

Gothia Forum för Klinisk Forskning

Västra Götalandsregionen

2023-02-15

Pilotprojekt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

Hälsoekonomisk utvärdering av potentiell kostnadseffektivitet

Författare:

Emelie Pauli, hälsoekonom
Stephanie Fledsberg, hälsoekonom
Research Support Office,
Gothia Forum för klinisk forskning



Innehåll

Sammanfattning	4
1. Bakgrund.....	6
1.1. Samhällsekonomiska konsekvenser	7
2. Syfte	9
2.1. Avgränsning	9
3. Metod	9
3.1. Hälsoekonomisk teori	9
3.2. Interventionen	11
Levnadsvanemottagnigen LeVa.....	11
Hitta Hälsan.....	11
3.3. Hälsoekonomisk analys.....	12
3.4. Kostnader	13
LeVa.....	13
Hitta Hälsan.....	14
3.5. Hälsoeffekter	15
Leva.....	15
Hitta Hälsan.....	16
4. Resultat.....	16
4.1. Levnadsvanemottagningen LeVa.....	16
Levnadsvanor	17
BMI	18
Självskattad hälsa.....	19
Livskvalitet.....	20
Dimensioner av hälsa	21
4.2. Hitta Hälsan.....	23
Levnadsvanor	23
BMI	27

Självskattad hälsa.....	28
Livskvalitet.....	29
Dimensioner av hälsa.....	32
Upplevd förändring.....	34
4.3. Kostnadsnyttoanalys (CUA).....	34
LeVa.....	34
Hitta Hälsan.....	35
4.4. Modellanalys.....	35
LeVa.....	36
Hitta Hälsan.....	37
4.5. Undvikbara kostnader.....	37
Nyupptäckta fall LeVa.....	38
Nyupptäckta fall Hitta Hälsan.....	38
Kostnader för komplikationer.....	39
4.6. Känslighetsanalys.....	44
LeVa.....	44
Hitta Hälsan.....	45
5. Diskussion.....	45
5.1. Begränsningar.....	48
6. Slutsats och rekommendation.....	48
Referenser.....	50
Bilaga 1. figurer och tabeller.....	54
Dimensioner av hälsa.....	58

Sammanfattning

Den föreliggande rapporten är en hälsoekonomisk utvärdering av Pilotprojektet hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, varav delprojekten Hitta Hälsan och LeVa ingår. En kostnadsnyttoanalys (cost-utility analysis, CUA) har utförts utifrån ett hälso-och sjukvårdsperspektiv, med en tidshorisont över 12 månader. Utvärderingen bygger på det enkätmaterial som samlats in under respektive projekts gång varav hälsorelaterad livskvalitet mätt via frågeformuläret EQ-5D-5L utgör grunden för beräkningen av hälsoeffekter i form av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

Kostnader som inkluderats i CUA omfattar kostnader kopplade till de riktade hälsosamtalen och i samband med att uppgifter om livskvalitet samlats in. Detta innebär att endast kostnaden för de enskilda besöken, utan hänsyn till övriga aktiviteter, inkluderats i analysen. Detta för att undvika en missvisande kostnad per vunnen QALY. Hälsovinster i form av QALYs baseras på de riktade hälsosamtalen och tar ej hänsyn till hälsoeffekter relaterade till övriga insatser såsom gruppaktiviteter, promenader, föreläsningar etc.

Den hälsoekonomiska analysen visar att ett införande av riktade hälsosamtal leder till en kostnad om cirka 314 tusen kr per vunnen QALY i projektet LeVa respektive en kostnad om cirka 341 tusen kr per vunnen QALY i projektet Hitta Hälsan under en ettårig tidshorisont. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer betraktas respektive kostnad som måttlig per vunnen QALY. Med hänsyn till den generella tumregeln om att betalningsviljan i Sverige ungefär motsvarar en kostnad om 500 000 kronor per QALY ligger denna kostnad under. Känslighetsanalyser visar att resultaten är robusta och att en ökning om 20% av respektive projekts kostnader skulle leda till en kostnad per vunnen QALY som fortfarande betraktas som måttlig.

Då antalet deltagare med uppföljande data om livskvalitet är begränsat genomförs även en modellanalys för att undersöka hur kostnaden per vunnen QALY påverkas om samtliga deltagare i respektive projekt har uppföljande data om livskvalitet vid 0, 6 och 12 månader. Analysen baseras på den genomsnittliga livskvaliteten vid respektive mätpunkt och med utgångspunkt i att den genomsnittliga livskvaliteten är densamma för samtliga deltagare vid respektive mätpunkt, uppdelad per projekt. Modellanalysen visar att kostnaden per vunnen QALY blir cirka 393 tusen kr i projektet LeVa respektive 172 tusen kr i projektet Hitta Hälsan. Respektive kostnad per vunnen QALY betraktas som måttlig enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Utöver en CUA har en analys av undvikbara kostnader för samhället som projekten potentiellt kan bidra till genomförts. Analysen av undvikbara kostnader baseras på antagandet om att riktade hälsosamtal/stöd för levnadsvaneförändring kan leda till att upptäckten av förhöjda värden eller andra riskfaktorer såsom övervikt/fetma sker i ett tidigare skede. Detta kan i sin tur leda till att påbörjad behandling genom vidareremittering till vårdcentral påbörjas i ett tidigare stadie, vilket kan reducera risken för framtida komplikationer eller förvärring av tillstånd.

Baserat på insamlade data om blodtryck, p-glukos/HbA1c och blodfetter vid de riktade hälsosamtalen har andelen deltagare med förhöjda riskvärden s.k. ”nyupptäckta fall” som lett till vidareremittering till vårdcentral sammanställts. Analysen visar att sammanlagt 62 fall av förhöjda blodtrycksvärden och blodfetter upptäcktes i samband med hälsokontroller i båda projekten medan sammanlagt 8 fall avseende förhöjda värden av p-glukos/HbA1c upptäcktes som medfört vidareremittering till vårdcentral.

Baserat på den årliga kostnaden för hjärt-kärlsjukdom visar analysen att varje undvikta fall av hjärt-kärlsjukdom är förenat med en kostnadsbesparing om cirka 34 tusen kr per år för samhället. Baserat på den årliga kostnaden för diabetespatienter visar analysen att varje undvikta fall av diabetes är förenat med en kostnadsbesparing om cirka 25 tusen kr per år för samhället. Om påbörjad behandling av riskvärden såsom förhöjt blodtryck, blodfetter eller blodsocker kan minska risken för allvarlig sjukdom, eller i bästa fall leda ett undvikta fall av sjukdom, kan detta på lång sikt resultera i ett minskat vårdbehov samt minskad resursförbrukning för sjukvård såväl samhället i stort. Att fokusera på en beteendeförändring vid ohälsosamma levnadsvanor med syfte att förhindra eller behandla sjukdom som kan uppstå som en konsekvens av den ohälsosamma levnadsvanan är sannolikt kostnadsbesparande för sjukvård såväl samhället om detta resulterar i fler undvikna fall av t.ex. hjärt-kärlsjukdom eller diabetes.

Sammanfattningsvis tyder kostnadsnyttoanalysen på att hälsofrämjande insatser i form av riktade hälsosamtal är en god investering för samhället ur ett hälsoekonomiskt perspektiv och utifrån en betalningsvilja på 500 000 kronor per vunnet QALY. Denna kostnad skulle exempelvis kunna ställas i relation till den potentiella kostnadsbesparing som ett undvikta fall av hjärt-kärlsjukdom eller diabetes innebär för hälso- och sjukvården såväl samhället i form av undvikbara kostnader samt produktionsförlust. Även om ett införande av hälsofrämjande insatser såsom riktade hälsosamtal innebär generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården initialt, skulle troligtvis åtgärderna frigöra resurser på längre sikt om framtida sjukdom och ohälsa kan undvikas.

1. Bakgrund

I Sverige har cirka två tredjedelar av alla män och hälften av alla kvinnor minst en ohälsosam levnadsvana varav osunda matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet, riskbruk av alkohol och tobaksrök är exempel på primära riskfaktorer. Dessa levnadsvanor bidrar tillsammans till cirka en femtedel av den totala sjukdomsbördan i Sverige och samtliga är starkt kopplade till några av de främsta orsakerna till förlorade friska levnadsår bland befolkningen [1]. Livsstilsrelaterade sjukdomar belastar samhället med avsevärda produktionsförluster såväl betydande kostnader för hälso-och sjukvården årligen.

Data från the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) har sammanställt de främsta riskfaktorerna för sjukdomsbörda i Sverige uttryckt i funktionsjusterade levnadsår, också kallat DALY (disability-adjusted life years). DALY är ett sätt att uttrycka förlusten av ett friskt liv och en DALY motsvarar ett förlorat år [2]. Måttet som tagits fram inom det globala sjukdomsbördeprojektet (GBD; Global Burden of Disease) tar hänsyn till både förtidig död (Years of Life Lost; YLL) och sjuklighet (Years Lived with Disability; YLD) och används främst för att beräkna sjukdomsbörda på populationsnivå. De riskfaktorer som orsakade störst sjukdomsbörda i Sverige under 2019 uttryckt i DALYs var bland annat tobak, högt blodtryck, kostfaktorer, högt fasteblodssocker, högt Body Mass Index (BMI) och alkohol, vilka samtliga är riskfaktorer med koppling till levnadsvanor [3].

I dagsläget insjuknar närmare 90 tusen personer årligen i sjukdomar med koppling till fysisk aktivitet och kost. Bland annat är risken att utveckla övervikt och fetma samt hjärt-kärlsjukdom, diabetes, stroke och olika cancerformer högre vid ohälsosamma matvanor och begränsad aktivitetsnivå. Övervikt och fetma är en av de främsta orsakerna till sjukdomsbördan och förtida död i Sverige [4].

Tobaksrökning är en annan välkänd riskfaktor för sjukdom och förtida död både nationellt och globalt sett. Tobaksrökning har bland annat visat sig öka risken för flertalet sjukdomar såsom olika former av cancer, hjärt-och kärlsjukdomar, diabetes samt sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Mellan 2010–2012 dog uppskattningsvis 12 tusen personer årsvis till följd av rökning och under samma period insjuknade runt 100 tusen personer årligen i rökrelaterade sjukdomar. Utöver att direkt rökning är ohälsosamt, är även passiv rökning skadligt för hälsan. Passiv rökning, dvs att en individ utsätts för andras tobaksrök, har visat sig bidra till cirka 5–10 fall av lungcancer i Sverige årligen samt 400 fall av hjärt- och kärlsjukdom bland personer som ej själva aktivt röker [5].

Hälsan i en befolkning beror på flera olika faktorer och kan ses som ett samspel mellan individ och samhälle. Generellt uppfattar den svenska befolkningen sin hälsa som god, men skillnader existerar mellan olika grupper. I den årsrapport som Folkhälsomyndigheten presenterade för 2021 fanns inga indikationer på minskade ojämlikheter i hälsa, snarare återfanns systematiska skillnader i majoriteten av hälsoutfall där lägre socioekonomisk status var förenat med sämre hälsoutfall. Tidigare forskning visar att det finns ett tydligt samband mellan socioekonomisk status, levnadsvanor och hälsa, där t.ex. grupper med

högre utbildningsnivå och inkomst sammantaget uppvisar bättre hälsostatus jämfört med grupper av lägre utbildningsnivå och inkomst [6]; [7]. Likaså visar svenska studier att medellivslängden tenderar att vara lägre bland mer socioekonomiskt utsatta grupper [8]. Tidigare fynd av resultat från riktade hälsosamtal har visat att det kan leda till minskad förtida dödlighet, både generellt och specifikt dödlighet kopplat till hjärtsjukdom. Därtill har effekter kunnat ses vad gäller minskade midjemått, sänkningar i blodtryck, kolesterol, faste-blodsocker, BMI samt förbättrade matvanor [9].

För att uppnå en god och jämlik hälsa krävs att människor har jämlika livsvillkor. Dessa villkor och förutsättningar kallas ofta för hälsans bestämningsfaktorer. Som en del i att nå målet om en jämlik hälsa behövs därmed ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande arbete i alla delar av välfärdssektorn, med särskilt fokus på de grupper där både hälsan och dess förutsättningar är sämst [10].

1.1. Samhällsekonomiska konsekvenser

I takt med en åldrande befolkning och stigande hälsosjukvårdskostnader har det hälsofrämjande och förebyggande arbetet blivit alltmer nödvändigt för att dels hämma behovsökningarna kopplat till den demografiska utvecklingen, dels bidra till ett mer effektivt nyttjande av tillgängliga resurser. Sett till att efterfrågan på vård ökar samtidigt som samhällets resurser fortsatt är begränsade, behövs metoder för att kunna göra evidensbaserade prioriteringar inom hälso- och sjukvårdssektorn [11].

Livsstilsrelaterade sjukdomar är en stor utmaning för samhället och andelen som drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar såsom diabetes typ-2, högt blodtryck, hjärt- och kärlsjukdomar samt vissa typer av cancer tenderar att öka [12]. Förutom att livsstilsrelaterade sjukdomar medför ett stort lidande för individen så drabbas även hälso- och sjukvården såväl samhället till följd av produktionsbortfall och höga kostnader.

Ett sätt att ge en övergripande beskrivning av de ekonomiska effekterna av sjukdomar är att beräkna de samlade kostnaderna som de innebär för samhället, också kallat sjukdomskostnadsstudier eller cost-of-illness-studier (COI) [13]. I Sverige finns flertalet studier som beräknat samhällskostnaderna för specifika sjukdomar. Bland annat har institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) sammanställt samhällskostnaderna för livsstilsrelaterad sjuklighet inom flertalet områden såsom övervikt/fetma, rökning och diabetes.

Ur både ett nationellt och globalt perspektiv är utvecklingen av diabetes ett samhällsproblem som belastar sjukvården och samhället i en allt större omfattning. I en studie av IHE från 2015 har man undersökt framtida kostnader för diabetes år 2020 och år 2030 i Sverige baserat på 2013 års prisnivå. Studien visade att sjukvårdens och samhällets sammanlagda kostnader för typ 2-diabetes beräknades öka från 16 miljarder kronor år 2013 till 18 miljarder kronor år 2020 och fortsätta stiga till 21 miljarder kronor år 2030 om antal insjuknade fortsätter att öka i samma takt som under senaste åren [14].

Vidare har IHE sammanställt de samhällsekonomiska kostnaderna för fetma och övervikt i Sverige baserat på 2016 års data. Rapporten bygger på en sammanställning av dataunderlag från hälsodataregister samt publicerade studier innehållande uppgifter om resursåtgång till följd av fetma, fetmarelaterad sjuklighet samt dess påverkan på sjukfrånvaro. I rapporten konstaterades att kostnaden för fetma under 2016 uppgick till 25 miljarder kronor, motsvarande en genomsnittlig kostnad omkring 22 tusen kronor per person med fetma i Sverige. I uppdraget ingick också att göra en prognos för kostnadsutvecklingen till år 2030. Prognosen visade att om andelen vuxna med fetma i åldrarna 25–84 fortsätter att öka likt senaste åren kommer troligen kostnaderna att öka med cirka 70%, motsvarande en ökning med 17 miljarder [15].

Nya siffror från Folkhälsomyndigheten visar dock att den totala samhällskostnaden för fetma numera uppgår till runt 70 miljarder kronor baserat på att drygt 1 miljon i åldrarna 16–84 har fetma i Sverige. Folkhälsomyndighetens skattningar bygger på en samhällskalkyl där summan av effekterna för samtliga individer/hushåll och samtliga företag inklusive den offentliga sektorn lagts ihop [3].

Liknande samhällsberäkningar har även genomförts vad gäller rökrelaterad sjuklighet i Sverige. Under 2015 fick IHE i uppdrag av bl.a Cancerfonden att sammanställa de samhällsekonomiska kostnaderna för rökning. Beräkningarna baserades på andelen rökare i befolkningen och den förhöjda risk för sjukdom som rökning bidrar till. Enligt IHE uppgick de totala samhällsekonomiska kostnaderna för rökning till cirka 31,5 miljarder kronor under 2015. Beräkningen inkluderade både kostnader för hälso- och sjukvården såväl kostnader relaterade till förlorad produktion till följd av arbetsfrånvaro (marknadsproduktion) samt minskad produktion i hemmet (hemarbete). Av totalsumman var det hjärt- och kärlsjukdom som var den rökrelaterade sjukdomsgrupp som utgjorde störst andel av kostnaderna (7,6 miljarder kr) och därefter cancer (7,1 miljarder kr) [16].

I dagsläget vet vi att antalet äldre ökar snabbt medan antalet i arbetsför ålder å andra sidan ökar relativt långsamt; något som kommer påverka både kommunerna och regionerna starkt. De närmsta åren beräknas ökningen av befolkningen i arbetsför ålder vara lägre i förhållande till det demografiska trycket varje år, vilket ökar risken för brist på både finansiering och arbetskraft samtidigt som nya möjligheter att diagnostisera, förebygga och behandla sjukdomar ständigt utvecklas. För att kunna möta dessa utmaningar behöver hälsofrämjande och förebyggande insatser få ett bredare genomslag [11].

Världshälsoorganisationen (WHO) menar att hälsofrämjande och förebyggande insatser är avgörande för att ha ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem och för att ha en hälsosam och produktiv befolkning. Vidare är det av stor vikt att fortsätta prioritera att minska bördan av livstillsjukdomar som ett sätt att förbättra mänsklig, social och ekonomisk utveckling. WHO uppskattar att minst 80 procent av alla hjärt- och kärlsjukdomar, stroke och typ 2-diabetes samt en tredjedel av alla cancersjukdomar går att förebygga. Samtidigt visar data från OECD att berörda länder endast investerade cirka 3% procent av hälso- och

sjukvårdens totala budget i förebyggande åtgärder mot sjukdom och ohälsa (3,3 procent för Sverige) under 2017 [17].

2. Syfte

Det primära syftet med den hälsoekonomiska utvärderingen är att undersöka om pilotprojektet Hälsofrämjande och Sjukdomsförebyggande Insatser i form av riktade hälsosamtal varav delprojekten Hitta Hälsan och LeVa ingår, har potential att vara kostnadseffektivt genom att hälsovinster står i proportion till projektets kostnader/satsade resurser.

Det sekundära syftet är att, genom en kvantitativ analys, kartlägga samt beskriva de levnadsvaneförändringar som det föreliggande projektet har bidragit till avseende olika hälsomått som inkluderats i projektet.

Det tertiära syftet är att göra en skattning av de hälsoekonomiska konsekvenserna i form av undvikbara kostnader av att levnadsvanor klassificerade som ohälsosamma reduceras i studiepopulationen.

2.1. Avgränsning

Hälsovinster i form av QALYs baseras på de riktade hälsosamtalen och tar ej hänsyn till hälsoeffekter relaterade till övriga insatser såsom gruppaktiviteter etc. i kostnadsnyttoanalysen.

3. Metod

3.1. Hälsoekonomisk teori

Hälsoekonomi är en disciplin inom nationalekonomi som analyserar hälsa och sjukvård ur ett ekonomiskt perspektiv. Området kännetecknas främst av vetenskapen om fördelning av begränsade resurser för att förbättra hälsa i befolkningen. Generellt ger hälsoekonomiska bedömningar besked om olika insatsers kostnader i förhållande till de effekter insatserna har, således är hälsoekonomiska utvärderingar ofta till stor nytta för beslutsfattare [18]. Exempelvis kan hälsoekonomiska utvärderingar tillföra väsentlig kunskap i kommuners, landstings och regioners beslutsunderlag såväl som på nationell nivå vad det gäller införandet av både hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Dock är inte den primära intentionen med hälsoekonomiska analyser att spara pengar; snarare att uppnå mesta möjliga hälsa för tillgängliga resurser.

För att en hälsoekonomisk utvärdering ska ge ett meningsfullt svar krävs att kostnaderna för en behandlingsstrategi ställs i relation till de positiva effekter denna medför. I korthet bedömer hälsoekonomiska utvärderingar därmed om det finns ett rimligt samband mellan kostnaden för en intervention och interventionens hälsoeffekter. Ett vanligt begrepp inom hälsoekonomi är således kostnadseffektivitet som används för att jämföra olika

interventioner inom primärt hälso-och sjukvård. Själva grunden för en kostnadseffektivitetsanalys är att analysera de extra kostnader och hälsoeffekter som en ny intervention medför jämfört med t.ex. nuvarande insatser. I vissa fall kan jämförelsealternativet vara ingen intervention alls, men för att analysen ska vara så meningsfull som möjligt bör den nya interventionen jämföras med det (kliniskt) mest relevanta alternativet, vilket kan vara just standardbehandling eller ingen behandling [19].

Det finns olika typer av hälsoekonomiska analysmetoder men den mest förekommande typen av utvärdering är kostnadsnyttoanalys (Cost Utility Analysis, CUA), vilken använder effektmåttet QALY. Måttet, som är standardiserat, tar hänsyn till både livskvalitet och livslängd och gör det möjligt att jämföra insatser inom olika medicinska områden [20]. QALY beräknas genom att multiplicera antal år med den hälsorelaterade livskvaliteten som skattas mellan 1 = full hälsa och 0 = död. Ett år i full hälsa är således 1 QALY, medan 6 månader i samma tillstånd ger 0,5 QALY etc. Resultaten från en CUA presenteras som en inkrementell kostnadseffektivitetskvot, även kallad ICER (incremental cost-effectiveness ratio).

$$ICER = \frac{Kostnad A - Kostnad B}{Effekt A - Effekt B}$$

Kvoten presenteras som kostnad per vunnet QALY och tolkas vanligtvis som vad det kostar samhället att köpa ett ytterligare fullt friskt levnadsår till en individ i förhållande till jämförelsealternativet.

Om kostnaden per vunnen QALY understiger en viss gräns, så kan en ny behandling anses vara kostnadseffektiv. Det finns idag ingen exakt gräns för hur mycket en QALY får kosta för att bedömas som kostnadseffektiv i Sverige, men enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer klassificeras en kostnad under 100 000 kr per QALY som låg, mellan 100 000 och 500 000 kr som måttlig, över 500 000 kr som måttlig till hög, och över 1 miljon kr per QALY som mycket hög [21]. En annan så kallad tumregel som brukar användas är att den svenska betalningsviljan generellt ligger på cirka 500 000 kronor per QALY, vilket är i nivå med många andra europeiska länders betalningsvilja, liksom Australien och Nya Zeeland [22].

Andra typer av utvärderingsmetoder är t.ex. kostnadseffektivitetsanalys (Cost Effectiveness Analysis, CEA), som till skillnad från en CUA använder fysiska enheter, såsom levnadsår, BMI, blodtryck, antal personer med lyckat resultat, genomsnittlig minskning i riskmarkör etc, som effektmått. Beroende av vilka effekter som är intressanta och/eller vem de berör, så väljs också ett lämpligt perspektiv för analysen [19]. I Sverige rekommenderas ett samhällsekonomiskt perspektiv vid hälsoekonomiska beräkningar, vilket tar hänsyn till kostnader och effekter både inom och utanför hälso- och sjukvården. Men beräkningar kan även göras ur sjukvårdens perspektiv – då tas endast hänsyn till kostnader och effekter som direkt påverkar patienten och sjukvården [23].

3.2. Interventionen

Pilotprojektet *hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser* utgår från delprojekten *Hitta Hälsan* och *LeVa*. Projekten har bedrivits under 2021 och 2022 med syfte att undersöka om nya, innovativa och mer aktiva sätt att motivera individer att ändra sina levnadsvanor kan resultera i förbättrad hälsa och minskad sjuklighet redan på kort sikt.

Levnadsvanemottagnigen LeVa

Levnadsvanemottagningen LeVa sprider en generell inbjudan till den vuxna befolkningen (>18 år) i Göteborg Nordost genom olika kanaler samt till patienter på Angereds närsjukhus för att genom personliga möten erbjuda stöd till förändring av levnadsvanor. Erbjudet stöd/motivation för förändring av levnadsvanor har särskilt riktat sig till socioekonomiskt utsatta grupper som i många fall inte självmant söker hjälp och/eller har låg kännedom om hur man bör gå till väga för att söka vård.

Stöd på Levnadsvanemottagningen innebär följande:

- Besök 1 (0): Träff med hälsovetare eller dietist. Kartläggning av vilket stöd som önskas; kost, fysisk aktivitet, alkohol eller tobak där Socialstyrelsen indexfrågor görs vid behov. Mått såsom vikt, blodtryck, midjemått, blodfetter, blodsocker (p-glukos, HbA1c) kontrolleras om så önskas. Samtliga besökare fyller i livskvalitetsformuläret EQ-5D som mäter livskvalitet utifrån fem olika dimensioner (rörlighet, egenvård, vardagliga aktiviteter, smärta/obehag och ångest/depression).
- Besök 2: Återkoppling av eventuella provsvar. Planering för eventuellt fortsatt stöd. Vid förhöjda värden hänvisas besökaren till vårdcentral eller ansvarig vårdgivare.
- Besök 3 – 8: Stödsamtal efter besökarens behov (9 ggr för tobaksavvänjning).
- Besök efter sex månader: Samtliga inskrivna kallas till sex månaders uppföljning. Här ingår EQ-5D, samt erbjudande om nya kontroller enligt besök 1 och fortsatta stödsamtal.

Hitta Hälsan

Pilotprojektet *Hitta Hälsan* utgår från Närhälsans Hälsoenhet i Alingsås och Lerums kommuner och erbjuder individer att anmäla sig till en variant av riktade hälsosamtal – en så kallad ”Hälsokoll”. En personlig inbjudan till en Hälsokoll har postats till ett slumpmässigt urval av 40-åringar och anmälan sker via e-tjänster i 1177 eller via telefon. Det är dock möjligt för alla individer över 18 år att på eget initiativ anmäla sig till projektet.

Hälsokollen består av följande delar:

- En provtagning (blodtryck, blodsocker, blodfetter, längd, vikt och midjemått).
- Ett kortfattat frågeformulär, samt erbjudande om att skapa sin egen hälsoprofil. Frågeformuläret består av Socialstyrelsens indexfrågor om

fysisk aktivitet, matvanor, alkohol och tobak, samt livskvalitetsformuläret EQ-5D.

- Ett hälsosamtal fysiskt eller digitalt tillsammans med Hitta hälsans sjuksköterska.
- Individanpassad uppföljning där deltagaren vid behov erbjuds/vägleds till olika former av stöd till levnadsvaneförändring eller annan typ av stöd. Samtliga deltagare följs upp med Hitta hälsans frågeformulär vid 3, 6 och 12 månader räknat från hälsosamtalet

För att kunna ge en indikation på om vanorna är mer eller mindre ohälsosamma används ett tolkningsstöd (gränsvärde för när en levnadsvana räknas som ohälsosam) samt WHO:s rekommendationer om pulshöjande fysisk aktivitet. För individer som samtyckt besvaras Hitta hälsans frågeformulär inklusive EQ-5D på nytt vid 3, 6 och 12 månaders uppföljning.

3.3. Hälsoekonomisk analys

I denna rapport presenteras en hälsoekonomisk analys av pilotprojektet Hälsofrämjande och Sjukdomsförebyggande Insatser varav delprojekten Hitta Hälsan och LeVa ingår. Analysen bygger primärt på det enkätmaterial som samlats in under projektets gång. Självskattade data avseende livskvalitet har insamlats mätt via frågeformuläret EQ-5D-5L där även självskattad hälsa mätt via en Visuell Analog Skala (VAS-skala) ingår [24]. Därtill har data om levnadsvanor samlats in. Bedömning av ohälsosam vana har gjorts enligt Västra Götalandsregionens

tolkningsstöd för de olika levnadsvanorna¹.

Vad gäller fysisk aktivitet kan ohälsosam vana föreligga om aktivitetsminuter <150 min/vecka på minst måttlig

ansträngningsnivå. Nivåer över detta bedöms som inom riktlinjer. Gällande pulshöjande minuter/vecka bedöms en ohälsosam vana föreligga om <75

min/vecka på hög ansträngningsnivå. Då flertalet deltagare har angett 60-90 minuter, varav gränsvärdet 75 min/vecka befinner

sig i mitten av detta intervall, har vi valt att kategorisera 60-90 min/vecka som utrymme för förbättring. Exempelvis används en liknande kategorisering vid bedömning av matvanor, beskrivet i faktarutan jämte. Generellt presenteras resultat för levnadsvanor bara om det finns minst 30 med mätpunkter.

Kliniska mått såsom blodtryck, blodsocker, blodfetter etc har mätts av sjuksköterska eller motsvarande.

Tolkningsstöd för frågor om matvanor

Västra Götalandsregionens tolkningsstöd för frågor om matvanor baseras på ett kostindex mellan 0-12 varav matvanor kan delas in i tre olika kategorier: 0-4 p innebär betydande ohälsosamma matvanor, 5-8 p innebär mindre bra matvanor med utrymme för förbättring medan 9-12 p tolkas som hälsosamma matvanor som i stort sett följer officiella rekommendationer.

Faktaruta kring tolkningsstöd

¹ Mer detaljerad information kring bedömning av ohälsosamma levnadsvanor finns i slutrapport Pilotprojekt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Kostnader är direkt inhämtade från projektgrupperna för respektive projekt. I analysen inkluderas kostnader i form av resurser som krävdes för att genomföra de olika insatserna inklusive personal, material, lokal, kommunikation etc. Identifierade kostnader kan därmed beskrivas som *merkostnader* som insatsen medför. Analysen är inkrementell, dvs de extra kostnader och hälsoeffekter som insatsen ger jämfört med ”ingen insats” utgör basen för analysen.

Eftersom indirekta kostnader avseende produktionsförlust är svårt att estimeras korrekt till följd av den utbredda sjukdomsbörda som livsstilsrelaterade sjukdomar ofta resulterar i samt att data avseende sjukskrivningar saknas, har analysen genomförts ur hälso-och sjukvårdens perspektiv.

Då tidshorisonten som längst sträcker sig över en 12 månaders period, har kostnader och effekter ej diskonterats i denna analys. Känslighetsanalyser har dock utförts för att undersöka om resultaten (kostnad/QALY) är robusta.

3.4. Kostnader

Kostnader är begränsat till att inkludera interventionskostnader såsom personal, kommunikation, lokal, material samt övriga kostnader relaterade till projekten.

LeVa

Tabell 1 Antal vårdkontakter på Levnadsvanemottagningen Angered samt övriga insatser april 2021-dec 2022

Totalt antal vårdkontakter (omfattar alla fysiska besök samt annan kontakt såsom digitala vårdmöten, övriga distanskontakter, telefonkontakter och distanskontakt som ersätter besök)	435
Gemensamma aktiviteter där LeVa medverkat (omfattar föreläsningar, informationsspridning, workshops etc) ²	34*3 (102)
Höstpromenader med hälsoguider ³	112*2 (224)
Totalt antal insatser:	761

Genomsnittlig kostnad per deltagare har beräknats genom att dela de totala projektkostnaderna med antalet insatser som genomförts under projekttiden, se tabell 2

^{2,3} För att ta hänsyn till planeringstid och uppstartsmöten som krävts för att kunna genomföra aktiviteter har antal gemensamma insatser viktats (multiplicerats) med 3 respektive 2 för promenader med hälsoguider, vilket baseras på hur mycket tid insatserna i anspråk genomsnittligen krävt.

nedan. Viktigt att beakta är att samtliga besökstyper registrerat via 1177 har viktats jämlikt, medan gemensamma aktiviteter där LeVa medverkat har viktats med utgångspunkt i hur mycket tid insatserna i anspråk genomsnittligen krävt, angivet tabell 2 ovan.

Tabell 2. LeVas kostnad per insats

Totala kostnader (kr)	Totala insatser	Kostnad/insats (kr)
2 989 000	761	3 928 kr

Avseende kostnader som inkluderats i kostnadsnyttoanalysen (kostnad/QALY) omfattar detta kostnader i samband med riktade hälsosamtal där hälsorelaterad livskvalitet samlats in. Detta innebär att endast kostnaden för själva besöken, utan hänsyn till deltagande i övriga aktiviteter, inkluderats i analysen. Detta till följd av svårigheten att urskilja specifika kostnader som är kopplade till hälsoeffekterna. En deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0 och 6 månader antas därmed ha 2 besök, vilket är förenat med en kostnad för 2 insatser (3928*2). Nedan i tabell 3 redovisas den totala kostnaden för deltagare som inkluderats i kostnadsnyttoanalysen. Den totala kostnaden utgår från att 34 deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0 och 6 månader har haft 2 besök, varav varje besök är kostnadssatt med 3928 kr.

Tabell 3 Totala besök och kostnader för deltagare med QALY-data

Antal besök för individer med QALY-data	(n)	Totala besök	Total kostnad (kr)
2	34	68	
Total	34	68	267 085 kr ⁴

Hitta Hälsan

Tabell 4 Antal vårdkontakter via 1177 (alla besök/annan kontakt) på Närhälsan Hälsoenheten samt övriga insatser Maj 2021-dec 2022

Totalt antal vårdkontakter (omfattar alla fysiska besök samt annan kontakt såsom digitala vårdmöten, skriftlig distanskontakt via 1177, övriga distanskontakter, telefonkontakter och distanskontakt som ersätter besök)	1093
Gemensamma aktiviteter där Hitta Hälsan medverkat ⁵	58*3 (174)
Promenader	8
Totalt antal insatser:	1275

⁴ Totala kostnaden baseras på totala besök viktat med den genomsnittliga kostnaden per insats i projektet.

⁵ För att ta hänsyn till planeringstid och uppstartsmöten som krävs för att kunna genomföra aktiviteter har antal gemensamma insatser viktats (multipliserats) med 3, vilket baseras på hur mycket tid insatserna i anspråk genomsnittligen krävt.

Genomsnittlig kostnad per deltagare har beräknats genom att dela de totala projektkostnaderna med antalet totala insatser som genomförts under projekttiden, se tabell 4 nedan. Viktigt att beakta är att samtliga besökstyper registrerat via 1177 har viktats jämlikt, medan gemensamma aktiviteter där Hitta Hälsan medverkat har viktats med utgångspunkt i hur mycket tid insatserna i anspråk genomsnittligen krävt, angivet tabell 4 ovan.

Tabell 5. Hitta Hälsans kostnad per insats

Totala kostnader (kr)	Totala insatser	Kostnad/insats (kr)
2 553 000	1275	2002

Avseende kostnader som inkluderats i kostnadsnyttoanalysen (kostnad/QALY) omfattar detta kostnader i samband med riktade hälsosamtal där hälsorelaterad livskvalitet samlats in. Detta innebär att endast kostnaden för själva besöken, utan hänsyn till deltagande i övriga aktiviteter, inkluderats i analysen. En deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0, 6 och 12 månader antas därmed ha 3 besök, vilket är förenat med en kostnad för 3 insatser (2002*2). Nedan i tabell 6 redovisas den totala kostnaden för deltagare som inkluderats i kostnadsnyttoanalysen. Den totala kostnaden utgår från att 4 deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0, 3, 6 och 12 månader har haft 4 besök medan 77 deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0, 6 och 12 månader har haft 3 besök, varav varje besök är kostnadssatt med 2002 kr.

Tabell 6 Totala besök och kostnader för deltagare med QALY-data

Antal besök för individer med QALY-data	(n)	Totala besök	Total kostnad (kr)
3	4	12	24 028
4	77	308	616 725
Total	81	320	640 753

3.5. Hälsoeffekter

Uppskattning av hälsoeffekter baseras på hälsorelaterad livskvalitet som mätts med EQ-5D-5L frågeformulär (se bilaga 9 i slutrapport för fullständig beskrivning), vilket använts för att skatta livskvalitetsvikter och slutligen beräkna QALY.

Leva

För varje deltagare som fyllt i EQ-5D frågeformulär beräknades hälsorelaterad livskvalitet vid nybesök, så kallad baslinje, (0 mån) och 6 månaders uppföljning (efter). Eftersom deltagare i LeVa följs fram till 6 månader har vi antagit (extrapolerat) att effekten av insatsen vid denna tidpunkt kvarstår under ytterligare 6 månader, dvs totalt ett år. Därav antas den hälsorelaterade livskvaliteten vara konstant mellan 6 och 12 månader.

Inkrementell effekt har beräknats som antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår (Δ QALY). Endast de individer som har mätpunkter vid både baslinje och 6 månader inkluderas i kostnadseffektivitetsanalysen (kallade QALY-populationen). Dock beräknas även kostnadseffektivitet givet ett antagande om att alla deltagare på LeVa skulle deltagit vid

nybesök samt 6månadersbesöket samt uppnått den genomsnittliga livskvalitén taget från QALY-populationen. En betydande andel av individerna som ej har data vid 6-månadersuppföljningen har det av kalendermässiga skäl, dvs de inkluderades i projektet under sensommar/hösten 2022 och därmed hann inte uppföljningstiden bli 6 månader för dessa deltagare.

Hitta Hälsan

För varje deltagare som fyllt i EQ-5D frågeformulär beräknades hälsorelaterad livskvalitet vid baslinje (0 mån), 6 och 12 månaders uppföljning (efter). Inkrementell effekt beräknades som antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår (Δ QALY). Endast de individer som har mätpunkter vid åtminstone baslinje, 6 månader och 12 månader inkluderas i kostnadseffektivitetsanalysen (kallade QALY-populationen). Dock beräknas även kostnadseffektivitet givet ett antagande om att alla deltagare på Hitta Hälsan skulle deltagit vid nybesök, 6månader samt 12 månader samt uppnått den genomsnittliga livskvalitén taget från QALY-populationen.

Hitta Hälsan stoppade sitt intag av nya deltagare under juni 2022 för att säkerställa att alla hade möjlighet att kalendermässigt få åtminstone 6 månaders uppföljningstid inom projektet.

4. Resultat

4.1. Levnadsvanemottagningen LeVa

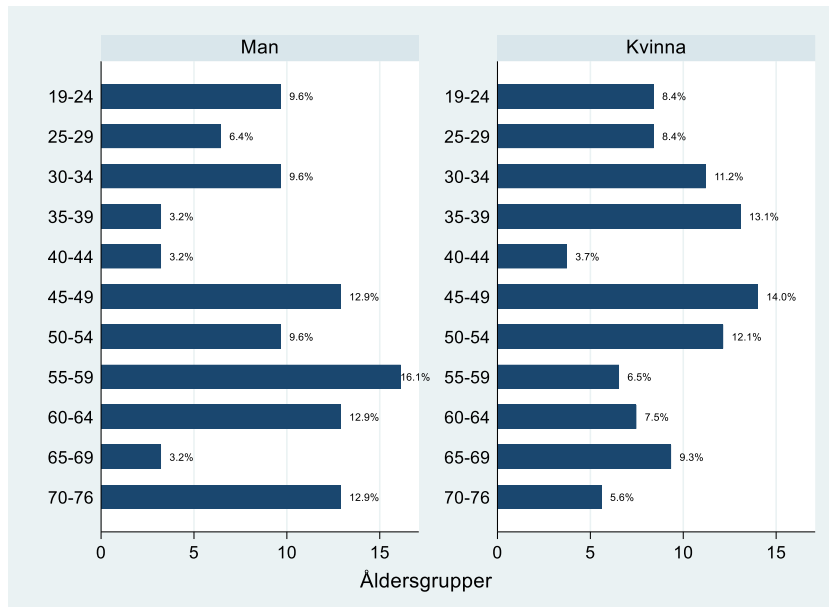
Vid nybesök (0 mån) fanns det totalt 142 individer, varav andelen med fullständiga data varierade kraftigt. Andelen individer med uppföljningsdata vid 6 månader var generellt låg (<30), därav presenteras endast data för nybesöket avseende levnadsvanor. Data över tobaksbruk och alkoholvanor har exkluderats från denna analys då antalet individer med fullständiga data är låg (<10). Data presenteras för den totala studiepopulationen och ej uppdelad efter kön till följd av den ojämna könsfördelningen bland deltagarna.

Som kan ses utifrån tabell 7 nedan är andelen män cirka 22% medan majoriteten (78%) av deltagarna är kvinnor.

Tabell 7 Andel män och kvinnor i studiepopulationen.

	(n)	%
Man	31	22
Kvinna	111	78
Total	142	100

Medelåldern för hela materialet är 46,6 år varav lägsta ålder är 19 och högsta ålder 76. Medelåldern för män i hela materialet är 49,6, motsvarande siffra för kvinnor är 45,7. I figur 1 nedan presenteras åldersfördelningen i 5-årsintervall uppdelat på man/kvinna. För både män och kvinnor har åldersgruppen 40-44 bland de lägsta deltagarandelen. För både män och kvinnor är det en majoritet av individer 45+ som deltar, även om denna trend syns



Figur 1. Åldersfördelning av studiepopulationen

tydligare för män.

Levnadsvanor

I detta avsnitt presenteras en sammanställning av levnadsvanor (aktivitetsminuter, pulshöjande aktivitet och matvanor) för deltagare med fullständiga data vid nybesök.

I tabell 8 nedan presenteras andelen deltagare som har ett värde motsvarande ohälsosam levnadsvana, hälsosam levnadsvana, eller utrymme för förbättring. Bland individer med data på antal aktivitetsminuter per vecka hade 20 (41%) en ohälsosam vana. Denna siffra var något högre, 63% avseende pulshöjande minuter per vecka. Exempelvis hade 25 av de 54 individerna med data på pulshöjande aktivitet angett ett värde <30 min/veckan vid nybesök. Gällande matvanor befann sig majoriteten av individer inom spannet ”utrymme förbättring”.

Tabell 8. Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 månader.

Aktivitetsmin/v			Pulshöjande min/v			Matvanor		
Bedömning	(n)	%	Bedömning	(n)	%	Bedömning	(n)	%
Hälsosam vana	29	59	Hälsosam vana	14	26	Hälsosam vana	10	12
Ohälsosam vana	20	41	Ohälsosam vana	34	63	Ohälsosam vana	10	12
Utrymme förbättring			Utrymme förbättring	6	11	Utrymme förbättring	62	76
Total	49	100	Total	54	100	Total	82	100

Även om tillräckligt med fullständiga data saknas vid 6 månader, så kunde ändå en positiv trend ses vad det gäller aktivitetsminuter per vecka. Totalt hade 14 individer uppföljningsdata, varav 9 (64%) av dessa visade på en positiv förändring.

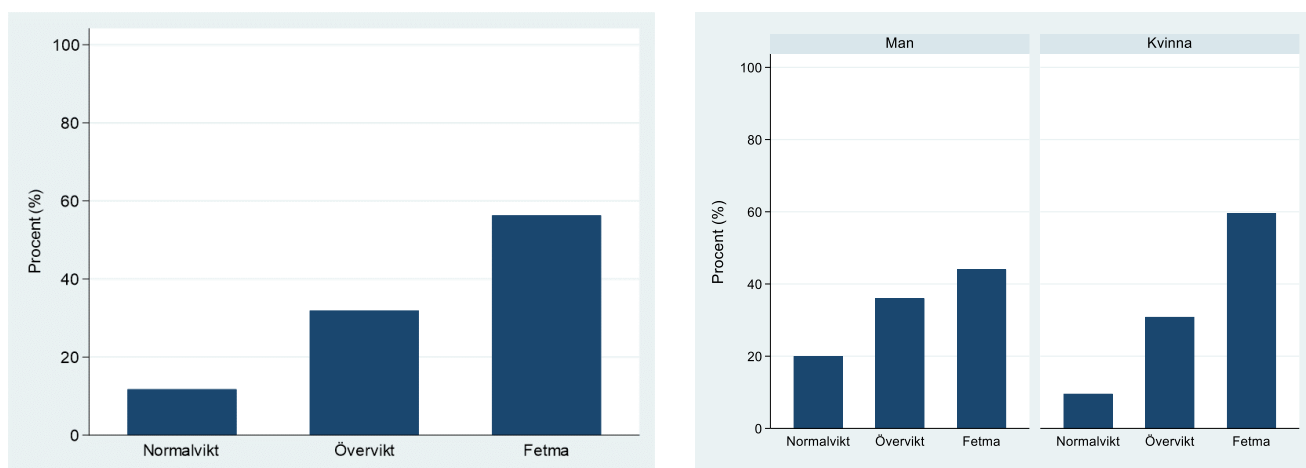
BMI

BMI är ett internationellt standardiserat mått som används för att beräkna förhållandet mellan längd och vikt i en befolkning. BMI delas vanligtvis in i fyra kategorier: undervikt, normalvikt, övervikt eller fetma. Nedan i tabell 9 visas kategorisering av BMI [25].

Tabell 9. BMI kategorisering

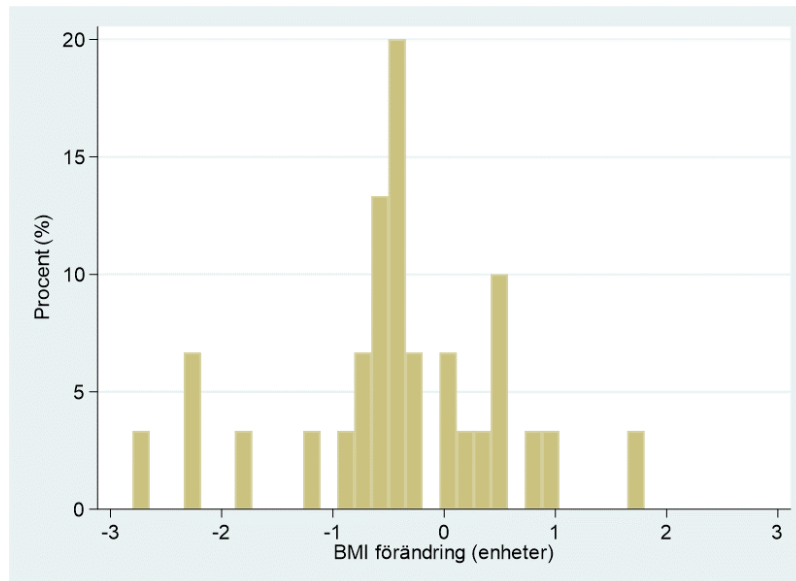
BMI kategorisering	
<18,5	Undervikt
≥18,5 – 24,9	Normalvikt
≥ 25,0 – 29,9	Övervikt
≥ 30,0	Fetma

I figur 2 (t.v.) nedan presenteras den totala studiepopulationen (119 individer) stratifierat enligt BMI-kategori vid nybesök (0 mån). Omkring 55% av deltagarna hade ett BMI kategoriserat som fetma medan cirka 30% hade ett BMI motsvarande övervikt. Vid en mätning av övervikt och fetma bland befolkningen 16-84 år under 2021, hade cirka 36% av befolkningen ett BMI kategoriserat som övervikt (25,0-29,9) och 16% fetma [26]. Jämfört med nationell nivå är andelen med övervikt och fetma därmed högre. I figur 2 (t.h.) nedan presenteras den totala studiepopulationen stratifierat enligt BMI-kategori och kön vid



Figur 2. (t.v.) Andel (procent) deltagare med normalvikt, övervikt och fetma vid nybesök. (t.h.) Andel (procent) med normalvikt, övervikt och fetma, uppdelat på kön

nybesök. Bland kvinnor hade cirka 60% ett BMI kategoriserat som fetma, motsvarande siffra bland män var något lägre, strax över 40%. Jämfört med nationella mätningar är dessa siffror höga. Under 2021 var siffror för fetma cirka 16 procent både bland kvinnor och män i åldersspannet 16-84 år [26].

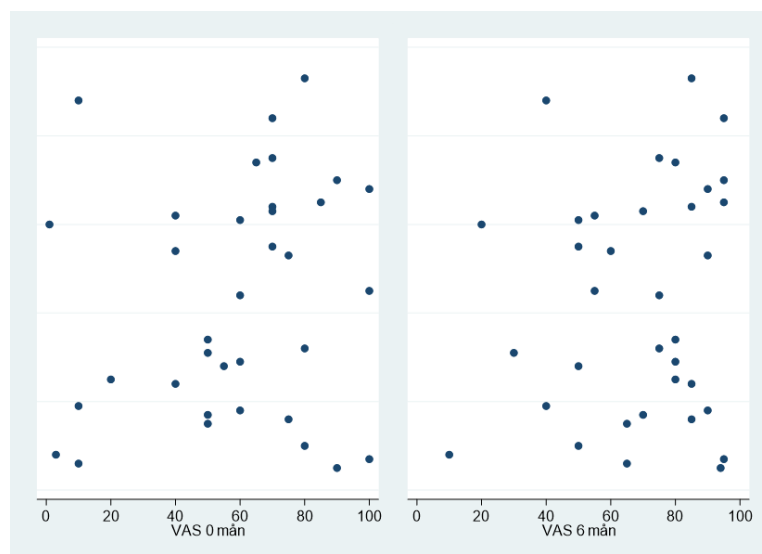


Figur 3. BMI förändring (enheter) bland deltagare med uppföljande data vid 6 månader

Vid 6 månaders uppföljning fanns det 30 (21%) deltagare med fullständiga data över BMI. I figur 3 ovan redovisas spridningen av förändring i BMI (enheter) mellan nybesök och 6 månader för dessa individer. Majoriteten av individer har gjort en positiv förändring, dvs minskat i BMI enheter mellan mätpunkterna.

Självskattad hälsa

Vid 6 månaders uppföljning fanns det 35 (25%) deltagare med fullständiga data på självskattad hälsa mätt via VAS-skalan (se bilaga 9 i slutrapport för fullständig beskrivning). Skalan är numrerad från 0 till 100 där 100 motsvarar bästa tänkbara hälsa

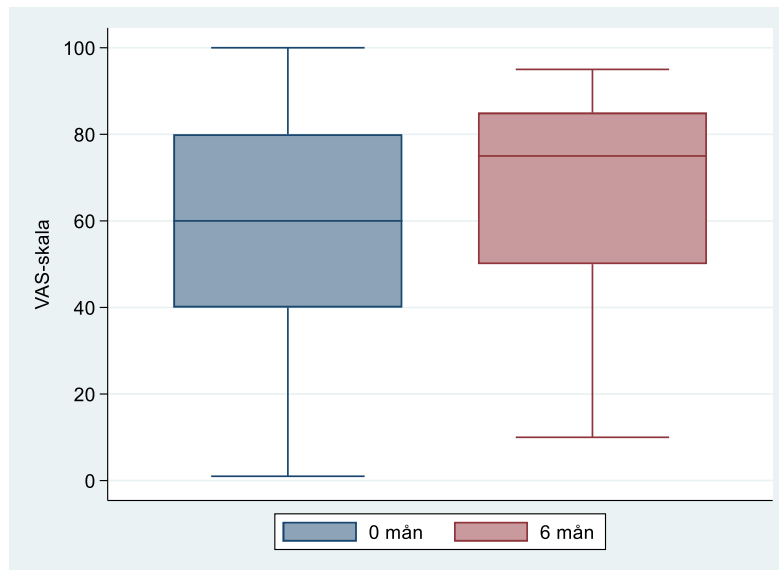


Figur 4 Spridning av VAS värden vid 0 och 6 månader.

medan 0 motsvarar sämsta tänkbara hälsa.

Ovan i figur 4 visas spridningen av VAS-värden vid 0 och 6 månader för de 35 individer med fullständiga data. Genomsnittligt VAS-värde var 58,2 och 68,8 vid 0 respektive 6 månader. Observera att värden på y-axeln har dolts, detta för att endast visa spridningen av värden längs x-axeln. Varje punkt längs y-axeln motsvarar en observation.

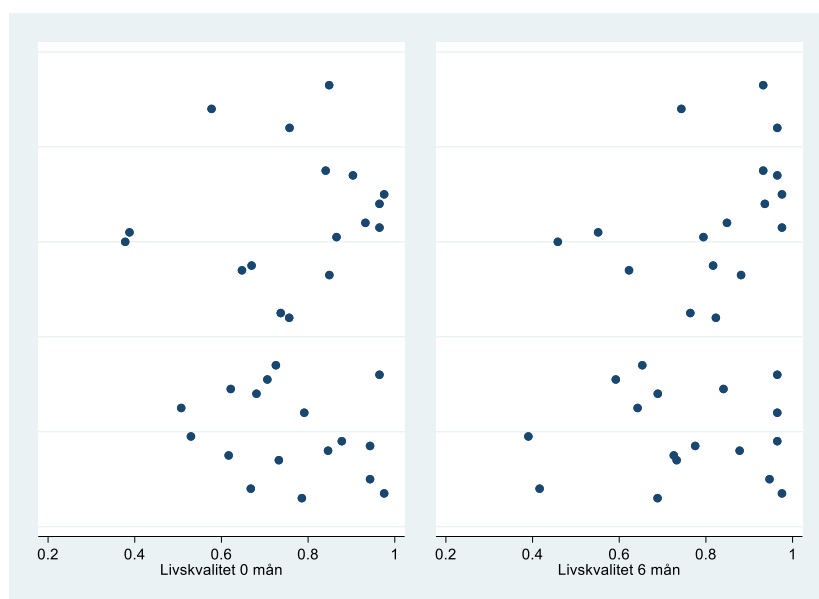
Spridningen av VAS-värden redovisas också separat i ett lådagram (engelska: box plot), (figur 5). Eftersom varje segment av diagrammet innehåller en fjärdedel av värdena ger lådagrammet en grovre uppskattning av hur spridd datamängden är. Vid 0 månader var medianen 60 respektive 75 vid 6 månader, en ökning med 15 enheter.



Figur 5. Spridning av VAS värden presenterat i ett lådagram vid 0 och 6 månader.

Livskvalitet

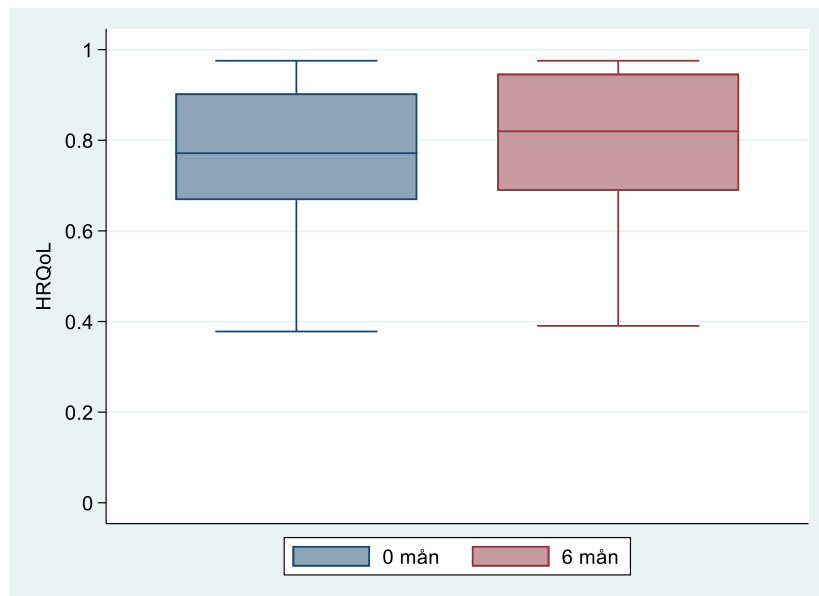
Vid 6 månaders uppföljning fanns det 34 (24 %) deltagare med fullständiga data på hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) mätt via frågeformuläret EQ-5D.



Figur 6. Spridning av livskvalitetvärden vid 0 och 6 månader.

Ovan i figur 6 visas spridningen av livskvalitetvärden vid 0 och 6 månader för de 34 individer med fullständiga data. Observera att värden på y-axeln har dolts även här, detta för att endast visa spridningen av värden längs x-axeln. Varje punkt motsvarar en observation. Hälsorelaterad livskvalitet skattas mellan 1 motsvarande optimal hälsa och 0 motsvarande värsta tänkbara hälsa. Den genomsnittliga livskvaliteten var 0,76 vid 0 månader och 0,78 vid 6 månader.

Spridningen av HRQoL redovisas också separat i ett lådagram (figur 7). Vid 0 månader var medianen 0,77 respektive 0,82 vid 6 månader.



Figur 7. Spridning av livskvalitetvärden presenterat i ett lådagram vid 0 och 6 månader.

Dimensioner av hälsa

Nedan i tabell 10 presenteras deltagarnas svar på de olika dimensionerna i EQ-5D, dvs rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Exempelvis har en majoritet av deltagarna (73%) fyllt i att de har lite oro/nedstämdhet till extrem oro/nedstämdhet vid nybesöket. En tiondel har fyllt att de upplever extrem oro/nedstämdhet.

Vid 6 månader är det en något mindre andel som fylls i motsvarande oros- och nedstämdhetsnivåer (61%), dock är andelen deltagare med uppföljningsdata relativt låg (n=36).

Tabell 10. Deltagarnas svar på de olika dimensionerna av EQ5D vid baseline (0mån) samt 6 månader (för de deltagare med uppföljningsdata)

Rörlighet baseline			Rörlighet 6mån	
	No.	%	No.	%
inga svårigheter	72	51%	20	54%
lite svårigheter	32	23%	11	30%
måttliga svårigheter	15	11%	3	8%
stora svårigheter	6	4%	0	0%
Kan inte gå omkring	1	1%	2	5%
Total	141	100%	37	100%
Personlig vård 0mån			Personlig vård 6mån	
	No.	%	No.	%
inga svårigheter	98	78%	27	75%
lite svårigheter	20	16%	6	17%
måttliga svårigheter	3	2%	3	8%
stora svårigheter	4	3%	0	0%
Kan inte tvätta/klä mig	1	1%	0	0%
Total	126	100%	36	100%
Vanliga aktiviteter baseline			Vanliga aktiviteter 6mån	
	No.	%	No.	%
inga svårigheter	71	56%	20	56%
lite svårigheter	25	20%	9	25%
måttliga svårigheter	15	12%	4	11%
stora svårigheter	14	11%	2	6%
Kan inte utföra	1	1%	1	3%
Total	126	100%	36	100%
Smärtor/besvär baseline			Smärtor/besvär 6mån	
	No.	%	No.	%
har varken eller	28	22%	5	14%
lätta smärtor/besvär	40	32%	14	39%
måttliga smärtor/besvär	33	26%	7	19%
stora smärtor/besvär	14	11%	5	14%
extrema smärtor/besvär	11	9%	5	14%
Total	126	100%	36	100%
Oro/nedstämdhet baseline			Oro/nedstämdhet 6mån	
	No.	%	No.	%
varken orolig/nedstämd	35	28%	14	39%
lite orolig/nedstämd	46	37%	10	28%
ganska orolig/nedstämd	21	17%	5	14%
mycket orolig/nedstämd	11	9%	3	8%
extremt orolig/nedstämd	13	10%	3	8%
Total	126	100%	36	100%

4.2. Hitta Hälsan

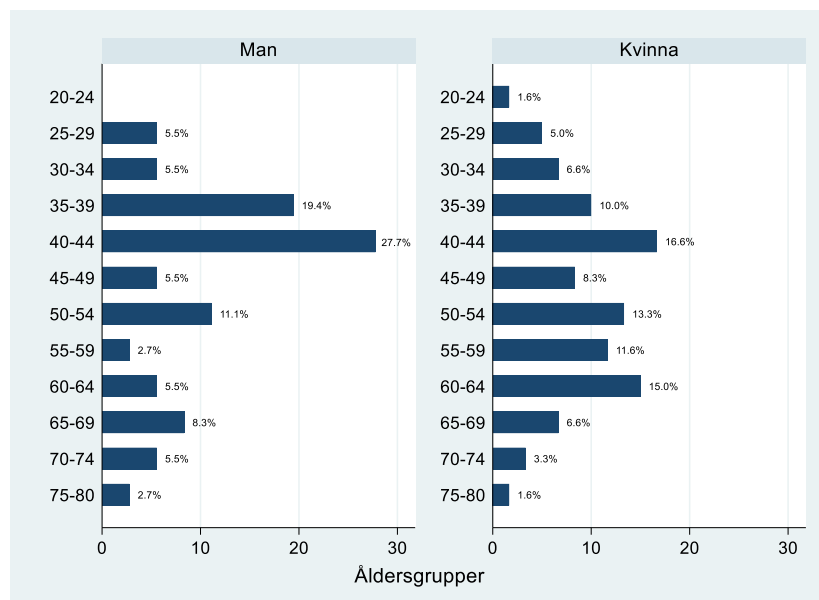
Vid nybesök (0 mån) fanns det totalt 203 individer. Andelen individer med uppföljningsdata vid 6 månader och 12 månader var generellt runt 80, men denna siffra varierar sinsemellan levnadsvanorna och kliniska data. Data presenteras dels för den totala studiepopulationen, dels uppdelad efter inbjudan till riktat hälsosamtal.

Som kan ses utifrån tabell 11 nedan är andelen män cirka 41,9% medan andelen kvinnor är 58,1%. Precis som i studiepopulationen för LeVa utgörs även denna studiepopulation av fler kvinnor.

Tabell 11. Andelen män och kvinnor uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal

Inbjudan till riktade hälsosamtal	Nej		Ja		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Man	36,0	37,1	49,0	46,2	85,0	41,9
Kvinna	61,0	62,9	57,0	53,8	118,0	58,1
Total	97,0	100,0	106,0	100,0	203,0	100,0

Nedan i figur 8 nedan presenteras ålder vid inkludering i studie i femårsintervall bland de individer som ej fått en inbjudan till riktat hälsosamtal. Bland individer som ej fått en riktad inbjudan är medelåldern 48 år (lägst 21 och högst 81 år). Det är också i åldersgruppen 40-44 år som det är flest individer, trots ingen inbjudan till riktat



Figur 8. Åldersfördelning av populationen

hälsosamtal.

Levnadsvanor

I detta avsnitt presenteras en sammanställning av levnadsvanor (aktivitetsminuter, pulshöjande aktivitet, tobaksanvändning, alkoholvanor och matvanor). Data presenteras

dels vid nybesök för samtliga deltagare, dels vid 6 och 12 månader för deltagare med fullständiga data vid dessa mätpunkter (81 deltagare). Kategorisering av aktivitetsminuter per vecka, pulshöjande minuter per vecka och matvanor sker likt föregående avsnitt om levnadsvanor i LeVa. Vad det gäller tobaksbruk och alkoholvanor har dessa kategoriserats i enlighet med Västra Götalandsregionens tolkningsstöd⁶.

Totalpopulation

Eftersom uppföljningsdata saknas vid 6 och 12 månader för en större andel av deltagarna presenteras andelen deltagare som har en ohälsosam levnadsvana (enligt tolkningsstöd), utrymme för förbättring, samt som är inom riktlinjer vid nybesök (0 månader) utan att presentera någon uppföljningsdata.

Tabell 12. Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 månader för totala studiepopulationen

Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	43 (21,3)	-	159 (78,7)	202
Pulshöjande min/v	107 (53,0)	29 (14,4)	66 (32,7)	202
Tobaksbruk	28 (13,9)	9 (4,5)	164 (81,6)	201
Matvanor	47 (23,3)	118 (58,4)	37 (18,3)	202
Alkoholvanor	54 (27,1)	-	145 (72,9)	199

Nedan presenteras en sammanställning av levnadsvanor vid baslinje, 6 och 12 månader för de 81 individer som har uppföljande data på livskvalitet vid samma mätpunkter. Avseende pulshöjande aktivitet var det exempelvis 45 individer inom kategorin ohälsosam vana och 12 inom utrymme för förbättring, och 24 individer som hade en hälsosam vana vid 0 månader. Vid 6 månaders uppföljningen hade antal individer inom kategorin för ohälsosam vana minskat med 10 personer (35 st.) och istället ökat med 8 (20 st.) i kategorin utrymme för förbättring samt ökat med 2 (26) i kategorin hälsosam vana. Därmed är det 10 individer som gjort en förflyttning, antingen från ohälsosam vana till ”utrymme för förbättring” eller från ohälsosam vana till att ha en hälsosam under dessa 6 månader.

Tabell 13. Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0, 6 och 12 månaders uppföljning avseende levnadsvanor

0 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	20 (24,69)		61 (75,31)	81
Pulshöjande/v	45 (55,56)	12 (14,81)	24 (29,63)	81
Tobaksbruk	7 (8,75)	4 (5,0)	69 (86,25)	80
Matvanor	19 (23,46)	46 (56,79)	16 (19,75)	81
Alkoholvanor	19 (24,10)		60 (75,90)	79

6 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	14 (17,28)		67 (82,72)	81
Pulshöjande/v	35 (43,2)	20 (24,69)	26 (32,1)	81
Tobaksbruk	6 (7,41)	3 (3,70)	72 (88,89)	81
Matvanor	11 (13,8)	45 (56,25)	24 (30,0)	80
Alkoholvanor	11 (12,9)		68 (86,08)	79
12 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	24 (30,0)		56 (70,0)	80
Pulshöjande/v	40 (49,38)	10 (12,35)	31 (38,27)	81
Tobaksbruk	7 (8,86)	6 (7,59)	66 (83,54)	79
Matvanor	9 (11,25)	48 (60,0)	23 (28,75)	80
Alkoholvanor	10 (12,66)		69 (87,34)	79

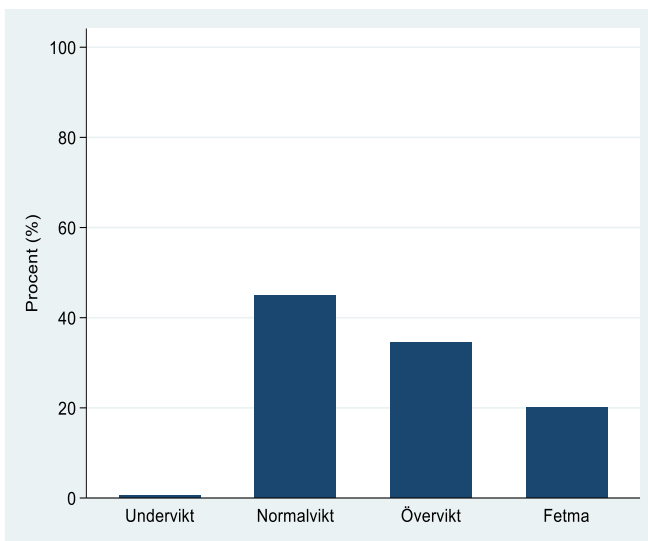
Tabell 14 Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0, 6 och 12 månaders uppföljning uppdelat på inbjudan respektive ej inbjudan till riktade hälsosamtal.

Inbjudan till riktade hälsosamtal														
	Nybesök					6 månader					12 månader			
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	14 (25,9)		40 (74,1)	54	Aktivitetsmin/v	11 (20,4)		43 (79,6)	54	Aktivitetsmin/v	15 (27,8)		39 (72,2)	54
Pulshöjande/v	30 (55,6)	8 (14,8)	16 (29,6)	54	Pulshöjande/v	24 (44,4)	11 (20,4)	19 (35,2)	54	Pulshöjande/v	25 (46,3)	8 (14,8)	21 (38,9)	54
Tobaksbruk	6 (11,1)	1 (1,9)	47 (87,0)	54	Tobaksbruk	5 (9,3)	2 (3,7)	47 (87,0)	54	Tobaksbruk	6 (11,5)	2 (3,8)	44 (84,6)	52
Matvanor	13 (24,1)	27 (50,0)	14 (25,9)	54	Matvanor	6 (11,3)	31 (58,5)	16 (30,2)	53	Matvanor	5 (9,4)	33 (62,3)	15 (28,3)	53
Alkoholvanor	13 (24,5)		40 (75,5)	53	Alkoholvanor	9 (17,3)		43 (82,7)	52	Alkoholvanor	8 (15,1)		45 (84,9)	53
Ej inbjudan														
	Nybesök					6 månader					12 månader			
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	6 (22,2)		21 (77,8)	27	Aktivitetsmin/v	3 (11,1)		24 (88,9)	27	Aktivitetsmin/v	9 (34,6)		17 (65,4)	26
Pulshöjande/v	15 (55,6)	4 (14,8)	8 (29,6)	27	Pulshöjande/v	11 (40,7)	9 (33,3)	7 (25,9)	27	Pulshöjande/v	15 (55,6)	2 (7,4)	10 (37,0)	27
Tobaksbruk	1 (3,8)	3 (11,5)	22 (84,6)	26	Tobaksbruk	1 (3,7)	1 (3,7)	25 (92,6)	27	Tobaksbruk	1 (3,7)	4 (14,8)	22 (81,5)	27
Matvanor	6 (22,2)	19 (70,4)	2 (7,4)	27	Matvanor	5 (18,5)	14 (51,9)	8 (29,6)	27	Matvanor	4 (14,8)	15 (55,6)	8 (29,6)	27
Alkoholvanor	6 (23,1)		20 (76,9)	26	Alkoholvanor	2 (7,4)		25 (92,6)	27	Alkoholvanor	2 (7,7)		24 (92,3)	26

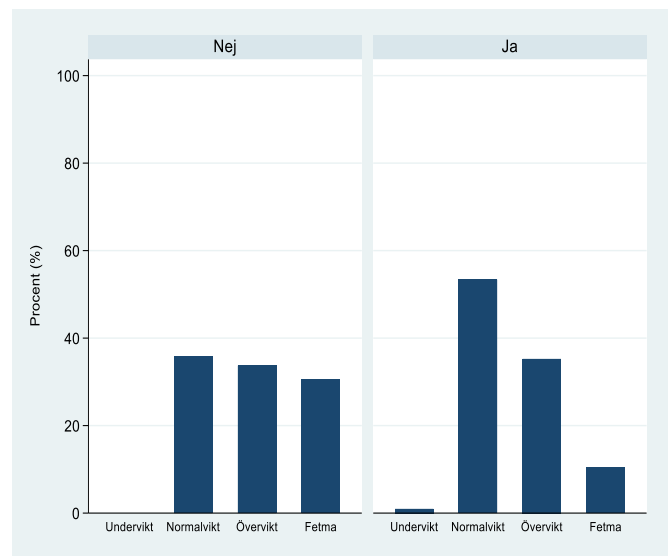
BMI

I figur 10 nedan (t.v.) presenteras den totala studiepopulationen med data på BMI (200 individer) stratifierat enligt BMI-kategori vid nybesök (0 mån). BMI kategorisering sker likt föregående avsnitt om BMI i LeVa.

Vid nybesök var andelen normalviktiga cirka 45% medan andelen med övervikt eller fetma var 35 respektive 20%. Andelen med övervikt stämmer väl överens med den generella befolkningen. Nationella mätningar visar att cirka 36% av befolkningen i åldrarna 16-84 år hade ett BMI kategoriserat som övervikt (25,0-29,9) under 2021 [26].



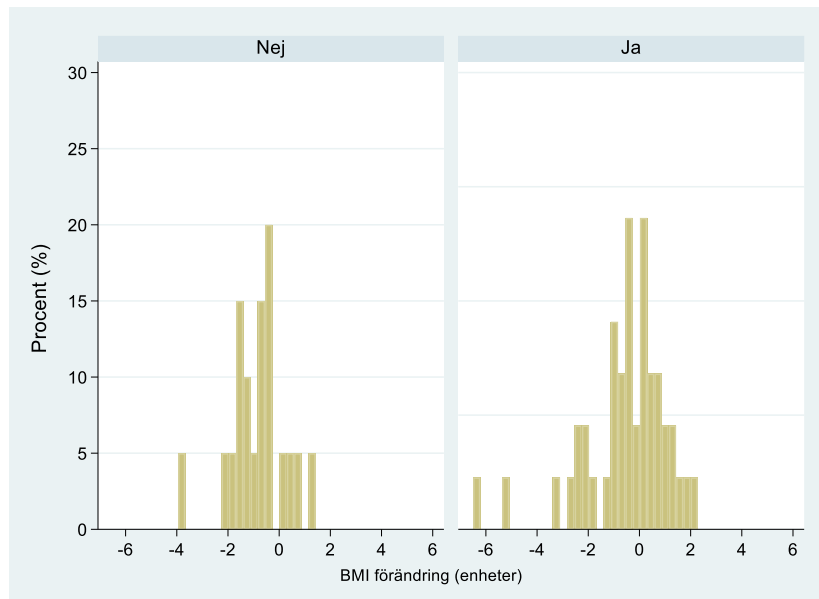
Figur 10. Andel (procent) deltagare med undervikt, normalvikt, övervikt och fetma vid nybesök.



Figur 10. Andel (procent) deltagare med undervikt, normalvikt, övervikt och fetma vid nybesök uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal.

I figur 10 (t.h) ovan presenteras återigen den totala studiepopulationen med data på BMI (200 individer) stratifierat enligt BMI-kategori vid nybesök (0 mån), uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal. Bland deltagarna med inbjudan till riktat hälsosamtal var cirka 55% normalviktiga medan 35% och 10% kategoriserades enligt övervikt respektive fetma. Bland deltagarna som ej mottagit inbjudan var andelen med normalvikt, övervikt och fetma relativt jämn. Cirka 35% var normalviktiga, jämfört med 55% bland de som mottagit en inbjudan.

Av den totala studiepopulationen är det 64 deltagare (31,5%) som har uppföljningsdata vid 12 månader avseende BMI. I figur 11 nedan presentera förändring i BMI (enheter) mellan 0 och 12 månader för dessa deltagare, uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal. Majoriteten av individer i båda grupperna har gjort en positiv förändring, dvs minskat i BMI enheter mellan mätpunkterna.

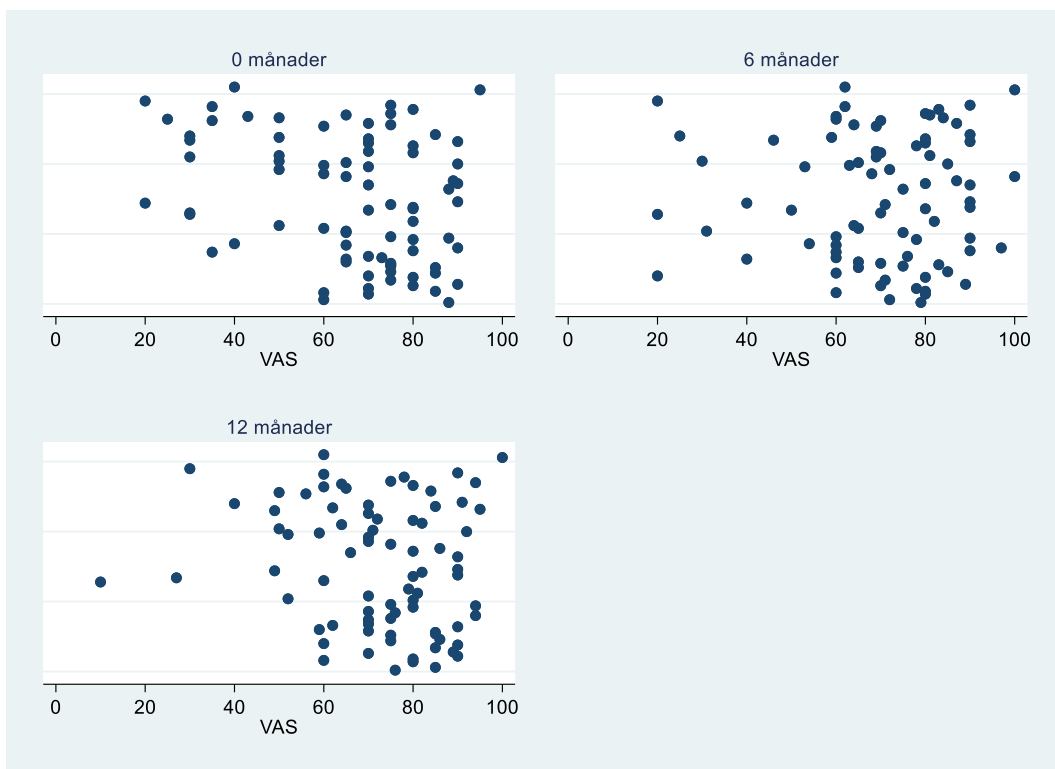


Figur 11 BMI förändring (enheter) bland deltagare med uppföljande data vid 12 månader

Självskattad hälsa

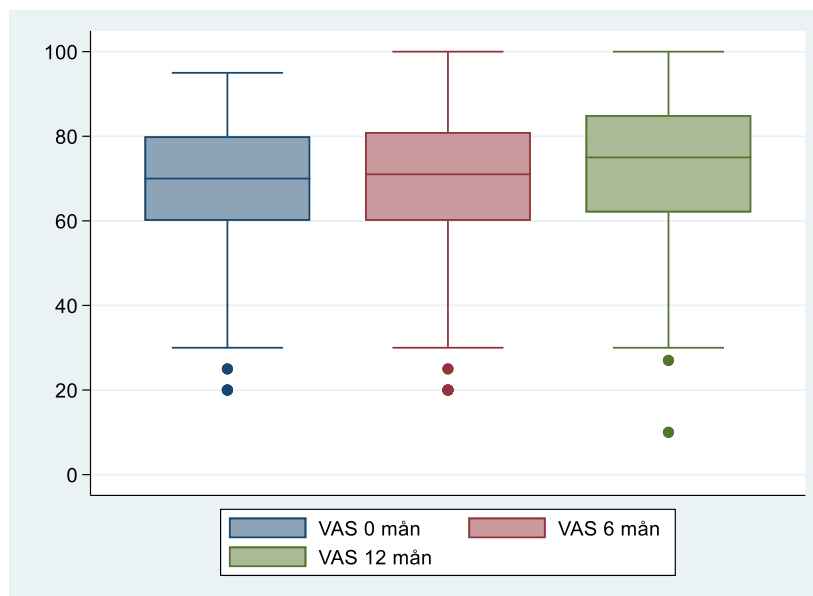
I detta avsnitt presenteras självupplevd hälsa skattat via VAS skalan för individer med fullständiga data vid 0, 6 och 12 månader (81 stycken).

Genomsnittligt VAS värde vid 0 månader var 65,9 och 69,7 vid 6 månader. Vid 12 månader var det genomsnittliga värdet något högre, 72,5.



Figur 12. Spridning av VAS värden vid 0, 6 och 12 månader.

Spridningen av VAS-värden redovisas också separat i ett lådagram (figur 13). Eftersom varje segment av diagrammet innehåller en fjärdedel av värdena ger lådagrammet en grövre uppskattning av hur spridd datamängden är. Vid 0 månader var medianen 70, vid 6 månader 71 och vid 12 månader 75.



Figur 13 Spridning av VAS värden vid 0, 6 och 12 månader för individer med uppföljande data.

Livskvalitet

Vid 12 månaders uppföljning fanns det 81 (40%) deltagare med fullständiga data på hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) mätt via frågeformuläret EQ-5D.

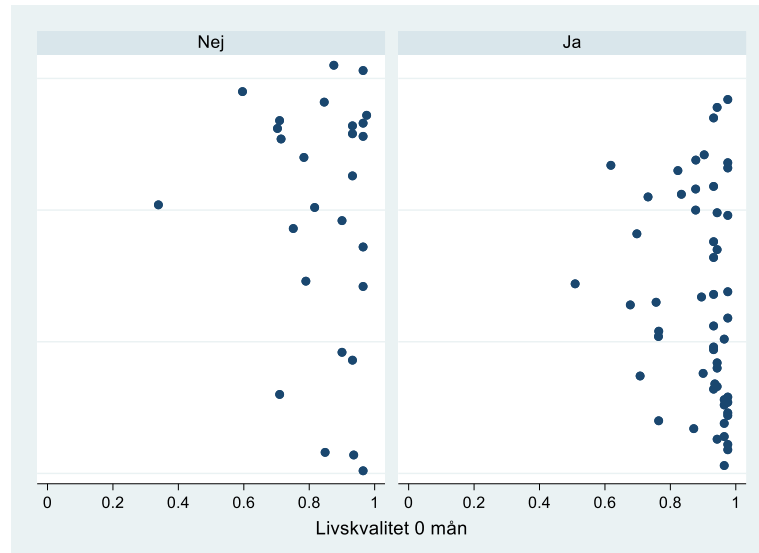
Nedan i tabell 15 visas den totala studiepopulationen stratifierad utifrån vilka mätpunkter som har fullständiga data på livskvalitet, uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal. Av de 81 deltagare med livskvalitetdata vid 12 månader, hade 4 deltagare fullständiga data vid 3 och 6 månader, medan 77 av deltagarna hade fullständiga data vid 6 månader.

Tabell 15 Gruppering enligt uppföljande livskvalitet (EQ-5D) data vid de olika mätpunkterna

	Inbjudan	Nej	Ja	Total
0 mån		11	9	20
0 och 3 mån		14	10	24
0 och 6 mån		9	8	17
0, 6 och 12 mån		1	3	4
0 och 12 mån		0	1	1
0, 3, 6 och 12 mån		26	51	77
0, 3 och 6 mån		33	14	47
0, 3 och 12 mån		4	7	11
Totalt		98	103	201

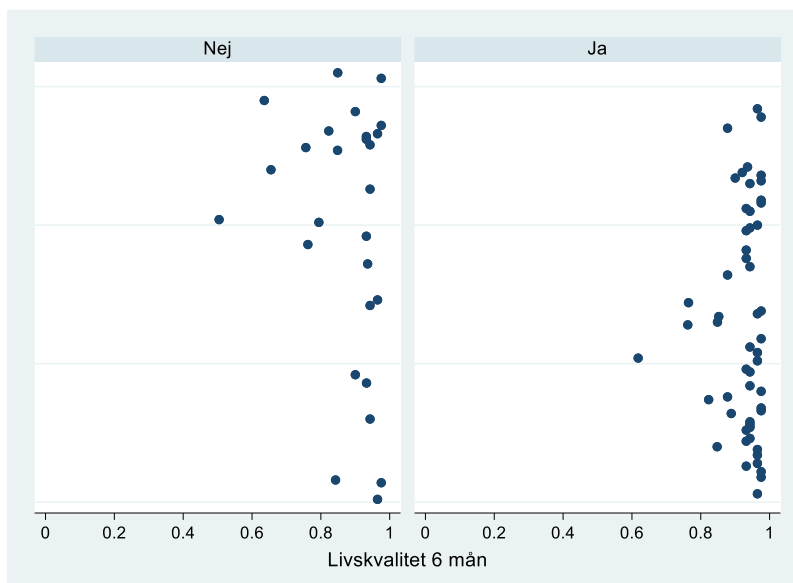
Nedan i figur 14 presenteras livskvalitet vid nybesök för individer med uppföljande data, uppdelat för individer med riktad respektive ej riktad inbjudan. Utifrån figuren verkar

spridningen vara något större bland dem som ej mottagit någon riktad inbjudan. Den genomsnittliga livskvaliteten för dessa individer var 0,84 vid nybesök, medan genomsnittlig livskvalitet för de individer som fått en riktad inbjudan var 0,89.



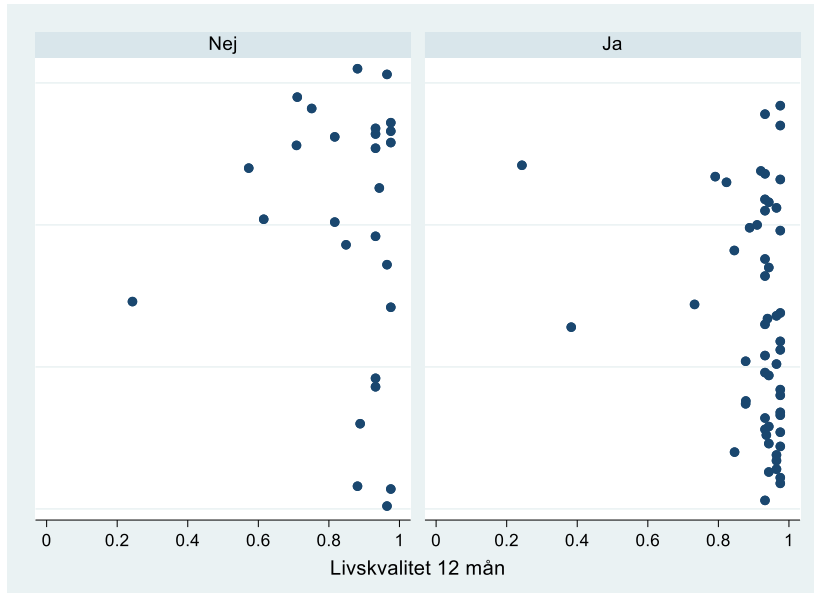
Figur 14 Spridning av livskvalitetvärden vid 0 månader uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal

Nedan i figur 15 presenteras livskvalitet vid 6 månader, igen uppdelat för individer inbjudan till riktat hälsosamtal.



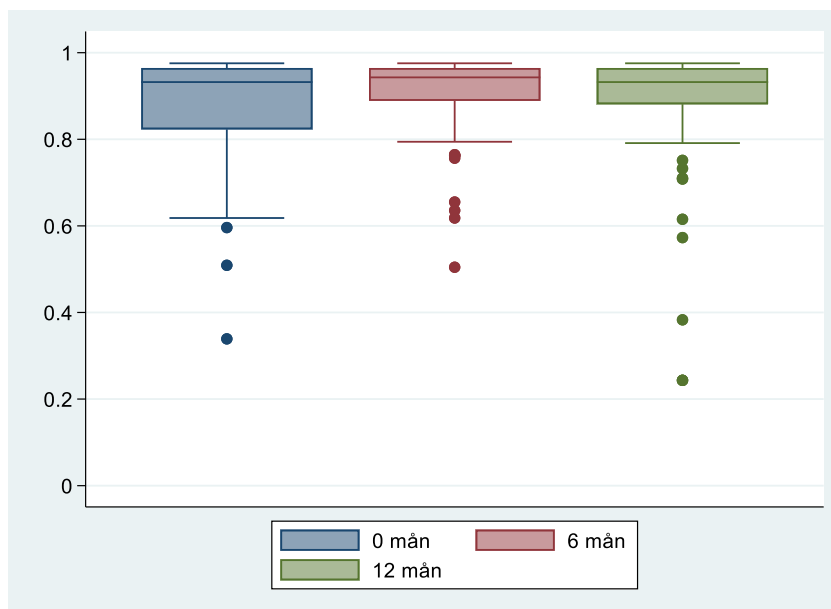
Figur 15. Spridning av livskvalitetvärden vid 6 månader uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal

I figur 16 nedan presenteras livskvalitet vid 12 månader, igen uppdelat för individer med inbjudan till riktat hälsosamtal. Genomsnittlig livskvalitet vid 0 mån var 0,87, respektive 0,91 vid 6 månader och 0,90 vid 12 mån för individer med uppföljande data vid dessa mätpunkter.



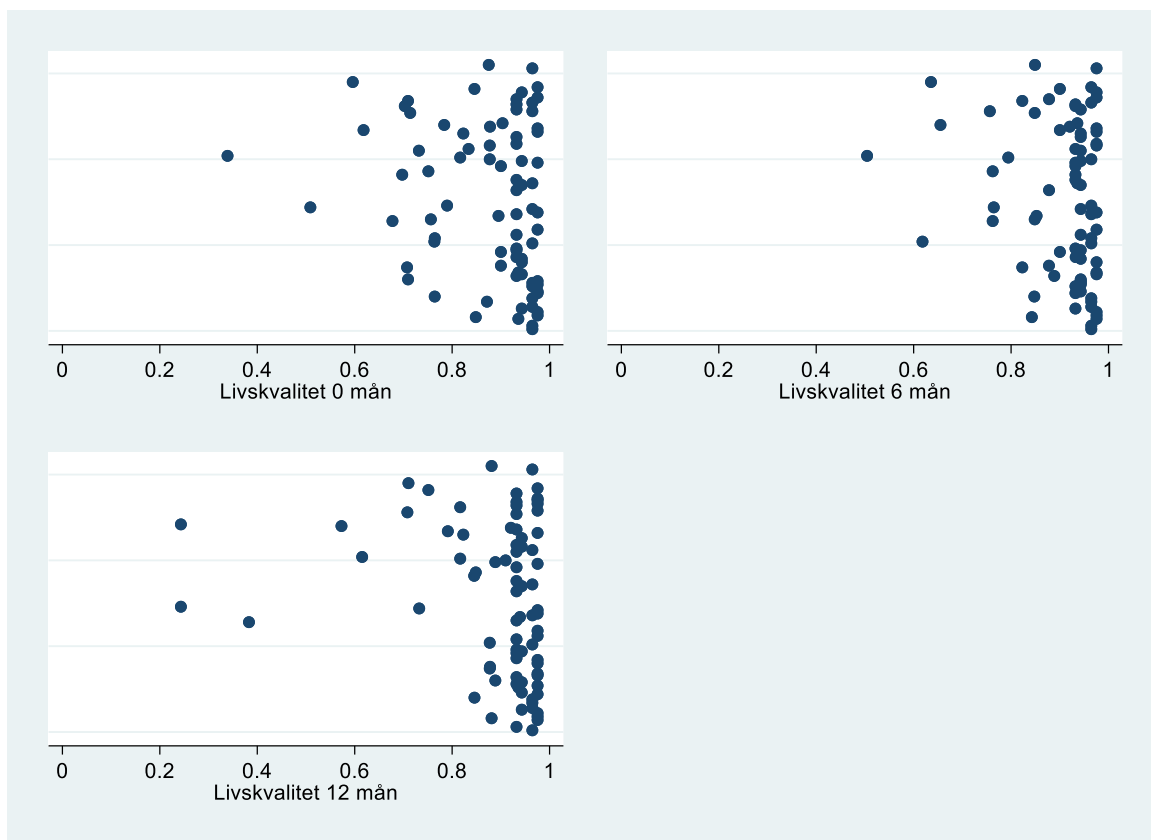
Figur 16. Spridning av livskvalitetvärden vid 12 månader uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal

Nedan i figur 17 presenteras spridning av livskvalitetvärden i ett lådagram. Medianen av



Figur 17. Spridning av livskvalitetvärden presenterat i ett lådagram vid 0, 6 och 12 månader.

livskvalitet var 0,93 vid 0 mån, 0,93 vid 6 mån och 0,94 vid 12 mån.



Figur 18. Spridning av livskvalitetvärden vid 0, 6 och 12 månader

Nedan i tabell 16 visas genomsnittlig livskvalitet vid nybesök för den totala studiepopulationen respektive för deltagare med uppföljande data vid 0, 6 och 12 månader uppdelat på inbjudan till riktat hälsosamtal. Den genomsnittliga livskvaliteten är likvärdig mellan den totala studiepopulationen och deltagare med uppföljande data vid 6 och 12 månader och som fått en inbjudan.

Tabell 16 Genomsnittlig livskvalitet vid nybesök för den totala studiepopulationen respektive för deltagare med uppföljande data vid 6 och 12 månader, uppdelad på inbjudan till riktat hälsosamtal.

Livskvalitet nybesök	(n)	Medelvärde	Median	Min	Max
Total studiepopulation	201	0,884	0,932	0,334	0,975
QALY-grupp (ej inbjudan)	27	0,841	0,900	0,339	0,9755
QALY-grupp (inbjudan)	54	0,893	0,932	0,509	0,975

Dimensioner av hälsa

Nedan i tabell 17 presenteras deltagarnas svar på de olika dimensionerna i EQ5D, dvs rörlighet, personlig vård, vanliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Det är exempelvis generellt få som angett att de har några särskilda svårigheter med rörlighet, personlig vård och vanliga aktiviteter vid någon av mätpunkterna. Däremot är det något högre andelar av deltagare med smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet.

Tabell 17. Deltagarnas svar på de olika dimensionerna av EQ5D vid baseline (0mån), 6 mån samt 12 månader (för de deltagarna med uppföljningsdata)

	Rörlighet baseline		Rörlighet 6mån		Rörlighet 12mån	
	No.	%	No.	%	No.	%
inga svårigheter	160	76%	66	31%	78	83%
lite svårigheter	32	15%	121	57%	12	13%
måttliga svårigheter	7	3%	21	10%	2	2%
stora svårigheter	2	1%	3	1%	2	2%
Total	211	100%	211	100%	94	100%
	Personlig vård baseline		Personlig vård 6mån		Personlig vård 12mån	
	No.	%	No.	%	No.	%
inga svårigheter	189	94%	137	94%	87	93%
lite svårigheter	11	5%	8	6%	5	5%
måttliga svårigheter	1	0%	0	0%	2	2%
Total	201	100%	145	100%	94	100%
	Vanliga aktiviteter baseline		Vanliga aktiviteter 6mån		Vanliga aktiviteter 12mån	
	No.	%	No.	%	No.	%
inga svårigheter	148	74%	117	81%	73	78%
lite svårigheter	25	12%	23	16%	15	16%
måttliga svårigheter	19	9%	3	2%	4	4%
stora svårigheter	8	4%	2	1%	1	1%
kan inte utföra	1	0%	0	0%	1	1%
Total	201	100%	145	100%	94	100%
	Smärtor/besvär baseline		Smärtor/besvär 6mån		Smärtor/besvär 12mån	
	No.	%	No.	%	No.	%
har varken eller	52	26%	56	39%	36	38%
lätta smärtor/besvär	103	51%	64	44%	44	47%
måttliga smärtor/besvär	40	20%	21	14%	11	12%
stora smärtor/besvär	5	2%	4	3%	2	2%
extrema smärtor/besvär	1	0%	0	0%	1	1%
Total	201	100%	145	100%	94	100%
	Oro/nedstämdhet baseline		Oro/nedstämdhet 6mån		Oro/nedstämdhet 12mån	
	No.	%	No.	%	No.	%
varken orolig/nedstämd	75	37%	1	1%	41	44%
lite orolig/nedstämd	88	44%	58	40%	43	46%
ganska orolig/nedstämd	22	11%	67	46%	6	6%
mycket orolig/nedstämd	14	7%	12	8%	4	4%
extremt orolig/nedstämd	2	1%	7	5%		0%
Total	201	100%	145	100%	94	100%

Upplevd förändring

I samband med den avslutande uppföljningen skickades en extra fråga ut som var frivillig att besvara för deltagarna angående deras upplevda förändring efter medverkan i Hitta Hälsan.

"Upplever du att din medverkan i Hitta hälsan har bidragit till att du genomfört någon form av förändring (stor eller liten), med avsikt att bibehålla eller förbättra din hälsa?"

Cirka 40 deltagare (70%) av de 130 deltagare som besvarat frågan angav att de upplevde en förändring i sin hälsa efter medverkan i Hitta Hälsan. Motsvarande siffra för de som angett att de ej upplevt någon förändring eller ej vet, var cirka 28%.

Tabell 18. Deltagarnas svar på frågan om huruvida de upplevt någon förändring

Riktad inbjudan	Nej		Ja		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Ej svar	0	0	1	1,4	1	0,8
Ja	40	70,2	52	71,2	92	70,8
Nej	6	10,5	10	13,7	16	12,3
Vet ej	11	19,3	10	13,7	21	16,2
Total	57	100	73	100	130	100

Av de som besvarat ovan fråga med ett jakande svar gavs möjligheten att i fritext beskriva den förändring de upplevt. Några av svaren sammanfattas nedan i ett så kallat ordmoln (figur 19).



Figur 19. Ordmoln med deltagarnas egna ord kring deras upplevda förändringar efter medverkan i Hitta Hälsan

4.3. Kostnadsnyttoanalys (CUA)

LeVa

Analysen bygger på 34 deltagare med fullständiga data om livskvalitet vid 6 månaders uppföljning. Som beskrivet tidigare i metoden har deltagare i LeVa följts fram till 6 månader, därav har effekten av insatsen vid denna tidpunkt antagits kvarstå under ytterligare 6 månader, dvs totalt ett år.

Totala QALYs vid 0 mån var 25,97 respektive 26,82 vid 12 månaders uppföljning (tabell 19). Inkrementell hälsoeffekt beräknas som $26,82-25,97=0,85$, och presenteras som vunna QALYs.

Tabell 19 Totala QALYs

Totala QALYs 0 mån (kontrollvärde)	Totala QALYs 12 mån	Inkrementell effekt
25,97	26,82	0,85

För att beräkna kostnaden per QALY delas den totala kostnaden för deltagare med data om livskvalitet (se tabell 4 i metoden) med den inkrementella effekten.

Kostnad per vunnet QALY (ICER) beräknas som:

$$\frac{267\,085 \text{ kr}}{0,85} = 314\,218 \text{ SEK/QALY}$$

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer betraktas denna kostnad som måttlig per vunnen QALY. Med hänsyn till den generella tumregeln om att betalningsviljan i Sverige ungefär motsvarar en kostnad om 500 000 kronor per QALY ligger denna kostnad under.

Hitta Hälsan

Analysen bygger på totalt 81 deltagare varav 77 av dessa har fullständiga data vid 3, 6 och 12 månaders uppföljning medan 4 deltagare har fullständiga data vid 6 och 12 månaders uppföljning.

Totala QALYs vid 0 mån var 70,98 respektive 72,87 vid 12 månader uppföljning (tabell 20). Inkrementell hälsoeffekt beräknas som $72,87-70,98=1,88$, och presenteras som vunna QALYs.

Tabell 20 Totala QALYs

Totala QALYs 0 mån (kontrollvärde)	Totala QALYs 12 mån	Inkrementell effekt
70,98	72,87	1,88

För att beräkna kostnaden per QALY delas den totala kostnaden för deltagare med data om livskvalitet (se tabell 7 i metoden) med den inkrementella effekten.

Kostnad per vunnet QALY (ICER) beräknas som:

$$\frac{640\,753 \text{ kr}}{1,88} = 340\,826 \text{ SEK/QALY}$$

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer betraktas denna kostnad som måttlig per vunnen QALY. Med hänsyn till den generella tumregeln om att betalningsviljan i Sverige ungefär motsvarar en kostnad om 500 000 kronor per QALY ligger denna kostnad under.

4.4. Modellanalys

För att undersöka hur kostnaden per QALY påverkas vid ett scenario där samtliga deltagare har uppföljande data på livskvalitet vid 0, 6 och 12 månader genomfördes en

analys baserat på den genomsnittliga livskvaliteten vid respektive mätpunkt, uppdelad per projekt.

LeVa

För deltagare med uppföljande data på livskvalitet var den genomsnittliga livskvaliteten 0,76 vid 0 månader respektive 0,78 vid 6 månader. Vi antog att (extrapolerade) effekten av insatsen vid 6 månader kvarstod fram till 12 månader, dvs att livskvaliteten var densamma vid 12 månader. Vi beräknade totala QALYs för samtliga deltagare (142) med antagande om att den genomsnittliga livskvaliteten var densamma för samtliga individer vid respektive tidpunkt. Totala QALYs vid 0 månader beräknades till 107,92 respektive 110,76 vid 12 månader. Den inkrementella effekten blev då 2,84 (tabell 21).

Tabell 21 Totala QALYs

Totala QALYs 0 mån (kontrollvärde)	Totala QALYs 12 mån	Inkrementell effekt
107,92	110,76	2,84

Vad det gäller kostnader omfattar detta kostnader i samband med riktade hälsosamtal där hälsorelaterad livskvalitet antagits samlats in. Detta innebär att endast kostnaden för själva besöken, utan hänsyn till deltagande i övriga aktiviteter, inkluderats i analysen. En deltagare med uppföljande data om livskvalitet vid 0 och 6 månader antas ha 2 besök, vilket är förenat med en kostnad för 2 insatser. Nedan i tabell 22 redovisas den totala kostnaden om samtliga deltagare antas haft 2 besök med uppföljande data om livskvalitet.

Tabell 22 Totala besök och kostnad för deltagare med QALY-data.

Antal besök för individer med QALY-data	(n)	Totala besök	Total kostnad (kr)
2	142	284	
Total	142	284	1 115 474 kr ⁷

För att beräkna kostnaden per QALY delas den totala kostnaden för samtliga deltagare med den inkrementella effekten.

Kostnad per vunnet QALY (ICER) beräknas som:

$$\boxed{1\ 115\ 474\ \text{kr} / 2,84 = 392\ 773\ \text{SEK/QALY}}$$

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer betraktas denna kostnad som måttlig per vunnen QALY. Kostnaden ligger även under den generella tumregeln om en betalningsvilja på 500 000 kronor per QALY.

⁷ Totala kostnaden baseras på totala besök viktat med den genomsnittliga kostnaden per insats i projektet.

Hitta Hälsan

För deltagare med uppföljande data på livskvalitet var den genomsnittliga livskvaliteten 0,87 vid 0 månader, 0,91 vid 6 månader och 0,90 vid 12 månader. Vi beräknade totala QALYs för samtliga deltagare (203) med antagande om att den genomsnittliga livskvaliteten var densamma för samtliga individer vid respektive tidpunkt. Totala QALYs vid 0 månader beräknades till 176,61 vid 0 månader och 183,72 vid 12 månader. Den inkrementella effekten blev då 7,11 (tabell 23).

Tabell 23. Totala antal QALYs

Totala QALYs 0 mån (kontrollvärde)	Totala QALYs 12 mån	Inkrementell effekt
176,61	183,72	7,11

Tabell 24. Totalt antal besök

Antal besök för individer med QALY-data	(n)	Totala besök	Total kostnad (kr)
3	203	609	1 219 433
Total	203	609	1 219 433 ⁸

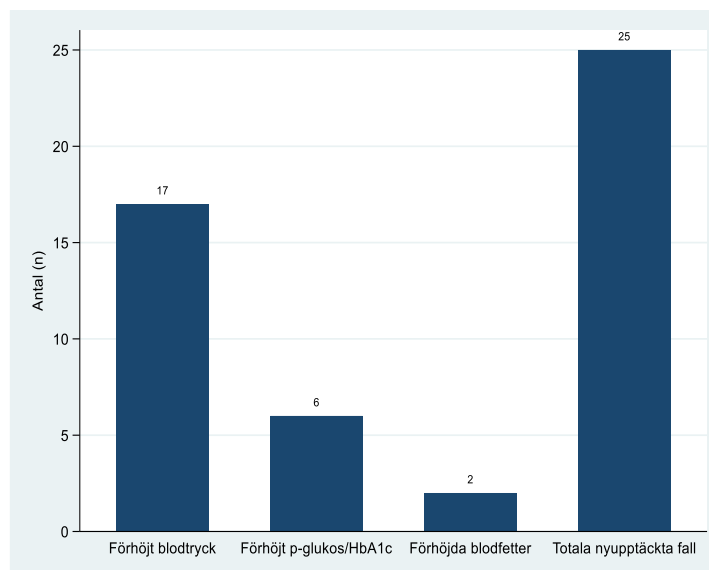
Kostnad per vunnet QALY (ICER) beräknas som:

$$\frac{1\,219\,433\text{kr}}{7,11} = 171\,630\text{ SEK/QALY}$$

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer betraktas denna kostnad som måttlig per vunnen QALY. Kostnaden ligger även under den generella tumregeln om en betalningsvilja på 500 000 kronor per QALY.

4.5. Undvikbara kostnader

Med riktade hälsosamtal/stöd för levnadsvaneförändring finns möjlighet att upptäcka t. ex förhöjda värden eller andra riskfaktorer såsom övervikt/fetma i ett tidigare skede hos en individ. Detta skulle i sin tur kunna leda till att påbörjad behandling genom vidareremittering till vårdcentral påbörjas i ett tidigare stadie, vilket kan minska risken för



Figur 20 Antal nyupptäckta fall (förhöjda värden) avseende blodtryck, p-glukos/HbA1c och blodfetter.

framtida komplikationer eller förvärring av tillstånd. I kommande avsnitt presenteras antal deltagare med ett riskvärde i respektive projekt som medfört en vidareremittering till vårdcentral för fortsatt uppföljning. Dessa individer benämns följaktligen som ”nyupptäckta fall”.

Nyupptäckta fall LeVa

I figur 20 ovan presenteras andelen nyupptäckta fall under den totala projekttiden, dvs individer med ett förhöjt (riskvärde) avseende blodtryck, fastande blodsocker/HbA1c och blodfetter (p-glukos) som ej är i pågående behandling.

Nyupptäckta fall Hitta Hälsan

Långtidsblodsocker

I tabell 25 nedan presenteras data över långtidsblodsocker (HbA1c) vid nybesök (0 mån) för den totala studiepopulationen. Till följd av låg andel uppföljningsdata presenteras endast data för nybesöket.

Långtidsblodsocker mäts i millimol per liter och förkortas mmol/l. Provet tas framför allt för att undersöka om risk för, eller om utvecklad diabetes föreligger. Ett värde över 42 mmol/mol kan tyda på intermediär hyperglykemi, en form av dysglykemi, med ökad risk för diabetesutveckling. Individer med HbA1c värden ≥ 42 befinner sig därmed över gränsen för vad som anses vara normalspannet medan individer med ett värde mellan ≥ 39 och ≤ 41 tillhör den övre delen av normalspannet. Individer med ett HbA1c värde ≤ 38 tillhör normalspannet (ej i risk).

Vid nybesök hade totalt 3 individer ett HbA1c värde över gränsen för normalspannet medan totalt 29 individer befann sig i övre delen av normalspannet.

Tabell 25. Andelen deltagare enligt varje kategori av blodsockervärden.

Inbjudan till riktade hälsosamtal	Nej		Ja		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
≤ 38 mmol/mol	74	80	92	88	166	84
≥ 42 mmol/mol	1	1	2	2	3	2
$\geq 39, \leq 41$ mmol/mol	18	19	11	11	29	15
Total	93	100	105	100	198	100

Samtliga individer med ett påvisat förhöjt långtidsblodsocker har hanterats genom antingen uppföljande kontroller via projektet eller via remiss/hänvisning till vårdcentral för vidare uppföljning.

Totalkolesterol och blodtryck

I tabell 26 nedan presenteras data över totalkolesterol vid nybesök (0 mån) för den totala studiepopulationen. Till följd av låg andel uppföljningsdata presenteras data endast för nybesöket.

Blodfetthalten (total kolesterol LDL och HDL tillsammans) mäts i enheten millimol per liter (mmol/l). Individer med ett total kolesterolvärde motsvarande ≥ 6.9 befinner sig i denna analys över gränsen för vad som anses vara normalspannet medan individer med ett värde mellan ≥ 6.5 och ≤ 6.8 i det här fallet tillhör den övre delen av normalspannet. Individer med ett total kolesterolvärde motsvarande ≤ 6.4 tillhör normalspannet (ej i risk).

Vid nybesök hade totalt 6 individer ett total kolesterolvärde över gränsen för normalspannet medan 7 individer befann sig i övre delen av normalspannet.

Tabell 26 Andelen deltagare enligt varje kategori av total kolesterolvärden.

Inbjudan till riktade hälsosamtal	Nej		Ja		Total	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
$\leq 6,4$	82	87	103	99	185	93
$\geq 6,9$	6	6	0	0	6	3
$\geq 6,5, \leq 6,8$	6	6	1	1	7	4
Total	94	100	104	100	198	100

Individer med förhöjt total kolesterol har hanterats genom projektet genom antingen uppföljning inom projektet eller via remiss/hänvisning till vårdcentral. Dock har samtal om levnadsvanor som påverkar blodfetter genomförts även med de individer som befunnit sig nära gränsvärdet på 6,9 mmol/l. I vissa fall har även dessa individer erbjudits uppföljning av värden i projektet med motiverande syfte.

Avseende blodtryck är gränsvärdet för normalt blodtryck 140/90, detta värde eller högre är kategoriserat som förhöjt blodtryck i resultatet [27]. Detta gränsvärde används även av European Society of Cardiology (ESC) som har definierat ett universellt mål på $<140/90$ mm. Vid nybesök (0 mån) var det 39 individer som hade ett blodtrycksvärde motsvarande 140/90 eller högre. Samtliga individer med ett påvisat förhöjt blodtryck ($\geq 140/90$) har hanterats genom antingen uppföljande kontroller via projektet eller via remiss/hänvisning till vårdcentral för vidare uppföljning.

Kostnader för komplikationer

Hjärtats pumparbete försvåras av ett högt blodtryck, vilket primärt ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar. Högt blodtryck är den vanligaste orsaken till stroke (blödning eller blodpropp i hjärnan), hjärtsvikt och förmaksflimmer, men även en riskfaktor till hjärtinfarkt och njursvikt [28]. Globalt sett kan omkring 54% av alla strokeanfall och 47% av all kranskärlssjukdom härledas till förhöjt blodtryck.

Även högre halter av blodfetter (total kolesterol) än gränsvärdena ökar risken för åderförfettning och sin tur risken för hjärt-kärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt, kärlkramp och stroke [29]. Personer med mycket höga kolesterolvärden löper dessutom hög risk att

drabbas av aterosklerotiska hjärt-kärlkomplikationer relativt tidigt i livet. Ofta kan en förändring av levnadsvanor dock vara tillräckligt för en reducering i blodfetthalter om de är högre än de eftersträlvade gränsvärdena. Likaså är det framför allt livsstil och levnadsvanor som påverkar blodtrycket och ett välbehandlat blodtryck minskar risken påtagligt för följsjukdomar såsom hjärt- och kärlsjukdom [27].

I dagsläget lever ungefär 2 miljoner människor med hjärt-kärlsjukdom i Sverige och enligt Socialstyrelsens statistik om dödsorsaker var hjärt-kärlsjukdom allttjämt den vanligaste dödsorsaken bland både män och kvinnor under 2021 [30]. Institutet för hälso-och sjukvårdsekonomi (IHE) uppskattade de totala kostnaderna för hjärt-kärlsjukdom till cirka 60,6 miljarder kr år 2019 [31]. Omkring hälften (42%) av kostnaderna utgjordes av direkta sjukvårdskostnader. Grovt skattat skulle den totala kostnaden (direkta och indirekta) motsvara omkring 30 300 kr per år och individ med någon form av hjärt-kärlproblematik. Omräknat i 2022 års priser, med hänsyn till inflationens påverkan på penningvärdet, motsvarar detta cirka 33 700 kr per individ och år.

I en studie av Lloyd-Jones med kollegor undersöktes livstidsrisken för kardiovaskulära sjukdomar stratifierat på primära riskfaktorer såsom förhöjt kolesterol och blodtryck. Studien omfattade cirka 7800 män och kvinnor med frånvaro av hjärtinfarkt, hjärtinsufficiens, angina (kärlkramp) och stroke vid 50 års ålder. För individer med ett totalkolesterolvärde ≥ 6.20 estimerades den sammanvägda livstidsrisken (både män och kvinnor) för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom fram till 95 års ålder till 56,45%. För individer med ett systoliskt blodtrycksvärde 140–159 eller diastoliskt 90–99 estimerades den sammanvägda livstidsrisken (både män och kvinnor) för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom fram till 95 års ålder till 56,95% [32].

Vid nybesök hade 6 individer i Hitta Hälsan ett påvisat förhöjt kolesterolvärde medan 39 individer hade ett förhöjt blodtryck, dvs totalt 45 individer med riskvärden som hanterats genom uppföljning i projektet och/eller hänvisning till vårdcentral. I LeVa upptäcktes 17 nya fall av förhöjt blodtryck och 2 fall av förhöjda blodfetter som medförde vidareremittering till vårdcentral vid nybesök. Vid en summering resulterar detta i totalt 62 nyupptäckta fall avseende förhöjt blodtryck eller förhöjda värden av blodfetter i båda projekten. Vid ett scenario där livstidsrisken för att utveckla hjärt-kärlsjukdom vid 50 års ålder fram till 95 års ålder sammanvägs för riskfaktorerna förhöjt kolesterol och blodtryck så blir den sammanlagda risken 56,7%.

Med utgångspunkt i att risken för att utveckla hjärt-kärlsjukdom i dagsläget är 56,7%, kan det antas att cirka 35 deltagare av de 62 nyupptäckta fallen kommer att utveckla någon form av hjärt-kärlsjukdom i framtiden. Om den årliga kostnaden per individ med hjärt-kärlsjukdom antas vara 33 700 kr, motsvarar detta en total kostnad om cirka 1,17 miljoner kronor per år för dessa 35 individer. Om upptäckten av förhöjda värden kan medföra att risken att utveckla hjärt-kärlsjukdom minskar med 20% (av ursprunglig risk), kan det däremot antas att cirka 28 deltagare av de 62 nyupptäckta fallen kommer att utveckla någon form av hjärt-kärlsjukdom i framtiden, dvs en reducering med 7 individer. Om vi antar att varje undvikta fall av hjärt-kärlsjukdom innebär en undvikbar årlig kostnad om

33 700 kr, blir den totala undvikbara kostnaden cirka 232 tusen kr per år för dessa 7 individer. Den årliga undvikbara kostnaden ökar desto fler undvikna fall av hjärt-kärlsjukdom.

Nedan i tabell 27 nedan visas den potentiella årliga undvikbara kostnaden om upptäckten av förhöjda blodtrycksvärden/blodfetter i ett tidigare skede kan leda till att risken för att drabbas av någon form av hjärt-kärlsjukdom reduceras med 20, 30, respektive 40% (av ursprunglig risk 56,75).

Tabell 27 Undvikbar kostnad om andelen som drabbas av hjärt-kärlsjukdom minskar med 20, 30 respektive 40% av nyupptäckta fall.

	Nuläge	Scenario 1: Om 20% minskning	Scenario 2: Om 30% minskning	Scenario 3: Om 40% minskning
Antal	35	28	25	21
Total kostnad (kr)	1 179 500	947 752	829 283	710 814
Potentiell kostnadsbesparing	*	231 748	350 217	468 686

Baserat på den årliga kostnaden för hjärt-kärlsjukdom kan det antas att varje undvikta fall av hjärt-kärlsjukdom är förenat med en kostnadsbesparing om cirka 34 tusen kr per år för samhället. Dessa siffror är grovt skattade och är troligtvis högre för specifika sjukdomstillstånd kopplat till hjärt-kärlsjukdom. Exempelvis, i en svensk studie av Stålhammar med kollegor beräknades resursanvändningen kopplat till patienter (>18 år) diagnostiserade med hjärtsvikt med bevarad systolisk funktion. Kostnader inkluderade slutenvård, specialiserad öppenvård, primärvård samt läkemedel. Angett i 2010 års priser uppskattades den genomsnittliga kostnaden per patient till cirka 108 tusen kr, varav slutenvården ansvarade för 80% av kostnaderna [33].

I en annan svensk incidensbaserad studie av Lekander med kollegor undersöktes resursanvändningen för personer med stroke utifrån nivå av funktionshinder samt typ av stroke (ischemisk eller hemorragisk stroke). Kostnaderna beräknades för första och andra året efter stroke och inkluderade direkta hälso-och sjukvårdskostnader, kostnader för kommunala tjänster, samt produktionsbortfall angett i 2016 års priser. Efter en strokediagnos beräknades den årliga genomsnittliga kostnaden till mellan 350-480 tusen kr, men den årliga kostnaden varierade mellan 100 tusen och 1,1 miljon per patient mellan olika subgrupper [34]. I en liknande studie av Persson med kollegor [35] fann man att den genomsnittliga kostnaden per individ första året efter en förstagsstroke var 193 tusen kronor i Västra Götalandsregionen, angett i 2008 års priser.

Även om det är osäkert att spekulera i någon framtida sjukdomsbild för de individer som uppvisat ett förhöjt blodtrycksvärde och/eller totalkolesterolvärde vid nybesök inom projektet, så har dessa individer en förhöjd risk att utveckla någon form av hjärt-kärlproblematik. Trots att vi ej med säkerhet kan uttala oss kring den framtida

sjukdomsbilden bland dessa individer kan det antas att den hantering som görs i form av uppföljande kontroller och/eller hänvisning till vårdcentral genom projektet, kan resultera i reducerad risk för framtida utveckling av hjärt-kärlsjukdom genom att adekvat behandling påbörjas i ett tidigare skede. Om projektet kan bidra till att fler individer med förhöjda blodtrycks och/eller kolesterolvärden påbörjar rätt behandling/förändrar sina levnadsvanor i ett tidigare skede, kan potentiellt antalet patienter som senare i livet får någon form av hjärt-kärlproblematik reduceras. Om påbörjad behandling kan leda till att vi reducerar morbiditet och mortalitet associerad med hypertoni, kan detta på lång sikt resultera i ett minskat vårdbehov samt minskad resursförbrukning för sjukvård såväl som samhället i stort.

Vidare hade 2 deltagare i Hitta Hälsan ett förhöjt HbA1c (långtidssocker) värde vid nybesök medan 6 nyupptäckta fall gjordes i LeVa avseende förhöjt p-glukos (fastande blodsocker) eller HbA1c. Vid en summering resulterar detta i totalt 8 nyupptäckta fall avseende förhöjda värden av p-glukos/HbA1c i båda projekten som medfört vidareremittering till vårdcentral för fortsatt uppföljning.

Det är idag välkänt att risken för t. ex typ 2-diabetes ökar med ökande blodsockernivåer. Bland annat är komplikationer från njurar, ögon, och nerver betydande problem som ofta bidrar till en försämrad livskvalitet hos den som drabbas av diabetes. Alltför höga nivåer av blodglukos kan leda till behov av dialys eller njurtransplantation, men även risken för hjärt-kärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt eller stroke ökar. Studier pekar på att diabeteskomplikationer samt risken för hjärt-kärlsjukdomar minskar vid behandling med mål om att minska blodglukosvärden, både för patienter med typ 1- och typ 2-diabetes [36]. Vanligtvis framträder typ 2-diabetes smygande och individer med förhöjda blodsockernivåer kan ha detta i flera års tid utan att veta om det. I vissa fall ställs diagnosen först när komplikationer redan har uppkommit, vilket talar för vikten att upptäcka primära riskfaktorer såsom förhöjt blodsocker i tid för att kunna undvika en förvärrad sjukdomsbild.

Genom åtgärder som rör livsstil såsom mat och motion går det oftast att minska risken att utveckla typ 2-diabetes. Socialstyrelsen beskriver i sina nationella riktlinjer för diabetesvård att hälso- och sjukvården bör erbjuda strukturerade program för påverkan på levnadsvanor såsom stöd för att sluta röka, viktreduktion, ökad fysisk aktivitet samt förbättring av kostvanor. Viktreduktion har exempelvis effekt på såväl högt blodglukos, högt blodtryck som höga blodfetter. Enligt Socialstyrelsen innebär rekommendationerna generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården initialt, men i många fall kan åtgärderna också frigöra resurser på längre sikt [36].

Överlag innebär diabetes en betydande ekonomisk börda för individen, sjukvården, såväl samhället i form av både direkta kostnader för hälso- och sjukvård, men också indirekta kostnader från produktionsförlust. I en systematisk genomgång av Seuring med kollegor, som omfattar data från 109 studier från 2001 och framåt, undersöktes hur diabetes på olika sätt påverkar samhällsekonomin i olika länder. Resultatet visade att sjukvårdskostnaderna relaterat till typ 2-diabetes motsvarar cirka 21 tusen kr per person och år i Sverige, räknat i

2011 års priser. Konverterat till 2022 års priser, med hänsyn till inflationens påverkan på penningvärdet, motsvarar detta cirka 25 tusen kr per individ och år med diabetes. I snitt visade studien att diabetiker har nio fler sjukdagar per år jämfört med icke-diabetiker [37].

Nedan i tabell 28 visas den potentiella undvikbara kostnaden per år om upptäckten av förhöjda blodsockervärden i ett tidigare skede kan leda till att exempelvis 2, 4 eller 6 av de 8 nyupptäckta fallen undviker att utveckla/skjuter fram utvecklingen av diabetes.

Tabell 28 Undvikbara kostnader om antal diabetesfall kan undvikas enligt olika scenarier.

	Nuläge	Scenario 1: Om 2 undvikna fall	Scenario 2: Om 4 undvikna fall	Scenario 3: Om 6 undvikna fall
Antal	8	6	4	2
Total kostnad (kr)	200 000	150 000	100 000	50 000
Potentiell kostnadsbesparing	*	50 000	100 000	150 000

Baserat på den årliga kostnaden för diabetespatienter kan det antas att varje undvikt fall av diabetes är förenat med en kostnadsbesparing om cirka 25 tusen kr per år för samhället. Om påbörjad behandling av högt blodsocker kan leda till att vi reducerar komplikationer associerad med diabetes, eller i bästa fall undviker helt, kan detta på lång sikt resultera i ett minskat vårdbehov samt minskad resursförbrukning för sjukvård såväl samhället i stort.

Exempelvis visade Seuring med kollegor att diabetiker i snitt har nio fler sjukdagar per år jämfört med icke-diabetiker. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är det viktigt att beakta indirekta kostnader såsom den produktionsförlust som uppstår när en person som är i arbetsför ålder, till följd av t. ex sjukdom, inte kan arbeta. En person som är i arbetsför ålder men som inte arbetar innebär därmed en produktionsförlust för samhället.

Under 2021 var den årliga medianlönen i Sverige (20–64 år) beräknad till 398 400 kronor, motsvarande 33 200 kronor fördelat per månad exklusive sociala avgifter [38]. Inkluderat sociala avgifter på 52,28 %, var det genomsnittliga produktionsvärdet 50 556 kronor per arbetande person och månad. Under ett år motsvarar denna siffra ett genomsnittligt produktionsvärde om 606 683 kronor för samhället. Om detta räknas om till dagar givet årsarbetstiden 2021 motsvarar produktionsvärdet per arbetsdag 2398 kr.

Vid ett antagande där varje undvikt fall av diabetes också innebär cirka 9 undvikbara sjukdagar motsvarar detta en besparad kostnad i form av undvikbara produktionsförluster om 21 582 kr per år och person. Med utgångspunkt i scenarioanalysen ovan, dvs att 2, 4 eller 6 av de 8 nyupptäckta fallen med förhöjda blodsockervärden undviker att utveckla diabetes och är i arbetsför ålder, vilket majoriteten av deltagare är, presenteras potentiella undvikbara kostnader i form av produktionsförluster för samhället i tabell 29 nedan.

Tabell 29 Undvikbara kostnader i form av produktionsförlust.

	Nuläge	Scenario 1: 2 undvikna fall	Scenario 2: Om 4 undvikna fall	Scenario 3: Om 6 undvikna fall
Antal	8	6	4	2
Total kostnad för produktionsförluster (kr)	172 656	129 492	86 328	43 164
Potentiell kostnadsbesparing	*	43 164	86 328	129 492

4.6. Känslighetsanalys

För att ta hänsyn till de osäkerheter som finns med de antaganden som gjorts gällande kostnad per insats samt viktningar av gemensamma aktiviteter/promenader, vilken ligger till grund för den totala kostnaden för alla deltagare med QALY-data, har vi gjort en känslighetsanalys där respektive projekts kostnad varierats med +20/-20% för att se hur kostnaden per vunnet QALY (ICER) påverkas. Eftersom beräkningen av QALY utgår från verkliga data om livskvalitet och ej baseras på något antagande, antas skillnaden i QALYs vara densamma.

Nedan redovisas resultatet från dessa känslighetsanalyser för respektive projekt.

LeVa

Vi har genomfört en känslighetsanalys där den totala kostnaden för projektet LeVa har varierats med +20/-20% för att se hur kostnaden per QALY påverkas. Kostnaden per vunnet QALY ökar med cirka 68 tusen kr vid ett scenario där totalkostnaden för projektet ökar med 20%, respektive minskar med 58 tusen kr om total kostnaden för projektet minskar med 20% (se tabell 30).

Kostnaden per vunnet QALY beräknas till cirka 377 tusen kr vid en 20% ökning och till cirka 251 tusen kr vid en 20% minskning, vilket båda bedöms som en måttlig kostnad per QALY enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Tabell 30. Resultat från känslighetsanalys för LeVA om kostnaden för projektet ökar respektive minskar med 20%.

Känslighetsanalys	Kostnader (kr)	QALY	ICER	Diff.
Grundscenario	267 085	0,85	314 218	
Kostnad ökar med 20%	320 502	0,85	377 062	+67 722
Kostnad minskar med 20%	213 668	0,85	251 375	-57 966

Känslighetsanalysen visar att resultaten är robusta och att kostnaden per vunnet QALY fortfarande kan tolkas som måttlig även om totalkostnaden för projektet antas öka med 20%.

Hitta Hälsan

Vi har genomfört en känslighetsanalys där den totala kostnaden för projektet Hitta Hälsan har varierats med +20/-20% för att se hur kostnaden per QALY påverkas. Kostnaden per vunnet QALY ökar med cirka 68 tusen kr vid ett scenario där totalkostnaden för projektet ökar med 20%, respektive minskar med 68 tusen kr om total kostnaden för projektet minskar med 20% (se tabell 31).

Kostnaden per vunnet QALY beräknas till cirka 409 tusen kr vid en 20% ökning och till cirka 272 tusen kr vid en 20% minskning, vilket båda bedöms som en måttlig kostnad per QALY enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Tabell 31. Resultat från känslighetsanalys för Hitta Hälsan om kostnaden för projektet ökar respektive minskar med 20%.

Känslighetsanalys	Kostnader (kr)	QALY	ICER	Diff.
Grundscenario	640 753	1,88	340 826	*
Kostnad ökar med 20%	768 904	1,88	408 991	68 165
Kostnad minskar med 20%	512 602	1,88	272 661	68 165

Känslighetsanalysen visar att resultaten är robusta och att kostnaden per vunnet QALY fortfarande kan tolkas som måttlig även om totalkostnaden för projektet antas öka med 20%.

5. Diskussion

I denna rapport presenteras en hälsoekonomisk analys av pilotprojektet Hälsofrämjande och Sjukdomsförebyggande Insatser varav delprojekten Hitta Hälsan och LeVa ingår.

Sammantaget bör kostnaderna ställas i relation till den nyttan som interventionen medför. Vår analys visar att ett införande av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser såsom riktade hälsosamtal leder till en måttlig kostnad per vunnen QALY (<500 000 kr) för respektive projekt. Denna kostnad skulle exempelvis kunna ställas i relation till den potentiella kostnadsbesparing som undvikbara fall av hjärt-kärlsjukdom eller diabetes innebär för hälso- och sjukvården såväl samhället i stort i form av undvikbar produktionsförlust. Tidigare fynd av resultat från riktade hälsosamtal har visat att det kan leda till minskad förtida dödlighet, både generellt och specifikt dödlighet kopplat till hjärtkärlsjukdom. Därtill har effekter kunnat ses vad gäller minskade midjemått, sänkningar i blodtryck, kolesterol, faste-blodsocker, BMI samt förbättrade matvanor [9]. En del av dessa effekter har även kunnat ses i detta projekt, såsom minskning i BMI, förbättrade matvanor och aktivitetsnivåer.

Vår analys av undvikbara kostnader för allvarlig sjukdom/komplikationer visar att vi t.ex. kan spara cirka 25 tusen kr per år i framtida hälso- och sjukvårdskostnader om riktade

hälsosamtal kan leda till att vi undviker *ett* diabetesfall. Varje år vi undviker utveckling av diabetes kan därmed tolkas som en undvikbar kostnad. Med utgångspunkt i att majoriteten av deltagare i projekten är runt 45-50-årsåldern, om en deltagare som då är i 45 årsåldern har ett förhöjt blodsockervärde, men som påbörjar behandling, kan undvika eller flytta fram diabetesutveckling med t.ex. 15 år, skulle detta innebära sparade framtida kostnader om ungefär 375 tusen kr sammanlagt för hälso-och sjukvården. Sett till att ett hälsosamtal innebär cirka 2000 kr i omringkostnader (Hitta Hälsan), skulle den besparade kostnaden för ett undvikt/framflyttat diabetesfall i 15 år motsvara kostnaden för cirka 180 genomförda hälsosamtal. Därtill kommer bland annat förlorad arbetsinkomst. Vi kan undvika framtida kostnader för samhället i form av produktionsförlust om en deltagare som är i arbetsför ålder undviker sjukdagar associerat med t.ex. diabeteskomplikationer. I snitt innebär en undviken sjukdag också en undviken kostnad om 2400 kr för samhället i form av produktionsförlust, baserat på den årliga medianlönen i Sverige.

Utöver den ökade risken för diabetes som b.l.a. övervikt och fetma bidrar till är tobaksrökning en annan välkänd riskfaktor för sjukdom och förtida död både nationellt och globalt sett – en riskfaktor som båda projekten arbetade aktivt med via de riktade hälsosamtalen. Resultatet från Hitta Hälsan visade exempelvis på en förändring i tobaksbruk, dvs att flertalet deltagare gjort en förflyttning mellan ohälsosam vana (tobaksbruk) till utrymme förbättring eller hälsosam vana (inget tobaksbruk) under interventionens tid. Tobaksrökning har bland annat visat sig öka risken för flertalet sjukdomar såsom olika former av cancer, hjärt-och kärlsjukdomar, diabetes samt sjukdomar och infektioner i andningsorganen. Mellan 2010–2012 dog uppskattningsvis 12 tusen personer årsvis till följd av rökning och under samma period insjuknade runt 100 tusen personer årligen i rökrelaterade sjukdomar. Utöver att direkt rökning är ohälsosamt, är även passiv rökning skadligt för hälsan. Passiv rökning, dvs att en individ utsätts för andras tobaksrök, har visat sig bidra till cirka 5–10 fall av lungcancer i Sverige årligen samt 400 fall av hjärt-och kärlsjukdom bland personer som ej själva aktivt röker [5].

Precis som med undvikbara kostnader för diabetes kan ett undvikt fall av cancer eller hjärt-kärlsjukdom relaterat till tobaksrökning också resultera i besparade kostnader. Exempelvis tar en cancerdiagnos tid och resurser i anspråk för både individen som drabbas och för samhället som helhet. Eftersom resurser behövs för att diagnostisera, behandla och leva med cancersjukdom uppstår betydande kostnader för hälso-och sjukvården men också för samhället om cancer hindrar individer från att arbeta och utföra vardagliga aktiviteter [39].

Kostnaden för att främja hälsa och förebygga ohälsa är relativt låg i relation till den kostnad som uppstår vid allvarlig sjukdom som kräver sjukvård i en större utsträckning. Dessutom har hälsofrämjande insatser oftast effekter på befolkningens hälsa på lång sikt. Om vi kan undvika framtida sjukdom, eller upptäcka sjukdom i en tidigare fas kan detta leda till potentiellt undvikbara kostnader i framtiden om man minskar risken för allvarlig sjukdom, vilket i sin tur reducerar belastningen på hälso-och sjukvård i form av behandling och inläggningar. Att fokusera på en beteendeförändring vid ohälsosamma levnadsvanor med syfte att förhindra eller behandla sjukdom som kan uppstå som en konsekvens av den

ohälsosamma levnadsvanan är sannolikt kostnadsbesparande för hälso-och sjukvården ur ett långt tidsperspektiv.

Viktigt att beakta är att kostnaderna för LeVa är högre det år som projektet implementeras i form av uppstartskostnader, vilket ingår i de kostnader som inkluderats i analysen. Till skillnad från projektet Hitta Hälsan som kunde utgå från en redan befintlig verksamhet har LeVa haft mycket högre igångsättningskostnader då levnadsvanemottagningen är en helt ny verksamhet. Kostnaden per insats, vilken kostnaden per vunnen QALY är baserad på, är sannolikt högre för den studiepopulation som inkluderats i denna analys jämfört med kostnaden per insats samt vunnen QALY under nästkommande eller framtida år. Detta då verksamheten framöver redan är implementerad och inte kräver samma typ av igångsättningskostnader som under första året och andra året.

Vidare riktar sig insatser i LeVa till en målgrupp som generellt är mer socioekonomiskt utsatt jämfört med deltagare i Hitta Hälsan. Något som är viktigt att beakta är därför att deltagare i LeVa i allmänhet har en sämre hälsa redan vid inkludering jämfört med individer i Hitta Hälsan. Ett exempel på detta från resultatet är att omkring 55% av deltagarna i LeVa hade ett BMI kategoriserat som fetma vid nybesök medan motsvarande siffra för Hitta Hälsan var 20%. Andelen deltagare med fetma vid nybesök var därmed cirka 35 procentenheter högre i LeVa jämfört med Hitta Hälsan.

Övervikt och fetma är en av de främsta orsakerna till sjukdomsördan och förtida död i Sverige [4]. I dagsläget insjuknar närmare 90 tusen personer årligen i sjukdomar med koppling till fysisk aktivitet och kost. Bland annat är risken att utveckla övervikt och fetma samt hjärt-kärlsjukdom, diabetes, stroke och olika cancerformer högre vid ohälsosamma matvanor och begränsad aktivitetsnivå. Tidigare forskning visar också att det finns ett tydligt samband mellan socioekonomisk status, levnadsvanor och hälsa, där t.ex. grupper med högre utbildningsnivå och inkomst sammantaget uppvisar bättre hälsostatus jämfört med grupper av lägre utbildningsnivå och inkomst [6]; [7]. Likaså visar svenska studier att medellivslängden tenderar att vara lägre bland mer socioekonomiskt utsatta grupper [8].

Hänsyn behöver även tas till att andra faktorer under själva interventionstiden kan påverka deltagarnas hälsa och generella allmäntillstånd. Det kan exempelvis vara händelser i privatlivet eller händelser i omvärlden, vilket båda kan bidra både positivt och negativt till exempelvis en individs upplevda oro. Noterbart är att under tiden för detta projekts intervention har både covid-19-pandemin (2020-2022), en ekonomisk kris samt Rysslands invasion av Ukraina (2022) pågått, vilket kan ha haft en inverkan på individernas upplevda hälsa. Det kunde exempelvis ses i en studie av IHE att den genomsnittliga livskvalitén minskade under pandemin [40]. Det kunde exempelvis ses i en studie av IHE att den genomsnittliga livskvalitén minskade under pandemin [40] [40]. Å andra sidan kan andra positiva faktorer inverkat på deltagarna. Gemensamt är att det alltid är svårt att veta vad som fångas i mått på självupplevd hälsa. Detta kan till exempel ses genom att jämföra de livskvalitetvärden som framkommer genom tariff från EQ-5D jämfört med individernas självskattade nivå på VAS-skalan mellan 0-100. Generellt visar livskvalitetvikterna på

högre värden jämfört med VAS-skalans värden, vilket kan vara en indikation att det finns något utöver de fem dimensionerna i EQ-5D som inte fångas upp och som (negativt) påverkar deltagarnas hälsa.

5.1. Begränsningar

En svaghet med analysen är att en kontrollgrupp saknats, istället har deltagarna varit sina egna kontroller med utgångspunkt i att mätningen av livskvalitet vid 0 månader använts som baslinjevärde som sedan jämförts med mätningarna vid 6 respektive 12 månader.

Vidare var antalet individer med uppföljande data om livskvalitet relativt få i relation till antalet deltagare som inkluderades vid start, dvs en stor andel deltagare besvarade delvis inte EQ-5D formuläret vid uppföljningstillfällena. Eller så har de inte haft uppföljningssamtal alls, antingen till följd av att det inte önskats av deltagaren själv, eller så har det kalendermässigt inte rymts inom ramen för projektet.

Dessutom finns en viss osäkerhet rörande effekternas ihållande eftersom ingen långtidsuppföljning gjorts. Vid genomförandet av hälso- och sjukvårdsinterventioner är det generellt viktigt att följa populationen under tillräckligt lång tid för att fånga de verkliga skillnaderna i effekter. En utvärdering som sker med för kort uppföljningstid riskerar att bidra till inkorrekta slutsatser kring effektens verkliga storlek, vilket riskerar bidra till beslut som fattas på osäkra grunder [41].

Det finns också vissa svagheter med att mäta hälsoeffekter via EQ-5D i livsstilsinterventioner. EQ-5D är förvisso ett av de vanligaste indexen för effektuppföljningar i hälso- och sjukvården som används i många kliniska sammanhang, men måttet riskerar också att bli något begränsande när det kommer till att fånga effekter av livsstilsinterventioner. Om ett instrument inte är tillräckligt känsligt för att fånga kliniska effekter, finns det risk att dels fördelaktiga (positiva) effekter, dels negativa effekter inte fångas korrekt eller utelämnas [42]. Å andra sidan är en styrka med analysen att hälsoeffekter mätts via ett validerat frågeformulär. EQ-5D är ett standardiserat instrument för att mäta hälsa som tagits fram av EuroQol Group som är en internationell forskargrupp.

6. Slutsats och rekommendation

Syftet med denna rapport var primärt att undersöka om pilotprojektet Hälsofrämjande och Sjukdomsförebyggande Insatser varav delprojekten Hitta Hälsan och LeVa ingår, har potential att vara kostnadseffektivt genom att hälsovinster står i proportion till projektets kostnader/satsade resurser på riktade hälsosamtal.

Det sekundära syftet var att kartlägga samt beskriva de levnadsvaneförändringar som det föreliggande projektet har bidragit till avseende olika hälsomått som inkluderats i projektet. Det tertiära syftet med utvärderingen var att göra en skattning av de hälsoekonomiska konsekvenserna i form av undvikbara kostnader av att levnadsvanor klassificerade som ohälsosamma reduceras i studiepopulationen.

Den hälsoekonomiska utvärderingen har visat resultat som kan bidra till vägledning om kostnadseffektivitet. Samtliga beräkningar tyder på att insatserna i form av de riktade hälsosamtalen i LeVa och Hitta Hälsan är kostnadseffektiva varav kostnaden per QALY har visat sig vara måttlig i förhållande till Socialstyrelsens riktlinjer. Det finns dock vissa osäkerheter i resultatet till följd av avsaknad av kontrollgrupp och begränsningarna i uppföljningsdata på både kort och lång sikt.

Kostnadseffektivitetsanalysen tyder på att hälsofrämjande insatser i form av riktade hälsosamtal är en god investering för samhället ur ett hälsoekonomiskt perspektiv, utifrån en betalningsvilja på 500 000 kronor per vunnet QALY. För båda projekten är kostnaden per QALY dock betydligt lägre än så. Däremot ingår inte de potentiellt undvikbara kostnaderna i dessa beräkningar av kostnad per QALY då utvärderingen av kostnadseffektivitet primärt är gjord ur ett kort tidsperspektiv. Exempelvis har den årliga kostnaden för varje undvikt fall av hjärt-kärlsjukdom uppskattats till en kostnadsbesparing om cirka 34 tusen kr per år för samhället. Om dessa skulle inkluderas i en utvärdering på lång sikt skulle troligtvis en del av de undvikbara kostnaderna reducera de totala kostnaderna för insatserna ut ett samhällsperspektiv.

Slutsatsen är därför att hälsofrämjande insatser som genomförts i projekten LeVa och Hitta Hälsan har potential att vara kostnadseffektiva och kan bidra till vägledning för beslutsfattare.

Det behövs dock fler hälsoekonomiska utvärderingar som är utförda i regionen och i Sverige, för att beslutsfattare, samordnare och andra aktörer inom hälsofrämjande insatser ska få mer konkret vägledning om kostnadseffektiviteten i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Referenser

- [1] Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor," Socialstyrelsen, Stockholm, 2018.
- [2] C. Murray, T. Vos, R. Lozano och e. al, "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010," *Lancet*, vol. 380, nr 9859, pp. 2197-223, 2012.
- [3] Folkhälsomyndigheten, "Mat och fysisk aktivitet," 2022. [Online]. Available: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/fysisk-aktivitet-och-matvanor/>. [Använd 27 September 2022].
- [4] SKR, "Levnadsvanor," 9 Februari 2022. [Online]. Available: <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/indikatorerao/levnadsvanor.58450.html>. [Använd 10 Januari 2023].
- [5] Folkhälsomyndigheten, "Rökning och hälsorisker," 2022. [Online]. Available: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/tobaks-och-nikotinprodukters-skadeverkningar/rokning-och-halsorisker/>. [Använd 27 September 2022].
- [6] M. Marmot och R. Bell, "Fair society, healthy lives," *Public health*, pp. 4-10, 2012.
- [7] H. van Kippersluis, O. O'Donnell, E. van Doorslaer och T. Van Ourti, "Socioeconomic differences in health over the life cycle in an Egalitarian country," *Soc Sci Med*, vol. 70, nr 3, pp. 428-438., 2010.
- [8] L. Hartman och A. Sjögren, "Hur ojämlik är hälsan i Sverige? Sociala och regionala skillnader i dödsrisker bland 30–60-åringar 1994-2014," Institutet för arbetsmarknads- och utbildningspolitisk utvärdering (IFAU), 2018.
- [9] NPO Levnadsvanor, "Rapport avseende systematisk kunskapsgenomgång av den svenska modellen för riktade hälsosamtal," Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan, 2022.
- [10] Folkhälsomyndigheten, "Folkhälsans utveckling - årsrapport 2022," Folkhälsomyndigheten, 2022.
- [11] SKR, "Förebygga eller reparera? - ekonomi och hälsa," Sveriges Kommuner och regioner, Stockholm, 2022.
- [12] L. Ryden, K. Andersen, V. Gyberg och L. Mellbin, "Betala för sjukdom eller investera i hälsa?," 2012. [Online]. Available: https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/OldWebArticlePdf/1/18573/LKT1236s1535_1539.pdf. [Använd 9 Januari 2022].

- [13 S. Olofsson, "Cost of Illness. Teoretisk genomgång," Räddningsverket, 2008.
]
- [14 K. Steen-Carlsson, E. Anersson, A. Lundqvist och M. Willis, "Påverkbara kostnader
] för typ 2-diabetes år 2020 och år 2030 i Sverige. Prognoser med IHE cohort model of
type 2 diabetes," Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, Lund, 2015.
- [15 E. Andersson, K. Welin och K. Steen Carlsson, "Kostnader för fetma i Sverige idag
] och år 2030," Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE), Lund, 2018.
- [16 E. Andersson, E. Toresson Grip, H. Norrlid och A. Fridhammar, "Samhällskostnaden
] för rökningrelaterad sjuklighet i Sverige," Institutet för hälso-och sjukvårdsekonomi
(IHE), Lund, 2017.
- [17 WHO, "Prevention and control of noncommunicable diseases in the European Region:
] a progress report," World Health Organization 2, Copenhagen, 2014.
- [18 TLV, "Handbok för hälsoekonomiska," Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket , 4
] Maj 2022. [Online]. Available:
https://www.tlv.se/download/18.6da469321804dd237b1ba11d/1651652844561/handbok_for_halsoekonomiska_bedomningar_av_medicintekniska_produkter_1335-2022.pdf. [Använd 9 Januari 2022].
- [19 M. F. Drummond, M. J. Sculpher, K. Claxton, G. L. Stoddart och G. W. Torrance,
] Methods for the economic evaluation of health care programmes, 4:a red., Oxford
University Press, 2015.
- [20 S. Whitehead och A. Shehzad, "Health outcomes in economic evaluation: the QALY
] and utilities," *British Medical Bulletin*, vol. 96, pp. 5-21, 2010.
- [21 Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Hälsoekonomiskt underlag
] (bilaga)," Socialstyrelsen, Stockholm, 2015.
- [22 Folkhälsomyndigheten, "Hälsoekonomiska utvärderingar av förebyggande insatser
] inom områdena alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar (ANDTS) –
Litteraturoversikt om kostnadseffektivitet," Folkhälsomyndigheten, Solna, 2020.
- [23 TLV, "Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets allmänna råd," Tandvårds- och
] läkemedelsförmånsverket, 2017.
- [24 EuroQoL Group, "EQ-5D-5L | About," EuroQoL Group, november 2021. [Online].
] Available: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>. [Använd 09 02
2023].
- [25 1177, "Så bedömer du din vikt," 2022. [Online]. Available:
] <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/liv--halsa/sunda-vanor/sa-bedomer-du-din-vikt/>. [Använd 8 Februari 2023].
- [26 Folkhälsomyndigheten, "Övervikt och fetma," 2022. [Online]. Available:
] <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad->

rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/overvikt-och-fetma/. [Använd 7 Februari 2023].

- [27 Hjärt-lungfonden, "Hjärt-Lungfondens temaskrift om blodtrycket," 18 5 2021.
] [Online]. Available:
https://assets.ctfassets.net/e8gvzq1fwq00/4joo9J2HkVafcXmMtaLm0P/1944b41ea407c239568ae2de4240fb9c/Fakta_H__gt_blodtryck_2021.pdf. [Använd 30 1 2023].
- [28 Region Stockholm , "Högt blodtryck - Hypertoni," janusinfo , 2022.
]
- [29 1177, "Höga halter av blodfetter," 18 2 2022. [Online]. Available:
] <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/blodkarl/hoga-blodfetter/>.
- [30 Socialstyrelsen, "Statistik om dödsorsaker år 2021," Socialstyrelsen, 2022.
]
- [31 E. Andersson, P. Lindgren, G. Brådvik, V. Ramdén och K. Steen Carlsson,
] "Kostnader för hjärt-kärlsjukdom i Sverige 2019," Institutet för hälso-och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund, 2021.
- [32 D. Lloyd-Jones, E. Leip, M. Larson, R. D'Agostino, A. Beiser, P. Wilson, P. Wolf och
] D. Levy, "Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age," *Circulation*, vol. 113, nr 6, pp. 791-8, 2006.
- [33 J. Stålhammar, L. Stern, R. Linder, S. Sherman, R. Parikh, R. Ariely, C. Deschaseaux
] och G. Wikström, "The burden of preserved ejection fraction heart failure in a real-world Swedish patient population," *J Med Econ*, vol. 17, nr 1, pp. 43-51, 2014.
- [34 I. Lekander, C. Willers, M. von Euler, M. Lilja, K. Sunnerhagen, H. Pessah-
] Rasmussen och F. Borgström, "Relationship between functional disability and costs one and two years post stroke," *PLoS One*, vol. 6, nr 12, 2017.
- [35 J. Persson och J. K. Ferraz-Nunes, "Economic burden of stroke in a large county in
] Sweden," *BMC Health Serv Res*, 2012.
- [36 Socialstyrelsen, "Nationella riktlinjer för diabetesvård," Socialstyrelsen, 2018.
]
- [37 T. Seuring, O. Archangelidi och M. Suhrcke, "The Economic Costs of Type 2 Diabetes:
] A Global Systematic Review," *Pharmacoeconomics*, vol. 33, nr 8, pp. 811-31, 2015.
- [38 SCB, "Medellöner i Sverige," 21 Juni 2022. [Online]. Available:
] <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/medelloner-i-sverige/>. [Använd 2 Februari 2023].
- [39 A. Lundqvist, E. Andersson och K. Steen Carlsson, "Kostnader för cancer i Sverige
] idag och år 2040," Institutet för hälso-och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund, 2016.

- [40 U. Persson, S. Olofsson, N. Y. Gu, C. L. Gong, X. Jiao och J. W. Hay, "Quality-of-
] Life in the Swedish general population during Covid-19 – based on measurement pre-
and post pandemic outbreak," IHE - The Swedish Institute for Health Economics,
Lund, Sweden, 2020.
- [41 G. M. Clarke, S. Conti, A. T. Wolters och A. Steventon, "Evaluating the impact of
] healthcare interventions using routine data," *BMJ*, 2019.
- [42 N. Payakachat, M. Ali och J. Tilford, "Can The EQ-5D Detect Meaningful Change? A
] Systematic Review," *Pharmacoeconomics*, vol. 33, nr 11, pp. 1137-54, 2015.

Bilaga 1. figurer och tabeller

Tabell 32 Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 och 3 månaders uppföljning.

0 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	38 (23,9)		121 (76,1)	159
Pulshöjande/v	87 (54,7)	22 (13,8)	50 (31,4)	159
Tobaksbruk	17 (10,8)	7 (4,4)	134 (84,4)	158
Matvanor	37 (23,3)	96 (60,4)	26 (16,4)	159
Alkoholvanor	45 (28,8)		111 (71,2)	156
3 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	28 (17,7)		130 (82,3)	158
Pulshöjande/v	76 (47,8)	22 (13,8)	61 (38,4)	159
Tobaksbruk	18 (11,3)	11 (6,9)	130 (81,8)	159
Matvanor	18 (11,5)	99 (63,1)	40 (25,5)	157
Alkoholvanor	33 (20,9)		125 (79,1)	158

Tabell 33 Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 och 3 månaders uppföljning uppdelat på inbjudan till riktat hälsosamtal.

Inbjudan till riktade hälsosamtal									
	Nybesök					3 månader			
Bedömning	Oälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	17 (20,7)		65 (79,3)	82	Aktivitetsmin/v	15 (18,5)		66 (81,5)	81
Pulshöjande/v	44 (53,7)	11 (1,4)	27 (32,9)	82	Pulshöjande/v	38 (46,3)	7 (8,5)	37 (45,1)	82
Tobaksbruk	8 (9,8)	2 (2,4)	72 (87,8)	82	Tobaksbruk	9 (11,0)	4 (4,9)	69 (84,1)	82
Matvanor	18 (22,0)	48 (58,5)	16 (19,5)	82	Matvanor	9 (11,1)	54 (66,7)	18 (22,2)	81
Alkoholvanor	20 (25,0)		60 (75,0)	80	Alkoholvanor	16 (19,8)		65 (80,2)	81
Ej inbjudan									
	Nybesök					3 månader			
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	21 (27,3)		56 (72,7)	77	Aktivitetsmin/v	13 (16,9)		64 (83,1)	77
Pulshöjande/v	43 (55,8)	11 (14,3)	23 (29,9)	77	Pulshöjande/v	38 (49,4)	15 (19,5)	24 (31,2)	77
Tobaksbruk	9 (11,8)	5 (6,6)	62 (81,6)	76	Tobaksbruk	9 (11,7)	7 (9,1)	61 (79,2)	77
Matvanor	19 (24,7)	48 (62,3)	10 (13,0)	77	Matvanor	9 (11,8)	45 (59,2)	22 (28,9)	76
Alkoholvanor	25 (32,9)		51 (67,1)	76	Alkoholvanor	17 (22,1)		60 (77,9)	77

Tabell 34 Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 och 6 månaders uppföljning.

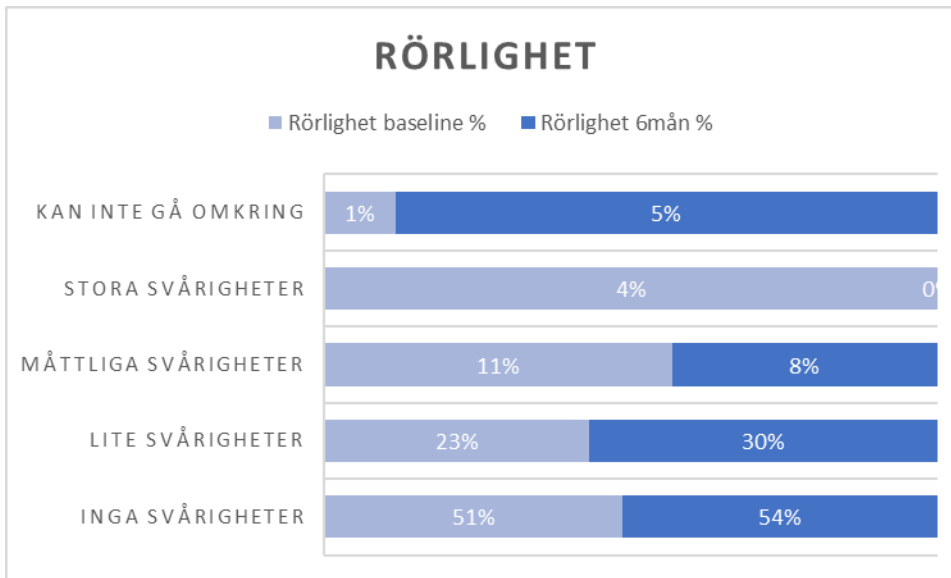
0 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	28 (19,3)		117 (80,7)	145
Pulshöjande/v	71 (49,0)	25 (17,2)	49 (33,8)	145
Tobaksbruk	12 (8,3)	6 (4,2)	126 (87,5)	144
Matvanor	33 (22,8)	86 (59,39)	26 (17,9)	145
Alkoholvanor	40 (28,0)		103 (72,0)	143
6 månader				
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	25 (17,4)		119 (82,6)	144
Pulshöjande/v	60 (41,49)	32 (22,1)	53 (36,6)	145
Tobaksbruk	11 (7,6)	4 (2,8)	129 (89,6)	144
Matvanor	21 (14,9)	79 (56,0)	41 (29,1)	141
Alkoholvanor	23 (16,2)		119 (83,8)	142

Tabell 35 Antal individer enligt varje kategori (ohälsosam vana, utrymme förbättring & hälsosam vana) vid 0 och 6 månaders uppföljning uppdelat på inbjudan till riktat hälsosamtal.

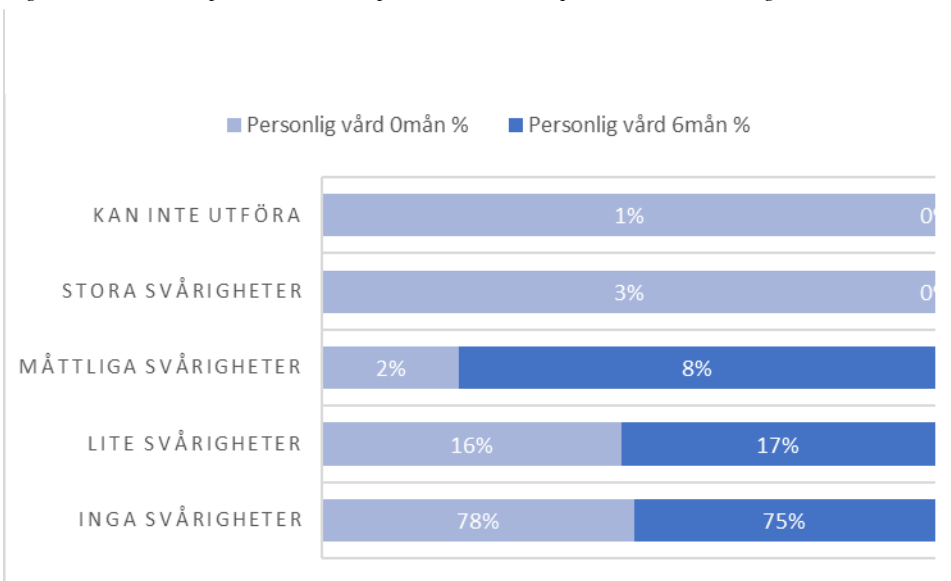
Inbjudan till riktade hälsosamtal									
	0 månader					6 månader			
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	15 (19,7)		61 (80,3)	76	Aktivitetsmin/v	14 (18,7)		61 (81,3)	75
Pulshöjande/v	38 (50,0)	13 (17,1)	25 (32,9)	76	Pulshöjande/v	33 (43,4)	14 (18,4)	29 (38,2)	76
Tobaksbruk	6 (7,9)	3 (3,9)	67 (88,2)	76	Tobaksbruk	5 (6,7)	2 (2,7)	68 (90,7)	75
Matvanor	18 (23,7)	42 (55,3)	16 (21,1)	76	Matvanor	10 (13,5)	46 (62,2)	18 (24,3)	74
Alkoholvanor	18 (24,0)		57 (76,0)	75	Alkoholvanor	13 (17,8)		60 (82,2)	73
Ej inbjudan									
	0 månader					6 månader			
Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total	Bedömning	Ohälsosam vana	Utrymme förbättring	Hälsosam vana	Total
Aktivitetsmin/v	13 (18,8)		56 (81,2)	69	Aktivitetsmin/v	11 (15,9)		58 (84,1)	69
Pulshöjande/v	33 (47,8)	12 (17,4)	24 (34,8)	69	Pulshöjande/v	27 (39,1)	18 (26,1)	24 (34,8)	69
Tobaksbruk	6 (8,8)	3 (4,4)	59 (86,8)	68	Tobaksbruk	6 (8,7)	2 (2,9)	61 (88,4)	69
Matvanor	15 (21,7)	44 (63,8)	10 (14,5)	69	Matvanor	11 (16,4)	33 (49,3)	23 (34,3)	67
Alkoholvanor	22 (32,4)		46 (67,6)	68	Alkoholvanor	10 (14,5)		59 (85,5)	69

Dimensioner av hälsa

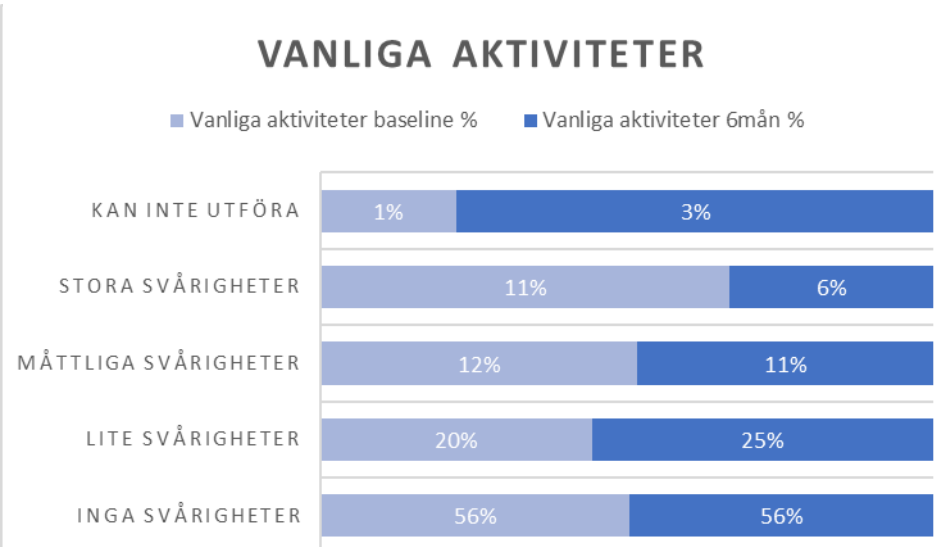
LeVa



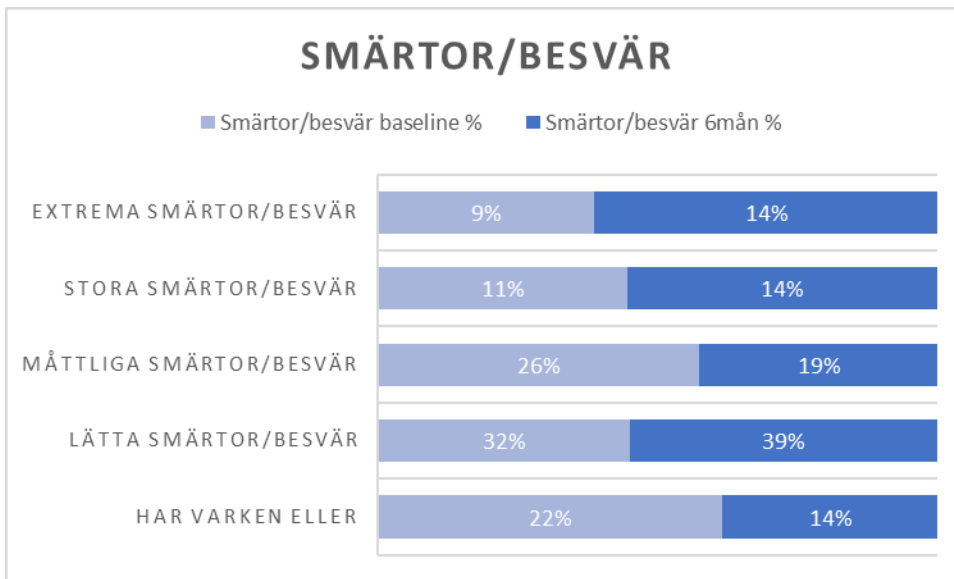
Figur 23. Andel svar per nivå vid 0 respektive 6 månader på dimensionen rörlighet



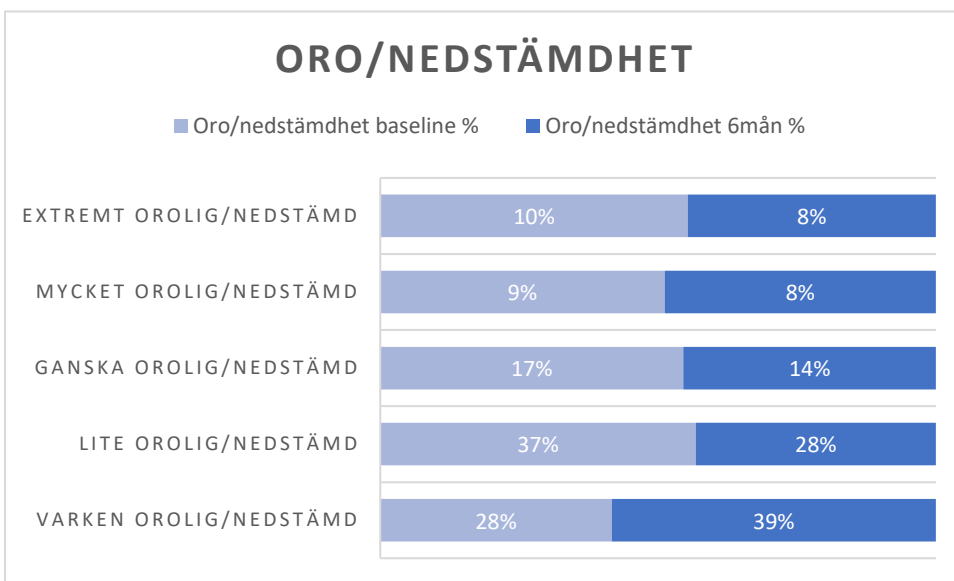
Figur 22. Andel svar per nivå vid 0 respektive 6 månader på dimensionen personlig vård



Figur 21. Andel svar per nivå vid 0 respektive 6 månader på dimensionen vanliga aktiviteter

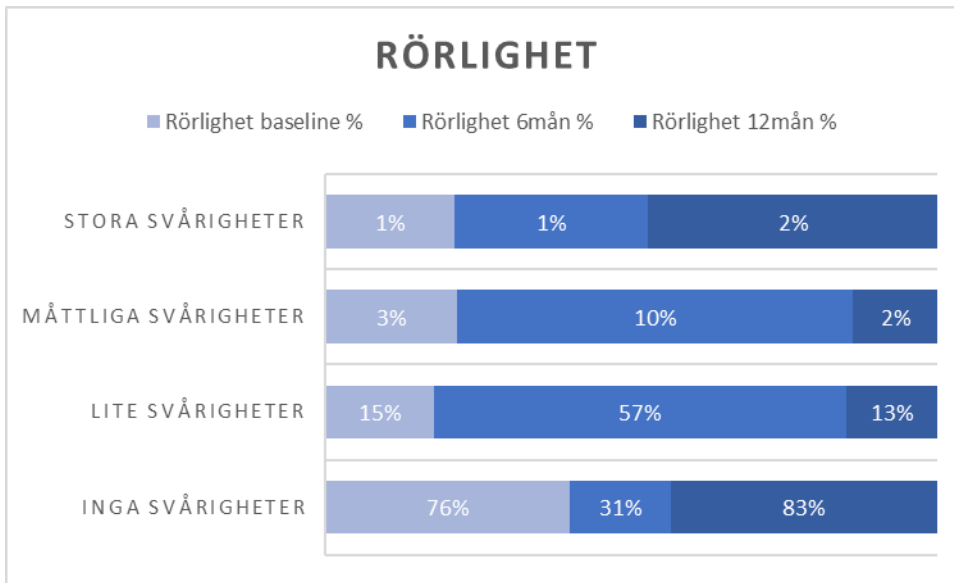


Figur 24. Andel svar per nivå vid 0 respektive 6 månader på dimensionen smärtor/besvär

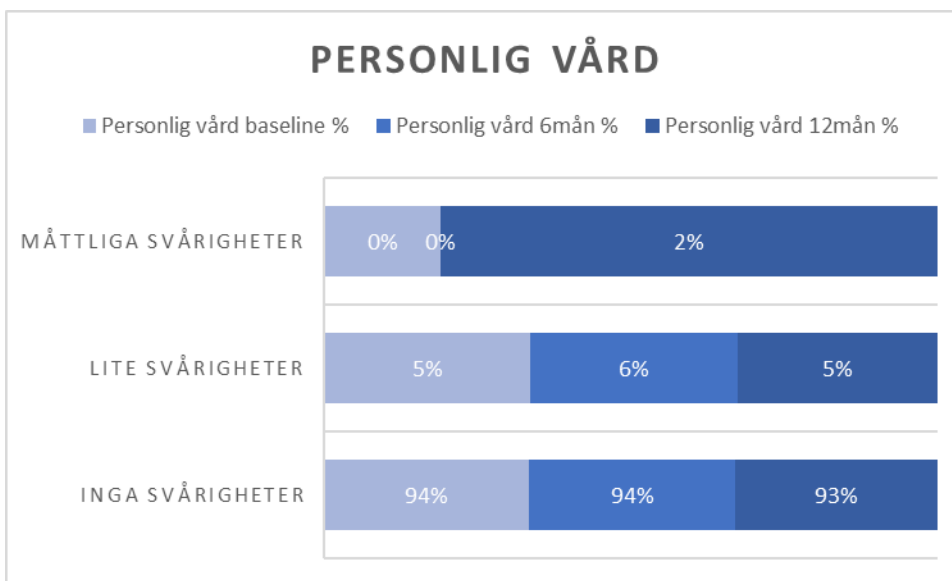


Figur 25. Andel svar per nivå vid 0 respektive 6 månader på dimensionen oro/nedstämdhet

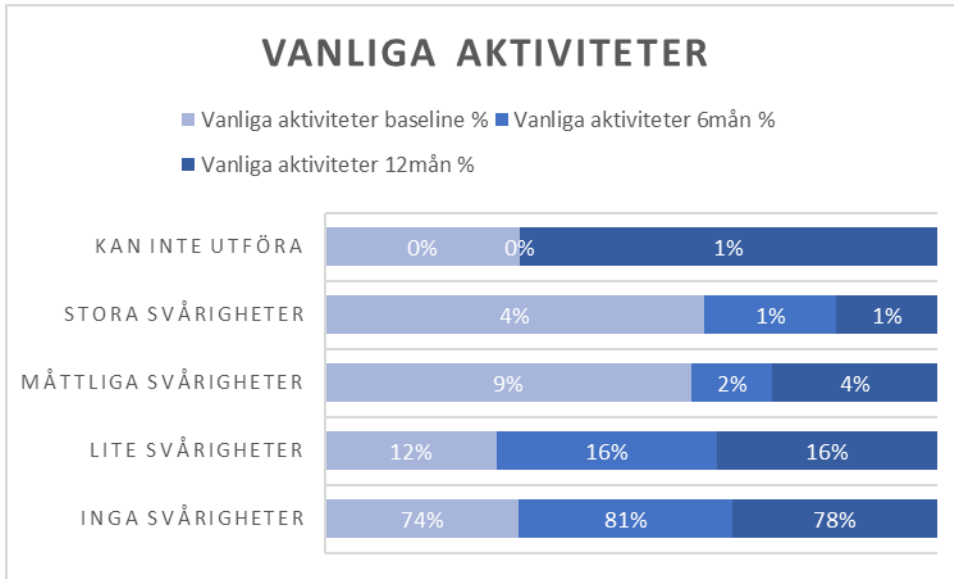
Hitta Hälsan



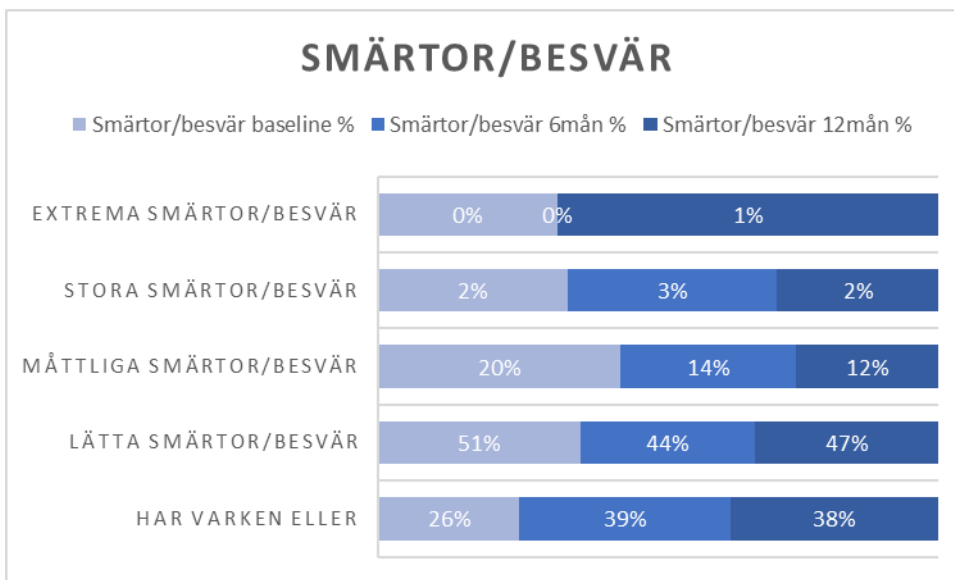
Figur 26. Andel svar per nivå vid 0, 6 respektive 12 månader på dimensionen rörlighet



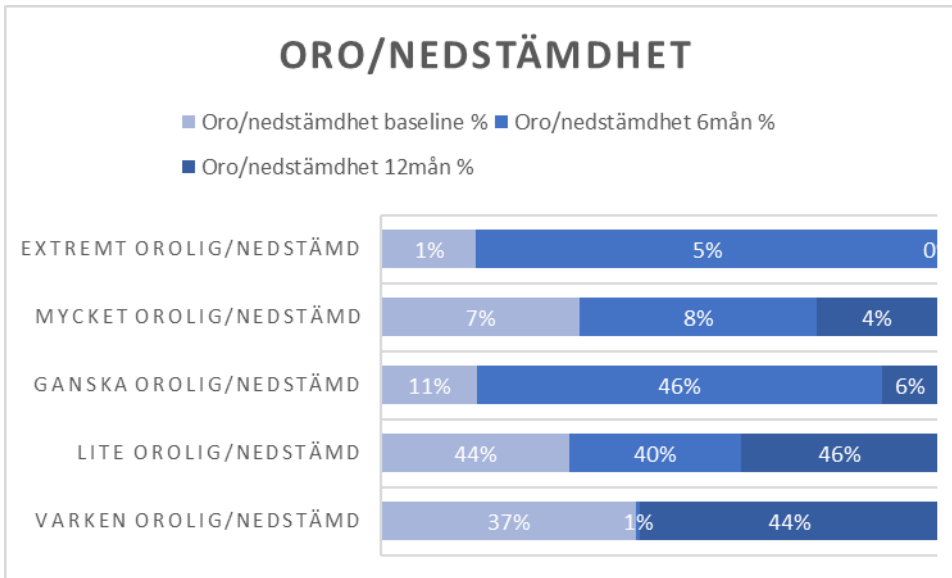
Figur 27. Figur 28. Andel svar per nivå vid 0, 6 respektive 12 månader på dimensionen personlig vård



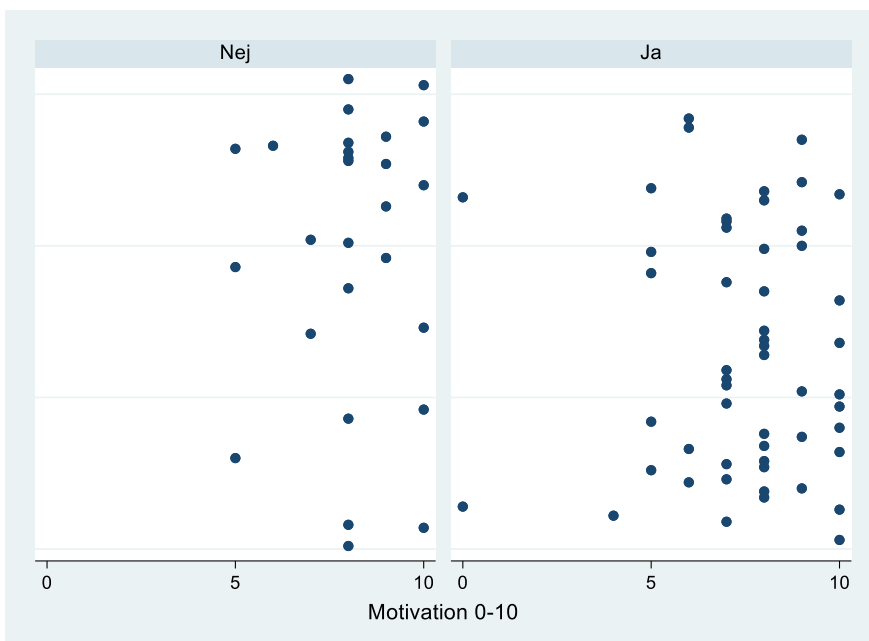
Figur 30. Andel svar per nivå vid 0, 6 respektive 12 månader på dimensionen vanliga aktiviteter



Figur 29. Andel svar per nivå vid 0, 6 respektive 12 månader på dimensionen smärtor/besvär



Figur 31. Andel svar per nivå vid 0, 6 respektive 12 månader på dimensionen oro/nedstämdhet



Figur 33 spridningsdiagram över motivation vid nybesök skattat mellan 0-10 för den totala populationen vid 6 mån uppdelat på inbjudan till riktat hälsosamtal.

