



ÖREBRO

Ks 1428/2019

**Sociala**  
**investeringar**

# Slutrapport sociala investeringar

Seniorpuls

Beslut i Kommunstyrelsen, den 13 november 2023, § 230

Datum: 2023-10-10

Dokumentansvarig på politisk nivå: Kommunstyrelsen

Dokumentansvarig på tjänstemannanivå: Kommundirektör

Ansvariga för utvärderingen: Utvärderingsteamet för sociala investeringar

## SAMMANFATTNING

Denna slutrapport innehåller en effektutvärdering av den sociala investeringen *Seniorpuls* som startade våren 2020 och beviljades 1,998 miljoner kronor för genomförande under tre år. Erfarenheter från tidigare arbete med seniorträffar i Örebro kommun visar att det har varit svårt att nå de äldre som har de största behoven, framför allt i områden med socioekonomiska utmaningar. Syftet med Seniorpuls är att bidra till en ökad jämlikhet i hälsa genom att främja ett hälsosamt åldrande och förlänga den tredje åldern för målgruppen seniorer, 65 år och äldre, som bor i ordinärt boende i områdena Varberga och Oxhagen och som inte har biståndsbeslutade omvårdnadsinsatser från vård och omsorg.

Med utvecklade seniorträffar som metod planeras 11 grupper genomföras med 14 deltagare i respektive grupp. Träffarna innehåller kunskap om åldrandeprocessen, de fyra hörnpelarna och inspiration till aktiviteter som stärker att den egna hälsan förbättras eller bibehålls. Varje grupp pågår under tolv veckor, med två träffar i veckan och leds av seniorlots. Samtliga träffar har ett inslag av fysisk aktivitet och under en av veckans två träffar är det den fysiska aktiviteten som är huvudinslaget. Vid tidpunkt för denna utvärdering har sammanlagt 25 seniorer fullföljt insats i Seniorpuls. Frivillig och hälsofrämjande enheten inom Socialförvaltningen genomför Seniorpuls i samverkan med RF-SISU Örebro län samt med Varberga vårdcentral och Capio vårdcentral Haga.

I utvärderingen har flera olika mätinstrument använts som syftar till att besvara satsningens olika delmål och således också bekräfta de förväntade effekterna. I rapporten redovisas resultat för EQ-5D, EQ-VAS, allmänt hälsotillstånd, fysisk hälsa, psykisk hälsa och balans enligt Timed up and Go. Sammanfattningsvis är ett av de mest anmärkningsvärda resultaten målgruppens självuppskattade hälsa vid start av insatser i Seniorpuls. Rekryterade deltagare lider inte av varken dålig allmän hälsa, fysisk ohälsa eller psykisk ohälsa. Likaså har gruppen inga bekymmer med balans, förflyttning eller annan funktionsförmåga. Givetvis förekommer en viss spridning på individnivå men det är onekligen svårt att uppnå den förflyttning som förväntas efter deltagande i Seniorpuls och tillhörande aktivitetsprogram givet dessa utgångslägen. Satsningen har framför allt bidragit till att de med redan god hälsa vid start bibehållit denna under tiden för insats medan de med problem inte uppnått samma positiva utfall.

Satsningen har haft en del avhopp vilket till viss del kan förklara somliga resultat. Det föreligger en risk att endast de som haft en god hälsa från början vågat delta i satsningen trots rådande pandemi, fullföljt insats och besvarat tester och enkäter som ligger till grund för de presenterade resultaten. En första slutsats är därmed att observerade resultat och utfall troligtvis inte ger en rättvis bild av satsningen, givet att rekryterade deltagare inte matchat avsedd målgrupp.

Utöver utmaning med att nå rätt målgrupp så har förutsättningarna för Seniorpuls också resulterat i att deltagarantalet endast varit drygt 30 procent av förväntad kapacitet. Det medför att de förväntade ekonomiska effekterna inte har realiserats och att någon lönsamhetsbedömning i form av nettoeffekt, avkastning per spenderad krona eller nyttokostnadskvot inte varit aktuellt. För att få en rättvis indikation på hur väl satsningen *hypotetiskt* skulle genererat förväntade ekonomiska effekter, givet att förväntat deltagarantal uppnåtts, har analyserna fokuserat på att bekräfta delmålen utifrån andel deltagare. Analysen visar att uppnådd effektrealisering varierar. Med utgångspunkt i skuggkontrollen så görs bedömningen att delmålet avseende allmän hälsa är uppfyllt och förväntade effekter kan förväntas realiseras enligt ansökans grundmodell. Vad gäller delmålet avseende fysisk hälsa görs bedömningen att effektrealisering enligt grundmodell till viss del kan förväntas realiseras men inte i full omfattning. Förväntad effekt avseende psykisk hälsa realiseras

inte och förflyttning i livskvalitetsindexet är inte av tillräcklig storlek för att bekräfta långsiktig övergripande målsättning. En andra slutsats är därmed att Seniorpuls sannolikt bidragit till bibehållen hälsa hos de som uppskattat den som god vid start och att mycket tyder på att utan Seniorpuls hade flera deltagare haft en försämrad hälsa. Det innebär dock att långsiktigt övergripande målsättning som syftar till ökad jämlikhet i hälsa troligtvis inte uppnås.

Seniorpuls har varit kostsam att bedriva men sammantaget inte resulterat i förväntade effekter. Jämförelsealternativet Seniorträffar kostar **betydligt mindre** att bedriva och behöver således inte generera lika stora effekter för att ändå bedömas som mer kostnadseffektiv jämfört med Seniorpuls. En tredje slutsats är därmed att *givet de observerade utfallen* tyder mycket på att Seniorträffar är mer kostnadseffektiv än Seniorpuls. Slutsatsen kan dock komma att ändras om rekryterade deltagare framgent bättre möter det behov som Seniorpuls ska adressera och att förväntade effekter sålunda också kan realiseras i förväntad grad.

Verksamheten rekommenderas att utvärdera utfall för de senare omgångarna (grupp 4 och 5), där rekryterade deltagare bedöms av verksamheten vara mer rätt för satsningen. Om liknande utfall erhålls rekommenderas verksamheterna kvarstå vid förslag till beslut om att inte implementera Seniorpuls. Om bättre utfall erhålls rekommenderas verksamheten att utveckla en mindre omfattande och mindre kostsam version av Seniorpuls och med tydliga inklusions- respektive exklusionskriterier.

Sammantaget, utifrån utvärderingens resultat, utfall, effekter och slutsatser lämnas nedanstående förslag till beslut:

- Satsningen Seniorpuls föreslås inte implementeras då övergripande målsättning troligtvis inte uppnås och givet de observerade utfallen är satsningen sannolikt mindre kostnadseffektiv än jämförelsealternativet.
- Verksamheten föreslås utveckla befintlig verksamhet utifrån rekommendation.

I framtagandet av slutrapporten har följande personer medverkat:

Marie Tall, projektledare, Frivillig- och hälsofrämjande enheten, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Susanne Nilsson, Seniorlots, Frivillig- och hälsofrämjande enheten, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Yvonne Johnsson, Seniorlots, Frivillig- och hälsofrämjande enheten, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Sofia Alfredsson, Seniorlots, Frivillig- och hälsofrämjande enheten, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Camilla Weckström, enhetschef, Frivillig- och hälsofrämjande enheten, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Lisa Otternäs, verksamhetschef, Förebyggande arbete inom Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Eva Jöbo, tidigare verksamhetschef inom Förebyggande arbete, Vård- och omsorgsförvaltningen

Annika Roman, projektägare och områdeschef Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Tina Modin, folkhälsosamordnare, RF-SISU Örebro län

Jonas Karlsson, verksamhetschef, RF-SISU Örebro län

Josefin Franke, verksamhetschef, Capio Vårdcentral Haga

Tanya Lundqvist, vårdcentralschef, Varberga vårdcentral

Ansvariga för utvärdering och slutrapport:

Karin Johansson, nationalekonom, Utvärderingsteamet för sociala investeringar

Yvonne Haneskog, processledare, Utvärderingsteamet för sociala investeringar

Projektägare: Annika Roman, områdeschef Vård och omsorg, Socialförvaltningen

Datum för godkännande vid kommundirektörens beredning: 2023-10-10

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>2</b>
<b>DEL 1 – BESKRIVNING SENIORPULS.....</b>	<b>7</b>
<b>1 BAKGRUND.....</b>	<b>7</b>
1.1 Syfte, målgrupp och målsättning.....	8
1.2 Utgångspunkt och metod för satsningen.....	8
1.3 Organisation .....	9
1.4 Förutsättningar.....	10
<b>2 GENOMFÖRANDE SAMT ANALYS.....</b>	<b>12</b>
2.1 Arbetsätt och metod.....	12
2.2 Genomförda aktiviteter .....	13
2.3 Intervjuresultat.....	15
2.3.1 Förutsättningar .....	16
2.3.2 Metod och praktiskt arbetssätt .....	16
2.3.3 Samverkan .....	17
2.3.4 Målgrupp och måluppfyllelse .....	18
2.3.5 Andra effekter.....	20
2.3.6 Synpunkter kring implementering.....	21
<b>DEL 2 - UTVÄRDERING.....</b>	<b>23</b>
<b>3 TEORETISK BAKGRUND.....</b>	<b>23</b>
<b>4 STUDIEDESIGN .....</b>	<b>24</b>
<b>5 DATA.....</b>	<b>26</b>
5.1 Datainsamling och datakällor.....	26
5.2 Svagheter och styrkor med insamlingsmetod och datakällor.....	26
5.3 Bearbetning av datamaterial .....	28
5.4 Deskriptiv statistik och definitioner.....	28
5.4.1 Definitioner och begreppsförklaring.....	28
5.4.2 Deskriptiv statistik.....	29
5.5 Avgränsningar .....	31
5.6 Antaganden .....	32
<b>6 METOD.....</b>	<b>35</b>
6.1 EQ-5D-5L, EQ-VAS.....	35
6.2 Timed up and Go, TUG .....	39
6.3 Fysisk aktivitet .....	39
6.4 Allmänt hälsotillstånd .....	39
6.5 Psykisk hälsa .....	40

6.6	Referensalternativ .....	40
<b>7</b>	<b>KOSTNADER.....</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>46</b>
8.1	EQ-5D.....	47
8.1.1	EQ-5D-5L: Nivå och dimension .....	47
8.1.2	EQ-5D-5L: Paretian classification of health change (PCHC) .....	51
8.1.3	EQ-5D-5L hälsoindex.....	53
8.1.4	EQ-VAS.....	55
8.2	Allmänt hälsotillstånd .....	57
8.3	Fysisk hälsa .....	60
8.4	Psykisk hälsa .....	62
8.5	Timed up and Go, TUG .....	64
8.6	Sammanfattning Resultat .....	65
8.7	Referensalternativ .....	67
<b>9</b>	<b>EFFEKTREALISERING.....</b>	<b>68</b>
9.1	Allmän Hälsa .....	68
9.2	Fysisk hälsa .....	69
9.3	Psykisk hälsa .....	71
9.4	Fallrisk och färre fallskador .....	71
9.5	Långsiktig övergripande målsättning .....	71
9.6	Kontrafaktiskt utfall- resultat av skuggkontroll .....	71
<b>10</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>73</b>
<b>11</b>	<b>SLUTSATSER.....</b>	<b>76</b>
11.1	Rekommendationer .....	76
<b>12</b>	<b>FÖRSLAG TILL BESLUT.....</b>	<b>77</b>
<b>13</b>	<b>UPPFÖLJANDE UTVÄRDERING .....</b>	<b>77</b>
<b>BILAGOR.....</b>		<b>78</b>
Bilaga 1	– Utvärderingsschema .....	78
Bilaga 2	– Hälsoenkät.....	79

## Del 1 – Beskrivning Seniorpuls

Sociala investeringar avser genomförande av förebyggande insatser och med fokus på förbättrade utfall för att minska risken för ett framtida utanförskap. Förebyggande insatser kan ske tidigt i en process eller med insats i tidig ålder. Nya arbetssätt och metoder prövas i samverkan mellan flera verksamheter inom kommunen, och även i samverkan med andra aktörer i samhället, och mot en riktad målgrupp vars behov styr val och design av insats. En insats förväntas i förhållande till ordinarie arbetssätt ge ett förbättrat utfall för målgruppen och på sikt också leda till minskade samhällsekonomiska kostnader. För att kunna värdera ett bättre utfall för individ och samhällsekonomiska effekter behöver forskning och evidens ligga till grund för en satsning. Ett bättre utfall följs med hjälp av en systematisk uppföljning under en satsnings genomförande och utvärderas i en slutrapport inför att en satsning ska avslutas som en investering. För att kunna säkerställa utfallet för individerna och utvärdera vilka kort- och medelfristiga effekter som uppstått efter en investerings slut och om effekterna är bestående genomförs en uppföljande utvärdering 1–3 år efter en satsnings avslut.

Föreliggande rapport avser en slutrapport innehållande en effektutvärdering av den sociala investeringen *Seniorpuls*. Slutrapporten syftar till att utvärdera huruvida Seniorpuls har nått dess målsättningar, om satsningen har resulterat i förväntade effekter för målgruppen men också i förväntade ekonomiska effekter för Örebro kommun. Slutrapporten och dess effektutvärdering ligger till grund inför beslut om eventuell implementering i ordinarie verksamhet.

Rapporten är indelad i två delar. Den första delen innefattar två kapitel som ger en beskrivning av Seniorpuls utifrån ansökan samt en beskrivning av dess genomförande. Rapportens andra del innefattar utvärdering av Seniorpuls. I del 2 ges en teoretisk bakgrund, beskrivning av studiedesign, data som använts och metod. Därefter redogörs för satsningens kostnader och resultat samt effekter som förväntas realiseras. En diskussion förs om satsningens resultat och vilka slutsatser som kan dras. Avslutningsvis lämnas förslag till beslut.

### 1 Bakgrund

I Örebro kommun ökar andelen äldre i befolkningen. En befolkning med hög medelålder innebär att det finns stort behov av vård och omsorg. Vid tidpunkten för ansökan stod äldreomsorgen för 14,4 procent av kommunens kostnader, det vill säga 1,9 miljarder kronor för 2017.<sup>1</sup> Den åldersgrupp som beräknas öka mest i antal under de kommande tio åren är åldersgruppen 75–84 år. För att kunna erbjuda vård och omsorg och välfärdstjänster till alla som behöver det är det viktigt att stödja befolkningen att förbättra eller bibehålla sin hälsa, funktions- och aktivitetsförmåga så länge som möjligt. Det finns stor potential att arbeta hälsofrämjande i åldersgruppen 65 år och äldre så att behov av vård och omsorg inträffar senare. Om andelen individer med behov av vård och omsorg i framtiden skulle vara som dagens nivåer och kostnaden per person<sup>2</sup> motsvarande innebär det stora påfrestningar på välfärdssystemen. För att främja ett hälsosamt åldrande har fyra hörnpelare konstaterats viktiga, vilka är meningsfullhet, socialt stöd och gemenskap, fysisk aktivitet och goda matvanor. Fysisk aktivitet och träning kan också förebygga

---

<sup>1</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 3 (2019)

<sup>2</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 3 (2019)

fallolyckor och minska omfattningen av en eventuell fallskada. Under 2014 var antalet fall i Örebro kommun i snitt 574 personer och kostnaden för fallskador uppgick till 44 miljoner kronor för Örebro kommun.<sup>3</sup>

Hälsan är ojämnt fördelad i befolkningen och det finns skillnader mellan olika grupper baserat på ålder, kön, utbildningsnivå, socioekonomi och andra faktorer som påverkar social position, så som funktionsnedsättning, HBTQ-tillhörighet, tillhörighet till vissa nationella minoriteter. För att stärka äldres hälsa har seniorträffar genomförts på träffpunkter i Örebro kommun. I arbetet har det visat sig vara svårt att nå de äldre som har de största behoven, framför allt i områden med socioekonomiska utmaningar. En konsekvens av att inte alla grupper nås är att ojämlikhet i hälsa förstärks. Enligt såväl forskning som statistik över nuläget och utmaningar i Örebro kommun behöver personer äldre än 65 år med låg socioekonomisk status prioriteras för att säkerställa en jämlik hälsa. Satsningen Seniorpuls har därmed beviljats 1,998 miljoner kronor för genomförande under tre år, med start vår 2020.

## 1.1 Syfte, målgrupp och målsättning

Syftet med Seniorpuls är att bidra till ökad jämlikhet i hälsa bland äldre personer genom att främja ett hälsosamt åldrande och förlänga den tredje åldern i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar. Målgruppen definieras som seniorer, 65 år och äldre, som bor i ordinärt boende i områdena Varberga och Oxhagen och som inte har biståndsbeslutade omvårdnadsinsatser<sup>4</sup> från vård och omsorg. Personer med insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen kan inkluderas beroende på funktionsförmåga. Utifrån dessa kriterier är den potentiella målgruppen cirka 500 personer.

Enligt ansökan är satsningens övergripande målsättning - ökad självständighet, oberoende och förbättrad livskvalitet hos målgruppen.

## 1.2 Utgångspunkt och metod för satsningen

Erfarenheter från tidigare arbete med seniorträffar i Örebro kommun visar att det har varit svårt att nå de äldre som har de största behoven, framför allt i områden med socioekonomiska utmaningar. Satsningens metod avser därför att utveckla dessa insatser och prova ett nytt tillvägagångssätt, vilket innebär att:

- Fokusera på några av partnerskapets bostadsområden, med start i Varberga-Oxhagen.
- Ändra åldersgruppen för dessa områden från 75 år till 65 år och äldre då personer i socioekonomiskt utsatta grupper riskerar åldersrelaterad ohälsa och funktionsnedsättning i lägre ålder än genomsnittet och tidigare insats ger möjlighet att identifiera och göra hälsofrämjande insatser i tid.
- Rekrytering genom informationstillfällen på mötesplatser i området, via nyckelpersoner i området, seniorlotsarnas personkännedom, Varberga vårdcentral och nuvarande RF-SISU Örebro län<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Ansökan, *Seniorpuls*, s. 4 (2019)

<sup>4</sup> Insatser som beviljas enligt socialtjänstlagen (2001:453) och som syftar till att stärka den enskildes möjligheter att leva ett självständigt liv. Insatserna kan till exempel vara stöd och hjälp i hemmet eller särskilt boende.

<sup>5</sup> Sedan den 1 januari 2020 är Riksidrottsförbundet och SISU Idrottsutbildarna en gemensam organisation på distriktsnivå och ersätter dåvarande Örebro läns idrottsförbund.



- Förlänga programmet i seniorträffarna till tolv veckor för att ge tid till relationsskapande, förtroende och social gemenskap i grupperna. Seniorträffar innehåller kunskap om åldrandeprocessen, de fyra hörnpelarna och inspiration till aktiviteter som stärker att den egna hälsan förbättras eller bibehålls.
- Utveckla innehållet med regelbunden fysisk aktivitet och träning. Aktiviteterna kan vara befintligt utbud i bostadsområdet eller nya aktiviteter som skapas och arrangeras i samarbete med studieförbund, träffpunkter/mötesplatser och föreningsliv.

Med utvecklade seniorträffar som metod är insatsen planerad till 2020–2022 och 11 grupper med 14 deltagare i respektive grupp planeras kunna genomföras. Under investeringsperioden finns därmed kapacitet för att 154 seniorer tar del av insatsen. Varje grupp pågår under tolv veckor, med två träffar i veckan och leds av en seniorlots. Vid varje träff kommer deltagarna diskutera olika teman, exempelvis psykiskt välbefinnande, fallrisker och läkemedel. Samtliga träffar kommer även ha ett inslag av fysisk aktivitet och under en av veckans två träffar är det den fysiska aktiviteten som är huvudinslaget.

### 1.3 Organisation

Satsningen Seniorpuls genomförs i samverkan mellan Frivillig och hälsofrämjande enheten inom Socialförvaltningen<sup>6</sup> på Örebro kommun och RF-SISU Örebro län (härefter förkortad till RF-SISU). Områdeschef för Vård och omsorg, Örebro kommun, är projektägare till satsningen.

De sociala investeringsmedlen finansierar i huvudsak de personella resurserna projektledare på 25 procent och projektkoordinator på 50 procent. Dessutom ersätts samverkanspart för aktivitetsledare och föreläsare.

Till stöd för projektledare och koordinator finns en arbetsgrupp som medfinansierat med sin tid. Arbetsgruppen består av seniorlotsar från Frivillig och hälsofrämjande enheten på Örebro kommun samt folkhälsosamordnare på RF-SISU. I arbetsgruppen uppgår seniorlotsarnas arbete till 25 procent för respektive kursomgång och folkhälsosamordnarens arbete uppgår till 20 procent för kompetens- och metodstöd och mobilisering av föreningar som medverkar samt praktisk och teoretisk expertmedverkan. Efter att investeringen startade har resurs för att genomföra en återkommande fysisk aktivitet tillkommit och som enheten medfinansierar. Arbetsgruppen har haft regelbundna träffar för planering och utveckling av arbetssätt.

I genomförandet medverkar även Region Örebro län. I ansökan avsågs att personal från Varberga vårdcentral ska medverka vid cirka fyra tillfällen med praktisk och teoretisk expertis per kurs. Under del av år 2021 och del av år 2022 har medverkan inte kunnat fullföljas på grund av personalbrist. Capiro vårdcentral Haga har medverkat vid planering i arbetsgrupp under del av år 2022.

Satsningens styrgrupp består av projektägare, verksamhetschef och enhetschef inom förebyggande verksamhet på Örebro kommun. I styrgruppen ingår också verksamhetschef RF-SISU och verksamhetschef Varberga vårdcentral. Under genomförandet har totalt tre deltagare ersatts i styrgruppen och verksamhetschef Capiro vårdcentral Haga har tillkommit. Likaså har arbetsgruppen förändrats över tid, där två seniorlotsar ersatts.

---

<sup>6</sup> Från årsskiftet 2022/23 träder ny förvaltningsorganisation i kraft och tidigare Vård- och omsorgsförvaltningen ersätts med Socialförvaltningen. Inom Socialförvaltningen finns Frivillig och hälsofrämjande enheten organiserad inom Förebyggande verksamhet och inom området Vård och omsorg.

## 1.4 Förutsättningar

Den enskilt största händelsen som påverkat förutsättningar för Seniorpuls genomförande är Coronapandemin (härefter kallad pandemin). Enligt ursprunglig projektperiod *1 mars 2020 – 28 februari 2023* startas en första grupp i mars 2020 med 14 deltagare. Tre träffar genomförs innan pandemin sätter stopp för fortsatt genomförande under våren 2020. Gruppledarna fortsätter att hålla kontakt med deltagarna via telefon. Deltagarna har individuella insatser och bjuds in till sommaraktiviteter i närområdet. Styrgruppen fastställer ny projektperiod till *14 september 2020 – 31 augusti 2023* och reviderar planen för antal grupper som kan genomföras, se Tabell 1. Den första gruppen startar på nytt under hösten 2020 men nu med nio deltagare. Övriga fem deltagare har tackat nej till deltagande på grund av pandemin och tillhörande restriktioner.

Tabell 1. Ursprunglig plan för gruppverksamhet, justerad för förskjuten projektperiod.

År 2020–2023	Höst 2020	Vår 2021	Höst 2021	Vår 2022	Höst 2022	Vår 2023	Summa
<b>Antal deltagare</b>	14	28	42	42	28	0	154

Inför omstart hösten 2020 genomförs en riskanalys i juni 2020 och flera risker identifieras för genomförandet. För att säkerställa att rekommendationer från Folkhälsomyndigheten ska kunna följas genomförs anpassningar i satsningens aktivitetsprogram. Anpassningarna avser:

- Färre antal inbjudna föreläsare och ledare vid fysisk aktivitet.
- Föreläsningar genomförs digitalt.
- Möblering och rengöring av stolar och bord i lokalerna.

På grund av fortsatt pandemi och ökad smittspridning pausas satsningen 28 oktober 2020. Vid denna tidpunkt har totalt 15 av 24 träffar genomförts. Deltagarna bjuds i stället in till promenad en gång i veckan. Pandemin fortgår och Vård och omsorg beslutar att inga inomhusaktiviteter kan bedrivas under vintern 2020 och vår 2021. För deltagarna i första gruppen genomförs resterande nio träffar i aktivitetsprogrammet utomhus under maj månad 2021. Åtta av nio deltagare i gruppen väljer att delta i resterande träffar.

Under våren 2021 ska enligt plan två grupper genomföras med 14 deltagare per grupp. Med anledning av att Vård och omsorg beslutat att inga inomhusaktiviteter kan bedrivas pausas gruppverksamheten. Planen justeras igen för antal grupper som kan genomföras under projektperioden, se Tabell 2. Arbetsgruppen gör en så kallad omfallsplanering för att minimera, avhjälpa och undanröja pandemins effekter.

Tabell 2. Justerad plan efter att grupper pausats under våren 2021.

År 2020–2023	Höst 2020	Vår 2021	Höst 2021	Vår 2022	Höst 2022	Vår 2023	Summa
<b>Antal deltagare</b>	8	0	10	42	42	28	130

Eftersom flera av strategierna att rekrytera deltagare inte kan genomföras har inbjudan och intresseanmälan till Seniorpuls skickats per brev till seniorer boende i Varberga och Oxhagen. Inför start

av grupper hösten 2021 inkommer 36 intresseanmälningar och flera av seniorerna vill ha en garanti att alla deltagare är vaccinerade mot covid -19 för att själva delta i höstens gruppverksamhet.

De två framflyttade grupperna från våren 2021 är planerade att starta i september 2021 med 14 deltagare per grupp. På grund av fortsatta restriktioner om begränsning på antal personer inomhus beslutar projektägare att flytta fram starten till mitten av oktober och en begränsning på åtta till tio deltagare per grupp. Senareläggning av starten innebär att aktivitetsprogrammet har uppehåll i tre veckor under jul och nyår. Tio seniorer per grupp erbjuds plats och nio seniorer per grupp tackar ja till en plats. Under insatsens första veckor väljer fyra deltagare i den ena gruppen att avsluta sitt deltagande och fem deltagare kvarstår. I höstens andra grupp väljer tre deltagare att avsluta sitt deltagande och sex deltagare kvarstår. Styrgruppen beslutar att grupperna slås ihop till en grupp med elva deltagare (grupp 2). Halvvägs in i programmet, efter sammanslagningen, väljer ytterligare en deltagare att avsluta sitt deltagande, se Tabell 2.

Enligt justerad plan (Tabell 2) ska sex grupper med 14 deltagare per grupp genomföras under år 2022. Till och med februari 2022 är 21 personer intresserade att delta, varav sex personer uppger att de vill delta under våren men med reservation för fortsatt risk för smittspridning av covid-19.<sup>7</sup> Projektledare sammankallar styrgruppen på grund av det låga antalet deltagare till vårens grupper. I underlaget till styrgruppen förs två alternativ fram, flytta fram gruppverksamheten alternativt att avsluta satsningen. Projektägare beslutar därefter att gruppverksamheten pausas under våren 2022. Fördelning av antal grupper under resterande projekttid justeras till tre grupper under hösten 2022 och tre grupper under våren 2023 (se Tabell 3). Utfall för grupper som genomförs under våren 2023 kommer därmed inte att kunna redovisas och ingå i denna slutrapport.

Tabell 3. Justerad plan efter att grupper pausats under våren 2022

År 2020–2023	Höst 2020	Vår 2021	Höst 2021	Vår 2022	Höst 2022	Vår 2023	Summa
<b>Antal deltagare</b>	8	0	10	0	42	42	102

Fortsatt kontakt och samarbete med identifierade samarbetsparter och nyckelpersoner i områdena för att rekrytera deltagare prioriteras, men resulterar inte i något större antal intresseanmälningar. Totalt inför hösten 2022 är 20 seniorer intresserade av att delta i Seniorpuls, varav åtta personer tackar ja till att delta i insats och bjuds in till träffar i Oxhagen.<sup>8</sup> Grupp 3 genomförs slutligen med sju deltagare.

Sammanlagt fullföljer 25<sup>9</sup> seniorer i insatsen Seniorpuls under åren 2020 – 2022. Under 2023 kommer två grupper genomföras med elva deltagare per grupp.

<sup>7</sup> Övriga personer som lämnat intresse för deltagande men väljer att inte delta under våren har uppgett följande anledning vid kontakt; sju personer avvaktar och vill bli kontaktade till hösten, fem personer tackar nej och tre personer svarar inte vid kontakt.

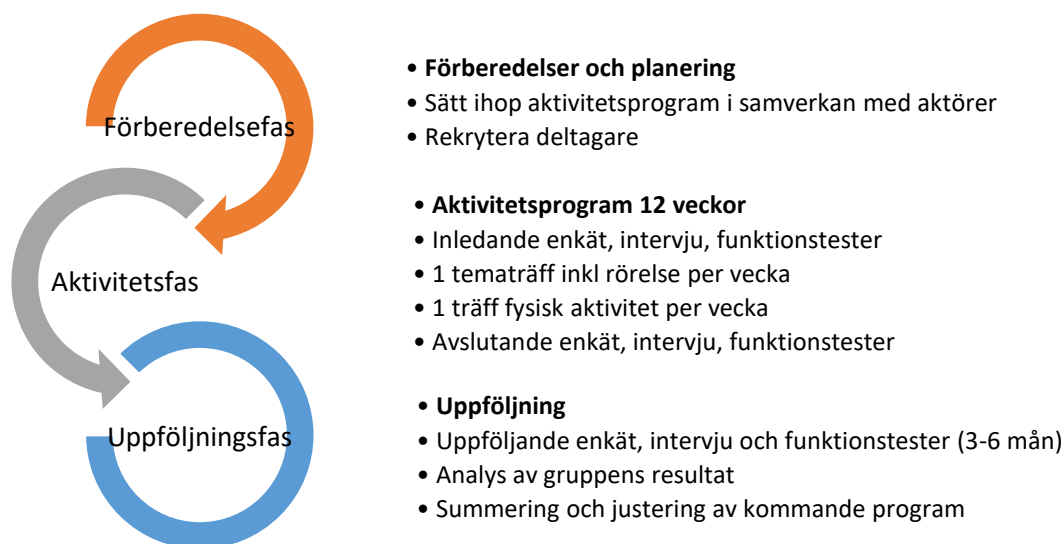
<sup>8</sup> Övriga personer som lämnat intresse för deltagande men väljer att inte delta under hösten har uppgett följande anledning vid kontakt; fyra personer avvaktar med sitt deltagande till våren 2023, fem personer tackar nej på grund av olika orsaker, bland annat risk för covid-19 smitta, är inte tillräckligt motiverad eller att plats inte kan erbjudas i Varberga. Tre personer svarar inte vid kontakt per telefon.

<sup>9</sup> Antal deltagare som fullföljt aktivitetsprogrammet. Ytterligare två deltagare ingår i dataunderlaget då dessa hoppade av i slutet på insatsen.

## 2 Genomförande samt analys

### 2.1 Arbetsätt och metod

Seniorpuls genomförs i tre faser för varje omgång av seniorträff enligt modell i Figur 1. De olika faserna avser förberedelse, aktivitet och uppföljning. Faserna beskrivs i avsnitten nedan.



Figur 1. Modell för genomförande av seniorträff.

#### Förberedelsefas - rekrytering

För att nå målgruppen i området används flera strategier för rekrytering. Viktiga kanaler för rekrytering är de hembesök som riktas till området, samverkan med lokala vårdcentraler för att identifiera och fånga upp lämpliga seniorer, seniorträff VOX och träffpunkt Oxhagen. Marknadsföring av seniorträffar sker genom affischering, informationsblad, kommunens hemsida och sociala medier. Inför varje omgång hålls informationsträffar med möjlighet att anmäla sitt intresse för deltagande. Vid lågt deltagarintresse skickas brev till målgruppen. Samverkanspartner informeras och får kortfattat informationsblad för att kunna svara på frågor från potentiella deltagare. Informationsmaterialet rymmer beskrivning av insatsen och aktivitetsprogrammet, att deltagande är kostnadsfritt, anmälningsförfarande, tid för informationsträff, kriterier för deltagande med mera. Om antalet intresserade överstiger antalet platser, erbjuds dessa personer en plats kommande termin.

#### Aktivitetsfas

I varje seniorträffsömgång finns plats för 14 deltagare. Gruppen leds av en seniorlots som har rollen som grupp- och samtalsledare. Innan start, inför avslut och 3–6 månader efter insatsen sker datainsamling genom enkäter, tester och intervjuer. Syftet med datainsamlingen är att följa upp resultatet av insatsen och att stödja deltagarna i att identifiera sina behov och önskemål inför insatsen.

I varje seniorträffsömgång fyller deltagarna i en *hälsoenkät* (se Bilaga 2) med frågor kring livssituation som hälsa, livskvalitet, socialt nätverk, levnadsvanor som fysisk aktivitet, matvanor, sömn samt boende- och närmiljö och motivation till förändring. För att möjliggöra uppföljning och

utvärdering efterfrågas även bakgrundsfaktorer så som födelseår, kön, boendesituation och ursprung.

Enkla *tester* av benstyrkan och balans samt blodtryck genomförs vid tre tillfällen, innan start, innan avslutad insats samt 3–6 månader efter avslutade träffar. De metoder som används är TUG-test (se beskrivning i kapitel *Metod*), Chairstand, som är ett uppresningstest, samt blodtrycksmätning.

Utifrån hälsoenkäter och tester har seniorlotsen, som är grupp- och samtalsledare, *individuella samtal* med deltagarna vid start, inför avslut och 3–6 månader efter insatsen. Seniorlotsarna har kompetens inom motiverande samtalsmetodik som har evidens vid levnads- och vaneförändringar. Ett ytterligare stöd vid samtalen är instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Instrumentet hjälper till att identifiera och värdera aktiviteter och aktivitetsutföranden samt följa upp förändringar inom dessa. Syftet med samtalen är att väcka motivation till förändring och hjälpa deltagaren att välja upp till tre aktivitetsutförande som hen vill förändra.

Det tolv veckor långa *aktivitetsprogrammet* bygger på hörnpelarna för hälsosamt åldrande som tidigare nämnts. Längden på aktivitetsperioden möjliggör dels tid att etablera relation inom gruppen, dels att grundlägga levnadsvaneförändringar. Insatsen innehåller två träffar i veckan om tre timmar vardera för att fylla på med fysisk aktivitet en gång i veckan då fysisk aktivitet och träning är starkt relaterat till både fysisk och psykisk hälsa. Även det teoretiska tillfället med olika teman och gästande sakkunniga innehåller inslag av fysisk aktivitet. Programmet sätts samman i samarbete mellan medverkande parter, och lämnar även utrymme för deltagarnas önskemål. Aktiviteterna äger till största del rum i mötesplats VOX lokaler. De olika prova-på aktiviteterna bygger i så hög grad som möjligt på befintliga lokala aktiviteter inom exempelvis föreningslivet, för att uppmuntra och möjliggöra fortsatt aktivitet efter intresse när insatsen är slut.

### **Uppföljningsfas**

När insatsen är avslutad genomförs den uppföljande enkäten med tillägg av frågor kring hur deltagaren upplevt insatsen (se Bilaga 2). Även funktionstester upprepas (3–6 mån) och intervjuer kompletteras med fokusgrupper. Erfarenheter tas till vara och arbetas in i planering av kommande aktivitetsprogram.

## **2.2 Genomförda aktiviteter**

### **Förberedelsefas - rekrytering**

Flera strategier har använts för att nå målgruppen. Marknadsföring av seniorträffar har gjorts genom affischering, informationsblad, kommunens hemsida och sociala medier samt en artikel i ett av områdenas bostadsbolags kundtidning. Informationsträffar har kunnat genomföras vid ett par tillfällen. Eftersom det varit ett lågt deltagarintresse har brev skickats till målgruppen vid två tillfällen. En annan strategi som har provats vid två tillfällen är ”Prova på träff”. Samverkansparter har informerats vid ett antal tillfällen samt fått ett kortfattat informationsblad för att kunna svara på frågor från potentiella deltagare.

Genom samarbete med de lokala vårdcentralerna, Varberga vårdcentral och Capio Vårdcentral Haga, rekryteras deltagare med behov av insatsen. Under hösten 2022 har samarbetet med vårdcentralerna börjat ta form. Kontaktpersoner på vårdcentralerna har utsetts och parterna har haft regelbunden kontakt. En fortsatt utveckling av samarbetet med vårdcentralerna har prioriterats inför rekrytering av deltagare till grupper våren 2023. Totalt har Varberga vårdcentral rekryterat 13

deltagare. Fem deltagare har rekryterats via seniorlots/aktivitetsvärd, fem deltagare har rekryterats via informationsträff och 51 deltagare har rekryterats via övriga insatser.<sup>10</sup>

### **Aktivitetsfas**

Under genomförandet har plats för antal deltagare varierat mellan 8–14 deltagare. I genomsnitt har sju deltagare deltagit vid träffarna.<sup>11</sup>

Hälsoenkät, tester och intervjuer har genomförts vid tre tillfällen enligt modellen. Inför uppstart av investeringen var planen att instrumentet COPM skulle användas. Projektledare och gruppleddare fick en kortare utbildning i instrumentet. Både gruppleddare och deltagare upplevde det svårt för deltagaren att identifiera problemen i hens aktivitetsutförande och att skatta de tre valda aktiviteterna utifrån hur betydelsefull den är för hen. Instrumentet användes därför enbart på deltagare i första gruppen. I stället arbetades ett samtalsstöd fram och som använts vid intervjuerna därefter. Samtalsstödet innehåller frågor om boendeform, vardagliga sysslor, aktiviteter/intressen, social gemenskap, livskvalité, matvanor samt fysisk aktivitet.

Aktivitetsprogram med tematräffar har tagits fram i samarbete mellan medverkande parter, och har delvis lämnat utrymme för deltagarnas önskemål (se Tabell 4). Deltagarnas önskemål har inte kunnat tillgodoses pga. pandemin då det varit begränsningar i att kunna genomföra aktiviteter. För att förbättra programmet och dess innehåll till kommande grupper har deltagarna fått svara individuellt i en enkät hur de upplevt programmets innehåll, både de teoretiska och de fysiska aktiviteterna. Sammantaget tycker flera av deltagarna att de upplevt aktiviteterna vara mycket bra eller bra, ett mindre antal deltagare har tyckt att aktiviteterna varit någorlunda och enstaka deltagare har tyckt att aktiviteterna varit dåliga.

---

<sup>10</sup> Årsredovisning *Seniorpuls*, s. 6 (2022).

<sup>11</sup> Årsredovisning *Seniorpuls*, s. 5 (2022)

Tabell 4. Exempel på aktivitetsprogram, grupp 3, hösten 2022

Aktivitetsprogram Seniorpuls		
Vecka	Måndag	Onsdag
v 1	Välkommen och lära känna samtal Balans- och styrkeprogram	Test 1 funktionstester och blodtryck Hälsosam fysisk aktivitet för Liv & Lust Fysisk aktivitet
v 2	Varbergaskogen Tipspromenad, frågor på föreläsning Hälsosam fysisk aktivitet Rörelse i skogen och stavgång	Den viktiga maten Stavgång
v 3	Brandsäkerhet Fysisk aktivitet	Psykisk hälsa Balans- och styrketräning
v 4	Ängens Minnesmottagning Anhörigcentrum Rörelseglädje	Betaltjänster, kom i gång med kort- och betaltjänster Tipspromenad utomhus
v 5	Syn och hörsel Hjälp och stöd i hemmet Fysisk aktivitet	Så kan du förhindra fallolyckor Fysisk aktivitet
v 6	Måla din tavla – Konstfrämjandet	Matvanor Aptit och munhåla Fysisk aktivitet
v 7	Musik och hälsa Fysisk aktivitet	Digital teknik – Senior Net Aktivitetsrum välfärdsteknik Haga träffpunkt Fysisk aktivitet
v 8	Seniorklubben - Friskis & Sveltis, studiebesök information om verksamhet samt ett fysiskt pass	Bostäder för äldre Dans och rörelseglädje
v 9	Varför har jag ont och vad kan man göra åt det? Yoga	1177 Lär dig mer om webbplatsen Yoga
v 11	Föreningsliv I Örebro "Ett internationellt musikinslag av en världsmiddagare" Rörelseglädje - Friskis & Sveltis	Att bli volontär samt att få volontär Fysisk aktivitet
v 12	Test 2 funktionstester och blodtryck Vad händer efter Seniorpuls? Workshop cafémetoden Fysisk aktivitet	Lunch tillsammans El Sistema, Haga skolan Örebro kommun

De olika prova-på aktiviteterna bygger på befintliga lokala aktiviteter inom exempelvis föreningslivet, för att uppmuntra och möjliggöra fortsatt aktivitet efter intresse när insatsen är slut.

### Uppföljningsfas

Uppföljning har genomförts enligt modellen förutom att inga fokusgrupper genomförts.

### 2.3 Intervjuresultat

Sju öppna intervjuer har genomförts, i grupp eller individuellt, med projektledare, seniorlotsar, enhetschef, tidigare och nuvarande verksamhetschef samt projektägare på Örebro kommun. Intervjuer har även genomförts med folkhälsosamordnare och verksamhetschef på RF-SISU och vårdcentralschef på Varberga vårdcentral samt verksamhetschef på Capho Vårdcentral Haga. Totalt har tolv personer deltagit på intervjuerna. Syftet med intervjuerna har varit att fånga sådana kvalitativa aspekter som inte synliggjorts av övriga uppföljningsdata. Intervjuerna har utifrån en strukturerad intervjumall fokuserat på hur satsningens mål och resultat har uppnåtts, samt hur upplevda positiva effekter respektive hinder och svårigheter har uppstått och visat sig. Vidare har

diskussioner förts kring behov av fortsatt utveckling och eventuell implementering. Nedan redovisas resultaten från samtliga intervjuer, sammantaget under respektive rubrik.

### 2.3.1 Förutsättningar

Av intervjuerna framgår att det fanns goda förutsättningar vid start av satsningen. Seniorpuls var väl förberett genom den långa processen innan start, det fanns bra personella förutsättningar och var väl förankrat med politik, förvaltningschef och samverkanspart. Men i princip samtidigt som Seniorpuls startade i mars 2020 bröt pandemin ut. Pandemin har enligt de intervjuade försvårat förutsättningarna för genomförandet på flera sätt.

Framförallt har pandemin medfört en utmaning vid rekrytering av deltagare. Det har varit svårt att motivera seniorer i målgruppen till att delta och det har blivit färre deltagare än förväntat. Vårdcentralerna Varberga och Haga lyfts av de intervjuade fram som viktiga aktörer för att kunna rekrytera rätt seniorer till insatsen. Till en början fungerade samarbetet väl men efter personalbyte hos Varberga vårdcentral upplevdes att *”det blev inte alls samma intresse av att kroka arm med oss”*, enligt enhetschef. Det upplevdes som svårt att förankra och nå fram i kommunikationen. Förutom personalbyte lyfts även pandemin fram som orsak till att det funnits en utmaning med rekrytering då även vårdcentralerna haft en utmanande tid under pandemin. I samband med att pandemin släppte sitt grepp under 2022 och arbetet med rekrytering inför hösten 2022 pågick lyfter en av de intervjuade att det då *”lossnade”* i samarbetet och fungerade bättre. En utlösande faktor beskrivs av flera vara att arbetssättet för rekrytering av deltagare förändrades på vårdcentralerna och det blev uttalade kontaktpersoner hos vårdcentralerna för samarbetet.

Förutom utmaningar kring pandemin och rekrytering av deltagare har det inledningsvis saknats bra lokaler anpassade för målgruppen. Då lokaler som användes var anpassade för ungdomar innebar det merarbete med ommöblering både före och efter aktivitet. Tid fick även läggas på att bära saker fram och tillbaka som behövdes vid aktiviteten då förvaring fanns på annan plats i huset. På grund av denna extra tid som krävdes blev det tydligt att det inte skulle fungera med att en person skulle vara både värd och gruppleddare. Verksamheten har prioriterat att bistå med ytterligare resurser för att det ska kunna vara två personer vid genomförandet av aktivitet.

### 2.3.2 Metod och praktiskt arbetssätt

Aktiviteterna i programmet har utformats utifrån de fyra hörnarna fysisk aktivitet, matvanor, social samvaro och meningsfullhet. Särskilt social samvaro och relation lyfts fram som viktigt i metoden utav flera av de intervjuade. En anledning till att programmet är på tolv veckor är att tidigare arbetssätt i seniorträffar som var upplagt på sex veckor sågs som för kort tid för deltagarna att hinna knyta kontakter eller nå en beteendeförändring. Genom att i grupp få prova på olika aktiviteter i programmet och lära känna nya personer skapas en social samvaro och meningsfullhet. Deltagarna skapar inte bara relationer sinsemellan utan också att seniorlotsarna behöver lära känna deltagarna för att kunna lotsa dem vidare efter insats. *”Den metoden är jätteviktig, för så har vi inte jobbat förut utan vi har ofta släppt personen när vi har erbjudit en insats”*, enligt projektledaren. Mot slutet av programmet ingår tid för att samtala om deltagarna skulle vilja fortsätta med något tillsammans och om det kan vara via ett studieförbund eller mötesplats. Genom att aktivitetssamordnare, som finns på träffpunkterna i områdena, har hållit i fysisk aktivitet i grupperna byggs även här en relation och igenkänning, vilket ses som en viktig del i metoden. Likaså föreningar som deltar är lokalt förankrade. *”Man tar inte in resurser från andra sidan stan eller centrum för då vet vi att då kommer de (läs deltagare)”*



*inte*”, enligt enhetschef. Denna förankring med föreningar och resurser lokalt och det riktade områdesvisa arbetet ses av flera som viktiga för att underlätta för deltagarnas fortsatta aktiviteter.

Målgruppen upplevs som svår att nå och vårdcentralerna ses som viktiga för rekrytering av rätt deltagare enligt de intervjuade. Efter pandemin har samarbetet kring rekrytering etablerats bra med båda vårdcentralerna och det blir mer rätt deltagare som kommer, vilket innebär fler personer med uttalade och identifierade behov, enligt tidigare verksamhetschef. Enligt en av seniorlotsarna har de nu fått fulla grupper inför våren 2023. Ibland har aktiviteter genomförts på andra ställen än i lokalområdet, exempelvis Tegelbruket och Idrottens hus. För en del av deltagarna blir denna förflyttning svår, enligt seniorlotsarna. Anledningen beskrivs vara både rörligheten och ekonomiska aspekter.

Enligt metoden ska det vara en fysisk aktivitet vid varje tillfälle. När de inte haft prova-på aktivitet var planen att gruppledaren (seniorlotsen) ensam skulle hålla i träffarna och i den fysiska aktiviteten. Detta var en praktisk omöjlighet enligt seniorlotsar och projektledare. Istället planerades aktivitetssamordnare på enheten hålla i den återkommande fysiska aktiviteten. Då det krockade med annan verksamhet har aktivitetssamordnare kunnat hålla i tio tillfällen av 24 enligt projektledare. Övriga 14 tillfällen har genomförts med prova-på aktivitet. Enligt seniorlotsarna har det varit en hög ambition med fysisk aktivitet vid varje tillfälle och det har inneburit ett pusslande att få till den aktiviteten. Det omfattande programmet har också gjort att det tagit lång tid att få ihop och boka aktiviteterna även om de nu har fått ett bra flöde, enligt projektledaren. Flera av de intervjuade beskriver hur de har behövt skruva i metoden och aktivitetsprogrammet under resans gång. Exempelvis var planen att det skulle bli mycket samtal i aktuellt ämne med deltagarna efter varje föreläsare. Svårigheter med att det var många deltagare, språktolk, flera av deltagarna hade grav hörselnedsättning och i kombination med restriktioner under pandemin, medförde att gruppledarna fick hitta nya lösningar. Under pandemin har föreläsningarna utvecklats till att genomföras digitalt. De intervjuade beskriver att metoden har kommit på plats sedan pandemin släppte.

Tidigare verksamhetschef lyfter vikten av det stora engagemanget och kompetensen hos medarbetarna på enheten som viktig för genomförandet. Förutom teamets och arbetsgruppens kompetenser har föreläsare med olika kompetenser bidragit till aktivitetsprogrammet. Exempelvis har vårdcentralerna varit involverade med fysioterapeut, sjuksköterska, kurator och dietist. Under 2022 hade Varberga vårdcentral personalbrist, vilket medförde att de inte kunde medverka i aktivitetsprogrammet. Enligt projektledaren löste de detta genom att hemsjukvården på Väster, Varberga och Oxhagen, ställde upp med sköterskor och arbetsterapeuter i programmet.

### **2.3.3 Samverkan**

Kommunen har samverkat med RF-SISU, Varberga vårdcentral och Capio Vårdcentral Haga (under senare delen av genomförandet) avseende aktivitetsprogrammet och rekrytering av deltagare. Sammantaget beskrivs samverkan av de intervjuade ha fungerat överlag bra men olika bra sett över tid. Enligt projektledaren har samverkan med alla som ingått i aktivitetsprogrammet varit väldigt positivt. Samtidigt upplevs det av flera intervjuade ha tagit tid att gemensamt utveckla och få aktivitetsprogrammet på plats. Medarbetare på Varberga vårdcentral var delaktiga i aktivitetsprogrammet för de första grupperna, men efter att många anställda slutade kunde de varken delta i rekryteringen eller i aktivitetsprogrammet.

Under perioden när samarbete kring rekrytering inte fungerade kom nya chefer till Varberga vårdcentral i olika omgångar och det upplevdes svårt och krävande av flera av de intervjuade att

förankra och motivera det övergripande målet med Seniorpuls och varför de borde delta i genomförandet. Ett par av de intervjuade refererar till folkhälsoöverenskommelsen<sup>12</sup> och att med den som grund är Seniorpuls perfekt för vårdcentralen för en samverkan med kommunen. *”Skriv ut Seniorpuls på recept tänkte jag, blev jätteförvånad när vårdcentralen inte alls initialt såg potentialen i det här samarbetet”*, enligt enhetschef. Samtidigt när pandemin kom var det svårt att överlag få till samarbete med andra parter i området som inte hade varit med i ansökan. Förutsättningarna för samverkan är nu helt annorlunda enligt de intervjuade och beskriver att det nu finns en bra samverkan med alla parter.

Båda intervjupersonerna från vårdcentralerna i Varberga och Oxhagen är relativt nya i sin roll och har endast medverkat en kortare tid i Seniorpuls. Enligt verksamhetschef Haga har de inte haft möjligheter att kliva in med resurser i den utsträckning som önskats, då de inte har haft något avsatt budgetmässigt för detta. *”Men vi har kunnat hjälpa till med det som gått och vi har bjudit in patienter och fått ut information till den gruppen som det berör /.../ och en av våra sjukgymnaster har varit och pratat vid något tillfälle. Ska vi kunna gå in mer så behöver man nog tänka det ekonomiska också.”*

Förankring med lokala föreningar kan enligt enhetschef förbättras, *”i slutet på varje cirkel har det varit en presentation av aktörer som finns i området. Där hade den lokala fysiska aktivitetsrörelsen överhuvudtaget kunnat varit mycket mer representerad”*. Det finns stora skillnader mellan de olika bostadsområdena i hur mycket föreningar det finns, vilket påverkar utbudet av aktiviteter för de äldre. Enligt verksamhetschef RF-SISU är socioekonomiskt svaga områden ofta föreningsglea områden, och i Seniorpuls fall har det inte funnits så många idrottsföreningar att involvera. Samverkan med föreningar är viktig då enhetens resurser är begränsade. Det har funnits en del oklarheter kring resurser i genomförandet och enheten har lagt in mer resurser än planerat men det har inte RF-SISU kunnat göra på samma sätt, enligt enhetschef. Samverkan har också skett lokalt i partnerskapsområdenas organisering. Enligt tidigare verksamhetschef var inte Vård och omsorg en given partner i områdena på en övergripande nivå, utan *”jag hade väldigt svårt att förstå varför inte vi blev inbjudna. Vi tänker att man måste se hela samballet i ett område. Jag fick kämpa jättemycket för att få en dialog”*.

### 2.3.4 Målgrupp och måluppfyllelse

Huruvida målgruppen har varit rätt definierad utifrån behov och om dessa även nåtts i Seniorpuls finns det blandade uppfattningar om. Flera av de intervjuade uppger att målgruppen har varit rätt för Seniorpuls. Enligt projektledaren har de haft blandade grupper utifrån annat ursprung, blandade åldrar, både män och kvinnor, men att de har rekryterat och nått rätt personer i olika grad för de olika grupperna. Det är komplext att bedöma om rätt personer rekryterats och tagit del av insats. Projektledare beskriver det som, *”man kan vara väldigt aktiv person och man har många sociala kontakter men ändå är det något som fattas hos den här personen att man har en bra hälsa”*. Exempelvis är individer som har ofrivillig ensamhet rätt målgrupp för insatsen, även om de kanske klarar mer det fysiska, enligt en av seniorlotsarna. Det är en målgrupp som inte tackar ja till förebyggande hembesök eller kommer på seniorcirklar, enligt folkhälsosamordnare. De intervjuade beskriver att de i de senaste grupperna som är aktuella för våren 2023 nått mer rätt individer. Ett tecken på att de kanske inte nått rätt personer i lika hög utsträckning tidigare är avhoppet, enligt enhetschef, *”det är så många som hoppar av, då är det inte riktigt rätt målgrupp. Då motiverar man personer som inte måktade med den här insatsen.”* Folkhälsosamordnare och seniorlotsar beskriver att deltagare som lämnat insatsen ändå kan ha uppfyllt kriterierna för deltagande och genomfört intervju, men att annan ohälsa inte blev

---

<sup>12</sup> Folkhälsoöverenskommelse för god, jämlik och jämställd hälsa. Överenskommelse mellan Region Örebro län, länets kommuner samt RF-SISU Örebro län och Örebro läns bildningsförbund.

tydlig förrän gruppen startade. Insatsen har därmed tydliggjort andra behov. Enligt projektledaren, *”vi kanske behöver jobba lite mer innan med de här personerna för att se om de klarar det”*. Flera av de intervjuade beskriver att det har varit rätt åldersgrupp för insatsen medan andra efterfrågar en lägre åldersgräns då det finns ett behov av insats även i yngre åldrar.

De intervjuade lyfter fram flera olika delar som Seniorpuls åstadkommit och lyckats med. Bland annat har de lyckats med att differentiera åldrarna, genomföra insatser där de behövs och att det finns en systematik i arbetet. Enligt flera av de intervjuade har de lyckats med att ge deltagarna förutsättningar för att fortsätta träffas. För de deltagare som vill fortsätta träffas finns det möjlighet att träffas till exempel i de olika träffpunkterna. I en grupp har hälften av deltagarna fortsatt att träffas i Haga och det är drygt ett år sedan deras insats avslutades. De tidigare deltagarna har dessutom bjudit in den grupp som startade efter dem till att delta. Seniorer som deltagit i Seniorpuls bjuds även in till aktiviteter som sker vid träffpunkterna och Tegelbruket. Flera seniorer har fortsatt med att delta på träffpunkternas gymnastik. *”Det finns alla möjligheter för dem, man försöker fånga upp det som de är intresserade av”*, enligt en seniorlots.

På fråga om Seniorpuls lyckats att nå uppsatta mål för satsningen är det flera av de intervjuade som har svårt att uttala sig om resultatet. Det beror på att de antingen varit involverade kort tid eller att det än så länge är få seniorer som deltagit i Seniorpuls. Enligt folkhälsosamordnare har de grupper som trots pandemin ändå blivit av varit bra och uppskattade. Vårdcentralschef Varberga, *”hade vi varit tre år framåt nu så hade vi kunnat se ett annat resultat”*. Utifrån de förutsättningar de haft ser projektledaren att de har gjort så gott de kunnat. Om det är något som de inte lyckats med lyfter projektägare, enhetschef och tidigare verksamhetschef fram volymen av deltagare, att det har varit svårt att rekrytera deltagare på grund av pandemin. Pandemin medförde inledningsvis att de fick skjuta fram projektstart med en termin. Året därpå, våren 2021, kunde de inte heller starta någon grupp, likaså våren 2022. Enhetschefen beskriver det som, *”2021 var ett jättetufft år. Allt var stängt. Vi hade stängt våra egna verksamheter också.”* När de väl kom igång igen periodvis upplevs arbetet som ett pusslande av enhetschefen. Även om flera deltagare fortsatt med aktiviteter efter insats lyfter en seniorlots det som ett misslyckande när inte alla deltagare har fortsatt med aktiviteter i andra grupper eller verksamheter. Seniorlotsar och folkhälsosamordnare lyfter att språket är ett hinder när det gäller ofrivillig ensamhet, att där har de inte lyckats riktigt.

Enligt flera av de intervjuade har det kanske varit ett för ambitiöst upplägg. Enligt projektledaren kan programmets längd och antal träffar ha avskräckt många seniorer från att delta. Många seniorer som deltagit har däremot blivit glatt överraskade över Seniorpuls och har upplevt att de tolv veckorna gått snabbt. Förutom att pandemin har varit anledning till avhopp bland deltagare nämns att några deltagare tackat nej då de upplevt att träffen startat för tidigt på morgonen. Enligt en seniorlots har lokalen och andra verksamheter som nyttjat den begränsat vilka tider de kan genomföra träffarna. Då det gick åt mer resurser personalmässigt än planerat lyfter projektledaren att *”egentligen är 154 deltagare helt omöjligt på de här tre åren som vi hade tänkt. Att vi skulle ha tre grupper samtidigt det går inte.... Även om vi inte hade haft en pandemi så tror jag inte den (läs planen) hade hållit ändå.”*

De intervjuades bild är att Seniorpuls har varit en lyckad och bra insats för de seniorer som deltagit. Deltagare har gjort förflyttningar vad gäller sina personliga målsättningar i de uppföljningar som gjorts. Särskilt deltagare som haft målsättning kring ofrivillig ensamhet lyfts fram där de deltagarna i regel skattat sig högre i samband med avslut, enligt en seniorlots. Många deltagare ska ha fått en egen medvetenhet kring vad man kan göra själv för sin hälsa. Men också att deltagarna lärt känna varandra och då vågar prova nya aktiviteter. Det finns olika uppfattning huruvida Seniorpuls kan ha påverkat bra utfall i genomförda funktionstester. Enligt enhetschef och seniorlotsar har de

kunnat se en bättre hälsa utifrån de tester som genomförts. Enligt en seniorlots har det varit otroliga skillnader för en del deltagare. Folkhälsosamordnare anser att funktionstester inte blir tillräckligt träffsäkra, att det är svårt att isolera att det är den fysiska aktiviteten som har bidragit till ett bättre resultat. Troligtvis är det istället mer den subjektiva upplevda hälsan som kan ha förändrats då det krävs mycket mer aktivitet och i en annan dos än vad de erbjudit för att det ska ha kunnat påverka ett förhöjt blodtryck.

Seniorpuls har bidragit till ett lärande i samverkan och ett lärande internt i organisationerna. Med lärande i samverkan avses den skillnad som uttalade kontaktpersoner på vårdcentralerna medförde, *”att det behöver finnas en motor i vårdcentralen för att vi ska komma vidare, vi kan inte vara motorn själva”*, enligt verksamhetschef förebyggande. Enhetschef lyfter potentialen med att ha uttalade kontaktpersoner för att fortsätta utveckla samverkan och att det kan bidra till en perspektivförändring för samverkan och i nära-vård omställningen, *”apropå det här med social samvaro på recept, fysisk aktivitet på recept som inte är någon ny företeelse på nåt sätt men det kan få en annan innebörd, seniorpulsgrupp på recept”*. Flera av de intervjuade lyfter att Seniorpuls är ett exempel på hur man skulle kunna samarbeta inom nära-vård. Båda cheferna på vårdcentralerna instämmer i vikten av det förebyggande arbetet och den vinst som det ger för deras patienter och personal.

Internt på enheten Frivillig- och hälsofrämjande har lärandet, enligt enhetschef, varit tydligt och medvetet redan från start av Seniorpuls. De testar i kölvattnet av Seniorpuls och skruvar på sina insatser i verksamheten under tiden. Avhoppet i Seniorpuls tydliggjorde att de behöver en annan form för sina träffar som kan passa andra grupper. Ett par-tre seniorcirkel har satts igång, till exempel en för seniora män som upplever ofrivillig ensamhet med åtta tillfällen, en gång per vecka. En lärdom som drogs tidigt och som medförde en förändring i verksamheten var att områdesindela arbetet på enheten, enligt tidigare verksamhetschef. Syfte med att områdesindela arbetet var att bygga upp en kontinuitet mot medborgarna, kompetens för medarbetarna och att etablera kontakt med lokalsamhället i respektive område. Utvecklad samverkan med civilsamhälle och lokala resurser behöver tas med i det fortsatta arbetet i andra områden. *”Då kan man bygga upp tillit i området och det har blivit mycket effektivare att jobba så.”* Även samverkan mellan förebyggande och hemvården har utvecklats i Varberga och Oxhagen.

### **2.3.5 Andra effekter**

De intervjuade lyfter olika effekter som de ser att Seniorpuls har bidragit till. Enligt verksamhetschef förebyggande har arbetet med Seniorpuls synliggjort hur stort behovet av insatser är, framför allt i lägre ålder. För tidigare verksamhetschef har Seniorpuls visat på vikten av att se hela samhället och över generationsgränser i ett område och inte bara utifrån olika åldersgrupper. Det är behoven som behöver styra. För enhetschefen var det oväntat med de avhopp som var i Seniorpuls, men avhoppet ledde till att det startades en annan seniorcirkel för att möta just det behovet. På grund av att behoven kan se så olika ut har de på enheten Frivillig och hälsofrämjande börjat tala om att de inte ska ha någon 65-årsgräns i verksamheten, enligt projektledaren. De har också fått nya samarbetspartners som de inte haft förut. De har börjat samarbeta med Partnerskap Vox på ett annat sätt, vilket har gett ringar på vattnet, enligt projektledare. Till exempel har seniorer från Seniorpuls deltagit som volontärer på Hagaskolan under lovskolan. Även fritidsgårdarna efterfrågar volontärer. Ytterligare effekt är att de samarbetat med El Sistema på Hagaskolan.

### 2.3.6 Synpunkter kring implementering

De intervjuade är eniga i att Seniorpuls bör fortsätta då det är viktigt att fortsätta arbeta förebyggande och minska ohälsa bland äldre. De intervjuade ser flera delar som är viktiga för att framåt kunna bedriva arbetet framgångsrikt. Samverkan mellan kommun, primärvård i regionen och civilsamhälle är självklar och en förutsättning för arbetet. Samarbetet med de kontaktpersoner som finns på vårdcentralerna är därför viktigt att de bibehålls. Seniorlots och tidigare verksamhetschef uttrycker att samverkan med civilsamhället och de lokala aktörerna i respektive område behöver utvecklas. Enligt folkhälsosamordnare är det viktigt att förstå att civilsamhället består av många parter som har olika förutsättningar, möjligheter och kunskap. Den svåraste frågan enligt enhetschef är ägarskapet. Det blir mycket lättare om alla bidrar i resurstillsättningen ”*men när måste ta ägarskapet annars tror jag inte det går att ha ett sånt här trepartssamarbete*”. Vid samverkan med civila samhället lyfter enhetschef frågan om vad som är det offentliga roll i resurser och vad som är den civila aktörens roll. Projektägaren anser att följsamheten till målgruppens behov är en del av framgångskonceptet och att metoden har varit anpassad utifrån område och vilka personer som är målgruppen. ”*Det här kan inte vara en statisk metod utan det är nog väldigt beroende på var*”, enligt tidigare verksamhetschef. För att få en kontinuitet för kommuninvånare i de olika områdena skulle det områdesbaserade arbetet passa även övriga verksamheter inom förebyggande, enligt projektägare och tidigare verksamhetschef.

Majoriteten av de intervjuade anser att programmet kan behöva minskas ned i omfattning, antingen tids- eller innehållsmässigt, då det är för långt för många deltagare. En av de intervjuade, folkhälsosamordnare, uttrycker istället att programmet kanske ska vara ännu längre tid än tolv veckor, men inte två gånger i veckan. Enligt folkhälsosamordnare och tidigare verksamhetschef får det inte bli för kort tid om det ska bidra till en beteendeförändring eller att gruppdeltagarna ska hinna lära känna varandra. Ett alternativ kan vara att korta ned vissa delar i innehållet och till en gång i veckan. Enligt projektledare kan programmet också behöva öppnas upp och inte vara så styrt. Antalet deltagare per grupp behöver ses över enligt seniorlotsar och folkhälsosamordnare. Det får inte bli för små grupper då deltagare hoppar av men heller inte som planen var från början med 14 deltagare per grupp, vilket blir för många. Gruppstorleken påverkas av om det är en gruppleddare per grupp eller om det är med stöd från aktivitetssamordnare. Enligt projektledare och folkhälsosamordnare tar träffarna längre tid med tolk. Det ses som svårt praktiskt att genomföra träffar med flera språktolkar, enligt seniorlotsar och folkhälsosamordnare. 8-10 deltagare är lagom för att hinna ha koll på både deltagare, föreläsare och tolk enligt projektledare. Lokaler behöver fungera både för deltagare som har hörselnedsättningar men också för de som behöver tolk, enligt ett par av de intervjuade. Både verksamhetschef Haga och vårdcentralchef Varberga nämner att det behöver finnas en god framförhållning för att kunna avsätta tid för de som ska närvara i programmet. Enligt verksamhetschef Haga behöver ersättningsmodell för deltagande diskuteras.

Flera av de intervjuade uttrycker att de olika parternas begränsade resurser behöver tänkas in framåt när medel från sociala investeringar inte finns att tillgå. Enligt verksamhetschef RF-SISU behöver de hitta former för att hitta bäring för insatsen i deras basuppdrag. Med anledning av resurser ställer sig seniorlots tveksam till att hinna ha 2-3 gruppstarter per termin om seniorlotsarna ska ansvara för det. Samarbete mellan seniorlotsar och aktivitetssamordnare har varit viktigt för att kunna genomföra grupperna och det bör fortsätta samt att seniorlotsarna bör hålla i det även framgent.

Seniorpuls är redan en del av verksamheten då de startat andra varianter av Seniorpuls, enligt enhetschef. För de seniorer som inte hittar till föreningslivet, träffpunkterna och mötesplatserna men har behov av insats kan Seniorpuls vara en form för att möta behovet. Ett mål med deltagande

i Seniorpuls kan fortsättningsvis vara att få deltagarna att bli besökare vid träffpunkterna och ta del av gemenskapen och aktiviteterna där, enligt seniorlots och folkhälsosamordnare. Enligt enhetschef är det viktigt att slå vakt om det som är konceptet med Seniorpuls. Som de har gjort nu i verksamheten kallas dåvarande seniorträffar för seniorcirkel och där insatsen innebär en samverkan med annan part. En seniorcirkel kan ibland vara Seniorpuls, ”*men då kanske det är fokus på fysisk aktivitet, det var därifrån puls kom, då är det ihop med RF-SISU eller idrottsrörelse*”, enligt enhetschef.

Seniorpuls får inte bli ett sidospår utan det ska in i ordinarie arbetssätt, enligt projektägare och tidigare verksamhetschef. Även om träffpunkterna har utvecklats de sista 5-7 åren och arbetar efter folkhälsans grundpelare skulle de kunna utvecklas än mer och bli ett bättre nav i arbetet. Det behöver också lyftas in i nära-vård arbetets utveckling, enligt tidigare verksamhetschef. Projektägare och tidigare verksamhetschef lyfter även vikten av att vara en part i partnerskapsarbetet tillsammans med övriga verksamheter.

Ett av kriterierna för deltagande i Seniorpuls var att deltagare inte fick ha hemvårdsinsatser. Enligt tidigare verksamhetschef borde de se över kriterierna och vidga begreppet. Många av de som går på träffpunkt har idag hemvård i någon form. ”*Det förebyggande arbetet är ju inte bara att man får inte ha någonting utan det är att förebygga hela vägen så det inte blir mer.*” Även vårdcentralchef Varberga ser att de med någon form av lättare hemvård kanske ska inkluderas. Dessutom kan det vara så att många seniorer idag har hemvårdsinsatser som de kanske inte behöver, enligt verksamhetschef förebyggande. Med hjälp av dagrehab skulle seniorers självtillit kunna stärkas i att bli mer självständiga så att hemvårdsinsatser sen skulle kunna plockas bort och resurser kunna läggas på att stötta de som har ytterligare behov. Även om åldersgränsen för att delta i Seniorpuls sänktes från 75 till 65 så har de fått säga nej till seniorer som är yngre och som har behov av insats enligt en seniorlots. De intervjuade har både tankar om att nuvarande åldersgräns är bra, öka åldersspannet till yngre deltagare för att fånga upp pensionärer, sjukpensionärer, samtidigt som det inte får bli alltför stort åldersspann. Det senare kanske innebär att det kan vara någon annan verksamhet som ska fånga upp de yngre. Enhetschef ser inte att ett deltagande ska vara åldersberoende utan vill hellre se det som ”*personerna som är i risk, som är fysiskt inaktiva som har svårigheter med ekonomin, bor i socioekonomiskt utsatta områden, som har ett antal riskfaktorer som är kända, ofrivillig ensamhet, psykisk ohälsa*”.

Enligt flera av de intervjuade är det viktigt att hålla i satsningen i Varberga och Oxhagen. Samtidigt lyfter majoriteten att behovet av insats är stort, framför allt i partnerskapsområdena men också i övriga kommunen. Enligt enhetschef ska Seniorpuls finnas där det finns ett behov, ”*jag tror inte den ska vara områdesknuten som koncept, absolut inte. Det är andra aktörer som måste kliva in när vi har gjort den här insatsen*”. Ett par av de intervjuade nämner att de behöver arbeta differentierat utifrån behoven i de olika områdena och att marknadsföring är viktigt för att nå ut och rekrytera deltagare. Enligt verksamhetschef Haga skulle vårdcentralen kunna vara mer delaktiga i rekrytering av deltagare. Om det skulle bli aktuellt med att skala upp Seniorpuls är det partnerskapsområdena, de socioekonomiskt utsatta områdena som lyfts av projektledare och verksamhetschef förebyggande. Då är det viktigt att utgå från behoven, enligt flera av de intervjuade. Till viss del har en uppskalning redan påbörjats i Brickebacken då insats i området bygger på erfarenheterna hittills, enligt projektledaren. Enligt vårdcentralchef Varberga skulle egentligen alla vårdcentraler behöva ett samarbete med kommunen och med frivilligverksamheter, till exempel vårdcentralerna Mikaeli och Brickebacken som finns i socioekonomiskt utsatta områden.

## Del 2 - utvärdering

Det är intressant att ställa sig frågan vad som går att räkna på och varför just det skulle vara viktigt. Samhällsekonomiska analyser av förebyggande insatser är ett sätt att räkna på framtida ekonomiska vinster och nyttor av insatsen och relatera dessa till dagens kostnader för motsvarande insats. I grunden handlar det om att samhällets resurser är knappa och att det behövs metoder för att prioritera mellan konkurrerande insatser. Vi har en skyldighet att använda samhällets gemensamma resurser så effektivt som möjligt. I likhet med vad Nystrand, Gebreslassie & Feldman (2020)<sup>13</sup> konstaterar är metoder och analyser av övergripande förebyggande kommunalt arbete sällsynt. Av samma anledning bidrar just denna rapport till att öka kunskapen om de effekter och ekonomiska vinster som tillfaller såväl kommun som samhälle på sikt när man går från att se investeringar inom offentlig sektor enbart som kostnader till att se satsningar i individer och humankapital som investeringar i stället.

Del 2 i rapporten innefattar elva kapitel. Inledande kapitel 3, 4 och 5 ger en teoretisk bakgrund till nyttokostnadsanalys, beskrivning av utvärderingens studiedesign och beskrivning av data som använts i utvärderingen. Kapitel 6 redogör för specifika mätmetoder och instrument och statistisk analys. Satsningens kostnader presenteras i kapitel 7. I kapitel 8 presenteras rapportens huvudresultat och i kapitel 9 presenteras förväntad effektrealisering. I kapitel 10 förs en diskussion kring utvärderingens resultat. Slutsatser och rekommendation presenteras i kapitel 11 och avslutningsvis i kapitel 12 lämnas förslag till beslut.

Del 2 innehåller flera kapitel, vissa enklare att tillgodogöra sig andra mer omfattande. För att underlätta för läsaren avslutas de mer omfattande kapitlen med en sammanfattande textruta där det viktigaste från kapitlet framgår.

Sammantaget existerar tre viktiga frågor; *vad kostar insatsen? Vilken effekt har insatsen?* och *Vad är värdet av insatsen?* Dessa frågor besvaras i tur och ordning nedan.



### 3 Teoretisk bakgrund

Enligt nationalekonomisk teori innebär en perfekt marknadsekonomi att samhällets grundläggande resursfördelningsproblem löses på ett effektivt sätt. En perfekt marknad innebär således att samhällets resurser utnyttjas på bästa möjliga sätt. Enligt grundläggande välfärdsteori leder detta till

---

<sup>13</sup> Nystrand, Gebreslassie & Feldman (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsam? Samhällsekonomisk analys av tvärsektorielt främjande och förebyggande arbete i Norrtälje kommun*. Rapport 2020:23, Länsstyrelsen Stockholm

ett Pareto-optimalt resursutnyttjande. Enligt Paretokriteriet är en viss resursfördelning effektiv om ingen förändring kan genomföras som är till gagn för någon utan att samtidigt försämra situationen för någon annan. Det innebär alltså att alla förändringar som innebär en förbättring för åtminstone en individ utan att leda till en försämring för någon annan anses vara effektiva. En sådan effektivitetsförbättrande åtgärd sägs vara paretosanktionerad och ska genomföras.<sup>14</sup>

Nyttokostnadsanalyser har sin grund i välfärdsteori som är en del av den nationalekonomiska teorin. Dessa analyser syftar till att ge underlag till beslutsfattare där besluten har samhällskonsekvenser. För att kunna fatta beslut om vilket handlingsalternativ som är bättre än ett annat används inom välfärdsteorin vanligen just Paretokriteriet<sup>15</sup>. Effektivitet mätt enligt Paretokriteriet är oberoende av vilken individ som får en ökad nytta av förändringen, likväl som kriteriet inte tar hänsyn till hur nyttan åstadkoms. I praktiken, och särskilt inom offentligt finansierade beslut, är det ofta någon som är förlorare av en viss genomförd åtgärd eller förändring. Av den anledningen utgår vanligen nyttokostnadsanalyser från en variant av Paretokriteriet, det så kallade Kaldor-Hicks kriteriet. Kriteriet säkerställer potentiell men inte praktisk paretoeffektivitet. Sammantaget innebär tillämpandet av Kaldor-Hicks kriteriet att en åtgärd ska genomföras om vinnarna hypotetiskt kan kompensera förlorarna och fortfarande få det bättre. På så vis kommer alla åtgärder som har ett positivt nettonuvärde att genomföras och samhällets resurser används effektivt.<sup>16</sup>

## 4 Studiedesign

Kapitlet redogör kortfattat för utvärderingens studiedesign samt styrkor och svagheter med vald design.

Ett vanligt förekommande problem med effektstudier, och inte minst av kommunala insatser, berör kausalitet och intern validitet. Hur vet vi med säkerhet att den observerade förändringen är ett resultat av den insats som individen tagit del av? Hur minimerar vi sannolikheten att det är andra faktorer som påverkat? Hur kan vi, givet de förutsättningar vi har, göra en bedömning av i vilken grad som satsningen bidragit till dessa, och är bidraget tillräckligt stort för att satsningen ska bedömas som kostnadseffektiv? För att hantera utmaningen med kausalitet är val av studiedesign centralt.

Figur 2 illustrerar olika tänkbara studiedesigner. I denna utvärdering används en form av design där det kontrafaktiska utfallet<sup>17</sup> bedöms med hjälp av en kombination av så kallad skuggkontroll samt en före och efter mätning.<sup>18</sup> Val av design illustreras med blåa boxar.

---

<sup>14</sup> Brännlund, & Kriström, B. (2012). *Miljöekonomi* (2., utök., uppdaterade och bearb. uppl.). Studentlitteratur.; Boardman, Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2018). *Cost-benefit analysis: concepts and practice* (Fourth edition). Cambridge University Press. Hultkrantz, & Vimefall, E. (2020). *Samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys* (Upplaga 1). Studentlitteratur.

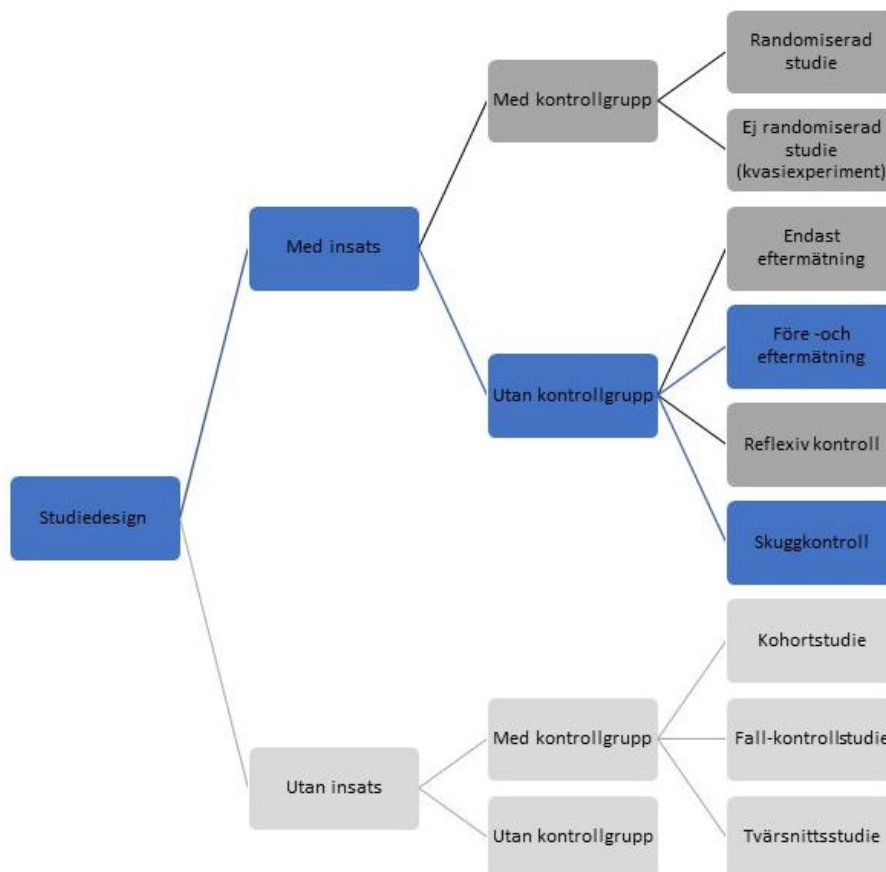
<sup>15</sup> Utgår från den svaga ansatsen för att mäta effektivitet ur ett samhällsperspektiv.

<sup>16</sup> Brännlund, & Kriström, B. (2012). *Miljöekonomi* (2., utök., uppdaterade och bearb. uppl.). Studentlitteratur.; Boardman, Greenberg, D. H., Vining, A. R., & Weimer, D. L. (2018). *Cost-benefit analysis: concepts and practice* (Fourth edition). Cambridge University Press. Hultkrantz, & Vimefall, E. (2020). *Samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys* (Upplaga 1). Studentlitteratur.

<sup>17</sup> För definition av begrepp se mera i avsnitt *Definitioner och begrepp*.

<sup>18</sup> Vi har också gjort en litteratursökning efter liknande insatser nationellt men utan framgång.





Figur 2. Studiedesign.

Som framgår av Figur 2 genomfördes den sociala investeringen utan en explicit kontrollgrupp. För att hantera och minska hot mot den interna validiteten genomförs dels före -och eftermätningar av aktuella utfallsvariabler, dels konstrueras en skuggkontroll. Avsaknaden av kontrollgrupp medför emellertid att slutsatser kring orsak-verkan inte är möjligt, däremot kan ett resonemang kring i vilken omfattning ett deltagande i insatsen bedöms ha påverkat det observerade utfallet föras.

Vad gäller före - respektive eftermätning har detta genomförts avseende flertalet parametrar. Vilka parametrar som följs i denna rapport framgår av rapportens avgränsningar (se avsnitt 5.5 *Avgränsningar*). Fördelen med att mäta både före och efter insats är att en eventuell förändring efter avslutad insats kan observeras, även om den interna validiteten fortfarande kan anses låg då varken biasar i form av påverkan av historia eller mognad inom målgruppen kontrolleras för.<sup>19</sup> Sammantaget är en före- och eftermätning betydligt bättre än endast en eftermätning eller ingen mätning alls, men det möjliggör endast mätning av utfall och inte effekt.

Före- och eftermätningen har därefter kompletterats med en skuggkontroll. Syftet med skuggkontrollen är att individer med särskild insikt i insatsen får bedöma det kontrafaktiska utfallet, det vill säga, vad som skulle hänt om målgruppen inte tagit del av den aktuella insatsen. För detta

<sup>19</sup> Med historia åsyftas händelser som inträffar utanför insatsen men som kan påverka individen, tex en pandemi eller andra händelser eller möjligheter som endast berör vissa inom målgruppen. Med mognad avses processer inom individer, tex att individen blir äldre.

ändamål har en enkät konstruerats och distribuerats till deltagare<sup>20</sup> i Seniorpuls. Val av skuggkontroll motiveras av att bredda perspektivet och få en så objektiv bedömning som möjligt vid uppskattning av det kontrafaktiska utfallet. Målgruppens förmåga att bedöma hur deltagandet i insats påverkat individen bör dock tolkas med försiktighet, då målgruppen ofta saknar den breda överblick som kan behövas för att just göra denna bedömning. Som också diskuteras vidare i rapporten finns en risk för selektionsbias i detta fall, vilket också kan ge utslag på resultatet av skuggkontrollen. Sammantaget finns såväl fördelar som nackdelar med vald studiedesign, men i avsaknad av en kontrollgrupp är det bättre än inget.

## 5 Data

Inledningsvis presenteras källorna som tillhandahållit den data som utvärderingen använt. Vidare följer en presentation av deskriptiv statistik samt definitioner som är bra för läsaren att känna till. Avsnittet avslutas med en kortfattad kritisk diskussion beträffande datamaterialets svagheter och styrkor.

### 5.1 Datainsamling och datakällor

Rapportens primärdata kommer från insamlade avidentifierade mikrodata över deltagare i Seniorpuls under tidsperioden HT 2020-HT 2022. Datainsamling har skett av verksamhet inom Frivillig och hälsofrämjande enheten. Även underlag över referensalternativet kommer från verksamhet inom Frivillig och hälsofrämjande enheten. Datainsamlingen av primärdata har skett via enkät som distribuerats till deltagarna per post, samt via tester i samband med ordinarie träfftillfällen. Svarsfrekvensen för de indikatorer som används inom rapporten varierar mellan [59–89] procent.

För att uppskatta det kontrafaktiska utfallet har enkätdata använts. Enkäten har distribuerats till deltagarna via post och en påminnelse har skickats ut. Enkäten har som syfte att låta målgruppen resonera kring hur deras hälsotillstånd, fysiska aktivitetsnivå samt psykiska hälsa sett ut idag, givet att de inte tagit del av insatser i Seniorpuls. Deltagarna ombeds motivera sina svar. Svarsfrekvensen för denna enkät är 83 procent, vilket kan anses vara väldigt högt.

### 5.2 Svagheter och styrkor med insamlingsmetod och datakällor

Tillgång till data är ofta problematiskt av olika anledningar. Den longitudinella karaktären på datat som rapporten använder sig av är en de främsta styrkorna då det möjliggör för analys över tid, jämfört med data av tvärsnittskaraktär som endast möjliggör analys av en ögonblicksbild.

Den data som analysen bygger på baseras som nämnt primärt på enkätdata. Vid enkätundersökningar förekommer en del generell problematik att ta i beaktning. Avseende de generella utmaningarna så är bortfallsproblematik en utmaning som vanligtvis uppkommer i samband med denna typ av undersökningar. Givet satsningens förutsättningar, däribland rådande pandemi under satsningens pågående, är bortfall och avhopp inte minst en reell utmaning att beakta i denna rapport. Det är av vikt att ha i åtanke att en låg svarsfrekvens dels kan leda till att slumpen påverkar

---

<sup>20</sup> Deltagare som erhållit en enkät är de som följs i denna rapport, dvs deltagare i grupp 1,2 och 3 och som tagit del av insats under tidsperioden HT 2020-HT 2022 och fullföljt insats.

resultatet och därmed att önskad precision inte blir uppfylld, dels till låg trovärdighet i studien.<sup>21 22</sup> Implikationerna från bortfall går delvis att skydda sig mot om studien från början använder sig av ett stort urval. I detta fall är urvalet begränsat till antalet deltagare som fullföljt insats, där förväntat antal deltagare markant begränsats under tiden för satsningens genomförande.

När det gäller just generell bortfallsproblematik bör det också nämnas att problematiken förstärks då bortfallet sannolikt inte är slumpmässigt. För att mildra bortfallsproblematik har enkäten för att estimeras kontrafaktiskt utfall utformats för att vara så lättbegriplig som möjligt och där antalet enkätfrågor har begränsats. För att undvika att enbart de individer som responderar snabbt ingår i svarsfrekvensen och således resultatet skickas en påminnelse ut. Det är värt att betona att trots en del nackdelar med enkät som metod så är syftet med denna enkät till största del att fånga ett resonemang, inte för att samla in data och därifrån dra absoluta slutsatser och generalisera till en större population.

Det finns också en del såväl generella som specifika utmaningar kopplat till kategoriskt baserade mätningar och val av mätinstrument. Vid mätning av kategoriskt baserade variabler uppstår framför allt problem vid analys av resultat från enkätdata om kategorierna översätts till sifferskala och det vanligen görs ett antagande att en poäng på svarsskalan är avståndsmässigt lika mellan alla svarsalternativ och att man därefter kan summera poängen. Detta tillvägagångssätt är problematiskt då ordinal data dels är av icke-linjär karaktär, dvs, inte samma avstånd mellan svarsalternativen, dels saknar numerisk innebörd och därmed inte är siffror som är gjorda att räkna på utan endast visar en rangordning. Andra aspekter som är viktiga att ta hänsyn till är att ingen separation mellan individens förmågor och uppgifters svårighetsgrad görs samt att det saknas metrologiska<sup>23</sup> referenser för att säkerställa jämförbarhet (jämför vi äpplen med päron eller äpplen med äpplen). Lösningar för att hantera ovan ordinalitet är bland annat att utgå från människan som mätinstrument, analysmetoder så som Rasch Measurement Theori och specifikationsekvationer.<sup>24</sup>

För att följa och mäta satsningens kortsiktiga effekter och delmål baseras resultat och analys på olika kategoribaserade mätningar och mätinstrument, däribland livskvalitetsinstrumentet EQ-5D-5L och välbefinnande indexet WHO-5. Det förstnämnda instrumentet består av en standardiserad självskattningsskala för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet och det sistnämnda en generisk skala för att mäta bland annat psykiskt välbefinnande. Med utgångspunkt i ovan problematik vid kategoriskt baserade mätningar är det viktigt att val av mätinstrument är kvalitetssäkrade. Mätinstrumenten, såväl innebörd, tolkning som styrkor och svagheter diskuteras

---

<sup>21</sup>Dahmström, Karin. 2011. Från datainsamling till rapport -att göra en statistisk undersökning. 5. Uppl. Studentlitteratur

<sup>22</sup> Svarsfrekvensen för enkäter hamnar generellt på omkring 50 procent. Christensen, Lars., Engdahl, Nina., Gräas, Karin och Haglund, Lars. 2010. Marknadsundersökning: en handbok. 3. [uppdaterade] uppl. Lund: Studentlitteratur AB.

<sup>23</sup> Metrologiska referenser innebär att det finns överenskomna och fasta referenser att förhålla sig till vid mätningar. Till exempelvis hur tungt ett kilo är eller hur lång en meter är. På samma sätt skulle grundläggande referenser behövas för att möjliggöra tillförlighet och jämförbarhet även när det gäller kategoribaserade mätningar. Rise (2023). *En hållbar organisering för mätkvalitetsäkring av kategoribaserade mätningar*. RISE rapport 2023:7

<sup>24</sup>Pendrill, L. (2014). Man as a Measurement Instrument. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:964486/FULLTEXT01.pdf> [Hämtad 2023-03-22].; Research institutes of Sweden. Att mäta sociala och hälsomässiga värden [20190813-Att-mäta-sociala-och-hälsomässiga-värden.pdf](https://www.socialimpactcenter.se/20190813-Att-mäta-sociala-och-hälsomässiga-värden.pdf) ([socialimpactcenter.se](https://www.socialimpactcenter.se)) [Hämtad 2023-03-22]

kortfattat vidare i kommande avsnitt. I samband med detta framkommer till exempel att Världshälsoorganisationens välbefinnande index är kvalitetssäkrat enligt Rasch-modellen.

Sammantaget finns vid enkätundersökningar alltid en risk för mätfel, såväl slumpmässiga som systematiska med snedvridna svar och bias som konsekvens. Frivilliga enkäter innebär dessutom att individen har rätt att avstå från att svara och att det urval som faktiskt svarar därmed kan bli snedvridet. Beroende på svarsfrekvens och bortfall beaktas nämnda svagheter vid tolkning av resultatet. Några av de fördelar med enkät som insamlingsmetod är emellertid att frågeställaren har liten påverkan och att enkäten kan besvaras anonymt. Vad gäller denna utvärdering är det av vikt att även känsliga frågor kan ställas och att respondenten kan besvara dessa sanningsenligt utan att riskera att påverkas av frågeställaren.

### 5.3 Bearbetning av datamaterial

Grundmaterialet består av data från två källor; insamlade data av verksamheten och insamlade enkätdata i samband med slutrapporten. Kortfattat har bearbetning av datamaterialet från verksamheten skett genom att i steg ett lyfta ut de frågor och test som ska ingå i analysen och därefter i steg två matcha observationerna i datasetet mot anonymiserade identifikationsnummer. Därefter rensas för saknade värden och bakgrundsvariabler matchas sedan mot de anonymiserade identifikationsnumren. När samtliga dataset är skapade sker framtagande av deskriptiv statistik, beräkningar och statistisk analys. Analys har skett i Excel. Avseende indikatorn psykiskt välbefinnande krävdes en omkodning då observationerna var felkodade vid leveransen.<sup>25</sup>

### 5.4 Deskriptiv statistik och definitioner

För att tillgodogöra sig rapportens innehåll definieras inledningsvis ett antal begrepp som används inom utvärderingen. Därefter presenteras deskriptiv statistik över de individer som tagit del av Seniorpuls under tidsperioden HT 2020-HT 2022 och som ingår i rapportens resultat.

#### 5.4.1 Definitioner och begreppsförklaring

**Hälsa:** Avser individens allmänna hälsotillstånd. Mäts enligt Liv och hälsa-undersökningen, Region Örebro län och frågan *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?*

**Fysiskt aktiv:** Äldre vuxna (65+) rekommenderas pulshöjande fysisk aktivitet i minst 150–300 minuter per vecka, eller minst 75–150 minuter av fysisk aktivitet på hög intensitet.<sup>26</sup>

**Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY:** QALY är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet som antas variera mellan 0 och 1, där 0 motsvarar död och 1 full hälsa. Måttet är en sammanvägning av ett hälsotillståndets varaktighet och hälsotillståndets livskvalitet. En QALY tolkas som ett år med full hälsa.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Respondenternas svar var kodade från 1–6 men Världshälsoorganisationens välbefinnandeindex kodas 0-5. Av den anledningen fick samtliga observationer omkodas för att beräkning av index ska ske korrekt. Se mera i *Metod*. Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

<sup>26</sup> Folkhälsomyndigheten (2022) <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/rekommendationer-for-fysisk-aktivitet-och-stillasittande/> [Hämtad: 2023-02-28].

<sup>27</sup> Hultkrantz & Vimefall (2020). *Samhällsekonomisk nyttokostnadsanalys*. Uppl. 1:1. Studentlitteratur AB, Lund

**Prestation:** Syftar till det värde som kommer direkt ur en insats med syfte att påverka målgruppen, tex antal genomförda behandlingsinsatser, antal barn som deltagit i verksamhet osv. Med prestationer och/eller definierade prestationsmål besvaras om insatsen levererats i den utsträckning (volym) och på det sätt (kvalitet) som förväntats.

**Utfall:** Avser den förändring (eller frånvaro av förändring) som observeras hos målgruppen efter en insats. Besvarar vad förändringen blev för målgruppen efter insatsen jämfört med före insatsen.

**Effekt:** Avser den förändring hos målgruppen som orsakats av insatsen (och som inte skulle ha uppstått ändå). Effekter kan delas in i kvalitativa och ekonomiska effekter. Besvarar vad förändringen blev för målgruppen med insatsen jämfört utan insatsen och därmed i vilken grad som förändringen som uppstod för målgruppen orsakades av insatsen.

**Kontrafaktisk effekt:** Avser den förändring i utfall som skulle uppstått i avsaknad av insats.

### 5.4.2 Deskriptiv statistik

Under tidsperioden HT 2020 till och med HT 2022 har Seniorpuls tagit emot totalt 27 deltagare, varav 17 (63%) kvinnor och 10 (37%) män. Majoriteten (85%) av deltagarna har svensk bakgrund. Sammanställningen visar viss spridning i ålder bland deltagarna, och består av deltagare inom åldersspannet 66–86 år, varav de flesta (41%) ligger inom åldersspannet 71–75 år. Genomsnittsåldern hos deltagarna är 76 år. Av de 27 deltagarna har 25 genomfört satsningens aktivitetsprogram och därmed fullföljt insats.<sup>28</sup>

Tabell 5. Deskriptiv statistik.

<b>Satsning: Seniorpuls</b>	<b>Antal (%)</b>
Totalt antal deltagare (HT 2020-HT 2022)	27 (100%)
– <i>Män</i>	10 (37%)
– <i>Kvinnor</i>	17 (63%)
– <i>Utländsk bakgrund</i>	4 (15%)
– <i>Svensk bakgrund</i>	23 (85%)
<b>Ålder</b>	
– <i>65–70</i>	2 (7%)
– <i>71–75</i>	11 (41%)
– <i>76–79</i>	8 (30%)
– <i>80+</i>	6 (22%)
– <i>Genomsnittsålder</i>	76

<sup>28</sup> Med anledning av att två individer i ett mycket sent skeende inte bedömdes ha fullföljt hela aktivitetsprogrammet utgår beräkning av svarsfrekvens från samtliga 27 individer.

– Median (år)	76
– Min (år)	66
– Max (år)	86

Tabell 6 presenterar en korrelationsmatris över samtliga indikatorer och tester som ingår i resultat och analys. Korrelationerna baseras på data från baslinjemätningen. Matrisen synliggör vilka samband som existerar och följaktligen vilka förändringar som kan förväntas utifrån dessa, till följd av genomförd insats.

Tabell 6. Korrelationsmatris (baslinjemätning).

Parameter	EQ-5D	EQ-VAS	Allmänt hälsotillstånd	Fysisk aktivitet	Vardagsaktivitet	WHO-5	TUG
<b>EQ-5D</b>	1,00	0,76	-0,73	0,25	0,41	0,57	-0,25
<b>EQ-VAS</b>	0,76	1,00	-0,74	0,27	0,21	0,65	-0,04
<b>Allmänt hälsotillstånd</b>	-0,73	-0,74	1,00	-0,52	-0,57	-0,56	0,25
<b>Fysisk aktivitet</b>	0,25	0,27	-0,52	1,00	0,32	0,51	0,11
<b>Vardagsaktivitet</b>	0,41	0,21	-0,57	0,32	1,00	0,10	-0,50
<b>WHO-5</b>	0,57	0,65	-0,56	0,51	0,10	1,00	0,15
<b>TUG</b>	-0,25	-0,04	0,25	0,11	-0,50	0,15	1,00

Not: Baseras på 14 deltagare.

Av korrelationsmatrisen framkommer särskilt ett par samband som är värda att lyfta. Föga förvånande råder ett starkt positivt samband mellan EQ-5D, EQ-VAS och allmänt hälsotillstånd. Ett relativt starkt positivt samband urskiljs även mellan psykiskt välbefinnande (WHO-5) och nyss nämnda livskvalitetsindikatorer och allmän hälsa. En bättre allmän hälsa visar också på samband

med ökad aktivitetsnivå, såväl fysiska inslag som vardagsaktiviteter. Sammanfattningsvis visar korrelationsmatrisen på förväntade och rimliga mönster. Det går sålunda att anta att förändring i någon av indikatorerna också kan förväntas påverka individen på flera plan.

#### **Förklaringar:**

EQ-5D: ett högre värde innebär bättre livskvalitet.

EQ-VAS: ett högre värde innebär bättre livskvalitet.

Allmän hälsa: ett högre värde innebär ett sämre allmänt hälsotillstånd.

Vardagsaktivitet: ett högre värde innebär en högre aktivitetsnivå per vecka.

Fysisk aktivitet: ett högre värde innebär en högre aktivitetsnivå per vecka.

WHO-5: ett högre värde innebär ett bättre psykiskt välbefinnande.

TUG: ett högre värde innebär större svårigheter med förflyttning, balans och funktionell förmåga.

## **5.5 Avgränsningar**

Rapporten avgränsas till att följa de individer som deltagit i Seniorpuls under tidsperioden HT 2020-HT 2022, vilket inkluderar satsningens första tre grupper. För att ingå i utvärderingen krävs vidare att deltagaren svarat på hälsotest och/eller enkät vid baslinjemätningen samt efter avslut. Det innebär att om det saknas data för baslinjemätning och/eller efter avslut ingår deltagaren inte i resultatet, även om det finns data från uppföljningstillfället.<sup>29</sup> För respektive analys redovisas det totala antalet deltagare som analys och resultat bygger på. Som redan diskuterats och som vid åtskilliga tillfällen lyfts i rapporten, är det viktigt att vid tolkning av resultatet ha i åtanke att det baserats på de deltagare som det finns tillräckligt med data på. Det är således nödvändigt att beakta det vid tolkning och sålunda vilka slutsatser som kan dras.

Övriga avgränsningar inom rapporten:

1. Rapporten avgränsas till att utvärdera utfallen av EQ-5D-5L, EQ-VAS, enkätfråga om allmänt hälsotillstånd, vardagsaktivitet samt fysisk aktivitet, psykiskt välbefinnande (WHO-5) samt TUG test.
2. Det kontrafaktiska utfallet bedöms utifrån svar från deltagare som fullföljt insats.
3. Rapporten avgränsas till att utvärdera förväntade kortsiktiga effekter och delmål.
4. Ekonomiska effekter avgränsas till ett kommunalekonomiskt perspektiv enligt ansökan.

---

<sup>29</sup> Notera att avgränsningen inte innebär att en deltagare måste svarat på samtliga mätillfällen avseende samtliga tester och enkäter för att ingå i resultatet. I somliga fall har deltagare svarat på samtliga mätillfällen för tex EQ-5D men inte för TUG testet. I detta fall ingår deltagaren i resultatet för EQ-5D men inte i resultatet avseende TUG.

För att möjliggöra jämförelse av effekt med referensalternativet<sup>30</sup> analyseras utfallet av TUG testet. Om behov finns av ytterligare analys av övriga data rekommenderas verksamheten att göra detta i ordinarie verksamhetsuppföljning. I samband med ansökan angavs att förväntade ekonomiska effekter följs ur ett kommunalekonomiskt perspektiv. Avseende kvalitativa effekter, till exempel förbättrad hälsa, följs dessa ur ett individperspektiv. Eventuella kostnadsbesparingar för samhället ingår således inte i kommande analys. Inte heller beräkning av QALYs ingår i rapporten, däremot kan beräknade hälsoindex och hälsovikter användas framgent som QALY vikter och således också för att beräkna just QALYs om verksamheten har behov av detta.

## 5.6 Antaganden

Inom ramen för utvärderingen görs följande antaganden:

1. Samtliga individer har tagit del av insatser i samma omfattning.
2. Givet att förväntade effekter genererats och delmål uppnått antas långsiktig övergripande målsättning uppnås på sikt och därmed också satsningens syfte, allt annat lika.

Följande antaganden görs avseende valda indikatorer:

3. Enkätfråga om allmänt hälsotillstånd fungerar som indikator på individens hälsa. Utfallet används sedan för att bekräfta delmål om förbättrad hälsa.
4. Livskvalitetindex EQ-5D samt EQ-VAS fungerar som indikator på individens övergripande hälsa på längre sikt. Utfallet används sedan för att styrka antagande två om övergripande målsättning med satsningen.
5. Vardagsaktivitet och fysisk aktivitet fungerar som indikator på individens fysiska hälsa. Utfallen används sedan för att bekräfta förväntad effekt om förbättrad fysisk hälsa.
6. Världshälsoorganisationen (WHO) psykiskt välbefinnande index fungerar som indikator på deltagarens psykiska hälsa. Utfallet används sedan för att bekräfta förväntad effekt om förbättrad psykisk hälsa.
7. Timed up and Go, TUG, testet fungerar som indikator på fallrisk.

Med utgångspunkt i ovan antaganden och för att kunna analysera förflyttningar och således dra slutsatser kring förväntad effekttrealisering och måluppfyllelse görs ytterligare antaganden:

8. Brytpunkten för fysisk aktiv går vid 60 minuter pulshöjande fysisk aktivitet per vecka. För att uppnå rekommendationerna för vardagsaktiviteter krävs 150 minuter per vecka.
9. Förbättrad fysisk hälsa kan uppnås i modellen på tre sätt:
  - a. Givet att individen *inte uppfyllt* rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätningen men uppfyllt dem vid avslutad insats, allt annat lika.
  - b. Givet att individen *inte uppfyllt* rekommendationerna för vardagsaktivitet eller fysisk aktivitet vid baslinjemätningen men uppfyllt rekommendationerna för fysisk aktivitet vid avslutad insats, allt annat lika.

---

<sup>30</sup> Med referensalternativ avses den alternativa insatsen eller verksamheten som Seniorpuls jämförs med, i detta fall nuvarande koncept Seniorträffar. Se vidare i avsnitt 6.5.1 *Referensalternativ*.



- c. Givet att individen *uppfyllt* rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätning och gått från fysiskt inaktiv till fysiskt aktiv efter avslutad insats, allt annat lika.
10. Bibehållen fysisk hälsa kan uppnås i modellen på två sätt:
    - a. Givet att individen uppnått rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätning och fortsatt uppnår rekommendationerna efter avslutad insats.
    - b. Givet att individen uppnått rekommendationerna för vardagsaktivitet och fysisk aktivitet vid baslinjemätning och fortsatt uppnår dessa efter avslutad insats.
  11. En individ som inte uppfyller rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätning antas inte heller uppfylla rekommendationerna för fysisk aktivitet per vecka.
  12. God hälsa vid start innebär att individen svarat *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd.<sup>31</sup>
  13. Förbättrad hälsa innebär att individen förflyttat sig på skalan från *dåligt* eller *mycket dåligt* mot *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd.
  14. Bibehållen hälsa innebär att de individer som svarat *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd vid baslinjemätning uppskattar sitt allmänna hälsotillstånd som likvärdigt efter avslutad insats.
  15. För EQ-5D och EQ- VAS krävs en förändring av storleksordning enligt rekommendation för att räknas.
  16. Förbättrad psykisk hälsa innebär att individen förflyttat sig från ett indexvärde under populationsgenomsnittet till över genomsnittet efter avslutad insats.

Antagande ett innebär att i genomsnitt har individerna tagit del av satsningen i lika stor omfattning. I Årsredovisningen för Seniorpuls (2022) framgår dock att så inte är fallet. Det framgår emellertid inte om bortfallet är systematiskt. Det går därmed att anta att bortfallet inte är samma individer och således att i genomsnitt ha deltagarna fått insats i samma omfattning. Antagande två innebär att om rapportens analys tyder på att förväntade effekter genererats i förväntad grad samt att delmålen uppnåtts att antagandet om långsiktig övergripande målsättning kan förväntas uppnås på sikt, och således också syftet med satsningen, allt annat lika. Detta antagande är av vikt inför beslut om eventuell implementering av satsningen i ordinarie drift.

Övriga antaganden återkopplar till satsningens förväntade effekter och vilka antaganden som krävs för vidare analys av förflyttning och således slutsatser avseende eventuell realisering av effekterna. Antagandena 12, 13 respektive 14 utgår från antaganden gjorda av strateger inom området folkhälsa, Kommunledningsförvaltningen. Enligt definition krävs för att uppnå rekommendationerna för fysisk aktivitet minst 150 minuter per vecka. Enligt folkhälsomyndigheten<sup>32</sup> bör äldre vuxna vara fysiskt aktiva på måttlig intensitet i minst 150–300

---

<sup>31</sup> Enkätfråga 5, se Bilaga 2.

<sup>32</sup> Folkhälsomyndigheten (2022). [Rekommendationer för fysisk aktivitet och stillasittande — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se) [Hämtad 2023-06-13]

minuter eller minst 75–150 minuter av fysisk aktivitet på hög intensitet per vecka. För att ta hänsyn till deltagarnas ålder justeras brytpunkten nedåt för att klassificeras som aktiv i analysen. Det innebär att för att vara fysisk aktiv är brytpunkten 60 minuter<sup>33</sup> och motsvarande för vardagsaktiviteter är brytpunkten 150 minuter per vecka.

I senare kapitel används ovan antaganden för att bekräfta förväntade delmål och effekter enligt ansökan;

Förväntade effekter

1. Målgruppens fysiska hälsa förbättras.
2. Målgruppens psykiska hälsa förbättras.
3. Färre fallskador.

Förväntade effekter avseende minskade kostnader för hemtjänst och minskade kostnader för särskilt boende antas infalla först på sikt och följs om aktuellt först i samband med en eventuell uppföljande utvärdering.

För att kunna dra slutsatser gällande insatsens bestående effekt på målgruppen på lång sikt och således insatsens måluppfyllnad avseende den övergripande målsättningen angavs i ansökan följande krav på kvantitativa målsättningar:

- Av deltagare som vid start skattar sin hälsa som god bibehåller minst 75 procent sin hälsoskattning vid uppföljning efter insatsen.
- Av deltagare som vid start inte skattar sin hälsa som god förbättrar minst 25 procent skattningen vid uppföljning efter insatsen.
- För deltagare som är inaktiva vid start har minst 75 procent av deltagarna ökat sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.
- För deltagare som är fysiskt aktiva vid start bibehåller minst 75 procent sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.

Avseende EQ-5D och EQ-VAS saknas angivna kvantitativa målsättningar. Inom ramen för utvärderingen görs därför antagandet att om en förändring ska räknas krävs att förändringen motsvarar storleksordning enligt rekommenderat värde. Avseende förbättrad psykisk hälsa saknas likaså kvantitativ målsättning. För att bekräfta måluppfyllelse antas en förbättrad psykisk hälsa uppnåtts om deltagaren förflyttat sig från under populationsgenomsnittet till över efter avslutad insats. Notera att detta antagande inte innefattar en kvantitativ målsättning likt övriga. Anledningen bakom är att inom ramen för utvärderingen görs inga egna bedömningar eller antaganden avseende vad som krävs för att vara en tillräcklig stor förändring för att anses lönsam. Inom ramen för rapporten görs enkom bakomliggande antaganden för modellens utvecklande och användbarhet. Vid de fall där det saknas uppgifter kring vad som krävs görs endast antaganden där så är nödvändigt för att kunna säga något över huvud taget.

---

<sup>33</sup> Utgår från det lägre spannet på 75–150 minuter. Brytpunkten blir dock 60 minuter då intervallen i svarsalternativen inte möjliggör 75 minuter. Med anledning av målgruppens ålder motiveras lägre kravet (60 minuter) i stället för det högre (90 minuter) som är svarsalternativens steg.

## 6 Metod

Detta kapitel avser de specifika mätmetoder, mätinstrument och statistisk analys som ligger till grund för kommande analys av såväl kvalitativa som ekonomiska effekter. Resultat av intervjuer återgavs i tidigare kapitel. Diskussion kring enkät som generell insamlingsmetod återfinns också i tidigare kapitel.

Efterfrågan på samhällsekonomiska utvärderingar och analyser har den senaste tiden ökat markant, däribland olika typer av nyttokostnadsanalyser som vanligen används inom fältet hälsoekonomi. Inom hälsoekonomiska utvärderingar jämförs vanligen två eller flera alternativa behandlingsmetoder, där såväl kostnad som effekter jämförs i syfte att klargöra vilken metod eller insats som är mest kostnadseffektiv.<sup>34</sup> Beroende på typ av samhällsekonomisk utvärdering, behov och förutsättningar är det vanligt att skilja mellan fem typer av hälsoekonomiska utvärderingar; kostnadsminimeringsanalys (CMA), kostnadskonsekvensanalys (CCA), kostnadseffektanalys (CEA), kostnadsnyttoanalys (CUA) samt kostnadsintäktanalys (CBA).<sup>35</sup> Styrkan med nyttokostnadsanalyser är framförallt metodikens tydliga koppling till ekonomisk teori. Eftersom analysen möjliggör användandet av monetära vikter kan flera olika typer av effekter summeras och jämföras. Ett komplext beslutsproblem kan på så vis förenklas genom att antalet dimensioner att ta hänsyn till reduceras.

För att mäta hälsa har värden härletts fram med hjälp av olika mätmetoder, tex standard gamble, time trade-off, Visual Analog Scale (VAS) eller med hjälp av health index method där EQ-5D är ett exempel på det sistnämnda. Kostnadsnyttoanalysen (CUA) innebär att kostnader relateras till ett mått som kombinerar överlevnad och livskvalitet, till exempel antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs).

Nedan redogörs för de olika mätinstrument som studien använder och som syftar till att besvara satsningens olika delmål och således också bekräfta de förväntade effekterna.

### 6.1 EQ-5D-5L, EQ-VAS

EQ-5D är ett livskvalitetsinstrument som mäter hälsan i antingen tre eller fem dimensioner. EQ-5D-5L beskriver hälsan i fem dimensioner; rörlighet (R), personlig vård (PV), vanliga aktiviteter (VA), smärtor/besvär (SB) samt oro/nedstämdhet (OD). Inom varje dimension mäts allvarlighetsgraden i fem nivåer. Mätinstrumentet används i flera sammanhang, bland annat i kliniska studier, kvalitetsregister, hälsoekonomiska utvärderingar samt befolkningsundersökningar. EQ-5D-5L kan därtill användas till att estimerar livskvalitetskomponenten i kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) där hälsostatus/hälsorelaterad livskvalitet och överlevnad kombineras.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> (SBU, 2017)

([https://www.sbu.se/contentassets/05d31e4cf3d84d8ea40163a571eb099e/sbushandbok\\_kapitel11.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/05d31e4cf3d84d8ea40163a571eb099e/sbushandbok_kapitel11.pdf))

<sup>35</sup> Det är också vanligt förekommande att begreppet *cost benefit analysis*, CBA, översätts till kostnadsnyttoanalys på svenska. En viss förvirring kan därför uppstå på grund av att både *benefit* och *utility* översätts till nytta på svenska. Nyttan i termer av *Cost utility analysis*, avser nytta i form av hälsokvalitet och är den kostnadsnyttoanalys som vanligen används inom hälsoekonomi. Ibland benämns dessa som kostnadseffektivitetsanalyser med QALYs som effektmått.

<sup>36</sup> N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>; Sun et al. Health and Quality of Life Outcomes (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden.20:167https://doi.org/10.1186/s12955-022-02083-w;

Frågeformuläret avslutas med en fråga om individens allmänna hälsotillstånd, där individen ombeds att uppskatta sin hälsa på en barometerliknande VAS-skala<sup>37</sup> graderad 0–100.

Efter att individen besvarat de fem frågorna samt estimerat sin övergripande hälsostatus på VAS-skalan erhåller individen en hälsoprofil. För att estimeras hälsoindexet krävs att erhållen hälsoprofil omräknas enligt en matematisk formel som validerats mot befolkningen och slutligen resulterat i ett värderingssystem. Eftersom denna studie avser svenska data rekommenderas att vikterna baseras på ett representativt befolkningsurval från Sverige. Av den anledningen använder denna rapport rekommenderat värderingssystem enligt Sun et al. (2022)<sup>38</sup> vid beräkning av hälsoindexet<sup>39,40</sup>. Värde 1 på hälsoindexet motsvarar fullständig hälsa och värde 0 motsvarar ett hälsotillstånd som befolkningen värderat till att vara lika illa som att vara död. Det ska noteras att ett index under noll är möjligt, vilket tolkas som en sådan sammanlagd hälsobörda att undersökta befolkningspopulationer värderat dem som värre än att vara död. För att en skillnad i resultat ska räknas krävs en förändring på 0,10 i hälsoindexet. Motsvarande förändring för VAS-skalan är tio steg.<sup>41</sup>

För EQ-5D-5L resulterar de olika hälsodimensionerna och svårighetsgraden på hälsotillståndet i 3 125 (5<sup>5</sup>) unika hälsotillstånd. Till exempel innebär ”12,345” att individen svarat *inga svårigheter* på Rörlighet (R), *lite svårigheter* på Personlig vård (PV), *måttliga svårigheter* på Vanliga aktiviteter (VA), *svåra problem* på Smärtor/besvär (SB) och *extrema problem* på Oro/nedstämdhet (OD).<sup>42, 43</sup> Ett exempel på beräkning av hälsoindex ges i textrutan nedan. Hälsoprofil 11,111 motsvarar full hälsa och hälsoindex 1.

---

The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199-208; EQ-5D, instruktion. Folkhälsa och sjukvård (rjl.se) [Hämtad 2023-02-24].

<sup>37</sup> Visuell analog skala. Individen skattar ett värde på sitt nuvarande hälsotillstånd på en barometerliknande skala. Skalan är graderad 0 till 100.

<sup>38</sup> Sun et al. Health and Quality of Life Outcomes (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden. 20:167 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02083-w>

<sup>39</sup> Rekommenderad modell för estimerat värderingssystem är heteroskedastic modell baserad på c-TTO data.

<sup>40</sup> Fram till nyligen har det inte funnits värderingssystem för EQ-5D-5L i Sverige men nyligen presenterade Sun et al. (2022) en studie med estimerade värderingssystem för EQ-5D-5L baserade på svenska vikter. Notera att värderingssystemet är nytt och att mer validering kan behövas. I brist på annat rekommenderas emellertid användandet av värderingssystemet.

<sup>41</sup> N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>; Sun et al. Health and Quality of Life Outcomes (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden. 20:167 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02083-w>; The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199-208; EQ-5D, instruktion. Folkhälsa och sjukvård (rjl.se) [Hämtad 2023-02-24].

<sup>42</sup> För enkät med samtliga dimensioner och nivåer, se Bilaga X.

<sup>43</sup> N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>; Sun et al. Health and Quality of Life Outcomes (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden. 20:167 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02083-w>; The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199-208.; EQ-5D, instruktion. Folkhälsa och sjukvård (rjl.se) [Hämtad 2023-02-24].

Exempel beräkning av EQ-5D-5L hälsoindex:

För att beräkna EQ-5D-5L hälsoindex subtraheras aktuellt parametervärde för varje dimension och varje nivå från ett.

Antag hälsoprofil: 12, 345 ger

$$\text{EQ-5D}_{\text{index}} = 1 - 0(\text{R1}) - 0,019(\text{PV2}) - 0,048(\text{VA3}) - 0,319(\text{SB4}) - 0,394(\text{OD5}) = 0,220$$

Analys av data kommer att ske med statistisk analys. Avseende EQ-5D-5L görs nedan analyser, där resultatet presenteras i resultatkapitlet.

### Tvärsnittsanalys

- Deskriptiv statistik över deltagarnas hälsa efter dimension och nivå vid ett tillfälle:
  - Andel och antal.
  - Centralmått: Median och medelvärde.
  - Spridningsmått: Minimi – och maximivärde och standardavvikelse.

Beskrivning av individens hälsa med hjälp av dimension och nivå är en bra utgångspunkt för att förstå individens hälsoproblem utifrån den data som finns insamlad. Statistiken presenteras utifrån antal och andel individer som rapporterat respektive svårighetsgrad inom varje dimension. Analysen kompletteras genom att klustra svårighetsgraderna till två nivåer; antal och andel individer som rapporterat ”inga problem” (nivå 1) samt antal och andel individer som rapporterat ”några problem” (nivå 2,3,4 och 5). Genom att klustra nivåerna efter ”inga problem” samt ”några problem” fångas en eventuell förändring i hälsotillstånd mellan två mättillfällen. På så vis möjliggörs en summering av hur individernas hälsa generellt förändrats. Analysen svarar emellertid inte på om individerna som svarat exempelvis nivå 2 på rörlighet också är samma individer som svarat nivå 4 på oro/nedstämdhet. Därtill, och kanske framför allt, så förloras en hel del information när nivåerna klustras. Vad gäller just EQ-5D-5L är mycket information förlorat då fyra nivåer klustrats till en. Eventuell förändring inom dessa nivåer, till exempel en förflyttning från extrema till svåra problem, fångas därmed inte i analysen. Vid användning av klustring för att analysera förändring i hälsotillstånd är det därför viktigt att ha detta i åtanke.

Eftersom värderingsmetoderna bakom värdena tillhandahåller en skala med kardinala egenskaper presenteras också centrala mått såsom medelvärde och median. För att se hur precist medelvärdet är presenteras även standardavvikelse och min- och maximivärde. Vid analys av EQ-5D data är det dock viktigt att ha i åtanke att datat vanligen inte är symmetrisk och att tolkningen av medelvärde och standardavvikelse därmed försvåras. Om datat tyder på en skevhet<sup>44</sup> förespråkas användning av medianvärdet som ett centralmått.<sup>45</sup> På grund av att deltagande i Seniorpuls inte skett

---

<sup>44</sup> Eng: Skewness.

<sup>45</sup> N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>.

randomiserat och totala antalet deltagare är så pass få kommer fördelningen på datat inte att vara användbart för att undersöka eventuell skevhet.

### Longitudinell analys

- Beskrivning av förändring i hälsa mellan två tidpunkter
  - Med hjälp av hälsoprofil.
  - The Paretian Classification of Health Change, (PCHC).

Paretian classification of health change (PCHC) summerar förändringar i hälsoprofildata.<sup>46</sup> Tillvägagångssättet i PCHC har sin utgångspunkt i principerna för Paretoeffektivitet inom välfärdsteori. Kortfattat innebär det i analysen att ett EQ-5D hälsotillstånd bedöms bättre än ett annat om hälsotillståndet är åtminstone bättre inom en dimension och inte sämre i någon annan. På motsvarande vis bedöms ett EQ-5D hälsotillstånd som sämre än ett annat om hälsotillståndet är sämre i åtminstone en dimension och inte bättre i någon annan. Med utgångspunkt i principerna för paretoeffektivitet finns således fyra möjligheter vid en jämförelse av en individs hälsotillstånd mellan två mätpunkter:<sup>47</sup>

- i. Individens hälsotillstånd är bättre.
- ii. Individens hälsotillstånd är sämre.
- iii. Individens hälsotillstånd är oförändrat.
- iv. Förändringen i hälsotillstånd är mixat: bättre i minst en dimension, men sämre i minst en annan.

En begränsning med PCHC är att individer som uppskattat inga problem i samtliga dimensioner endast har en möjlig förändring i sitt hälsotillstånd, dvs, en försämring. Individer som uppskattat inte ha några problem alls är dock ovanligt. Vidare tas ingen hänsyn till magnituden av en förbättring eller försämring i självuppskattad hälsa inom en dimension och inte heller om det är inom en dimension som individen bedömer är viktig eller mindre viktig. Fördelen med PCHC är att det tillhandahåller en informativ summering av eventuella hälsoförändringar utan att introducera externa värderingssystem eller preferensbaserade vikter.<sup>48</sup>

För EQ-VAS gör följande analyser:

- Centralmått: median och medelvärde.
- Spridningsmått: standardavvikelse.

För att utskilja en eventuell förflyttning svarar individen på frågorna EQ-5D och EQ-VAS innan insats (baslinjemätning), efter avslutad insats samt vid ett uppföljningstillfälle. För att en skillnad i resultat ska räknas krävs en förändring på 0,10 i hälsoindexet. Motsvarande förändring för VAS-skalan är tio steg.

---

<sup>46</sup> Devlin N, Parkin D, Browne J (2010) Using the EQ-5D as a performance measurement tool in the NHS. *Health Econ* 19(8):886–905; N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*.

<sup>47</sup> Paretoeffektivitet och välfärdsteori återfinns beskrivet närmre i kapitel *Teoretisk bakgrund*.

<sup>48</sup> Som diskuterades i tidigare kapitel förekommer en del problem vid analys av kategoriskt baserade mätningar. En utav dessa, som också PCHC framhåller, är utmaningarna med att summera samtliga individers nytta, mätt i ordinala termer.

## 6.2 Timed up and Go, TUG

Testet bedömer fallrisk, balansnedläggning och testar individens möjligheter att ta instruktioner i flera steg. Testet har visat ha god reliabilitet och validitet för äldre personer<sup>49</sup>. Nackdelen med att använda TUG i bedömningen är att individer som inte kan gå inte heller kan utföra testet. Testet genomförs genom mätning av en rörelsesekvens där individen från sittande på karmstol sedan reser sig upp, går tre meter, vänder runt och går tillbaka till stolen och sätter sig ned. Utfallet mäts i sekunder där följande mätvärden gäller:

- Mindre än eller lika med 10 sek = normal, inga problem med förflyttning eller balans.
- 11–20 sek = oberoende i förflyttning utomhus/inomhus.
- 21–29 sek = ”grå zon”, stor variation i funktionell förmåga.
- Mer än 30 sek = hjälpberoende.

Tiden det tar att genomföra testet anses kunna predicera fall om den överskrider ett visst värde. För friska, hemmaboende äldre anses den ligga på mer än eller lika med 14–16 sekunder.

TUG testet mäts i samband med övriga hälsotester innan start av insats (baslinjemätning), efter avslut samt vid uppföljningstillfället. Utfallet av testet jämförs inom gruppen men också med referensalternativet.

## 6.3 Fysisk aktivitet

För att mäta förändring i fysisk aktivitet hos deltagarna får deltagarna svara på frågor om deras fysiska aktivitetsnivå (se fråga 9 och 10 i Bilaga 2). Första frågan mäter tid åt vardagsaktiviteter medan den andra frågan mäter tid åt fysisk aktivitet. För att utskilja en eventuell förflyttning svarar individen på frågorna innan insats (baslinjemätning), efter avslutad insats samt vid ett uppföljningstillfälle. Förflyttningen mellan mättillfällena analyseras via statistisk metod enligt brytpunkt mellan fysiskt aktiva och fysiskt inaktiva. Enkätfrågan baseras på Liv och Hälsaundersökningen<sup>50</sup> och fungerar som indikator för att bekräfta de antaganden<sup>51</sup> som gjorts inom ramen för ansökan och som ligger till grund för beräkning av de ekonomiska effekterna.

## 6.4 Allmänt hälsotillstånd

För att mäta förändring i allmänt hälsotillstånd hos deltagarna får deltagarna svara på en fråga om deras hälsotillstånd med fem svarsalternativ (se fråga 5 Bilaga 2). För att utskilja en eventuell förändring svarar individen på frågan innan insats (baslinjemätning), efter avslutad insats samt vid ett uppföljningstillfälle. Enkätfrågan baseras på Liv och Hälsaundersökningen<sup>52</sup> och fungerar som

---

<sup>49</sup> Podsiadlo D, Richardson S. The timed ”Up&Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy* 2000;80(9):896-903.

<sup>50</sup> Källa: Liv och hälsa, Region Örebro län

<sup>51</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 21 (2019)

<sup>52</sup> Källa: Liv och hälsa, Region Örebro län

indikator för att bekräfta de antaganden<sup>53</sup> som gjorts inom ramen för ansökan och som ligger till grund för beräkning av de ekonomiska effekterna.

## 6.5 Psykisk hälsa

För att mäta förändring i psykisk hälsa hos deltagarna får deltagarna svara på frågor som berör deras psykiska välbefinnande (se fråga 6 Bilaga 2). Som mätinstrument används Världshälsoorganisationens välbefinnandeindex, WHO-5, som består av fem frågor avseende individens välbefinnande, med vardera sex olika svarsalternativ. Individen ombeds gradera hur väl respektive påstående instämmer på individen de senaste 14 dagarna. Varje fråga graderas från 5 (hela tiden) till 0 (aldrig), och totalsumman varierar därför från 0 (frånvaro av välbefinnande) till 25 (maximalt välbefinnande). Eftersom skalor som mäter hälsorelaterad livskvalitet vanligtvis varierar mellan 0–100, multipliceras totalsumman med fyra för att erhålla välbefinnandeindexet.<sup>54</sup>

Mätinstrumentet har god validitet, och fungerar både som en indikator för depression och som utfallsmått inom kliniska studier. Därtill fungerar välbefinnandeindexet som en generisk skala för välbefinnande i ett bredare perspektiv där en bedömning av välbefinnande över tid eller jämförelser grupper emellan möjliggörs. En ytterligare fördel med detta mätinstrument som motiverar användandet är att WHO-5 har analyserats med *items response theory model* enligt Rasch<sup>55</sup>, och fått goda resultat. Det innebär bland annat att de individuella poängen kan adderas och jämföras med andra populationers poäng på skalan.<sup>56</sup>

För att urskilja en eventuell förändring svarar individen på WHO-5 innan insats (baslinjemätning), efter avslutad insats samt vid ett uppföljningstillfälle. Svaren beräknas sedan enligt ovan till ett index mellan 0 och 100. Indexvärdet analyseras sedan som förändring i genomsnitt och jämförs med ett generellt populationsgenomsnitt. För Sverige (2012) uppgår populationsgenomsnittet till 64,2 i genomsnitt. För kvinnor är indexvärdet 62,2 och för män 66,3 i genomsnitt.<sup>57</sup>

## 6.6 Referensalternativ

Med referensalternativ<sup>58</sup> avses den alternativa insatsen eller verksamheten som Seniorpuls jämförs med. Seniorträffar är ett koncept som tidigare bedrevs inom verksamheten. Konceptet innehåller samtalsträffar i grupp under sex tillfällen. Träffarna genomförs med olika teman med hälsoanknytning där sakkunniga finns tillgängliga för att vägleda gruppen. Syftet och målsättning

---

<sup>53</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 21 (2019)

<sup>54</sup> Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

<sup>55</sup> Rasch, G: From Guttman's pioneer work to item response theory analysis (IRT); in Bech P (ed): *Clinical Psychometrics*. Oxford, Wiley- Blackwell, 2012.

<sup>56</sup> Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.

<sup>57</sup> Källa: Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176. [Supplementary Material for: The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature \(figshare.com\)](#) [Hämtad 23-06-01].

<sup>58</sup> Ibland också kallat *jämförelsealternativ*, vilket inte ska förväxlas med *jämförelsekontroll* som syftar till att kontrollera för systematiska skillnader mellan två eller flera grupper.



med Seniorträffarna är att främja hälsa och öka medvetenheten kring hälsans fyra hörnpelare för ett gott åldrande, därtill att behålla eller öka livskvalitet och trygghet.

Konceptet utgår från Örgryte/Härlanda modellen som nått goda resultat när det gäller att skjuta upp beroende inom ADL (dagliga aktiviteter). Seniorträffarna bygger på att deltagarna samtalar kring olika teman. Vid respektive tillfälle deltar en värdinna eller aktivitetsvärd och till de olika träffarna bjuds också olika yrkesprofessioner in som är kunniga inom respektive områden. Det kan till exempel vara en sjukgymnast som är inbjuden kring temat fysisk aktivitet eller en dietist kopplat till goda matvanor. Tanken är också att deltagarna ska få möjlighet att ställa frågor och dela med sig av egna erfarenheter och kunskaper. Gruppen träffas en gång i veckan, där varje tillfälle är ca två timmar långt. Cirka tre månader efter avslutad omgång genomförs ett uppföljningssamtal.

Utvärdering av seniorträffarna visar att deltagarna anser att de fått bra information om relevanta ämnen och att deltagarna förbättrat sitt resultat på testet Timed up and Go, TUG. Testet har utförts innan och tre månader efter seniorträffarna. Kostnaden för Seniorträffar motsvarar del av tjänst för aktivitetsvärd och seniorlots och kapaciteten är då åtta omgångar per år. Sammantaget uppgår kostnaden för Seniorträffar till 376 tkr årligen, motsvarande 47 tkr per omgång och 3,9 tkr per deltagare<sup>59</sup>.

Som framgår i ansökan för Seniorpuls ska verksamheten fortsätta bedriva konceptet Seniorträffar om Seniorpuls inte uppnått förväntade effekter, utfall och målsättningar. Vid en sådan bedömning och jämförelse är det emellertid viktigt att verksamheten är väl införstådda i såväl likheter som skillnader insatserna emellan, men kanske framför allt det senare för att en jämförelse ska vara rättvis och återspegla insatserna korrekt. De skillnader som är av störst vikt är innehåll i och omfattning av träffarna samt målgrupp, där Seniorträffar dels består av sex tillfällen per omgång, dels inte innefattar fysiska inslag och riktar sig till en något äldre målgrupp. Jämfört med Seniorpuls som består av 24 tillfällen per omgång, inkluderar fysiska inslag samt riktar sig till en något yngre målgrupp men förväntas kosta betydligt mer att genomföra. Utifrån detta formuleras och prövas följande hypotes(er):

*H<sub>0</sub>: Det förekommer ingen skillnad mellan handlingsalternativen avseende genererad effekt.*

*H<sub>1</sub>: Seniorpuls genererar större effekt<sup>60</sup>, jämfört med Seniorträffar.<sup>61</sup>*

*H<sub>2</sub>: Seniorpuls är mer kostnadseffektiv, jämfört med Seniorträffar.*

För att kunna jämföra alternativen och pröva hypoteserna är det nödvändigt att samma mätinstrument och indikator används. Önskvärt hade varit att jämföra utfallen av EQ-5D och EQ-VAS men en sådan uppföljning saknas för Seniorträffar. Den indikator som däremot finns för bägge alternativen är TUG testet, som därför kommer att fungera som indikator på vilka förväntade effekter och utfall som respektive koncept resulterat i<sup>62</sup>. För att kunna uttala sig om vilket alternativ

---

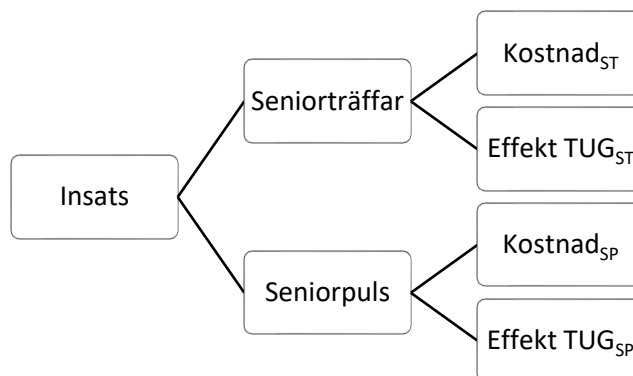
<sup>59</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 23 (2019)

<sup>60</sup> Avseende de förväntade effekter som är samma.

<sup>61</sup> Tar inte hänsyn till kostnad och kostnadseffektivitet.

<sup>62</sup> Även en fråga om allmänt hälsotillstånd finns för bägge alternativ. Resultatet av denna kommenteras kortfattat senare i rapporten.

som är mest kostnadseffektiv krävs därefter att effekten relateras till kostnaden för respektive alternativ. Syftet och således nyttan med att jämföra två insatser kan vid en första anblick uppfattas otydligt. Men inom samhällsekonomiska bedömningar och utvärderingar är just jämförelsen olika alternativ emellan fundamental för att klargöra vilket alternativ som är (mest) kostnadseffektiv. Kostnadseffektivitet är följaktligen ett relativt begrepp där såväl kostnader som effekter jämförs. Det är också vanligt att det mest relevanta jämförelsealternativet är status quo, dvs ingen insats eller ingen behandling. Som illustreras av Figur 3 är jämförelsealternativet för Seniorpuls som sagt det tidigare konceptet Seniorträffar.



Figur 3. Kostnadseffektivitet.

Som framgår av Figur 3 relateras kostnaden för respektive satsning till utfallet från TUG testet för att därefter jämföras med varandra. Ett sådant resultat från en kostnadsnyttoanalys kan presenteras på flera olika vis. Antingen som en kostnadseffektivkvot per alternativ, eller som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot, så kallad ICER (incremental cost-effectiveness ratio). En ICER beräknas utifrån skillnad i kostnad mellan alternativen relativt skillnaden i effekt. Det är dock viktigt att påpeka att även om det är möjligt att beräkna kostnadseffektivitet utifrån tillgängliga data över kostnad och TUG test så är kostnadseffektivitet framför allt av intresse när insatserna förväntas primärt leda till en enda effekt. I detta fall förväntas såväl Seniorträffar som Seniorpuls leda till flera effekter. Det medför att beräkning av en ICER eller kostnadseffektivitetskvot snarare riskerar att lägga för stor tyngd på utfallet av TUG testet, vilket inte är den primära förväntade effekten, och således en risk för att annan viktig information missas. För att beslut inte ska fattas enbart på en sådan analys redovisas kostnad och utfall av TUG testet för respektive handlingsalternativ men någon vidare analys görs inte. Det innebär att alternativhypotes  $H_2$  inte kommer att besvaras.

Uppgifter om Seniorträffar kommer från verksamhet inom Frivillig och hälsofrämjande enheten och baseras på när konceptet bedrevs år 2014. I samband med utvärdering av Seniorträffarna 2014 konstaterades att TUG testet visade på en förbättring vid uppföljningen jämfört med hälsosamtalet som skedde innan insats. För kvinnorna konstaterades att tiden förbättrats med – 3,9 sekunder och för männen var motsvarande en förbättring i tid – 2,4 sekunder. Det ska dock påpekas, vilket inte görs i samband med nämnda rapport men är av yttersta vikt för att bedöma utfallet, att konstaterad tidsförbättring endast är i absolut förändring. Det innebär bland annat att förändringen i tid är direkt avhängigt antalet individer som ingått i utvärderingen och säger egentligen inget om vilken

den genomsnittliga tidsförändringen är<sup>63</sup>. För att just kunna säga något om hur deltagarnas utfall i TUG testet förändrats mellan mättillfällena är ett genomsnitt direkt nödvändigt. Utifrån de uppgifter som tillhandahållits visar beräkning av datat att den genomsnittliga förändringen i tid uppgår till -0,5 sekunder för kvinnor och -0,8 sekunder för män. I nedan analys sker ingen uppdelning per kön utan den genomsnittliga förändringen i TUG före respektive efter insats uppgår då till -0,62 sekunder för Seniorträffar. Motsvarande beräkning har skett för Seniorpuls.<sup>64</sup>

Avseende deltagarnas hälsa så uppskattar majoriteten av deltagarna i Seniorträffar sitt allmänna hälsotillstånd som god till mycket god vid start av insats. Drygt en tredjedel uppskattar sitt hälsotillstånd som någorlunda. Vid uppföljningsbesöket har ingen större förändring skett på individnivå. Tabell 8 presenterar en sammanställning över skillnader alternativen emellan. En jämförelse avseende kostnad och effekt handlingsalternativen emellan görs i avsnitt *Referensalternativ*.

Tabell 7. Allmänt hälsotillstånd. Seniorträffar

Värde	Baslinjemätning	Uppföljningsbesök	Förändring procentenheter*
<b>Utmärkt (%)</b>	3 (13%)	3 (13%)	0
<b>Mycket god (%)</b>	5 (22%)	4 (17%)	-5
<b>God (%)</b>	7 (30%)	9 (39%)	9
<b>Någorlunda (%)</b>	8 (35%)	7 (30%)	-5
<b>Dålig (%)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0
<b>Totalt, n<sup>b</sup></b>	23	23	

Besvarar frågan ”I allmänhet skulle du vilja säga att din hälsa är”. Notera att avrundning i tabellen kan påverka totalsumman.

<sup>63</sup> Beräkningen ovan är baserad på 15 individer. Pondera att en individ faller bort och inte ingår i utvärderingen, då skulle också hans tid på testet falla bort. När det inte kommenteras vad som ingår i tidsförändringen är det då lätt hänt att siffran misstolkas som en tidsförbättring hos deltagarna när det i själva verket är en individ som fallit bort.

<sup>64</sup> Beräkning kvinnor: Innan: (35,6+31,1+22,7) = 89,4 sekunder. Efter: (37+24,6+23,9) =85,5 sekunder. Skillnad kvinnor: (85,5–89,4) = -3,9 sekunder. Beräkning Män: Innan: (25,5+6,7+15) = 47,2 sekunder. Efter: (23,7+6,4+44,8) =44,8 sekunder. Skillnad: (44,8–47,2) = -2,4 sekunder. Se vidare s.6, s.11 Seniorträffar med hälsofrämjande och förebyggande i fokus 2, *rapport*.

Tabell 8. Sammanställning handlingsalternativ.

Alternativ	Målgrupp	Omfattning per omgång	Fysiska inslag?	Antal mättillfällen	Kommentar
<b>Seniorträffar</b>	Seniorer, 75 år och äldre, som inte har hemtjänst eller larm enligt SoL  Boende i Alby/Östernärke, Södercity/Adolfsberg och Älvtomtaområdet. *	6 tillfällen totalt (1 gång per vecka)	Nej	2	*Målgrupp för Seniorträffar år 2014 <sup>65</sup>  Före och efter mätning med tre månaders mellanrum.
<b>Seniorpuls</b>	Seniorer, 65 år och äldre, som inte har biståndsbeslutade omvårdnadsinsatser från vård och omsorg.  Ordinärt boende i områdena Varberga och Oxhagen.	24 tillfällen totalt (2 per vecka)	Ja	3	Före insats, efter insats och uppföljning. Mättillfälle tre (uppföljning) sker efter 3–6 månader efter avslutad insats

Not: Avseende referensalternativet utgår resultatet från utvärdering av seniorträffarna år 2014. Seniorträffar med hälsofrämjande och förebyggande i fokus 2, *rapport*.

## 7 Kostnader

Detta kapitel avser att besvara den inledande frågan *Vad kostar insatsen?* Tabell 9 redogör för förväntade kostnader enligt ansökan och Tabell 10 redogör för faktiska kostnader hänförliga till satsningen. För kostnad uppdelat per kostnadsslag hänvisas läsaren till senaste årsredovisning.

Tabell 9. Kostnader- kalkyl från ansökan (tkr)

Investering	Förväntat antal deltagare, totalt över investerings tidsperiod	Förväntad total kostnad över investerings tidsperiod	Kostnad per omgång	Kostnad per deltagare	Kommentar
Seniorpuls	154	3 132*	284	20	Till budgeterad kostnad adderas motsvarande medfinansiering som i Tabell 10.

<sup>65</sup> Seniorträffar med hälsofrämjande och förebyggande i fokus 2, *rapport*.

Not: Avrundning till närmaste heltal. \* Uppskattad kostnad enligt ansökan om 1 998 tkr plus medfinansiering om 1 134 tkr. Uppskattad kostnad enligt ansökan är 1 998 tkr plus medfinansiering om en 25-procenttjänst och en 20-procenttjänst. Notera att i ansökan var medfinansiering utan ett värde. Till budgeterad kostnad 1 998 tkr adderas därför motsvarande medfinansiering som i Tabell 10.

Seniorpuls förväntades ha kapacitet att ta emot 154 deltagare fördelat på totalt elva omgångar under en treårsperiod. Kostnaden för satsningen budgeterades till dryga två miljoner kronor, exkl. medfinansiering. När hänsyn tas till medfinansieringen är den uppskattade kostnaden för satsningen drygt 3,1 miljoner kronor. Kostnad per omgång uppgår enligt förväntade siffror till 284 tkr, motsvarande 20 tkr per deltagare.

Tabell 10. Kostnader- faktiskt utfall och prognos, avser tidsperiod 2020–2023 (tkr)

<b>Investering</b>	<b>Antal deltagare, totalt över investerings tidsperiod</b>	<b>Total kostnad över investerings tidsperiod</b>	<b>Kostnad per omgång</b>	<b>Kostnad per deltagare</b>	<b>Kommentar</b>
Seniorpuls	49*	2 284**	457	47	*Varav 27 deltagare ingår i denna utvärdering. **Ca 1 134 tkr avser medfinansiering.  **Varav 699 tkr prognosticerad kostnad (415 tkr bokförda kostnader och 284 tkr i medfinansiering) för perioden 2020–2023.

Not: Avrundning till närmaste heltal.

Under satsningens tidsperiod har 49 deltagare rekryterats, motsvarande 32 procent av förväntat antal. Den faktiska kostnaden för satsningen uppgår till dryga 2,3 miljoner kronor. Trots den lägre kostnaden för satsningen är kostnaden per deltagare 2,4 gånger så dyrt mot förväntad kostnad per deltagare (jämför 20 och 47 tkr). Kostnaden per omgång uppgår till nästan dryga halvmiljonen. Värt att notera är att medfinansiering av satsningen uppgår till drygt 1,1 miljoner, en kostnad som saknade uppskattat värde i ansökan.

## Sammanfattning kostnader

### *Seniorpuls*

#### *Kalkyl (per 2020):*

- Total kostnad för satsningen: 3 132 tkr
  - Kostnad per omgång: 284 tkr
  - Kostnad per deltagare: 20 tkr

#### *Utfall inkl. prognos (per 2020–2023):*

- Total kostnad för satsningen: 2 284 tkr
  - Kostnad per omgång: 457 tkr
  - Kostnad per deltagare: 47 tkr
- Skillnad i förväntat och faktiskt utfall avseende kostnad per deltagare och omgång förklaras dels av skillnad i totalkostnad, dels av skillnader i *förväntat* antal deltagare, *faktiskt* antal deltagare samt antal genomförda omgångar.

---

#### *Referensalternativ (Seniorträffar):*

- Kostnad per omgång: 47 tkr
- Kostnad per deltagare: 3,9 tkr
  - Årlig kostnad: 376 tkr

## 8 Resultat

Följande kapitel presenterar rapportens huvudresultat. I nästkommande avsnitt betingas resultaten på de antaganden som gjorts inom ramen för ansökan och utvärdering. Sammantaget kommer de viktigaste resultaten att lyftas i text och övriga resultat hänvisas läsaren till diagram och tabeller. Genomgående där data finns redovisas även resultat från uppföljningstillfälle 3–6 månader efter avslutad insats i tabellform men kommenteras inte alltid i text. Resultatet från uppföljningstillfället är en bra indikator på om uppvisade resultat och utfall är bestående men då svarsfrekvensen varit lägre vid nämnda mättillfälle försvåras en jämförelse med tidigare resultat. Det är således viktigt att inte enkom fokusera på det absoluta antalet deltagare utan snarare andelen (tillsammans med felmarginal) vid tolkning av detta resultat.

**För en snabb överblick över satsningens resultat avslutas kapitlet med en sammanfattande textruta.** De betingade resultaten analyseras därefter i nästkommande kapitel för att bekräfta såväl delmål som förväntad effektrealisering enligt ansökan.

## 8.1 EQ-5D

I de följande avsnitten presenteras resultat för EQ-5D-5L och EQ-VAS. Inledningsvis redovisas resultat efter nivå, dimension och hälsoprofil. Därefter presenteras resultat av beräknade hälsoindex.

### 8.1.1 EQ-5D-5L: Nivå och dimension

Tabell 11 presenterar deltagarnas hälsa före samt efter avslutad insats per nivå och dimension. För varje mättillfälle anges antal och andel deltagare som angett respektive nivå inom respektive dimension. Vidare går det att utläsa av sammanställningen antal och andel deltagare som har ”några problem” eller ”inga problem” per dimension, samt förändringen mellan baslinjemätning och avslut av insats. Den deskriptiva statistiken som presenteras av tabellen tillhandahåller således viktig information för att beskriva deltagarnas hälsa. Till exempel framgår att vid baslinjemätningen angav tio deltagare (56%) inga problem på rörlighet, 17 deltagare (94%) inga problem avseende vård, 14 deltagare (78%) inga problem med aktiviteter och sju deltagare (39%) hade heller inga problem med oro/depression. Däremot framgår att majoriteten av deltagarna upplever problem med smärtor. Efter avslutad insats upplever två deltagare färre problem med smärta och har gått från nivå 3 till nivå 2. Efter smärtproblematik tyder resultaten på att oro/depression är en dimension som deltagarna upplever vissa, om än måttliga, bekymmer vid baslinjemätningen. Ett viktigt resultat är att ingen förändring efter avslut av deltagande i Seniorpuls observeras på individnivå avseende oro/depression. Ett resultat som dock till viss del kan förklaras av att problematiken i genomsnitt är just måttlig och att det sannolikt krävs en stor förbättring för att individen ska uppge inga problem alls.

Tabell 11. Sammanställning EQ-5D efter nivå och dimension, före (baslinjemätning) och efter avslutad insats. Antal (%).

Nivå	Rörlighet		Vård		Aktiviteter		Smärtor/besvär		Oro/depression	
	Före	Efter avslut	Före	Efter avslut	Före	Efter avslut	Före	Efter avslut	Före	Efter avslut
1	10 (56%)	12 (67%)	17 (94%)	17 (94%)	14 (78%)	13 (72%)	1 (6%)	1 (6%)	7 (39%)	7 (39%)
2	3 (17%)	3 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	4 (22%)	9 (50%)	11 (61%)	10 (56%)	10 (56%)
3	3 (17%)	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (17%)	1 (6%)	7 (39%)	5 (28%)	1 (6%)	1 (6%)
4	2 (11%)	2 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Totalt antal<sup>a</sup></b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>Antal med några problem<sup>b</sup></b>	8 (44%)	6 (33%)	1 (6%)	1 (6%)	4 (22%)	5 (28%)	17 (94%)	17 (94%)	11 (61%)	11 (61%)
<b>Δ i antal som rapporterat några problem</b>		-2		0		1		0		0
<b>Antal som rapporterat inga problem<sup>c</sup></b>	10 (56%)	12 (67%)	17 (94%)	17 (94%)	14 (78%)	13 (72%)	1 (6%)	1 (6%)	7 (39%)	7 (39%)
<b>% Δ i antal som rapporterat några problem</b>		-25%		0%		25%		0%		0%

<sup>a</sup> Resultaten avser de individer som svarat på både EQ-5D formuläret före (baslinjemätning) och efter avslut av insats. Svansfrekvens för EQ-5D varierar mellan [59–67] procent (59 procent har svarat på samtliga mättillfällen medan 67 procent av deltagarna har svarat på de första två mättillfällena).

<sup>b</sup> Några problem = nivå 2–5

<sup>c</sup> Inga problem = nivå



Informationen som framgår av tabellen ovan är visserligen av informativ karaktär men kan vara svår att få en snabb överblick över. Av den anledningen har nivåerna klustrats till två kategorier; antal deltagare som rapporterat ”inga problem” (nivå 1) samt antal som rapporterat ”några problem” (nivå 2–5). Som redan konstaterats är smärta den dimension som deltagarna upplever störst problem med vilket också framgår tydligt då 17 av 18 deltagare hamnar i kategori ”några problem”. På gruppnivå har ingen förflyttning skett mellan kategorierna, men som lyftes ovan kan en positiv förflyttning på individnivå urskiljas för två deltagare. För dimensionen oro/depression har elva deltagare några problem och sju inga problem vid baslinjemätning. Vid avslut av insats har ingen förändring skett. På gruppnivå syns en positiv förflyttning mellan mättillfällena inom dimensionen rörlighet medan avseende aktiviteter noteras en negativ förflyttning då antalet som kategoriseras in i några problem ökat från fyra till fem deltagare.

Sammantaget ger Tabell 11 en god överblick över deltagarnas hälsa och hur den förändrats under tiden för deltagande i Seniorpuls. Förändring på individnivå går att utläsa för den som är intresserad att fördjupa sig i en specifik dimension, likväl som förändring på gruppnivå per kategori ger en snabb överblick över hur deltagarnas hälsa förändrats under tidsperioden. Vid tolkning av resultatet är det dock viktigt att tänka på att statistiken visar frekvensen av observationer per nivå inom respektive dimension, men däremot inte om deltagarna som rapporterat nivå 3 på oro/depression är samma som rapporterat nivå 3 på aktiviteter. Vid tolkningen på aggregerad nivå föreligger därtill en del begränsningar och det är viktigt att ha i åtanke att förändring *inom* nivåerna 2–5 inte framgår. Det finns därmed en risk att information om förbättringar (tex från nivå 3 till nivå 2) förloras<sup>66</sup>. Av den anledningen presenteras också data på individnivå.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att smärtor/besvär är den dimension där deltagarna upplever störst problem men också att ingen förändring på aggregerad nivå skett mellan mättillfällena. En positiv förändring på aggregerad nivå har skett avseende rörlighet. Sammantaget kan det konstateras att mellan baslinjemätning och avslutad insats har inga större förändringar skett, varken på individ eller gruppnivå.

---

<sup>66</sup> Just denna begränsning är dessutom än större för 5L jämfört med 3L.

Tabell 12. Sammanställning EQ-5D efter nivå och dimension, efter avslutad insats och 3–6 månader efter avslutad insats (uppföljningstillfälle).

Nivå	Rörlighet		Vård		Aktiviteter		Smärtor/besvär		Oro/ depression	
	Efter avslut	Uppföljning	Efter avslut	Uppföljning	Efter avslut	Uppföljning	Efter avslut	Uppföljning	Efter avslut	Uppföljning
1	12 (67%)	9 (56%)	17 (94%)	15 (94%)	13 (72%)	12 (75%)	1 (6%)	1 (6%)	7 (39%)	9 (56%)
2	3 (17%)	5 (31%)	0 (0%)	1 (6%)	4 (22%)	2 (13%)	11 (61%)	6 (38%)	10 (56%)	6 (38%)
3	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	0 (0%)	1 (6%)	2 (13%)	5 (28%)	7 (44%)	1 (6%)	1 (6%)
4	2 (11%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Totalt antal<sup>a</sup></b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>
<b>Antal med några problem<sup>b</sup></b>	6 (33%)	7 (44%)	1 (6%)	1 (6%)	5 (28%)	4 (25%)	17 (94%)	15 (94%)	11 (61%)	7 (44%)
<b>Antal som rapporterat inga problem<sup>c</sup></b>	12 (67%)	9 (56%)	17 (94%)	15 (94%)	13 (72%)	12 (75%)	1 (6%)	1 (6%)	7 (39%)	9 (66%)
<b>%Δ några problem<sup>d</sup></b>		11%		0%		-3%		0%		-17%

<sup>a</sup> Resultaten avser de individer som svarat på både EQ-5D formuläret samtliga mättillfällen. Svarefrekvens för EQ-5D varierar mellan [59–67] procent (59 procent har svarat på samtliga mättillfällen medan 67 procent av deltagarna har svarat på de första två mättillfällen). Felmarginal tio procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

<sup>b</sup> Några problem = nivå 2–5

<sup>c</sup> Inga problem = nivå 1

<sup>d</sup> Förändring i antal deltagare som rapporterat några problem redovisas i procentenheter mellan mättillfällena pga. olika totala antal deltagare som svarat vid mättillfällena.

Tabell 12 presenterar motsvarande statistik som Tabell 11 men visar förändring efter avslutad insats och uppföljning 3–6 månader efter avslut. Således visar resultatet om eventuella förändringar som observerats efter avslutad insats är någorlunda bestående. Det främsta resultatet som framgår är förändring på gruppnivå. Resultatet visar då en minskning i antal deltagare som rapporterat in några problem för dimensionen oro/depression, motsvarande 17 procentenheter, jämfört med efter avslutad insats. Avseende smärtor/besvär som var den dimension där flest deltagare upplevde problematik vid baslinjemätning samt efter avslut syns ingen förändring 3–6 månader efter avslutad insats. Avseende rörlighet som var den dimension där störst förändring påvisades efter avslut syns vid uppföljningstillfället en ökning i andelen som upplever problem. Sammantaget kan det konstateras att på individnivå förekommer en viss rörelse mellan nivåerna men på gruppnivå har inga markanta förändringar skett mellan mättillfällena.<sup>67</sup>

### 8.1.2 EQ-5D-5L: Paretian classification of health change (PCHC)

Ovan analyser har tillhandahållit en hel del information avseende deltagarnas hälsostatus men innehåller som nämnt också en del begränsningar. I detta avsnitt summeras förändringarna i hälsostatusen utan att beräkna ett hälsoindex (se resultatet av förändring i hälsoindex i kommande avsnitt). Metoden utgår från Devlin et al. (2010) och baseras på principerna av Paretoeffektivitet (se vidare *Teoretisk bakgrund*).<sup>68</sup> I denna analys kan individens hälsotillstånd förändras enligt fyra alternativ:

- i. Individens hälsotillstånd är bättre.
- ii. Individens hälsotillstånd är sämre.
- iii. Individens hälsotillstånd är oförändrat.
- iv. Förändringen i hälsotillstånd är mixat: bättre i minst en dimension, men sämre i minst en annan.

Tabell 13 presenterar förändring i individens hälsotillstånd under tiden för insats, dvs före (baslinjemätning) och efter avslutad insats samt förändring efter avslutad insats och uppföljningstillfället 3–6 månader efter avslut.

---

<sup>67</sup> Notera att det totala antalet deltagare som svarat vid uppföljningstillfället är färre jämfört med efter avslut vilket medför att i ovan tabell är andel deltagare som anges i parentes mer korrekt att utgå ifrån. En direkt jämförelse av antal kan bli missvisande om skillnaden beror på bortfall snarare än andra faktorer.

<sup>68</sup> Devlin N, Parkin D, Browne J (2010) Using the EQ-5D as a performance measurement tool in the NHS. *Health Econ* 19(8):886–905

Tabell 13. The Paretian classification of health change, deltagare under HT 2020-HT 2022

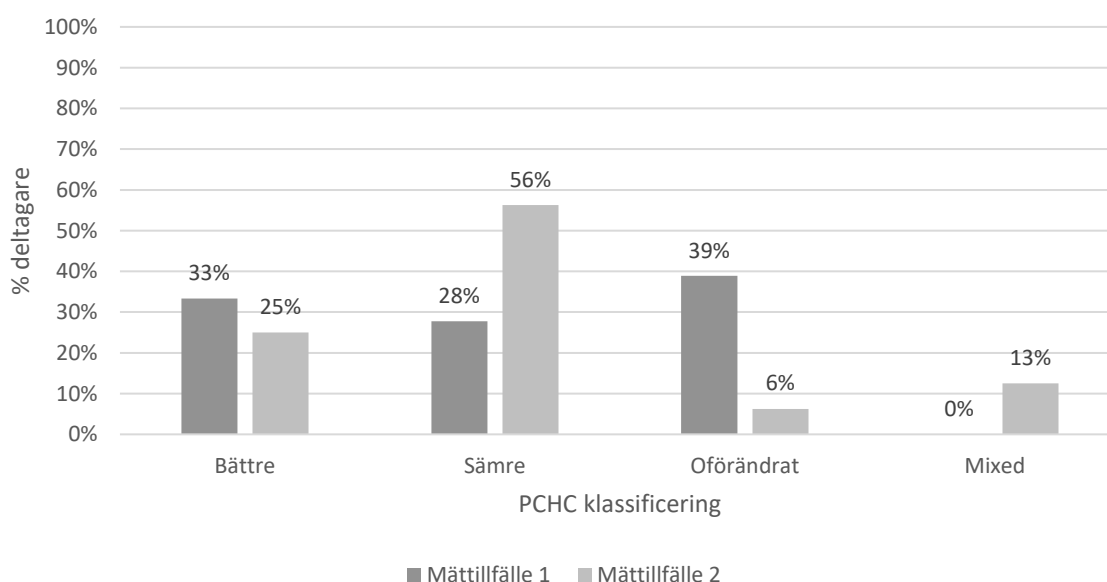
Hälsotillstånd enligt PCHC	Förändring under tid för insats (baslinje-avslut)	Förändring 3–6 månader efter avslutad insats (avslut-uppföljning) <sup>b</sup>
	Antal (%)	Antal (%)
Bättre	6 (33%)	4 (25%)
Sämre	5 (28%)	9 (56%)
Oförändrat	7 (39%)	1 (6%)
Mixed	0 (0%)	2 (13%)
<b>Totalt, n<sup>a</sup></b>	<b>18 (100%)</b>	<b>16 (100%)</b>

<sup>a</sup> Svarefrekvens EQ-5D före insats och efter avslut: 67%. Svarefrekvens vid uppföljning: 59%.

<sup>b</sup> Felmarginal tio procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

Resultatet visar att en stor andel (39 procent) av deltagarna inte upplevt någon förändring i hälsotillstånd under tiden för deltagande i insats men att en nästan lika stor andel (33 procent) har haft en förbättring i hälsa. För 28 procent upplevs en försämrad hälsa. Efter avslutad insats och tiden efter visar resultatet att majoriteten haft en försämring i hälsa. Resultatet visar att endast 25 procent av deltagarna har förbättrat hälsotillstånd enligt PCHC 3–6 månader efter avslutad insats. Sammantaget tyder resultatet på att insatserna haft en positiv påverkan på deltagarna att åtminstone bibehålla sin hälsa under tiden för deltagandet vilket efter avslutad insats verkar ha varit svårare att bibehålla. Diagram 1 illustrerar förändringen i PCHC grafiskt mellan mättillfälle 1 (baslinjemätning-efter avslutad insats) och mättillfälle 2 (efter avslutad insats-uppföljning 3–6 månader efter avslut).

Diagram 1. The Paretian classification of health change, deltagare under HT 2020-HT 2022



### 8.1.3 EQ-5D-5L hälsoindex

Nedan presenteras resultatet från beräkningarna av EQ-5D-5L hälsoindex. Resultatet redovisas på gruppnivå, samt uppdelat per kön. Av tabellerna framgår centralmått, spridningsmått samt förändring mellan mätillfällena. En förändring i hälsoindexet kan dels vara psykometrisk och syfta till om skillnaden är tillräcklig för att uppfattas av individen, dels statistisk och syfta till om den fångas av statistiska metoder och vilka mätfel som finns. I samband med denna rapport görs ingen skillnad i ovan utan för att en förändring i resultat ska räknas krävs en förändring på 0,10 i hälsoindexet.<sup>69</sup> Värde ett på hälsoindexet motsvarar fullständig hälsa och värde noll motsvarar ett hälsotillstånd som befolkningen värderat till att vara lika illa som att vara död. Det ska noteras att ett indexvärde under noll är möjligt, vilket tolkas som en sådan sammanlagd hälsobörda att undersökta befolkningspopulationer värderat dem som värre än att vara död.

Tabell 14. EQ-5D-5L hälsoindex, deltagare under HT 2020-HT 2022

Värde	Före insats	Efter insats	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>b</sup>
<b>Medelvärde</b>	0,909	0,914	0,885
<b>Median</b>	0,948	0,959	0,953
<b>Standardavvikelse</b>	0,133	0,136	0,147
<b>Minimum</b>	0,424	0,405	0,491
<b>Maximum</b>	0,990	0,990	0,990
<b>Totalt, n<sup>a</sup></b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>16</b>
<b>Förändring i medelvärde före insats och efter avslut</b>		0,005	
<b>Förändring i medelvärde efter avslut och 3–6 månader efter avslutad insats</b>			-0,029

<sup>a</sup> Svarsfrekvens EQ-5D före insats och efter avslut: 67%. Svarsfrekvens vid uppföljning: 59%.

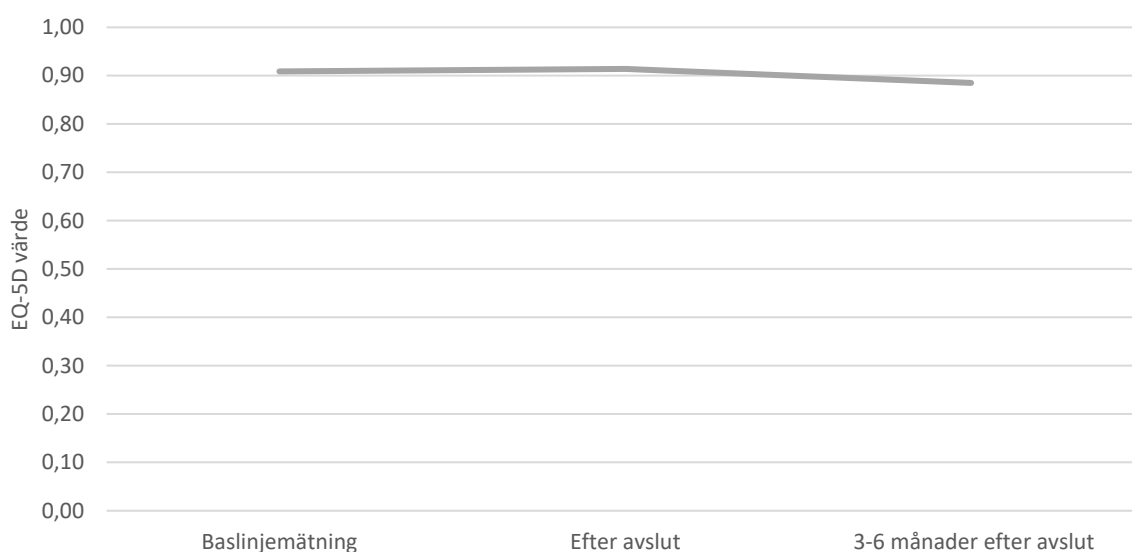
<sup>b</sup> Felmarginal tio procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

Resultatet visar att på individnivå varierar hälsoindexet mellan minimum 0,424 och maximum 0,99 före insats, 0,405 och 0,99 efter avslutad insats och slutligen 0,491 och 0,99 vid uppföljning 3–6

<sup>69</sup> N. Devlin, D. Parker & B. Janssen (2020). *Methods for analysing and reporting EQ-5D data*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-47622-9>; Sun et al. Health and Quality of Life Outcomes (2022). Estimating a social value set for EQ-5D-5L in Sweden. 20:167 <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02083-w>; The EuroQol Group – a new facility for the measurement of health-Related Quality of life. Health policy 1990;16(3): 199-208; EQ-5D, instruktion. Folkhälsa och sjukvård (rjl.se) [Hämtad 2023-02-24].

månader efter avslutad insats. Före insats uppgår medelvärdet till 0,909 och efter avslutad insats är motsvarande medelvärde 0,914. Resultatet visar därmed en förändring på 0,005. Vid uppföljnings-tillfället uppgår medelvärdet till 0,885, en minskning med -0,029. Standardavvikelsen visar spridning kring medelvärdet och ligger för de tre mättillfällena omkring 0,13. Ett något oväntat resultat är därmed att deltagarna före insats i genomsnitt uppskattat sin hälsa som nästan fullständig. Sett över tid har uppskattningen inte förändrats signifikant utan deltagarna uppskattar sin hälsa fortsatt som mycket god.

Diagram 2. EQ-5D hälsoindex, före insats (baslinjemätning), efter avslut och 3–6 månader efter avslutad insats. Deltagare under HT 2020-HT 2022. Medelvärde.



Tabell 15. EQ-5D-5L hälsoindex, deltagare under HT 2020-HT 2022, per kön

Värde	Baslinjemätning	Efter insats	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats
<b>Kvinna:</b>			
Medelvärde	0,896	0,899	0,908
Median	0,937	0,959	0,953
Standardavvikelse	0,163	0,168	0,115
Minimum	0,424	0,405	0,491
Maximum	0,990	0,990	0,990
<b>Totalt, n</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>Man:</b>			
Medelvärde	0,928	0,937	0,835
Median	0,959	0,968	0,953

<b>Standardavvikelse</b>	0,071	0,068	0,208
<b>Minimum</b>	0,792	0,813	0,491
<b>Maximum</b>	0,990	0,990	0,990
<b>Totalt, n</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>Förändring hälsoindex</b>			
<b>Före insats- Efter avslut</b>			
<b>Kvinna</b>		0,003	
<b>Man</b>		0,010	
<b>Efter avslut- Efter 3–6 månader efter avslut</b>			
<b>Kvinna</b>			0,009
<b>Man</b>			-0,103

Tabell 15 presenterar beräknade hälsoindex per kön. För kvinnor varierar hälsoindexet mellan [0,424–0,990] före insats, [0,405–0,990] efter avslutad insats och slutligen [0,491–0,990] vid uppföljningstillfället. Motsvarande medelvärden är 0,896, 0,899 och 0,908. Sammantaget visar resultatet på en förändring i genomsnitt på 0,003 under tiden för insats och 0,009 efter avslutad insats. För män varierar hälsoindexet mellan [0,792–0,990] före insats, [0,813–0,990] efter avslutad insats och slutligen [0,491–0,990] vid uppföljningstillfället. Motsvarande medelvärden är 0,928, 0,937 och 0,835. Ett centralt resultat är att männen skattar sin hälsa som något bättre än kvinnorna. Förändring under tid för insats uppgår till 0,010 och -0,103 efter avslutad insats och uppföljningstillfället för män.

Sammanfattningsvis visar resultaten av beräknat hälsoindex inga större förändringar inom målgruppen. Endast för män vid uppföljningstillfället urskiljs en förändring större än 0,10 i absoluta tal (i detta fall dock en negativ förändring). Resultatet är inte förvånande då samtliga resultat av EQ-5D indikerat att målgruppen inte uppvisat någon större förändring avseende sitt hälsotillstånd över tid.

#### **8.1.4 EQ-VAS**

Tabell 16 redovisar resultat och utfall för EQ-VAS. Av tabellen framgår bland annat centralmått, spridningsmått samt förändring mellan mätillfällena.

Tabell 16. EQ-VAS. Samtliga deltagare HT 2020-HT 2022

Värde	$\Delta$ VAS 1 – VAS 2	$\Delta$ VAS 2 – VAS 3 <sup>a</sup>
<b>Genomsnittlig förändring</b>	0,8	3
<b>Maximum negativ förändring<sup>b</sup></b>	-35	-10
<b>Maximum positiv förändring<sup>c</sup></b>	20	25
<b>Genomsnittlig förändring bortrensad för extremvärden</b>	2,1	2,25
<b>Antal som haft en positiv förflyttning (%)</b>	10 (67%)	5 (36%)
<b>Antal som haft en negativ förflyttning (%)</b>	4 (27%)	4 (29%)
<b>Antal som haft en oförändrad utveckling (%)</b>	1 (7%)	5 (36%)
<b>Antal som haft <math>\geq 10</math> steg positiv förflyttning</b>	2	4
<b>Medianvärde förändring</b>	5	0
<b>Standardavvikelse</b>	12,1	9,2
<b>Totalt, n<sup>d</sup></b>	<b>15</b>	<b>14</b>

<sup>a</sup> Felmarginal sex procent för uppföljningstillfället, givet olika svarsfrekvenser.

<sup>b</sup> Notera att negativt värde indikerar försämrad uppskattad hälsa.

<sup>c</sup> Notera att positivt värde indikerar förbättrad uppskattad hälsa.

<sup>d</sup>Svarsfrekvens  $\Delta$ VAS 1-VAS 2: 56%. Svarsfrekvens  $\Delta$ VAS 2-VAS 3: 52%

Not: Andel (%) summerar ej till 100% pga avrundning.

Resultatet avseende EQ-VAS visar att genomsnittlig förändring efter avslutad insats är 0,8 steg på VAS-skalan. Vidare framgår av sammanställningen att förändring i uppskattad hälsa varierar på individnivå från -35 skalsteg till 20 skalsteg. Resultatet visar således på en stor variation i uppskattad generell hälsa bland deltagarna. Bortrensad för extremvärdena uppgår genomsnittlig förändring i uppskattad hälsa på VAS-skalan till två skalsteg. För att förflyttningen ska räknas krävs en förflyttning på tio skalsteg, vilket resultatet tydligt visar inte uppnås på gruppnivå. På individnivå förekommer däremot förflyttningar med magnituden större än tio skalsteg. Anledningen bakom det låga genomsnittet har sannolikt sin förklaring i att somliga deltagare uppskattat sin hälsa som sämre mellan mättillfällena och därför erhåller en negativ förändring, medan andra uppskattat sin hälsa som förbättrad. Den höga standardavvikelsen indikerar dessutom en viss spridning kring



medelvärde. För att inte dra felaktiga slutsatser redovisas därför dels medianvärdet, dels antal och andel deltagare som haft positiv förflyttning eller negativ förflyttning (oavsett storlek på förflyttningen) samt antal och andel deltagare som förflyttat sig uppåt på VAS-skalan tio steg eller fler. Resultatet visar att tio deltagare (67%) haft en positiv förflyttning vid avslut av insats, fyra deltagare (27%) har en negativ förflyttning och en deltagare (7%) har ingen förändring. Av deltagarna är det två som haft en positiv förflyttning på tio skalsteg eller fler efter avslutad insats. Medianvärdet av förändring mellan VAS 1 och VAS 2 uppgår till fem skalsteg. Resultatet av EQ-VAS uppvisar liknande mönster som resultatet av EQ-5D, då en viss spridning förekommer inom gruppen men ingen större förändring kan urskiljas efter deltagandet.

Resultatet vid uppföljningstillfället visar att förändring i VAS, givet uppskattad hälsa vid avslut av insatsen, i genomsnitt uppgår till tre skalsteg, men varierar inom spannet [-10 – 25] steg. Likt förändringen mellan VAS 1 och VAS 2 är det intressant att se hur förändringen sett ut på individnivå. Som framgår av resultatet har fem deltagare (36%) uppskattat sin hälsa som bättre vid VAS 3 jämfört med VAS 2, varav fyra har en förflyttning på fler än tio skalsteg. Fyra deltagare (29%) har uppskattat sin hälsa som sämre mellan VAS 2 och VAS 3, medan fem deltagare (36%) inte haft någon förflyttning.

## 8.2 Allmänt hälsotillstånd

Vid baslinjemätningen visar resultatet avseende allmänt hälsotillstånd att majoriteten av deltagarna uppskattat sitt hälsotillstånd som bra, därefter följt av värdet någorlunda. Få deltagare anser att deras hälsotillstånd är dåligt (en deltagare vid start av insats), inte heller mycket dåligt (ingen deltagare). Två deltagare bedömer sitt hälsotillstånd som mycket bra. Det syns en positiv ökning bland deltagare som uppskattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra efter avslutad insats, där andel deltagare ökat från 53 procent till 71 procent, en förändring på 18 procentenheter. Uppgången följs dock av en nedgång vid uppföljningstillfället, motsvarande elva procentenheter. Över lag kan det konstateras att likt resultatet från EQ-5D att även denna indikator tyder på att deltagarnas hälsa generellt är god vid start av insats.

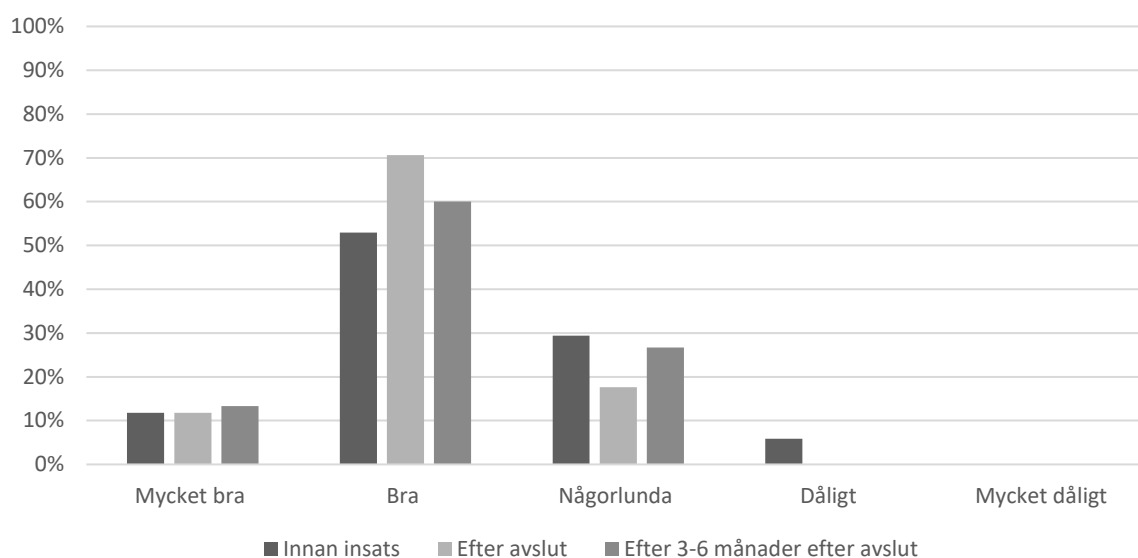
Tabell 17. Allmänt hälsotillstånd. Deltagare HT 2020-HT 2022, antal och andel.

Värde	Baslinjemätning	Efter avslut	Förändring procentenheter	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>	Förändring procentenheter
<b>Mycket bra (%)</b>	2 (12%)	2 (12%)	0	2 (13%)	1
<b>Bra (%)</b>	9 (53%)	12 (71%)	18	9 (60%)	-11
<b>Någorlunda (%)</b>	5 (29%)	3 (18%)	-11	4 (27%)	9
<b>Dåligt (%)</b>	1 (6%)	0 (0%)	-6	0 (0%)	0
<b>Mycket dåligt (%)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	0
<b>Totalt, n<sup>b</sup></b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>15</b>	

<sup>a</sup> Felmarginal 12 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

<sup>b</sup> Svarefrekvens *Allmänt hälsotillstånd* före insats och efter avslut: 63%. Svarefrekvens vid uppföljning: 56%.

Diagram 3. Allmänt hälsotillstånd. Deltagare HT 2020-HT 2022



Tabell 18 presenterar en sammanställning över deltagarnas allmänna hälsotillstånd uppdelat per kön.

Tabell 18. Allmänt hälsotillstånd, deltagare HT 2020-HT 2022. Per kön

Värde	Baslinje -mätning	Efter avslut	Förändring procent- enheter	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>	Förändring procentenheter
<b>Kvinna:</b>					
Mycket bra (%)	2 (20%)	2 (20%)	0	2 (20%)	0
Bra (%)	4 (40%)	6 (60%)	20	6 (60%)	0
Någorlunda (%)	3 (30%)	2 (20%)	-10	2 (20%)	0
Dåligt (%)	1 (10%)	0 (0%)	-10	0 (0%)	0
Mycket dåligt (%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	0
<b>Totalt, n</b>	<b>10</b>	<b>10</b>		<b>10</b>	
<b>Man:</b>					
Mycket bra (%)	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	0

<b>Bra (%)</b>	5 (71%)	6 (86%)	15	3 (60%)	-26
<b>Någorlunda (%)</b>	2 (29%)	1 (14%)	-15	2 (40%)	26
<b>Dåligt (%)</b>	0(0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	0
<b>Mycket dåligt (%)</b>	0 (0%)	0 (0%)	0	0 (0%)	0
<b>Totalt, n</b>	<b>7</b>	<b>7</b>		<b>5</b>	

<sup>a</sup>Felmarginal 40 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

Uppdelat per kön framkommer inga större skillnader i hur individen uppskattat sitt allmänna hälsotillstånd, jämfört med resultaten på gruppnivå. Bland kvinnorna förekommer en något större spridning i svaren men över lag uppskattar majoriteten av deltagarna sitt hälsotillstånd som någorlunda bra till bra vid baslinjemätningen. Över tid urskiljs en förbättring på drygt 15–20 procentenheter i allmänt hälsotillstånd för såväl män som kvinnor.

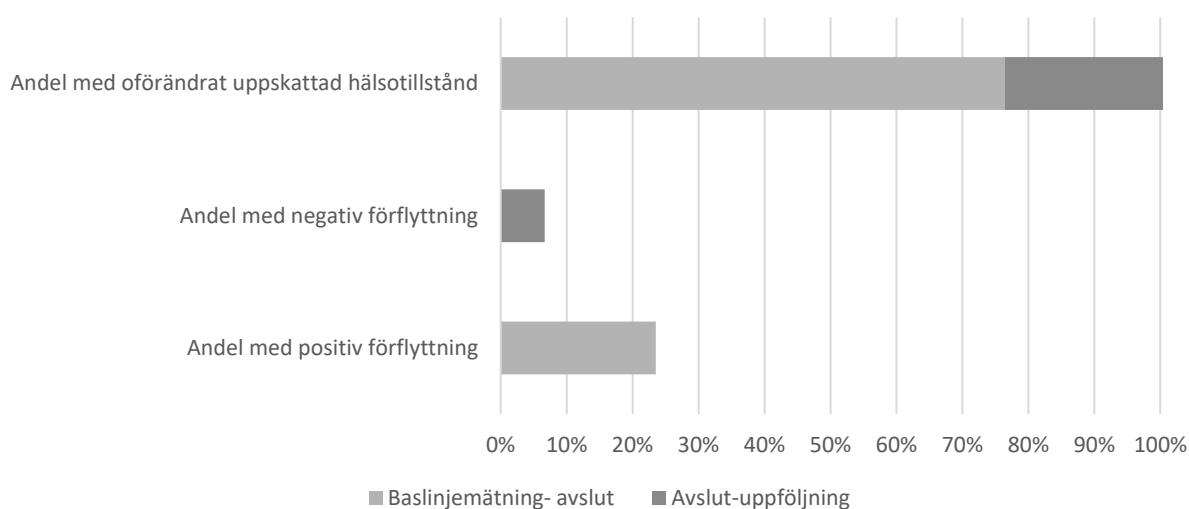
Tabell 19 visar hur förflyttningen sett ut mellan mättillfällena på individnivå. Som framgått ovan ligger det allmänna hälsotillståndet över lag stabilt, med en förbättring för drygt en femtedel efter insats, men det kan ändå vara av intresse att se hur fördelningen av positiv, negativ eller oförändrad förflyttning sett ut. Ett tydligt resultat är att majoriteten av deltagarna haft ett oförändrat resultat avseende sitt allmänna hälsotillstånd, såväl vid andra mättillfället som vid tredje. Ett fåtal (fyra deltagare) har haft en positiv förflyttning vid första mättillfället. Endast en deltagare har uppskattat sin hälsa som försämrad, vilket då var i samband med uppföljningstillfället. Även om det är få deltagare som gjort en positiv förflyttning är detta ett resultat som kan tolkas positivt givet förutsättningarna.

Tabell 19. Förflyttning allmänt hälsotillstånd, deltagare HT 2020-HT 2022

Värde	Före insats-Efter avslut	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats
<b>Antal med positiv förflyttning (%)</b>	4 (24%)	0 (0%)
<b>Antal med negativ förflyttning (%)</b>	0 (0%)	1 (7%)
<b>Antal med oförändrat uppskattat hälsotillstånd (%)</b>	13 (76%)	14 (93%)
<b>Totalt, n<sup>a</sup></b>	<b>17</b>	<b>15</b>

<sup>a</sup> Svansfrekvens *Allmänt hälsotillstånd* före insats och efter avslut: 63%. Svansfrekvens vid uppföljning: 56%.

Diagram 4. Förflyttning allmänt hälsotillstånd. Samtliga deltagare HT 2020-HT 2022



### 8.3 Fysisk hälsa

I kommande avsnitt presenteras resultat avseende deltagarnas fysiska hälsa. Fysisk hälsa delas in i två kategorier; fysisk aktivitet och vardagsaktivitet, där deltagaren kan vara antingen aktiv eller inaktiv utifrån vissa kriterier. För fysiska aktiviteter gäller en brytpunkt på 60 minuter i veckan för att kategoriseras som aktiv, medan för vardagsaktiviteter är motsvarande 150 minuter i veckan.<sup>70</sup> Resultatet används sedan för att bekräfta förväntade delmål och effekter.

Tabell 20. Aktivitetsnivå fysisk aktivitet. Deltagare HT 2020-HT 2022. Antal (%)

Aktivitetsnivå	Före insats (baslinje)	Efter avslut	Förändring procentenheter	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>	Förändring procentenheter
<b>Aktiv (nivå 3,4,5)<sup>b</sup></b>	4 (24%)	6 (35%)	11	5 (33%)	-2
<b>Inaktiv (nivå 1,2)<sup>c</sup></b>	13 (76%)	11 (65%)	-11	10 (67%)	2
<b>Totalt, n<sup>d</sup></b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>15</b>	

<sup>a</sup> Felmarginal 12 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

<sup>b c</sup> Mindre än 30 minuter=1, 30–59 minuter (0,5–1 timme) =2, 60–89 minuter (1–1,5 timmar) =3, 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar) =4, 150–299 minuter (2,5–5 timmar) =5

<sup>d</sup> Svarsfrekvens 63 % före insats och efter avslut: 56% Svarsfrekvens vid uppföljning: 56%.

Resultatet visar att majoriteten av deltagarna inte är tillräckligt aktiva för att uppfylla rekommendationen för fysisk aktivitet per vecka vid baslinjemätningen. Efter avslut syns en liten ökning, motsvarande elva procentenheter. Vid uppföljningstillfället har ingen ytterligare förändring skett på gruppnivå.

<sup>70</sup> För fysiska aktiviteter går brytpunkten vid 60 minuter i ovan resultat då frågans svarsskala i inte möjliggör för 75 minuter.

Tabell 21. Förändring i aktivitetsnivå för fysisk aktivitet, givet utgångsläge. Antal (%)

Värde	Före insats-Efter avslut	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>
Antal med positiv förflyttning (utgångsläge inaktiv)	4 (24%)	0 (0%)
Antal med negativ förflyttning (utgångsläge aktiv)	2 (12%)	1 (7%)
Antal med oförändrad otillräcklig aktivitetsnivå <sup>b</sup>	9 (53%)	9 (60%)
Antal med bibehållen tillräcklig aktivitetsnivå <sup>c</sup>	2 (12%)	5 (33%)
<b>Totalt, n<sup>d</sup></b>	<b>17</b>	<b>15</b>

<sup>a</sup> Felmarginal 12 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället.

<sup>b</sup> Utgångsläge inaktiv (motsvarande värde 1,2)

<sup>c</sup> Utgångsläge aktiv (motsvarande värde 5,4,3)

<sup>d</sup> Svarsfrekvens 63 % före insats och efter avslut: 56% Svarsfrekvens vid uppföljning: 56%.

Vidare visar resultatet att fyra deltagare (24%) haft en positiv förflyttning och rört sig från inaktiv till aktiv under tiden för insats medan två deltagare (12%) har gått från aktiv till inaktiv. Av de deltagare som var inaktiva vid baslinjemätningen är 53 procent fortsatt inaktiva efter avslutad insats. Av de deltagare som i stället var aktiva från start har 12 procent bibehållit sin aktivitetsnivå.<sup>71</sup>

Tabell 22. Aktivitetsnivå vardagsaktivitet. Deltagare HT 2020-HT 2022. Antal (%)

Aktivitetsnivå	Före insats (baslinje)	Efter avslut	Förändring procentenheter	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>	Förändring procentenheter
<b>Aktiv (nivå 5,6)<sup>b</sup></b>	9 (53%)	8 (47%)	-6	7 (47%)	0
<b>Inaktiv (nivå 1,2,3,4)<sup>c</sup></b>	8 (47%)	9 (53%)	6	8 (53%)	0
<b>Totalt, n<sup>d</sup></b>	<b>17</b>	<b>17</b>		<b>15</b>	

<sup>a</sup> Felmarginal 12 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället

<sup>b c</sup> Mindre än 30 minuter=1, 30–59 minuter (0,5–1 timme) =2, 60–89 minuter (1–1,5 timmar) =3, 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar) =4, 150–299 minuter (2,5–5 timmar) =5, 5 timmar eller mer=6

<sup>d</sup> Svarsfrekvens 63 % före insats och efter avslut: 56% Svarsfrekvens vid uppföljning: 56%.

<sup>71</sup> Notera att Tabell 20 redovisar det absoluta antalet individer som ingår i respektive kategori. Tabell 21 redovisar flödena, tex att två individer gått från aktiv till inaktiv, och fyra individer från inaktiv till aktiv. Motsvarande för vardagsaktiviteter presenteras av Tabell 22 respektive 23.

Resultatet avseende vardagsaktiviteter visar att en större andel deltagare uppfyller rekommendationen för vardagsaktiviteter per vecka. Vid baslinjemätningen uppnår 53 procent aktivitetsnivån aktiv vilket kan konstateras ligga stabilt över tid.

Tabell 23. Förändring i aktivitetsnivå för vardagsaktiviteter

Värde	Baslinjemätning- efter avslut	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats <sup>a</sup>
Antal med positiv förflyttning (utgångsläge inaktiv)	1 (6%)	3 (20%)
Antal med negativ förflyttning (utgångsläge aktiv)	2 (12%)	3 (20%)
Antal med oförändrad otillräcklig aktivitetsnivå <sup>b</sup>	7 (41%)	5 (33%)
Antal med bibehållen tillräcklig aktivitetsnivå <sup>c</sup>	7 (41%)	4 (27%)
<b>Totalt, n<sup>d</sup></b>	<b>17</b>	<b>15</b>

<sup>a</sup> Felmarginall 12 procent för uppföljningstillfället, givet olika antal som besvarat uppföljningstillfället

<sup>b</sup> Utgångsläge inaktiv (motsvarande värde

<sup>c</sup> Utgångsläge aktiv (motsvarande värde

<sup>d</sup> Svarefrekvens 63 % före insats och efter avslut: 56% Svarefrekvens vid uppföljning: 56%.

Vad gäller vardagsaktiviteter syns ingen större förändring över tid. Drygt hälften av deltagarna är inaktiva vid avslut av insats medan andra hälften aktiva. Av de som var aktiva vid start av insats är en stor del fortsatt aktiva vid avslut av insats vilket är positivt. Ett mer negativt resultat är att endast en deltagare har ökat sin aktivitetsnivå från inaktiv till aktiv efter avslutad insats. Givet syftet med satsningen får det senare resultatet tolkas som ett misslyckande.

## 8.4 Psykisk hälsa

Resultatet visar att före insats uppgår det genomsnittliga indexvärdet till 73. Efter avslutad insats beräknas indexvärdet till 72 och slutligen vid uppföljningstillfället är det beräknade värdet 69. För kvinnor beräknas indexvärdet till 73 före insats, följt av 72 efter avslut och 68 vid uppföljningstillfället. Motsvarande värden för män är 74, 71 och 70. Resultatet visar att deltagarnas genomsnittliga indexvärde ligger högre än populationsgenomsnittet på 64,2, även om det förekommer en viss spridning på individnivå. Sammanfattningsvis tyder resultatet på att deltagarnas psykiska välbefinnande är god. Samma mönster urskiljs även per kön där deltagarnas subjektiva bedömning av deras psykiska välbefinnande i genomsnitt är högre än populationsgenomsnittet (64,2 för kvinna och 62,2 för man). Av resultatet framgår att över tid har deltagarna uppskattat sitt psykiska välbefinnande som sämre, ett mönster som syns både för kvinnor och män. Förändringen i indexvärdet mellan mätillfällena redovisas i tabellen nedan och varierar mellan [-1 - -4]. Det är viktigt att trycka på att även om gruppen uppskattat sin psykiska hälsa som något sämre är det marginellt och inget som bör läggas någon vikt på.

Tabell 24. Psykiskt välbefinnande index, WHO-5. Deltagare HT 2020-HT 2022, samt per kön

Värde	Före insats	Efter avslut	Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats
<b>Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt</b>	73	72	69
<b>Minimum</b>	48	40	40
<b>Maximum</b>	92	92	88
<b>Totalt, n<sup>a</sup></b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>
<b>Kvinna</b>			
<b>Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt</b>	73	72	68
<b>Minimum</b>	48	44	44
<b>Maximum</b>	88	84	88
<b>Totalt, n</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Man</b>			
<b>Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt</b>	74	71	70
<b>Minimum</b>	52	40	40
<b>Maximum</b>	92	92	88
<b>Totalt, n</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Not: Scoring princip: För att erhålla WHO-5 index beräknas först en råpoäng utifrån respondentens svar på respektive fråga. Råpoängen varierar mellan 0 till 25 och multipliceras därefter med 4 för att erhålla den slutliga poängen från 0 (representerar sämsta tänkbara hälsa) till 100 (representerar bästa tänkbara hälsa). Källa: Winther Topp et al. (2015)

<sup>a</sup> Svarefrekvens Psykiskt välbefinnande före och efter avslutad insats: 59%. Svarefrekvens vid uppföljning: 56%

Tabell 25. Förändring Psykiskt välbefinnande index, WHO-5. Deltagare HT 2020-HT 2022, samt per kön

Värde	$\Delta$ Före insats-Efter avslut	$\Delta$ Efter avslut - Vid uppföljning 3–6 månader efter avslutad insats
Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt (samtliga)	-1	-3
Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt (kvinna)	-1	-4
Psykiskt välbefinnande index, genomsnitt (man)	-3	-1

## 8.5 Timed up and Go, TUG

Resultatet visar att genomsnittlig tid för att genomföra testet vid första mättillfället är drygt nio sekunder för gruppen. Det förekommer en relativt stor spridning där kortast tid för genomfört test är fem sekunder medan längst tid för genomförande är 17,64 sekunder. Genomsnittlig tid skiljer sig inte nämnvärt åt mellan könen, däremot visar resultaten att det förekommer en större spridning i tid bland kvinnor jämfört med män. Samma mönster urskiljs vid samtliga mättillfällen.

Tabell 26. Resultat TUG (sekunder), deltagare HT-2020-HT 2022

Värde	TUG 1	TUG 2	TUG 3
Genomsnitt tid (sek)	9,11	8,39	7,67
Minimum (sek)	5,0	5,4	4,77
Maximum (sek)	17,64	19,35	14,32
Totalt, n <sup>a</sup>	24	24	22
Genomsnitt rensat för extremvärden	8,91	8,02	7,48
<b>Kvinna</b>			
Genomsnitt tid (sek)	9,07	8,54	8,24
Minimum (sek)	5,19	5,52	4,77
Maximum (sek)	17,64	19,35	14,32
Totalt, n	13	13	12
<b>Man</b>			
Genomsnitt tid (sek)	9,37	8,23	7,12
Minimum (sek)	5,0	5,4	5,37



<b>Maximum (sek)</b>	12	11,45	9,84
<b>Totalt, n</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

<sup>a</sup>Svarsfrekvens TUG test 1 & 2: 89 %. Svarsfrekvens TUG test 3: 81%. Notera att i resultatet ingår två individer som i efterhand bedömdes inte ha fullföljt satsningens aktivitetsprogram.

Den genomsnittliga förändringen i tid efter avslutad insats visar på en förbättring på 0,73 sekunder i genomsnitt och 0,71 sekunder mellan mättillfälle 2 och 3. Uppdelat per kön visar resultatet att kvinnorna har en förbättring på 0,53 sekunder och 0,30 sekunder medan männen har en större förbättring. För männen har tiden det tar för att genomföra testet i genomsnitt förbättrats med 1,14 sekunder efter avslutad insats. Därefter har tiden förbättrats med ytterligare 1,11 sekunder. Sammantaget visar resultaten på en marginell förbättring för både kvinnor och män. Det kan dock konstateras att i genomsnitt har deltagarna inga problem varken med förflyttning eller balans, även om det förekommer en viss spridning på individnivå. Ingen deltagare ligger dock i de övre spannen.

Tabell 27. Genomsnittlig förändring TUG (sekunder), deltagare HT-2020-HT 2022

Värde	$\Delta$ TUG 1-TUG 2	$\Delta$ TUG 2-TUG 3
<b>Genomsnittlig förändring (sek)</b>	-0,73	-0,71
<b>Genomsnittlig förändring, kvinna (sek)</b>	-0,53	-0,3
<b>Genomsnittlig förändring, man (sek)</b>	-1,14	-1,11
<b>Genomsnittlig förändring rensat för extremvärden (sek)</b>	-0,89	-0,54

## 8.6 Sammanfattning Resultat

### EQ-5D

Efter nivå och dimension:

- Smärtor/besvär är den dimension där flest deltagare upplever problem. På grupp nivå har ingen förändring skett mellan mättillfällena men på individnivå upplever två deltagare färre problem med smärta och har gått från nivå 3 till nivå 2.
- Störst positiv förändring på aggregerad nivå har skett avseende rörlighet.
- Sammantaget kan det konstateras att mellan baslinjemätning och avslutad insats har inga större förändringar skett, varken på individ -eller grupp nivå.

PCHC:

- 39 procent av deltagarna har inte upplevt någon förändring i sitt hälsotillstånd efter avslutad insats, 33 procent upplever en förbättring i hälsan och 28 procent upplever en försämrad hälsa.

#### Hälsoindex:

- Baslinjemätning: hälsoindexet varierar inom spannet [0,424–0,99], medelvärde 0,909
- Efter avslutad insats: hälsoindexet varierar inom spannet [0,405–0,99], medelvärde 0,914
- Förändring i hälsoindex mellan baslinjemätning och efter avslutad insats: 0,005

#### EQ-VAS

- Resultatet visar att tio deltagare (67%) upplever en positiv förändring i EQ-VAS vid avslut av insats, fyra deltagare (27%) har en negativ förändring och en deltagare (6%) upplever ingen förändring.
- Av deltagarna är det två som haft en positiv förflyttning på tio skalsteg eller fler efter avslutad insats. Medianvärdet av förändring mellan VAS 1 och VAS 2 uppgår till fem skalsteg.
- Resultatet av EQ- VAS följer liknande mönster som resultatet av EQ-5D med en viss spridning på individnivå men på gruppnivå tyder resultatet på inga större förändringar i genomsnitt efter deltagandet.

#### Allmänt hälsotillstånd

- Vid baslinjemätningen visar resultatet avseende allmänt hälsotillstånd att majoriteten av deltagarna uppskattat sitt hälsotillstånd som bra.
- Det syns en positiv ökning bland deltagare som uppskattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra efter avslutad insats, där andelen deltagare ökat från 53 procent till 71 procent, en förändring på 18 procentenheter.

#### Fysisk hälsa

- Resultatet visar att majoriteten av deltagarna inte är tillräckligt aktiva för att uppfylla rekommendationen för fysisk aktivitet per vecka vid baslinjemätningen. Efter avslut syns en liten ökning, motsvarande elva procentenheter, som uppnår rekommendationen för fysisk aktivitet per vecka.
  - Fyra deltagare (24%) har ökat sin aktivitetsnivå från inaktiv till aktiv efter avslutad insats.
- Resultatet avseende vardagsaktiviteter visar att en större andel deltagare uppfyller rekommendationen för vardagsaktiviteter per vecka. Vid baslinjemätningen uppnår 53 procent aktivitetsnivån aktiv vilket kan konstateras ligga stabilt över tid.
  - En deltagare har ökat sin aktivitetsnivå från inaktiv till aktiv efter avslutad insats.

#### Psykisk hälsa

- Genomsnittligt indexvärde vid baslinjemätning: 73
- Genomsnittligt indexvärde efter avslutad insats: 72
- Genomsnittligt indexvärde vid baslinjemätning, kvinna: 73
- Genomsnittligt indexvärde efter avslutad insats, kvinna: 72
- Genomsnittligt indexvärde vid baslinjemätning, man: 74
- Genomsnittligt indexvärde efter avslutad insats, man: 71
- Resultatet visar att deltagarnas indexvärde ligger högre än det svenska populationsgenomsnittet på 64,2. Sammantaget syns ingen förändring i beräknade indexvärden efter avslutad insats.

## Balans enligt Timed up and Go, TUG

- Den genomsnittliga förändringen i tid efter avslutad insats visar på en förbättring på 0,73 sekunder i genomsnitt. Uppdelat per kön visar resultatet att kvinnorna har en förbättring på 0,53 sekunder medan männen har en större förbättring. För männen har tiden det tar för att genomföra testet i genomsnitt förbättrats med 1,14 sekunder efter avslutad insats.
- Sammantaget visar resultaten på en marginell förbättring för både kvinnor och män. Det kan dock konstateras att i genomsnitt har deltagarna inga problem varken med förflyttning eller balans, även om det förekommer en viss spridning på individnivå. Ingen deltagare ligger dock i de övre spannen.

## 8.7 Referensalternativ

I ansökan angavs följande:

*"[...] Om satsningen inte genomförs kommer det tidigare arbets sättet med seniorträffar behållas... [...] Det är dessa kostnader (dvs kostnader för Seniorträffar, Slutrapportens anm.) tillsammans med uppnådda effekter som investeringen på 1,998 miljoner kronor ska jämföras med vid en implementering i ordinarie verksamhet för att se om den är ekonomiskt lönsam."*

Som redan diskuterats och således konstaterats är en direkt jämförelse handlingsalternativen emellan inte möjlig, vilket också resulterat i att nedan alternativhypotes inte kan besvaras.

*H<sub>2</sub>: Seniorpuls är mer kostnadseffektiv, jämfört med Seniorträffar.*

Kvarvarande nollhypotes respektive alternativhypotes prövas emellertid:

*H<sub>0</sub>: Det förekommer ingen skillnad mellan handlingsalternativen avseende genererad effekt.*

*H<sub>1</sub>: Seniorpuls genererar större effekt<sup>72</sup>, jämfört med Seniorträffar.<sup>73</sup>*

En direkt konsekvens, som också redan diskuterats, av att samma mätinstrument inte används för att följa utfallen är att en jämförelse av genererade effekter begränsas till utfallet av TUG testet. Som konstaterats är en förbättring i TUG testet varken Seniorträffar eller Seniorpuls primära målsättning vilket innebär att beslut inför en implementering inte rekommenderas att baseras enkom på sammanställningen i Tabell 28. Tabellen ger endast en fingervisning och indikation på eventuell skillnad handlingsalternativen emellan avseende kostnad samt nyss nämnda test. Sammantaget är Seniorpuls tio gånger så dyr per omgång och drygt 12 gånger så dyr per deltagare. Skillnad i effekt avseende TUG är -0,11 sekunder i genomsnitt för Seniorpuls. I relation till den faktiskt orimliga skillnad i kostnad som föreligger är en förbättring av sådan marginell karaktär inte i närheten av tillräckligt.

För att bredda jämförelsen något analyseras även deltagarnas självuppskattade allmänna hälsotillstånd, där statistiken tyder på liknande mönster oavsett handlingsalternativ. Den subjektiva bedömningen visar att majoriteten av deltagarna uppskattar sin hälsa som god vid baslinjemätning. Seniorpuls uppvisar en viss positiv förflyttning efter insats medan Seniorträffar inte visar på någon större förändring. Skillnaderna emellan är dock av liten karaktär och bör inte läggas någon större

---

<sup>72</sup> Avseende de förväntade effekter som är samma.

<sup>73</sup> Tar inte hänsyn till kostnad och kostnadseffektivitet.

vikt vid. Övriga förväntade effekter av deltagande i Seniorträffar finns inte uppgifter på och en vidare jämförelse möjliggörs därför ej. Givet detta kan eventuell skillnad i genererade effekter inte bekräftas och nollhypotesen kan därmed inte förkastas.

Tabell 28. Jämförelse handlingsalternativ. Faktiska siffror (tkr).

Alternativ	Kostnad per omgång	Kostnad per deltagare	Effekt TUG (genomsnittlig förändring, sekunder)	Kommentar
Seniorträffar	47*	3,9*	-0,62	*Siffror enligt Ansökan (2019)
Seniorpuls	457	47	-0,73	Utgår från faktiska siffror avseende tidsperiod 2020–2023

## 9 Effektrealisering

Nedan redovisas förväntad effektrealisering kopplat till såväl ansökans som utvärderingens antaganden. Eftersom antal deltagare som satsningen bedömdes ha kapacitet för (154) skiljer sig väsentligt från det faktiska antalet deltagare som tagit del av satsningen (49, motsvarande 32 procent av förväntad kapacitet) redovisas utfallen i form av andel och ej i antal deltagare. Konsekvensen av det lägre deltagarantalet är att beräkning av ekonomiska effekter<sup>74</sup> inte är aktuellt. De förväntade ekonomiska effekterna i ansökan bedöms därmed inte realiserade. Resultatet av utfallen används däremot som indikator för att bekräfta om förväntad effektrealisering hade uppnåtts om satsningen tagit emot förväntat antal deltagare. Kapitlet avser att besvara frågan *Vilken effekt har insatsen?*<sup>75</sup>

### 9.1 Allmän Hälsa

För att bekräfta förväntad effektrealisering avseende allmänt hälsotillstånd krävs att följande antaganden är uppfyllda:

- Av deltagare som vid start skattar sin hälsa som god bibehåller minst 75 procent sin hälsoskattning vid uppföljning efter insatsen.
- Av deltagare som vid start inte skattar sin hälsa som god förbättrar minst 25 procent skattningen vid uppföljning efter insatsen.

<sup>74</sup> Ansökan *Seniorpuls*, s. 21–22 (2019)

1. En person skjuter upp behov av vård och omsorgsboende med ett år.

2. Tre personer skjuter upp behov av hemtjänst med ett år vardera.

3. Sju personer undviker en fallskada under ett år.

<sup>75</sup> Eftersom ekonomiska effekter bedöms inte ha genererats i förväntad grad, samt med utgångspunkt i studiens avgränsningar, besvaras inte frågan *Vilket värde har insatsen?*

- God hälsa vid start innebär att individen svarat *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd.
- Förbättrad hälsa innebär att individen förflyttat sig på skalan från *dåligt* eller *mycket dåligt* mot *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd.
- Bibehållen hälsa innebär att de individer som svarat *bra* eller *mycket bra* på frågan om allmänt hälsotillstånd vid start av insats uppskattar sitt allmänna hälsotillstånd som likvärdigt efter avslutat insats.

Tabell 29. Effektrealisering allmän hälsa.

Variabelvärde	Antal	Andel	Kommentar
<i>Givet god hälsa vid start</i>	11	65%	
- Bibehållen hälsa vid avslutad insats	11	100%	
<i>Givet dålig hälsa vid start</i>	-	-	
- Förbättrad hälsa vid avslutad insats	-	-	Beräknas ej pga. för få deltagare som uppskattat sin hälsa som dålig vid start av insats.
<i>Givet "någorlunda" hälsa vid start av insats</i>	5	29%	
- Förbättrad hälsa vid avslutad insats	3	60%	

Not: Svarefrekvens: 63 procent.

Resultatet visar att givet god hälsa vid start har samtliga uppskattat sin hälsa som likvärdig efter avslutad insats. Eftersom få (en deltagare) uppskattat sin hälsa som dålig vid start av insats används inte utfallet för att bekräfta förväntad effektrealisering avseende förbättrad hälsa. För att ändå få en uppskattning presenteras förflyttningen för de deltagare som uppskattat sin hälsa som "någorlunda" vid start av insats. Av dessa deltagare har 60 procent haft en positiv förflyttning och uppskattat sin hälsa som bättre vid avslutad insats. Sammantaget görs bedömningen att den kvantitativa målsättningen avseende allmän hälsa är uppfyllt.

## 9.2 Fysisk hälsa

För att bekräfta förväntad effektrealisering avseende fysisk hälsa krävs enligt ansökan att följande antaganden är uppfyllda:

- För deltagare som är inaktiva vid start har minst 75 procent av deltagarna ökat sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.

- För deltagare som är fysiskt aktiva vid start bibehåller minst 75 procent sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen.

Därtill görs inom ramen för utvärderingen följande antaganden:

- Förbättrad fysisk hälsa kan uppnås i modellen på tre sätt:
  - Givet att individen inte uppfyllt rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätningen men uppfyllt dem vid avslutad insats, allt annat lika.
  - Givet att individen inte uppfyllt rekommendationerna för vardagsaktivitet eller fysisk aktivitet vid baslinjemätningen men uppfyllt rekommendationerna för fysisk aktivitet vid avslutad insats, allt annat lika.
  - Givet att individen uppfyllt rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätning och gått från fysiskt inaktiv till fysiskt aktiv efter avslutad insats, allt annat lika.
- Bibehållen fysisk hälsa kan uppnås i modellen på två sätt:
  - Givet att individen uppnått rekommendationerna för vardagsaktivitet vid baslinjemätning och fortsatt uppnår rekommendationerna efter avslutad insats, allt annat lika.
  - Givet att individen uppnått rekommendationerna för vardagsaktivitet och fysisk aktivitet vid baslinjemätning och fortsatt uppnår dessa efter avslutad insats, allt annat lika.

Tabell 30. Effektrealisering fysisk hälsa.

Givet aktivitetsnivå vid baslinjemätning:	Aktiv vardag vid avslutad insats	Aktiv fysisk aktivitet vid avslutad insats	Utveckling
Aktiv vardag men inaktiv fysisk aktivitet	86%	43%	86% bibehållen nivå 43% förbättring
Aktiv vardag och fysisk aktiv	67%	67%	67% bibehållen nivå 67% bibehållen nivå
Inaktiv vardag	17%	33%	17% förbättring 33% förbättring

Not: Svarefrekvens 59 procent.

Sammanställningen visar att andelen deltagare som bibehållit sin fysiska hälsa varierar mellan [67–86] procent, givet utgångsläge. Andelen som förbättrat sin hälsa, givet utgångsläge, varierar mellan [17–43] procent. Sammantaget tyder utfallet på att andel deltagare som ökat sin aktivitetsnivå, givet att de varit inaktiva vid start, inte uppnått förväntningarna och effektrealiseringen kan således inte bekräftas. Avseende deltagare som varit aktiva vid start av insats tyder däremot utfallet på att i genomsnitt har 75 procent av deltagarna bibehållit sin aktivitetsnivå och att förväntade effekter kan antas realiseras i förväntad grad.

### 9.3 Psykisk hälsa

För att bekräfta förbättrad psykisk hälsa hos deltagarna krävs att individen förflyttat sig från ett indexvärde under populationsgenomsnittet för Sverige (64,2) till över genomsnittet efter avslutad insats. Om tillräckligt många uppnått motsvarande förflyttning kan emellertid inte bekräftas då det saknas en kvantitativ målsättning.

Tabell 31. Utfall förbättrad psykisk hälsa

Indexvärde	Antal	Andel
<64,2 vid start av insats	6	38%
-varav >64,2 efter avslutad insats	3	50%

Not: Svarefrekvens 59 procent.

För drygt 38 procent av deltagarna beräknas vid start av insats ett indexvärde under det svenska populationsgenomsnittet på 64,2. För hälften av dessa deltagare beräknas efter avslutad insats ett indexvärde som överstiger populationsgenomsnittet. Notera att utfallet inte innebär att deltagarna haft lågt psykiskt välbefinnande innan insats utan visar endast på en förbättring enligt gjorda antaganden, oavsett utgångsläge.

### 9.4 Fallrisk och färre fallskador

För att bekräfta minskad fallrisk och därmed färre fallskador används testet Timed up and Go, TUG. Tiden det tar att genomföra testet anses kunna predicera fall om den överskrider ett visst värde. För friska, hemmaboende äldre anses den ligga på mer än eller lika med 14–16 sekunder. Av deltagarna är det endast en individ som ligger i riskzonen vid baslinjemätning. Av den anledningen görs bedömningen att effektrealisering inte är aktuell då målgruppen inte varit i riskzon. Därmed har inte förväntade effekter avseende minskad fallrisk realiserats.

### 9.5 Långsiktig övergripande målsättning

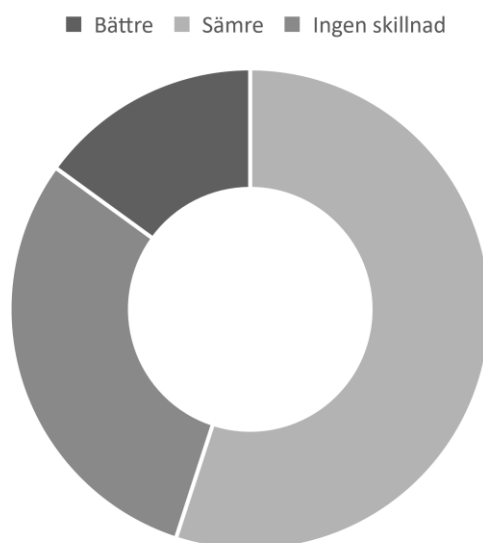
Livskvalitetindex EQ-5D samt EQ-VAS fungerar som indikator på individens övergripande hälsa på lång sikt. Utfallet används sedan för att styrka om övergripande målsättning med satsningen kan förväntas uppnås och således också bekräftelse av satsningens syfte. För att en skillnad i resultat ska räknas krävs en förändring på 0,10 i hälsoindexet. Motsvarande förändring för VAS-skalan är tio steg.

Sammantaget tyder resultatet (se Tabell 15 och Tabell 16) inte på en förändring i livskvalitet motsvarande krävd storleksordning.

### 9.6 Kontrafaktiskt utfall- resultat av skuggkontroll

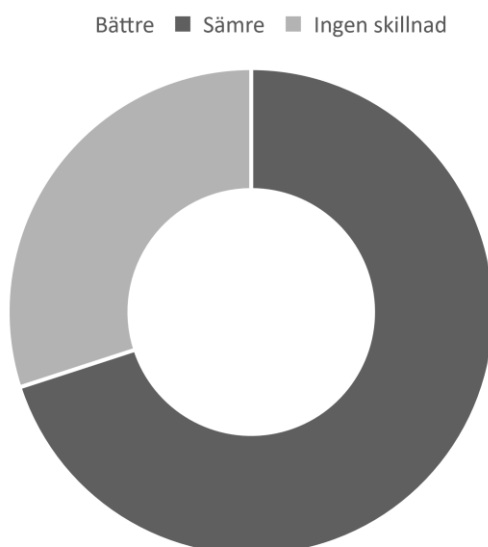
Nedan presenteras resultat av skuggkontrollen. Deltagaren ombeds besvara tre frågor avseende deras uppskattade utveckling av hälsan i frånvaro av Seniorpuls. Svarefrekvens 83 procent.

Diagram 5. Uppskattad allmän hälsa i frånvaro av Seniorpuls.



Majoriteten av deltagarna (55%) uppskattar att deras allmänna hälsotillstånd skulle varit sämre om de inte deltagit i Seniorpuls. För drygt en tredjedel (30%) har deltagandet inte påverkat individens allmänna hälsotillstånd enligt de själva.

Diagram 6. Uppskattad fysisk hälsa i frånvaro av Seniorpuls.

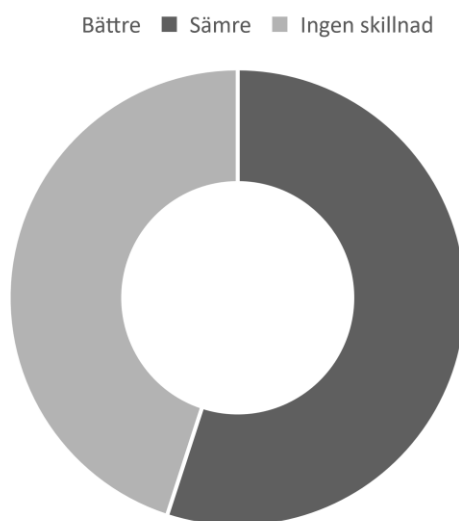


Liknande mönster urskiljs även för den fysiska hälsan där majoriteten (70%) av deltagarna uppskattar att deras fysiska hälsa skulle varit sämre om de inte deltagit i Seniorpuls. En tredjedel uppskattar att deras fysiska hälsa skulle varit densamma.

Avslutningsvis framgår av skuggkontrollen att drygt hälften av deltagarna bedömer att deras psykiska hälsa skulle varit sämre utan Seniorpuls, medan andra hälften inte anser att insatsen påverkat deras psykiska mående.



Diagram 7. Uppskattad psykisk hälsa i frånvaro av Seniorpuls.



Sammantaget tyder skuggkontrollen på att satsningen haft en positiv påverkan på en stor del av deltagarna. Av svaren går det inte att avgöra i vilken utsträckning men resultatet går ändå att använda som en indikation på om observerat resultat kan tillskrivas Seniorpuls, eller om det går att anta att andra bakomliggande förklaringar kan ligga bakom eventuell observerad förändring.

## 10 Diskussion

Ett av de mest anmärkningsvärda resultaten som framkommit är målgruppens självuppskattade hälsa vid start av insatser i Seniorpuls. Det verkar onekligen som att rekryterade deltagare inte lider av varken dålig allmän hälsa, fysisk ohälsa eller psykisk ohälsa. Likaså har gruppen inga bekymmer med balans, förflyttning eller annan funktionsförmåga. Givetvis förekommer en viss spridning på individnivå men det är onekligen svårt att uppnå den förflyttning som förväntats efter deltagande i Seniorpuls och tillhörande aktivitetsprogram givet dessa utgångslägen. Vid en första anblick är det sålunda lätt att dra slutsatsen att satsningen nått fel målgrupp. Det är dock viktigt att ha i åtanke, vilket också betonades i samband med intervjuerna, att satsningen haft en del avhopp (motsvarande drygt 23 procent för analyserade grupper<sup>76</sup>) vilket till viss del kan förklara somliga resultat. Som diskuterades inledningsvis i rapportens del 2 finns en risk för att bortfall påverkar observerade resultat. Det föreligger en risk att endast de som haft en god hälsa från början vågat delta i satsningen trots rådande pandemi, fullföljt insats och besvarat tester och enkäter som ligger till grund för de presenterade resultaten. Om så är fallet finns en risk att målgruppens utgångslägen påverkats i vilken grad satsningens haft möjlighet att påverka och således ges en missvisande bild av satsningens potential.<sup>77</sup>

<sup>76</sup> Se avsnitt *Förutsättningar* i del 1: Sex avhopp i grupp 1, åtta i grupp 2 och en i grupp 3. Totalt 15 avhopp. Uppgifter kring antal avhopp för grupp 4 och 5 saknas.

<sup>77</sup> För att undersöka hur bortfall påverkat resultatet kan med fördel en bortfallsanalys göras. Inom ramen för denna rapport är dock detta inget som görs.

Ett tydligt exempel på när avhopp kan ha påverkat resultatet framkommer vid analys av deltagarnas psykiska välbefinnande. Den psykiska hälsan mäts med världshälsoorganisationens välbefinnandeindex, WHO-5. Resultatet visar att i genomsnitt ligger deltagarna över det svenska populationsgenomsnittet, såväl på gruppnivå som uppdelat per kön. Samtidigt framkommer av intervjuerna att flera av de som avslutat sitt deltagande i förtid lidit av just psykisk ohälsa. Här föreligger med andra ord en problematik av flera dimensioner; dels om de som fullföljt aktivitetsprogrammet och svarat på uppföljningen är tillräckligt representativa målgruppen i stort, där mycket talar för att så inte är fallet, men dels också att det saknats en kvantitativ målsättning för delmålet. Konsekvensen av det sistnämnda är att inom ramen för rapporten görs ett antagande för att påvisa någon form av (positiv) förflyttning. Det medför en problematik i sig då antaganden om vad som är en målsättning inte bör göras inom ramen för rapporten, även om antaganden inom modellen för att kunna ta analysen vidare är direkt nödvändiga. För nämnda antagande visade statistiken sedan att för majoriteten (62 %) av deltagarna var delmålet inte ens aktuellt eftersom de låg över populationsgenomsnittet vid baslinjemätningen. Sammantaget är frågan om utvärderingen blir rättvis insatsen om inte deltagarna som resultaten baseras på är representativ målgruppen som insatserna riktas till?

En annan aspekt att lyfta avseende det något förvånande resultatet berör mätinstrumentens validitet och reliabilitet. Den enkät som deltagarna ska besvara vid tre tillfällen består av ett frågebatteri på nästintill 30 frågor och kan för många anses väl omfattande. Vid konstruerande av enkät är det viktigt att ställa antal frågor mot nyttan av att få in uppgifter på dessa, mot att bortfallet kan bli stort. Men framför allt är det viktigt att fundera kring om valda mätinstrument (tex EQ-5D och WHO-5) är pricksäkra och mäter det som verkligen avses att mätas. Å ena sidan går det att fundera kring om nämnda mätinstrument har låg validitet, vilket kanske kan förklara det oväntade resultatet. Hur väl fungerar mätinstrumenten om det inte föreligger någon problematik från början? Är dessa instrument att föredra vid förebyggande eller snarare reaktiva insatser? Å andra sidan är frågan som sagt om satsningen rekryterat individer som inte tillhör den avsedda målgruppen. Givet att målgruppen inte nåts i förväntad utsträckning tyder mycket snarare på att det är orsaken bakom de få genererade effekterna, än att mätinstrumenten inte är ändamålsenliga. Verksamheten rekommenderas dock att gå igenom samtliga enkätfrågor och reducera frågebatteriet för att minska omfattningen.

Med anledning av satsningens namn *SeniorPuls* är det självklart att återkoppla till resultaten som berör just den fysiska hälsan. Det finns flera aspekter att fundera kring, däribland om pulshöjande aktivitet enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer är rimliga för målgruppen givet deras ålder (vilket återigen återkopplar till mätinstrumentets validitet). Med utgångspunkt i resultatet tyder mycket på att aktiviteter av den nivån inte kan förväntas av målgruppen. Mer rimlig aktivitetsnivå kan det som klassificeras som vardagsaktivitet anses, men även där syns ingen större förändring i aktivitetsnivå. Resultat och utfall som berör den fysiska hälsan är därför inte endast under förväntan utan det finns också en risk att det föreligger tolkningsproblem i frågorna som berör just fysisk hälsa. Eftersom satsningen innehåller fysiska inslag vid varje tillfälle har den fysiska aktivitetsnivån per automatik ökat för samtliga som deltagit. Om deltagaren tagit hänsyn till detta vid mättillfälle 2 (avslutad insats) blir resultatet skevt då de fysiska inslagen inte bör ingå i resultatet. För att bekräfta förväntad effektrealisering, men också ta hänsyn till målgruppens förutsättningar, möjliggjordes inom modellen för fler sätt att uppnå en förflyttning. Återigen, visar resultatet att satsningen framför allt bidragit till att de med redan god hälsa vid start bibehållit denna under tiden för insats medan de med problem inte uppnått samma positiva utfall. Det ska dock tilläggas att

avseende den mer pulshöjande aktivitetsnivån är det få deltagare som vid baslinjemätningen uppnår rekommendationerna, vilket skiljer sig mot övriga tester och utgångslägen. När det gäller fysisk hälsa verkar en mer korrekt målgrupp ändå anses ha rekryterats och förutsättningarna för att uppnå önskat utfall varit bättre.

Utöver ovan utmaning med att nå rätt deltagare så har förutsättningarna för Seniorpuls också resulterat i att deltagarantalet endast varit drygt 30 procent av förväntad kapacitet. Det medför att de förväntade ekonomiska effekterna inte har realiserats och att någon lönsamhetsbedömning i form av nettoeffekt, avkastning per spenderad krona eller nyttokostnadskvot inte varit aktuellt. För att få en rättvis indikation på hur väl satsningen *hypotetiskt* skulle genererat förväntade ekonomiska effekter, givet att förväntat deltagarantal uppnåtts, har analyserna fokuserat på att bekräfta kvantitativa målsättningar utifrån andel deltagare. Analysen visar att uppnådd effektrealisering varierar. Vid bedömning av effektrealisering behöver dessutom hänsyn tas till det kontrafaktiska utfallet. När det kommer till denna satsning finns det sannolikt en hel del brus<sup>78</sup> som kan påverka observerade utfall. Med utgångspunkt i skuggkontrollen så görs bedömningen att delmålet avseende allmän hälsa är uppfyllt och förväntade effekter kan förväntas realiseras enligt ansökans grundmodell. Vad gäller delmålet avseende fysisk hälsa görs bedömningen att effektrealisering enligt grundmodell till viss del kan förväntas realiseras men inte i full omfattning. Förväntad effekt avseende psykisk hälsa realiseras inte och förflyttning i livskvalitetsindexet är inte av tillräcklig storlek för att bekräfta långsiktig övergripande målsättning.

Inledningsvis i rapportens del 2 poängterades att det finns tre viktiga frågor att besvara vid samhällsekonomiska analyser av olika investeringar; *vad kostar insatsen? Vilken effekt har insatsen?* och *Vad är värdet av insatsen?* Den sista frågeställningen ingår inte i denna rapport och frågeställning två har nyligen kommenterats. Kvar återstår således att återkoppla till satsningens kostnader. Och faktum är att satsningen är mycket dyr, givet de utfall som observerats. Det är viktigt att inte se till kostnader och effekt isolerat utan de bör sättas i relation till varandra och därefter i relation till det handlingsalternativ som satsningen ska jämföras med. Vid det här laget är det knappast nödvändigt att upprepa att en sådan jämförelse inte varit möjlig, men faktum är att givet Seniorträffars betydligt lägre kostnad behövs inte särskilt stora effekter genereras för att handlingsalternativet ska bedömas mer kostnadseffektiv än Seniorpuls. När få eller inga effekter urskiljs i de indikatorer som analyserats efter deltagande i Seniorpuls tyder mycket på att satsningen är kostsam att bedriva men inte genererar tillräckliga effekter för att bedömas som kostnadseffektiv, oavsett om satsningen haft full deltagarkapacitet eller inte.

Resultatet som framkommit av rapportens del 2 bekräftar således det som framkommit under intervjuerna, dvs om individerna som rekryterats haft det behov som Seniorpuls har som syfte att adressera. Viktiga frågor för verksamheten att ställa sig framgent är således om rätt individer rekryterats utifrån satsningens syfte och målsättning, vilka deltagare har hoppat av, varför har de hoppat av och vilka deltagare har fortsatt genom hela aktivitetsprogrammet. Har satsningen åstadkommit de utfall man önskat och förväntat sig eller inte, och varför/varför inte i så fall. Hade satsningen resulterat i bättre utfall om andra deltagare nåtts? Det kan också vara en idé att fundera kring om förväntad kapacitet på 154 deltagare är rimlig eller ej, oavsett yttre påverkan. Till syvende

---

<sup>78</sup> Tex ålder, pandemi etcetera.

och sist krävs en träffsäker lösning för att uppnå förväntade effekter, men om målgrupp och behov inte är tydligt definierat är en träffsäker lösning inte heller möjlig.

Sammanfattningsvis tyder såväl resultat från intervjuer som enkäter och hälsotest att det sannolikt föreligger en viss mismatch kring rekryterade deltagare och målgrupp för Seniorpuls och mycket talar därför för att resultaten inte ger en rättvis bild av Seniorpuls. Denna rapport syftar till att ge underlag inför beslut om eventuell implementering av Seniorpuls eller om nuvarande arbetsätt med Seniorträffar ska fortsätta bedrivas. Av intervjuresultatet framkom en samstämmighet bland de intervjuade om att Seniorpuls bör fortsätta. Dock ansåg majoriteten av dessa att programmet kan behöva minskas ned i omfattning, antingen tids- eller innehållsmässigt, då det är för långt för många deltagare. Den stora frågan är om de intervjuade fortsatt ställt sig positiva till en implementering om de haft den information som del 2 av denna rapport tillhandahåller. Givet kostnadsutfallet och graden av effektrealisering bör svaret vara annorlunda, vilket också visar på nyttan med en rapport likt denna.

## 11 Slutsatser

På det stora hela syns inga större förändringar på gruppnivå och mycket tyder på att satsningen haft svårt att rekrytera rätt deltagare. Det i sin tur har påverkat utgångslägen och således möjligheten att uppnå förväntade delmål, utfall och effekter men också övergripande målsättning och syfte om en jämlik hälsa. Slutsatsen är därmed att observerade resultat och utfall troligtvis inte ger en rättvis bild av satsningen, *givet att rekryterade deltagare inte matchat avsedd målgrupp*.

Som satsning med syfte att bibehålla en redan god hälsa kan det dock konstateras att satsningen varit lyckad, men för de med sämre hälsa syns inte samma positiva effekt och för de individer med stora problem i hälsan tyder mycket på att de till och med hoppat av i förtid. En slutsats är därmed att Seniorpuls sannolikt bidragit till bibehållen hälsa hos de som uppskattat den som god vid start och att mycket tyder på att utan Seniorpuls hade flera deltagare haft en försämrad hälsa. Det innebär dock att långsiktig övergripande målsättning som syftar till ökad jämlikhet i hälsa troligtvis inte uppnås.

Den kanske viktigaste slutsatsen är att Seniorpuls har varit kostsam att bedriva men sammantaget inte resulterat i förväntade effekter. Jämförelsealternativet kostar **betydligt mindre** att bedriva och behöver således inte generera lika stora effekter för att ändå bedömas som mer kostnadseffektiv jämfört med Seniorpuls. En slutsats är därmed att *givet de observerade utfallen* tyder mycket på att Seniorträffar är mer kostnadseffektiv än Seniorpuls. Slutsatsen kan dock komma att ändras om rekryterade deltagare framgent bättre möter det behov som Seniorpuls ska adressera och att förväntade effekter sålunda också kan realiseras i förväntad grad.

Avslutningsvis är det viktigt att komma ihåg att bibehålla också är att förebygga, men för att åstadkomma en mer jämlik hälsa kan det antas att de med sämre hälsa som utgångsläge behöver röra sig mot en bättre hälsa. Det räcker alltså inte med att individer med god hälsa vid start bibehåller denna för att främja en mer jämlik hälsa.

### 11.1 Rekommendationer

Verksamheten rekommenderas att utvärdera utfall för de senare omgångarna (grupp 4 och 5), där rekryterade deltagare bedöms av verksamheten vara mer rätt för satsningen. Om liknande utfall erhålls rekommenderas verksamheterna kvarstå vid förslag till beslut om att inte implementera

Seniorpuls. Om bättre utfall erhålls rekommenderas verksamheten att utveckla en mindre omfattande och mindre kostsam version av Seniorpuls och med tydliga inklusions- respektive exklusionskriterier.

## 12 Förslag till beslut

Sammantaget, utifrån utvärderingens resultat, utfall, effekter och slutsatser lämnas nedanstående förslag till beslut:

- Satsningen Seniorpuls föreslås inte implementeras då övergripande målsättning troligtvis inte uppnås och givet de observerade utfallen är satsningen sannolikt mindre kostnadseffektiv än jämförelsealternativet.
- Verksamheten föreslås utveckla befintlig verksamhet utifrån rekommendation.

## 13 Uppföljande utvärdering

En uppföljande utvärdering genomförs 1–3 år efter en satsnings avslut och syftar till att utvärdera satsningens bestående effekter för investeringens målgrupp. I föreliggande utvärdering är en av slutsatserna att Seniorpuls givet de observerade utfallen inte har resulterat i förväntade effekter och troligtvis inte uppnår den övergripande målsättningen. Därmed saknas förutsättningar för att genomföra en uppföljande utvärdering.

# Bilagor

## Bilaga 1 – Utvärderingsschema

Utvärderingsschema Seniorpuls						
Satsningen syftar till att med utvecklade seniorträffar som metod bidra till ökad jämlikhet i hälsa bland äldre personer genom att främja ett hälsosamt åldrande och förlänga den tredje åldern i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar						
Målgrupp: Seniorer, 65 år och äldre i partnerskapsområde VOX i ordinärt boende som inte har omsorgsinsatser från VoO						
Övergripande mål	Kvantitativa mål	Aktivitet	Aktivitetsmått	Effekter	Effektmått	Långsiktiga utfallsmått
Ökad självständighet, oberoende och förbättrad livskvalitet hos målgruppen	<p>Av deltagare som vid start skattar sin hälsa som god bibehåller minst 75 procent sin hälsoskattning vid uppföljning efter insatsen</p> <p>Av deltagare som vid start inte skattar sin hälsa som god förbättrar minst 25 procent skattningen vid uppföljning efter insatsen</p> <p>För deltagare som är inaktiva vid start har minst 75 procent av deltagarna ökat sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen</p> <p>För deltagare som är fysiskt aktiva vid start bibehåller minst 75 procent sin fysiska aktivitetsnivå vid uppföljning efter insatsen</p>	Genomföra seniorträffar	<p>Antal seniorträffar</p> <p>Antal deltagare</p> <p>Antal deltagare/träff</p> <p>Antal träffar med fysisk aktivitet (ex. balans- och styrketräning)</p> <p>Antal träffar med teori (även fallriskinformation)</p> <p>Antal deltagare/träff med fysisk aktivitet</p> <p>Antal deltagare/träff med teori</p> <p>Antal start/uppfoljningssamtal</p> <p>Antal ifyllda start/uppfoljningsenkäter</p> <p>Antal funktionstester</p> <p>Antal/andel deltagare rekryterade av resp part</p>	<p>Målgruppens fysiska hälsa förbättras.</p> <p>Målgruppens psykiska hälsa förbättras.</p> <p>Färre fallskador.</p> <p>Minskade kostnader för hemtjänst</p> <p>Minskade kostnader för särskilt boende</p>	<p><i>Exempel:</i> Antal fall</p> <p>Antal aktiviteter med fysiska inslag</p> <p>TUG-test</p> <p>Uppresningstest</p> <p>Blodtryck</p> <p>Andel av målgruppen som anger besvär/symptom på fysisk ohälsa (tex ångest, oro, nedstämdhet, sömnsvårigheter)</p> <p>Andel av målgruppen som uppger förbättrad fysisk hälsa</p> <p>Andel av målgruppen som uppger förbättrad livskvalitet</p> <p>Andel av målgruppen som anger att de behöver mindre hjälp av närstående/anhöriga efter insatsen jämfört med innan insatsen</p> <p>Andel av målgruppen som har fått insatser från kommunen efter projektperioden</p> <p>Kostnad hemvård/VOBO</p>	<p><i>Exempel:</i></p> <p>Senare debut för VOO än prognos</p> <p>Andel som får VOO-insats/år eller per åldersgrupp</p> <p>Medeltid beviljat och utfört</p> <p><i>Kontrollmått:</i> Period innan och efter insats Utveckling jämfört med medelvärde Utveckling jämfört med övriga partnerskapsområden</p>
		<p><i>Utgångslägen:</i> Individuella start- och uppföljningssamtal Bas och uppföljningsdata Frågeformulär Funktionstester</p>		<p><i>Eftermätning för uppföljning:</i> Frågeformulär och funktionstester</p>		

### Hälsoenkät Seniorpuls

Social investering i samverkan mellan frivillig och hälsofrämjande enheten inom Vård och omsorgsförvaltningens förebyggande verksamhet och RF-SISU Örebro län.

#### Instruktioner till hälsoenkäten

Du har deltagit i Seniorpuls. Här kommer din sista enkät.

Svara på enkäten genom att kryssa i de svarsalternativ som bäst stämmer in på dig. Enkäten ska besvaras enskilt. Behöver du hjälp att fylla i enkäten får du gärna ta hjälp av seniorlots, tolk eller projektledare. När du är klar med enkäten, lägg den i det förfrankerade svarskuvertet och skicka den tillbaka till oss.

#### Hur används svaren?

Det kommer inte framgå vad just du svarat utan alla resultatet kommer endast redovisas på gruppnivå.

#### Personuppgifter

Personuppgiftsbehandlingen sker i enlighet med dataskyddsförordningen (EU 2016:679, GDPR), annan tillämplbar lagstiftning och kommunens riktlinjer. Ditt samtycke är rättslig grund för behandlingen.

#### Frivillighet och samtycke

Det är frivilligt att svara på enkäten, men dina svar är viktiga för oss. Vi behöver ditt samtycke för att spara personuppgifter, svaren på hälsoenkäterna samt funktionstesterna.

Jag samtycker till att uppgifter om mig behandlas på det sätt som beskrivs så länge satsningen pågår.

#### Har du frågor?

Kontakta gärna ansvarig för projektet

Projektledare

Marie Tall

Örebro kommun

Frivillig och hälsofrämjande enheten

019-21 44 03

[marie.tall@orebro.se](mailto:marie.tall@orebro.se)

## Bakgrundsinformation

1. Vilket datum svarar du på enkäten? \_\_\_\_\_
2. Får du hjälp av någon med att fylla i enkäten?  
 Ja  Nej
3. Är du  
 Kvinna  Man  Annan könsidentitet
4. Vem/vilka bor du med under större delen av veckan? Du kan ange flera svar.  
 Ingen  
 Syskon  
 Make/maka/sambo/partner  
 Andra vuxna  
 Barn

## Allmän hälsa

5. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?  
 Mycket bra  
 Bra  
 Någorlunda  
 Dåligt  
 Mycket dåligt

## Psykisk hälsa

6. Vi ber dig markera för varje påstående vad som är närmast hur du har känt under de senaste 2 veckorna. Sätt ett kryss på varje rad.

	Hela tiden	Mestadels	Mer än halva tiden	Mindre än halva tiden	Ibland	Aldrig
a. Jag har känt mig glad och på gott humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jag har känt mig lugn och avslappnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jag har känt mig aktiv och kraftfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Jag har känt mig pigg och utvilad när jag vaknat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mitt vardagsliv har varit fyllt av sådant som intresserar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Levnadsvanor

### 7. Hur ofta har du god aptit?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig

### 8. Hur många timmar brukar du sova per natt?

- Mindre än 5 timmar
- 5–6 timmar
- 7–8 timmar
- 9–10 timmar
- Mer än 10 timmar

## Fysisk aktivitet och träning

### 9. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsaktiviteter, minst 10 min åt gången? Ex. promenader, cykling, trädgårdsarbete.

- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timme)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–149 minuter (1,5–2,5 timmar)
- 150–299 minuter (2,5–5 timmar)
- 5 timmar eller mer

### 10. Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, ex. löpning, motionsgymnastik, bollsport?

- Mindre än 30 minuter
- 30–59 minuter (0,5–1 timme)
- 60–89 minuter (1–1,5 timmar)
- 90–119 minuter (1,5–2 timmar)
- 2 timmar eller mer

### 11. Hur mycket av din vakna tid sitter/ligger du ett normalt dygn?

- Mer än 12 timmar
- 10–12 timmar
- 7–9 timmar
- 4–6 timmar
- Mindre än 1 timme
- Sitter/ligger mer än 12 timmar/dygn på grund av funktionsnedsättning.

12. Följande frågor handlar om hur bekymrad du är för att falla. Vi ber dig besvara samtliga frågor. Om du för närvarande inte utför en aktivitet ber vi dig svara på hur bekymrad du tror att du skulle vara OM du utförde aktiviteten. Sätt ett kryss för det alternativ som bäst motsvarar hur bekymrad du känner dig.

	Inte bekymrad alls	Lite bekymrad	Ganska bekymrad	Mycket bekymrad
a. Klä på eller av dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bada eller duscha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sätta dig på eller resa dig från en stol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gå i trappor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nå någonting ovanför huvudhöjd eller på marken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gå upp eller ner för en sluttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Delta i en social sammankomst (t.ex. släkträff, föreningsträff eller gudstjänst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FES-I Swedish translated from English by Dr Eva Nordell Kempen GIJM, Yardley L., Haastregt JCM van, Zijlstra GAR, Beyer N, Hauer K, Todd C.

### Social situation

13. Har du någon som du kan dela dina innersta känslor med och anförtra dig åt?

Ja  Nej

14. Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?

Ja  Nej

15. Får du någon hjälp av följande för att klara din vardag?

	Ja	Nej
a. Anhörig/nära vän/annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Kommunal eller privat hemtjänst - omsorgs- eller serviceinsatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Kommunal eller privat hemtjänst - trygghetslarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Frivilligorganisation (ex. väntjänst, Hjärta till hjärta, Röda korset, m.fl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Tar du hand om någon som är långvarigt sjuk, äldre eller har annan funktionsnedsättning?

- Ja  Nej

17. Hur ofta händer det att du besväras av ensamhet?

- Dagligen  
 Flera gånger per vecka  
 Någon gång per vecka  
 Någon/några gånger per månad  
 Mer sällan/aldrig

### Trygghet

18. Känner du dig trygg på följande platser?

	Ja, alltid	Ja, oftast	Nej	Ej aktuellt
a. Utomhus i ditt bostadsområde när det är ljus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Utomhus i ditt bostadsområde när det är mörkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ute på stan, på allmän plats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. I hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. På buss, tåg eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Till och från aktivitet utanför ditt bostadsområde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ekonomi

19. Är du orolig för din ekonomi?

- Inte alls orolig  
 Inte särskilt orolig  
 Ganska orolig  
 Mycket orolig

20. Har du under de senaste 12 månaderna hänt att du haft svårigheter att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar med mera?

- Nej  
 Ja, vid ett tillfälle  
 Ja, vid flera tillfällen

## Efter deltagande i seniorpuls

21. Hur har du upplevt ditt deltagande i Seniorpuls

- Mycket positivt
- Ganska positivt
- Varken positivt eller negativt
- Ganska negativt
- Mycket negativt

22. Vad har varit det bästa med Seniorpuls?

---

---

---

---

23. Hur skulle Seniorpuls kunna utvecklas?

---

---

---

---

24. Skulle du rekommendera en vän att delta i Seniorpuls?

---

---

---

---

25. Vill du lämna några övriga kommentarer

---

---

---

## Livskvalitet

26. Hur nöjd är du på det hela taget med det liv du lever?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Inte särskilt nöjd
- Inte alls nöjd

**27. Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.**

**RÖRLIGHET**

- Jag har inga svårigheter med att gå omkring
- Jag har lite svårigheter med att gå omkring
- Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring
- Jag har stora svårigheter med att gå omkring
- Jag kan inte gå omkring

**PERSONLIG VÅRD**

- Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig
- Jag kan inte tvätta mig eller klä mig

**VANLIGA AKTIVITETER** (*t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter*)

- Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter
- Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter

**SMÄRTOR/BESVÄR**

- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har lätta smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär
- Jag har extrema smärtor eller besvär

**ORO/NEDSTÄMDHET**

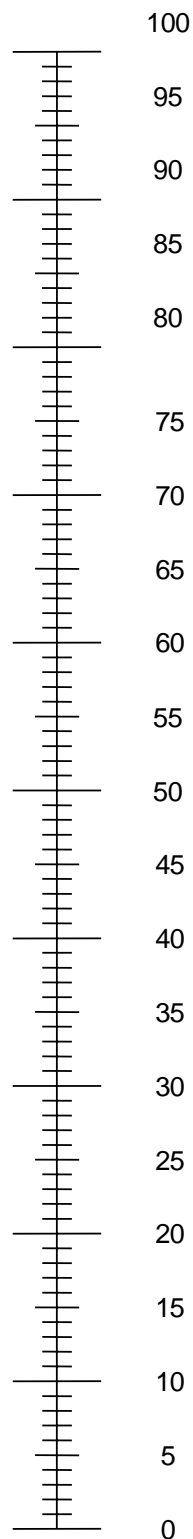
- Jag är varken orolig eller nedstämd
- Jag är lite orolig eller nedstämd
- Jag är ganska orolig eller nedstämd
- Jag är mycket orolig eller nedstämd
- Jag är extremt orolig eller nedstämd

**28. Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.**

- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.  
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

DIN HÄLSA IDAG =

Bästa hälsa du kan  
tänka dig



Sämsta hälsa du  
kan tänka dig