

8. Utvärdera möjligheterna till att utöka antalet hälso-samtal till fler invånare och åldersgrupper

Programområde 0 - Prevention och goda levnadsvanor

Ansvarig: Sara Sjölin 2020-02-25

Dokumentnamn: PROJEKTIL - Projektplan. Region Gävleborg

Dokument ID: 10-290564

Giltigt t.o.m.: 2020-02-02

Revisionsnr: 1

Innehåll

1.	Grundläggande information/Bakgrund hälsosamtal	3
1.1.	Riktade hälsosamtal i Sverige	4
1.2.	Effekt och evidens	5
1.3.	Syfte	6
1.4.	Mål.....	6
2.	Diskussionsunderlag inför beslut	6
2.1.	Överväganden kring andra målgrupper	7
2.2.	Andra förutsättningar	8
3.	Ekonomi.....	9
3.1.	Kostnader	9
4.	Tidplan	10
5.	Projektorganisation	10
6.	Referenser och Bilagor	11
7.	Beslut att starta projekt	12

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

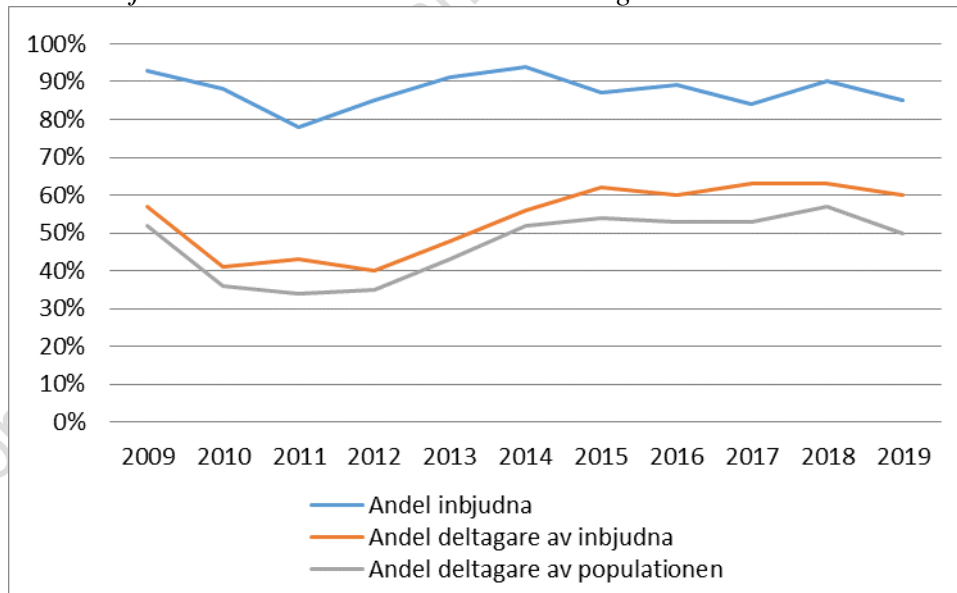
1. Grundläggande information/Bakgrund hälsosamtal

Gävleborgs riktade hälsosamtal med 40-åringar är en primärpreventiv insats som erbjuds invånarna i Gävleborg via hälsocentralerna. Det övergripande målet är att öka befolkningens hälsa och välbefinnande och minska insjuknande i framförallt hjärtkärlsjukdom. Vid hälsosamtalet diskuteras deltagarens levnadsvanor och viss provtagning genomförs. Hälsosamtalet avslutas med en personlig stjärnprofil och eventuell åtgärdsplan. Samtalet genomförs utifrån en strukturerad metodik och utgår från en manual (se www.regiongavleborg.se/halsosamtal).

Riktade hälsosamtal har erbjudits 40-åringar i Gävleborg sedan 2007. Mellan 2001-2006 erbjöds 35- och 40-åringar i Gästrikland hälsosamtal. I Hälsingland erbjöds båda målgrupperna hälsosamtal år 2006 (och i viss mån även 2005). Hälsosamtal med 35-åringar avslutades för att frigöra resurser till förmån för riskpatienter. Tanken var att istället erbjuda hälsosamtal, enligt samma metod, till patienter som uppvisar riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Detta blev inte verklighet.

Målet är att samtliga 40-åringar i Gävleborg ska erbjudas hälsosamtal och att deltagandet uppgår till 60 procent.

Andel inbjudna till hälsosamtal och andel deltagare 2009-2019



Andel inbjudna och andel deltagare har varierat över åren, likaså på vilket sätt hälsocentralerna har bjudit in till hälsosamtal. Från 2015 ska alla bjuda in med förbokad tid eller ringa sina 40-åringar. I figuren ovan ses en nedgång i deltagande mellan 2010-2012. Hälsosamtalet var då avgiftsbelagt med 200 kronor

för deltagaren samtidigt som flertalet hälsocentraler bjöd in utan förbokad tid. En uppgång i andel deltagare ses sedan 2012 (Sjölin 2019).

Att bjuda in till hälsosamtal ingår i hälsocentralernas basuppdrag och är politiskt beslutat. För varje genomfört hälsosamtal utbetalas en ersättning på 1100 kronor till hälsocentralen från Hälsoval Gävleborg.

1.1. Riktade hälsosamtal i Sverige

Riktade hälsosamtal enligt ”den svenska modellen” genomförs idag av åtta regioner i Sverige och fler regioner har beslut eller utreder om det ska införas.

Grunderna i ”den svenska modellen” för hälsosamtal innebär:

- Verksamheten drivs integrerad i primärvården.
- Är befolkningsbaserad dvs. samtliga i målgruppen erbjuds deltagande vid sin hälsocentral.
- Kombinerar låg- och högriskstrategi.
- Hälsodialogen är den centrala komponenten med ett strukturerat arbetssätt som fokuserar på individens motivation och resurser.
- Stöds med visuella pedagogiska hjälpmedel.
- Har utrymme och anpassas till lokala förutsättningar.
- Baseras på aktuell medicinsk evidens för hjärtkärlprevention.
- Kvalitetssäkras av ett samordnat centralt kompetens- och metodstöd.

Nedanstående regioner har verksamhet:

- Region Gävleborg 40 år
- Region Norrbotten 30, 40, 50, 60 år (2020 tas 30-åringar bort, byts 2021 mot förstagångsföräldrar)
- Region Västerbotten 40, 50, 60 år (någon enhet/er erbjuder vid 30 och 70-år samt förstagångsföräldrar i utvecklingsprojekt)
- Region Västernorrland 40, 50, 60 år
- Region Västmanland 50 år (tänkt att utvidgas)
- Region Sörmland 40, 50 och 60 år
- Region Östergötland, slumpvis urval 40, 50, 60 och 70 år på de vårdcentraler som väljer att arbeta med hälsosamtal
- Region Jönköpings län förstagångsföräldrar samt 40, 50, 60 och 70 år.

Införandeprocess pågår i:

- Region Halland 40 år
- Region Dalarna 50 år 2020
- Region Kronoberg 50 år (Beslut 2017, införande antagligen under 2020)
- Region Örebro pilot 40 år 2020
- Region Skåne pilot 40 år 2020

Utredning pågår:

- Region Stockholm
- Gotland

Målsättningen för de som har en åldersgrupp är att fler åldersgrupper ska införas allteftersom.

Av de åtta regioner som idag har riktade hälsosamtal har merparten (6 st) mer än en åldersgrupp som bjuds in. Sammanställningen från regionerna, se tabell nedan, visar att av de regioner där riktade hälsosamtal genomförs eller är på väg att införas (totalt 13 st) är 40- och 50-åringar de mest prioriterade målgrupperna.

Tabell över befintliga och planerade införanden av riktade hälsosamtal per region och åldersgrupp december 2019

		Förstagångsföräldrar	30	40	50	60	70
Har riktade hälsosamtal:	Gävleborg						
	Norrbottnen						
	Västerbotten						
	Västernorrland						
	Västmanland						
	Sörmland						
	Östergötland						
	Jönköping						
Införande pågår:	Halland						
	Dalarna						
	Kronoberg						
	Örebro						
	Skåne						
Summa		1	1	10	9	6	2

1.2. Effekt och evidens

Insatsen är primärpreventiv. Metoden bygger på den så kallade preventiva paradoxen. Trots att risken för sjukdom är högre för personer med ohälsosamma levnadsvanor som tillhör en riskgrupp inträffar de flesta sjukdomsfall bland dem med låg eller måttlig risk, eftersom dessa är så många fler än dem med hög risk. Ur ett folkhälsoperspektiv är det därför av stort värde om vuxna generellt uppmanas att göra förändringar i hälsosam riktning (Socialstyrelsen 2018). 80 % av hjärtinfarkter och diabetes typ 2 samt 30 % av alla cancerformer orsakas av ohälsosamma levnadsvanor vilka kan påverkas och är därmed möjliga att förebygga (WHO 2013).

Riktade hälsosamtal har visat sig vara ett kostnadseffektivt sätt att minska insjuknande och död, både på befolkningsnivå och i ännu högre grad bland deltagarna i jämförelse med motsvarande grupper nationellt. Forskningen bygger på data från Västerbotten och Habo som började med sina program under mitten av 1980-talet (Norberg, Stenlund 2015, Lingfors, Persson 2019). Resultat från en

hälsoekonomisk utvärdering baserat på Västerbottens 16 -årsuppföljning visade att insatserna gav en nettovinst på samhällsnivå och att hälso- och sjukvården fick besparingar som överskred kostnaderna. Kostanden per QALY var 650 kr, dvs. mycket kostnadseffektivt (Lindholm et al 2018).

I Gävleborg visar genomförda utvärderingar att hälsosamtalen är omtyckta och att deltagarna upplever att de får stöd till förändring i sitt sätt att leva. En studie redovisar att nästan hälften förändrat sina levnadsvanor i positiv riktning. En annan utvärdering redovisar få faktiska förändringar, men de personer som hade högre risk för hjärt- och kärlsjukdom förändrade sig i större utsträckning än de med låg risk när det gäller hur de lever och tänker på sin hälsa (Alfredsson, Sjölin 2013). Erfarenheter från hälsosamordnare är att arbetet med hälsosamtal upplevs meningsfullt och stärkande.

Kommissionen för jämlik hälsa (2017) och Socialstyrelsen (2018) betonar att riktade hälsosamtal, till skillnad från allmänna hälsokontroller, har visat sig vara ett kostnadseffektivt sätt att minska insjuknande och död, men också i att minska sociala skillnader i hälsa. De framhåller att fler regioner bör införa metoden. Svenska Läkaresällskapet vill ha riktlinjer för primärpreventiva insatser på befolkningsnivå och menar att riktade hälsosamtal har vetenskapligt visat stora positiva hälsoeffekter (SLS 2017).

1.3. Syfte

Utvärdera möjligheterna till att utöka antalet hälsosamtal till fler invånare och åldersgrupper.

1.4. Mål

Framtaget underlag för ställningstagande till att utöka antalet riktade hälsosamtal, se nedan.

2. Diskussionsunderlag inför beslut

Öppna jämförelser 2018 visar bland annat att Gävleborg har en kortare medellivslängd och ett högre vårdbehov (Care need index 1,12) än riksgenomsnittet och många andra regioner (Socialstyrelsen 2019). Detta styrker och motiverar en utvidgning av målgrupperna för att skapa förutsättningar för en jämlik hälsa. Utökade målgrupper når sannolikt större riskreduktion på befolkningsnivå än vad som i dagsläget åstadkoms. Vid fler målgrupper kan det också åstadkommas ett bredare samhällsengagemang. Erfarenheterna från Jönköping och Västerbotten är att en samhällsmobilisering kring hälsoarbetet är en viktig dimension för att stärka befolkningseffekten.

Om Region Gävleborg väljer att utöka målgrupperna för de riktade hälsosamtalen föreslår utredningen att utvidga till

- åldersgrupperna 50-åringar och (eller) 60 åringar

Bakgrunden till förslaget är att det finns mest forskning och erfarenhet av att erbjuda hälsosamtal i dessa åldersgrupper. Om båda åldersgrupperna väljs skulle vi inom en tioårsperiod nå hela befolkningen 40-70 år.

Det finns även stöd för dessa åldersgrupper hos hälsosamordnarna i Region Gävleborg. Vid hälsosamordnarträffen i november 2019 inventerades deras inställning till att utöka målgruppen. Samtliga var positiva till en utökning och menade att behovet och efterfrågan finns. De gav förslag på allt från alla åldersgrupper, 20-åringar, 30-åringar, 45-åringar, 50-åringar, 60-åringar, 65-åringar, 70-åringar och familjer på BVC. Flest förslag gavs för 50- och 60-åringar.

2.1. Överväganden kring andra målgrupper

Det finns också andra målgrupper som utredningen har begrundat. Exempelvis förstagångsföräldrar när barnet är omkring 1 år. Denna målgrupp är relativt ny inom riktade hälsosamtal och det pågår forskning kring denna insats. Tidiga resultat visar på gott utfall bland deltagare och utförare. Om denna målgrupp skulle införas innebär det en annan och större organisation eftersom det då är BVC-sköterskor som bör genomföra dessa hälsosamtal. Utredningen anser att en eventuell utökning i Region Gävleborg i första hand bör göras inom de verksamheter där metoden är förankrad.

35-åringar har varit en målgrupp som Regionen prioriterade bort år 2007. Att valet föll på 35-åringar var att de deltog i något mindre utsträckning samt att de upplevdes vara något mindre motiverade för livsstilsförändringar än 40-åringarna.

Äldre är en annan viktig målgrupp som övervägts och det har även inkommit förslag från Lokalt programområde 0 att fundera kring +70-åringarna (alternativt +65) på grund av svårigheter att strukturera de äldres behov. Utredningen menar att riktade hälsosamtal har evidens för att motverka hjärtkärlsjukdom/diabetes/cancer och om metoden skulle användas för äldre åldersgrupper och inom geriatriken skulle metoden behöva anpassas. Region Gävleborg har utvecklat arbetsmetoden Proaktiv hälsostyrning som är en insats för att proaktivt stödja utvalda grupper i åldrarna 65 år och uppåt. Syftet är att i tidigt skede identifiera behov av vård och omsorg samt sätta in åtgärder för att bibehålla hälsa, välbefinnande och förebygga vårdbehov. Utredningen tror att ett systematiskt arbete med Proaktiv hälsostyrning skulle kunna vara en bättre väg för denna målgrupp. Ett problem är att det idag inte finns någon funktion inom Regionen som har ansvar för utvecklingen kring Proaktiv hälsostyrning, trots att det är kravställt i Hälsovalshandboken.

Den evidens som finns kring riktade hälsosamtal baseras på att målgruppen är befolkning och inte patienter. Arbetet med prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor för målgruppen patienter är ett annat spår att utveckla, enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid

ohälsosamma levnadsvanor (2018). Dock skulle delar av metodiken kunna användas till högriskpatienter i behandlande syfte.

2.2. Andra förutsättningar

Om fler målgrupper ska införas behöver olika sätt att förenkla och effektivisera arbetet utvecklas, för ett bättre resursutnyttjande. Ett administrativt IT-stöd bör utvecklas (så även om vi fortsätter med endast 40-åringar). Bland annat bör inbjudan och samtalsunderlag digitaliseras för att ge deltagaren möjlighet att fylla i samtalsunderlaget digitalt istället för på papper. Digitalisering av hälsosamtalen pågår i flera regioner och i några är det redan digitaliserat. Det finns planer på att införa en nationell digital grund som vi skulle kunna ansluta till och dela på förvaltning och digitala stöd. Vår dokumentationsmodul "Hälsosamtalswebben" behöver dock utvecklas eller eventuellt nyskapas då programmet inte är utvecklat för att ligga publikt samt att det finns redan nu en del problem i modulen. Alternativt kan vi eventuellt ansluta till annan regions befintliga digitala system, varvid vårt arbetssätt och modell behöver uppdateras/omarbetas.

Beslutet behöver politisk förankring och inbegripas i budgetarbetet. En viktig förutsättning för att få hälsosamtalen att vara en integrerad del av hälsocentralernas arbete för högt deltagare är att det finns en långsiktig och prioriterad strategi för verksamheten.

Personella resurser kan saknas för att utföra hälsosamtalen med kvalitet. Skulle kompetens och resurser kunna samordnas? Fördelningen av antal listade i målgrupperna skiljer sig stort mellan olika hälsocentraler och samordning kan vara ett sätt att öka kvalitet och upprätthålla kompetens i hälsosamtalen. Vid en utökning till två alternativt tre målgrupper kan antalet som ska bjudas in per hälsocentral variera från ca 40 alternativt 60 personer till ca 400 alternativt 600 personer.

På hälsosamordnarträffen i november 2019 lyftes att det finns en risk i att man som hälsosamordnare inte skulle räcka till om man utökar uppdraget till fler åldersgrupper. Man funderade om det kanske finns andra yrkeskategorier som skulle kunna utföra hälsosamtalen, exempelvis hälsopedagoger. Samtidigt lyfte flera hälsosamordnare fram att de gärna ville ha kvar uppdraget.

En av framgångsfaktorerna för den "Svenska modellen för riktade hälsosamtal" bedöms vara att hälsosamtalen genomförs på den hälsocentral som patienten har sin hemvist på. HFS's nationella temagrupp för riktande hälsosamtal bedömer att den som utför hälsosamtal bör vara distriktssköterska eller sjuksköterska eller annan legitimerad personal med lämplig internutbildning, alternativt treårig högskoleutbildning med god kunskap inom området inklusive internutbildning.

En farhåga som ibland lyfts är att det kan bli större belastning på läkarna. Erfarenheter från andra regioner indikerar att belastningen på läkare från deltagare

i hälsosamtal är begränsad och/eller upplevs som en möjlighet till tidiga och ofta ganska enkla åtgärder, eller till och med som underlättande för läkarna.

Projektets arbete och mål bör vara känt och involvera LPO Digitalisering.

3. Ekonomi

Utökning av åldersgrupperna kommer att ge utökade kostnader både initialt samt löpande. Men det ger en beräknad vinst på längre sikt på grund av minskat insjuknande (Lindholm et al 2018).

Hälsosamtalet är gratis för deltagaren i Region Gävleborg. Så är det också i några andra regioner, medan det i några regioner kostar 100 kr. Utredningen föreslår att deltagandet fortsättningsvis bör vara gratis. Under de år hälsosamtalet avgiftsbelades med 200 kr sågs en nedgång i deltagande, se rubrik 1.

3.1. Kostnader

Den största kostnaden för hälsosamtalen handlar om personalkostnader. Hellstrand (2018) beräknar i sin utredning som gjordes för Stockholms läns landsting att den summerade tiden för hela processen upptar 2 timmar och 10 minuters personalresurs per hälsosamtal. Detta inbegriper inbjudan, samtal, provtagning, dokumentation, kompetenshöjande verksamhet och personlig vägledning (ingår insatser för alla inbjudna, även de som tackar nej). Vid en månadslön på 40 tkr och arbetsgivarkostnader på 50 %, delat på 165 timmar ges en timkostnad på 365 kr.

För Region Gävleborg beräknas för närvarande en (1) timmes personalresurs åtgå för inbjudan, samtal, provtagning och dokumentation. En rimlig tidsåtgång per hälsosamtal inklusive kompetenshöjande insatser enligt nuvarande metod anses enligt Sara Sjölin hamna på ca 1,5 timme per hälsosamtal. Vid en beräknad personalkostnad enligt Hellstrands uträkning samt en tilltagen tidsåtgång på två (2) timmar erhålls kostnaden 730 kronor per hälsosamtal.

En (1) utökad åldersgrupp innebär att ca 3 500 fler invånare ska bjudas in. Enligt befolkningsregistret finns det knappt 3700 st 50-åringar år 2021 och drygt 3500 60-åringar år 2021. Vid ett deltagande på 70 % (nuvarande 63 % av de inbjudna) beräknas 2450 extra hälsosamtal genomföras per åldersgrupp. $2450 \times 730 \text{ kr} = 1\,788\,500$ kronor per år per åldersgrupp.

Det tillkommer kostnader för provtagning av P-glukos och emellanåt lipidprover. I dagsläget tas lipidprofil på ca 20 % av de 40-åriga deltagarna. Rimligtvis kommer lipidprofil att erbjudas en större andel deltagare om målgruppen blir 50- och/eller 60-åringar. Vid en beräkning att 50 % av deltagarna tar lipidprofil hamnar kostnaden på drygt 60 000 kronor (1225 prover) per åldersgrupp.

Inräknat är inte läkares tid för bedömningar av provsvar och övriga medicinska bedömningar. En anledning till det är att de deltagare som behöver en

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

Det tillkommer även metod- och kompetensstöd för utvecklings-, IT-stöd och andra OH-kostnader för Folkhälsa och hållbarhet, IT med flera för arbete med digitalisering av inbjudan/program mm. Metod- och kompetensstöd är till stor del oberoende av målpopulationens omfattning. Digitalisering samt utveckling av programmet är kostnader som kommer att tillkomma framöver oavsett om målgrupperna utvidgas eller inte, eftersom utvecklingsbehov redan finns.

Ovan beräkning kan ge en uppfattning av rimliga resursbehov. Kalkylen för personalkostnader 1 788 500 kronor och lipidprov 60 000 kronor ger en fingervisning om vad riktade hälsosamtal för en åldersgrupp kan kosta.

4. Tidplan

Startdatum 2019

Slutdatum 2021

Beslutsunkt/ milstolpe	Beskrivning	Kommentar	Datum
BP1	Beslut projektdirektiv		2019-04-30
BP2	Beslut projektplan		2019-06-13
Aktivitet	Framtaget underlag klart		2019-12-31
Aktivitet	Politiskt beslut	Om det ska med som ett krav i handboken 2021 så behöver HVK processa det i Hälsovalskottet under våren 2020. Senast i början av april. Sedan till Regionstyrelsen som ser ut att vara 19/5 och fullmäktige i 2-3 juni 2020?	2020-05-31
Aktivitet	Eventuellt införande av riktade hälsosamtal till fler åldersgrupper		2021-01-01

5. Projektorganisation

Vid beslut om införande av fler åldersgrupper: Folkhälsa och hållbarhet (Sara Sjölin), Hälsovalskontoret, IT/Inera, representanter från verksamheten och HSR(?).

Utredningen och dokumentet har ställts samman av Sara Sjölin, Folkhälsa och hållbarhet med understöd från Johanna Alfredsson, Samhällsmedicin och Margareta Elmelind, Hälsovalskontoret.

6. Referenser och Bilagor

Alfredsson J, Sjölin S. Hälsosamtal 40-åringar. En nulägesbeskrivning av hälsosamtalen, dess effekter samt några utvecklingsområden. Samhällsmedicin Gävleborg, Rapport 2013:2

Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC Public Health. 2018;18(1):452.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5339-3>

Lingfors H, Persson L. 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;9:e022474. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022474 <http://bmjopen.bmj.com/cgi/content/full/bmjopen-2018-022474>

Norberg M, Stenlund H, et al. 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 2015; 5:e009651.
<https://bmjopen.bmj.com/content/5/12/e009651>

SLS. Remissvar Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (remissversion november 2017).
www.sls.se 2017.

Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. 2018.

Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2018. En God vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat. 2019.

Sjölin S. Gävleborgs hälsosamtal med 40-åringar. Rapport för verksamhetsåret 2018. Folkhälsa och hållbarhet, Rapport 2019:1.

Hellstrand M. Resursbehov för erbjudande av hälsosamtal till valda åldersgrupper av vuxna invånare i Stockholms läns landsting Rapport. Mars Explora HB. 2018.

WHO Europa, 2013a; WHO Fact sheets 297, 312, 317.

7. Beslut att starta projekt

Beslut att starta projekt	Ja	Nej
Finns det ett tydligt definierat projektmål?		
Kan uppsatt effektmål nås med hjälp av projektet?		
Är tidplanen rimlig och genomförbar?		
Är beräknade kostnader för genomförande av projektet och ev. framtida kostnader för förvaltning etc. rimliga?		
Är finansiär och kostnadsställe fastställt?		
Är resurserna informerade och säkrade för projektet?		
Är resurskontrakt tecknade mellan projektledare, projektmedlem och resursägare?		
Är riskanalys genomförd och tydligt dokumenterad?		
Är projektets fokus prioriterat utifrån tid, resurser och resultat?		
Finns en utsedd kommunikationsstrategi och framtagna kommunikationsplan?		
Är effekthemtagningen tydligt beskriven?		

Ja	Nej	Kommentar:

Beslut att starta Genomförandefasen

Datum:

Datum:

[Namn] , Projektägare