälsa och välbefinnande samt kunna bo kvar i sina ordinära boenden så länge som möjligt, bör flera aktörer samverka och skapa förutsättningar!

---

## 9. REFERENSER

1. <http://www.fhi.se/sv/Vart-uppdrag/Aldres-halsa/>
2. Statens folkhälsoinstitut. Healthy ageing. A challenge for Europe. Huvudrapport. R 2006:29. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
3. <http://www.raddningsverket.se>
4. Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök: Erfarenheter från 21 försök med uppsökande verksamhet bland äldre. 2002. ISBN 91-7201-720-1.
5. Hendriksen C, Lund E, Stromgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. BMJ, 1984, volume: 289.
6. Sahlén K-G, Löfgren C, Lindholm C. En kostnadsanalys av förebyggande hembesök i Nordmaling. Umeå universitetet Epidemiology and Public Health Sciences; slutversion 2004-01-26.
7. Statens folkhälsoinstitut. Healthy ageing. A challenge for Europe. Huvudrapport. R 2006:29. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2007.
8. WHO. Ottawa charter for health promotion. Health promotion, 1 (4). Genève: Världshälsoorganisationen; 1986.
9. Elkan R, Kendrick D. What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? WHO Europe, Health Evidence Network: June 2004.
10. Miller W R, Rollnick S. Motivational Interviewing, Preparing people for change. New York. The Guilford Press. 2002.
11. Gyllensvärd H. Fallolyckor bland äldre, En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Statens folkhälsoinstitut. 2009. ISBN 978-91-7257-582-0.
12. Sveriges kommuner och landsting. Fallskador bland äldre, En sammanfattning av en kunskapsöversikt om fallskador. 2009. ISBN 978-91-7164-441-1.
13. Samtal och mail med Pernilla Fagerström. Statistiker. Socialstyrelsen. Statistikenheten, Epidemiologiskt centrum. 2009-05-13.
14. Samtal med Marcus Hugosson. SIKa (Statens institut för kommunikationsanalys). 2009-04-14.
15. Samtal med Jan Schyllander. MSB (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap). 2009-02-05.
16. Samtal med Ingemar Wegfors. Enhetsansvarig, Planeringsenheten. Lindsbergs kommun. 2009-05-13.
17. Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell S E. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. Statens folkhälsoinstitut. 2005:6. ISBN: 91-7257-333-3.
18. Socialstyrelsen. Stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Redovisning av 2007-2008 års medel. Artikelnr: 2009-126-199.
19. Hendriksen C, Lund E, Stromgård E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomised controlled trial. BMJ 1984, volume: 289.
20. <http://www.nll.se/webb/Primarvard/Utvecklingsenheten/Vital-i-Norr/Forebyggande-hembesok-80/>

---

Bilaga 2

**Vårdtillfällen i slutenvård till följd av fallolycka i Lindesberg  
1998-2008**

Ar	Alder	MBef	Antal	Antal per 100 000
1998	65+	4814	178	3697,548816
1998	65-79	3395,5	77	2267,70726
1998	80+	1418,5	101	7120,197392
1999	65+	4731,5	183	3867,695234
1999	65-79	3301,5	73	2211,116159
1999	80+	1430	110	7692,307692
2000	65+	4654	176	3781,693167
2000	65-79	3195	66	2065,7277
2000	80+	1459	110	7539,410555
2001	65+	4632	170	3670,120898
2001	65-79	3135	59	1881,977671
2001	80+	1497	111	7414,829659
2002	65+	4638,5	162	3492,508354
2002	65-79	3111,5	52	1671,219669
2002	80+	1527	110	7203,667322
2003	65+	4618	175	3789,519272
2003	65-79	3084	58	1880,674449
2003	80+	1534	117	7627,118644
2004	65+	4598,5	197	4284,005654
2004	65-79	3067,5	60	1955,99022
2004	80+	1531	137	8948,399739
2005	65+	4618,5	203	4395,366461
2005	65-79	3095,5	82	2649,006623
2005	80+	1523	121	7944,845699
2006	65+	4630,5	172	3714,501674
2006	65-79	3139,5	61	1942,984552
2006	80+	1491	111	7444,668008
2007	65+	4644	182	3919,035314
2007	65-79	3193	56	1753,836517
2007	80+	1451	126	8683,666437
2008	65+	4714,5	152	3224,095874
2008	65-79	3281,5	55	1676,062776
2008	80+	1433	97	6769,01605

Källa: Socialstyrelsen, Statistikenheten, Epidemiologiskt Centrum 2009

**De vanligaste huvuddiagnoserna bland 65+  
i Lindesberg som varit med om en fallolycka, 2007**

**Vårdtillfällen**

Treställig huvuddiagnos		Antal
S52	Fraktur på underarm	6
S82	Fraktur på underben inklusive	6
S12	Fraktur på halskotpelaren och halsens ben	7
S32	Fraktur på ländkotpelaren och bäckenet	7
S70	Ytlig skada på höft och lår	7
S22	Fraktur på revben, bröstbenet, och bröstkotpelaren	8
Z50	Vård för rehabiliteringsåtgärder	15
S42	Fraktur på skuldra och överarm	17
S06	Intrakraniell skada(inklusive hjärnskakning)	19
S72	Lårbensfraktur	52
	<b>Totalt</b>	<b>144</b>

Källa: Socialstyrelsen, Statistikenheten, Epidemiologiskt Centrum 2009



---

Socialförvaltningen  
Äldreomsorgen

---