

Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Region Skåne

Underlag införande process
maj 2019

Innehåll

Inledning	3
Bakgrund	3
Uppdrag och genomförande.....	6
Hälsosamtal i förvaltning, en kvalitetssäkrad process	7
Ingående aktiviteter	9
Block A: Aktiviteter från inbjudan fram till ifylld digital enkät.....	10
Block B: Aktiviteter från ankomst till lab till genomförda provtagningar.....	10
Block C: Aktiviteter från inkomna provsvar fram till genomfört och dokumenterat samtal.....	10
Block D: Utbildning och personlig vägledning.....	11
Summering av beräknade tidsresurser.....	12
Förslag till implementeringsplan i Region Skåne.....	14
Resursbehov för koordinator för metod- och kompetensstöd.....	15
Nationellt kompetensstöd om kunskapsläget	15
Kompetensstöd i utbildning av hälsosamtalsledare	15
Kompetensstöd i nätverk inom landstinget	16
Bedömning av resursbehov för Region Skåne för samordnat metod- och kompetensstöd.....	16
Resursbehov för utveckling av IT-stöd	17
IT-lösning för Region Skåne	17
Resursbehov för kommunikation	18
Scenariebeskrivningar för Region Skåne.....	19
Scenario: En åldersgrupp.....	19
Scenario steg 1 pilotfas 40-åringar	20
Scenario steg 2 breddinförande 40-åringar.....	21
Scenario steg 3 breddinförande 40- och 50-åringar.....	21
Scenario steg 4 breddinförande 40- 50- och 60-åringar	22
Scenario: Deltagandenivå från och med tre års verksamhet, alla vårdcentraler.....	23
Diskussion	24
Slutsatser.....	25
Referenser	26
Bilaga 1: Hälsoeffekter och hälsoekonomi	27

Inledning

Ett politiskt beslut om breddinförande av Riktade hälsosamtal i Region Skåne har fattats. Med anledning av detta beslut, har denna rapport arbetats fram under mars – maj 2019, för att utgöra ett första underlag för införandet av Riktade hälsosamtal i Region Skåne. Utredningsgruppen har bestått av Ingemar Götestrand (strateg på Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention), Malin Skogström (allmänläkare/enhetschef på Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention), Susanna Stenevi Lundgren (hälso- och sjukvårdsstrateg, avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning, koncernkontoret) samt Sandra Hedberg (hälso- och sjukvårdsstrateg, koncernkontoret).

I ett inledande avsnitt ges en kort inblick i kunskapsläget, med stöd av några aktuella referenser.

I ett av rapportens huvudavsnitt beräknas resursbehov för verksamheten, främst i form av personaltid och IT-stöd. Därefter följer scenariobeskrivningar för Region Skåne utifrån alternativa val och kombinationer.

I avslutande avsnitt formuleras slutsatser och rekommendationer till stöd för fortsatt diskussion.

Bakgrund

Hjärt-kärlsjukdomar är den grupp sjukdomar som dödar flest personer i Sverige varje år. Man kan i hög grad förebygga både hjärt-kärlsjukdom och diabetes genom att ha bra matvanor, vara fysiskt aktiv, begränsa sitt alkoholintag och undvika tobak.

Enligt WHO kan övervägande delen av alla hjärt-kärlsjukdomar, och minst 30 procent av all cancer, förebyggas genom förbättrade levnadsvanor^{1,2}.

Sjukdom och förtida död påverkas av flera olika faktorer, som exempelvis samhällsförhållanden som miljö, trafik, ekonomi och levnadsstandard, men även av individuella faktorer som arv, levnadsvanor och biologiska riskmarkörer, t.ex. blodtryck, blodfetter och vikt.

Levnadsvanorna har störst betydelse för att hålla sig frisk och att nå sin optimala livslängd.

Risken för att utveckla ovan nämnda sjukdomar är förhöjd i vissa grupper. En individ med låg utbildning har dubbelt så hög risk att drabbas av hjärtinfarkt jämfört med en högutbildad individ och för män är risken att drabbas tre gånger högre än för kvinnor. Diabetes typ 2 är dubbelt så vanligt bland individer med kort utbildning, jämfört med individer med lång utbildning.

Individer som lever exempelvis med ett förhöjt blodtryck, ett förhöjt blodsocker, höga blodfetter, ohälsosamma matvanor eller låg fysisk aktivitet, är inte alltid medvetna om detta. Ett sätt att göra individer medvetna om deras hälsa och hälsans samband med levnadsvanor är att bjuda in till riktade hälsosamtal. Målet med Riktade hälsosamtal är att förebygga insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Efterhand som denna metod har utvärderats, framkommer även tydliga effekter avseende minskat insjuknande i cancer³.

Befolkningsinriktade hälsosamtal bedrivs för närvarande i Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Gävleborg, Region Västmanland, Region Sörmland, Region Östergötland och Region Jönköpings län.

Samtliga regioner som har valt att införa Riktade hälsosamtal har fortsatt att arbeta med metoden och i de flesta fall även riktat sig till fler åldersgrupper.

Införandeprocess pågår 2019 i Region Halland och i Region Kronoberg. Diskussioner kring ett eventuellt införande pågår i Region Örebro, Region Dalarna och i Region Gotland.

Grunderna i de svenska programmen för hälsosamtal är:

- Verksamheten drivs integrerad i primärvården.
- De är befolkningsinriktade, dvs **samtliga** i målgruppen (ex alla 40-åringar) erbjuds deltagande vid sin listade vårdcentral.
- Enligt den *preventiva paradoxen* är det ur ett befolkningsperspektiv bättre att många med normal risk ändrar sig lite, än att några få med hög risk ändrar sig mycket. Orsaken till detta är att individerna med normal risk är så många fler och att det totalt sett sker fler insjuknanden i ex hjärt- kärlsjukdom i denna grupp, jämfört med i högriskgruppen.
- Programmen integrerar sjukdomsförebyggande låg- och högriskstrategi utifrån principen *proportionell universalism* (dvs. att alla erbjuds generella insatser, men de anpassas så att de motsvarar olika individers behov).
- Den centrala komponenten i programmen utgörs av ett hälsosamtal (med en hälsosamtalsledare), som utgår utifrån individens preferenser och möjligheter (individanpassat), samt från enkätsvar i fråga om levnadsvanor och levnadsförhållanden tillsammans med mätvärden för centrala kardiovaskulära riskfaktorer, som visualiseras med hjälp av ett pedagogiskt verktyg, ex. *Hälsokurvan* och *Min stjärnprofil*.
- Programmen tillämpar ett strukturerat arbetssätt, med en personcentrerad samtalsmetodik och ett hälsofrämjande förhållningssätt som fokuserar på individens motivation och resurser.
- Målet är att främja hälsa och att fånga upp deltagare som behöver någon form av insats.
- Baseras på aktuell medicinsk evidens för hjärt-kärlprevention.
- Kvalitetssäkras av ett strukturerat och samordnat kompetens- och metodstöd inom hälso- och sjukvården.
- Har utrymme för anpassning till lokala förutsättningar.

De gemensamma erfarenheterna av hälsosamtalen talar för att

- Programmen uppskattas generellt av befolkningen och av dem som deltar i programmen.
- Hälsosamtalen upplevs som värdefulla av personalen som arbetar med dem (vilket också kan tänkas medföra nyrekrytering av personal till primärvården).
- Personer med behov av levnadsvaneförändringar identifieras och erbjuds fortsatt evidensbaserad åtgärd.
- Sjukdomstillstånd, som ex. diabetes, identifieras genom hälsosamtalen.

I Socialmedicinsk tidskrift nr 2/2017 redovisas metodik och kunskapsläge⁴.

Kommissionen för jämlik hälsa⁵ framhåller i sitt slutbetänkande:

”Riktade hälsoundersökningar, som är kopplade till ett hälsosamtal, i form av en dialog utifrån deltagarens egen hälsoprofil som genomförs inom ramen för Västerbottens VIP-program (Västerbotten Intervention Programme) och Jönköpings län har till skillnad från allmänna hälsokontroller visats vara ett kostnadseffektivt sätt att minska insjuknande och död, men också i att minska sociala skillnader i hälsa^{6,7}. Kommissionen gör bedömningen att regionerna behöver stärka förutsättningar för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete i den vuxna befolkningen dels när det gäller genom rådgivning om levnadsvanor för patienter, dels genom uppsökande insatser. Kommissionen anser att det bör ske på ett liknande sätt som skett i Västerbotten i syfte att förebygga de stora folksjukdomarna.”

Svenska Läkaresällskapet (SLS) efterfrågar riktlinjer för primärpreventiva insatser på befolkningsnivå och framhåller som exempel Riktade hälsosamtal som SLS finner har vetenskapligt visat stora positiva hälsoeffekter⁸.

Socialstyrelsen redovisar i rapport 2018⁹ kunskapsunderlag, erfarenheter och utveckling av Riktade hälsosamtal i Sverige och sammanfattar:

”Utvärderingar visar en positiv effekt med lägre risk för förtida död i sjukdomar, vilken kan kopplas till arbetet med hälsosamtal. Detta kan ses både på befolkningsnivå och i ännu högre grad i gruppen som deltagit i hälsosamtal.”

Grunden för befolkningsinriktade hälsosamtal som folkhälsoinsats är att hälsosamtal enligt metodik i *Hälsokurvan* och *Min stjärnprofil* är en dokumenterat välfungerande metod för att stödja enskilda personer i att bibehålla goda levnadsvanor såväl som att vid behov göra förändringar. Inom Region Jönköpings län förekommer det därför att man använder metodik Hälsokurvan även i enskilt patientarbete. Det innebär att även vid lägre nivåer av deltagande inom valda åldersgrupper så finns det effekter, i hälsa och hälsoekonomiskt, för de som deltar. För vidare resonemang kring hälsoeffekter och hälsoekonomi, var god se bilaga 1.

De rapporterade befolkningseffekterna på förtida död från VHU-programmet (Västerbottens Hälsa Undersökningar) grundas på deltagandenivåer 1990-2006, där man hade deltagande som andel av befolkningen varierande mellan 55 och 65%. *Det kan därför vara värdefullt med förhållningssättet att befolkningseffekterna förstärks av högt deltagande, samt att ett lägre deltagande ej är liktydigt med inga effekter. Metoden har också uppvisat en spridningseffekt, med positiv påverkan på befolkningens hälsa i stort, även för de som inte deltar.*

Sammanfattningsvis är Riktade hälsosamtal en väl beprövad metod, för vilken evidensen är stark. Ett införande i Region Skåne har därför goda förutsättningar att medföra minskat insjuknande i hjärt-kärlsjukdom och diabetes samt att minska sociala skillnader i hälsa.

Uppdrag och genomförande

Utredarna har haft i uppdrag att beskriva resursbehov för att via primärvården erbjuda Riktade hälsosamtal i enlighet med befintliga svenska program till valda åldersgrupper av vuxna i Region Skåne

I beskrivningarna ska hela införandeprocessen belysas, vad gäller valda populationer och valda åldersgrupper.

Resursbehov ska beräknas för förvaltning (årlig drift) respektive införandeprojektet (verksamhetsstöd, manual, kompetensstöd, kommunikationsinsatser).

Arbetet har genomförts med följande underlag som grund:

- Rapporten ”Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Stockholm läns landsting”, Mats Hellstrand mars 2018.
- Erfarenheter från införandeprocessen i Region Västmanland, där hälsosamtal infördes för regionens 50-åringar i mars 2017.
- Nationella sammanställningar 2014-2017 inom HFS temagrupp för Riktade hälsosamtal.
- Forsknings- och kunskapsläge i frågan. Jfr SMT 2/2017.
- Socialstyrelsens Lägesrapport 2017 för Behandling och prevention av kroniska sjukdomar, avsnittet Befolkningsinriktade hälsosamtal.

Fokus i rapporten ligger på resursbehov för att kontinuerligt bedriva verksamheten, det vill säga i förvaltning, med förslagsvis en projektgrupp och en avdelning med drifts- och utbildningsansvar. Resursbehov för införandeprojektet belyses, främst vad gäller att skapa en digitaliserad process med utvecklat IT-stöd.

Utredningen belyser effekter vid erbjudande av hälsosamtal för 40-, 50- och 60-åringar. Orsaken till val av åldersgrupper är att det finns mest erfarenheter inom svenska regioner i verksamhet till dessa åldersgrupper och att forskningen därmed till stor del bygger på hälsosamtal för dessa åldersgrupper. Det förekommer även erbjudande om hälsosamtal för 30-åringar (Region Norrbotten) och för 70 åringar (Region Jönköpings län). Det torde vara möjligt att få en uppfattning om scenarier och effekter även för åldersgrupper utöver 40, 50 och 60 år med stöd av scenarier i detta underlag. Vid åldersgrupper över 70 år behöver konceptet förmodligen anpassas, med exempelvis tillägg såsom fallskadeprevention.

Hälsosamtal i förvaltning, en kvalitetssäkrad process

För att Riktade hälsosamtal ska ge det förväntade utfallet i hälsa för individ och befolkning behöver arbetet präglas av en kvalitetssäkrad process.

För att verksamheten ska fungera smidigt i primärvården och på varje vårdcentral behöver det finnas ett administrativt IT-stöd. Det förutsätter i sin tur att deltagaren besvarar sin hälsoenkät via 1177.se för att undvika moment av pappersenkäter, med ex. scanning och rättningar av dessa. Inom Region Västmanland finns ett IT-stöd för hälsosamtal baserat på Min stjärnprofil i drift sedan mars 2017, integrerat med primärvårdens journalsystem och i Region Jönköpings län finns ett IT-stöd utvecklat och i drift baserat på Hälsokurvan, även detta integrerat med primärvårdens journalsystem. Föreliggande rapport utgår från erfarenheter av Västmanlands IT-stöd.

I Region Skåne krävs fortsatta diskussioner kring hur IT-lösningen för genomförande av Riktade hälsosamtal ska utformas.

Ett bra alternativ kan vara att samarbeta med Jönköping kring deras färdiga digitala IT-lösning och att använda denna redan från start, vilket medför startkostnad och fortlöpande kostnader samt ett gemensamt ansvar för att vidareutveckla systemet tillsammans. Detta samarbete utgör en bra möjlighet för jämförelser och gemensamma kontinuerliga uppdateringar av IT-stödet. Dessutom är systemet redan i drift i Region Jönköpings län och det skulle då vara rimligt att redan under 2020 införa detta IT-stöd i region Skåne. Om Region Skåne istället beslutar att bygga in en egen IT-lösning i Skånes Digitala Vårdsystem (SDV), är det motiverat att invänta införandet av SDV innan Riktade hälsosamtal införs. Detta för att undvika en process där IT-lösningen först behöver byggas in i PMO. Men att bygga upp ett nytt IT-stöd kräver också mycket resurser. Ett tredje alternativ är att bygga IT-lösningen i Stöd- och behandlingsplattformen, som är en del av de tjänster som erbjuds via 1177. För fortsatt diskussion kring IT-stöd, se sida 17 ”Resursbehov för utveckling av IT-stöd”.

Rekommendationen från utredningsgruppen i Region Skåne, är att vi ska välja att använda oss av Region Jönköpings modell Hälsokurvan. Region Kronoberg och Region Halland har också beslutat sig för att använda sig av denna modell. På så sätt kan vi då successivt bygga upp ett samarbete inom Södra sjukvårdsregionen kring processen med Riktade hälsosamtal, oavsett vilken IT-lösning Region Skåne väljer.

Redan nu använder sig en del distriktssköterskor i Region Skåne sig av metoden för Riktade hälsosamtal för levnadsvaneförändringar hos utvalda patienter.

Metod

En hälsoenkät fylls i via 1177. Enkäten omfattar frågor kring levnadsvanor, stress, psykosociala faktorer och ärftlighet. Biologiska riskmarkörer som BMI, midjastusskvot, kolesterol, blodsocker och blodtryck mäts via vårdcentralens laboratorie.

Samtliga svar och mätvärden förs över till det visuella verktyget Hälsokurvan, som sedan utgör grunden för det Riktade hälsosamtalet. Hälsokurvan ger således en samlad översikt över de viktigaste riskfaktorerna för hjärt-kärlsjukdom.

I en del fall, vid ex. avvikande laboratorieresultat, kan läkare på vårdcentralen behöva kopplas in.

Ovan text är en sammanfattning av den metodpärm som används i Jönköpingsmodellen som utbildningsmaterial¹⁰.

Ingående aktiviteter

För att erbjuda vårdcentralerna en kvalitetssäkrad process behöver vårdcentralerna ha ett gemensamt sammanhållet arbetssätt. En processkarta behöver tas fram, för att identifiera varje moment i arbetssättet/processen och utgör också en viktig del i ett förankringsarbete, vilket kan öka delaktigheten ute i verksamheterna påtagligt. Varje aktivitet i processkartan relaterar till resursbehov ekonomiskt och/eller personellt. Processen kan ses i fyra ”block”, som här används som utgångspunkt för beräkningar av resursbehov.

Varje organisation har sina förutsättningar att hitta sina arbetsformer. Även om tidsberäkningarna i det följande är gjorda i minuter så är det fortfarande skattade beräkningar. Beräkningarna bör därför användas primärt för det centrala planeringsarbetet. De bör ej användas för att bedöma om de stämmer för varje vårdcentral, och för att bestämma om uppdragsersättningen täcker varje vårdcentralers tidsinsatser.

Personal som utför Riktade hälsosamtal bör vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med 3 dagars utbildning i Motivational Interviewing (MI) och som deltagit i utbildning till hälsosamtalsledare (2 dagars grundutbildning). Dessa yrkeskategorier är således: distriktssköterskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter, dietister, läkare och arbetsterapeuter.

Här redovisas ingående aktiviteter i block A, B, C och D. Personaltid per block har beräknats på blockets sista rad. Tidsberäkningarna baseras på ett förvaltningsläge, där verksamheten är inarbetad, det administrativa webbstödet är inarbetad och hälsosamtalsledare är utbildade i metod och manual. Beräkningarna i block A-C utgår också från att deltagaren har besvarat enkäten via 1177.se. I block D beräknas personaltid för deltagande i utbildning, samt personaltid för personlig vägledning, tolk och andra former som kan förekomma. Även i förvaltningsläge finns det en kontinuerlig personalomsättning, då rutiner och processer inte alltid fungerar optimalt, vilket kan göra att tidsberäkningarna ej alltid stämmer.

För att verksamheten med hälsosamtal ska utföras med hög tillgänglighet för alla inbjudna behöver rutiner och resurser från start vara anpassade för individer och grupper som önskar personligt stöd. Det kan vara i form av tolk, i form av att besvara enkäten i ett samtal eller intervju eller utifrån individuella behov. Denna beredskap beskrivs mer utförligt senare.

Processbeskrivningen och beräkningen får ej förutsätta att alla deltagare effektivt följer processen. Istället bör processen ses som en effektiv process som frigör mer utrymme för de inbjudna invånare som har individuella och varierade förutsättningar och behov. Principen benämns även för ”proportionell universalism” och kännetecknar ”litterata organisationer”. Eftersom befolkningsinriktade hälsosamtal kan bidra både till förbättrad hälsa och mer jämlik hälsa är det viktigt att möta personer och grupper med särskilda behov på ett inbjudande sätt.

Block A: Aktiviteter från inbjudan fram till ifylld digital enkät

Aktivitet	Hälsosamtalsledare (HÄ)
Hämta upp listade individer i målgruppen i webbstödet	HÄ
Reservera tider för provtagning och hälsosamtal	HÄ
Boka tider för aktuell individ till lab	HÄ
Automatiskt generera inbjudningar för vald period	HÄ
Personaltid/deltagare	10 minuter

Block B: Aktiviteter från ankomst till lab till genomförda provtagningar och ev mätningar

Aktivitet	Receptionist (Rec) Lab-personal (Lab)
Inbjuden a) Kommer, b) Bokar om besökstid c) Uteblir	
Registrering i receptionen	Rec
Check om enkäten är besvarad. Påminna.	Rec
Administrera bokning till hälsosamtal	Rec
Provtagning	Lab
Ta blodtryck, längd, vikt, midjemått	Lab
Personaltid/deltagare	20 minuter

Block C: Aktiviteter från inkomna provsvar fram till genomfört och dokumenterat samtal

Aktivitet	Hälsosamtalsledare (HÄ)
Provsvar. Om avvikande: VC hanterar enl patientrutiner.	HÄ
Deltagare kommer (alt ombokar/uteblir från bokad besök)	HÄ
Hälsosamtal genomförs, med stöd av Hälsokurvan	HÄ
Hälsokurvan skrivs ut i kopia till deltagaren, med dennes "kontrakt" med sig själv.	HÄ
Dokumentation av samtalet	HÄ
Personaltid/deltagare	60 minuter

Den summerade tiden för genomförandet av processen med block A, B och C är beräknad till 1,5 timme per fullföljande deltagare. I detta ingår block A-insatser för alla inbjudna, dvs även för den grupp som ej tackar ja till inbjudan.

Kostnad för provtagning tillkommer för varje vårdcentral. Många tar proverna fastande och flera tar fullt lipidstatus (kolesterolvärden) redan från start, för att minska behov av att patienten får ta om proverna fastande om de är för höga (enligt metodpärmen¹⁰ för *Hälsokurvan*). Fullt lipidstatus underlättar själva samtalet, men kostnaden ökar och det är då upp till varje vårdcentral att göra denna bedömning. P-glukos (blodsocker) finns inte med i själva kurvan men anges på kurvbladet längst ned. Proverna tas venöst ute i verksamheten.

Kostnad för provtagning:

P-Kolesterol	10 kr
P-Glukos (kapillärt)	6 kr
P-Glukos (venöst)	12 kr

Block D: Utbildning och personlig vägledning

Två större ”poster” avseende personaltid behöver beräknas utöver den ovan beskrivna processen, vad gäller vårdcentralernas insatser. Det avser utbildningstid samt personlig vägledning, insatser som i nedanstående tabell fördelats i personaltid på alla deltagare. Fördelningen har gjorts utifrån deltagare i endast en åldersgrupp.

I de fall 2–3 åldersgrupper erbjuds reduceras utbildningstid och vägledningstid per deltagare avsevärt:

- **Utbildningstid:**
 Detta avser den utbildning som varje hälsosamtalsledare behöver få i metod och arbetssätt, samt deltagande i nätverksträffar med information och erfarenhetsutbyte. Tid för utbildning beräknas här till tre heldagar per år. Tid för nätverksträffar är beräknat till två halvdagar per år. Det kan vara något högt räknat för de vårdcentraler som har hälsosamtalsledare som är verksamma över längre tid. Det gör sammantaget 32 timmar per år. En medelstor vårdcentral beräknas ha 10 000-11 000 listade, varav ca 140 individer är 40, 50 respektive 60 år. Vid ett deltagande på 50% av 140 personer i åldersgruppen blir det ca 70 deltagare per åldersgrupp. 32 timmar per år fördelat på 70 deltagare blir nära 30 minuter per deltagare i det fall hälsosamtal erbjuds till enbart en åldersgrupp. (*I det fall hälsosamtal erbjuds till tre åldersgrupper motsvarar utbildningstiden ca 10 minuter per deltagare*)

	Kompetensutveckling	Fördelat per deltagare
Utbildning	24 timmar	23 min
Nätverksträffar	8 timmar	7 min
Summa	32 timmar (cirka)	30 min (cirka)

- Individuell vägledning:
Tid behöver avsättas för särskild vägledning till individer och grupper som efterfrågar det, därför att man av något skäl ej är bekväm med ingången via 1177. Det kan gälla vid språksvårigheter, behov av tolk, osäkerhet kring 1177 och digital enkät. Denna tidsåtgång är svår att uppskatta och varierar utifrån lokala förhållanden. Preliminära data från Västmanland indikerar att 5 – 10 % har efterfrågat individuell vägledning. Ett antagande, med marginal, kan göras att 20 % behöver individuell vägledning, inför och under samtalet. Om detta innebär en extra timme per deltagare skulle det göra 14 timmar (utifrån deltagande enligt ovan). Ifall denna skattning är högt räknad skulle tiden kunna användas till ”uppsökande” kontaktarbete via telefon, då detta är påvisat framgångsrikt. Fördelat på årets deltagare (70 personer enligt ovan) skulle detta göra ca 15 minuter per deltagare.

	Vägledningstid	Fördelat per deltagare
Till 20% av deltagare	14 personer	
En timme per person	14 timmar	15 min

Summering av beräknade tidsresurser (exklusive eventuell läkarbedömning)

Här sammanställs de tidsinsatser som beskrivits ovan.

	Personaltid
Block A	10
Block B	15
Block C	60
Block D	30
Kompetensutveckling	15
Individuell vägledning	
Summa tid	2 tim och 10 minuter

De tidsinsatser som ej är inräknade ovan är läkares tid för bedömningar av provsvar och övriga medicinska bedömningar enligt manual för hälsosamtal och vårdprogram (hypertoni, diabetes m.m.).

Ett motiv för att en separat beräkning av läkares tid ej har gjorts här:

- För deltagare som behöver en noggrannare medicinsk bedömning och uppföljning finns tydliga signaler på risk- eller sjukdomstillstånd. Därmed finns det motiv för att läkares insatser i dessa fall är lika väl motiverade som i de fall patienter söker i vanlig ordning.
- Erfarenheter från aktiva regioner indikerar att belastningen på läkare från deltagare i hälsosamtal är begränsad och/eller upplevs som en möjlighet till tidiga och ofta relativt enkla åtgärder.

En rekommendation är att, vid en ev. fördjupad utredningsprocess om hälsosamtal inom Region Skåne, inventera frågan om läkares tidsinsatser med stöd av representanter i nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård (HFS) temagrupp för Riktade hälsosamtal.

Sammanställningen av tidsinsatser ska inte läsas så exakt som tabellerna kan ge intryck av. Däremot kan den ge en uppfattning av rimliga resursbehov.

Samtliga regioner som har infört Riktade hälsosamtal har valt en ekonomisk modell som bygger på ersättning till vårdcentralerna utifrån antalet genomförda hälsosamtal.

För denna ekonomiska uträkning behövs därför ett antagande om timkostnad för berörd personal. Vid en månadslön på 40 tkr och arbetsgivarkostnader på 50 %, delat på 165 timmar ger en timkostnad på 365 kr.

En timersättning på 1000 kr per genomfört hälsosamtal skulle därmed väl täcka 2 timmar och 10 minuters personalresurs. Det skulle även täcka ett visst mått av oförutsedda kostnader.

Block D med kompetensutveckling skulle kunna reducera tidsinsatsen per deltagare, i de fall man bjuder in fler åldersgrupper eller samtalsledaren av andra skäl utför en större mängd hälsosamtal än de som kalkylen beräknas på.

Ekonomiska ersättningar till primärvård i regioner som erbjuder hälsosamtal varierar över tid och mellan regioner. Det förekommer även kombinationer med viss avgift för deltagaren. Men ur jämlikhetsperspektiv, har det visat sig fördelaktigt att ej ta ut patientavgift. Utredningsgruppen rekommenderar därför att Riktade hälsosamtal erbjuds utan kostnad för deltagaren.

I de fortsatta beräkningarna antas att primärvården ersätts med 1000 kr per genomfört hälsosamtal och att detta täcker vårdcentralernas resursbehov enligt ovan beräkningar.

Förslag till implementeringsplan i Region Skåne:

Insats	Ansvar	Tidplan
Utredning/rapport för införandet av Riktade hälsosamtal i Region Skåne	Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention (Ingemar Götestrand, Malin Skogström) Hälsa- och sjukvårdsstrateger (Susanna Stenevi Lundgren, Sandra Hedberg)	Mars-juni 2019
Utveckling av IT-stöd	Enheten för eHälsotjänster	2019
Uppdrag att bilda ett råd för Riktade hälsosamtal	Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention i samarbete med: Lunds Universitet (LU), Centrum för primärvårdsforskning (CPF), World Health Organization Collaboration Centre (WHO-CC), Kompetenscentrum primärvård (KCP), Expertgrupp hjärta/kärl, samt representanter från kardiologen, offentliga/privata vårdcentraler, primärvårdsförvaltningen och avdelningen för Hälsa- och sjukvårdsstyrning.	Start hösten 2019, sedan löpande
Uppdrag att utarbeta en processkarta/rutiner för införandet	Projektgrupp: Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention i samråd med primärvården	Hösten 2019
Kommunikationsplan	Kommunikatörer i samråd med projektgruppen	2020-2021
Utbildning av Hälsosamtalsledare	KC levnadsvanor och sjukdomsprevention	Första utbildningen våren 2020, sedan löpande, minst 2 utbildningar/år (2 dagars)
Uppföljning/forskning	CPF, LU, WHO-CC	2021 och löpande
Uppdrag driftsansvar för Riktade hälsosamtal	KC levnadsvanor och sjukdomsprevention	2020 och löpande
Pilot – införande av Riktade hälsosamtal	Utvalda vårdcentraler (både offentliga och privata)	Val av IT-lösning blir avgörande för denna beräkning. 2020?
Utvärdering pilot	KC levnadsvanor och sjukdomsprevention, CPF, LU, WHO-CC, förslagsvis även med en enkät till inkluderade deltagare och en kontrollgrupp, 1 års uppf	2021
Successivt införande över hela Skåne för alla 40-åringar		2021
Utökning av målgruppen till att även inkludera 50- och 60-åringar		2023-2026

Resursbehov för koordinator för metod- och kompetensstöd.

Ett antal aktiva regioner har befolkning på 250 000 – 350 000 invånare, med ca 25 – 50 vårdcentraler, och de flesta regioner har 40-, 50- och 60-åringar som målgrupp. I dessa regioner är det vanligt att resurser för samordnat metod- och kompetensstöd består av en samordnare/koordinator på heltid eller två personer gemensamt som även kan ha andra uppdrag.

Uppgifterna för dessa samordnare är:

- Driva utformningen av den hälsoenkät som ingår i hälsosamtalet.
- Driva utformning och uppdateringar av den manual som beskriver hälsosamtalet.
- Driva utformningen av det digitaliserade stödet i samråd med personer ansvariga för IT-lösningen.
- Utgöra kompetensstöd till samtalsledare på vårdcentralerna.
- Bedriva utbildningar för samtalsledare.

Därtill finns det behov av stödresurser vad gäller löpande vårdcentralskontakter samt samordning av uppföljning och forskning.

I Region Skåne, med befolkning på ca 1,3 miljoner och ca 160 vårdcentraler, behöver frågan om samordnat metod- och kompetensstöd analyseras utifrån dess egna förutsättningar.

Nationellt kompetensstöd om kunskapsläget

Det finns behov av nationellt kunskapsstöd vad gäller riktade hälsosamtal. I HFS temagrupp medverkar meriterade forskare. Till programmet Västerbottens Hälsoundersökningar (VHU) finns knutet ett vetenskapligt råd med kompetens inom bland annat allmänmedicin, epidemiologi, internmedicin och beteendemedicin. Rådet ansvarar för att undersökningarna följer medicinsk evidens och aktuella riktlinjer för förebyggande och medicinsk vård.

Det bör vara angeläget med en motsvarande funktion inom Region Skåne. Resurspersoner torde finnas att anknyta inom Centrum för primärvårdsforskning, WHO-CC, Lunds universitet, Kompetenscentrum för primärvård, förvaltningsledning Primärvården, avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning samt representanter från offentliga/privata vårdcentraler och Expertgrupp Hjärta-kärl.

Kompetensstöd i utbildning av hälsosamtalsledare

Utbildning i form av fysiskt gemensamt deltagande i utbildningsdagar bedöms vara den centrala komponenten vad gäller kompetensstöd till vårdcentralerna.

- Det ger den nödvändiga grundkunskapen om hälsosamtal som behövs för samtalsledare.
- Det ger tillfälle till dialoger, frågor och diskussion.
- Det ger tillfälle till erfarenhetsutbyte mellan deltagare.

En grund för utbildningen är den skriftliga manualen (metodpärmen) från Region Jönköpings län som beskriver metodiken för Hälsokurvan i detalj¹⁰.

Ytterligare information för fördjupad kompetens ska finnas på Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomspreventions hemsida. I nuläget finns i Region Skåne webbutbildning om levnadsvanor, Videoteket "Evidensbaserat arbete med levnadsvanor inom primärvården" (Kompetenscentrum primärvård) och Socialstyrelsens film från VC Näsby. En pedagogisk kunskapskälla som används av flera aktiva regioner är webbutbildningen www.sundkurs.se/.

Kompetensstöd i nätverk inom regionen

Det är värdefullt att stödja samtalsledare i att knyta kontakter och stöd av varandra. En viktig kontaktyta är att arrangera nätverksträffar, förslagsvis två gånger per år.

Bedömning av resursbehov för Region Skåne för samordnat metod- och kompetensstöd

Under införandefasen/uppstart piloter finns det ett behov av projektledning som bör ligga som ett separat uppdrag till Kunskapscentrum levnadsvanor och sjukdomsprevention, för att

- i dialog med vårdcentralerna utforma processen och processkartan, utarbeta den manual som reglerar och kvalitetssäkrar processens olika moment, reglerar förhållandet till existerande vårdprogram samt tydliggör roller och ansvar för läkare, för hälsosamtalsledare samt för deltagaren. I arbetet med manualen är det viktigt med medicinsk granskning.
- Tillsammans med IT-ansvariga utveckla IT-stödet.

En ungefärlig uppskattning av resursbehov i Region Skåne under en införandeprocess och under förvaltning för metod- och kompetensstöd är tre heltidstjänster exkl. IT-stödet centralt.

Dessa tre heltidstjänster kan med fördel fördelas mellan personer med olika hälso- och sjukvårdskompetens. Förslagsvis distriktssköterska/motsvarande på deltid som i projektledningen förmedlar förtroenhetskunskap om det dagliga arbetet på en vårdcentral, och stödjer vårdcentralerna i dagligt uppkomna frågor och svårigheter med möjlighet till besök i verksamheten. Läkare med huvudansvar för det medicinska innehållet och uppdatering av detta. Strategisk kompetens avseende metoder och processer.

Ytterligare en betydelsefull funktion för projektgruppen är fokus på utdatarapporter. Dessa bör utformas utifrån behov hos fler målgrupper.

- Dels behövs data i form av dagligt uppdaterade rapporter per vårdcentral med vårdcentralens åtkomst för sin uppföljning.
- Rapporter för utdata behöver också skapas för projektledningens/koordinatorsfunktionens övergripande uppföljning och analyser. Därigenom kan koordinatorsfunktionen följa varje vårdcentralens arbete, med utsända inbjudningar, provtagning, besvarade hälsoenkäter samt genomförda hälsosamtal, dvs hela hälsosamtalsprocessen.
- Särskilda rapporter med samtliga deltagares avidentifierade data per rad är viktiga, då dessa rapporter möjliggör statistiska analyser i SPSS/motsvarande. Bl a ger dessa information om deltagande utifrån utbildningsnivå.
- Ett fjärde område är att i ett tidigt skede bevaka och förbereda möjligheter för forskning.

En förutsättning för ett välfungerande samordnat metod- och kompetensstöd är dess tillhörighet i organisationen, med stödjande ledning och kompletterande kompetenser.

En ungefärlig uppskattning på ca 3 tjänster sammantaget skulle bli 2,7 mkr/år. I följande scenarier används det beloppet.

Resursbehov för utveckling av IT-stöd

Riktade hälsosamtal – flöde

Hämta upp listade 40-åringar	webbstöd
Reservera och planera tider för provtagning och hälsosamtal	journal
Boka tider för aktuella 40-åringar till lab	journal
Automatiskt generera inbjudningar	webbstöd
Fylla i enkät digitalt via 1177.se eller formulärtjänst	vad väljer vi?
Kommer, avboka/omboka/uteblir(betala för uteblivet besök?)	journal
Provtagningsbesök:	
Registrering i receptionen	journal
Fråga om enkät är ifylld	
Administrera bokning av hälsosamtal	journal
Provtagning/BT/BMI	journal
Om avvikande provsvar – åtgärd enligt VC rutiner	journal
Hälsosamtal:	
Besök hälsosamtal med hälsokurvan som underlag och eventuellt nytt blodtryck	journal
Dokumentera	journal och webbstöd
Alt. 1: Hälsostatus bra	
Alt. 2: Uppföljande åtgärder/ avvikande svar	journal

IT-lösning för Region Skåne

Alternativ:

- Samarbete inleds med Region Jönköping avseende deras digitala lösning (startkostnad, fortlöpande kostnad, resurser avsatta för att utveckla systemet vidare tillsammans med Jönköping). Även Region Halland och Region Kronoberg har intresse av ett samarbete. Detta samarbete möjliggör ett gott resursutnyttjande i samtliga regioner som väljer att ingå i detta samarbete. Under sommaren 2019 kommer även ansvariga personer i Jönköping och Västerbotten att träffas för att börja skissa på att samköra sina system för att ha en nationell lösning för Riktade Hälsosamtal.
- Hälsokurvan/enkäter byggs in i SDV med Jönköpings digitala lösning som modell. Nackdelen med detta alternativ är att det är tidskrävande samt att Region Skåne då får ett eget system, som ej kan samköras på ett nationellt plan, där man annars kan dra nytta av varandras resurser för uppdatering, uppföljning och förvaltning.
- Funktionerna som behövs för genomförande av Hälsosamtal kan *eventuellt* erbjudas via Stöd- och behandlingsplattformen, men någon färdig lösning finns ej i nuläget.
- Annat alternativ?

Utredningsgruppen som tagit fram underlaget har ingen IT-kompetens och kan därför ej bedöma vilket alternativ som passar bäst för Region Skåne. Denna bedömning behöver göras av Region Skånes IT-kunniga. I beräknad budget är denna kostnad således svår att uppskatta, men beräknad till 2 mkr/år, men behöver justeras när regionen valt IT-lösning. Men naturligtvis är den lösning att föredra, där samarbete mellan regionerna möjliggörs, för ett mer effektivt resursutnyttjande över tid.

Exempel: Den volym Region Västmanland har lagt på att bygga sitt IT-stöd uppgår till ca 2200 timmar. Av detta har ca 1200 timmar använts för kodbasen för webbstödet. Intern IT- tid för att skapa integrationer är ca 300 timmar (integrationstekniker ca 240 timmar, servertekniker ca 40 timmar, systemförvaltare journalsystem ca 10 timmar).

Delprojektledare IT har avsatt ca 500 timmar, där merparten har använts för att samordna arbetet med integrationer. Därutöver har extern leverantör bidragit i att bygga integrationer. Omfattningen är ej preciserad.

Detta underlag kan ej ytterligare vägleda i frågan gällande IT-stöd för Region Skånes införande av Riktade hälsosamtal. I Region Skåne behövs en särskild process för detta beslut. Denna process har initierats i juni 2019 via enheten för eHälsotjänster/Region Skåne.

Utredningsgruppen är dock gärna behjälplig framöver i frågor som rör IT-stödet, men uppdraget bör tilldelas IT-kunniga medarbetare.

Resursbehov för kommunikation

Det är nödvändigt med en väl utformad kommunikationsstrategi för en befolkningsinriktad verksamhet av detta slag. Aktiva regioner har exempel på filmer där erbjudande och deltagande beskrivs pedagogiskt. Exempel på dessa finns på Youtube, och filmklipp av olika slag har marknadsförts över Facebook och andra sociala medier, riktat till valda åldersgrupper¹¹. Omfattningen i kommunikationsinsatser och budget är beroende av geografiskt område och i någon mån av antal åldersgrupper. Under startåret i Västmanland har ca 300 tkr använts för genomförande av kommunikationsplanen, vilket utgör storleksordningen 10 % av startårets budget.

Scenariebeskrivningar för Region Skåne

Befolkningsinriktade hälsosamtal erbjuds vanligen vid 40, 50 och 60 års ålder hos aktiva regioner (Västerbotten, Jönköping, Västernorrland, Sörmland). Gävleborg erbjuder 40-åringar och Västmanland 50-åringar. Halland kommer att börja erbjuda 40-åringar. Norrbotten bjuder in vid 30, 40, 50 och 60. Jönköping bjuder in även vid 70.

Erfarenheter där deltagare erbjuds att besvara sin hälsoenkät i första hand via webbenkät på 1177 är ännu begränsade. Västmanland har tillämpat rutinen från start i mars 2017, och under året har 95% av 50-åringarna bjudits in. Andelen som tackat ja det första året är ca 40%. Andel deltagare bland kvinnor är något högre än bland män. Deltagande utifrån utbildningsnivå stämmer väl med utbildningsprofilen hos befolkningen av 50-åringar.

Erfarenheter från regioner som bjuder in fler åldersgrupper är att 60-åringar deltar i högre grad än 50-åringar, som i sin tur deltar i högre grad än 40-åringar. Erfarenheter från regioner som börjat erbjuda hälsosamtal under senaste åren (Västernorrland och Sörmland) är en deltagandenivå på ca 45% av inbjudna 40-åringar, 50% av 50-åringar och 55% av 60-åringar. Eventuellt blir deltagandenivån något lägre i startskedet med webbenkät, såsom i Västmanland.

Ett antagande görs att deltagandenivå av inbjudna efter ett inledande upptaktsår är 40% för 40-åringar, 45% för 50-åringar och 50% för 60-åringar.

Följande kommentarer kan göras:

- Redan vid denna relativt låga deltagandenivå, med troligt representativt deltagande utifrån utbildningsnivå, bidrar verksamheten till förbättrad och mer jämlik hälsa bland deltagande grupper.
- Deltagandenivån är för låg för att kunna generera de befolkningseffekter i förtida mortalitet enligt Intention to treat som Västerbotten visar.
- Målet behöver vara att efter inledande år uppnå ett deltagande på över 55% av inbjudna.
- Verksamheten inklusive IT-stöd behöver bedrivas så att vårdcentralerna bjuder in samtliga i de åldersgrupper som uppdraget avser.

Scenario Region Skåne och en åldersgrupp

Enligt Region Skånes förteckning över godkända vårdgivare mars 2018 finns det ca 160 vårdcentraler. Med en befolkning på 1,362 miljoner (december 2018) gör det i genomsnitt ungefär 8500 listade per vårdcentral.

Antal 40-åringar inom Region Skåne fördelade på 160 vårdcentraler ger följande bild för en vårdcentral av genomsnittlig storlek:

Åldersgrupp	40 år
Skåne	$17872/160=112$

Steg 1 - pilotfas 40-åringar

Uppskattat antal deltagare per år i ett uppstartsskede beräknas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40 %
Deltagare pilotfas/VC	45 (=40% av 112 individer)

Första steget i införandet av Riktade hälsosamtal till invånare 40 år gamla på 10 vårdcentraler under våren 2020.

Uppskattat antal deltagare per år i ett uppstartsskede beräknas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40 %
Deltagare uppstart	450

Med en ersättning till vårdcentralen med 1000 kr per genomfört hälsosamtal kan ersättningsbeloppen till primärvården skattas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40 %
Uppstartsskede	450 000 kr

Summerad budget för 40-åringar på 10 vårdcentraler kan från första året skattas enligt följande:

Verksamhet	Ersättning till	Belopp
Process hälsosamtal	Primärvård	450 000 kr
IT-stöd	IT-förvaltning	2 mkr
Kommunikationsplan	Kommunikationsenhet	300 000 kr
Koordinatorfunktion	Centralt verksamhetsstöd	2,7 mkr
Summa		Ca 5,5 mkr

Steg 2 - breddinförande 40-åringar

I steg två införs Riktade hälsosamtal på övriga vårdcentraler successivt under 2021. Inom Region Skåne är bilden följande år 2019 vad gäller antal invånare 40 år gamla.

Åldersgrupp	40 år
Invånare	17872

Uppskattat antal deltagare per år i ett uppstartsskede beräknas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40 %
Deltagare uppstart	7149

Med en ersättning till vårdcentralen med 1000 kr per genomfört hälsosamtal kan ersättningsbeloppet till primärvården skattas till följande:

Åldersgrupp	40 år
Uppstartsskede	7,2 mkr

Summerad budget för 40-åringar kan från år ett skattas enligt följande:

Verksamhet	Ersättning till	Belopp
Process hälsosamtal	Primärvård	7,2 mkr
IT-stöd	IT-förvaltning	2 mkr
Kommunikationsplan	Kommunikationsenhet	1 mkr
Koordinatorfunktion	Centralt verksamhetsstöd	2,7 mkr
Summa		Ca 12,9 mkr

Steg 3 - breddinförande 40- och 50-åringar

Inom Region Skåne är bilden följande år 2019 vad gäller antal invånare 40 och 50 år gamla.

Åldersgrupp	40 år	50 år
Invånare	17872	18811

Uppskattat antal deltagare per år i ett uppstartsskede beräknas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40%	50 år, 45 %
Deltagare uppstart	7149	8465

Med en ersättning till vårdcentralen med 1000 kr per genomfört hälsosamtal kan ersättningsbeloppen till primärvården skattas till följande:

Åldersgrupp	40 år	50 år
Uppstartsskede	7,5 mkr	8,5 mkr

Summerad budget för dessa tre åldersgrupper kan från år ett skattas enligt följande:

Verksamhet	Ersättning till	Belopp
Process hälsosamtal	Primärvård	16 mkr
IT-stöd	IT-förvaltning	2 mkr
Kommunikationsplan	Kommunikationsenhet	2 mkr
Koordinatorfunktion	Centralt verksamhetsstöd	2,7 mkr
Summa		Ca 22,7 mkr

Steg 4 - breddinförande 40-, 50- och 60-åringar

Inom Region Skåne är bilden följande år 2019 vad gäller antal invånare 40, 50 och 60 år gamla.

Åldersgrupp	40 år	50 år	60 år
Invånare	17872	18811	15048

Uppskattat antal deltagare per år i ett uppstartsskede beräknas till följande:

Åldersgrupp	40 år, 40%	50 år, 45 %	60 år, 50%
Deltagare uppstart	7149	8465	7524

Med en ersättning till vårdcentralen med 1000 kr per genomfört hälsosamtal kan ersättningsbeloppen till primärvården skattas till följande:

Åldersgrupp	40 år	50 år	60 år
Uppstartsskede	7,5 mkr	8,5 mkr	7,5 mkr

Summerad budget för dessa tre åldersgrupper kan från år ett skattas enligt följande:

Verksamhet	Ersättning till	Belopp
Process hälsosamtal	Primärvård	23,5 mkr
IT-stöd	IT-förvaltning	2 mkr
Kommunikationsplan	Kommunikationsenhet	2 mkr
Koordinatorfunktion	Centralt verksamhetsstöd	2,7 mkr
Summa		Ca 30,2 mkr

Deltagandenivå från och med tre års verksamhet alla vårdcentraler

Deltagandenivå från och med tre års verksamhet beräknas till 45 % av 40-åringar, 50 % av 50-åringar och 55 % av 60-åringar. Det ger följande deltagande:

Åldersgrupp	40 år, 45%	50 år, 50 %	60 år, 55%
Deltagare från år 3	8042	9405	8276

Med en ersättning till vårdcentralen med 1000 kr per genomfört hälsosamtal kan ersättningsbeloppet till primärvården skattas till följande:

Åldersgrupp	40 år	50 år	60 år
Från år 3	8 mkr	9,5 mkr	8,5 mkr

Summerad budget för dessa tre åldersgrupper kan från år tre skattas enligt följande:

Verksamhet	Ersättning till	Belopp
Process hälsosamtal	Primärvård	26 mkr
IT-stöd	IT-förvaltning	2 mkr
Kommunikationsplan	Kommunikationsenhet	2 mkr
Koordinatorfunktion	Centralt verksamhetsstöd	2,7 mkr
Summa		Ca 32,7 mkr

Diskussion

Utifrån refererade studier från Västerbotten och Jönköping finns det goda grunder för bedömningen att befolkningsinriktade hälsosamtal bidrar till en mer jämlik hälsa. Statistik för år 2017 för Västmanlands hälsosamtal för 50-åringar 2017 visar (liksom data från andra regioner) att det finns ett representativt deltagande utifrån utbildningsnivå vid 40 % deltagande, samt att riskfaktornivåerna följer det kända mönstret med högsta nivåerna för gruppen med kort utbildning och lägsta nivåerna för gruppen med eftergymnasial utbildning.

Erfarenheter från hälsosamtalsledare är att arbetet med hälsosamtal upplevs meningsfullt och stimulerande. Samma bild återges i Socialstyrelsens rapport.

Likaså är det ett stöd som uppskattas av de personer som deltar.

Kunskapsläge vad gäller riktade hälsosamtal baseras på de gemensamma grunderna i de program som aktiva regioner följer.

Inom varje organisation har samtidigt lokala anpassningar gjorts, både vad gäller införandeprocess och i förvaltning. Samma synsätt behöver tillämpas inom Region Skåne.

Bland de åtta regioner som 2017 erbjuder hälsosamtal ingår ingen storstadsregion.

Det torde vara värdefullt för Region Skåne att, liksom somliga andra regioner, påbörja införandet av riktade hälsosamtal stegvis vad gäller regionens geografiska delar. Det ger större möjlighet att successivt bygga erfarenheter om hur riktade hälsosamtal kan förankras och implementeras på bästa sätt i vårdcentralernas praktik. Genom stegvis geografiskt införande blir möjligheterna större till samordnande ledning för att korrigera och förbättra moment i processen i dialog med vårdcentralerna.

Frågan om åldersgrupper behöver diskuteras och fördjupas. Inom aktiva regioner finns det exempel på olika införandeprocesser. Både Västernorrland och Sörmland införde hälsosamtal samtidigt för alla tre åldersgrupperna 40-, 50- och 60-åringar i en införandeprocess, Västernorrland år 2012 och Sörmland år 2014. Västmanland började 2017 med en åldersgrupp, 50-åringar. Det underlättar kommunikationsarbetet om man kraftsamlar med tre åldersgrupper. Därigenom kan det vara lättare att åstadkomma ett bredare samhällsengagemang, från kommuner och andra aktörer. Erfarenheterna från Jönköping/Habo och Västerbotten är att en samhällsmobilisering kring hälsoarbetet är en viktig dimension för att stärka befolkningseffekten. Region Skåne behöver dock bedöma detta utifrån förhållandena som storstadsregion och med stor befolkning, där stegvis införandeprocess borde vara att föredra.

Slutsatser

Sammanfattningsvis summeras här slutsatser och rekommendationer ifråga om erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Region Skåne.

- Hälsosamtal enligt det svenska konceptet är en befolkningsinriktad insats med dokumenterat god hälso- och hälsoekonomisk effekt.
- Införandeprocessen behöver utformas i etapper för att skapa både förankring och egna kunskaper.
- Steg 1: Pilotfas 40 åringar under år 2020 (cirka 10 vårdcentraler)
- Steg 2: Breddinförande 40-åringar år 2021
- Steg 3: Breddinförande 50-åringar
- Steg 4: Breddinförande 60-åringar

Inför pilotfasen bör vårdcentralernas organisatoriska förutsättningar och stöd för ett införande utredas.

- Att därefter besluta om vilka enheter som bör inkluderas.
- Att mäta effekterna 1 år efter genomfört Hälsosamtal, med enkät till inkluderade individer, att jämföras med en kontrollgrupp.

Ekonomiska resurser för samordnat metod- och kompetensstöd, inklusive IT-stöd, behöver skapas och förvaltas. Metod- och kompetensstödet är till stor del oberoende av målpopulationens omfattning. För att motivera resurser för det samordnade metod- och kompetensstödet bör inte de inledande införandeetapperna ske alltför småskaligt. Det kan också vara svårt i kommunikationsarbetet att få genomslag hos alltför små målgrupper¹².

Referenser

- ¹ World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Internet]. [citerad 14 mars 2017]. Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/> World Health Organization. Cancer. [Internet]. [citerad 14 mars 2017].
- ² Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- ³ Lingfors, H, Persson, LG, (2019) All-cause mortality among young men 24-26 years after a lifestyle health dialogue in a Swedish primary care setting: a longitudinal follow-up register study. *BMJ Open*. 2019 Jan 29;9(1):e022474. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022474.
- ⁴ Norberg M, Ekberg J, Weinehall L, Lingfors H. Befolkningssuppdraget, exemplet hälsoundersökningar – först misstrott, nu evidensbaserat. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 2 2017
- ⁵ SOU 2017:47 Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa
- ⁶ Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S. och Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open*, 5(12), e009651
- ⁷ Lingfors, H., Persson, L.G., Lindström, K., Bengtsson, C. och Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. *Preventive Medicine*, 48(1), 20–24
- ⁸ Remissvar Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (remissversion november 2017). www.sls.se
- ⁹ Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen. Mars 2018
- ¹⁰ Hälsokurvan, Metodpärm/utbildningsmaterial Jönköpingsmodellen Källa: Region Jönköpings län lisbeth.m.johansson@rjl.se
- ¹¹ Region Jönköpings län 2012: <https://www.youtube.com/watch?v=39BfdGxCRkE>
Region Västmanland: <https://www.youtube.com/watch?v=PT9-KzJZBTM>
- ¹² Rapporten ”Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Stockholm läns landsting”, Mats Hellstrand mars 2018.

Bilaga 1: Hälsoeffekter och hälsoekonomi

Denna bilaga är direkt tagen från Mats Hellstrands rapport ”Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Stockholm läns landsting”, mars 2018.

I dag finns god evidens för effekten av riktade hälsosamtal. Uppföljning av arbetet med hälsosamtal i en kommun visar att dödligheten i hjärtinfarkt före 75 års ålder över en tioårsperiod minskade snabbare än i jämförbara kommuner i Sverige. Man kunde också konstatera förbättringar av levnadsvanor och minskad förekomst av särskilda riskfaktorer för hjärtinfarkt^{1 2}. I en utvärdering 1990–2006 publicerad 2015, omfattande totalt en miljon personår, visades att den förtida mortaliteten i målpopulationen (deltagare och icke-deltagare sammantaget) var ca 10 % lägre jämfört med en referenspopulation i Sverige. Detta motsvarar 587 dödsfall som inte inträffat, men som ”borde ha inträffat” om dödstalet i VHUs målbefolkning varit samma som i motsvarande svenska befolkning (hänsyn tagen till ålder, kön, utbildningsnivå och period). Endast ett mindre antal gällde den fjärdedel av målpopulationen som hade universitetsutbildning, det största antalet gällde personer med grundskole- och gymnasieutbildning. Resultatet för enbart gruppen deltagare i VHU var ca 35 % färre dödsfall än förväntat².

I det primärpreventiva befolkningsinriktade arbetet är det viktigt att inte endast koncentrera sig på individer med avvikande värden på riskfaktorer utan även arbeta för att behålla goda levnadsvanor och normala värden. Detta har belysts i uppföljningar där man såg att risken att utveckla fetma var störst bland dem som inte hade avvikande värden, det vill säga som inte hade förhöjt blodsocker eller blodtryck³. Kombination av flera ohälsosamma levnadsvanor hos en individ resulterar i ökad risk att få diabetes⁴. Å andra sidan; förändring av levnadsvanor, inte minst genom mer hälsosam kost, kan minska risken för diabetes⁵. Resultaten visar även att dubbelt så många nya diabetesfall skulle kunna förebyggas om hela befolkningen över en 10-årsperiod förblir viktstabil jämfört med om man kunde intervensera så att personer med redan utvecklad fetma minskar i vikt⁶. Det senare torde vara betydligt svårare och med kortsiktig effekt.

I en studie publicerad 2017 visades även resultat som talar för att personer som får diabetesdiagnos i samband med screening inom VHU har bättre prognos än personer som diagnosticeras i vanlig klinisk verksamhet⁷.

I en RCT-studie (med deltagare slumpade till interventions- resp. kontrollgrupp) från Västmanland visades vid ettårsuppföljning signifikanta förbättringar i interventionsgruppen, som deltog i hälsosamtalen, jämfört med kontroll, som ej erbjöds hälsosamtal, vad gäller BMI, midja och midja-stuss-kvot⁸.

Refererade studier ger grund för bedömningen att hälsosamtal på kort och lång sikt ger positiva effekter för deltagare. Långtidsuppföljningar från Västerbotten och Habo visar även effekter på befolkningsnivå, enligt principen Intention to Treat.

Effekter för svagare grupper

Västerbottens långtidsuppföljning visar positiv effekt vad gäller jämlik hälsa, i det att de med kort eller medellång utbildning hade störst effekt jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning. Genom att socioekonomiskt svagare grupper generellt har fler riskfaktorer och avvikande värden, vilket framträder i hälsoundersökning och hälsosamtal, är det konsekvent att dessa grupper kan dra största nyttan av verksamheten.

Kvinnor deltar vanligen i högre grad än män. Analyser från Västernorrland och Östergötland/Jönköping visar jämlikt deltagande utifrån utbildningsnivå. Gävleborg visar något högre deltagande bland gruppen med eftergymnasial utbildning.

Effekten av interventionen i form av Riktade hälsosamtal kan härledas från fler påverkansfaktorer:

- Det motiverande samtalet, där deltagaren ges möjlighet att reflektera över sin hälsosituation.
- Den pedagogiskt visuella Stjärnprofilen eller Hälsokurvan som ger en helhetsbild.
- Att besvara hälsoenkäten startar en tankeverksamhet.
- Möjlighet till stöd för livsstilsförändring erbjuds.
- Vid behov och vid avvikande värden tas personen om hand enligt ordinarie rutiner för primärvården, vid behov med läkarbedömning.
- Läkemedelsordination och livsstilsförändringar, ofta i kombination och enligt gällande vårdprogram, bidrar till hälsoeffekter.

Hälsoekonomiska beräkningar

Långtidseffekter från Västerbotten vad gäller kostnader och effekter för VHU 1990-2006 redovisar en kostnad per QALY på 650 kr, vilket anses vara mycket kostnadseffektivt. Socialstyrelsen anger en nivå på 500 000 kr/QALY som gräns för vad en verksamhet får kosta för att anses kostnadseffektiv. Därtill visar VHU-analysen att redan beloppet för undvikna vårdkostnader till följd av undvikna sjukfall hjärt-kärlsjukdom översteg de totala kostnaderna för att driva VHU under studieperioden på 16 år ⁹.

En fråga är om det är möjligt att bedöma effekter av hälsosamtal även efter en kortare uppföljningstid. I detta sammanhang är det intressant att diskutera det s.k. metabola syndromet, dess förekomst i befolkningen, dess förekomst bland den del av befolkningen som väljer att delta i hälsosamtal samt de möjliga effekter som hälsosamtalet kan ha för denna grupp.

Prevalensen av metabolt syndrom varierar mellan olika länder och studier, delvis beroende på olika definitioner. I Sverige har prevalensen i vuxen befolkning uppskattats vara 15-20 procent ¹⁰. Ytterligare studier har rapporterat 26-30 procent prevalens bland 60 åriga svenska män och 15 -19 procent bland 60-åriga kvinnor, beroende på definition av metabolt syndrom ¹¹. Med hänsyn till viktutvecklingen i Sverige under senaste decenniet finns det skäl att tro att andelen 2018 ej är lägre och att den kan vara högre.

Diskussion om effekter för grupper med metabolt syndrom är en diskussion om effekter för en grupp med förhöjd risk för hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Det blir på så sätt en fördjupning av en av grunderna för de svenska programmen, se sid 2:

- Integrerar sjukdomsförebyggande låg- och högriskstrategi utifrån principen proportionell universalism (dvs. att alla erbjuds generella insatser, men de anpassas så att de motsvarar olika individers behov).

I primärvården i Region Kalmar genomfördes år 2005-2006 det s.k. Metabola projektet, riktat till patienter i primärvård. Detta utvärderades därefter av en grupp hälsoekonomer ^{12 13}.

Det finns flera definitioner av metabolt syndrom. I Kalmarprojektet användes definitionen enligt WHO 1998 ¹⁴, som senare modifierats av The US National Cholesterol Education program-Adult Treatment Panel III ¹⁵ där minst tre av följande fem kriterier skall vara uppfyllda:

- Midjemått > 102 cm (män), > 88 cm (kvinnor)
- Triglycerider > 1.7 mmol/l
- HDL-kolesterol < 1 mmol/l (män), < 1.3 (kvinnor)
- Blodtryck > 130/85 mm Hg, eller pågående behandling
- Fastande plasma glukos > 6.1 mmol/l

I anslutning till Västmanlandsstudien utfördes en hälsoekonomisk analys med liknande metodik som i Metabola projektet i Kalmar. Effekter beräknades gemensamt för intervention och kontroll i en före-efterdesign, för deltagare med fullständiga data för BMI (m/kg²), fastande plasma glukos (FPG, (mmol/l), total kolesterol (KOL, mmol/l), HDL-kolesterol (HDL, mmol/l) och systoliskt blodtryck (SBT, mm/hg).

Analyserna genomfördes för deltagare med hög respektive låg risk.

Högriskgrupp (n=44) utifrån metabola faktorer definierades som individer som hade minst två av följande tre riskfaktorer:

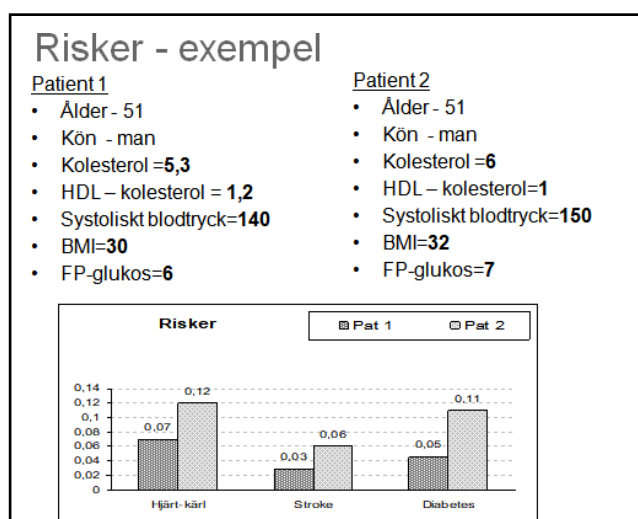
- BMI \geq 30
- Systoliskt blodtryck \geq 130
- Fasteplasmaglukos \geq 6.1.

Övriga definierades tillhöra gruppen med låg risk (n=128).

Det innebär att 25 % av deltagarna enligt dessa kriterier tillhörde gruppen med metabolt syndrom. Deltagandets/interventionens effekt efter ett år antogs klinga av för att efter fem år kvarstå.

Analysen utfördes enligt s.k. Markovmodell¹⁶ som bygger på relationen mellan riskfaktorer och risk för hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes.

Illustration av individuella riskprofiler.



Exemplet hämtat med tillstånd av Inna Feldman.

Av exemplet framgår hur risknivåer per riskfaktor interagerar och ger en unik och samlad risknivå för hjärt-kärlsjukdom, stroke och diabetes per individ.

Resultatet av den hälsoekonomiska analysen var att kostnaden för insatsen med god marginal täcks av minskade sjukvårdskostnader inom fem år, samt att kostnadseffektiviteten ökar när de övriga samhällseffekterna inkluderas, främst inom produktionssektorn. Studiepopulationen i Feldmans analys är relativt liten och analysen behöver tolkas med försiktighet.

I mars 2017 infördes erbjudande om hälsosamtal till befolkningen i Västmanland som fyller 50 år. Deltagare besvarar hälsoenkäten som en webbenkät via 1177.se.

Vid årets slut hade ca 40% deltagit. Tecken på metabolt syndrom enligt ovan hade 239 män av 743 (32%), med två förhöjda riskfaktorer av tre. Av kvinnorna var det 178 av 889 (20%). Totalt var det 417 av 1632 (26%). Dessa nivåer för 50-åringar år 2017 pekar mot något högre andelar jämfört med i ovan refererade, 10 - 15 år gamla, studier för svenska män och kvinnor i 60 års ålder.

76% av de med metabolt syndrom hade högst gymnasieutbildning, jämfört med 65% av alla 50-åringar.

Sammanfattningsvis finns det studier som påvisar goda hälsoekonomiska effekter av att erbjuda hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxen befolkning.

Referenser:

- ¹ Lingfors, H., Persson, L.G., Lindström, K., Bengtsson, C. och Lissner, L. (2009). Effects of a global health and risk assessment tool for prevention of ischemic heart disease in an individual health dialogue compared with a community health strategy only: Results from the Live for Life health promotion programme. *Preventive Medicine*, 48(1), 20–24
- ² Lingfors, H, Persson, LG, Lindstrom, K, Ljungquist, B, Bengtsson, C. Time for a "vision zero" concerning premature death from ischemic heart disease? *Scand J Prim Health Care*. 2002; 20(1):2832.
- ³ Blomstedt, Y., Norberg, M., Stenlund, H., Nyström, L., Lönnberg, G., Boman, K., Wall, S. och Weinehall, L. (2015). Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Västerbotten County, Sweden, during 1990–2006. *BMJ Open*, 5(12), e009651
- ⁴ Nafziger AN, Lindvall K, Norberg M, Stenlund H, Wall S, Jenkins PL, et al. Who is maintaining weight in a middle-aged population in Sweden? A longitudinal analysis over 10 years. *BMC Public Health*. 2007;7(147):108.
- ⁵ Long GH, Johansson I, Rolandsson O, Wennberg P, Fharm E, Weinehall L, et al. Healthy behaviours and 10-year incidence of diabetes: A population cohort study. *Preventive medicine*. 2015;71:121-7.
- ⁶ Feldman AL, Griffin SJ, Ahern AL, Long GH, Weinehall L, Fharm E, et al. Impact of weight maintenance and loss on diabetes risk and burden: a population-based study in 33,184 participants. *BMC Public Health*. 2017;17(1):170.
- ⁷ Feldman AL, Long GH, Johansson I, Weinehall L, Fharm E, Wennberg P, et al. Change in lifestyle behaviors and diabetes risk: evidence from a population-based cohort study with 10 year follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):39.
- ⁷ Feldman AL, Griffin SJ, Fharm E, Norberg M, Wennberg P, Weinehall L, et al. Screening for type 2 diabetes: do screen-detected cases fare better? *Diabetologia*. 2017.
- ⁸ Hellstrand M, Simonsson B, Engström S, Nilsson KW, Molarius A. A health dialogue intervention reduces cardiovascular risk factor levels: a population based randomised controlled trial in Swedish primary care setting with 1-year follow-up. *BMC Public Health*. 2017 Aug 22;17(1):669. doi: 10.1186/s12889-017-4670-4
- ⁹ Presentation vid seminarium HFS 2016-11-30, <http://www.hfsnatverket.se/forsta-nationella-seminariet>, samt i manus för publicering. Manus är i mars 2018 accepterat för publicering.
- ¹⁰ Beck-Nielsen, H. et al. 1999, European Group for the study of insulin resistance (EGIR). *Drugs* 1999; 58 Suppl. 1: 7-10
- ¹¹ Hellénus M-L, Rauramaa R, Metabola syndromet hotar folkhälsan. Ökad fysisk aktivitet bästa boten. *Läkartidningen* nr 51–52 2007 volym 104.
- ¹² Feldman I, Hellström L, Johansson P. Heterogeneity in cost-effectiveness of lifestyle counseling for metabolic syndrome risk groups - primary care patients in Sweden *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2013 **11**:19. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-11-19>
- ¹³ Engman K O, Feldman I, Hagberg L, Hellström L, Henriksson G, Johansson P. Hälsoekonomisk utvärdering av Metabola projektet i Kalmar län. http://natverken.se/media/7764/metabola_projektet-kortversion.pdf
- ¹⁴ World Health Organisation, Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. 1999, World Health Organisation: Geneva, Switzerland..
- ¹⁵ National Cholesterol Education Program Expert Panel, Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Final report. *Circ*, 2002. 106: p. 3143-3421
- ¹⁶ Feldman I, Johansson, P., Lund, C., Jeppsson K. A model for economic evaluations of metabolic syndrome interventions. Technical report (revised 2011)