

Hälsosamtal med 75- åringar

En lägesrapport till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Centrum för allmänmedicin
Center for Family and
Community Medicine
Alfred Nobels allé 12
SE-141 83 Huddinge
tel +46-(0)8-524 800 00
fax +46-(0)8-524 887 06
www.cefam.se

Författare:

Stiftelsen Äldrecentrum: Anita Karp, Sven Erik Wånell
CeFAM: Annika Lagerin, Ing-Britt Rydeman, Helena Sherman,
Susanne Söderhielm Blid, Lena Törnkvist

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:4
ISSN

FÖRORD

Förebyggande hembesök har sedan 2007 varit ett av de områden regeringen velat prioritera i sina satsningar inom äldreomsorg och äldreomsorg. Med finansiering av de stimulansmedel som Socialstyrelsen har hanterat har förebyggande hembesök bedrivits såväl i landstingets som i flertalet kommuners regi i Stockholms län.

I Stockholms läns landsting innebar stimulansmedlen ett breddinförande som planerats sedan 2004. Under 2006-2007 genomfördes ett försök som följdes genom en randomiserad studie av CeFAM och Äldrecentrum. Från 2008 ingår det i husläkarmottagningarnas åtagande att distriktssköterskorna ska erbjuda hälsosamtal i hemmet till alla som under året fyller 75 år.

Denna lägesrapport ger en bild av hur hälsosamtal/förebyggande hembesök bedrivits inom Stockholms läns landsting och är en redovisning till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Analys och diskussion finns i slutrapporten Förebyggande hembesök en del av distriktssköterskans ordinarie arbete (Äldrecentrumrapport 2010:11).

Ansvariga för studien har hos CeFAM varit Helena Sherman (koordinator), Susanne Söderhielm Blid, Annika Lagerin och Lena Törnkvist (forskningsledare) och hos Äldrecentrum Anita Karp, Ing-Britt Rydeman, Sven Erik Wånell och Mats Thorslund (forskningsledare).

Stockholm 2010-03-04

Lena Törnkvist
Enhetschef,
Centrum för allmänmedicin

Sven Erik Wånell
Chef,
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	7
INLEDNING	11
BAKGRUND	12
UPPDRAGET 2009	18
RESULTAT	19
Intervjuer med 75-åringar	19
Distriktssköterskans uppfattningar och erfarenheter av hälsosamtal med 75-åringar	24
Intervjuer med 65-69 åringar och distriktssköterskor som gjort hälsosamtal med dessa	28
Gruppintervju med distriktssköterskor	30
Journalgranskning av omvårdnadsdokumentation	34
Genomgång av uppföljningsmallar från urval husläkarverksamheter	40
Stöd vid införande av hälsosamtal, utbildning och vårdutvecklingsledare	41
Registrerade hälsosamtal	49
DISKUSSION	51
REFERENSLISTA	56
Bilagor 1a, b, c. Frågeguider när det gäller 75- åringar	58
Bilaga 2. Granskningsmall för omvårdnadsjournaler	61
Bilaga 3. Kursprogram för utbildning i hälsosamtal för distriktssköterskor	63
Bilaga 4. Granskning i omvårdnadsjournalen av egen dokumentation	64
Bilaga 5. Utvärdering av utbildningsdag ett i hälsosamtal	65
Bilaga 6. Utvärdering av utbildningsdag två i hälsosamtal	66
Bilaga 7. Uppföljningsmått i vårdutvecklingsplanen ”hälsosamtal till 75-åringar”.	67

SAMMANFATTNING

Erbjudande till alla 75-åringar

Stockholms läns landsting har valt att med hjälp av nationella stimulansmedel främja det förebyggande arbetet bland äldre genom att från 2008 erbjuda alla som under året fyller 75 år hälsosamtal i hemmet. Dessa förebyggande hembesök är en del av husläkarverksamheternas åtagande och förväntas ingå i distriktssköterskans ordinarie arbete. Formen för dessa förebyggande hembesök har utarbetats med ledning av tidigare försöksverksamheter och en randomiserad interventionsstudie under 2006-2007. Studien var ett samarbete mellan Äldrecentrum och CeFAM.

Landstinget har vidare under 2008 prövat med att i tio områden i länet erbjuda alla 65-69-åringar hälsosamtal i hemmet. Landstinget har då prioriterat socioekonomiskt svaga områden.

Begreppet hälsa

Hälsa är ett mångfacetterat begrepp som inbegriper både livsstil och välbefinnande. Folkhälsoinstitutet beskriver i rapporten Äldres Hälsa begreppet hälsa som en resurs i livet och inte som ett syfte i sig självt. Hälsa ses som den positiva kraft som framhåller sociala och personliga resurser. Begreppet hälsofrämjande/promotion handlar om att ge individer möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och om insatser för dem som ännu inte blivit sjuka. Hälsosamtalen är tänkta att bidra till individens möjligheter att känna trygghet med sitt åldrande och öka kunskapen om hur man kan påverka sin egen hälsa.

Forskningen om förebyggande hembesök visar att väl genomförda hembesök, som erbjuds vid upprepade tillfällen, görs av professionella personer och innehåller hälsoundersökning har effekt genom bättre funktionsförmåga och uppskjuten sjuklighet och dödlighet. Landstingets erbjudande både följer och avviker från dessa forskningsresultat. Följer genom att det genomförs med väl utbildad personal, avviker genom att i sitt grundkoncept endast ett samtal erbjuds. Detta kan dock kompenseras genom att det är den äldres ordinarie distriktssköterska som genomför hälsosamtalen, och som vid behov kan erbjuda fler samtal eller annan form av uppföljning.

Fortbildning och stöd vid genomförandet

För att stärka distriktssköterskorna i sin funktion att ha hälsosamtal i hemmet erbjöds en fortbildning i CeFAM:s regi för alla distriktssköterskor. Totalt har drygt 700 distriktssköterskor utbildats mellan åren 2006 - 2009. Utvärderingen har fått en god respons från deltagarna. Vidare har två vårdutvecklingsledare hos CeFAM på halvtid svarat för stöd till distriktssköterskor för införande, uppföljning och vidareutveckling av hälsosamtalen. De distriktssköterskor som tagit del av vårdutvecklingarnas stöd uppger att dessa gav kraft och inspiration att fortsätta med hälsosamtalen, att de fått reflektera över samtalen och fått svar på många frågor de haft. Fyra nätverksträffar arrangerades under året där 100 distriktssköterskor deltog.

De två första åren

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. Detta återspeglar sig i att under det första året, 2008, endast var fjärde listad 75-åring fick 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.

Uppföljningen har genomförts av CeFAM tillsammans med Äldrecentrum. Den har genomförts med såväl kvantitativa som kvalitativa metoder, genom intervjuer med de äldre själva, fokusgruppsintervjuer med distriktssköterskor samt journalgranskning.

De äldre själva

Få av de intervjuade 75-åringarna hade några uttalade förväntningar vad samtalet skulle innehålla, men flera av de intervjuade uttryckte att de hade sett det som bra att få information om vården och få ställa frågor och prata om sådant man undrade över. Man var i regel nöjd med samtalet och att distriktssköterskan varit lyhörd. Många ansåg att de redan hade bra kunskaper om kost, motion och andra hälsofaktorer. Ingen hade fått något uppföljande samtal av distriktssköterskan. Det vanligaste skälet för de 75-åringar som tackat nej var att de inte behövde det, eftersom de ansåg sig vara friska och välinformerade.

Jämfört med de intervjuade 75-åringarna bedömer 65-69-åringarna sig ha haft större nytta av samtalet. De intervjuade 65-69-åringarna nämnde bl.a. att få prata om vad som händer när man blir äldre, sjukdomar, kost. Flera hade problem i kontakten med sin husläkarverksamhet, bl.a. beroende på språkproblem och hög personalomsättning. De flesta tyckte visserligen att de redan kände till det distriktssköterskan informerade om, men bedömde ändå att de blivit mer medvetna, och gjort en del förändringar, som att börja promenera eller skaffa sig bättre kostvanor.

Distriktssköterskornas bild

Hälsosamtalet gav distriktssköterskorna en förståelse och en helhetsbild av den äldres livssituation och hälsa. De upplevde 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. Distriktssköterskorna beskrev arbetet med hälsosamtal som mycket givande och meningsfullt inte minst för att underlätta framtida kontakter. Då äldre tackade nej till ett hälsosamtal i hemmet och istället önskade komma till mottagningen beskrev distriktssköterskorna att mycket gick förlorat, bl. a. möjligheten till helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd.

En gruppintervju genomfördes med de distriktssköterskor som genomfört hälsosamtalen med 65-69-åringar. Den bekräftar intrycket att hälsoproblemen kommer tidigt i socioekonomiskt svaga områden. Distriktssköterskorna konstaterar dock att det kan vara svårt att nå personer med missbruks- eller psykiska problem, och att det är svårt att föra hälsosamtal när det krävs tolk.

Journalgranskning

Av distriktssköterskornas journalföring under interventionsstudien framgick att hälsosamtalen spant över många hälsoområden. Som en bekräftelse på att distriktssköterskorna arbetade utifrån ett hälsofrämjande perspektiv var att samtalet i frågor om livsstil tagits upp med alla 75-åringar. Vanligaste var frågor om den enskildes välbefinnande och aktivitet vilket kan ses som naturligt i ett samtal som har ett hälsofrämjande perspektiv. Hit hör också frågor om fysisk aktivitet och matvanor som berörts i minst 90 procent av samtalen. Genom att distriktssköterskan gjorde kontroller upptäcktes flera allvarliga hälsoproblem och behov som inte tidigare var kända. Som exempel kan nämnas 31 icke normala blodtrycksvärden, 16 förhöjda blodsockervärden och att tre 75-åringar blev inskrivna i hemsjukvården.

Journalföringen visade att hälften av alla hälsosamtal medförde någon form av vidare åtgärd,

som exempel kan nämnas, utprovning av inkontinenshjälpmedel, kostinformation, utprovning av tekniska hjälpmedel och kontakt med kommunen angående hemtjänst samt läkemedelsgenomgångar. Distriktssköterskan genomförde också flera stödande samtal i omvårdnadsfrågor som rörde hälsofrämjande faktorer.

Vårdutvecklingsledarnas erfarenheter

Vårdutvecklingsledarna har under året varit i kontakt med de flesta vårdcentralerna i länet och gjort personliga arbetsplatsbesök på cirka 90 av dem och vid 75 av dessa en kvalitetsbedömning med en för ändamålet framtagen checklista. Kvalitetsbedömningen visade att det var sju av de besökta husläkarverksamheterna som arbetade metodiskt med hälsosamtal och kom upp till maximal poäng enligt kvalitetsindikatorn. Övriga hade olika områden att utveckla, och några husläkarverksamheter hade inte kommit igång alls

Det främsta hindret var bristande stöd från verksamhetschef. Tidsbrist, ibland beroende av 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.

Distriktssköterskorna uppgav i samtalen med vårdutvecklingsledarna att de såg uppdraget med hälsosamtal som en förmån och en viktig hälsofrämjande uppgift när det gällde att främja äldres hälsa och för att etablera kontakt för framtida behov. De uppgav vidare att de genom hälsosamtalen fått möjligheter till att arbeta med det som är deras specifika yrkeskompetens och på detta sätt även fått bekräftelse för att deras arbete var viktigt.

Slutsatser

De slutsatser utvärderarna dragit är;

- Hälsosamtalen är uppskattade såväl av de äldre som av distriktssköterskorna.
- 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 är värdefull för framtida kontakter.
- Hemmiljön skapar också en trygg ram för själva samtalet, och underlättar dialog kring att förebygga risker i hemmet och utemiljön.
- Hälsosamtalen måste 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, nutitionsbedömning, minneskontroll och liknande).
- 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 verkningfull.

INLEDNING

Från och med 2008 ska alla som under året fyller 75 år erbjudas hälsosamtal i hemmet, som en del av husläkarmottagningarnas åtaganden i Vårdval Stockholm. Denna insats finansieras med nationella stimulansmedel. I tio områden skulle under 2008 som en försöksverksamhet personer i åldern 65-69 år erbjudas hälsosamtal i hemmet.

Syftet med hälsosamtalet är att främja hälsa genom att: värdera hälsoresurser och identifiera behov (inkl. begynnande hälsoproblem), ge sakkunnig information om tillgång och stöd och aktiviteter i lokalsamhället och utefter individuella behov, grundlägga en kontakt med den äldre, stärka och vid behov stödja hälsoresurser, egenvårdsmotivation, livsstilsförändring samt påverka riskfaktorer i den äldres omgivning (hem och närmiljö).

Hälsosamtalen innebär att 75-åringen i en öppen men strukturerad dialog ska ges möjlighet att diskutera och reflektera över sin hälsosituation. I samtalet ingår att distriktssköterskan ska kunna ge professionella råd och förmedla aktuell information. Målet är att 75-åringen blir medveten om sina egna hälsoresurser och behov och genom ökad kunskap blir motiverad till att göra egna hälsosamma val. En samtalsguide som följer omvårdnadsprocessen alla delar är framtagen och finns beskriven i Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre, 2007.

En del i uppdraget är att samarbetet mellan landstings- och kommunal verksamhet ska stärkas. Centrum för Allmänmedicin (CeFAM) och Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har fått i uppdrag att utvärdera denna form av förebyggande verksamhet.

Rapporten riktar sig till beställare och politiker och är också tänkt att vara av intresse för alla dem som på olika sätt arbetar med förebyggande insatser för äldre.

BAKGRUND

Befolkningsutveckling

Sverige har i dag en av världens äldsta befolkningar. Cirka 1,5 miljoner (17,3 procent) personer är i dag 65 år eller äldre. När 1940-talets stora barnkullar når 65-årsåldern ökar antalet ålderspensionärer ytterligare, från cirka 1,55 miljoner år 2004 till 1,9 miljoner år 2015. Därefter fortsätter ökningen under ytterligare 25 år till år 2040 då antalet personer 65 år och äldre beräknas uppgå till 2,4 miljoner, dvs. en fördubbling på 70 år. I Stockholms län beräknas antalet personer 65 år och äldre öka från 297 000 år 2009 till 366 000 år 2018 RTK-rapport 2009:7. Fram till år 2030 beräknas denna ökning vara ungefär 50 % vilket innebär att ytterligare närmare 450 000 ålderspensionärer kommer att bo i Stockholm. Antalet 75-åringar beräknas öka från 10 420 personer 2009 till nära 18 000 år 2030 (+ 71 %) (för detta ändamål framtagen prognos av SCB 2010).

Begrepp

Hälsa som begrepp är mångfacetterat och betyder olika för olika personer. År 1949 definierade Världshälsoorganisationen (WHO) hälsa som "ett tillstånd av fullkomlig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom". Uttalandet väckte ett nytänkande i förhållande till sjukdom och hälsa då definitionen omfattade samtliga tre dimensionerna (Ewles & Simnett, 2005). De senaste åren har synen på hälsa utvecklats och ses idag som ett positivt begrepp som inbegriper både livsstil, livskvalitet och välbefinnande (WHO, 2009). Det finns inget enkelt svar på frågan "Vad är hälsa för dig?" Svaret kommer att bero på vem du frågar och vad den personen har för kunskaper och livsfilosofi (Brülde & Tengland, 2003). I Folkhälsoinstitutets rapport, Äldres Hälsa, beskrivs hälsa som en resurs i livet och inte som ett syfte i sig självt. De säger att hälsa ses som den positiva kraft som framhåller sociala och personliga resurser (Statens Folkhälsoinstitut 2007). Enligt Barbro Gustavsson (2004 sid 126) beskrivs hälsa som "*ett adekvantstillstånd där det finns en balans mellan en människas mål, hennes förmågor till att förverkliga målen och de omständigheter som föreligger vid aktuellt tillfälle*".

Ett annat perspektiv att se på hälsa är det salutogena. Enligt detta synsätt ses hälsa som ett kontinuum där ytterligheterna är hälsa och ohälsa (Antonovsky, 1987). Genom ett kontinuumtänkande ses hälsa som en dynamisk process. Betydelsen av detta synsätt är att oavsett ålder, friskhet eller sjukdom har personen någon form av hälsa så länge hon/han lever (Langius & Lind, 1995). Vidare utvecklade Antonovsky, Cederblad, Elfstadius, & Lundh (1991) teorin en känsla av sammanhang (KASAM) som beskriver människans behov av att finnas i ett sammanhang. Teorin består av tre bärande begrepp: begripligt, hanterbart och meningsfullt. För att uppleva och förbli vid god hälsa behövs en balans mellan de olika delarna.

Hälsa är ett grundbegrepp i omvårdnaden och hälsofrämjande arbete en viktig del av distriktssköterskans arbete (Wilhelmsson & Lindberg, 2009). Begreppet hälsofrämjande/promotion handlar om att ge individer möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och om insatser för dem som ännu inte blivit sjuka. Synen har gått från att se individen som "passiv och exponerad" till "aktiv och ansvarstagande" med förmågor att påverka och ta kontroll över sitt egna liv (Ewles & Simnett, 2005). Att ge individen möjlighet att ta kontroll över sitt egna liv benämns ofta med som empowerment vilket enligt Janlert & Folkhälsoinstitutet (2000) beskrivs som individers maktmobilisering och kan på svenska översättas till egenmakt eller vardagsmakt. Med begreppet sjukdomsförebyggande/preventivt

arbete menas att förhindra ett en specifik sjukdom uppstår (diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar, depression). Det sjukdomsförebyggande indelas i primär-, sekundär- och tertiärprevention. Hälso- och sjukvården har stor potential i form av specifik kunskap, förtroende och breda kontaktytor när det gäller det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Ett sammandrag av aktuell forskning

För att klarlägga aktuell forskning när det gäller effekter av förebyggande hembesök och hälsosamtal gjordes en sökning på Pubmed, Cochrane, Cinahl och SBU. Aktuella sökord var preventive home visits, health dialogue, older people, cost-effectiveness and 75-year-olds.

Hembesök för att främja hälsa och för att förebygga ohälsa till äldre har de senaste åren fått mycket uppmärksamhet. Preventiva hembesök, hälsosamtal i hemmet och hälsocoachning är begrepp som används för att benämna detta hälsofrämjande arbetssätt med äldre. En av de första omfattande forskningsöversikter när det gällde äldres hälsa gjordes av (Stuck, Siu, Wieland, Adams, & Rubenstein, 1993) som fann att de äldre som tagit del av geriatriska undersökningar visade signifikant mindre mortalitet, minskad inläggning på vårdhem och bättre fysisk- och kognitiv förmåga. Forskargruppen eftersökte effektiva interventioner för att främja hälsa och för att förebygga ohälsa hos äldre. Trots att det är tjugo år sedan de första studierna gjordes är effekterna av insatserna fortfarande inte samstämmiga. Senare års resultat tyder på att hälsofrämjande effekter går att utläsa om de förebyggande hembesöken är välstrukturerade och genomförs av utbildad personal.

År 2008 presenterade Huss, Stuck, Rubenstein, Egger, & Clough-Gorr en metaanalys vars syfte var att komma till klarhet i om förebyggande hembesök har effekt eller ej. Den bygger på randomiserade kontrollerade studier. Forskargruppen gick igenom 4770 abstrakt för att komma fram till de 21 studier som metaanalysen bygger på. Dessa studier är från de senaste 20 åren. Från resultatet dras slutsatsen att för de äldre som fått förebyggande hembesök ökade funktionsförmågan, sjukligheten sköts upp och mortaliteten minskade om interventionen vände sig till ”yngre” äldre, om en hälsoundersökning ingick, om riskfaktorer identifierades och om hembesöken följdes upp, däremot fann forskarna inga belegg för att inläggning på vårdhem minskat. Resultatet från de 21 studierna var heterogena vilket forskargruppen förklarade med de olika studiernas design och svårigheter med att jämföra studierna på grund av skiftande terminologi.

Betydelsen av hembesökarens professionella kunskap har Avlund, Vass, Kvist, Hendriksen, & Keiding (2007); Vass, Avlund, Hendriksen, Philipson, & Riis (2007) undersökt i en stor studie i Danmark. Den riktade sig till 5 788 äldre personer. Resultatet visade att hembesökarens professionella kunskap och utbildning hade avgörande betydelse för att positiva hälsoeffekter skulle gå att utläsa. I en annan studie från Nordmaling som riktade sig till friska äldre visade positiva hälsoeffekter om hembesökaren var utbildad samt om teamarbete och ett ömsesidigt kunskapsutbyte mellan kommun och landstingets personal hade gjorts (Sahlén, Dahlgren, Hellner, Stenlund, & Lindholm, 2006).

Andra omständigheter som kan bidra till att förebyggande hembesök ger resultat är att den enskilde tas på allvar och görs delaktig i beslut, att han/hon får trygghet av att känna ”systemet”, att den enskilde kan få bättre möjligheter att utnyttja egna resurser och stödåtgärder, att få större möjlighet att handla ändamålsenligt, hälsofrämjande och läkande vid sjukdom (Hendriksen & Vass, 2005).

I en studie av Kronborg, Vass, Lauridsen, & Avlund (2006) vars syfte var att mäta samhällskostnader fann man inga samhällsvinster med de förebyggande hembesöken. Emellertid visade forskargruppen från Nordmaling andra resultat. De drog slutsatsen att förebyggande hembesök var samhällsekonomiskt lönsamma då kostnaderna för de förebyggande hembesöken var mindre än kostnaderna för de äldres ohälsa. De fann även att vissa grupper hade större nytta av hembesöken än andra, nämligen kvinnor och de som bodde själva (Sahlén, Lofgren, Mari Hellner, & Lindholm, 2008)

Folkhälsa

Målet för det svenska folkhälsoarbetet är en god och jämlik folkhälsa för hela befolkningen. Med detta avses att skapa förutsättningar för en gynnsam hälsoutveckling som alla får del av. Folkhälsan utvecklas olika i olika befolkningsgrupper och påverkas av biologiska faktorer, levnadsvanor och miljö och måste ses i ett livsloppsperspektiv. Äldre är naturligt mer sårbara vad gäller sjukdomar och ohälsa, därför är det viktigt att minska risken för sjukdomar genom förebyggande åtgärder samt fokusera på och stärka det friska hos individen då senare års studier visat att många sjukdomar som förr antogs tillhöra ålderdomen kan förebyggas. Något som visat sig vara betydelsefullt för ett gott åldrande är de så kallade fyra hörnarna, vilka enligt Folkhälsoinstitutet är: social gemenskap, delaktighet och inflytande samt att känna sig behövd, fysisk aktivitet och goda matvanor (Agahi, 2005).

De flesta i den äldre befolkningen är förhållandevis friska och har en god funktionsförmåga även i hög ålder. Det är emellertid ett välkänt faktum att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Resultat från både internationella och svenska studier visar att människor med lägre socioekonomisk status tenderar att ha sämre hälsa och dö yngre. En ny studie som specifikt undersökt de äldres hälsa i Sverige, har visat att socioekonomiska hälsoskillnader kvarstår även i högre åldrar (Fors, Lennartsson, & Lundberg, 2008).

Enligt utvärderingsplanen skulle intervjuer göras med äldre som bor i de områden som erbjuder en yngre åldersgrupp, åldern 65-69 år hälsosamtal. Dessa områden som kan betecknas som socioekonomiskt svaga hade valts ut av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Den socioekonomiska och etniska boendesegregationen ökade i Stockholm under 1990-talet (Kommittén Valfärdsbokslut, 2001).

Enligt Socialstyrelsen (2007) har hälso- och sjukvården, liksom socialtjänsten och kommunerna, ett särskilt ansvar när det gäller att verka för att arbeta hälsofrämjande. Med detta att utveckla och tillämpa effektiva metoder för att förebygga ohälsa, liksom att utforma vård och omsorg så att den når de grupper som har störst behov.

Hälsan är också relaterad till hur väl anpassad omgivning är till individens egen förmåga. Det bör vara omgivningen som ska anpassas efter den äldre och inte den äldre som ska begränsas på grund av sin omgivning (Agahi et al., 2005).

Primärvårdens folkhälsoarbete

Primärvården utgör första linjens hälso- och sjukvård och har ett hälsofrämjande synsätt som innebär att stödja och ta tillvara patienters egen förmåga att hantera sina hälsoproblem samt att stimulera till friskvårdande aktiviteter. Genom att den har möjlighet att nå alla individer kan primärvården genom sin vetskap om samhällets struktur bidra till att minska skillnader i hälsa mellan olika grupper samt att förebygga sjukdom (Socialstyrelsen, 2004).

Distriktssköterskan med sin profession har här en självklar funktion. Genom att erbjuda sina tjänster kan distriktssköterskan arbeta hälsofrämjande, förmedla kunskaper och undervisa om hälsa och ohälsa/sjukdom (Gustafsson & Wiik, 2004). För att utföra hälsoarbete är det viktigt att se människan i den sociala miljö som hon vanligtvis befinner sig i och inte lösryckt från sitt sammanhang i mottagningsrummet eller på en sjukvårdsinrättning. I primärvården ansvarar distriktssköterskan ofta för koordineringen av den enskilde patientens insatser från primärvård, specialistvård och kommunens olika verksamheter utifrån ett helhetsperspektiv (Strandberg, Ovhed, Borgquist, & Wilhelmsson, 2007). Det hälsofrämjande utgår ofta från ett salutogent perspektiv vilket innebär att arbetet fokuserar på de hälsobringande faktorerna istället för det som försämrar hälsan (Kostenius & Lindqvist, 2006).

Hälsoundersökning

I Huss et al. (2008) beskrivs att förebyggande hembesök främjar hälsan om det föregås av en hälsoundersökning men i forskningsöversikt beskrivs inte vad som bör ingå i en sådan. Idag finns ingen enhetlig definition av vad en hälsoundersökning är eller vad den bör innehålla. Generellt är syftet med hälsoundersökningar främja hälsa och förebygga sjukdom. Den kan innefatta att ge råd och stöd men även att tidigt upptäcka hälsoproblem som senare kan vålla onödigt lidande.

Det finns ingen konsensus om vad hälsoundersökningar för äldre bör innehålla. Vid en sökning på webben hittades ett flertal privata vårdgivare som erbjöd hälsoundersökningar till äldre till en kostnad av 450 – 1700 kr beroende på vad som önskades undersökas. Dessa innehöll exempelvis blodtrycks-, blodsocker-, ämnesomsättnings-, bentäthet- och blodbristundersökningar. Vidare erbjöds spirometri, EKG, syn- och hörselundersökningar samt undersökningar av prostatan för män och undersökning av bröstet för kvinnor. Vaccinationer kunde också erbjudas.

Vårdval Stockholm

Primärvården omfattas av Vårdval Stockholm som infördes i hela länet år 2008, utom i Norrtälje kommun. Tanken var att göra det enklare för medborgarna att aktivt välja husläkare, BVC och MVC samt att förbättra tillgängligheten genom ökad mångfald av vårdgivare. Vidare innebar reformen att medborgaren själv kan välja den mottagning som passar bäst (Stockholms läns landsting, 2010).

Förebyggande hembesök i Stockholms län

Under åren 1999-2002 bedrevs med projektmedel från Socialstyrelsen 21 försöksverksamheter med förebyggande hembesök i landet, fyra av dessa bedrevs i Stockholms län. I Tumba bedrev Stockholms läns landsting en försöksverksamhet under åren 2000-2002. Erfarenheterna från dessa försöksverksamheter har tagits tillvara vid utarbetandet av den modell Stockholms läns landsting nu tillämpar.

Med nationella stimulansmedel har en majoritet av länets kommuner och 12 stadsdelar i Stockholms stad under åren 2008 och 2009 valt att bedriva förebyggande hembesök. I länskommunerna är målgruppen oftast personer 80 år och äldre, i Stockholms stad 75 år och äldre. Fokus ligger vanligen på att ge de äldre information om kommunens och landstingets utbud och service. Flera av dessa verksamheter fortsätter under 2010.

Framväxten av förebyggande hembesök i Stockholms läns landsting

Förebyggande hembesök genom att erbjuda hälsosamtal i hemmet till de som under året blev 75 år infördes som en del av husläkarverksamheternas åtaganden i samband med att Vårdval

Stockholm infördes. Stockholms läns landsting startade förberedelserna att erbjuda hälsosamtal vid förebyggande hembesök under 2004-2005 med bl.a. studiebesök i Danmark, en genomgång av internationella och nationella studier om förebyggande hembesök och ett antal seminarier (Cornelius, Wånell, & Stockholms läns äldrecentrum, 2005). Med ledning av detta underlag gjordes följande överväganden

- De förebyggande hembesöken ska vara en del av den ordinarie verksamheten och inte bedrivs i en särskild organisation.
- Lämplig aktör är distriktssköterskan, eftersom det hälsofrämjande arbetet är en del av distriktssköterskans uppdrag.
- Inriktningen ska vara hälsofrämjande, samtalet vara ett hälsosamtal, som ska ske i den äldres hem för att skapa en ökad trygghet för den äldre och underlätta för distriktssköterskan att se den äldres vardag.
- Av resursskäl måste erbjudandet begränsas. Därför valdes en årsklass, 75-åringarna. Denna åldersgrupp valdes för att nå personer innan de flesta drabbats av olika åldersrelaterade sjukdomar, samtidigt som erfarenheten var att många i den åldern börjar fundera över hur det blir när hälsoproblemen tilltar.
- Den forskningsöversikt som gjordes visade att det krävs flera besök för att förebyggande hembesök ska kunna ge mätbara effekter. Bedömningen gjordes dock att för att få en resurstmässigt hållbar modell bör inte alla erbjudas flera hembesök. Grunderbjudandet skulle därför vara ett besök, och distriktssköterskan skulle då utifrån sin professionella bedömning avgöra om den äldre skulle erbjudas ytterligare samtal i hemmet, eller om uppföljningen kunde ske på annat sätt.

För att pröva hållbarheten i denna modell genomfördes en interventionsstudie.

Hälsosamtal med 75-åringar i hemmet, en randomiserad interventionsstudie, 2006 - 2007

Under 2006 – 2007 genomförde CeFAM tillsammans med Äldrecentrum en randomiserad kontrollerad studie i 16 vårdcentralsområden för att utvärdera effekter och för att prova och utveckla en modell för hälsosamtal i Stockholms läns landsting. I åtta vårdcentralområden erbjöds alla som under året fyllde 75 år ett hälsosamtal med en distriktssköterska i hemmet och åtta vårdcentraler utgjorde kontrollområde. Hälsosamtalet syftade till att 75-åringen i en öppen men strukturerad dialog skulle ges möjlighet att diskutera och reflektera över sin hälsosituation. Hälsosamtalet skulle ske i den äldres hem.

Allt som allt skickades 790 enkäter ut år 2006. Det var 583 enkäter som besvarades vilket gav en svarsfrekvens på 74 %. Året efter, skickades 750 uppföljande enkäter med samma frågor ut till 75-åringarna. Det var 561 som besvarade enkäten vilket gav en svarsfrekvens på 75 %.

Innan studien påbörjades erhöll alla distriktssköterskor en dags utbildning. Syftet med utbildningen var att de skulle få ökade kunskaper om äldres hälsa och välbefinnande, teorier när det gäller hälsofrämjande synsätt, omvårdnad, dokumentation samt samverkan mellan kommun och andra organisationer. Till interventionen utbildades 35 distriktssköterskor (Stockholms läns äldrecentrum & Centrum för allmänmedicin, 2007).

Resultat från interventionsstudien

Resultatet från interventionsstudien visar att vissa positiva effekter gick att utläsa (Stockholms läns äldrecentrum & Centrum för allmänmedicin, 2007). Det fanns en signifikant ökad kunskap om vart man vänder sig för hemtjänst och hjälpmedel samt en ökad kunskap om aktiviteter i närområdet. Kontrollgruppen rapporterade sämre mobilitet och kände sig tröttare

än interventionsgruppen. Vid en sammanslagning av hälsoindex fanns emellertid inga signifikanta skillnader. I enkäten från 2007 fanns det möjlighet för dem som fått hälsosamtal att skatta nyttan av samtalen på en skala mellan 1 – 4 poäng. Av dem som svarat på frågan tyckte 61 % att de haft god eller mycket god nytta av hälsosamtalet. Utifrån senare mer djupgående analyser av enkäterna till 75-åringarna från år 2006 framkom att 75-åringarna själva ansåg sig behöva hjälp med förståelse och kunskap om sin hälsa och eventuella sjukdomar. Det var ungefär 40 % av 75-åringarna som hade problem med under- eller övervikt, vilket i rena tal betydde att 200 personer behövde stöd och hjälp när det gällde nutrition. Generellt rapporterade kvinnor, de med folkskola och de som bodde ensamma en sämre hälsa än män, de som hade universitetsutbildning och de som bodde tillsammans med någon. Smärta, sömnproblem och oro var signifikant vanligare bland kvinnor och ensamstående. Jämfört med kvinnor var det däremot vanligare att män hade problem kring hörsel, elimination (urinvägar, mage, tarm), sexualitet och alkohol. Kontakten med slutenvården hade ökat för de som fått hälsosamtal. En förklaring till detta kan vara att man hade blivit mer medveten om sin hälsa och var hjälp fanns att få (Stockholms läns äldrecentrum & Centrum för allmänmedicin, 2007).

Utbildning till distriktssköterskor 2006 - 2009

Den utbildningen som distriktssköterskorna i interventionsstudien inledningsvis deltog i utformades sedan i CeFAM:s regi till en breddutbildning för alla distriktssköterskor. För att ge en fördjupad kunskap lades år 2008 en uppföljande utbildnings dag till. Totalt deltog 488 distriktssköterskor i tvådagarsutbildningen under 2008 vid 20 tillfällen. De som endast haft tillfälle att gå en dag fick ett erbjudande om att delta vid ytterligare ett tillfälle. Totalt har drygt 700 distriktssköterskor utbildats mellan år 2006 - 2009.

Husläkarverksamheternas åtagande enligt regelboken

Enligt Regelboken för Husläkarverksamheterna i Stockholms län ska husläkarverksamheterna erbjuda hälsosamtal till listade patienter som fyller 75 år under kalenderåret. Hälsosamtalen skall utföras av distriktssköterska som genomgått CeFAMs utbildning i hälsosamtal samt i samverkan med kommunen enligt metoder som beställaren anvisar. Det ska finnas en plan upprättad mellan husläkarverksamheterna inom av beställarna anvisat närområde som bl.a. innehåller ansvarsfördelningen mellan vårdgivarna för personer som är bosatta i närområdet och som inte är listade hos någon vårdgivare när det gäller exempelvis att erbjuda hälsosamtal till personer som fyller 75 år under året.

CeFAM har tillsammans med Äldrecentrum tagit fram Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre (Törnkvist, Söderhielm Blid, Sherman , & Wånell, 2007). En samtalsguide för hälsosamtalet har utarbetats som ett stöd för distriktssköterskorna, liksom en checklista för hur samverkan med andra, bl.a. kommunen, ska etableras innan arbetet med hälsosamtal påbörjas.

Det vägledande och pedagogiska arbetet vid hälsosamtal är inriktat på att främja hälsa och förebygga ohälsa genom att ta tillvara den äldres resurser, stödja egenvård och egenvårdsmotivation. Distriktssköterskan kan informera om och hänvisa till kommunal verksamhet eller till någon frivillighets organisation om behov föreligger samt identifiera risker i närmiljön. Vidare ska hälsosamtalet leda till att skapa kontakt och trygghet inför framtiden.

UPPDRAGET 2009

CeFAM har tillsammans med Stiftelsen Äldrecentrum fått i uppdrag från Hälso- och Sjukvårds Nämndens förvaltning (HSNf) att under 2009 genomföra:

- Intervjuer med 75-åringar
- Fokusgrupper med distriktssköterskor som gjort hälsosamtal med 75-åringar
- Intervjuer med 65 – 69-åringar och distriktssköterskor
- Journalgranskning av omvårdnadsdokumentation
- Genomgång av uppföljningsmallar från ett urval av husläkarverksamheter
- Stöd vid införande av hälsosamtal, utbildning och vårdutvecklingsledare

Tabell 1 tillhandahåller en bild av de olika delstudiernas metoder och antal (individer) som ingår i 2009 års rapport.

Tabell 1. Översikt av de olika delstudiernas metoder, datainsamlingar och antal individer

Kategori	Metod	Datainsamling	Antal (individer)
De 75-åringar som tackat ja till hälsosamtal	Kvalitativ	Intervjuer	21
De 75-åringar som erbjudits men tackat nej till hälsosamtal	Kvalitativ	Intervjuer	11
De 75-åringar som inte fått erbjudande om hälsosamtal	Kvalitativ	Intervjuer	33
Distriktssköterskor som gjort hälsosamtal med 75-åringar inklusive uppföljning av mallar	Kvalitativ	Fokusgrupper	20
De 65-69 åringar som tackat ja till hälsosamtal	Kvalitativ	Intervjuer	9
Distriktssköterskor som gjort hälsosamtal med 65-69-åringar	Kvalitativ	Gruppintervju	5
Journalgranskning	Kvantitativ /kvalitativ	Journaler	220
Stöd till genomförande	Kvantitativ/kvalitativ	Enkäter	75
Utbildning år 2009	Kvantitativ/kvalitativ	Enkät	70

RESULTAT

Intervjuer med 75-åringar

Sammanfattning

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 hälsosaker men för en del av de intervjuade hade samtalet lett till vissa livsstilsförändringar, exempelvis viktning, minskning av rökningen 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. Ingen av 75-åringarna hade haft något uppföljande samtal i hemmet däremot erbjöds 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 välinformerade.

Syfte

Enligt utvärderingsplanen skulle intervjuer göras med ett urval äldre som under 2008 fyller 75 år, både de som tackat ja och de som tackat nej, för att bl.a. få en inblick i

- hur de som tackat ja till och fått hälsosamtal bedömt värdet av hälsosamtalet, i vilken mån samtalet svarat mot den förväntan man hade på det, vad samtalet huvudsakligen fokuserat på, om de saknade något i samtalet samt om samtalet resulterade i något (brett definierat) och i så fall vad.
- vilka motiv de som aktivt tackat nej till hälsosamtal hade för sitt nej.
- hur stor andel som överhuvudtaget inte är medvetna om att de erhållit ett erbjudande om hälsosamtal i hemmet.

Metod

Avsikten var ursprungligen att via landstingets datasystem ListOn göra ett urval av personer listade vid husläkarverksamheter som under 2008 omfattades av vårdval Stockholm. Det visade sig dock inte tillåtet att använda ListOn för detta ändamål. Istället gjordes ett urval av bostadsområden i syfte att få spridning av innerstad, förort, glesbygd liksom socioekonomiska faktorer. För dessa områden beställdes från SPAR-registret namn, adress och telefonnummer för alla som under 2008 hade fyllt 75 år. Via SPSS gjordes ett slumpmässigt urval av personer inom varje området. Ett informationsbrev om utvärderingen skickades varefter personerna kontaktades per telefon. Det visade sig snart att en majoritet inte hade fått något erbjudande alls. Därför gjordes ett kompletterande urval. Några husläkarverksamheter kontaktades för att få namn på personer som under 2008 erhöll förebyggande hembesök. Totalt genomfördes tjugo intervjuer, av dessa var 15 kvinnor och 6 män (bilaga 1a). Intervjuerna skedde vanligen i den äldres hem och flertalet av intervjuerna bandades. Intervjuerna skedde med öppna frågor, med en underliggande intervjuguide för att alla relevanta områden skulle täckas in. Härutöver telefonintervjuades elva personer som erbjödits hälsosamtal men tackat nej och 31 personer som inte erhållit något erbjudande. Frågeguiden bestod enbart av några få frågor (bilaga 1b).

Resultat

De som erhållit hälsosamtal

Vid intervjutillfället med 75-åringen hade det för flera gått en relativt lång tid sedan hälsosamtalet och därför var det svårt att riktigt minnas dess innehåll. I några fall hade samtalet inte heller gjort så djupa intryck. Intervjuguidens frågor kring olika hälsofaktorer bidrog till att den intervjuade kom ihåg mer av samtalet, men kan också ha styrt minnet mot de frågor intervjuaren ställde.

Flertalet av de intervjuade hade redan en etablerad kontakt med distriktsläkaren och/eller distriktssköterskan i den öppna hälso- och sjukvården. Den gäller exempelvis blodprovstagning, omläggning, blodtryckskontroller, uppföljning av sjukdomstillstånd, make/makas sjukdom och läkemedel.

Samtalet upplevdes i hög utsträckning utgå från den enskilde 75-åringen. *Samtalet handlade om hur jag mår och lever (B1)*. Flera beskriver att det var trevligt att distriktssköterskan kom hem och att någon bryr sig och att ha lärt känna sin distriktssköterska ansågs som värdefullt. *Det känns positivt att distriktssköterskan nu vet vem jag är*. Det kändes också bra att få prata om det som oroar en. *Samtalet berörde det som berör mig och mitt liv (Ss1)*. De flesta kände sig delaktiga i samtalen och tyckte att distriktssköterskan visade intresse och engagemang. *Samtalet var jättetrevligt och på mina villkor. Distriktssköterskan lyssnade på mig (V1)*. En av de intervjuade hade dock en negativ bild av samtalet, han hade upplevt att distriktssköterskan i samtalet utgick från att man vid 75 års ålder är gammal och orkeslös.

Förväntningar

Få av de intervjuade 75-åringarna hade förväntningarna inför hälsosamtalet. *Jag tänkte att jag tar emot det hela (G1)*. Några hade hört genom bekanta att hälsosamtal erbjuds 75-åringar. Flera upplevde det positivt att landstinget informerar sig om hur äldre mår och att man tänker på denna åldersgrupp. *Bra att de bryr sig om oss äldre. Vad dom i alla fall kostar på oss gamlingar. Trevligt att husläkarmottagningen brydde sig och att distriktssköterskan kom hem (V1)*.

De förväntningar som framkom handlade bland annat om att få information om vad vården har att erbjuda, få ställa frågor om sådant man undrar över kring sin hälsa, boende för äldre mm. *Distriktssköterskan skulle orientera sig om hur det stod till med mig och mitt hälsotillstånd. Hade just genomgått en höftoperation och ville ta upp detta med distriktssköterskan. Hade också funderingar om att hörseln blivit lite sämre på ena örat (B5), Mina ögon, mest det jag ville prata om (So 13)*.

Hälsosamtalets innehåll

Av intervjuerna framgår att hälsosamtalen vanligen berörde de så kallade fyra hörnstenarna för ett hälsosamt åldrande (fysisk aktivitet, kost, social gemenskap och delaktighet). I många men inte alla samtal berördes alkohol och tobak. Fallrisk inom- och utomhus och tillgängligheten berördes ibland, men inte genomgående. Distriktssköterskan tittade ofta runt i den äldres bostad vid hembesöket och tog upp risker i hemmiljön och olika hjälpmedel. *Risk för fallskador togs upp men jag är inte så gammal att jag behöver ta bort några mattor, jag har då mina mattor! (J2)*

Flera av de intervjuade berättade att de har goda kostvanor, är fysiskt aktiva, dricker måttligt och röker inte. De bedömde sig själva vara välinformerade och att de därför inte behövde prata så mycket om detta.

Vissa distriktssköterskor kombinerade samtalet med en enklare hälsokontroll, med mätning av blodtryck, blodsocker och ibland en genomgång av läkemedel. Detta var uppskattat av de intervjuade. Några av de intervjuade uttryckte vid intervjun att de hade svårigheter med många läkemedel men detta synes inte ha kommit upp i hälsosamtalet. *Vi pratade inget om mina läkemedel. Dom ställer till en hel del besvär. Jag äter 11 olika varje dag (V4).*

Några av de äldre beskriver att de vid tidpunkten för hälsosamtalet haft problem som oroat dem och då blev samtalet ett gott stöd att prata om detta. *Vi kom även in på personliga saker som gjorde att samtalet tog längre tid, det var bra (B1).*

Information om kommunens utbud gavs i de flesta fall, dock inte i alla. Informationen gavs vanligen i skriftlig form. *Samtalet handlade mycket om den lista med olika telefonnummer och kontaktuppgifter till vård, hemtjänst, PRO m.m. som distriktssköterskan hade med sig, vilket jag tyckte var bra (B4).* I några fall visste den intervjuade att han/hon fått broschyrer, men inte var man lagt dem.

Behov som uttrycks

Behov som framkom hos 75-åringarna gällde bland annat stöd, frågor och samordning runt behandling av sjukdomar, särskilt när flera vårdgivare var inblandade. *Har många gånger önskat stöd i min cancerbehandling. Frun hade mått bra av samtalsstöd. Som det varit har jag själv fått söka mig fram och kämpa för behandlingsmetoder jag trott på. Det har varit mycket sökande efter kunskap. Hade också önskat att någon höll koll på alla läkemedlen (V4).* Behov kunde också handla om att få tid hos husläkaren eller information om sin hälsa. *Jag får aldrig reda på nåt av husläkare, en del mediciner som han skriver ut bryr jag mig inte om att ta och han frågar inte heller (G2).*

Ytterligare behov som beskrivs var att få prata om besvär/problem med t ex magen, hörsel, syn, kost, yrsel, sömn, läkemedel, oro för framtiden och kan jag bo kvar i huset. *Sen är det ju sömntabletten, är rädd för att de ska vara vanebildande men distriktssköterskan tyckte inte att jag skulle oro mig. Det är bättre att du får sova (V3).* *Vi pratade inte om rökningen heller. Jag vet själv att det inte är bra. Får egentligen inte röka. Försöker sluta. Håller upp några dagar men sen trillar jag dit (G2).*

Resultat av samtalet

För flertalet av de intervjuade blev samtalet en bekräftelse på hur de redan lever. En person uttrycker sig på följande sätt om vad hon tycker att hon fick ut av samtalet: *Om inte annat så får man bekräftelse på att man gör och tänker rätt. Jag har redan koll på kost och motion (V1).* För en del av de intervjuade hade samtalet lett till vissa livsstilsförändringar. Någon beskriver att hon gått ner i vikt, minskat på rökningen och börjat på gymnastik. En kvinna åtgärdade halkrisk i badrum, en annan fick tips att bära med sig mobilen om något skulle hända.

Några hade fått hjälp med att få kontakt för att åtgärda det som bekymrade honom/henne. Några som uttryckt oro för minnet hade fått tid för test av detta på vårdcentralen. Andra hade fått tips om och tagit kontakt med andra vårdgivare t ex dietist, hörselkonsulent eller med kommunens service. *Var väl kanske det här med magen, hon tipsade mig så att jag fick komma till en dietist, det var bra (Sk 34).* Några önskade tid för kontroll hos läkare, ändra något med läkarkontakten och fick också hjälp eller tips med detta.

Några kommenterade att det var bra att få kontakt med ”sin” distriktssköterska, *jag vet att jag kan ringa ... hon kom ju hit, nu vet hon hur jag har det (Sk 34).*

Uppföljande hälsosamtal

Vid fortbildningsdagarna om hälsosamtal och i vårdutvecklingsplanen betonas att distriktsköterskan ska göra en bedömning av om det behövs uppföljande samtal. Det kan handla om stöd i livsstilsförändringar, ensamhetsproblematik eller följa upp ett hälsoproblem. Ingen av de intervjuade har fått något uppföljande hälsosamtal, även om det i några av fallen av intervjuerna att döma kunde ha varit befogat. Däremot har några av de intervjuade erbjudits fortsatt kontakt på husläkarmottagningen för kontroller.

Den allmänna bedömningen av hälsosamtalet.

Det allmänna intrycket var att samtalet var trevligt, och att det var bra att få ta upp sådant man oroade sig för eller undrade över. En del tyckte inte att de hade så stor nytta av samtalet, men uppgav ändå att de uppskattade det. Några tyckte att samtalet kan vara bra för andra, då de själva känner att de har den kunskap de behöver eller själva kan ta reda på den. *Behövde inte samtalet för egen räkning, men andra t ex dom som är ensamma kan ju behöva det. Många är så ensamma att dom kan behöva ett samtal med distriktssköterskan.* En person var dock kritisk till hur distriktssköterskan skötte samtalet. Enligt den intervjuade så gick samtalet ut på att *"jag var orkeslös och gammal. Och även om jag inte hade rollator nu så skulle jag säkert snart behöva det"* *"Hon verkade se mig som en äldre person som inte riktigt tänker"* (B5) Distriktssköterskans attityd upplevdes som "irriterande" därför att personen känner sig pigg och tycker att hon bör anpassa sig till den hon samtalar med.

De som tackat nej till hälsosamtal

De som tackat nej till hälsosamtalet har vanligen som skäl angett att de inte behöver det, eftersom de anser sig vara friska, välinformerade och har mycket att stå i. Några har svarat att de redan har bra kontakt med hälso- och sjukvården. Några kommenterar att hälsosamtal nog kan vara bra för andra, de som inte har regelbunden kontakt med husläkare eller är ensamma.

De som inte fått något erbjudande om hälsosamtal

Sammanlagt 33 personer som inte blivit erbjudna hälsosamtal har intervjuats. Det var 15 personer som tyckte det skulle ha vara bra med hälsosamtal. Skälen var att det kan vara bra inför framtiden och angav som motiv bland annat:

- få information om vad deras kommun har att erbjuda när de inte kan bo hemma, vad finns det för äldreboende, och hur lång är väntetiden
- att det för framtiden kan vara bra att ha etablerat kontakt med sin distriktssköterska, inte vara anonym
- bra eftersom hälsan kan förändras snabbt, även om man är frisk nu
- få reda på hur det är med t.ex. blodtrycket
- få fråga om sådant man undrar över kring sin hälsa
- skulle ha velat prata om sin sorg – nybliven änka

Det var 12 personer som angav att de förmodligen skulle tackat nej om de blivit erbjudna. De menade att de inte hade några behov av det och skäl som angavs var att de redan har en bra kontakt med distriktssköterskan eller husläkaren. Ett annat skäl var att de redan var mycket aktiva och skötte om sin egen hälsa. Några angav antingen missnöje med vårdcentralen eller att det inte var någon mening, därför att distriktssköterskan inte skulle kunna göra någon skillnad i en svår situation (vårdar anhörig).

De 6 personer som var tveksamma om de skulle ha tackat ja eller nej till erbjudandet om hälsosamtal var personer som är friska och aktiva, och redan har bra kontakt med sin husläkarverksamhet. (Intervjuguide bilaga 1c)

Distriktssköterskans uppfattningar och erfarenheter av hälsosamtal med 75-åringar

Sammanfattning

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 eller stöd vid vård av anhörig. De beskrev arbetet med hälsosamtal som mycket givande och meningsfullt inte minst för att underlätta framtida kontakter. Vidar upplevde de 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 för detta beskrev distriktssköterskorna att mycket gick förlorat bl. a möjligheten till helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd i den äldres boende.

Syfte

Att beskriva distriktssköterskans upplevelse och erfarenheter av hälsosamtal med 75 åringar i hemmet.

Metod

För insamling av data valdes fokusgruppsintervjuer med distriktssköterskor som genomgått CeFAMs utbildning om hälsosamtal samt genomfört minst fem hälsosamtal under 2008. För att deltagarna skulle representera olika delar av länet lottades 7 distriktssköterskor fram fördelade i fem olika geografiska områden i länet (nordost, nordväst, centrala staden, sydväst och sydost) totalt 35 deltagare. Distriktssköterskorna kontaktades per telefon och fick vartefter de tackat ja ett brev om syftet med utvärderingen samt en inbjudan till fokusgruppsintervju.

Av de totalt 35 distriktssköterskorna som tackade ja deltog 20. Detta innebär att de tillsammans hade erfarenhet av minst 100 genomförda hälsosamtal. Intervjuerna som genomfördes under våren 2009 bandades och transkriberades ordagrant.

Syftet med fokusgruppsintervjuerna var att ta vara på distriktssköterskornas erfarenheter och synpunkter om t ex vad som var positivt, vad som saknades, nyttan med hälsosamtal m.m. En frågeguide konstruerades för ändamålet. Nedan följer exempel på några intervjufrågor: Vilken förberedelse gjordes av distriktssköterskorna inför ett hälsosamtal? Hur lång tid behövdes för ett hälsosamtal? Vad ville de äldre samtala om? Vilka var de vanligaste hälsoproblemen? Var det några ämnen som var svårt att tala om med den äldre? Hur följdes samtalen upp? Vilka möjligheter och svårigheter innebar hälsosamtal i hemmet? Vilka effekter har hälsosamtal för den fortsatta kontakten mellan distriktssköterska och den äldre? Vilka effekter bidrog samtalet till avseende den äldres hälsa?

De fem fokusgrupperna genomfördes med hjälp av en moderator och en observatör. Som analysmetod användes innehållsanalys vilket innebar att innehållet vetenskapligt organiseras och kategoriseras i texten i förhållande till de teman och de begrepp som framkommer. Analysmetoden har valts då den anses lämplig för att få fram specifika egenskaper och kvaliteter som för närvarande saknas.

Resultat

Möjligheter och svårigheter med hälsosamtal i hemmet

Distriktssköterskorna beskrev att arbetet med hälsosamtal för äldre var en unik möjlighet att få arbeta hälsofrämjande. Vid hälsosamtal i hemmet fick de en helhetsbild över den äldres livssituation och hälsoproblem. De upplevde arbetet som mycket givande då de kunde fokusera på hälsofrämjande omvårdnadsinsatser för de äldre, då de annars ofta arbetade med rådgivning och åtgärder vid olika sjukdomstillstånd. De äldre tog oftast emot distriktssköterskan som en gäst och visade runt i bostaden. Vilket innebar att den äldres aktiviteter och rörelseförmåga kunde bedömas och förebyggande råd kunde ges vid ex. höga mattkanter eller råd om hjälpmedel.

”Sedan tycker jag att man har mer förståelse för patientens situation bättre i hemmet. Man ser hur dem har det hemma, man kan också titta på mattorna och sladdarna”.

Svårigheter var då någon anhörig aktivt ville delta i samtalet eller då de äldre hade dukat upp för att bjuda på kaffe tillsammans med anhöriga. Hälsosamtal med tolk kunde innebära en svårighet eller då den äldre hade demens eller var multisjuk. En annan svårighet var då den äldre tackade nej till ett hälsosamtal i hemmet och istället önskade komma till mottagningen. Distriktssköterskorna beskrev att mycket då gick förlorat bl. a möjligheten till helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd i den äldres boende.

Förberedelser inför hälsosamtal

Samtliga distriktssköterskor uppgav att de skickade ett informationsbrev till den äldre med syfte och information om hälsosamtalet, att det var frivilligt och kostnadsfritt. I brevet lämnades information om att distriktssköterskan skulle kontakta den äldre per telefon inom två veckor. Distriktssköterskorna upplevde att de flesta äldre blev glada och uppskattade erbjudandet. De skattade att runt 75 % tackade ja till erbjudandet. Några orsaker till att de äldre tackade nej var att de var upptagna av andra aktiviteter som ex. fritidsintressen, vänner, resor, barnbarn eller arbete. En av distriktssköterskorna beskrev att hon alltid ringde upp den äldre ytterligare en gång då det kunde innebära att den äldre ändrade sig och istället tackade ja till hälsosamtalet. Flertalet av distriktssköterskorna förberedde sig inför hälsosamtal genom att läsa igenom den äldres journal och skriva ut vederbörandes medicinlista. Flertalet av distriktssköterskorna använde CeFAMs samtalsguide som stöd under samtalet och som ett underlag för anteckningar inför dokumentationen på vårdcentralen. Några av distriktsköterskorna erbjöd de äldre att fylla i ett hälsoindex vilket också följdes upp under samtalet.

Tid för hälsosamtal

Distriktssköterskorna skattade att de behövde cirka en timme för samtalet samt ytterligare tid för resa och dokumentation. Totalt beräknades att cirka två timmar behövde reserveras för hälsosamtal i hemmet.

Vad de äldre önskade samtala om

De äldre önskade samtala om sitt liv, familj, barndom, sociala nätverk, boende, sina sjukdomar och mediciner. Hälsosamtalen blev olika beroende på de äldres olika problem. Sjuttiofemåringar upplevdes mycket friska och pigga och samtalen blev öppenhetligt då de äldre gärna berättade om sin livssituation.

De äldres hälsoproblem

Hälsoproblem hos de äldre var sömnsvårigheter, smärta, inkontinens, övervikt, nedsatt hörsel, oro, sorg, ensamhet, nedsatt rörelseförmåga, behov av hjälpmedel eller stöd vid vård av anhörig.

Distriktssköterskans hälsofrämjande omvårdnad

Omvårdnadsarbete för att främja den äldres hälsa var att lyssna, samtala och ställa frågor om vederbörandes upplevelse av hälsa och livssituation. Omvårdnadsåtgärder för att främja den äldres medverkan vid hälsosamtalet innebar att låta den äldre först berätta om sina krämpor, sjukdomar och mediciner. Därefter försökte distriktssköterskan styra och leda samtalet genom att fokusera på det friska och det som var positivt för den äldre. Distriktssköterskorna beskrev att samtalet lyfte genom att fokusera på 75 åringens hälsa och genom att utgå från den enskilde individen.

Hälsosamtalet fokuserade ofta på den äldres matvanor, livsstil, fysiska och sociala aktiviteter. Flertalet distriktssköterskor erbjöd blodtryckskontroll och tog vid behov blodsockerprov. Vanliga samtalsområden gällde den äldres läkemedelsbehandling vilket kunde innebära samordning av en läkartid på vårdcentralen för uppföljning av läkemedel eller för att få svar på remisser samt problem med inkontinens och förskrivning av inkontinenshjälpmedel. Många äldre önskade samtala om någon sorg eller om stöd vid vård av anhörig. Några av de intervjuade distriktssköterskorna hade skrivit remiss till kurator på vårdcentralen för stödsamtal eller hänvisat till diakonissa. Förebyggande råd gavs om hjälpmedel i hemmet som ex. stödhandtag i badrum, halkskydd i badkar, råd vid höga mattkanter eller information om brandvarnare. Egenvårdsråd förmedlades om ex. livsstil, råd vid svullna underben eller vid hudbesvär. Distriktssköterskorna förskrev recept på ex. mjukgörande krämer, ögondroppar och laxermedel. Information lämnades om influensavaccinering riktat till äldre på vårdcentralen. Den äldres medicinska problem hänvisades ofta till husläkare eller till arbetsterapeut, sjukgymnast och dietist. Vid behov diskuterades insatser av hemtjänst, anhörigstöd eller önskemål om annat boende. Muntlig och skriftlig information lämnades om kommunens äldreomsorg och om sociala aktiviteter som ex. PRO eller väntjänst. En informationsbroschyr från Räddningsverket överlämnades oftast om vardagssäkerhet i hemmet.

”Sjukdomar alltså det vill de gärna prata om, om man har det. Och det förstår man för sjukdomen begränsar livet och om det begränsar så gör det att det blir lite krångligare man måste ha sin medicin regelbunden så att man förstår att de vill prata om sin sjukdom och hur dem lättast kan leva ett bra liv med sin sjukdom”.

”Jag tycker att det är väldigt olika, en del pratar inte om sjukdomar alls. Utan berättar istället om deras liv, vad bra de mår och lite ensamma de är och vilket socialt umgänge de har, det är väldigt olika hur det ser ut”.

Samtalsämnen som var svårt att tala om

Samtalsämnen som distriktssköterskorna upplevde svåra att tala om med den äldre var alkohol då många av äldre uppgav att de var måttlighetsdrickare. Ett annat område som upplevdes svårt att ta upp var den äldres samliv och sexualitet. Ämnet upplevdes privat och svårt att tala om vid en första kontakt om inte den äldre själv tog upp något problem. Hälsosamtal med äldre från andra länder kunde innebära en svårighet dels p.g. a språksvårigheter, dels då den äldre kunde ha starka upplevelser eller problem som var svårt att tala om.

Hälsoproblem som följdes upp av distriktssköterskan

Hälsoproblem som följdes upp av distriktssköterskan på distriktssköterskemottagningen var kontroll vid förhöjt blodtryck eller blodsocker. Uppföljning skedde också för problem med

övervikt, diabetes, sår, inkontinens, smärta, rökning eller då den äldre önskade enskild rådgivning på mottagningen för stöd vid vård av anhörig.

Effekter av hälsosamtal

Hälsosamtal innebar enligt distriktssköterskorna att kontakt etablerades mellan henne och den äldre. Detta kunde innebära att de äldre vid ett senare besök på vårdcentralen sökte upp henne för rådgivning eller genom att besöka distriktssköterskemottagningen. Distriktssköterskorna upplevde att de fick ett stort förtroende av den äldre under hälsosamtalet då de hade tid att lyssna, bekräfta och samtala med den äldre om olika hälsoproblem. Distriktssköterskorna upplevde att de fick en djupare förståelse och en helhetssyn över den äldres livssituation och eventuella problem. Hälsosamtalet i hemmet innebar att förebyggande råd gavs om bl. a hjälpmedel och om andra riskfaktorer i den äldres bostad eller närmiljö.

”Det blir på patientens villkor. Det är du som går in på deras område”.

”Just det här att fokusera på hälsan som du också sa, det gör att samtalet det lyfter lite grann och man har utgått ifrån var och en”.

Distriktssköterskorna konsulterade eller hänvisade problem bl. a till husläkare, arbetsterapeut, sjukgymnast eller kommunens biståndshandläggare. Samordningen gällde bl. a recept och uppföljning av den äldres läkemedel eller samtal angående utökade insatser från kommunen.

Svårigheter med arbetsuppgiften var brist på tid och resurser men även organisatoriska hinder på mottagningen. På många vårdcentraler prioriterades andra arbetsuppgifter för distriktssköterskorna vilket innebar att de måste utföra arbete som likväl kunde utföras av mottagningsköterskor eller undersköterskor. Men även andra svårigheter beskrevs som brist på stöd från kollegor och chefer för det hälsofrämjande arbetet för äldre. Många distriktssköterskor upplevde att dokumentationen tog lång tid och de upplevde det som svårt att journalföra det hälsofrämjande arbetet.

Hälsosamtal innebar att kontakt etablerades mellan den äldre och distriktssköterskan. Samtalen beskrevs som ett bekräftande möte genom att stärka den äldres egna resurser och motivation. Riskfaktorer i hemmet identifierades och ett flertal hälsofrämjande åtgärder genomfördes. Erbjudande om hälsosamtal till alla 75 åringar i länet är en utmaning för primärvårdens organisation och för distriktssköterskan hälsopreventiva arbete riktat till äldre.

Intervjuer med 65-69 åringar och distriktssköterskor som gjort hälsosamtal med dessa

Sammanfattning

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.

Syfte

Att få en inblick i hur de som fått hälsosamtal bedömt värdet av hälsosamtalet. Vad samtalet huvudsakligen fokuserat på, om de saknade något i samtalet samt om samtalet resulterade i något (brett definierat) och i så fall vad.

Metod

Intervjuerna med de äldre skedde i den äldres hem. Om den intervjuade gav sitt medgivande spelades samtalet in på band. Intervjufrågorna var öppna och samma intervjuguide som för 75-åringarna användes för att säkerställa att alla frågeområden skulle bli belysta (bilaga 1b). Hälsa- och sjukvårdsnämnden hade valt ut tio socioekonomiskt svaga områden i Stockholms län där 65-69 åringar skulle erbjudas hälsosamtal. Endast i tre av dessa områden kunde dock husläkarverksamheterna under 2008 genomföra sitt utökade åtagande. Distriktssköterskorna i dessa tre områden valde ut 2-3 personer var, företrädesvis personer med utländsk bakgrund som fått hälsosamtal. Intervjupersonerna kontaktades per brev (i vilket frivillighet och sekretess betonades) och intervjun bokades per telefon.

Resultat

Kontakt med distriktssköterska och vårdcentral

Erbjudandet om hälsosamtal gavs först per brev i alla fall utom ett där förfrågan skedde direkt på husläkarverksamheten. Efter brevet tog distriktssköterskan telefonkontakt. Alla samtal skedde i hemmet och utfördes av en distriktssköterska, utom i ett fall då hon ersattes av en sjuksköterska, något som den intervjuade inte uppskattade.

Samtliga intervjuade hade kontakt med vårdcentralen sedan tidigare. Flera uttryckte sin uppskattning av kontakten ”*fungerar bra, de är gulliga*” ”*nöjd med läkarens sätt att behandla mig*” ”*har bra kontakt med spånsktalande doktor*”. Samtidigt nämnde man problem ”*Jobbigt med olika läkare, jobbigt ringa läkare trycka på knappen hit och dit*”, ”*mycket nya läkare som inte talar riktigt bra svenska*”, ”*många nya läkare ingen av dem är svensk*”. En och samma person kunde uttrycka att man var nöjd med vårdkontakten, men hade problem med tillgänglighet och språk. I ett par fall tyckte de intervjuade att det var bra att få en mer positiv kontakt via den distriktssköterska som kom hem.

Förväntningar

Någon menade att det var bra att få prata om vad som händer när man blir äldre och vad man ska tänka på. Ett par antog att samtalet skulle handla om kost och sjukdomar. En ville tala om

sin sorg efter makens bortgång. Vanligen hade den som erbjudits hälsosamtalet inte några specifika förväntningar på vad det skulle innehålla, *hade inte just några förväntningar, tänkte att distriktssköterskan bestämmer väl vad samtalet ska handla om (JKA)*; *Nej, när hon var här så berättade hon vad det skulle handla om (FRT)*; *Hade inga förväntningar innan, var nollställd (RHG)*.

Det fanns alltid en reservation att man kanske inte mindes allt som tagits upp eftersom det hade gått flera månader sedan hälsosamtalet. Tre personer sade att de har svårt att komma ihåg vad samtalet handlade om, men minns lite mer vid direkta frågor.

Hälsosamtalets innehåll

De vanligaste frågorna man samtalat om enligt de intervjuade var kost och fysisk aktivitet. Hälften hade talat om sociala träffpunkter, alkohol och tobak. I en del fall tyckte de att samtalet inte tillförde nya kunskaper. Ett par av de intervjuade tyckte att det ändå var bra att distriktssköterskan tog upp kostfrågor därför att alla inte visste hur man skulle äta rätt. En person fick ny information om diabetes i form av en bok. *Fick bra råd men svårt följa, jag är hungrig jämt (FRT)*. När det gällde socialt nätverk kände man i de flesta fall till vilka föreningar som fanns. I ett fall verkade känslor av nedstämdhet efter makens död vara orsaken till att personen ändå inte besökte den sociala träffpunkten och i ett annat fall uppfattades träffpunkten som ointressant kaffedrickande.

Fallrisk berördes enligt några av de intervjuade, *Man tänker inte när man klättrar upp på en stol, det måste man tänka, jag tänkte inte, efter samtalet satt igång tankar (J1)*. I övrigt berördes inte boendet, utemiljön, fastigheten, närservice eller liknande. I ett fall framkom att den äldre hade frågor kring bostadsanpassning, vilket inte hade tagits upp i hälsosamtalet.

Tre personer nämnde att blodtryck togs och att i två fall var det bra. En person hade lite för högt blodtryck och även något förhöjt blodsocker. Detta var nytt för honom och läkarkontakt har initierats som en följd av hälsosamtalet. Två personer berättade att mediciner togs upp.

Flertalet fick information om kommunens utbud för äldre, *Fick lite telefonnummer till kommunen, vad de kan bistå med information stod också i tidningen (J1)*. Ingen av de intervjuade gav uttryck för att den information de fick var något de för närvarande har nytta av.

Resultat av samtalet

Samtalen hade, enligt vissa av de intervjuade, lett till en ökad medvetenhet och viss förändring t.ex. när det gällde matvanor; *Har följt råden ganska bra; hade tidigare ej ätit frukost men hade nu börjat med det (FRT)*; *Maten ändrat lite grann (J1)*. En person kände sig uppmuntrad till att promenera, men hade vid intervjutillfället inte kommit igång. Fyra av de intervjuade hade inte gjort några förändringar men ett par av dem har nämnde att samtalet resulterat i ökad trygghet och bekräftelse av goda vanor.

Uppföljning

I ett fall ringde distriktssköterskan för att följa upp samtalet. Tre samtal resulterade i läkarbesök. Övriga resulterade inte i någon uppföljning enligt de intervjuade.

Hos flertalet av de intervjuade hade intervjuaren inte kunnat observera några behov som verkar ha förbisetts vid hälsosamtalet. Några frågor som intervjuaren uppmärksammade men inte synes ha tagits upp vid hälsosamtalet gällde behov av sorgebearbetning, uppföljning av

självrapporterade minnesproblem, alkoholanvändning, halkrisk på mattor och medicin-information.

Den allmänna bedömningen av samtalet

I stort sett alla de intervjuade tyckte att distriktssköterskans bemötande hade varit bra. En av de intervjuade hade så svårt att minnas samtalet att han därför inte hade någon uppfattning. ”Intresserad”, ”lyssnande”, ”engagerad” var ord man använde. Flera säger att de kände sig delaktiga och att distriktssköterskan lyssnade in vad de ville prata om. Förutom värdet av den faktiska informationen så upplevde många det som att själva *kontakten* med distriktssköterskan var värdefull: *Bra att man frågar äldre hur de mår; någon som bryr sig (J1); Det är bra att någon tänker på en när man är pensionär; kände mig mindre ensam efter samtalet (JEA); Jag fick häftet och tryggheten att det finns någon. Jag vet som pensionär att det kan vara i morgon... som någonting är värre.. något nytt ... Jag vet inte om jag kommer att få träffa just henne... men vetskapen att det finns och att jag har vårdcentralens telefonnummer ... den stunden det händer (JKA).*

De flesta tyckte att samtalet var bra. Någon nämnde att det blev stora förändringar efter pensionen. De flesta hade inga förslag på förändringar av hälsosamtalet utom en som tyckte att landstinget istället skulle erbjuda en årlig hälsoundersökning. En person sa att samtalet kanske var viktigare för andra, de som mådde sämre än vad han gjorde. Denna form av kommentar var markant vanligare bland 75-åringarna.

Gruppintervju med distriktssköterskor

Hälsoproblemen kommer enligt distriktssköterskorna tidigt i deras områden. Många hade en medvetenhet om livsstilsfrågor men saknade motivation och kraft att själva göra något åt det. Riskbruk av alkohol, rökning, psykisk ohälsa och övervikt var vanligt förekommande. Vid 20-30 procent av hälsosamtalen upptäcktes högt blodtryck som den äldre själv inte varit medveten om. Hos en person identifierades även diabetes. Distriktssköterskorna konstaterade dock att det var svårt att nå personer med missbruks- eller psykiska problem. Dessutom uttryckte distriktssköterskorna att det är svårt att föra hälsosamtal när tolk behövdes.

Syfte

Att ta del av distriktssköterskornas erfarenheter av att ha hälsosamtal, hur de gått tillväga och hur arbetsformen kunnat integreras i deras ordinarie arbete; hur det gått att etablera kontakt med de äldre och vilka som har tackat ja respektive nej på erbjudandet om hälsosamtal; vilka förväntningar de själva haft på hälsosamtalen och vilka förväntningar de mötts av hos de äldre; vad de äldre ville ta upp och på vilka områden distriktssköterskorna följt upp samtalet; vilka skillnader de sett mellan 65-69 åringar och 75-åringar; kunskapen om det svenska samhället hos äldre med utländsk bakgrund; hur det fungerat att tala med äldre med dålig svenska och att ha hälsosamtal via tolk.

Metod

Till gruppintervjun inbjöds den eller de distriktssköterskor som hade utfört flest hälsosamtal. Två av de fem husläkarverksamheterna hade valt att anställa en särskild distriktssköterska att genomföra hälsosamtal. Hos två av husläkarverksamheterna var det bara en distriktssköterska

som arbetat med hälsosamtal till 65-69-åringar. En husläkarverksamhet hade ännu inte börjat men en distriktssköterska där skulle göra det. Totalt ingick således fem distriktssköterskor i gruppintervjun. Gruppintervjun genomfördes som ett samtal med en checklista för att belysa de frågeställningar som framgår av syftet. Samtalet bandades. En sammanställning gjordes av distriktssköterskornas svar på de olika frågeställningarna och deras bedömning av samtalen.

Resultat

Så etablerades kontakten

Den första kontakten togs via brev på svenska som sändes hem. Namnen hämtade man från ListOn, telefonnummer och andra uppgifter från journaler. Vilket språk den äldre talar har man vanligen hämtat från journalen. Om det står att den äldre inte kan svenska kan det finnas telefonnummer till anhörig som man valt ringa.

Det har inte alltid varit lätt att få tag på den äldre. Många i 65-69 årsåldern är fortfarande mycket aktiva, och alla har inte slutat jobba och utlandsfödda vistas särskilt sommartid under långa perioder i sitt forna hemland.

De tror att det underlättat när den man ringer vet vem man är, några har jobbat länge på vårdcentralen. Men de har fått positiv respons också från andra, att någon vill komma och träffa en. *”Svårt säga att det är någon stor skillnad mellan svenskfödda och utlandsfödda. Snarare lättare få ja från en utlandsfödd.”* I en del, rätt få, fall har de kunnat märka viss misstänksamhet, och några har velat ha en anhörig med. Alla, med något enstaka undantag, vill att samtalet ska ske hemma hos dem.

Vilka äldre har tackat nej och varför?

Det är enligt distriktssköterskorna inte så att det varit vanligare att 65-69-åringarna tackar nej än vad 75-åringarna gör. Svårt menar de att veta vad nej betyder. I några fall har man av journalen kunnat se att det är en person med psykiska och/eller missbruksproblem, eller ensamhetsproblem. Om det är så att det är de ensamma eller de med olika problem som tackar nej vill man dock inte säkert uttala sig om. *”Det är ju de här som har det bra, som bjuder på kaffe och smörgås, som knappt har tid, som tackar ja. Det är ju ungefär som på föräldrasamtalen.”* *”I en del fall de jag varit hos personer där det varit lite misär, jag fick tvinga mig in lite.”* *”De ensamma har jag inte kommit åt, de har nog tackat nej tror jag.”*

Tolk?

Det är inte så vanligt att man behövt tolk, kanske var tionde i ett av de tre områdena. I de fallen har det varit svårt att få igång ett samtal, blir mer att distriktssköterskan frågar. I en del fall har anhöriga velat vara tolk. Det finns för- och nackdelar med om det är en anhörig som översätter – men helst bör det vara en tolk menar distriktssköterskorna. De anhöriga kan hämma samtalet men kan också skapa en trygghet. Inget hinder att en anhörig är med om den äldre så vill menar de, den äldre får bestämma.

Förväntningar på samtalet

Förväntningen när man kommer från vårdcentralen är nog oftast att det ska handla om sjukdomar menar distriktssköterskorna. En av distriktssköterskorna har skickat ut ett hälsoindex innan, och därmed gett en vink om att samtalet handlar också om livsstil, ensamhet mm.

Vad talade man om?

Det var vad den äldre ville tala om själv som fick styra samtalet. Alla samtal är olika, ”våldigt olika” sa någon. ”Man måste lyssna på den man är hos oss, den måste få prata av sig, gör den inte det så annars blir det inget samtal.”

De flesta som distriktssköterskorna mött är väl medvetna om vikten av kost och motion, men det är väldigt olika hur man faktiskt lever. Frågor om former för motion eller träffpunkter verkar sällan ha kommit upp. Vad de äldre lägger in i ”hälsa” är likaså olika.

Olika livssituation

Erfarenheterna om vad som är de äldres livssituation varierar mellan områdena, eller kanske mellan distriktssköterskorna. Från ett område är intrycket att 65-69-åringarna från andra länder oftare än de svenskfödda har sjukdomar, inte kan svenska och har begränsat umgänge. De har, menar distriktssköterskan, fastnat i sin sjukdom, och sitter mycket framför sin TV och ser program från sitt hemland. Från ett annat område har distriktssköterskan motsatt erfarenhet att de äldre har ett rikt nätverk med andra landsmän. Hon har inte upplevt många av dem som ensamma, men de håller sig i sin grupp. De är beroende av döttrar och söner.

Kvinnor som inte arbetat har ofta dåliga eller inga kunskaper i det svenska språket. Detta gäller också männen när de på sin forna arbetsplats bara jobbat med andra som talar samma språk. *De har kommit som en familj, och kvinnan har inte varit ute och jobbat, nu sitter hon där.*

En av distriktssköterskorna nämner att hon aldrig när hon mött personen på mottagningen tidigare reflekterat över hur hon har det hemma, det ser hon nu när hon kommer hem. *Har inte reflekterat tidigare hur de har det hemma, det har jag uppmärksammat när jag kom hem, och också då sett vad de har i bagaget, vad de har varit med om.*

Kunskaper om det svenska välfärdssystemet

Distriktssköterskorna menar att de inte generellt kan säga att de från andra länder har sämre kunskaper om det svenska välfärdssamhället än de svenskfödda, distriktssköterskornas intryck är snarast tvärtom. De är ganska väl insatta, i vart fall finns det någon i familjen som är det. Många äldre från andra länder har anhöriga som vårdar, och den personen informerar sina anhöriga. De svenskfödda har varit mer glada över den information distriktssköterskan kunnat ge, ”*de blir väldigt tacksamma när man berättar, t.ex. vad kommunen kan hjälpa till med*”.

Tidiga hälsoproblem

Hälsoproblemen kommer enligt distriktssköterskorna tidigt i deras områden. Det är vanligt med riskbruk av alkohol, rökning, psykisk ohälsa, övervikt. Övervikt är vanligare bland äldre med utländsk bakgrund. Frågan de ställer sig är vad de kan erbjuda. Här ser det olika ut i olika kommuner och vårdcentraler. I ett område finns inget att hänvisa till. I Södertälje finns hälsoenheten och där startar en hälsoskola på svenska och arabiska där alla riskfrågor tas upp. I en Stockholmsstadsdel finns en sjuksköterska från Mariapol en gång i veckan för alkoholfrågor. Det är viktigt tycker alla de fem att man har något att erbjuda. Hur ofta det blivit aktuellt att faktiskt erbjuda/motivera något är lite oklart – inte så ofta, vilket de bl.a. förklarar med att många som skulle behöva motiverande samtal enligt deras bedömning tackar nej till hälsosamtalet.

Uppföljning av samtalet

Distriktssköterskorna har följt upp samtalen på olika sätt. De har bokat läkartid, tagit kontakt med kommunen, erbjudit fortsatt kontakt. ”*Det är jag som är länken, på något sätt följs det*

upp, och jag skriver i journalen. Om något ska bokas så ringer jag tillbaka, nu har jag ordnat det här, och så dokumenterar jag.” En av distriktssköterskorna berättar att hon alltid avslutar samtalet med att repetera vad de kommit överens om, så att det inte blir något missförstånd, endera att den äldre tror att hon ska ta viss kontakt, eller att hon tror att den äldre vill att hon ska göra något trots att den äldre inte alls vill det.

Vanliga hälsoproblem som kräver uppföljning är inkontinens och smärta, som uppfattas vara det största problemet. Det vanliga när det gäller att följa upp samtalet är att man bokar in den äldre hos sig själv, för att följa upp sådant som smärta, inkontinens eller högt blodtryck, eller att man bokar tid hos husläkaren. Att boka in hos sig själv förutsätter att man är den personens distriktssköterska.

De har i uppskattningsvis mellan 20-30 procent av hälsosamtalen upptäckt högt blodtryck som den äldre själv inte varit medveten om, och även upptäckt diabetes – ”rätt vanligt”. I dessa fall har de alltid ordnat med fortsatt kontakt på vårdcentralen.

Det förekommer att de hjälper den äldre att få kontakt med biståndshandläggare eller informerar om möjligheten att få bostadsanpassning. I ett område har distriktssköterskan vissa samtal tillsammans med kommunens handläggare. Inte helt lyckat enligt henne eftersom det blev för långt samtal och för mycket av information.

Att integrera arbetet med förebyggande hälsosamtal i det ordinarie arbetet

Distriktssköterskorna hade erfarenhet såväl av att som sin arbetsuppgift bara ha förebyggande hembesök och att ha denna arbetsuppgift integrerad i sina ordinarie arbetsuppgifter. De var överens om att det senare är att föredra, att gå till de äldre i ”sitt” område.

För vilka äldre har samtalen gjort mest nytta?

Distriktssköterskorna menar att det snarare kan vara 65-69-åringarna än 75-åringarna som har störst nytta av det förebyggande hembesöket. 75-åringarna har ”lärt sig att vara pensionär”, de kan det mesta redan menar de. Av 65-69-åringarna har inte alla kommit in i att vara pensionär. *Många av 75-åringarna är redan kända av oss, så är det nog inte med dem som är 70 eller yngre.* Det är en vinst att komma in tidigare, och att förebygga, t.ex. genom att hitta högt blodtryck menar distriktssköterskorna. Man är överens om att 80 är för sent. Genomgående ser man det som viktigt att den äldre får möjlighet att ta upp och samtala om det som den äldre tycker är viktigt. För en del kvinnor från andra länder var det också enligt distriktssköterskorna en positiv upplevelse att någon ägnar en hel timme bara åt henne. Det viktiga är att den äldre känner *att samtalet handlar om mig* sammanfattar distriktssköterskorna samtalet.

Journalgranskning av omvårdnadsdokumentation

Sammanfattning

Hälsosamtalen spände över alla hälsoområden. Av distriktssköterskorna journalföring framgår att de i samtliga fall hämtat in och beskrivit uppgifter om social bakgrund och livsstil. Vidare fanns i det stora flertalet av journalerna uppgifter om fysisk aktivitet, alkohol och tobaksbruk. Vanligast var frågor om den enskildes välbefinnande och aktivitet, vilket kan ses som naturligt i ett samtal som har ett hälsofrämjande perspektiv. Flertalet av 75-åringarna uppskattade sin upplevda psykiska o fysiska hälsa som god. Emellertid identifierades flera olika hälsorisker bl.a. hade 31 stycken förhöjda blodtryck och 16 stycken förhöjda blodsockervärden som åtgärdades. De åtta vanligaste journalförda statusuppgifterna var: välbefinnande, aktivitet, andning/cirkulation, fysisk aktivitet, nutrition, syn, hörsel och sömn. I hälften av fallen togs frågor av psykosocial och emotionell karaktär upp.

Journalföringen visade att hälften av alla hälsosamtal medförde någon form av vidare åtgärd till exempel blodtryckskontroll, utprovning av inkontinenshjälpmedel, kostinformation, utprovning av tekniska hjälpmedel och kontakt med kommunen angående hemtjänst och inskrivning i hemsjukvården vilket skedde i tre fall.

Det var cirka en fjärdedel som fick stöd i att främja sin egen hälsa genom samtal kring: kost och viktnedgång, trög mage, motion, rökning, hörselnedsättningar, oro generellt, sömn, egenvård av fötter, yrsel, smörjteknik, yrsel och smärthantering

Syfte

Att undersöka vad i hälsosamtalet som dokumenterats, vilka hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder distriktssköterskan utfört samt om dessa följts upp.

Metod

Under år 2007 samlades samtliga journaler förda vid hälsosamtalen som distriktssköterskorna genomförde under år 2006. Det totala antalet journaler uppgick till 220 stycken från 8 vårdcentraler fördelade på 9- 42 journaler per vårdcentral. Journalerna samlades in genom personliga besök på respektive vårdcentral. Journalerna avidentifierades och kodades.

Granskningen av journalerna gjordes utifrån en för ändamålet särskilt utformad granskningsmall som byggde på Prim-VIPS sökord. Prim-VIPS som är en vidareutveckling av VIPS-modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention och Säkerhet) som är en modell för dokumentation av omvårdnaden. Den följer omvårdnadsprocessen fem steg vilka är: bedömning, omvårdnads mål, planering, genomförande och utvärdering (Ehnfors, Ehrenberg, Thorell-Ekstrand, & Vårdförbundet, 2000). Granskningsmallen (bilaga 2) innehöll alla Prim-VIPS sökord. I mallen redovisas frekvens av anteckningar och vad som skrivits under respektive sökord. Vad som tagits upp i hälsosamtalen, vilka förebyggande Innehållet i journalerna bearbetades i Excel.

Resultat

Resultatet från granskningen av omvårdnadsdokumentationen visade att samtalen spände över många hälsoområden och finns redovisat enligt strukturen för VIPS.

Omvårdnadsanamnes

I tabell 2. redovisas distriktssköterskans dokumentation av omvårdnadsanamnes. En omvårdnadsanamnes ska bidra till att få en bild av individen. Den ger en beskrivning av hälsa och livssituation utifrån, i detta fall, 75-åringens egen berättelse. I anamnesen finns också dokumentation om alkohol, tobak, pågående vård, social bakgrund, hjälpinsatser och livsstil.

Tabell 2. Distriktssköterskans dokumentation av omvårdnadsanamnes angivet i antal (n) och procent (%) i omvårdnadsjournalen (n=220).

Omvårdnadsanamnes	n	(%)
Hälsohistoria	183	(83)
Alkohol	174	(79)
Tobak	183	(83)
Pågående vård	178	(80)
Social bakgrund	220	(100)
Hjälpinsatser	89	(40)
Livsstil	220	(100)

Hälsohistoria

I 183 journaler fanns någon beskrivning av hälsohistoria före den aktuella vårdkontakten. I hälsohistorian ingår också frågor angående alkohol och tobak. Frågor om alkohol hade tagits upp med 79 % av 75-åringarna, medan 83 % av journalerna innehöll uppgifter som visade att frågan om rökning eller tobaksbruk tagits upp.

Pågående vård

I 80% av journalerna fanns uppgifter om pågående vård. Där framkom att många av 75-åringar hade regelbunden kontakt med husläkarmottagningen.

Social bakgrund

Alla journaler innehöll uppgifter om den sociala bakgrunden vilket innefattar uppgifter om sociala förhållanden och hemsituation.

Livsstil

Av dokumentationen framgår att distriktssköterskorna i samtliga journaler dokumenterat uppgifter om livsstil.

Hjälpinsatser

I 89 av journalerna fanns också dokumentation om sociala hjälpinsatser som 75-åringen hade eller ansåg sig behöva. De flesta 75-åringarna klarade sin vardag själva utan att behöva hjälp och stöd. De sociala hjälpinsatser som fanns dokumenterade var larm, hemtjänst, färdtjänst, hemsjukvård, städning, handling, fönsterputs, storstädning och sorgegrupp. Enligt dokumentationen hade flera uppgivit att de fick kontinuerlig vård, stöd och hjälp av sina barn och/eller närstående med handling och städning. Önskemål om sociala hjälpinsatser som framkom var, bostadsanpassning, avlastning för anhöriga, städning och storstädning, fönsterputs, korttidsboende, hemsjukvård, seniorboende samt stöd för anhörigvårdare.

Omvårdnadsstatus

Med omvårdnadsstatus avses här distriktssköterskans dokumentation av frågor som berörts i hälsosamtalet. Genom omvårdnadsstatus får distriktssköterskan möjlighet att fånga upp 75-åringens aktuella hälsosituation och förhållanden såsom resurser och behov. Resultatet som framkommer påverkar vad som tillsammans med 75-åringen behöver planeras och åtgärdas.

Vilka områden som enligt dokumentationen berördes, och i hur många fall, framgår av tabell 3.

Tabell 3. Distriktssköterskans dokumentation av omvårdnadsstatus angivet i antal (n) och procent (%) i omvårdnadsjournalen (n=220).

Omvårdnadsstatus	n	(%)
Kommunikation (samtal om syn o hörsel)	175	(80)
Kunskap o utveckling	81	(37)
Egenvårdsmotivation	26	(12)
Andning/cirkulation	211	(95)
puls	24	(11)
blodtryck	208	(94)
Nutrition	200	(90)
BMI	165	(75)
Blodsocker	116	(52)
Elimination	141	(64)
Hud vävnad	117	(53)
Aktivitet	215	(97)
Fysisk aktivitet	204	(92)
Sömn	163	(74)
Smärta	127	(57)
VAS	43	(20)
Sexualitet	17	(8)
Psykosocialt	123	(56)
Emotionellt	123	(56)
Andligt kulturellt	46	(21)
Välbefinnande	215	(97)
Sammansatt status	135	(61)

Kommunikation

Utifrån dokumentationen framkom att 175 personer diskuterade sin syn eller hörsel med distriktssköterskan. Av dessa framkom att 75 personer hade problem med hörsel. Trettio använde hörapparat. Sju personer stod i kö för starroperation. Fem uppgav att de hade så allvarliga problem att de använde speciella synhjälpmedel. När det gällde minne upplevde 23 personers att minnet hade börjat försämrats. Flera av dem tyckte dock inte att det hindrade dem i vardagen för närvarande. I dokumentationen framgick att tre av dessa gick på minnesutredning.

Andning cirkulation

Hos 211 personer hade andning/cirkulation diskuterats. En kontroll av blodtrycket gjordes på 208 personer i samband med hembesöket. Av dessa identifierade distriktssköterskorna 31 personer med blodtryck som krävde ytterligare uppföljning.

Nutrition

Samtal om kostvanor hade enligt dokumentationen skett i 200 fall. Blodsocker togs på 116 personer varav 16 prover visade resultat på förhöjda värden och krävde ytterligare uppföljning och insatser. Många uppgav att de hade regelbundna måltidsvanor och var noga med kosthållningen. Ett par 75-åringar hade kraftig övervikt och önskade stöd med detta.

Elimination

Samtal kring tarmarnas och urinvägarnas funktion gjordes med 141 personer enligt journaldokumentationen. Många hade problem med urininkontinens, behov av att kasta vatten

flera gånger under natten, täta trängningar, urinläckage, prostatabesvär och efterdropp. Två personer hade urinvägskateter och ett par uppgav att de hade problem med urinvägsinfektioner. Många 75-åringar hade redan inkontinenshjälpmedel eller annan hjälp. Flera hade dock ingen hjälp och i dessa fall gav distriktssköterskorna råd, förskrev inkontinenshjälpmedel eller hänvisade till annan vårdgivare. Flera uppgav även problem med mage och tarm.

Hud, vävnad

Hudproblem som framför allt berodde på torr hud och klåda egenvårdades vanligen med bra resultat men det fanns även flera som behövde råd och recept. I de fall som hudproblemen inte egenvårdades gav distriktssköterskan råd och skrev även ut mjukgörande hudkräm. En 75-åring hade så stora hudproblem som hon inte klarade av att sköta om själv vilket ledde till att hon blev inskriven i hemsjukvården.

Många distriktssköterskor hade uppmärksammat 75-åringarnas munhälsa. De problem som fanns var: tandproteser, tandlossning, tandimplantat. Många uppgav att de hade regelbundna kontakter med tandläkare.

Aktivitet

För 204 personer fanns dokumentation om fysisk aktivitet i någon form. De flesta uppgav sig vara måna om att vara fysiskt aktiva och att motionera. Det var 71 personer som uppgav att de hade någon form av begränsning för att kunna motionera så mycket som de önskade. Dessa begränsningar berodde på: yrsel, problem med lederna, smärta, rädsla för att ramla, KOL, hosta. Två var begränsade på grund av att de inte kunde lämna sjuk make ensam hemma.

Sömn

Samtal kring sömn skedde i 163 fall. Många hade problem med sömnen på grund av att de behövde gå upp på natten och kasta vatten. En del hade svårt att sova med anledning av att de upplevde oro av olika slag. Flera av dessa 75-åringar använde sömnmediciner vid behov.

Smärta

I 117 omvårdnadsjournaler har samtal om upplevd smärta förts. För att bedöma graden av smärtupplevelse användes VAS smärtskattningsinstrument på 43 personer. De smärtsymtom som uppgavs var: värk i leder på grund av artros, ryggont, nackbesvär, höftbesvär. Alla dessa personer hade någon form av smärtlindring.

Psykosocialt och emotionellt

I 123 omvårdnadsjournaler fanns anteckningar om att 75-åringarna berättat om sin psykosociala situation och hur de upplevde den. Många uppgav att de hade en oro för familj, barn, den egna hälsan samt över att bli beroende vilket påverkade deras vardag negativt. Flera kände också stor ensamhet och isolering på grund av att man inte hade något socialt nätverk. Några var isolerade för att de var anhörigvårdare. Stress och ångest var också en anledning till att man inte var tillfreds med tillvaron. Detta berodde i några fall på obearbetat traumatiska upplevelser och sorg.

Många uppgav att de kände sig nöjda med livet och att de hade god kontakt med sina barn och barnbarn. Emellertid fanns sänkt sinnesstämning med symtom som nedstämdhet, gråtmildhet, ledsenhet, deppighet också dokumenterat. Detta kunde sättas i samband med avsaknad av vänner och anhöriga, dödsfall i familjen och hos vänner, fysisk inaktivitet samt att det var svårt att finna någon mening i livet. Någon var också ledsen över att samlivet inte fungerade.

Välbefinnande

Flertalet hade en god hälsa. 75-åringarna ombads skatta sin upplevda psykiska o fysiska hälsa på en skala mellan 1-4, där 1 beskriver dålig hälsa och 4 beskriver mycket god hälsa. Det var 199 som skattade sin fysiska hälsa där medelvärdet blev 3,13. Sin psykiska hälsa skattade 198 personer till ett medelvärde av 3,31.

Sammanfatt status

Här beskrivs patientstatus baserat på en skala eller ett bedömningsinstrument, som ej kan skrivas under något annat sökord. Under samma rubrik ska även uppgifter om läkemedel eller hjälpmedel skrivas. Här fanns dokumentation i 135 omvårdnadsjournaler som beskrev uppgifter 75-åringen uppgav om läkemedel och hjälpmedel för blodsockerkontroll.

Omvårdnadsåtgärder

Avsikten med omvårdnadsåtgärder är att främja hälsa och förebygga ohälsa, bevara och återställa hälsa och välbefinnande. Åtgärderna kan vara egenvård men också insatser där distriktssköterskan erbjuder stöd och hjälpåtgärder. Antal genomförda omvårdnadsåtgärder finns beskrivna i tabell 4.

Tabell 4. Distriktssköterskans dokumentation av omvårdnadsåtgärder angivet i antal (n) och procent (%) i omvårdnadsjournalen (n=220).

Omvårdnadsåtgärder	n	(%)
Medverkan	82	(37)
Information och undervisning	111	(50)
Stöd	59	(27)
Miljö	22	(10)
Skötsel	1	(0)
Träning	2	(1)
Specifik omvårdnad	2	(1)
Läkemedelsförskrivning	9	(4)
Hjälpmiddel	10	(5)
Samordning	31	(14)

Medverkan

Med begreppet medverkan avses patientens och anhörigas beslut och medverkan i behandlingen och sker i samverkan eller utifrån egna beslut. Överenskommelser skedde med 82 personer där denne själv tog ansvar för att viss åtgärd blev utförd. Detta rörde ärenden som blodtryckskontroll, förskrivning av inkontinenshjälpmedel, blodsockerkontroll, stödstrumpor, motion, såromläggning hos distriktssköterska. Vidare uppmanades till kontakt med husläkaren eller annan läkare, kontakt med arbetsterapeut för hjälpmedel som halkskydd och trappträcken, gånghjälpmedel. Övriga kontakter som distriktssköterskan rekommenderade 75-åringarna att ta var med kurator, uroterapeut, folktandvården och biståndsbedömaren.

Information/undervisning

Information och undervisning handlar inte enbart om att informera utan också om att stärka patientens ställning genom ökad förståelse och kunskap.

Dokumentation om information och undervisning som distriktssköterskan förmedlat fanns beskrivet i 111 omvårdnadsjournaler. Det rörde områden som: Information om olika

verksamheter inom kommunen och att informationsmaterial om ”Säkerhet i vardagen på äldre dagar” lämnats. Andra områden som distriktssköterskan informerade eller undervisade om var: Sömn, inkontinenshjälpmedel, knipövningar, råd om stödstrumpor, fallprofylax, kostråd, sluta rökagrupp, anhörigstöd, höftbyxa, genomgång av ny blodsockermätare och mediciner. I något fall handlade det också om allmän information som nedläggning av vårdcentralen.

Stöd

Stöd är ett av kärnbegreppen inom omvårdnad. Viktiga delar i ett stödjande beteende inom omvårdnad är att visa intresse för patienten, bedöma patientens situation, ge moraliskt stöd samt underlätta, behålla hoppet och att ge näring till växt. Bekräftelse är också en del av stöd för individens självkänsla och självbestämmande.

Det var 59 personer som fick stöd i att främja sin egen hälsa genom samtal kring: kost och viktning, trög mage, motion, rökning, hörselnedsättningar, oro generellt, sömn, egenvård av fötter, yrsel, smörjetechnik, yrsel och smärthantering. Distriktssköterskan gjorde också genomgångar och samtalade om läkemedel och läkemedelsbiverkningar. I övrigt togs frågor kring boende och andlighet upp.

Miljö

Under miljö redovisas insatser som görs för att främja hälsa och säkerhet samt för att förebygga olycksfall och skador. Här identifierade och åtgärdade behov hos 22 personer. Flera av de åtgärder som genomfördes var att kontakt togs med arbetsterapeut för bostadsanpassande åtgärder som utprovning av höj- och sänkbar säng, montering av trappräcke, montering av toastolsförhöjning och badkarshandtag, vidga trånga dörröppningar som behövde anpassas till rullstol. Andra åtgärder var kontroller av brandvarnare.

Läkemedelshantering

Distriktssköterskan ombesörjde förskrivning av läkemedel till nio personer. Utöver detta ordinerades vaccinationer till två personer.

Hjälpmedel

Distriktssköterskan identifierade och åtgärdade behov hos 10 personer: De hjälpmedel som ordinerades var inkontinenshjälpmedel, toastolsförhöjning, uribag, uridom, teststickor, lancetter och blodsockermätare.

Samordning

Med samordning avses något som i det här fallet distriktssköterskan tar ansvar för att det blir åtgärdat.

I 31 fall beskriver distriktssköterskan i omvårdnadsjournalen att han/hon i samråd med 75-åringen stöttade att ett problem blev åtgärdat. Samordningen gällde: Recept och kontroll av läkemedelslistor av läkare, utökade insatser från kommunen och att hjälp att prova ut stödstrumpor. Andra åtgärder var att boka tid till: Distriktssköterskemottagning, arbetsterapeut, diabetessjuksköterska, fotvårdare blodtrycks kontroll, husläkare och uppföljning av torr hud. Vidare problem som distriktssköterskan åtgärdade var: Minnesutredning, kontrollera vad som hänt med färdtjänst, skicka information om kost och fibrer. Remisser skickades till fotvård, och ögonmottagning och astmasjuksköterska. Tre 75-åringar identifierades med så stora omvårdnadsbehov att de skrevs in i hemsjukvården.

En sammanslagning av sökorden medverkan och samordning visar att distriktssköterskan identifierade, åtgärdade och följde upp problem hos hälften av dem som fick hälsosamtal (113 av 220).

Genomgång av uppföljningsmallar från urval husläkarverksamheter

En enkel uppföljningsmall erbjöds husläkarverksamheterna, för att underlätta såväl deras egen uppföljning som den länsövergripande uppföljningen. Uppföljningsmallarna hade dock på de flesta husläkarmottagningar inte fyllts i rutinmässigt. Många distriktssköterskor använde inte samtalsguiden vid hembesöken då de känt sig trygga med metoden. Därför föll det sig inte naturligt att fylla i ”rutan” med de uppgifter som efterfrågades. För att få svar på de frågor som angavs i uppföljningsmallen ställdes dessa istället till distriktssköterskorna som deltog i fokusgrupperna .

Tidsåtgången för hälsosamtalen uppvisade en stor variation. Ett samtal kunde ta allt mellan 30 minuter till två timmar. I snitt tog samtalen en timme. Totalt beräknades att cirka två timmar behövde reserveras för hälsosamtal i hemmet vilket är samma tid som svaren från interventionsstudien (Stockholms läns äldrecentrum & Centrum för allmänmedicin, 2007). Distriktssköterskorna tyckte huvudsakligen att samtalet bidrog till att etablera en god kontakt både för nuvarande och framtida behov, men också att man lärde känna personen på ett djupare plan. En distriktssköterska uttryckte det som att ”-jag fick lära känna människan bakom namnet”

Enligt distriktssköterskorna fokuserade 75-åringarna i huvudsak samtalet på att tala och berätta om sin livssituation, men även frågor om hälsa, sjukdomar och mediciner var vanligt förekommande.

Distriktssköterskorna tyckte att man hade en mycket stor nytta av att få genomföra hälsosamtalen i 75-åringens hem för att det bidrog till att man fick en helhetssyn på den äldre och att riskfaktorer lättare kunde identifieras. En bidragande orsak till detta var att samtalet skedde i lugn och ro i en miljö som uppfattades som trygg för den äldre.

Stöd vid införande av hälsosamtal, utbildning och vårdutvecklingsledare

Sammanfattning

Distriktssköterskorna var mycket nöjda med utbildningens genomförande och relevans och uppgav att de hade fått klarhet i hur de skulle arbeta vidare med hälsosamtalen. Medelvärdet var 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.

Vårdutvecklingsledarnas stöd vid införandet av hälsosamtal vid husläkarmottagningen var uppskattat av distriktssköterskorna. Många distriktssköterskor upplevde det som betydelsefullt då de många gånger känt sig ensamma och fått arbeta ”mot strömmen”. För att bestämma arbetsplatsmöten med distriktssköterskorna tog vårdutvecklingsledarna under året kontakt med de flesta husläkarmottagningar i länet. De gjorde personliga arbetsbesök på cirka 90 av husläkarmottagningarna och vid 75 av dessa gjordes en kvalitetsbedömning med en för ändamålet framtagen checklista. Fyra nätverksträffar arrangerades under året där 100 distriktssköterskor deltog.

Syfte

Att redovisa det stöd som distriktssköterskor fick vid införandet och uppföljning av hälsosamtal vid husläkarverksamheterna

Stöd vid införandet av hälsosamtal

Vid införandet av hälsosamtal med 75-åringar i hemmet genomförda av distriktssköterskan handlade det om att kombinera ett antal olika insatser. En utbildningsinsats till distriktssköterskor i form av teori, verksamhetsförlagd utbildning och återkopplande reflektion genomfördes. Distriktssköterskorna erhöll också fortlöpande vägledning från två vårdutvecklingsledare vilka arbetade strategiskt med arbetsplatsbesök och pedagogiskt stöd. Vidare utvecklades ett antal kvalitetssäkringsinstrument.

Utbildning

Resultat

Två kursledare från CeFAM har varit engagerade i utbildningarna som annonserats på CeFAMs hemsida. Som förberedelse inför utbildningen uppmanades distriktssköterskorna att läsa Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre (Törnkvist et al., 2007). Vid kursstart fick deltagarna kursmaterial och kurslitteratur. Allt material som därefter producerats för utbildningen fanns på hemsidan där distriktssköterskorna själva kunde hämta allt material samt hänvisa och sprida det till andra som ännu inte gått utbildningen.

Mål: utbildningen var på avancerad nivå och vände sig till distriktssköterskor verksamma i Stockholms läns landsting.

Syfte med utbildningen var att den skulle leda till kunskaper om hälsosamtalets genomförande samt ge ökade kunskaper när det gällde:

- åldrandet, äldres hälsa och välbefinnande,
- hälsobegrepp,
- teorier såsom SAUK-modellen (Sympati, Acceptans, Upplevelse, Kompetent omvårdnad), KASAM (Känsla Av SAMmanhang) och Den stadieindelade beteendeförändrings modellen
- omvårdnadsdokumentation enligt prim-VIPS (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet)
- samverkan mellan kommun och landsting

Fokus lades på det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet som handlar om att utveckla förhållningssätt som stärker individens egna resurser och därmed hälsan. Under utbildningen användes en pedagogisk metod som utgick från människans livsvärld (Biggs & Tang, 2007). De undervisningsformer som användes under kursens teoretiska del var föreläsningar, ett grupparbete, redovisning av eget genomfört hälsosamtal samt reflektion.

Utbildningen omfattade två dagars teori och verksamhetsförlagd utbildning fördelad enligt följande:

- en inledande teoretisk utbildningsdag om hälsosamtals teoretiska grund och praktiska genomförande
- en halv dag verksamhetsförlagd utbildning vars mål var att distriktssköterskan skulle genomföra minst ett hälsosamtal med en 75-åring i hemmet
- en halvdags uppföljande utbildning, redovisning av och reflektioner kring eget genomfört hälsosamtal

Under våren 2009 anpassades utbildningen enligt gällande kriterier för den nya högskolereformen från 2007, även kallad Bolognaprocessen. Enligt högskoleförordningen måste en kursplan upprättas med konkreta och mätbara lärandemål för vad studenten förväntas kunna vid godkänd kurs (Högskoleverket, 2010). Kursplanen för Hälsosamtal med 75-åringar i hemmet finns beskriven i (bilaga 3). Efter genomgången utbildning erhöll distriktssköterskorna ett kursintyg.

Utvärdering av utbildningen

Utvärderingen av utbildningsinsatserna visar att distriktssköterskorna var mycket nöjda med utbildningen då medelvärdet var 4.4 poäng på en skala mellan 1 – 5 poäng (1=mycket dåligt, 5=mycket bra). För utvärdering av användes två frågeformulär, en vid första dagens teoretiska utbildning (bilaga 5) och vid andra dagen uppföljning och reflektion av genomfört hälsosamtal (bilaga 6). På utvärderingsformuläret kunde distriktssköterskorna skatta och bedöma utbildningens innehåll och relevans samt om de fått klarhet i hur de skulle arbeta vidare med införandet och genomförandet av hälsosamtal med 75-åringar. Vidare fanns det på båda utvärderingsformulären en fråga som gällde distriktssköterskans känslomässiga inställning till att genomföra hälsosamtalen. Här kunde de ringa in ett eller flera alternativ som var: entusiasm, tvivel, förvirring, bli kul, tvång, förändringsvilja, nyttigt, svårförståeligt, inspiration och frustration. Mer än två tredjedelar av distriktssköterskorna uppgav att de kände inspiration och entusiasm inför uppgiften. Ett flertal beskrev att de tyckte att det var en nyttig uppgift samt att de kände förändringsvilja. Ett par distriktssköterskor uttryckte tvång och frustration inför uppgiften. På utvärderingsformuläret för den andra dagen fanns en kvantitativ fråga där distriktssköterskornas skulle skatta sin egen insats. Här låg medelvärdet på 3,9.

Vårdutvecklingsledarnas funktion och arbete

Under år 2009 använde två vårdutvecklingsledare vardera 50 % av sin heltid att arbeta med stöd till distriktssköterskor vid införandet av hälsosamtal med 75-åringar på husläkarverksamheterna i Stockholms läns landsting. Vårdutvecklingsledarna var nyckelpersoner när det gällde att entusiasmera distriktssköterskorna i förändringsarbetet, förmedla kunskap och främja utveckling inom aktuella ämnesområden.

I arbetsuppgifterna ingick det att arbeta med:

- arbetsplatsbesök med kvalitetsbedömningar
- administrativa uppgifter
- pedagogiskt stöd och utvecklingsarbete
- nätverksträffar.

Arbetsfördelningen mellan de två vårdutvecklingsledarna innebar att en ansvarade för den norra delen av länet och den andra för den södra delen av länet. Året inleddes med en inventering av antalet vårdcentraler inom Stockholms län. En något svår uppgift då antalet husläkarmottagningar ständigt förändras på grund av den fria etableringen. En e-post adresslista till samtliga distriktssköterskor som genomgått CeFAMs hälsosamtalsutbildning togs fram. Genom vanlig post och via e-post skickade vårdutvecklingsledarna ett personligt brev till samtliga distriktssköterskor i hela länet om sin funktion samt att de under året önskade besöka distriktssköterskorna på deras arbetsplatser.

Vårdutvecklingsledarna tog i stort sett kontakt med alla husläkarmottagningar per telefon för att höra efter hur det gick, om de behövde stöd men också för att erbjuda arbetsplatsbesök. Arbetsplatsbesöken påbörjades från och med februari 2009 på dag och tid som distriktssköterskorna själva beslutade om. Sammanlagt fick 90 husläkarmottagningar besök av en vårdutvecklingsledare och på 75 av dessa upprättades en checklista med kvalitetsindikatorer. På de husläkaremottagningar där checklistan ej upprättades hade besöken en mer handledande karaktär. Vid dessa tillfällen passade det inte att ta fram checklistan. Arbetsplatsbesöken varade vanligtvis i 1 - 2 timmar.

Vid arbetsplatsbesöken hade vårdutvecklingsledarna med sig utbildningsmaterial och litteratur att användas för kompetenshöjande åtgärder. De hade även med sig det senaste regionala vårdprogrammet för fallprevention, värdegrunden för Stockholms läns landsting samt Svensk sjuksköterskeförenings strategi för hälsofrämjande arbete. Vidare bidrog de även med kunskap om olika bedömningsinstrument såsom SMA (Safe Medication Assessment) och MNA (Mini Nutritional Assessment) till distriktssköterskorna att använda i omvårdnadsarbetet.

En pedagogisk idé var att distriktssköterskorna själva skulle granska sin dokumentation i omvårdnadsjournalerna. För detta ändamål utarbetades en särskild granskningsmall (bilaga 4) Syftet var att genom granskningen och med hjälp av handledning förbättra kvaliteten på omvårdnadsdokumentation. Genom detta arbetssätt kunde vårdutvecklingsledarna med konkreta exempel visa på hur förbättringar kunde göras samt bekräfta de distriktssköterskor som redan dokumenterade med god kvalitet.

I arbetet som vårdutvecklingsledare ingick även administration av nätverksträffar som distriktssköterskorna initierat, kursanmälningar till tvådagarsutbildningarna, beställning av kursmateriel och förtäring samt att hålla CeFAM:s hemsida om hälsosamtal uppdaterad.

Vidare medverkade de i de fyra hälsosamtalsutbildningar som genomfördes i CeFAM:s regi, bland annat för att bistå i dessa samt ta del av distriktssköterskornas frågor. Denna kunskap kunde sedan användas vid arbetsplatsbesöken. Vårdutvecklingsledarna utnyttjade också tillfället att skapa kontakter med distriktssköterskorna och för att boka tid och tillfällen för kommande möten. Hälsosamtalsutbildningens andra dag fokuserade på reflektion kring utförda samtal. Där deltog vårdutvecklingsledarna genom att handleda reflektionsgrupper när det gällde hälsosamtalen och utbildning i omvårdnadsdokumentation. Vårdutvecklingsledarna fick även en betydelsefull generell stödfunktion dit distriktssköterskorna i länet ofta vände sig i allmänna frågor kring omvårdnads-, utbildnings- och kompetensfrågor.

För att tydliggöra vårdutvecklingsplanen för Hälsosamtal med 75-åringar kompletterades denna med ett interaktivt utbildningsprogram under hösten 2009. Programmet syftar till att ge distriktssköterskor kunskaper om viktiga kvalitetsindikatorer för att med god kvalitet genomföra hälsosamtal med äldre. Utbildningsprogrammet består av olika lärmoment kring de olika kvalitetsindikatorerna och ger konkreta och tydliga exempel på hur kvalitetsindikatorer används i vårdverksamhet och patientmöten. Avslutningsvis finns en checklista där distriktssköterskorna själva kan fylla i och få en uppfattning om hur väl kvalitetsindikatorerna kring hälsosamtal med äldre fungerar på deras egen enhet, de får även kunskap och stöd i hur de kan gå vidare och utveckla sin verksamhet för att förbättra kvalitén och patientsäkerheten. Utbildningsprogrammet kommer att testas i sin helhet under våren 2010. Vidare pågår ett arbete med att uppdatera Vårdutvecklingsplan och Kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre (Törnkvist et al., 2007).

För att varje arbetsplats ska kunna göra en egen uppföljning av resultaten av hälsosamtalen utifrån 75-åringens perspektiv har under hösten en enkät till 75-åringarna utarbetats. Arbete med validering av enkäten pågår. Exempel på frågor som enkäten innehåller är: Anser du att fått ny kunskap om lokalsamhällets utbud och service? Upplever du att du fått ett bekräftande möte med distriktssköterskan? Anser du att du fått dina individuella behov uppmärksammade och tillgodosedda?

Nätverk

I syfte att skapa ett forum för distriktssköterskorna när det gällde kompetensutveckling och kunskapsutbyte genomfördes under året fyra nätverksträffar. Till dessa träffar inbjöds samtliga distriktssköterskor i länet. Alla inbjudningar skickades via e-post. Vid ett tillfälle skickades utöver e-post även ett brev med internposten. Inbjudningarna annonserades också på CeFAM:s hemsida där Hälsosamtal med 75-åringar har en egen sida.

De fyra nätverksträffarnas teman var:

- Äldre och smärta
- Nutrition
- Motiverande samtal
- Riskbruk och alkohol
- Den åldrande huden
- SMA
- Klas-Göran Sahlén presenterade sin avhandling från 2009 med titeln *An Ounce of Prevention is Worth a Pound of Cure - Preventive Home Visits among healthy seniors in the north of Sweden* (Ett hekto förebyggande åtgärder ger ett kilo bot - förebyggande hembesök hos friska äldre i norra Sverige).

Sammanlagt deltog ca 100 personer på nätverksträffarna.

Utvärdering av vårdutvecklarens funktion

För att få en uppfattning om distriktssköterskornas åsikter om vårdutvecklarnas arbete och funktion fanns en fråga angående vårdutvecklarna deras roll. Distriktssköterskorna beskrev att de uppskattat vårdutvecklingsledarnas arbete då de upplevde att det var viktigt med stöd och uppföljning vid införandet av hälsosamtal i deras arbetsfunktion. Många kände sig ensamma i sin profession och hade svårt att få gehör för sitt arbete. Vidare tyckte många distriktssköterskor att det var viktigt med personliga besök av vårdutvecklingsledarna då besöken gav kraft och inspiration att fortsätta med hälsosamtalen samt att de kunde få svar direkt på sina frågor.

Behov av framtida kompetensutveckling

Det framkom att de önskade mer utbildning inom ett flertal områden för att kunna genomföra hälsosamtalen på ett professionellt sätt. För många var det längesedan de hade gått sin utbildning och de kände därför att de behövde uppdatera sina kunskaper. Bland annat nämndes utbildning angående motiverande samtal, samtalsmetodik, livsstilsproblem såsom kost, fysisk aktivitet och forskning. Vidare önskade distriktssköterskorna mer kunskap om äldres hälsa och folkhälsoarbete. Det framkom att många önskade fortbildning när det gäller omvårdnadsdokumentation utifrån omvårdnadsprocessen.

Att öka sina kunskaper angående bedömningsinstrument var högt prioriterat. Även fortbildning när det gällde läkemedel och sjukdomstillstånd, såsom smärta, hud, vaccinationer, undernäring, astma, KOL inkontinens och hypertoni hos äldre fanns med bland distriktssköterskornas önskemål om fortbildning.

Information önskades också från, hemtjänst, fixartjänst och anhörigstöd i syfte att utöka samverkan med andra professioner. Av kvalitetsindikatorerna gick det att utläsa att distriktssköterskorna överlag hade ett stort behov av kompetensutveckling.

Erfarenheter från vårdutveckling

Resultaten visade att vid 83 % av husläkarmottagningar arbetade distriktssköterskorna på ett hälsofrämjande sätt och tog tillvara på 75-åringarnas hälsoresurser, de avsatte tillräckligt med tid och de följde upp behov och hälsoproblem när det behövdes. Det var 65 % av husläkarmottagningarna som kunde erbjuda alla 75-åringar hälsosamtal och det var 65 % av husläkarmottagningar där distriktssköterskan hade verksamhetschefens fulla stöd. Omvårdnadsdokumentation i journalen upplevde många som tidskrävande och möjligheten till kompetensutveckling var begränsad på många husläkarmottagningar. Vidare identifierades på 57 % av husläkarmottagningarna behov/problem som tidigare inte identifierats hos 75-åringar.

Syfte

Att genom en checklista med kvalitetsindikatorer värdera distriktssköterskans möjlighet och kvalitet när det gällde att arbeta med, hälsosamtal med 75-åringar på respektive husläkarmottagning.

Metod

Vid arbetsplatsbesöken hade vårdutvecklingsledarna med sig en för ändamålet utformad checklista med kvalitetsindikatorer av betydelse för att ta reda på distriktssköterskornas möjligheter och kvaliteter när det gällde att arbeta med och genomföra hälsosamtalen. Den skapades med utgångspunkt från vårdutvecklingsplanen (bilaga 7) och omfattade 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 fanns det på checklistan möjligheter för distriktssköterskorna att värdera faktorer som påverkat hur genomförandet av hälsosamtal 75-åringar gått.

Analysrades av checklisten gjordes på följande sätt:

- En summering av kvalitetsindikatorerna för varje husläkarmottagning.
- En kvalitetsbedömning i antal och procent av varje kvalitetsindikator.
- En sammanställning av distriktssköterskorna erfarenheter, möjligheter och hinder vid genomförandet av hälsosamtal med 75-åringar

Resultat av vårdutvecklingsledarnas kvalitetsuppföljning

Sammanräkning av kvalitetsindikatorerna

Vid sammanräkning av uppnådda poäng för varje enskild husläkarmottagning visade det sig att det var sju som arbetade metodiskt och kom upp till maximala 44 poäng. Det var 13 husläkarmottagningar som låg under 30 poäng vara av två av dessa hade 0 poäng. De övriga 55 husläkarmottagningarna låg på mellan 31 – 43 poäng.

Kvalitetsbedömning av varje kvalitetsindikator

Checklistan var en kvalitetsindikator för att bedöma om distriktssköterskorna hade möjlighet att arbeta med hälsosamtalen enligt Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer framtagen på CeFAM (Törnkvist et al., 2007). Ur tabell 5 går att utläsa att graden av helt uppfyllt måluppfyllelse ligger mellan 48 – 84 % beroende på vilken kvalitetsindikator som mäts.

Bäst enligt distriktssköterskorna fungerade det att arbeta hälsofrämjande och ta till vara på 75-åringarnas resurser. På 80 – 81 % av husläkarmottagningarna uppgav distriktssköterskorna att de avsatt tillräckligt med tid vid hembesöket samt att de följt upp och åtgärdat hälsoproblem där detta behövdes. Två tredjedelar (65 %) av husläkarmottagning hade möjlighet att erbjuda alla 75-åringar ett hälsosamtal. Vid 65 % av husläkarmottagningarna uppgav distriktssköterskorna att de hade verksamhetschefens fulla stöd.

Resultatet från granskningen av checklistorna visade att maximal måluppfyllelse när det gällde omvårdnadsdokumentation uppnåddes på 48 % av husläkarverksamheterna. Möjligheter till kompetensutveckling och tillgång till relevant litteratur var begränsad och på 31 % av husläkarmottagningarna hade inte alla distriktssköterskorna inte gått hälsosamtalsutbildningen.

Vidare identifierades vid 57 % av husläkarmottagningarna hälsobehov som tidigare inte identifierats hos 75-åringar.

Tabell 5. Kvalitetsbedömning av distriktssköterskans möjligheter att genomföra hälsosamtal vid husläkarmottagningen. Resultatet presenteras i antal (n) och procent (%) av varje kvalitetsmått i checklistan (n=75).

Kvalitetsindikatorer	Kvalitetsbedömning av grad av måluppfyllelse					
	0		1		2	
	inte alls uppfyllt		Delvis uppfyllt		Helt uppfyllt	
Vi distriktssköterskor:	n	(%)	n	(%)	n	(%)
-har genomgått utbildning om hälsosamtal vid CeFAM	6	(8)	17	(23)	52	(69)
-har möjligheter till fortbildning inom ämnesområdet	11	(15)	18	(24)	46	(61)
-har tillgång till relevant litteratur samt har tagit del av denna.	9	(12)	25	(33)	41	(55)
-har upprättat en plan för genomförande av hälsosamtalen	11	(15)	11	(15)	53	(70)
-har upprättat en samverkansplan/överenskommelse med kommunen när det gäller hälsosamtalen	18	(24)	8	(11)	48	(65)
-kan ge sakkunnig information om tillgång till stöd och aktiviteter i lokalsamhället.	9	(12)	6	(8)	60	(80)
-erbjuder samtliga 75-åringar hälsosamtal	10	(13)	17	(22)	48	(65)
-grundlägger kontakt med samtliga 75-åringar genom telefonkontakt.	13	(18)	4	(5)	58	(77)
-har tillgång till och kunskap om relevanta bedömningsinstrument.	12	(16)	20	(27)	43	(57)
-arbetar utifrån ett hälsofrämjande och motiverande förhållningssätt	9	(12)	4	(5)	62	(83)
-värderar hälsoresurser och identifierar behov hos 75-åringarna	10	(13)	2	(3)	63	(84)
-arbetar för att påverka riskfaktorer i den äldres omgivning (hem och närmiljö)	9	(12)	5	(7)	61	(81)
-planerar, åtgärdar och följer upp hälsosamtalet då behov finns	8	(11)	20	(27)	47	(62)
-stödjer och stärker hälsoresurser samt egenvårdsmotivation.	8	(11)	4	(5)	63	(84)
-stödjer livsstilsförändring.	8	(11)	5	(7)	62	(82)
-ger adekvat tid till varje 75-åring	10	(13)	5	(7)	60	(80)
-journalför hälsosamtalen enligt omvårdnadsprocessen (VIPS)	9	(12)	30	(40)	36	(48)
-har verksamhetschefens stöd i att genomföra hälsosamtal	9	(12)	17	(23)	48	(65)
-kan uppge andel 75-åringar som erbjudits hälsosamtal i hemmet (%)?	8	(11)	12	(16)	55	(73)
-kan uppge andel 75-åringar som deltagit i hälsosamtal i hemmet (%)?	8	(11)	14	(18)	53	(71)
-kan uppge andel 75-åringar som följts upp efter genomfört hälsosamtal i hemmet (%)?	11	(15)	3	(4)	61	(81)
-kan uppge andel 75-åringar som identifierats ha tidigare ej kända behov/problem (%)?	11	(15)	21	(28)	43	(57)

Distriktssköterskornas erfarenheter

Vid utvärderingarna av utbildningarna och från arbetsplatsbesöken identifierades ett flertal faktorer som påverkade distriktssköterskornas utsikter till att kunna genomföra hälsosamtalen.

Möjligheter

Distriktssköterskorna ansåg att utbildningsinsatsen haft stor betydelse för distriktssköterskans kompetens och att den tydliggjort yrkesrollen. Utbildningen hade lett till en ökad medvetenhet om betydelsen av att arbeta hälsofrämjande med äldre. Ett par distriktssköterskor poängterade vikten av att återfå ett arbetsområde som gått förlorat

”tänk att äntligen få arbeta preventivt”, ”det var det sjukdomsförebyggande arbetet som gjorde att jag utbildade mig till distriktssköterska”. Vidare uppgav de i samtalen med vårdutvecklingsledarna att de genom hälsosamtalen fått möjligheter till att arbeta med det som är deras specifika yrkeskompetens och på detta sätt även fått bekräftelse på att deras arbete var viktigt. För flera distriktssköterskor innebar arbetet med hälsosamtalen att arbetsglädjen ökat och yrkesprofessionen stärkts. Genom utbildningen gavs också möjligheter att träffa kollegor och knyta kontakter med distriktssköterskor från andra vårdcentraler vilket framställdes som positivt.

Hinder

Ett flertal distriktssköterskor upplevde att de inte hade eller hade haft obetydligt stöd av sina verksamhetschefer i genomförandet av uppdraget hälsosamtal med 75-åringar. Anledningen till detta var bl.a. att verksamhetscheferna prioriterade andra arbetsuppgifter. Det framkom även uppgifter om att verksamhetscheferna inte riktigt förstått uppdraget och att några till och med hindrat distriktssköterskorna att utföra hälsosamtalen. Emellertid fanns det husläkarmottagningar där distriktssköterskorna hade verksamhetschefens fulla stöd men ändå inte lyckades komma igång med hälsosamtalen. Något som även framhölls vid arbetsplatsbesöken var att man tyckte att arbetsledningen på husläkarmottagningen i större mån fokuserade på kvantitet istället för kvalitet. Svårigheter såsom tidsbrist, personalbrist och att distriktssköterskan fick utföra arbetsuppgifter som likväl kunde ha utförts av andra yrkesgrupper exempelvis undersköterskor och mottagningsköterskor hindrade distriktssköterskan att genomföra hälsosamtalen. Det fanns även husläkarmottagningen som hade mycket låg bemanning av distriktssköterskor eller inte hade några distriktssköterskor alls vilket innebar att husläkarmottagningen inte kunde erbjuda några hälsosamtal överhuvudtaget.

Även samarbetet med kommunen medförde en del svårigheter för distriktssköterskorna. I vissa kommuner konkurrerade hälsosamtalen med varandra, där båda aktörerna hade i uppdrag att genomföra hälsofrämjande åtgärder till samma målgrupp. Andra hade delat upp de äldre och kommunen hade åtagit sig en annan åldersgrupp, exempelvis de som var 80 år. Konsekvensen blev för vissa distriktssköterskor en icke uttalad konkurrenssituation där kommunen inte velat delge material eller information om 75-åringarnas möjligheter till kommunal service.

Övriga svårigheter som ett par distriktssköterskor uppgav var att arbetet med hälsosamtalen var tungt i socialt utsatta områden. På ett par ställen hade man bestämt att inte göra hälsosamtal med de 75-åringar som behövde tolk.

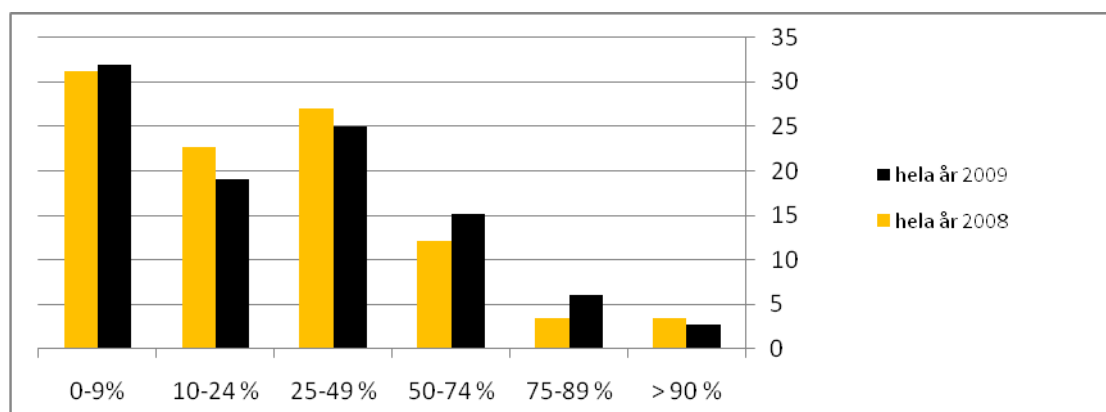
Registrerade hälsosamtal

Statistik finns över registrerade hälsosamtal. Eftersom husläkarverksamheterna fått ersättning per registrerat hälsosamtal kan antas att registreringen ger en god bild av hur många hälsosamtal som faktiskt genomförts. Däremot saknas statistik för 2008 över hur många som erbjudits men tackat nej. För 2009 finns sådan statistik, men den är sannolikt inte helt fullständig. Knappt hälften av de husläkarverksamheter som under året erbjudit hälsosamtal har inte registrerat några personer alls som erbjudits hälsosamtal men tackat nej.

Totalt fick 25 procent av de listade hälsosamtal under 2008. Av de totalt 168 husläkarverksamheter som fanns hade 12 inte något uppdrag att erbjuda hälsosamtal. Av de resterande hade 27 husläkarverksamheter haft hälsosamtal med minst hälften av sina listade patienter. Hos 27 husläkarverksamheter finns inga registrerade hälsosamtal, och för ytterligare 17 är andelen som fått hälsosamtal lägre än 10 procent av husläkarverksamhetens 75-åringar (figur 1). Det fanns inget samband mellan hur många 75-åringar en husläkarverksamhet har listade och hur hög andel av dessa som erbjudits hälsosamtal.

Totalt fick 28 procent av de listade 75-åringarna hälsosamtal under 2009. Av de totalt 184 husläkarverksamheter som ingick i vårdvalet och hade listade patienter som under 2009 fyllde 75 år hade 44 husläkarverksamheter haft hälsosamtal med minst hälften av sina listade patienter.

Som framgår av figur 1 har husläkarverksamheterna under 2009 en något högre andel personer som fått hälsosamtal än under 2008, även om ökningarna är måttliga.



Figur 1 Andel husläkarverksamheter efter andel av deras listade 75-åringar som erhållit hälsosamtal 2008 (n= 141¹) och 2009 (n = 184). Källa: HSNf, ListOn

Var sjätte husläkarverksamhet hade inte erbjudit några hälsosamtal alls under 2009. Två tredjedelar av husläkarverksamheterna hade erbjudit hälsosamtal till högst hälften av sina listade 75-åringar.

Tio husläkarverksamheter redovisar för 2009 att mer än 45 procent av de som erbjudits hälsosamtal tackat nej. Det rör sig bl.a. om tre husläkarverksamheter i innerstadsområden och fyra i socioekonomiskt svaga ytterstadsområden. Extremen är en av dessa fyra, där mer än nio av tio tackat nej.

¹ Statistik finns endast tillgänglig för 141 husläkarmottagningar av de totalt 156 som hade uppdraget att erbjuda hälsosamtal

Tio husläkarverksamheter har redovisat att mer än 80 procent av deras listade 75-åringar har fått hälsosamtal. Här återfinns husläkarverksamheter med olika regiform, i såväl närförort som ytterförort. Antal listade 75-åringar på dessa husläkarverksamheter varierar mellan 1 och 102. Det är således svårt att finna några yttre faktorer som kan förklara att dessa husläkarverksamheter kunnat erbjuda så många av sina listade patienter och fått så hög andel ja.

Sjutton husläkarverksamheter har erbjudit minst 90 procent av sina listade 75-åringar hälsosamtal i hemmet. Här ingår således både de som tackat ja och de som tackat nej till erbjudande om hälsosamtal. Inte heller för dessa husläkarverksamheter går det att finna några samband mellan att de skulle finnas i vissa bostadsområden, ha fler eller färre listade, drivas i egen regi eller privat, litet eller stort vårdföretag etc.

Tabell 1 Andel husläkarverksamheter efter hur många som fått, erbjudits men tackat nej samt totalt som erbjudits hälsosamtal under 2009

Andel husläkarverksamheter efter andel listade patienter som erhållit eller tackat nej till hälsosamtal	Andel listade 75-åringar som fått hälsosamtal 2009 (%)	Andel listade 75-åringar som erbjudits men tackat nej 2009 (%)	Summa erbjudna och tackat nej 2009 (%)
1:a percentil (10 % har lägre värde)	0	0	0
1:a kvartil (25 % har lägre värde)	5	0	7
Median (mittensta värdet)	20	0	33
3:e kvartil (75 % har lägre värde)	41	15	61
9:e percentil (90 % har lägre värde)	63	30	87
Maxvärde	186	93	193

Källa: HSNf, ListOn

Anm: Rapporteringen i ListOn av personer som erbjudits men tackat nej till hälsosamtal har enbart gjorts av drygt hälften av de husläkarverksamheter som haft hälsosamtal under 2009, varför de angivna värdena kan vara en underskattning.

Läsanvisning för tabellen: för att förstå tabellen, utgå från att alla husläkarverksamheter läggs på rad i ordning efter andel av deras 75-åringar som erhållit hälsosamtal respektive år. Med 1:a percentil avses andel listade patienter som erhållit hälsosamtal för den husläkarverksamhet som har 10 procent husläkarverksamheter med lägre värde, med 1:a kvartil andelen för den husläkarverksamhet som har 25 procent husläkarverksamheter med lägre värde etc.

DISKUSSION

Syftet med föreliggande rapport var att ge ett underlag och en beskrivning av hur införandet av uppdraget, Hälsosamtal med 75-åringar i hemmet, i husläkarverksamheten gick under åren 2008 och 2009. Generellt kan noteras att många delar fungerar bra. Sedan år 2006 har drygt 700 distriktssköterskor utbildats vilket är ett bra resultat. På de husläkarmottagningar som kommit igång med hälsosamtalen var både de äldre och de distriktssköterskor som genomfört hälsosamtal nöjda. Det finns emellertid mycket i denna rapport som ger anledning till diskussion.

Bekräftande samtal av värde

Av intervjuerna framkommer tydligt att hälsosamtalen varit uppskattade såväl av de äldre som av distriktssköterskorna. Det finns flera skäl till detta. Många av de intervjuade äldre berättar att distriktssköterskan varit lyhörd och att samtalet fått handla om sådant som var viktigt för den äldre själv. Visserligen säger flera av de intervjuade att hälsosamtal nog är viktigare för andra än för dem själva, för dem som är ensamma eller inte har samma goda hälsovanor som man själv. Samtidigt visar intervjuerna att 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. Några betonar också att det innebär en stor trygghet att ha kontakt med distriktssköterskan innan det händer något, dvs. innan man råkar ut för den ohälsa som man befärrar att ens ökande ålder kan medföra.

För de som menar sig ha god kunskap om vad som är hälsofrämjande kan samtalet ha en bekräftande roll. Några berättar att de fått anledning att tänka till, och en del har ändrat sina vanor. De allra flesta har även fått skriftlig och/eller muntlig information om vad kommunen kan hjälpa till med. Några har fått bra information om sina hälsoproblem, information man kan tycka att de borde ha kunnat få vid de kontakter de haft med hälso- och sjukvården tidigare. Att tillräcklig tid avsätts för hälsosamtalet och att det sker i hemmet har gett dem en helt annan möjlighet att i lugn och ro få tala om och ta till sig information om sådant som bekymrar dem, som försämrad syn eller hörsel, problem med läkemedel, cancerbehandling.

Hemmet en trygg ram för samtalet

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 distriktssköterskan 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, att ta upp frågor om läkemedel mm. Distriktssköterskan beskrev hälsosamtalet som ett viktigt bekräftande möte som blev olika beroende på vad den äldre fokuserade på och vad den äldre hade för problem och behov. Det gav distriktssköterskorna en förståelse och helhetsbild av den äldres livssituation och hälsa. Hälsosamtalet innebar mer av att ge ett psykologiskt stöd än råd vid fysiska problem. Då äldre tackade nej till ett hälsosamtal i hemmet och istället önskade komma till mottagningen för detta, beskrev distriktssköterskorna att mycket gick förlorat bl. a möjligheten till helhetssyn och att ge riktade riskförebyggande råd i den äldres boende.

Hälsokontroller kan kombineras med hälsosamtal

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. Av såväl intervjuer

som journalgranskning framgår att det finns en risk att det är ohälsan snarare än hälsan som kommer i fokus. Men det beror då vanligen 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 distriktssköterskans profession. Att lägga fokus på hälsoproblem kan också av distriktssköterskan kännas enklare än att ha fokus på hälsa och livsstil. Dock finns det inget i denna studie som tyder på att detta att ta blodtryck skulle ta bort fokus från det hälsofrämjande. Tvärtom synes detta mycket väl ha kunnat kombineras med ett salutogent förhållningssätt. Det har dessutom varit omtyckt när distriktssköterskan tagit blodtryck, liksom blodsocker. Hälsokontroll efterfrågades också spontant av några av de intervjuade (både bland 75-åringarna och 65-69 åringarna).

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 kan ses som ett förväntat resultat med hänsyn till att det är vanligare med olika hälsoproblem i socioekonomiskt svaga områden än i mer resursstarka områden. Det ligger också i linje med ett av resultaten från interventionsstudien 2006 - 2007, att personer med låg utbildning i större utsträckning än personer med högre utbildning fått en ökad kunskap tack vare hälsosamtalen. Det kan därför finnas skäl att erbjuda hälsosamtal till personer som nyligen gått i pension, förslagsvis åldersgruppen 67-69 år (då många arbetar tills de är 67 år), i socioekonomiskt svaga områden.

I de två områden där förebyggande hembesök till 65-69-åringar genomfördes fullt ut bor många från andra länder. Erfarenheten där, som styrks av intervjuer med distriktssköterskor från andra områden, är att det är svårt att genomföra hälsosamtalen när man inte har ett gemensamt språk. Det är en klar begränsning att tala genom tolk, liksom när den äldre valt att det är en anhörig som ska tolka. Det kan krävas andra vägar för att genomföra hälsosamtal med äldre som har dålig eller ingen svenska alls. Det kan vara att nyttja distriktssköterskor som kan det språket, eller att samverka med föreningar som har verksamhet riktad till viss språkgrupp.

Många har inte erbjudits hälsosamtal

Flera av dem som hade slumpats ut för intervju hade inte erbjudits något hälsosamtal. Ungefär hälften av dessa ville ha hälsosamtal och skäl som angavs var att det kan vara bra inför framtiden, därför att hälsan kan förändras snabbt, och att man alltid har frågor när det gäller hälsan.

Utifrån landstingets egen dokumentation erbjöds uppskattningsvis under 2008 drygt en tredjedel, och under 2009 cirka 40 procent av 75-åringarna i länet hälsosamtal. Med hänsyn till att erbjudandet om hälsosamtal i hemmet är ett åtagande enligt regelboken för husläkarverksamheter är detta en anmärkningsvärt låg andel.

Viktiga bidragande faktorer till att inte fler 75-åringar fått erbjudande om hälsosamtal kan vara att introduktionen av hälsosamtal skett samtidigt med etablerandet av Vårdval Stockholm. Detta innebar en omställning för husläkarverksamheterna, med en ny regelbok och nya ersättningssystem. Detta har tagit kraft och tid, som inneburit att det var svårt för husläkarverksamheterna under 2008 att erbjuda alla sina listade 75-åringar hälsosamtal.

Vidare finns det ett bristande intresse från många verksamhetschefer. Den ekonomiska styrningen i husläkarverksamheten innebar prioriteringar som medförde svårigheter för distriktssköterskan att få tid till hälsosamtalen. Om någon blev sjuk eller om oväntade situationer inträffade var det hälsosamtalen som fick strykas på dagens agenda. På många vårdcentraler prioriterades andra arbetsuppgifter för distriktssköterskorna vilket innebar att de måste utföra arbete som likväl kunde utföras av mottagningsköterskor eller undersköterskor. Till detta kom vaccinationskampanjen under hösten 2009, som får ses som ett extraordinärt åtagande för husläkarverksamheterna.

Hälsosamtal får inte bara utföras i mån av tid

För att hälsosamtalet ska bli bra måste det prioriteras. En av framgångsfaktorerna har varit att den äldre blir sedd – tänk att de gör detta för oss! Om besöket ombokas, eller att någon annan kommer devalveras hälsosamtalets värde. Den som erbjudit sig att komma hem måste vara den som kommer, ombokning av tid undvikas, och tillräcklig tid ges för samtalet. En i stort sett samstämmig bedömning är att ett hälsosamtal i hemmet tar en timme. Till det kommer förberedsetid, tid för dokumentation och restid, om likaså i snitt en timme. Ett problem för distriktssköterskorna är att många verksamhetschefer inte skapar en struktur så att det blir möjligt att sätta av den tiden. I några intervjuer med de äldre kan anas att den äldre inte tagit upp angelägna frågor vid hälsosamtalet. Dessa har i stället kommit upp vid intervju tillfället. En orsak i dessa fall kan vara att hälsosamtalet gick för fort, 20 minuter nämner ett par av de intervjuade.

Samarbetet med kommunerna behöver ett starkt stöd

Ett av målen för Stockholms läns landsting var att arbetet med hälsosamtal skulle ske i en dialog med kommunerna. Dialogen har funnits på flertalet håll, men det har varit svårt att finna samverkansformer. Detta trots att flertalet av kommunerna i länet och stadsdelarna i Stockholms stad också bedrivit förebyggande hembesök. På vissa håll har till och med ett visst konkurrensförhållande rapporterats. Det krävs ett starkare stöd på ledningsnivå från de båda huvudmännen för att underlätta för dem som utför de förebyggande hembesöken att få tillräckligt mandat och tidsutrymme för samverkan.

Omvårdnadsdokumentation

Dokumentationen i omvårdnadsjournalen visar att samtalet spände över många olika hälsoområden. En bekräftelse på att distriktssköterskorna arbetade utifrån ett hälsofrämjande perspektiv var att frågor om livsstil diskuterats med alla 220 sjuttiofemåringar. I resultatet från interventionsstudien 2006 -2007 framkom att 85 % av 75-åringarna upplevde att de mätte bra eller mycket bra samtidigt som de rapporterade många olika hälsoproblem. Stockholms läns äldrecentrum & Centrum för allmänmedicin (2007) vilket stämmer väl överens med antal behov och hälsoproblem som framkom vid journalgranskningen.

Genom att distriktssköterska gjorde vissa kontroller upptäcktes flera allvarliga hälsoproblem/behov. Som exempel kan nämnas 31 icke normala blodtrycksvärden och 16 förhöjda blodsockervärden.

Enligt journalgranskningen har distriktssköterskan samtalat om kost i 90 % och BMI mätts i 75 %. I interventionsstudien upptäcktes 104 personer med undervikt. Dessa fynd ger oss anledning att fundera över om hälsosamtalet som rutin bör kombineras med enklare hälsokontroller såsom exempelvis blodtryck, blodsocker, längs och vikt och vid behov erbjuda läkemedelsgenomgång, nutritionsbedömning, minnesutredning och liknande.

Hälsosamtalen ska följas upp

Forskningen om förebyggande hembesök visar entydigt att det krävs flera besök för att det ska uppstå en mätbar effekt (mätt via funktionsförmåga, sjuklighet, dödlighet). Hälsosamtalet till 75-åringar är trots det ett engångserbjudande. En bakomliggande tanke var att distriktsköterskan skulle göra en professionell bedömning när uppföljande samtal skulle kunna vara önskvärt. I dessa fall skulle distriktsköterskan kunna erbjuda en uppföljning, med samtal i hemmet eller per telefon. De uppföljningar distriktsköterskorna gjort av hälsosamtalen har dock 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. För att det ska bli vanligare med uppföljande samtal kan det behövas ett mer tydligt uppdrag i regelboken och/eller ekonomiska incitament.

Vårdutvecklingsledarnas stöd

De distriktsköterskor som tagit del av vårdutvecklingarnas stöd uppgav att dessa gav kraft och inspiration att fortsätta med hälsosamtalen, de hade möjlighet att reflektera över samtalen och hade fått svar på många frågor de haft. I resultatet från arbetsplatsbesöken kunde även utläsas att distriktsköterskorna till största delen utfört hälsosamtalen med god kvalitet utifrån kvalitetsindikatorerna i vårdutvecklingsplanen.

Något som krävt en hel del resurser i anspråk och som visade sig vara problematiskt var svårigheter att komma i kontakt med vissa distriktsköterskor. De uppgifter som redovisades i EK-katalogen och i Vårdguiden angav inte korrekt befattning och arbetsuppgifter. Ett flertal distriktsköterskor hade vare sig egen e-post adress, tillgång till eget telefonnummer eller mobiltelefon.

Under hösten fanns stora problem för vårdutvecklingsledarna att få göra arbetsplatsbesök på grund av vaccinationskampanjen mot nya influensan. Trots flera påstötningar och många telefonsamtal uppgav distriktsköterskorna att de inte hade tid. Ofta kunde de ringa återbud till arbetsplatsbesöket med kort varsel varvid dessa var omöjliga att fylla med något annat arbetsplatsbesök. Det fanns också en fundering över om det var de husläkarmottagningar som ännu inte kommit igång med hälsosamtalen som tackade nej till vårdutvecklingsledarnas arbetsplatsbesök.

Utbildning och kompetensutveckling

Distriktsköterskorna ansåg att utbildningsinsatsen hade betydelse för deras yrkeskompetens och att den tydliggjort yrkesrollen. Vidare ansåg de att utbildningen lett till en ökad medvetenhet om betydelsen av att arbeta hälsofrämjande med äldre. Många distriktsköterskor poängterade vikten av att återfå ett arbetsområde som gått förlorat. Genom utbildningen gavs också möjligheter att träffa kollegor och knyta kontakter med distriktsköterskor från andra husläkarmottagningar vilket framställdes som positivt.

Tyvärr visade sig att många distriktsköterskor hade svårt att komma iväg på nätverksträffar på grund av arbetstygden, trots att fortlöpande kompetensutveckling är viktigt för att kvaliteten på vården ska kunna upprätthållas.

Att hälsosamtalarens kompetens har betydelse för effekten av hälsosamtalet visar ett flertal studier på (Sahlen et al., 2006; Vass, Avlund, Siersma, & Hendriksen, 2009). Utbildningen på CeFAM vänder sig därför specifikt till distriktsköterskor vilka är specialistsjuksköterskor

med 1,5 års specialistutbildning där hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ingår som en del i utbildningen.

Implementering

Det är nu två år sedan breddinförandet av Hälsosamtal med 75-åringar påbörjades i Stockholm. Med tanke på att det finns nära 200 husläkarmottagningar i Stockholms läns landsting måste två år anses som kort tid. Ofta är det lång tid mellan forskningsresultat och vardagsanvändningen. Införandet av nya arbetsmetoder är över lag svårt och kräver engagemang av både ledning och anställda för att bli lyckat. Framför allt krävs det en förståelse för att det tar tid innan man kan förvänta sig att det ska fungera (Guldbrandsson & Statens folkhälsoinstitut, 2007). Med tanke på att ett nytt arbetssätt först är genomfört när alla som använder den nya metoden inte längre tänker på att de använder den (Fixsen, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute., & University of South Florida., 2005). På många husläkarmottagningar är hälsosamtalen ännu inte en etablerad arbetsform. Fördröjning kan innebära att möjliga hälsovinster inte uppnås så snabbt som man skulle önska. (Guldbrandson 2007).

Fortbildning och stöd av vårdutvecklingsledare måste fortsätta

Då hälsosamtalen ännu inte är en etablerad arbetsform hos en majoritet av husläkarmottagningarna kvarstår behovet av utbildning och stöd av vårdutvecklingsledare. Under år 2010 kommer fyra vårdutvecklingsledare, arbeta 50 % vardera och 38 lokala vårdutvecklare två timmar i veckan för att stimulera och stödja distriktssköterskorna vid införandet av hälsosamtal som en del i husläkarverksamheten.

REFERENSLISTA

- Agahi, N. (2005). *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar : en kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well* (1. ed.). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., Cederblad, M., Elfstadius, M., & Lundh, L.-G. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Avlund, K., Vass, M., Kvist, K., Hendriksen, C., & Keiding, N. (2007). Educational intervention toward preventive home visitors reduced functional decline in community-living older women. *J Clin Epidemiol*, 60(9), 954-962.
- Biggs, J. B. & Tang, C. (2007). *Teaching for quality learning at university [Elektronisk resurs] what the student does* (3rd ed.). Maidenhead: McGraw-Hill/Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Brülde, B., & Tengland, P.-A. (2003). *Hälsa och sjukdom : en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Cornelius, C., Wånell, S. E., & Stockholms läns äldrecentrum. (2005). *Hembesök för hälsans skull : en studie om internationella och svenska erfarenheter av hälsokontroller och förebyggande hembesök för äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I., & Vårdförbundet. (2000). *VIPS-boken : om en forskningsbaserad modell för dokumentation av omvårdnad i patientjournalen* (1. uppl. / ed.). Stockholm: Vårdförb.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete* (2., [rev.] uppl. / ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Fixsen, D. L., Louis de la Parte Florida Mental Health Institute., & University of South Florida. (2005). *Implementation research : a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: National Implementation Research Network.
- Fors, S., Lennartsson, C., & Lundberg, O. (2008). Health inequalities among older adults in Sweden 1991-2002. *Eur J Public Health*, 18(2), 138-143.
- Guldbrandsson, K., & Statens folkhälsoinstitut. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta : om implementeringens mödosamma konst : en forskningssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Gustafsson, B., & Wiik, W. (2004). *Bekräftande omvårdnad : SAUK-modellen för vård och omsorg* (2., [rev. och utök.] uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Hendriksen, C., & Vass, M. (2005). Preventive home visits to elderly people in Denmark. *Z Gerontol Geriatr*, 38 Suppl 1, I31-33.
- 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.
- Högskoleverket. (2010). *Den svenska högskolan*. Stockholm: Högskoleverket.
- Janlert, U., & Folkhälsoinstitutet. (2000). *Folkhälsovetenskapligt lexikon*. Stockholm: Natur och kultur i samarbete med Folkhälsoinstitutet.
- Kommittén Valfärdsbokslut. (2001). *Valfärdsbokslut för 1990-talet : slutbetänkande*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Kostenius, C., & Lindqvist, A.-K. (2006). *Hälsovägledning : från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.
- Kronborg, C., Vass, M., Lauridsen, J., & Avlund, K. (2006). Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. *Eur J Health Econ*, 7(4), 238-246.
- Langius, A., & Lind, M. G. (1995). Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. *Eur J Cancer B Oral Oncol*, 31B(4), 242-249.
- 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.
- Socialstyrelsen. (2007). *Jämlik hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stockholms läns äldrecentrum, & Centrum för allmänmedicin. (2007). *Förebyggande hembesök till äldre : en modell för det hälsofrämjande arbetet*. Stockholm: Centrum för allmänmedicin : Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum.
- Stockholms läns landsting. (2009). *Befolkningsprognoser, 2009:7 Stockholms län - huvudrapport 2009*. Stockholm
- Stockholms läns landsting. (2010). *Vårdval Stockholm*. Retrieved from <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=45352>.
- 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.
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., & Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342(8878), 1032-1036.
- Törnkvist, L., Söderhielm Blid, S., Sherman, H., & Wånell, S. E. (2007). *Vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikatorer för hälsosamtal med äldre*. Stockholm: Centrum för allmänmedicin.
- Vass, M., Avlund, K., Hendriksen, C., Philipson, L., & Riis, P. (2007). Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when? *Z Gerontol Geriatr*, 40(4), 209-216.
- Vass, M., Avlund, K., Siersma, V., & Hendriksen, C. (2009). A feasible model for prevention of functional decline in older home-dwelling people--the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Fam Pract*, 26(1), 56-64.
- WHO. (2009). Glossary of globalization, trade and health terms. from <http://www.who.int/trade/glossary/en/#H>
- Wilhelmsson, S., & Lindberg, M. (2009). Health promotion: facilitators and barriers perceived by district nurses. *Int J Nurs Pract*, 15(3), 156-163.

Bilagor 1a, b, c. Frågeguider när det gäller 75- åringar

Bilaga 1 a. med de som erhållit hälsosamtal

Tema	Frågor	Minnespunkter
Introduktion	<p>Presentation av mig...</p> <p>Du kanske känner till att från och med 2008 ska man erbjudas ett hälsosamtal av en distriktssköterska från sin vårdcentral. Vi på Stiftelsen Äldrecentrum har fått i uppdrag av landstinget att följa upp dessa hälsosamtal och det är därför vi vill intervjua dig.</p> <p>Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och vi som arbetar med uppföljningen har tystnadsplikt. Resultaten kommer att redovisas så att det inte framgår vilka som deltagit.</p> <p>Har du några frågor eller undrar över något? Är det OK att jag spelar in på band?</p>	
Inledning	<p>Du har träffat distriktssköterskan och haft ett hälsosamtal.</p> <p>Hur såg erbjudandet ut som du fick av dsk? Pratade ni hemma eller på vårdcentralen ?</p>	
Förväntningar / egna behov / upplevelse	<p>Vad förväntade du dig av samtalet? Varför kom dsk enligt din uppfattning? MT Vad ville du ta upp med henne? MT Vad handlade samtalet i huvudsak om?</p>	<p><i>Vad brottas den äldre med?</i> Oro Åldrandet, bli gammal, ohälsa, ensamhet, praktiska saker, sömn</p>
Fyra hörnstenar	<p>Pratade ni om sådant som matvanor, fysisk aktivitet? Tyckte du att du fick några bra råd?</p> <p>Fick du någon information om vad det finns för ”verksamheter” (tex sociala träffpunkter, friskvård) i området? Var det nytt för dig? Har du deltagit i någon av dessa?</p>	<p>Fysisk aktivitet, regelbunden motion, Kost, vikt/längd BMI, kostvanor Social gemenskap sociala aktiviteter och nätverk, Delaktighet/meningsfullhet) existentiella frågor, tro, meningsfulla uppgifter, Känsla av att behövas</p>
Livsstil	Pratade ni något om alkohol/tobak	Riskbruk/missbruk
Beteende o/e livsstil Förändringar ?	Har samtalet lett till att du förändrat/tänkt att du ska förändra något i din livsföring? I så fall, tycker du att du har fått det stöd du behövde?	

Medicinska spörsmål, mediciner, sjukdom,	Pratade ni något om medicinska bekymmer? Förväntade du att dsk skulle ta några prover? Gjorde hon det? Tittade ni något på vilka läkemedel du tar? Ledde det till någon förändring?	Blodtryck Blodsocker Läkemedelslista/hantering Läkemedel och alkohol
Någon form av uppföljning	Skedde någon form av uppföljning av samtalet?	Återbesök dsk Tid läkare Uppföljning av livsstilsförändring Hjälp med kontakt med t.ex frivillig-organisation?
Information	Fick du någon ny information ? T ex broschyr, annan skriftlig information Har du haft nytta av det?	Kommunens utbud Bistånd/hemtjänst utbud av kultur & fritid bostadsanpassning annat boende frivilligorganisationernas (pensionärsorganisationer, trossamfunden, Röda Korset etc) verksamheter anhöriggrupper etc hjälpmedel
Närmiljö	Pratade ni om risker för fallskador, och hur de kan avhjälpas? Risker i bostaden ? Risker i den närmaste utemiljön ?	Hjälpmedel toa, gång, etc, Dålig sandning, ute- belysning, trasiga gatstenar etc
Summering om samtalet Nytta?	Vad fick du ut av samtalet? Saknade du ngt i samtalet? Tycker du att samtalet handlade om det som var betydelsefullt för dig/ det du ville prata om? Stämde hs med vad du förväntade dig?	
Bemötande	Var dsk intresserad av det du ville ta upp? MT Kände du dig delaktig i samtalet?	bemötande, bekräftelse intresse/ tagen på allvar
Bakgrundsdata:	Kön Sammanboende/ensamboende Utbildning/ arbete Har etablerad kontakt med våc? Hur tycker du din hälsa är, i stor sett?	Hälsa: Bra, ganska bra, ganska dålig ,dålig
Avrundning, sammanfattning	Är det något du vill tillägga som jag inte frågat om? Får jag återkomma till dig om jag undrar över ngt ytterligare?	

Bilaga 1 b Frågor till dem som tackat nej till hälsosamtal

Ingress

Vi är intresserade av både varför några tackat jag och andra tackat nej till erbjudandet om hälsosamtal, så jag undrar om jag får ställa ett par korta frågor till dig?

Tre frågor

Att du tackade nej, vad var orsaken?

När du fick erbjudandet, vad tänkte du att ett hälsosamtal innebär (behöver ej ställas om fråga 1 redan gett svar på detta)

Skulle du tacka ja om erbjudandet om hälsosamtalet var annorlunda – tydligare, komma vid annat tillfälle eller ...

Tack för samtalet!

Bilaga 1 c Frågor till de som inte erbjudits hälsosamtal.

Församling och radnr (Tex Sundbyberg 1)	
Kön	
Datum för telefon-kontakt	
Har du fått något erbjudande om hälsosamtal?	
Vad skulle vara värdefullt för dig i ett hälsosamtal?	
Vilken är din vårdcentral?	
Är det OK vi att tar kontakt med din vårdcentral för att höra vad det kan bero på att de inte erbjudit dig samtal?	

Bilaga 2. Granskningsmall för omvårdnadsjournaler

1=anteckning finns, 0=anteckning finns inte

	Nummer på journal:	Finns anteckning?	Vad är antecknat?
Allmänna uppgifter			
Omvårdnadsanamnes	Kontaktsak		
	Hälsohistoria		
	<i>Alkohol</i>		
	<i>Tobak</i>		
	Pågående vård		
	Social bakgrund		
	<i>Hjälpinsatser</i>		
	Livsstil		
Omvårdnadsstatus	Kommunikation		
	Kunskap/utveckling		
	<i>Egenvårdsmotivation</i>		
	Andning cirkulation		
	Nutrition		
	Elimination		
	Hud/vävnad		
	<i>Sår</i>		
	<i>Ögon</i>		
	<i>Öron-näsa-hals</i>		
	<i>Genitalia</i>		
	Aktivitet		
	<i>Fysisk aktivitet</i>		
	Sömn		
	Smärta		
	<i>Sinnesintryck</i>		
	Sexualitet		
	Psykosocialt		
	<i>Emotionellt</i>		
	<i>Relationer</i>		
	Andligt/kulturellt		
	Välbefinnande		
	Sammansatt status		
	<i>Egenvårdsuppgift</i>		
	<i>Läkemedel</i>		
Medicinsk diagnos			
Omvårdnadsdiagnos			
Omvårdnads mål			
Omvårdnadsåtgärder			
	Medverkan		

	Information/undervisning		
	Stöd		
	Miljö		
	<i>Skadeprevention</i>		
	Skötsel		
	Träning		
	Observation/övervakning		
	Speciell omvårdnad		
	<i>Hudbehandling</i>		
	<i>Sårbehandling</i>		
	<i>Kompressionsbehandling</i>		
	<i>Immobilisering</i>		
	<i>Tarmbehandling</i>		
	<i>Provtagning/Tester</i>		
	<i>Kärlkateter</i>		
	<i>Urinkateter</i>		
	<i>Dränage/sond/kanyl</i>		
	Läkemedelsordination		
	Läkemedelshantering		
	<i>Läkemedelsadministrering</i>		
	<i>Vaccination</i>		
	Hjälpmedelshantering		
	<i>Förbrukningshjälpmedel</i>		
	<i>Tekniska hjälpmedel</i>		
	Samordning		
	<i>Samordnad vårdplanering</i>		
	Administration		
	<i>Intyg</i>		
	<i>Journalkopia</i>		
	<i>Remiss</i>		
Omvårdnadsmeddelande			
Omvårdnadsresultat			
Omvårdnadsepikris			

Bilaga 3. Kursprogram för utbildning i hälsosamtal för distriktssköterskor

Utbildningens mål är att kursdeltagarna efter avslutad kurs ska kunna:

Kunskap och förståelse

- genomföra ett hälsosamtal utifrån CeFAM:s vårdutvecklingsplan och kvalitetsindikator
- identifiera och förklara förhållanden i närmiljön som hos 75-åringar främjar hälsan och förebygger ohälsa
- dokumentera enligt aktuella styrdokument och gällande riktlinjer

Färdighet och förmåga

- visa förmåga till att bedöma 75-åringens hälsoresurser och egenvårdsförmåga
- visa förmåga att stödja och följa upp 75-åringens hälsofrämjande och förebyggande åtgärder
- visa förmåga att vid behov föreslå och motivera 75-åringen till hälsofrämjande åtgärder

Värderingsförmåga och förhållningssätt

- visa förmåga till reflektion över bestämningsfaktorer när det gäller hälsofrämjande arbete

Innehåll

- 75-åringarnas hälsa
- beslutsgrund för hälsosamtal för 75-åringar
- teorier och förhållningssätt vid förebyggande omvårdnad
- hälsomodeller
- beteendeförändringsmodeller
- att genomföra hälsosamtal och identifiera hälsoproblem
- dokumentation enligt VIPS i omvårdnadsjournal

Bilaga 4. Granskning i omvårdnadsjournalen av egen dokumentation

Journal nr
Granskare
Arbetsplats

	Ja	Nej
Finns kontaktorsak angiven?		
Finns omvårdnadsanamnes?		
Finns omvårdnadsstatus?		
Finns omvårdnadsdiagnos?		
Finns omvårdnadsmål?		
Finns planerade omvårdnadsåtgärder?		
Finns genomförda omvårdnadsåtgärder?		
Är alla problem först beskrivna i anamnes/status?		
Finns omvårdnadsresultat beskrivet?		
Används Prim-VIPS sökord?		

CeFAM/Susanne Söderhielm Blid 2009

Bilaga 6. Utvärdering av utbildningsdag två i hälsosamtal

1. Hur bedömer du relevansen av dagens innehåll:

Låg 1 2 3 4 5 Hög

2. Är du på det klara med hur du går vidare med hälsosamtalen?

Inte alls 1 2 3 4 5 Helt

3. Min känsla inför att genomföra hälsosamtal präglas av (du kan ringa in flera alternativ):

entusiasm tvivel förvirring bli kul
tvång förändringsvilja nyttigt
svårförståeligt inspiration frustration

4. Förslag till förbättring: _____

5. Vad skulle du vilja att nätverket för hälsosamtal tar upp? _____

6. Hur bedömer du din egen insats?

Mindre bra 1 2 3 4 5 Bra

7. Har denna utbildningsinsats betydelse för din yrkesroll? _____

Bilaga 7. Uppföljningsmått i vårdutvecklingsplanen ”hälsosamtal till 75-åringar”.

Strukturindikatorer (mått ja/nej)	Processindikatorer (mått andel, % ja/nej)	Resultatindikatorer (mått: intervju, enkät med 75-åringarna)
<ul style="list-style-type: none"> • har du/ni som genomför hälsosamtal genomgått CeFAM:s fortbildningskurs om 2 dagar (ja/nej)? • har du/ni möjlighet till fortbildning inom ämnesområdet (ja/nej)? • har du/ni tillgång till relevant litteratur (ja/nej)? • har du/ni planerat för genomförande av hälsosamtalen (ja/nej)? • har du/ni samverkansplan/överenskommelse med kommunen (ja/nej)? Övriga relevanta samverkanspartners (ja/nej)? • journalförs hälsosamtalen enligt VIPS (ja/nej)? 	<ul style="list-style-type: none"> • andel 75-åringar som erbjudits hälsosamtal i hemmet (%)? • andel 75-åringar som deltagit i hälsosamtal i hemmet (%)? • andel 75-åringar som följts upp efter genomfört hälsosamtal i hemmet (%)? • andel 75-åringar som identifierats ha tidigare ej kända behov/problem (%)? 	<p>75-åringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anser sig ha kunskap om lokalsamhällets utbud och service? • anser sig ha fått sitt individuella behov uppmärksammat och tillgodosett? • anser sig ha fått kunskaper om vart man vänder sig om behov skulle uppstå? • upplever sig ha fått ett bekräftande möte med distriktssköterskan? Se även SAUK enkäten. • anser sig ha satt egna mål för att förändra levnadsvanor? • upplever ett adekvat välbefinnande? • har påbörjat/genomfört förändring av levnadsvanor man vill ändra