



**Linnéuniversitetet**

Kalmar Växjö

Utvärdering av förebyggande hembesök  
för äldre, samverkansprojekt mellan  
Kalmar kommun, Mörbylånga kommun  
och Region Kalmar län

# Innehållsförteckning

|   |           |
|---|-----------|
| Sammanfattning .....                                      | 3         |
| <b>1 Utvärderingsuppdraget .....</b>                      | <b>5</b>  |
| 1.1 Datainsamlingsmetoder .....                           | 5         |
| 1.1.1 Litteraturöversikt .....                            | 5         |
| 1.1.2 Intervjuer .....                                    | 6         |
| <b>2 Beskrivning av pilotprojektet .....</b>              | <b>7</b>  |
| 2.1 Pilotprojektets syfte och mål .....                   | 7         |
| 2.2 Pilotprojektets resurser och förutsättningar .....    | 7         |
| 2.3 Pilotprojektets aktiviteter och processer .....       | 7         |
| <b>3 Helhetsbedömning av pilotprojektet .....</b>         | <b>9</b>  |
| 3.1 Helhetsbedömning .....                                | 9         |
| 3.2 Prestationer – aktiviteternas omfattning .....        | 9         |
| 3.3 Upplevd måluppfyllelse och genomförande .....         | 10        |
| 3.3.1 Seniorer .....                                      | 10        |
| 3.3.2 Hälsocentraler och andra aktörer i nätverket .....  | 12        |
| <b>4 Diskussion .....</b>                                 | <b>13</b> |
| 4.1 Vilka yrkesgrupper var involverade i hembesöket ..... | 13        |
| 4.2 Vad ingick i hembesöket .....                         | 14        |
| 4.3 Uppföljningarna .....                                 | 14        |
| 4.5 Om hälsoekonomin .....                                | 15        |
| <b>5 Slutsats och erfarenhetsåterföring .....</b>         | <b>16</b> |
| 5.1. Speciella styrkor i modellen .....                   | 17        |
| 5.2. Förbättringsområden .....                            | 17        |
| <b>Referenser .....</b>                                   | <b>18</b> |
| <b>Bilagor .....</b>                                      | <b>19</b> |

## Sammanfattning

eHälsoinstitutet vid Linnéuniversitetet, via Kalmar/eHealth Arena, har haft i uppdrag att utvärdera en ny arbetsmodell för förebyggande hembesök (FHB) hos äldre invånare. Modellen testades i ett samverkansprojekt mellan Kalmar kommun, Mörbylånga kommun och Region Kalmar län. Detta pilotprojekt genomfördes under hösten 2021 och våren 2022 i Kalmar och i Mörbylånga kommuner.

Data har samlats in genom en litteraturöversikt och intervjuer med olika intressenter som har varit involverade i pilotprojektet. Litteraturöversikten inkluderade vetenskapliga publikationer, publikationer från myndigheter, kommuner och regioner samt dokumentation från det aktuella pilotprojektet.

Pilotprojektet har beskrivits genom tre delar: 1) Pilotprojektets syfte och mål, 2) Resurser som är tillgängliga för projektet och 3) Aktiviteter som har utförts med hjälp av resurserna.

Pilotprojektets syfte var att testa en ny arbetsmodell för hembesök hos 79-åringar med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser. Hembesöken genomfördes av en distriktsköterska som samarbetade med ett nätverk av andra professionella aktörer. Pilotprojektets arbetsmodell hade följande steg: kartläggning av målgruppen, erbjudande om hembesök, hembesök inklusive hälsosamtal och hälsoundersökning, erbjudande om kontakt med andra aktörer och uppföljning via telefon.

Helhetsbedömningen är att modellen har hög kvalitet, den är ändamålsenlig och den har bidragit till att flera hälsofrämjande och preventiva åtgärder har genomförts under pilotprojektet.

Samtliga seniorer som intervjuades var nöjda med hembesöket och uppföljningen. Besöket bidrog till en högre trygghetskänsla och till en upplevelse att någon bryr sig om seniorer och deras välmående. Många seniorer blev mer fysiskt aktiva och fick hälsosammare levnadsvanor till följd av hembesöket.

Aktörer i det professionella nätverket ansåg att ett förebyggande hembesök som genomförs av en kompetent och erfaren distriktsköterska/sjuksköterska som samarbetar med nätverket är en viktig del av god och nära vård. Aktörer i nätverket har haft nytta av de data som har samlats in under besöket och de anser att de åtgärder som de har genomfört som resultat av hembesöket har varit viktiga och bidragit till att förebygga ohälsa samt främja hälsa hos de deltagande seniorerna.

Flera av de intervjuade, både seniorer och aktörer i nätverket, uttryckte en stark önskan att de förebyggande hembesöken ska fortsätta.

De förväntade långtidseffekterna av förebyggande och hälsofrämjande åtgärderna inkluderar bl.a. minskad fallrisk, minskad social isolering, bättre levnadsvanor och därmed ökat välbefinnande för seniorer samt minskade vårdkostnader för kommuner och regionen. Viktigt att notera att dessa effekter är uppskattningar som bygger på tidigare studier och på de kortsiktiga effekter som har observerats i denna utvärdering.

Följande styrkor med arbetsmodellen har identifierats under utvärderingen:

- 1) Hembesök genomförs av en kompetent och erfaren distriktsköterska som samarbetar med andra aktörer.
- 2) Hälsosamtalen, hälsoundersökningar och test som genomförs under besöket är omfattande och förankrade i tidigare studier och beprövad erfarenhet.
- 3) Etablerat nätverk av andra aktörer är kopplat till hembesöket och distriktsköterskan kommunicerar kontinuerligt med dessa aktörer.
- 4) Distriktsköterskan erbjuder aktiv hjälp med att boka besök hos/av andra aktörer eller boka plats i fysiska aktiviteter.
- 5) Uppföljningar görs i tre steg: vid avbokning av besöket, som en avslutning i samband med hembesöket, och slutligen 4–6 veckor efter hembesöket.
- 6) Kombinationen av aktiv hjälp och uppföljningar är en styrka som vanligen inte finns i andra FHB-modeller.

Tre förbättringsområden har identifierats under utvärderingen:

- 1) Den information som skickas till seniorer i samband med erbjudande om hembesök behöver anpassas för olika målgrupper. Trovärdig och lättförståelig information kan antas vara avgörande för att senioren kommer att acceptera besöket. Det kan vara befogat att rekommendera ett hembesök även för de som känner sig pigga, dels för att upptäcka tidiga signaler av dolda hälsoproblem dels för att bekräftad god hälsa kan bidra till ökad självkänsla och uppmuntra att fortsätta med hälsosamma levnadsvanor.
- 2) De digitala information/kommunikationssystem som används behöver ses över och utvecklas så att de stödjer aktiviteterna på ett optimalt sätt, med speciell fokus på ändamålsenlig informationsdelning och effektiv kommunikation.
- 3) Det är viktigt att preventiva aktiviteter planeras och budgeteras i olika organisationer så att samtliga aktörer i nätverket har avsatt tid för att genomföra dessa aktiviteter när detta behövs.

# 1 Utvärderingsuppdraget

eHälsainstitutet vid Linnéuniversitetet, via Kalmar/eHealth Arena, har haft i uppdrag att utvärdera en ny arbetsmodell för förebyggande hembesök (FHB) hos äldre invånare, modellen har testats i ett pilotprojekt under hösten 2021 och våren 2022 i Kalmar och i Mörbylånga kommuner.

Utvärderingsrapporten innehåller fem delar, varav del 2 omfattar en rekonstruktion av programteori:

- 1) Beskrivning av utvärderingsuppdraget
- 2) Beskrivning av pilotprojektet (utvärderingsobjekt)
- 3) Helhetsbedömning av pilotprojektet  
Har genomförandet av projektet gått till så som det var planerat?  
Har projektet uppnått sina mål?
- 4) Diskussion inklusive jämförande analys med andra FHB-modeller
- 5) Slutsats och erfarenhetsåterföring

## 1.1 Datainsamlingsmetoder

Data har samlats in genom en litteraturstudie och intervjuer med olika intressenter som har varit involverade i pilotprojektet.

### 1.1.1 Litteraturoversikt

Litteraturoversikten inkluderar vetenskapliga publikationer, publikationer från myndigheter kommuner och regioner samt dokumentation från det aktuella pilotprojektet.

De vetenskapliga studierna handlar dels om FHB-projekt som har genomförts i Sverige, Norge och Finland under tiden 2014 – 2022, dels om studier som har analyserat hälsoekonomiska aspekter i samband med FHB. De inkluderande studierna är publicerade som vetenskapliga artiklar och/eller som doktorsavhandlingar, se Tabell 1 nedan och referenslistan.

Tabell 1: Vetenskapliga publikationer som inkluderas i utvärderingen (avhandlingar inkluderar även publicerade artiklar)

| Författare            | Titel  | Typ                | Publiceringsår |
|-----------------------|--|--------------------|----------------|
| Nivestam, A.          | Health-promoting aspects of preventive home visits for older persons. An individual and societal perspective     | Doktors-avhandling | 2022           |
| Fjell, A.             | Preventive Home visits Among Older People: Risk assessment, self-rated health and experiences of healthy ageing  | Doktors-avhandling | 2021           |
| Behm, L.              | It's never too late. Health-promotion and disease-prevention for very old persons                                | Doktors-avhandling | 2014           |
| Liimatta, H.A. et.al. | The Effects of Preventive Home Visits on Older People's Use of Health Care and Social Services and Related Costs | Artikel            | 2020           |

Utöver de vetenskapliga publikationerna har följande dokument använts, se Tabell 2 och referenslistan.

Tabell 2: Övriga dokument som inkluderas i utvärderingen

| Författare      | Titel   | Typ       | Publiceringsår |
|-----------------|---|-----------|----------------|
| Socialstyrelsen | Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd?  | Rapport   | 2022           |
| Socialstyrelsen | Fallskador och dödsfall orsakade av fallolyckor för personer 65 år och äldre samt för samtliga åldrar | Statistik | 2022           |

Tabell 3: Dokumentation från pilotprojektet, dessa dokument finns inte i referenslistan

| Författare                         | Titel                               | Typ                  | Publiceringsår |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------|
| Kalmar kommun<br>Region Kalmar län | Erbjudande om förebyggande hembesök | Informationsbroschyr | 2021           |
| Ulla Hellström                     | Slutrapport Preventiva hembesök     | Rapport              | 2022           |

### 1.1.2 Intervjuer

Intervjuerna var individuella och semistrukturerade, intervjumallarna finns i Bilaga 1–3. Tabell 4 ger en sammanfattning av intervju personer och kommunikationskanaler:

Tabell 4: Intervju personer och kommunikationskanaler

| Intervju personer                          | Antal | Intervjuats via |
|--|-------|-----------------|
| Distriktsköterska (som genomförde besöken) | 1     | Fysiska möten   |
| Styrgruppen                                | 5     | Zoom/Telefon    |
| Seniorer                                   | 21    | Telefon         |
| Verksamhetschefer                          | 3     | Zoom/Telefon    |
| Apotekare                                  | 1     | Zoom/Telefon    |
| Arbetsterapeut                             | 1     | Zoom/Telefon    |

När det gäller distriktsköterskan, styrgruppen och aktörer i det professionella nätverket (verksamhetschefer, apotekare, arbetsterapeut) var urvalet strategiskt för att inhämta bred information från projektet. Urval av seniorer skedde via snöbollsurval, genom att distriktsköterskan rekommenderade de personer som har gett sitt samtycke att delta i intervjun.

Intervjuer över Zoom spelades in och transkriberades därefter, telefonintervjuer och fysiska intervjuer dokumenterades genom anteckningar. Eftersom urvalet var litet redovisas intervjuerna på grupp nivå, så att synpunkter från enskilda intervju personer inte kan identifieras.

## 2 Beskrivning av pilotprojektet

Beskrivning av pilotprojektet kommer att vara en typ av rekonstruktion av programteorin där följande aspekter definieras:

- 1) Pilotprojektets syfte och mål
- 2) Resurser som är tillgängliga för projektet
- 3) Aktiviteter som har utförts med hjälp av resurserna

Detaljerad information om pilotprojektet, dess genomförande och resultat finns i *Slutrapport Preventiva hembesök*, av Ulla Hellström (2022).

### 2.1 Pilotprojektets syfte och mål

Pilotprojektets syfte är att testa en ny arbetsmodell för hembesök hos seniorer med fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser, med fokus på social gemenskap, fysisk aktivitet, bra matvanor, delaktighet och meningsfullhet och att känna sig behövd. Hembesökets mål på individnivå är att öka välbefinnande, trygghet och självskattad hälsa hos målgruppen samt att senioren ska kunna leva självständigt och kunna bo kvar hemma. På samhällsnivå är målet att bromsa behovet av omfattande vård och omsorgsinsatser.

### 2.2 Pilotprojektets resurser och förutsättningar

Det initiala pilotprojektet var finansierat av Kalmar kommun och Region Kalmar län. Mörbylånga kommun blev ytterligare en finansiär när kommunen anslöt till projektet under våren 2022. Samtliga parter är representerade i projektets styrgrupp.

Projektledaren är distriktsköterska på Kalmar kommun och hon har även genomfört samtliga hembesök.

Till projektet anknöts ett nätverk av andra aktörer, såsom hälsocentraler, digital support, arbetsterapeut, logoped, anhörigstödjare, träffpunktsamordnare, biståndshandläggare, syn- och hörselinstruktör, projektledare 79+ på Friskis och Svettis, apotekare.

Målgruppen definieras enligt följande kriterier: De seniorer som erbjudits att ingå i projektet är 79-åriga personer som bor hemma och har ingen hemtjänst eller hemsjukvård. Seniorer har varit inskrivna vid tre olika vårdcentraler: Kvarnholmen och Norrliden i Kalmar samt Mörbylånga hälsocentral. I Kvarnholmen ingick tre olika åldrar (79, 80 och 81-åringar).

Det teknikstöd som har använts i projektet innefattar: Cosmic journalsystem med integrerat kommunikationsverktyg Messenger; esMaker enkät- och analysplattform; Procapita/Lifecare verksamhetssystem; epost samt telefon med röstbrevlåda.

### 2.3 Pilotprojektets aktiviteter och processer

Pilotprojektets modell kan beskrivas i fem steg:

Steg 1: Kartläggning av vilka seniorer som är listade på en hälsocentral och som tillhör målgruppen.

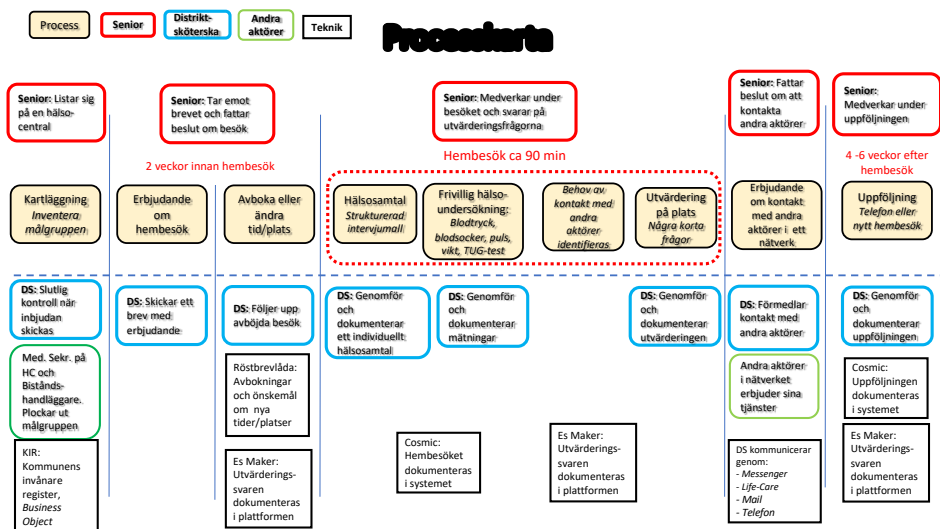
Steg 2: Samtliga seniorer som ingår i målgruppen får ett skriftligt erbjudande att ingå i projektet och de som tackar ja får ett hembesök av distriktsköterskan. Distriktsköterska ringer upp de som avböjer besöket för att fråga om vad orsaken är och för att ge mer information om besöket om detta önskas.

Steg 3: Under hembesöket förs ett hälsosamtal och de som vill kan även genomgå en enklare hälsoundersökning där bland annat vikt, blodtryck, puls och blodsockernivå mäts samt ett Timed Up and Go (TUG) test genomförs för att bedöma fallrisk. Distriktsköterskan gör även en bedömning om seniorerna behöver kontakt med andra aktörer, såsom hälsocentralen eller kommunen. Dessa aktörer är en del av pilotprojektets nätverk och distriktsköterskan förmedlar kontakten mellan dem och seniorer. Hembesöket avslutas med några korta frågor om hur senioren har upplevt besöket.

Steg 4: Senioren genomför de aktiviteter som har planerats i samband med hembesöket, t.ex. besöker hälsocentralen eller deltar i gruppträning.

Steg 5: Efter 4–6 veckor efter första hembesöket gör distriktsköterskan en uppföljning via telefon. (Om det inte är möjligt att genomföra ett telefonsamtal kan distriktsköterskan göra ett uppföljande hembesök, under pilotprojektet var det dock ingen som behövde ett nytt hembesök.) Syftet är att kontrollera att de planerade åtgärderna har utförts och att höra hur senioren upplevde dessa aktiviteter. Uppföljningen är också ett tillfälle att diskutera eventuella nya frågor som kommit upp.

Figur 1 sammanfattar projektet i en schematisk processkarta.



Figur 1. Processkarta för projektet



## 3 Helhetsbedömning av pilotprojektet

### 3.1 Helhetsbedömning

Helhetsbedömningen är att modellen har hög kvalitet, den är ändamålsenlig och den har bidragit till att flera hälsofrämjande/preventiva åtgärder har genomförts.

De seniorer som har deltagit i pilotprojektet är nöjda med hembesöket och dess genomförande. Deltagandet var högt i två av områdena (72% och 79%) men betydligt lägre i ett område (41%).

Aktörer i nätverket har haft nytta av de data som har samlats in under besöket och de anser att de åtgärder som de har genomfört som resultat av hembesöket har varit viktiga och bidragit till att förebygga ohälsa samt främja hälsa hos de deltagande seniorerna.

### 3.2 Prestationer – aktiviteternas omfattning

Tabell 5 sammanfattar antalet hembesök och avbokningar per hälsocentral, procenttalet anger förhållandet till antalet listade personer.

| Hälsocentralen     | Antal listade | Antal besök | Avbokningar |
|--------------------|---------------|-------------|-------------|
| Kvarnholmen        |               |             |             |
| 79 år              | 47            | 34 (72%)    | 13 (28%)    |
| 80 år              | 40            | 33 (82%)    | 8 (20%)     |
| 81 år              | 38            | 23 (60%)    | 13 (34%)    |
| Norrleden (79 år)  | 27            | 11 (41%)    | 16 (59%)    |
| Mörbylånga (79 år) | 61            | 48 (79%)    | 13 (31%)    |
| Totalt             | 213           | 149 (70%)   | 63 (30%)    |
| Totalt (79 år)     | 135           | 93 (69%)    | 42 (31%)    |

I Kvarnholmen ingick tre olika åldrar (79-, 80 -och 81-åringar), men när projektet förlängdes till Norrliden och Mörbylånga var det enbart 79-åringar som fick erbjudande om hembesök.

Bland 79-åringar hade Norrliden den lägsta andelen besök (41%) och Mörbylånga den högsta (79%). Det kan också påpekas att de som hade hembesök i Norrliden var samtliga födda i Sverige, vilket inte helt motsvarar områdets befolkningsprofil.

Totalt sett var den vanligaste orsaken till avbokning att personen kände sig piggt och aktiv och därmed inte behövde hembesök - vilket i sig kan betraktas som fördelaktigt. I Norrliden var det också vanligt att personen fick hjälp av sina anhöriga.

Under intervjuerna nämndes även att i Mörbylånga spreds positiv information om hembesöket muntligen inom målgruppen (*word-of-mouth*) vilket kan ha ökat intresset för att delta i projektet.

Tabell 6 visar antalet telefonuppföljningar, procenttalet anger förhållandet till antalet besök.

| Hälsocentralen | Antal besök | Telefonuppföljning |
|----------------|-------------|--------------------|
| Kvarnholmen    |             |                    |
| 79 år          | 34          | 26 (76%)           |
| 80 år          | 33          | 24 (72%)           |

|                    |     |           |
|--------------------|-----|-----------|
| 81 år              | 23  | 17 (74%)  |
| Norrleden (79 år)  | 11  | 8 (73%)   |
| Mörbylånga (79 år) | 48  | 29 (60%)  |
| Totalt             | 149 | 104 (70%) |
| Totalt (79 år)     | 93  | 63 (67%)  |

Även om deltagandet bland 79-åringar var högst i Mörbylånga hade denna kommun den lägsta andelen telefonuppföljningar (60%). Detta kan bero på att de seniorer som deltog hade något bättre hälsostatus eftersom de inte behövde hälsofrämjande åtgärder (och därmed uppföljning) i samma omfattning som de andra områdena.

Tabell 7 visar antalet olika åtgärder som planerades i samband med hembesöket. Notera att läkemedelsgenomgång av apotekare erbjöds endast för dem som var listade på Kvarnholmens hälsocentral, annars var det läkare som gjorde läkemedelsgenomgång om det var länge sedan det var gjort.

|                          | Kvarnholmen | Norrleden | Mörbylånga |
|--------------------------|-------------|-----------|------------|
| Blodtryckssköterska      | 19          | 3         | 11         |
| Demenssköterska          | 3           |           | 2          |
| Diabetessköterska        | 2           |           |            |
| Inkontinenssköterska     | 11          | 2         | 6          |
| Läkarbesök               | 16          | 2         | 10         |
| Psykologbesök            | 2           |           |            |
| Logopedbesök             | 2           |           |            |
| Läkemedelsgenomgång      | 13          |           |            |
| Arbetsterapeut           | 17          | 4         | 8          |
| Syn och hörselinstruktör | 3           |           |            |
| Biståndshandläggare      | 3           |           |            |
| Digital support          | 2           |           | 5          |
| Besök träffpunkten       | 1           |           |            |
| Gympa träffpunkten       | 1           |           |            |
| Hemträning               | 16          | 4         |            |
| Träna 79+                | 13          | 1         | 6          |

### 3.3 Upplevd måluppfyllelse och genomförande

#### 3.3.1 Seniorer

Samtliga intervjudeltagare var nöjda med hembesöket och uppföljningen. Besöket bidrog till en högre trygghetskänsla och det som var speciellt viktigt var upplevelsen att någon bryr sig om seniorer och deras välmående.

Flera av de intervjuade uttryckte en stark önskan att hembesöken skulle fortsätta samt att flera seniorer skulle få erbjudande om hembesök.

Nedan ges mer detaljerad beskrivning av måluppfyllelsen i de olika stegen i modellen: erbjudandet, besöket och uppföljningen.

##### 3.3.1.1 Erbjudandet

Samtliga seniorer som intervjuades tyckte att erbjudande per brev fungerade bra, någon nämnde även epost som alternativ men de flesta föredrog vanligt brev. Någon uttryckte detta som ”brev är bra för denna generation”. De intervjuade tyckte att det var bra att få information om besöket i förväg för att kunna förbereda sig.

Generellt var deltagarna nöjda med informationsbroschyrens innehåll, men en person uttryckte att informationen kunde förtydligas för det var svårt att förstå vad erbjudandet innebär. Denna är en viktig synpunkt att beakta eftersom trovärdig och lättförståelig information är avgörande för att senioren kommer att acceptera besöket. Med hänvisning till högre antal avbokningar i Norrliden är det också befogat att anta att informationen behöver bättre anpassas för olika målgrupper.

### *3.3.1.2 Besöket*

Seniorer som intervjuades var samtliga nöjda med hembesöket, både dess innehåll och genomförande. Besöket nämndes som "bra initiativ", och upplevelsen beskrevs som "bra", "våldigt bra", "trevligt", "positivt", "mycket uppskattad" och "högsta betyg". Några av de intervjuade påpekade att hembesök är speciellt nyttiga för de personer som bor ensamma.

Samtliga intervjupersoner tyckte att de fick nyttig och användbar information under besöket. De aktiviteter som genomfördes, dvs. hälsosamtal, enklare hälsoundersökningar och test, upplevdes som omfattande och meningsfulla. De intervjuade påpekade också att det var viktigt att distriktsköterskan tog god tid på sig så att besöket inte blev stressigt utan allt kunde ske i en avspänd hemmiljö och i lugnt tempo. Detta bidrog till att många intervjuade kände att det var möjligt att prata även om småkrämpor som de inte ansåg vara så viktiga att de behövde besöka vården, och om saker som de upplevde genanta såsom urininkontinens.

Intervjupersonerna uppskattade den hjälp som de fick med att boka besök/plats hos andra aktörer i nätverket. Detta beskrevs som att det var en stor lättnad att få hjälp, speciellt om det kändes svårt och besvärande att ta kontakt med t.ex. hälsocentralen eller arbetsterapeuten. Många nämnde att dessa besök hos andra aktörer i nätverket inte skulle ha blivit av utan sjuksköterskans hjälp.

Ett viktigt hälsofrämjande resultat av att sjuksköterskan hjälpte till med kontakter var att många som inte hade varit fysiskt aktiva började träna regelbundet på egen hand eller i grupp. Gruppträningen blev speciellt populär eftersom den bidrog till både fysiska och sociala välmående.

En intressant punkt att notera är att även några av de seniorer som fick bra vården i tester och inte behövde öka fysisk aktivitet eller besöka vården kunde få bättre (prestationsbaserad) självkänsla eftersom de fick bekräftelse att ens hälsa och levnadsvanor är goda.

### *3.3.1.3 Uppföljningen*

Generellt upplevde de intervjuade att de uppföljningar som ingår i modellen var meningsfulla och positiva.

När distriktsköterskan gjorde en uppföljning av avbokade besök per telefon kunde hon ge mer information till seniorer i de fall avbokningen berodde på bristande information eller missförstånd. Denna uppföljning möjliggjorde även att omfattningen av och orsakerna för avbokningar kunde dokumenteras som underlag till förbättringar.

När distriktsköterskan gjorde en snabb uppföljning på plats i slutet av besöket kunde hon erbjuda snabba åtgärder, t.ex. mer information/stöd, om detta behövdes.

Telefonuppföljning efter några veckor uppskattades av seniorer som ett tecken att distriktsköterskan bryr sig om deras välbefinnande. Många uttryckte att det var viktigt att känna att man inte blev bortglömd efter hembesöket. Uppföljningen kunde också upplevas som en extra, behövlig, knuff för att de planerade åtgärderna verkligen blev genomförda, specifikt när det gäller att besöka hälsocentralen eller påbörja fysiska aktiviteter. Denna uppföljning gav även möjlighet att dokumentera följsamhet till åtgärder som underlag till eventuella förbättringar.

Kombinationen av att seniorerna fick hjälp med att boka besök/plats och att det fanns flera uppföljningar var mycket viktig för att t.ex. komma igång med fysisk träning eller att besöka hälsocentralen.

### **3.3.2 Hälsocentraler och andra aktörer i nätverket**

Hälsocentraler anser att ett förebyggande hembesök som genomförs av en kompetent och erfaren distriktsköterska/sjuksköterska som samarbetar med hälsocentraler är en viktig del av god och nära vård. Ett välplanerat hembesök ger nyttig och mer omfattande information om t.ex. seniorers hälsotillstånd, sociala förhållanden och följsamhet till läkemedelsbehandling än vad som kan fås genom kortare besök på hälsocentralen. Sjuksköterskan har också möjlighet att upptäcka eventuella problem i tidigare skede och hjälpa seniorer med att ta kontakt med andra aktörer i nätverket. Sådant samarbete kan bli ett effektivt sätt att förebygga t.ex. sjukdom, ohälsa och fallolyckor.

Eftersom de data som samlas in under hembesök är värdefulla komplement t.ex. vid förberedelser inför ett läkarbesök är det viktigt att dessa data är lätt tillgängliga och hittbara i journalsystemet för både region och kommuner.

Hälsocentraler ser även en stor nytta i att skapa goda och trygga relationer med seniorer redan i förväg, dvs. innan de blir patienter i vården eller har hemtjänst. Det är lätt att motivera samarbetet mellan FHB och hälsocentraler eftersom det gäller hälsocentralens egna framtida patienter.

Andra intervjuade aktörer i nätverket har också upplevt att hembesök har varit ändamålsenliga och värdefulla eftersom de har gjort det möjligt att i tidigare skede identifiera de seniorer som behöver hjälp med t.ex. läkemedelsgenomgång, omgivningsanpassning, hjälpmedel eller att komma i gång med fysisk träning.

På samma sätt som de intervjuade seniorerna uttryckte även hälsocentralerna och andra aktörer i nätverket en stark önskan att förebyggande hembesök skulle bli en permanent del av hälso- och sjukvården, enligt den arbetsmodell som testades i pilotprojektet.

Två saker bör speciellt beaktas inför implementering av förebyggande hembesök:

- 1) De digitala information/kommunikationssystem som används behöver ses över och utvecklas så att de stödjer aktiviteterna på ett optimalt sätt, med speciell fokus på ändamålsenlig informationsdelning och effektiv kommunikation mellan region och kommuner. Kommunikationen har fungerat väl under pilotprojektet eftersom distriktsköterskan kontinuerligt har informerat andra aktörer t.ex. genom Messenger-meddelanden. Data och information om hembesöken finns tillgängliga i

Cosmic-systemet men de kan vara svåra att hitta, speciellt om användaren inte är van vid systemets funktioner. Vissa yrkesgrupper använder vanligen andra informationssystem även om de har tillgång till Cosmic.

2) De intervjuade aktörerna i nätverket beskriver förebyggande arbetet som viktigt, men har också konstaterat att i många organisationer genomförs förebyggande aktiviteter i mån av tid. Pilotprojektet har varit ett viktigt stöd för att visa betydelsen av dessa aktiviteter. I fortsättningen är det viktigt att preventiva aktiviteter planeras och budgeteras så att samtliga aktörer i nätverket har avsatt tid för att genomföra aktiviteter när detta behövs.

## 4 Diskussion

Nedan diskuteras modellen som användes i pilotprojektet jämfört med andra modeller för förebyggande hembesök, se tabell 8:

| Modell                        | Vilka får besök                                      | Var                |
|-------------------------------|--|--------------------|
| Pilotprojekt                  | 79 – 81 år, utan hemtjänst<br>79 valdes som standard | Kalmar/Mörbylånga  |
| Nivestam [4]<br>Pre-H projekt | >77 år, utan hemtjänst                               | 7 kommuner i Skåne |
| Fjell [2]                     | >75 år   | Norge              |
| Behm [1]                      | >80 år   | Göteborg           |
| Liimatta [3]                  | >75 år   | Finland            |

I pilotprojektet valdes 79 år som standard när modellen testades i Norrliden och Mörbylånga. Denna ålder befinner sig inom det generella åldersintervallet som har använts i andra modellerna (se tabell 8).

Deltagandet i pilotprojektet bland 79-åringar varierade mellan 41% och 79%. Detta kan jämföras med en uppskattning från Pre-H projektet (exakta siffror är inte tillgängliga): variation 50% – 95% i genomsnitt 75%. [4]

### 4.1 Vilka yrkesgrupper var involverade i hembesöket

Hembesöket i pilotprojektet har genomförts av en erfaren och kompetent distriktsköterska. Både kompetens och erfarenhet har bedömts som viktiga faktorer för att kunna erbjuda ett hembesök med hög kvalitet och att kunna skapa förtroende hos seniorer och inom nätverket med andra aktörer.

I andra modeller har besöket gjorts av olika yrkeskategorier såsom sjuksköterskor, distriktsköterskor, undersköterskor [4], arbetsterapeuter, socialarbetare [1, 3]. I de fall där flera personer var involverade vid ett besök var det vanligt att de jobbade i team.

I pilotprojektet hade distriktsköterskan i förväg etablerat ett nätverk med andra aktörer - såsom hälsocentraler, digital support, arbetsterapeut, logoped, anhörigstödjare, träffpunktsamordnare, biståndshandläggare, syn- och hörselinstruktör, projektledare 79+ på Friskis och Svettis, apotekare.

Under projektet kommunicerade distriktsköterskan kontinuerligt med de andra aktörerna. I de andra modellerna har seniorer fått information om andra aktörer men det har inte funnits ett aktivt nätverk mellan de som genomför besöket och dessa aktörer.

Det som har bedömts som viktigt är att de data som genereras under hembesöken finns lätt tillgängliga för de andra aktörerna när de ska möta seniorerna. Dessa data kan även komma till nytta på en samhällelig nivå vid planering av framtida hälso- och sjukvårdsinsatser. Liknande slutsatser har presenterats i Pre-H modellen; där konstateras att rutiner för att fånga upp de data och den information som genereras under besöken är nödvändiga för att hembesöken kan bli en kunskapsresurs för kommunen och regionen. [4].

## 4.2 Vad ingick i hembesöket

Intervjumallen som användes vid hälsosamtal i pilotprojektet har varit väl förankrad till teoretiska studier [4] och mallen har även validerats av experter inom olika områden (se pilotprojektets slutrapport). Även de andra modellerna har använt relativt omfattande frågeformulär/protokoll under hembesöket. [1–4]

Det som har varit specifikt i den testade modellen är att distriktsköterskan har erbjudit aktiv hjälp med att boka besök hos/av andra aktörer eller boka plats i fysiska aktiviteter. Detta har uppskattats av seniorer och nämnts som en viktig orsak varför åtgärderna har varit framgångsrika. I denna modell ges hjälp endast när senioren samtycker. Det är viktigt att notera att i pilotprojektet finns inga indikationer att seniorerna skulle ha upplevt hjälpen på ett negativt sätt.

I de andra modellerna [1, 4] erbjuds information om aktörerna men inte hjälp med att ta kontakt med dem. I Pre-H modellen [4] finns diskussion kring detta och där påpekas att för mycket hjälp kan upplevas som nedlåtande.

## 4.3 Uppföljningarna

En annan del som har varit specifikt i pilotprojektet har varit uppföljningar i tre steg: vid avbokning av besöket, som en avslutning i samband med hembesöket, 4–6 veckor efter hembesöket. Dessa uppföljningar har generellt upplevts som positiva. Telefonkontakten efter hembesöket har uppskattats av seniorer som ett tecken att sjuksköterska bryr sig om deras välbefinnande och att de inte blev bortglömda efter hembesöket. För vissa personer har det också varit en extra knuff för att de planerade åtgärderna verkligen genomförs, specifikt när det gäller att besöka hälsocentralen eller påbörja fysiska aktiviteter.

En annan viktig aspekt är att uppföljningar har möjliggjort att omfattningen av och orsakerna för avbokningar samt följsamhet till åtgärder har kunnat dokumenteras som underlag till eventuella förbättringar av modellen.

De andra modellerna var mer forskningsfokuserade och de har inte inkluderat ett liknande systematiskt sätt att följa upp hembesökets prestationer och effekter. [1–4]

Kombinationen av att distriktsköterska har hjälpt med att ta kontakt med andra aktörer i ett etablerat nätverk och uppföljningar i tre steg kan ses som en styrka i den modell som har testats i pilotprojektet.

## 4.5 Om hälsoekonomin

Det finns flera vetenskapliga studier där den hälsoekonomiska effekten av förebyggande hembesök har studerats men eftersom olika modeller har jämförts är det inte möjligt att dra entydiga generella slutsatser angående kostnadseffektiviteten. Det är också omöjligt att ge exakta siffror på t.ex. hur många fallolyckor som har uteblivit som följd av förebyggande åtgärder. [3, 5]

Socialstyrelsens rapport från maj 2022 [5] undersöker om fallprevention är en kostnadseffektiv åtgärd. Rapportens generella slutsats är att fallprevention kan bidra till ökad livskvalitet för individer samt leda till stora kostnadsbesparingar, både ur ett kommunalt och ett kombinerat kommunalt och regionalt perspektiv. Förutsättningen är att det fallpreventiva arbetet införs innan seniorerna har råkat ut för en fallskada, vilket skulle kunna inkludera sådana insatser som förebyggande hembesök. [5]

I det följande deskriptiva resonemanget tas fallolyckor som ett exempel för att uppskatta möjliga kostnader och gynnsamma effekter av förebyggande hembesök i Region Kalmar län.

I Socialstyrelsens rapport [5] uppskattas kostnader inom åldersgruppen 75–79 år, år 2020:

- Genomsnittliga kostnader per lindrigt skadad till följd av fallolycka, 7169 kr
- Genomsnittliga kostnader per svårt skadad upp till ett år efter fallolycka, 244 900 kr
- Genomsnittliga kostnader per avliden till följd av fallolycka, 117 911 kr

Statistik från Region Kalmar län [6] visar hur vanliga fallolyckor är:

Antal personer 65 år och äldre som blev slutenvårdade för fallskador i Region Kalmar län år 2019:

- Antal totalt: 1462
- Antal per 100 000: 2383
- Antal per 100 000 riket: 2449

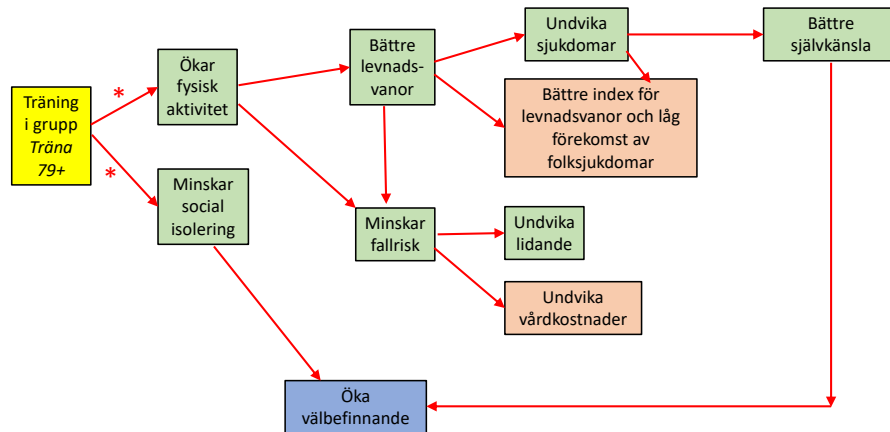
Antal dödsfall orsakade av fallolycka för personer 65 år och äldre i Region Kalmar län år 2019:

- Antal totalt: 23
- Antal per 100 000: 38
- Antal per 100 000 riket: 45

De förebyggande hembesök som har genomförts i pilotprojektet innehåller flera åtgärder som kan förebygga fallolyckor. De åtgärder som har evidensbaserad effekt är fysisk träning och omgivningsanpassning, inklusive hjälpmedel. Andra faktorer som kan ha förebyggande effekt är hälsosamma matvanor, blodtryckskontroll och läkemedelsgenomgång. [5].

Figur 2 visar en översiktlig bild av möjliga långtidseffekter som är kopplade till att börja träna i grupp (träna 79+). De omedelbara effekter som har bekräftats av intervjuer är markerade med en asterisk: ökad fysisk aktivitet samt minskad social

isolering. Som nämnts tidigare har ökad fysisk träning förebyggande effekt, dvs. åtgärden kan leda till minskad fallrisk, vilket i sin tur kan bidra till att undvika lidande (på individnivå) och att undvika vårdkostnader som har listats tidigare i texten. Andra förväntade effekter är uppskattningar och vissa av dem, t.ex. bättre självkänsla, kan vara svåra att estimeras med kvantitativa mått.



Figur 2: Genomförda åtgärder och förväntade effekter. Åtgärd är markerad med gul färg, effekter/förväntade effekter på individnivå är gröna, förväntade effekter på samhällsnivå är bruna och en måluppfyllelse är blå. De effekter som är markerade med en asterisk har specifikt nämnts i intervjuerna.

## 5 Slutsats och erfarenhetsåterföring

Helhetsbedömningen är att modellen har hög kvalitet, den är ändamålsenlig och den har bidragit till att flera hälsofrämjande/preventiva åtgärder har genomförts under pilotprojektet.

Samtliga seniorer som intervjuades var nöjda med hembesöket och uppföljningen. Besöket bidrog till en högre trygghetskänsla och till en upplevelse att någon bryr sig om seniorer och deras välmående. Många seniorer blev mer fysiskt aktiva och fick hälsosammare levnadsvanor till följd av hembesöket.

Aktörer i det professionella nätverket ansåg att ett förebyggande hembesök som genomförs av en kompetent och erfaren distriktsköterska/sjuksköterska som samarbetar med nätverket är en viktig del av god och nära vård. Aktörer i nätverket har haft nytta av de data som har samlats in under besöket och de anser att de åtgärder som de har genomfört som resultat av hembesöket har varit viktiga och bidragit till att förebygga ohälsa samt främja hälsa hos de deltagande seniorerna.

Flera av de intervjuade, både seniorer och aktörer i nätverket, uttryckte en stark önskan att de förebyggande hembesöken ska fortsätta.

De förväntade långtidseffekterna av förebyggande och hälsofrämjande åtgärderna inkluderar bl.a. minskad fallrisk, minskad social isolering, bättre levnadsvanor och därmed ökat välbefinnande för seniorer samt minskade vårdkostnader för



kommuner och regionen. Viktigt att notera att dessa effekter är uppskattningar som bygger på tidigare studier och på de kortsiktiga effekter som har observerats i denna utvärdering.

### 5.1. Speciella styrkor i modellen

Följande styrkor har identifierats under utvärderingen:

- 1) Hembesök genomförs av en kompetent och erfaren distriktsköterska som samarbetar med andra aktörer (punkt 3 nedan)
- 2) Hälsosamtalen, hälsoundersökningar och test som genomförs under besöket är omfattande och förankrade i tidigare studier och beprövad erfarenhet.
- 3) Etablerat nätverk av andra aktörer är kopplat till hembesöket och distriktsköterskan kommunicerar kontinuerligt med dessa aktörer.
- 4) Distriktsköterskan erbjuder aktiv hjälp med att boka besök hos/av andra aktörer eller boka plats i fysiska aktiviteter.
- 5) Uppföljningar görs i tre steg: vid avbokning av besöket, som en avslutning i samband med hembesöket, 4–6 veckor efter hembesöket.
- 6) Kombinationen av aktiv hjälp (punkt 4) och uppföljningar (punkt 5) är en styrka som vanligen inte finns i andra FHB-modeller.

### 5.2. Förbättringsområden

Tre förbättringsområden har identifierats under utvärderingen:

- 1) Den information som skickas till seniorer i samband med erbjudande om hembesök behöver anpassas för olika målgrupper. trovärdig och lättförståelig information kan antas vara avgörande för att senioren kommer att acceptera besöket. Det kan vara befogat att rekommendera ett hembesök även för de som känner sig pigga, dels för att upptäcka tidiga signaler av dolda hälsoproblem dels för att bekräftad god hälsa kan bidra till ökad självkänsla och uppmuntra att fortsätta med hälsosamma levnadsvanor.
- 2) De digitala information/kommunikationssystem som används behöver ses över och utvecklas så att de stödjer aktiviteterna på ett optimalt sätt, med speciell fokus på ändamålsenlig informationsdelning och effektiv kommunikation. Som en jämförelse kan nämnas att i projektet Pre-H använde samtliga deltagande kommuner ett gemensamt informationssystem, nackdelen med detta system är att regionens aktörer (hälsocentralen) inte har tillgång till deras dokumentation.
- 3) Det är viktigt att preventiva aktiviteter planeras och budgeteras i olika organisationer så att samtliga aktörer i nätverket har avsatt tid för att genomföra dessa aktiviteter när detta behövs.

## Referenser

- 1) Behm, L., 2014. *It's never too late: health-promotion and disease-prevention for very old person*. Doktorsavhandling, Sahlgrenska akademien.
- 2) Fjell, A., 2021. Preventive Home Visits Among Older People: Risk assessment, self-rated health and experiences of healthy ageing. Doktorsavhandling, Karolinska Institutet.
- 3) Liimatta, H.A., Lampela, P., Kautiainen, H., Laitinen-Parkkonen, P. and Pitkälä, K.H., 2020. The effects of preventive home visits on older people's use of health care and social services and related costs. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(8), pp.1586–1593.
- 4) Nivestam, A., 2022. *Health-promoting aspects of preventive home visits for older persons: An individual and a societal perspective*. Doktorsavhandling, Lund universitet.
- 5) Socialstyrelsen, 2022. *Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- 6) Socialstyrelsen, 2022. *Fallskador och dödsfall orsakade av fallolyckor för personer 65 år och äldre samt för samtliga åldrar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

# Bilagor

## Bilaga 1: Intervjufrågor styrgruppen

1. Varför har man startat upp piloten?
2. Vad önskar man för utfall? Vad önskar man se?
3. Vad är nästa steg, vad kommer att hända sedan?
4. Är den här piloten en del av en långsiktig planering?
5. Vad är syftet med utvärderingen?

## Bilaga 2: Intervjufrågor seniorer

1. Hur var själva besöket när distriktsköterskan kom hem till er?
2. Var det bra att få erbjudan per brev? Skulle du ha velat få erbjudandet på något annat sätt, t.ex. via telefon eller epost?
3. Hur var telefonsamtalet några veckor efter besöket?
4. Har besöket inspirerat dig att delta i några nya hälsofrämjande aktiviteter?

## Bilaga 3: Intervjufrågor aktörer i nätverket

1. Hur kom [arbetsterapeut, hälsocentral, osv.] med i FHB-projektet?
2. För hälsocentraler: Vilka aktörer har varit involverade?
3. Vilka förväntningar fanns angående FHB?
4. Hur upplevdes FHB:s genomförande?
5. Har [arbetsterapeut, hälsocentral, osv.] tillgång till data/uppföljningsdata från FHB? På vilket sätt kommer man till data, t.ex. via Cosmic?
6. Hur används dessa data? Finns det några specifika indikatorer som ska följas upp?
7. Finns det några integritets/säkerhetsproblem vid användning av hälsodata?
8. Vad behövs/krävs för att denna FHB-modell skulle bli integrerad i [arbetsterapeut, hälsocentral, osv.] verksamhet?
9. Vad har FHB resulterat i, t.ex. fler besök?
10. Övriga tankar/förslag?