



Utvärderingsrapport Pilotprojekt - Levnadsvanemottagning 2016-2018

Avdelningen för kunskapsstöd
Maj 2018



LANDSTINGET BLEKINGE

Förord

Landstinget Blekinge ska bedriva en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Det innebär bland annat att förebygga och behandla patienter som visar ohälsosamma levnadsvanor. Hälften av alla kvinnor och två tredjedelar av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för många av vår tids stora folksjukdomar som till exempel hjärt-kärlsjukdom, cancer eller typ 2-diabetes. Tillsammans bidrar dessa levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdoms-bördan i Sverige.

Då de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder publicerades 2011 fick det preventiva arbetet en skjuts framåt. Landstinget kunde då konstatera att vi saknade vårdalternativ för de patienter som på grund av ohälsosamma levnadsvanor insjuknat eller riskerade att drabbas av allvarlig sjukdom.

Att förändra en ohälsosam levnadsvana är ingen lätt uppgift. Därför ville landstinget i strävan att tillgodose patientens behov inrätta en levnadsvanemottagning. Mottagningen består av ett team med olika kompetens, som stöttar och coachar patienten utifrån ett personcentrerat förhållnings-sätt, där patientens mål styr och patientens förmågor tas tillvara.

Denna rapport sammanfattar de resultat som vi har kunnat se under den korta tid som projektet har varit igång. Det är vår förhoppning att erfarenheterna från projektet ska komma att beaktas i framtiden så att målgruppen kan fortsätta att bli sedda och erbjudna det stöd till förändring som de har behov för. Det är också en förhoppning att teamet ska ges möjlighet att följa patienternas resultat över längre tid för att på så sätt samla värdefull information om behandlingseffekten av insatta åtgärder.

Ett stort och varm tack riktas till den engagerade personalen som arbetar på mottagningen; sjuk-sköterska Carina Paulsson, dietist Julia Binnergård, kardiolog Jessica Persson, sjukgymnast Pernilla Svensson, medicinsk sekreterare Ingbritt Söderlind och avdelningsföreståndare Marita Siström. Tack vare ert engagemang och insats har vi på kort tid kunnat erbjuda interventioner för patienter med svår levnadsvaneproblematik.

Ett särskilt stort tack riktas också till de landstingspolitiker som har gjort det möjligt att inrätta levnadsvanemottagningen, en verksamhet till en målgrupp i stort behov av stöd.

Gerthi Persson

Folkhälsostrateg och projektledare för levnadsvanemottagningen

Avdelningen för kunskapsstöd

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning.....	5
1 Inledning.....	6
Bakgrund	6
Syfte	6
Omfattning och avgränsning	6
Styrande dokument.....	6
Kommunikation och rapportering	7
Organisatorisk tillhörighet.....	7
Lokaler, inventarier och utrustning	8
2 Resultat	9
Projekt mål.....	9
Remisskriterier och patientflöde.....	9
Beskrivning av verksamheten.....	10
Kompetens	10
Arbetsrutiner	11
Datainsamling	13
Provtagning	13
Mottagningens stöd till övrig verksamhet.....	13
3 Behandlingsresultat	14
Sammanfattande behandlingsresultat.....	14
Mottagningens målgrupp	14
Levnadsvanor	14
Psykisk hälsa	15
Fysiska test, mätningar och provtagning	15
Förbättringar i riskfaktorer	16
Patientupplevelser.....	18
Kurs ”Balans i livet”	19
4 Omvärldsbevakning och forskning	19
5 Budget och finansiering.....	19
Oförutsedda utgifter.....	20
6 Hälsoekonomi.....	20
Hälsoekonomisk analys	20
.....	22
.....	22
.....	22



.....	22
.....	22
.....	22
.....	22
Den behandlade effekten	22
Hälsorelaterad livskvalitet – hälsovinst i kvalitetsjusterade levnadsår	22
Den förebyggande effekten	24
Hälsoekonomisk modell-Markov modell	24
Förbättrad hälsa och minskade samhällskostnader	25
Kostnadseffektivitetsanalys.....	26
7 Diskussion.....	27
8 Slutsats	28
9 Referenser.....	30
10 Bilagor.....	31
Remisskriterier.....	31

Sammanfattning

Levnadsvanemottagningen har under drygt ett års tid erbjudit patienter med ohälsosamma levnadsvanor stöd till förändring. Levnadsvanemottagningen är en länk i vårdkedjan för de svårast sjuka och för de patienter som riskerar att förvärra sitt tillstånd. Alla förvaltningar har haft möjlighet att remittera till mottagningen och flertalet har remitterats från primärvård och Blekingesjukhuset. Målgruppen är en utsatt grupp som upplever att de tidigare inte har blivit sedda i vården.

På den korta tid som mottagningen har varit igång har ett hundratal patienter fått stöd och flertalet visar förändringar som över en sex månaders period varit bestående. De positiva förändringarna har visat sig i ett bättre mående och minskade riskfaktorer att drabbas av sjukdom.

Personalens kompetens och det personcentrerade förhållningssättet är de framgångsfaktorer som har kunnat identifieras utifrån patienters utsagor. Teamet har erbjudit individuella och gruppaktiviteter där teori och praktik blandas. Under processen har patienten varit delaktig genom att sätta delmål och mål utifrån egna önskemål och förutsättningar.

Levnadsvanemottagningen har varit en satsning som visar vägen till en ökad hälsofrämjande och jämlik vård med fokus på de grupper i samhället som har stora behov av stöd.

De hälsoekonomiska beräkningar som genomförts visar på vinster för såväl individ, som hälso- och sjukvård och samhälle. Mottagningens verksamhet och insatser har konstaterats vara kostnadseffektiva.

Pilotprojektet kommer att avslutas och verksamheten avvecklas i december 2018 om inget annat beslutas.

1 Inledning

Levnadsvanemottagningen är ett pilotprojekt som tillgodoser behovet av utökat stöd till patienter med svår levnadsvaneproblematik.

Bakgrund

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder publicerades 2011 och Landstinget Blekinge antog 2014 ett vårdprogram med lokal anpassning och förtydligande av riktlinjerna[1,2]. I samband med att det lokala vårdprogrammet skrevs identifierade de involverade verksamhetsrepresentanterna behovet av ett utökat stöd till individer med en svår levnadsvaneproblematik. Levnadsvanemottagningen är ett resultat av det identifierade behovet och är en resurs för alla tre hälso- och sjukvårds-förvaltningarna. Pilotprojektet har genomförts från september 2016 till december 2017 med beslut om förlängning till och med den 31 december 2018.

Syfte

Syftet med mottagningen är främst att kunna erbjuda patienter med svår levnadsvaneproblematik ett utökat evidensbaserat stöd. Vidare är syftet att främja och säkra en större följsamhet till vårdprogrammet hos landstingets övriga verksamheter som har det generella uppdraget att aktivt bidra till bättre levnadsvanor och hälsa hos Blekinges medborgare.

Omfattning och avgränsning

Projektet har omfattat ett pilotförsök av en modell på levnadsvanemottagning. All legitimerad personal i Landstinget Blekinge har haft möjlighet att remittera till mottagningen enligt specifika remiss- och deltagarkriterier (kap 2 Remisskriterier och patientflöde). Projektet har inneburit ett omhändertagande enligt vårdprogrammet för sjukdomsförebyggande metoder där grundförutsättningar för projektet har varit:

1. att de primära insatserna som genomförts i de ordinarie vårdverksamheterna har följt landstingets vårdprogram för levnadsvanor.
2. att levnadsvanemottagningens verksamhet har betraktats som ett komplement till övrig verksamhet.
3. att remitterande klinik har ansvarat för eventuell provtagning och/eller undersökning i samband med remittering eller sjukdomsbehandling, utöver orsak till remiss.
4. att medarbetare som bemannat mottagningen endast har varit verksamma på mottagningen (under sina projekttimmar) och inte har använts till arbetsuppgifter som inte ingått i mottagningens arbetsbeskrivning.

Projektgrupp

Utvecklingsdirektören (tillika projektägaren) har haft det övergripande ansvaret för att pilotprojektet har planerats, genomförts och följts upp. Till sin hjälp har direktören haft en styrgrupp, en projektledare, en projektgrupp och ett samarbete med berörda chefer.

Styrande dokument

Till stöd för hela projektsatsningen finns hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och landstingets vårdprogram för levnadsvanor[1,2]. I landstingsplanen 2018–2020 som också är styrande går det att läsa att ”Ett framgångsrikt förebyggande och hälsofrämjande arbete för en bättre eller bibehållen hälsa på sikt leder till minskade sjukvårdskostnader och innebär ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdsresurser”.

Förutom de styrande dokumenten som fanns inledningsvis har det tillkommit nya dokument under projektperioden. Södra sjukvårdregionens vårdprogram för övervikt och fetma är tongivande för hur vården ska bedrivas[3]. Detta är något att inspireras av då Landstinget Blekinge saknar ett sådant vårdprogram.

I Folkhälsomyndighetens årsrapport 2017 kan man läsa att övervikt och fetma är ett växande folkhälsoproblem[4]. Ungefär hälften av befolkningen i åldrarna 16–84 år har i dag övervikt eller fetma enligt rapporten. Den nationella kommissionen såväl som Landstinget Blekinges kommission för en jämlik hälsa pekar på stora hälsoskillnader mellan olika grupper i samhället och menar att ett förebyggande arbete är nödvändigt för att minska ojämligheterna.

Kommunikation och rapportering

Kommunikation och rapportering inom projektet har skett genom månatliga arbetsmöten i projektgruppen med upprättade minnesanteckningar. Minnesanteckningarna har kommunicerats till chefen för avdelningen för kunskapsstöd, chefen för thoraxcentrum och till berörda chefer med personal på mottagningen. Vid ett par tillfällen har cheferna deltagit på mottagningens arbetsmöten för att förbättra den direkta kommunikationen. Politiker har tagit del av mottagningens verksamhet via skriftliga sammanställningar och studiebesök. Landstingets ledningsgrupp, verksamhets- och avdelningschefer och medarbetare har tagit del av mottagningens verksamhet via dialogmöten, landstingets intranät och tidningen PULS. Patienter, patientföreningar och medborgare har fått information om mottagningen via tidningen Topp till Tå, 1177 Vårdguiden, lokaltidningar, P4 Blekinge och riktade informationstillfällen.

Teamet har också varit aktivt vid sammankomster via patientföreningar och andra mötestillfällen med länets invånare. Mottagningen har tagit emot flera studiebesök från avdelningar i landstinget såväl som från angränsande län. Förfrågan har uppkommit vid ett flertal tillfällen om möjligheten att ta emot remitterade patienter från grannlän. Vidare har teamet gjort studiebesök vid övervikts- och ätstörningsenheter i närområdet och deltagit i regionala och nationella nätverk.

Organisatorisk tillhörighet

Mottagningen tillhör Thoraxcentrum, Blekingesjukhuset i Karlshamn och har en gemensam avdelningsföreståndare med Thoraxcentrums hjärtmottagning och klinisk fysiologi.

Det landstingsövergripande förebyggande arbetet behöver en tydlig struktur och ansvarsfördelning, både för att underlätta för utförande och mottagande verksamheter. Levnadsvanemottagningen har servat hela landstinget och har därför haft en övergripande central tillhörighet. Syftet med en central tillhörighet har också varit att alla verksamheter ska känna sig delaktiga och ha möjlighet att använda mottagningens resurser. Fortsättningsvis skulle en övergripande central tillhörighet även ge förutsättningar för att samla andra förebyggande landstingsövergripande åtgärder såsom stark och tobaksfri inför operation under samma hatt.

En övergripande central tillhörighet kan vara en möjlig organisatorisk lösning för att undvika prioriteringsfrågor vid eventuell personalbrist eller besparingskrav. Thoraxcentrum, som mottagningen tillhört under projektperioden har fungerat som en bra lösning då avdelningschefsbefattningen har delats med flera andra mottagningar. Mottagningen har på så sätt kunnat ta del av ett väletablerat mottagningsarbete med inarbetade chefsrutiner. Thoraxcentrum fungerar också som en grund för att sätta fokus och hög prioritet på levnadsvanefrågor.

Majoriteten av mottagningens remitterade patienter och de som väljer att påbörja interventionen, kommer från västra Blekinge, vilket kan vara en effekt av att mottagningen finns i Karlshamn. Fördelningen tyder på att verksamheter i östra Blekinge avstår från att remittera, vilket resulterar i en ojämnt fördelad vård. Att förändra levnadsvanor kräver mycket motivation och kraft för att

lyckas. En ökad tillgänglighet i form av en utökad verksamhet med en kompletterande mottagning i Karlskrona skulle innebära att tillgängligheten för patienter i östra Blekinge ökar liksom strävan efter att erbjuda en mer jämlik vård.

I våra grannlän finns en önskan om att kunna remittera till Landstinget Blekinges levnadsvanemottagning eftersom ett motsvarande team saknas hos dem. Detta kan innebära en källa till inkomst. Landstinget i Kalmar län har remisskriterium till gastric bypass (GBP)- operationer som säger att patienten först ska ha träffat motsvarande livsstils-/levnadsvaneteam.

Lokaler, inventarier och utrustning

Verksamheten är lokaliserad till Thoraxcentrums hjärtmottagning i Karlshamn med delade gemensamhetsutrymmen. Kontorsmöbler, telefoner och liknande utrustning har rekviderats från landstingets befintliga material. Viss utrustning, diktafon, låsbart journalskåp och 2 datorer nyanskaffades till mottagningen. För att tillgodose behovet av anpassad utrustning till mottagningens tunga patienter fick en brits ($\leq 300\text{kg}$), ett antal stolar ($\leq 250\text{kg}$), en träningscykel ($\leq 250\text{kg}$) och en våg ($\leq 200\text{kg}$) köpas in.

Mottagningens tilltänkta start i september 2016 fördröjdes på grund av att lokalerna inte var tillgängliga. Den första patienten kunde därför inte tas emot förrän i december. Samlokaliseringen med hjärtmottagningen har varit en fördel då samarbetet har varit gott. De befintliga lokalerna har så långt det har varit möjligt anpassats efter patientens och verksamhetens behov, men behöver ses över om verksamheten ska permanentas. De tre mottagningsrummen delas på fyra personer vilket ställer krav på logistik. Vätrummet ligger direkt i anslutning till hissutrymme utan avskildhet, vilket inte är optimalt för patienten. Konferensrummet, där även patientutbildning genomförs är litet i förhållande till behovet. Utrymme för träning eller praktiska övningar finns inte utan får lånas på annan avdelning.

En magnetkamera är lokaliserad till våningen ovanför mottagningen och dess vibrationer orsakar huvudvärk hos medarbetarna, vilket är ett arbetsmiljöproblem. Försök har gjorts till att isolera taket mot vibrationerna.

Ett behov som ständigt ökar i takt med ett ökat antal överviktiga patienter är specialanpassad utrustning som har införskaffats till mottagningen. Ett effektivt resursutnyttjande är att utrustningen står till förfogande även för annan verksamhet på Blekingesjukhuset i Karlshamn. Önskemål finns om att inhandla en impedansvåg (Tanita modell) för att mäta kroppssammansättning.

2 Resultat

I kapitlet redovisas resultat och analys av resultat som gäller projektmål och verksamhetsutveckling.

Projektmål

Tabell 1. Projektmålsuppfyllelse.

Indikatorer	Målvärde	Resultat
Andel patienter som uppvisar minst en levnadsvaneförändring	50 %	50 %
Andel remitterade patienter som bedöms inom 14 dagar	100 %	75 %
Andel påbörjade patienter som fullföljer interventionen	50 %	44 % som fullföljt 3 månaders uppföljning
Andel remitterter som har kunskap och kännedom om mottagningens funktion	50 %	100 % av alla verksamheter har fått information via intranät, e-post och informationsträffar, se tabell 2
Andel remisser som uppfyller remisskriterierna	75 %	50 %

Två av fem effektmål är till 100 % uppfyllda. Indikatorer, målvärde och resultat finns beskrivna i tabell 1. Andelen remisser som uppfyller remisskriterierna uppgår till 50 %, där den vanligaste orsaken till återremitterade remisser är att den remitterande kliniken inte har genomfört sina återtagande fullt ut och arbetat helt i enlighet med landstingets vårdprogram för sjukdomsförebyggande metoder, vilket har påtalats i remissvaren. En annan orsak till att målet inte är uppfyllt är att det saknas aktuell provtagning eller att avvikande provsvar som exempelvis visat på underfunktion av sköldkörteln inte behandlats av remitterande klinik.

Effektmåttet ”Andel remitterade patienter som bedöms inom 14 dagar” uppfylls inte helt då läkaren tjänstgör endast på 50 % och dessutom inte har fått förutsättningar att utnyttja tjänstgöringsutrymmet fullt ut. Detta har skapat onödiga väntetider.

Effektmåttet ”Andel påbörjade patienter som fullföljer interventionen” är svårt att mäta eftersom det är svårt att avgöra när interventionen är avslutad. Flertalet patienter som påbörjar interventionen på mottagningen har behov av en långsiktig planering med få kontakttillfällen för att vidmakthålla förändrande levnadsvanor. Uppföljning sker vid 3, 6 och 12 månader. Få patienter har hunnit passera alla uppföljningstillfällen under den korta projektperiod som hittills avslöpt. I vissa fall beslutar patienten sig för att avsluta interventionen och i andra fall rekommenderas det av teamet.

Remisskriterier och patientflöde

Remisskriterierna är framtagna av representanter för landstingets olika förvaltningar och levnadsvanemottagningens projektgrupp med utgångspunkt från riktlinjer och vårdprogram. Remisskriterierna har reviderats under projektperioden och justeringar har skett avseende provtagning, patientens egenansvar och åldersgräns. När kriterierna, se bilaga 1, är uppfyllda har patienten kallats till en teambedömning med vidare beslut om eventuell inskrivning. Flertalet patienter har remitterats från Blekingesjukhuset, primärvården och psykiatri. Tandvårdens patienter har remitterats via primärvården eftersom blodprovstagning är ett remisskrav.

Levnadsvanemottagningen har från start fram till 2018-03-30 tagit emot 155 remisser, varav 99 patienter (70 % kvinnor) erbjudits stöd till förändring. Övriga remisser har skickats åter då beslutade kriterier inte varit uppfyllda. Den remitterande kliniken ska ha identifierat två eller flera ohälsosamma levnadsvanor och försök till åtgärd ska ha gjorts innan remittering. De återsända remisserna ger remitterande klinker en fingervisning om att öka sitt fokus på levnadsvanorna i eget arbete och följsamheten till vårdprogrammet för sjukdomsförebyggande metoder. Viktreduktion har varit orsak till remittering av flertalet patienter men även fokus på tobak och alkoholbruk har förekommit. Patienterna har genererat 823 individuella och/eller gruppbesök beroende på behov. Telefonkontakt har förekommit mycket ofta, men registreras inte och därför saknas data om antal samtal.

Totalt har 27 patienter valt att avbryta behandlingen varav nästan hälften på grund av olika sjukdomstillstånd. Orsak till avslut varierar och anledningen kan exempelvis vara att patienten är för sjuk i sin grundsjukdom (exempelvis ätstörning eller depression) för att tillgodogöra sig behandlingen. Tre patienter har valt att avsluta behandling och istället göra en gastric bypass operation.

Mottagningens verksamhet riktar sig till patienter som redan visar sjukdom och en kraftigt ökad risk att bli ännu sjukare. Det önskvärda är att nå patienten i ett så tidigt skede som möjligt för att förebygga sjukdom och ohälsa. Detta ställer krav på att hela Landstinget Blekinge arbetar aktivt med att förbygga sjukdom genom förbättrade levnadsvanor. Många remisser återremitteras eftersom remisskriterierna inte är uppfyllda när det gäller tidigare försök till åtgärd. Landstingets vårdprogram för levnadsvanor beskriver processen för patienters väg genom vården, men varje vårdinrättning behöver upprätta lokala processer för att patientens behov ska tillgodoses innan remittering till levnadsvanemottagningen sker

En del klinker väljer att remittera patienten till levnadsvanemottagningen utan att invänta och analysera tagna prover, vilket innebär att patienten kan ha en åkomma som behöver behandlas av remitterande klinik innan remiss skickas.

Beskrivning av verksamheten

Kompetens

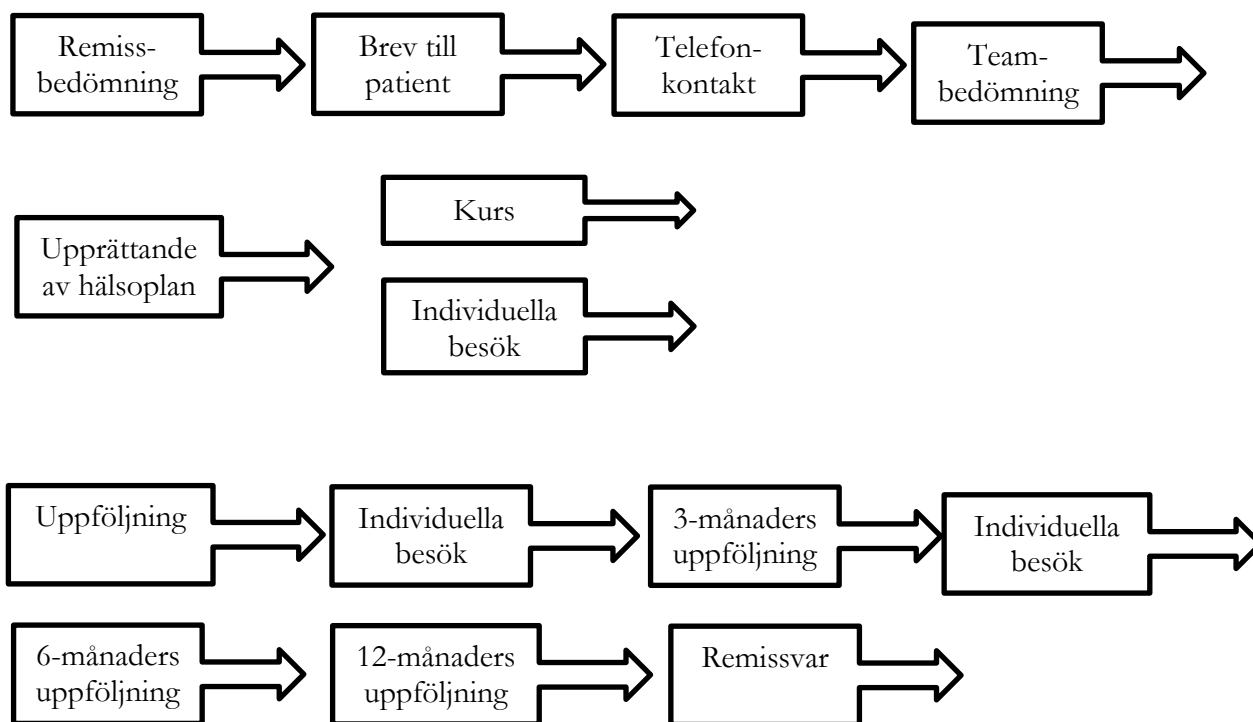
Det finns arbetsbeskrivningar framtagna för mottagningens respektive personalkategorier. Mottagningen har bemannats med läkare 50 %, sjuksköterska 100 %, dietist 100 %, sjukgymnast 50 % och medicinsk sekreterare 50 %. Läkartiden har inte använts fullt ut eftersom det råder brist på kardiologer i landstinget. Den medicinska sekreteraresursen har bara kunnat användas till 40 % under sommarhalvåret på grund av personalbrist. De outnyttjade personalresurserna har blivit märkbara då arbete lagts på hög och därmed utgjort en patientsäkerhetsrisk.

All personal har sin grundanställning på Thoraxcentrum förutom sjukgymnast och dietist med grundanställning på Rehabiliteringskliniken. En arbetsterapeut har varit involverad i mottagningens kursverksamhet "Balans i livet" med information om rutiner kring det dagliga livets aktiviteter. Ingen kurator eller profession med beteendevetarkompetens har varit kopplad till mottagningen. Teamet har vid två tillfällen fått handledning av en utomstående beteendevetarresurs i syfte att reflektera över frågor som rör arbetets innehåll och speciella villkor. Det finns ett uttalat behov av en beteendevetarkompetens i form av en kurator eller psykolog, då de flesta patienter uttrycker känslor av oro och dålig självkänsla. Teamet är styrkan i verksamheten och teamet skulle bli komplett om även en beteendevetarkompetens ingick, något som både team, patienter och andra medarbetare har påtalat.

För att ytterligare höja kompetensen på mottagningen är det önskvärt att teamet ges möjlighet till en KBT-utbildning (kognitiv beteendeterapi) som är en utbildning i teoribaserad samtalsmetodik. I Skåne har ett team likt det på levnadsvanemottagningen använt sig av utbildningen.

Arbetsrutiner

Teamet har fortlöpande tagit fram arbetsrutiner och material till verksamheten för att utveckla en personcentrerad process, se figur 1. Mottagningen erbjuder stöd i form av individuella och gruppbesök utifrån de behov som har identifierats initialt och vid fortlöpande uppföljning. Den individuella interventionen har bestått av besök som bokats hos den profession som har hand om den levnadsvana som patienten har velat förändra. Eftersom remisskriterierna har krävt att patienten visat problem med minst två levnadsvanor har det ofta blivit att mer än en ur personalen haft kontakt med patienten. Hur ofta de individuella besöken har skett har bestämts utifrån behov. Vid behandlingsstart har det varit täta kontakter via besök och/eller telefonsamtal. Med tiden har frekvensen av kontakter minskat, men patienten har under hela interventionen fått fortsatt stöd från mottagningen genom motiverande samtal och avstämning av aktuell situation under minst ett års tid. För att ytterligare öka möjligheten att stötta patientens levnadsvaneförändring är det önskvärt att i framtiden använda sig av en SMS-funktion som en kompletterande kontaktväg.



Figur 1. Patientens väg genom mottagningens intervention.

Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och ansvarar för remissbedömning som skett tillsammans med det övriga teamet (sjuksköterska, sjukgymnast, dietist och medicinsk sekreterare). Läkaren har även ansvar för provtagning och skrivning av remissvar. Läkaren träffar inte alla patienter, men gör ett antal första bedömningsbesök och träffar patienter när teamet anser att det finns behov av en läkares bedömning. Läkaren rondar kontinuerligt deltagande patienter tillsammans med övriga teamet och ansvarar för förebyggande sjukskrivning i samband med deltagande i mottagningens kursverksamhet.

Sjuksköterskan har en samordnande funktion och träffar patienten vid första besöket på levnadsvanemottagningen och gör tillsammans med patienten en kartläggning av patientens livssituation. Frågor ställs kring mediciner, social situation/nätverk, sysselsättning, levnadsvanor och intressen.

Sjuksköterskan utför provtagning och fysiologiska kontrollvariabler på alla deltagare såsom vikt, längd, BMI, bukhöjd, midjemått och blodtryck. Vid identifierat riskbruk av alkohol och tobak planeras individuell uppföljning.

Sjukgymnasten träffar patienten initialt för bedömning och anamnes med fokus på patientens erfarenhet av och aktuell fysisk aktivitetsnivå. Initialt genomförs konditionstest i form av ett arbetsprov, 6 minuters gångtest och test av antal uppresningar som patienten kan göra på en minut. Patienten erbjuds att skriva aktivitetsdagbok och FaR (Fysisk aktivitet på Recept) ordinerar vid behov. Vidare har träning i grupp erbjudits i form av styrke-, cirkel och/eller bassängträning (1-2 gånger/vecka). Då flertalet patienter söker mottagningen för viktreducering har den budgeterade sjukgymnastresursen på 50 % inte varit tillräcklig. Om verksamheten ska permanentas vore en heltidstjänst för sjukgymnastresursen vara mer realistiskt utifrån patienternas behov.

Dietisten träffar patienten initialt för bedömning med fokus på en kostanamnes. Vid besöket har lämplig kosthållning, användbara verktyg och strategier diskuterats och i vissa fall blir det aktuellt med ifyllande av en matdagbok. Alla patienter lär sig att göra medvetna livsmedelsval och på olika sätt minska sina energiintag. Som ett komplement väljer en del att, under en begränsad tid, använda en åtstramad kalori restriktion på 1000–1500 kilokalorier, vilken har sin utgångspunkt i vanlig mat och näringsvärdesberäknade måltidsrecept. Hos dietisten coachas och motiveras patienten i sin matvaneförändring. Under en period har en extra dietistresurs varit knuten till mottagningen som avlastning då ordinarie dietist haft semester och varit tjänstledig. Den vikarierande dietistresursen arbetar vanligtvis på Karolinska Universitetssjukhusets överviktsenhet och har därmed bidragit till ett erfarenhetsutbyte. Generellt är det få dietister anställda i Landstinget Blekinge vilket medför att teamets dietist är mycket efterfrågad av andra verksamheter i undervisningssammahang, exempelvis när det gäller hjärtskola och som stöd till primärvårdsverksamheterna som helt saknar dietistkompetens.

Den medicinska sekreteraren har arbetat med administrativa uppgifter såsom utskrift av diktat, brev, intyg och journaldiktat. Vidare har det ingått att ansvara för receptionsarbete, svara i telefon, förrådsbeställning, post- och fakturahantering. All insamlad patientdata har sammanställts av den medicinska sekreteraren för att göra data tillgänglig för uppföljning och framtida forskning.

Regelbundna teamträffar har skett efter att teamets medlemmar har träffat patienten. En skriftlig hälsoplan med delmål har upprättats gemensamt av patient och team då resultat från inskrivningen har utvärderats och delgetts, se figur 2. Utifrån behov och förutsättningar har en gruppintervention eller individuella träffar planerats. De individuella besöken har bokats till respektive teammedlem efter behov, då hälsoplanen fortlöpande uppdaterats och individuellt anpassade strategier och träningsprogram utprovats och följts upp. All provtagning och alla tester har upprepats efter 3, 6 och 12 månader. Hela teamet är involverat i uppföljning av hälsoplan, gruppinterventioner och coaching via telefonsamtal, team- och individuella besök samt vid 3-, 6- och 12-månadersuppföljning.

Gruppinterventionen har bestått av en nio veckors kurs kallad ”Balans i Livet Ta hälsokörkort och tanka för livet”. Kursen har varit fördelad på tre heldagar och tre halvdagar, med teoretiska och praktiska inslag då patienten tar del av insatser med fokus på kost, motion, alkohol, tobak, stress, sömn, och aktivitetsbalans.

I syfte att optimera mottagningens insats har informationsträffar till anhöriga anordnats. Detta för att stärka det sociala stödet på hemmaplan för patienterna. Förutom patientarbete har teamets uppgift varit att delta vid landstingsinterna sammankomster och möten för att sprida kunskap om mottagningens arbete. Vidare har syftet varit att verka som goda förebilder, inspirera och stötta samtliga förvaltningsars arbete med levnadsvanor.

Mål/vision	Tidplan	Strategi	Hinder	Framgångsmått %	Åtgärd	Resultat
Vad vill jag förändra?	När? Var? Hur?	Hur ska jag göra för att lyckas?	Vad kan försvåra att jag lyckas?	Chans att jag lyckas	Ansvarig	Hur gick det? Vad blev bra/mindre bra? varför.

Figur 2. Hälsoplanens struktur.

Datainsamling

Alla insatser har dokumenterats och visst dokumentationsstöd har varit tillgängligt i NCS Cross vårdssystem under sökordet levnadsvanor. All uppföljning har skett genom data från journalsystemet NCS Cross och Blues (QlikView) samt från manuell registrering av data från undersökningar och enkäter gjorda initialt och vid 3-, 6- och 12-månaders uppföljning. Vid inskrivning till mottagningen har deltagarna besvarat frågor gällande utbildningsnivå, sysselsättning, sjukdagar, stress, sömn, hot/våld, tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat. Vidare har deltagarna skattat sin hälsa och välmående med hjälp av en validerad hälsoenkät (EQ5D) och fysiologiska mått har samlats in.

Manuell registrering av patientdata sker och tar mycket tid i anspråk eftersom journaldokumentationen inte stödjer behoven fullt ut. Dokumentationen används till patientuppföljning och verksamhetsutveckling. För långtidsuppföljning och framtida forskning kommer det fortsättningsvis även att finnas behov ett utökad dokumentationsstöd.

Provtagning

De prover som ingår i remisskriterierna är blodvärde, blodsocker, långtidssockerprov, sköldkörtelprov och fullständigt blodfettstatus. Vid alkoholrelaterade besvär tas även leverprover. Revidering av provtagningskriterier har skett under projektets gång. Under pågående behandling på levnadsvanemottagningen har ett antal prover tagits för att bedriva säker vård, exempelvis färska leverprover, salter och blodfetter. Den medicinska kompetensen är viktig för monitorering av fysiska värden för att motverka eventuella komplikationer under den viktnedgång som många patienter genomgår. Provtagning bör också kunna upprepas vid behov och vid 3- 6- och 12-månadersuppföljning.

Mottagningens stöd till övrig verksamhet

För att utvärdera övriga verksamheters upplevelse av levnadsvanemottagningen har en enkät skickats ut via e-post till alla verksamhets- och avdelningschefer med begäran om att sprida den i organisationen. Det är 99 medarbetare från alla förvaltningar som har besvarat frågorna (38 sjuksköterskor, 17 chefer, 10 läkare, 7 fysioterapeuter, 3 tandläkare, 3 arbetsterapeuter och 1 psykolog). Av de svarande uppger 55 % att levnadsvanemottagningen har fungerat som ett stöd i det dagliga arbetet. Övriga uppger att de inte är i behov av stöd från mottagningen. I tabell 2 återges den procentuella fördelningen av övriga enkätsvar.

Tabell 2. Svar på uppföljningsenkät om levnadsvanemottagningen

Fråga	Ja, Helt/delvis	Nej, inte alls	Ej behov/ ej relevant
Arbetar du aktivt med levnadsvanefrågor?	86 %	14 %	
Har du blivit informerad om mottagningen?	87 %	13 %	
Känner du till verksamheten?	82 %	17 %	1 %
Känner du till hur man kontaktar mottagningen?	52 %	48 %	
Har du kontaktat eller remitterat till mottagningen?	25 %	75 %	
Fungerar den som stöd för din verksamhet?	29 %	47 %	24 %
Fyller mottagningen en funktion för dina patienter?	42 %	26 %	32 %

Av de medarbetare som uppger att de har behov av mottagningen, upplever två tredjedelar att verksamheten fungerar som ett stöd för patienterna. Landstingets alla verksamheter har visat ett behov av stöttning genom de förfrågningar som kommit om att medverka vid arbetsplatsträffar och medverka vid gemensamma patientbesök vid andra kliniker. Det finns dock utvecklingspotential för att mottagningen ska bli ett ännu större stöd till landstingets övriga verksamheter.

Spontan återkoppling har skett från medarbetare under året. En sjukgymnast skickade följande kommentar till mottagningen:

”Jag har haft uppföljning med en patient som verkligen har haft framgång med remitteringen till levnadsvanemottagningen. Han har fått fin stöttning vilket han uppskattat mycket. Hans viktning är 20 kg och sockervärdet ligger nu perfekt. Det var så roligt att träffa honom då han nu känner sig piggare och gladare. Att få hjälp av hela teamet behövs i de flesta fall. Jag hade innan remittering träffat honom ett helt år utan resultat.”

3 Behandlingsresultat

I detta kapitel beskriver vi mottagningens målgrupp och information som rör patienters behandlingsresultat.

Sammanfattande behandlingsresultat

Flertalet patienter har sökt levnadsvanemottagningen för att få hjälp med sin övervikt, sitt förhållningssätt till mat och sin fysiska inaktivitet. Behandlingsresultaten är goda vad det gäller fysiskt och psykiskt välmående. I takt med att patienter visar förbättrade värden på blodprov, viktning och tester har även positiva sidoeffekter visat sig i form av förbättrade symptom av psoriasis och ledvärk. Resultatet visar signifikanta förbättringar av BMI, buk fett, bukomfång, HDL – kolesterol, LDL/HDL kvot och en vinst av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY).

Mottagningens målgrupp

Patienterna som besökt mottagningen är en utsatt grupp av övervägande kvinnor som har en eller flera diagnoser. Många är ensamstående med enbart en gymnasial utbildning. Flera har perioder av långa sjukskrivningar med fler sjukskrivningsdagar än genomsnittsinvånaren i Blekinge.

Levnadsvanor

I stort sett alla patienter har haft behov av stöd när det gäller att äta hälsosamt och att öka den fysiska aktiviteten. Riskbruk av alkohol har vid några tillfällen konstaterats och 20 % av patienter

terna har rökt eller snusat vilket är en högre andel än bland befolkningen generellt (9-11 %). Patienterna har fått stöd i sin tobakssavvänjning och flera har lyckats att sluta röka och snusa.

Psykisk hälsa

Flera patienter har varit eller är sjukskrivna på grund av utmattningssyndrom och behandlas med antidepressiv medicinering. Många vittnar om mobbing och trakasserier både som barn och som vuxen, vilket resulterat i en dålig självkänsla. Stress har också varit en känsla som många patienter beskrivit och som påverkat möjligheterna till en hälsosam livsstil. Flera av de kvinnliga patienterna har en mångfacetterad symptomprofil, där övervikten kan vara ett tecken på en dålig självbild orsakad av sexuella övergrepp. Sömnsvårigheter är vanligt, med snarkningsproblem och användning av CPAP (Continuous Positive Airway Pressure,) som är ett andningshjälpmedel.

Många patienter beskriver oro (82 %) och smärta (95 %), vilket påverkar orken att förändra sina levnadsvanor. Vid 6-månadersuppföljningen hade antalet patienter som upplevde oro minskat till 67 % och minskad smärta till 81 %. Upplevelsen av hälsotillståndet hade förbättrats hos 75 % av patienterna från första besöket jämfört med vid 6-månadersuppföljningen. Flertalet patienter beskriver också en förbättrad självkänsla och en upplevelse av att bli sedd och tagen på allvar av teamet på levnadsvanemottagningen.

Fysiska test, mätningar och provtagning

Flertalet (99 %) av patienterna hade vid inskrivning ett BMI på över 30. BMI-medelvärdet för alla patienterna ligger på över 40, vilket visar på en allvarlig fetma (gräns för fetma ≥ 35 , gräns för allvarlig fetma ≥ 40). Majoriteten (85 %) visade ett förbättrat BMI vid 3- och 6-månadersuppföljningen. Den sammanlagda genomsnittliga förbättringen av BMI var 5 % under perioden, en förbättring som kvarstod för de patienter som varit på 1-årsuppföljning.

Vid inskrivning visade samtliga patienter en bukhöjd över riskvärdet (22 cm för män och 20 cm för kvinnor). 70 % av patienterna visade en minskad bukhöjd vid 3- och 6-månadersuppföljningen där medelvärdet för bukhöjden minskat med 1,5 cm vid 6 månaders uppföljning.

Hälften av alla patienter visar vid uppföljning förbättrade blodfetter, blodsocker och kolesterolvärde. Utav dessa patienter är det 10–20 % som visar förbättringar till normala värden. Två av patienterna var dagligrökare men har under tiden slutat att röka. Fem av sju patienter som beskriver ett intag av alkohol har trappat ner på konsumtionen och har inget riskbruk av alkohol. Mer än hälften (60 %) visar ett förbättrat kostindex. I tabell 3 redovisas flertalet hälsorelaterade riskfaktorer.

Den noggranna anamnes och de undersökningsrutiner som teamet använder sig av har medfört att flera patienter har diagnosticerats med åkommor som tidigare inte uppmärksammats, såsom flera fall av familjär hyperkolesterolemi (FH), lipödem och Ehler Danlos syndrom.

Flertalet patienter söker för en viktproblematik, men ibland framkommer vid noggrann anamnes även ett riskbruk av alkohol. Oftast är det inte ett problem man söker för, kanske för att man aldrig tidigare varit i ett forum där man känner sig trygg att prata om och få hjälp med sina problem. En framgångsfaktor kan vara att patienterna upplever att de blivit sedda som människor och inte som överviktiga.

Sju patienter hittills har valt att delta i mottagningens intervention istället för att välja en GBP-operation. Några patienter har remitterats till mottagningen efter att ha opererats både en och två gånger med en GBP-operation, eftersom det saknas beteendeförändringsstöd i samband med kirurgin.

Andra effekter har varit att patientens hälsomedvetenhet har spridit sig som ringar på vattnet till familj och vänner som också anammat förbättrade levnadsvanor.

Förbättringar i riskfaktorer

I Tabell 3 presenteras förändringar i riskfaktorer som har ett samband med ett antal folksjukdomar, såsom; hjärtkärl-sjukdomar, stroke, diabetes med komplikationer och olika cancerdiagnoser. Signifikanser testades med hjälp av "paired sample t-test" i SPSS när vi jämförde förändringar under 6 månader.

Tabell 3. Förändringar i hälsorelaterade riskfaktorer under 6 månader.

Risikfaktor	Besök	Alla	p-värde	Män	p-värde	Kvinnor	p-värde
BMI	1:a besök	40,7		42,6		39,1	
	6 mån	38,7		39,9		37,6	
	Differens	-2,0	0,017	-2,7	0,137	-1,5	<0
Bukhöjd	1:a besök	30,3		32,9		28,0	
	6 mån	28,6		30,8		26,7	
	Differens	-1,7	0,012	-2,1	0,136	-1,3	0,001
Midjemått	1:a besök	124		132		117	
	6 mån	118		124		113	
	Differens	-6,1	<0	-7,8	0,016	-4,5	0,001
Systoliskt	1:a besök	134		136		132	
Blodtryck	6 mån	130		130		130	
	Differens	-3,6	0,217	-6,0	0,206	-1,1	0,758
Diastoliskt	1:a besök	80		83		77	
blodtryck	6 mån	79		80	0,271	79	
	Differens	-0,5	0,767	-3,5		2,4	0,220
FasteP-glukos	1:a besök	6,7		8,1		5,8	
(fastebloodsocker)	6 mån	7,3		7,7		7,0	
	Differens	0,6	0,402	-0,4	0,295	1,3	0,291
HBA1c	1:a besök	44,9		52,3		40,8	
(långtidsbloodsocker)	6 mån	43,7		52,2		39,1	
	Differens	-1,2	0,377	-0,2	0,966	-1,7	0,017
Totalkolesterol	1:a besök	5,2		5,3		5,2	
(blodfetter)	6 mån	4,7		4,9		4,6	
	Differens	-0,5	0,037	-0,4	0,356	-0,6	0,058
HDL-kolesterol	1:a besök	1,2		1,1		1,3	
(det goda)	6 mån	1,3		1,2		1,4	
	Differens	0,1	0,003	0,1	0,021	0,1	0,041
LDL-kolesterol	1:a besök	3,2		3,1		3,3	
(det onda)	6 mån	2,7		2,8		2,7	
	Differens	-0,5	0,045	-0,3	0,626	-0,6	0,050
LDL/HDLkvot	1:a besök	2,8		2,6		2,9	
	6 mån	2,1		2,3		2,0	
	Differens	-0,7	0,008	-0,3	0,512	-0,9	0,011
FasteTriglycerider	1:a besök	2,11		2,9		1,6	
(fastebloodfetter)	6 mån	1,43		1,9		1,1	
	Differens	-0,7	0,100	-1,0	0,350	-0,5	0,013

Feta siffror visar signifikanta förändringar (t-test). Signifikansnivå: $p < 0,05$.

För alla patienter ser vi signifikanta förbättringar i BMI, buk fett, buktomfång, HDL-kolesterol och LDL/HDL-kvot. Män och kvinnor visar liknande tendenser med undantag för bloodsocker och blodfetter som kvinnorna har förbättrat men inte männen.

Tabell 4 är ett exempel på individuella resultat som en enskild patient visat under en 6-månaders period.

Tabell 4. Förbättringsresultat hos en enskild individ

Indikator (normalvärde)	1:a besök	3 månader	6 månader	Procentuell förbättring
Oro (EQ5D)	viss oro	ingen oro	ingen oro	-
Blodtryck (120-80)	135/90	125/82	105/80	-
FasteP-glukos (<6)	4,9	-	4,8	2 %
Vardagsaktiviteter	klarar inte	vissa problem	klarar	-
Vardagsmotion (minut/vecka)	0	> 150	> 150	-
Uppresning från stol (gångar/min)	12	22	32	167 %
6 minuters gångtest (meter/6min)	225	550	650	189 %
Kostindex (9-12=bra)	1	12	12	-
Vikt (kilo)	159,2	127,6	110,8	30 %

Förutom ovanstående resultat upplever patienten att hälsotillståndet har förbättrats från 50 till 85 mätt med VAS-skala (Visuell Analog Skala) där bästa tänkbara hälsotillstånd markeras med 100 och sämsta tänkbara hälsotillstånd är 0. Vidare är patienten efter 6 månader helt självständig i dagliga aktiviteter såsom hygien, på- och avklädning. Den vunna mobiliteten och rörelseförmågan har resulterat i en 100-procentig arbetsförmåga från att tidigare ha varit helt sjukskriven.

Patientupplevelser

Många patienter upplever att de för första gången blir bemötta med respekt och tagna på allvar när de kommer till levnadsvanemottagningen. En levnadsvaneförändring är aldrig lätt att genomföra och om det finns flera vanor att förändra och man samtidigt är drabbad av sjukdom är det än svårare. En av mottagningens patienter skickade ett mail till mottagningen där hon uttryckte följande:

”Teamet gör ett fantastiskt arbete. Det är tusen gånger bättre att gå denna kurs än att exempelvis göra en gastric by pass. Det man behöver jobba med det sitter i hjärnan, vad man gör för val i vardagen när det gäller både kost och motion med mera. Det är en process som tar tid och det är ingen quick fix. Det måste få ta tid. Jag berättar gärna för dem som bestämmer hur oerhört bra mottagningen är.”

Vidare har denna patient blivit diagnosticerad på levnadsvanemottagningen med ärftligt förhöjda blodfetter som tidigare inte uppmärksammats eller behandlats i vården trots flera års primärvårdskontakter.

En annan patient uttrycker sina intryck av levnadsvanemottagningen på följande vis:

”Mycket i livet handlar om att acceptera sig själv och sin situation. I Karlshamn fick den sidan av mig och som jag skämts över ta plats. Det kändes okej. Jag kunde se mig själv lyckas där jag tidigare misslyckats.”

Ytterligare en patient uttryckte sig på detta vis:

”Jag tror aldrig att jag blivit så väl mottagen i vården som på levnadsvanemottagningen. Med deras stöttning har jag gått ner 14 kg och 14 cm runt midjan och förbättrat konditionen.”

Vidare säger samma patient:

”Vid 1-årskontrollen och sista träffen var jag lite lätt nervös inför mätningar och kontroller men resultaten blev KLART GODKÄNDA. Den största presenten var att jag fick fortsätta hos dem ett år till. Min största fasa har varit att vad ska hända nu? Vem ska jag nu ha kontakt med? Vårdcentralen eller vem?”

Kurs ”Balans i livet”

Nitton patienter har deltagit i mottagningens kursverksamhet ”Balans i livet”. Alla deltagare har varit övervägande positiva till kursens innehåll som varvat fysiska träningspass och teoretiska föreläsningar om levnadsvanor.

En av deltagarna reflekterade över kursen och sa:

”Jag mådde inte så bra inför första kursdagen, det är mycket i livet just nu, men efteråt mådde jag så MYCKET bättre!”

En annan deltagare menade att det var bra att träffa andra i samma situation och uttryckte sig såhär:

”Jättebra att det inte bara handlade om mat och motion utan det vardagliga som är LIVET!”

4 Omvärldsbevakning och forskning

I detta kapitel beskrivs behovet av forskning och vad som pågår i omvärlden.

Forskning på detta område är ytterst begränsad men det finns landsting och regioner som har liknande verksamhet riktad till specifika diagnosgrupper. En del landsting har överviktsenheter och för något år sedan satsade Kalmar län på att höja kompetensen i primärvården vad det gäller det metabola syndromet [5]. Resultat från Kalmar visade att livskvalitet och fysiska mått förbättrades signifikant. Dessutom minskade de samhällsekonomiska kostnaderna såväl som hälso- och sjukvårdskostnaderna. I övrigt saknas det dokumentation om liknande verksamhet och långtidsuppföljning på patienter med levnadsvaneproblematik.

Levnadsvanemottagningen är en chans för Landstinget Blekinge att sticka ut i den förebyggande vården i Sverige med den samlade unika data som finns om arbetssätt och patientresultat. Vi måste diskutera och utveckla processer som innebär långsiktig uppföljning. Det finns även möjlighet att i framtida uppföljningar inhämta läkemedelsdata för att koppla patienters mående till läkemedelsuttag.

Etikansökan är beviljad för kontinuerlig uppföljning och forskning på processer och behandlingsresultat, diarienummer: Dnr 2017/864.

5 Budget och finansiering

Här går att finna utfallet av budgeterade medel tillsammans med en hälsoekonomisk beräkning och de förväntade hälsoeffekterna som projektet åstadkommit.

Under 2016 och 2017 har projektet finansierats med omfördelade medel från landstingets förfo-
gandeanslag på 2 mnkr och 0,5 mnkr från landstingsstyrelsens anslag för folkhälsa.
Budgetutfall för 2017 var 2 024 893 kr, ett mindre utfall än förväntat som till stor del berodde på
outnyttjade personalmedel.

Vid LS i maj 2017 beslutades om en förlängning av projektet till och med 31 december 2018.
Finansiering av projektet beaktades i samband med budgetberedning för 2018 och motsvarande
anslag har avsatts även för 2018.

Oförutsedda utgifter

För att arbeta patientsäkert har kostnad för provtagning tillkommit och beräknas bli ca 50 000
kr/år (500 kr/patient, 100 patienter/år grundat på den kapacitet mottagningen har idag). En an-
nan oförutsedd utgift har varit den utrustning som köpts in för att möta behovet av specialanpas-
sade möbler och utrustning till tunga patienter.

6 Hälsoekonomi

Här följer de beräkningar som är gjorda ur ett hälsoekonomiskt perspektiv och visar
på vinster och projektets kostnadseffektivitet.

Redan idag har sju patienter som remitterats till mottagningen fullföljt den teambaserade vikt-
minskningsinterventionen istället för att genomgå en planerad GBP-operation, en besparing på
698 824 kr (operationskostnad 58 768 kr + kostnad för komplikationer 41 064 kr x 7 grundat på
2015 års kostnad/patient).

Två patienter är nu inte längre diabetiker, en besparing på 25 000 kr/patient/år. Flertalet patien-
ter på mottagningen har ett prediabetiskt tillstånd. Om 90 patienter kan undvika att utveckla dia-
betes skulle det innebära en besparing på drygt 2,2 mnkr/år.

Sex patienter har hittills identifierats med familjär hyperkolesterolemi (FH) och patienter med
extremt förhöjda blodfetter har en kraftigt ökad risk att drabbas av stroke eller hjärtinfarkt. Om
vi förhindrar sex fall av angio PC (ballongvidgning med eller utan infarkt) sparar landstinget 45
000-75 000 kr x 6=270 000-450 000kr Motsvarande besparing för ett fall av coronary bypass är
232 000-259 000 kr x 6=1 392 000kr och dessutom 13 000 kr x 6=78 000kr för varje patients
hjärtrehabilitering (som pågår under 3 månader).

Fler patienter är för närvarande under behandling och kan generera ytterligare besparingar under
året om de fullföljer interventionen.

Hälsoekonomisk analys

Behovet av att tydliggöra beslut kring både vertikala och horisontella alternativ utifrån ekono-
miska begränsningar har blivit alltmer tydligare. Den verktygslåda som hälsoekonomi kan erbjuda
passar väl in i detta sammanhang.

Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser är ibland mer kostnadseffektiva än vårdande
och rehabiliterande insatser. Därför bör hälsoekonomiska utvärderingar finnas med som en del i
beslutsunderlagen för resursfördelning. Beslutsfattare får på så sätt bättre underlag för hur resur-
ser bör fördelas mellan olika insatser och verksamheter för att uppnå hälsopolitiska mål.

Hälsoekonomiska utvärderingar syftar till att analysera vilka av två eller flera alternativa resursan-
vändningar (oftast olika insatser med samma syfte) som är mest kostnadseffektiva. Det gör man

genom att jämföra kostnader och hälsoeffekter av befintliga alternativ. Analysen är inkrementell, dvs. de extra kostnader och hälsoeffekter som en insats ger jämfört med en annan insats eller ”ingen insats” utgör basen för analysen. För att analysen ska vara meningsfull, är det nödvändigt att den insats man vill utvärdera jämförs med det mest relevanta alternativet. Resultatet presenteras i regel som en kvot där de ökande (inkrementella) kostnaderna divideras med den ökande (inkrementella) effekten (ICER).

$$\text{ICER} = (\text{kostnad A} - \text{kostnad B}) / (\text{effekt A} - \text{effekt B})$$

Syftet med hälsoekonomisk analys är att undersöka kostnadseffektiviteten av pilotprojekt ”Levnadsvanemottagning” är att undersöka i jämförelsen med sedvanlig behandling i analysen inkluderas behandlande effekter i form av förbättrad hälsorelaterad livskvalitet och förebyggande effekter i form av minskad risk för framtida sjuklighet i hjärtkärlsjukdom och diabetes.

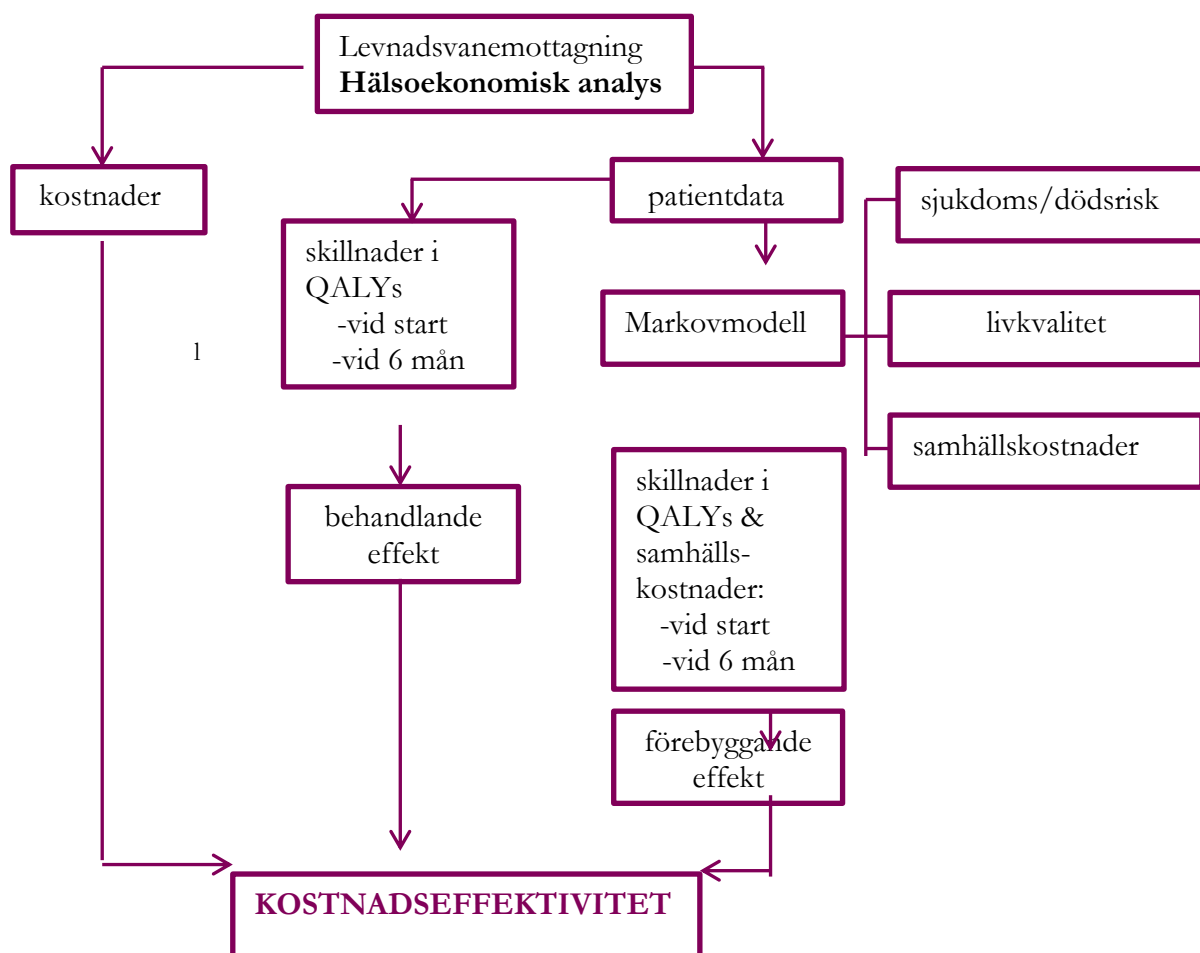
Analysen är genomförd som en före och efter – studie, där data vid projektets start jämförs med data vid 6 månader uppföljning, se figur 3.

Patientdata består av medicinska värden och enkätsvar, bland annat på EQ5D formulär. För analyserna krävs ett antagande om hur länge projektets effekter kan förväntas bestå hos patienterna. Vi antog att patienterna behåller förändringen vid 6 månader i ytterligare ett och halv år, d.v.s. totalt 2 år, varefter effekterna avtar successivt under de följande två åren, så att de återfick ursprungsvärdena, dvs de uppmätta vid starten, under år 5.

Den behandlande effekten beskriver hur livskvaliteten för patienterna förändrades under 6 månader.

Utifrån patientdatas livskvalitetsmätning, baserad på formuläret EQ5D, beräknas QALYs, kvalitetsjusterade levnadsår. Skillnaden i patienternas livskvalitet, mätt i QALYs, mellan start och vid 6 månader utgör den behandlande effekten.

För att beräkna den förebyggande effekten används de medicinska värdena från patientdata Riskfaktorvärdena vid start och vid 6 månader, kombinerat med antagandet om varaktigheten, används därefter för att skatta den framtida sjukligheten och dess konsekvenser i en Markovmodell. Modellen använder tidigare publicerade studier och svenska registerdata för att skatta riskgruppernas framtida insjuknande och dödlighet i diabetes och hjärtkärlsjukdom inklusive stroke, genom Sjukdoms- och dödsrisker. Den skattade framtida sjukligheten påverkar samhällskostnader och livskvalitet. Modellen skattar samhällskostnaderna och livskvaliteteten mätt i QALYs vid start och vid 6 månader, och skillnaderna antas utgöra den förebyggande effekten av projektet.



Figur 3. Studiedesign för hälsoekonomisk analys

För att beräkna den förebyggande effekten används de medicinska värdena från patientdata Riskfaktorvärdena vid start och vid 6 månader, kombinerat med antagandet om varaktigheten, används därefter för att skatta den framtida sjukligheten och dess konsekvenser i en Markovmodell. Modellen använder tidigare publicerade studier och svenska registerdata för att skatta riskgruppernas framtida insjuknande och dödlighet i diabetes och hjärtkärlsjukdom inklusive stroke, genom Sjukdoms- och dödsrisker. Den skattade framtida sjukligheten påverkar samhällskostnader och livskvalitet. Modellen skattar samhällskostnaderna och livskvaliteteten mätt i QALYs vid start och vid 6 månader, och skillnaderna antas utgöra den förebyggande effekten av projektet.

Analysen baseras på 21 patienter, 10 män och 11 kvinnor.

Den behandlade effekten

Hälsorelaterad livskvalitet – hälsovinst i kvalitetsjusterade levnadsår

QALY kombinerar kvalitet och kvantitet i ett och samma mått. Det är ett standardiserat mått skapat för att på ett numeriskt sätt beskriva en individs hälsorelaterade livskvalitet och antal år i livet med den livskvaliteten. QALY beräknas genom att multiplicera antal år med den hälsorelaterade livskvaliteten som skattas mellan 1 = *optimal hälsa* och 0 = *död*. Ett år i perfekt hälsotillstånd är således 1 QALY, medan 6 månader i samma tillstånd ger 0,5 QALY, och 1 år med nedsatt hälsa som skattats till 0,8 ger 0,8 QALY [6,7]. Med hjälp av QALYs kan man exempelvis beräkna en sjukvårdsinsats värde i termer av reducerad sjuklighet (livskvalitet) och minskad dödlighet (an-

tal vunna levnadsår) [8]. Differens i livskvalitet mellan de två punkterna används för att beräkna vunna kvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life years, QALY) [6,7].

Vi beräknade hälsorelaterade livskvalitetsindex (EQ5D-index) för varje patient vid första besöket och vid 6 månaders besöket, baserat på patienternas svar på EQ-5D formuläret vid respektive besökstillfälle. Medelvärde för alla patienter vid respektive mättillfälle presenteras i diagram 1 och könsuppdelad utveckling av hälsorelaterad livskvalitet presenteras i diagram 2.

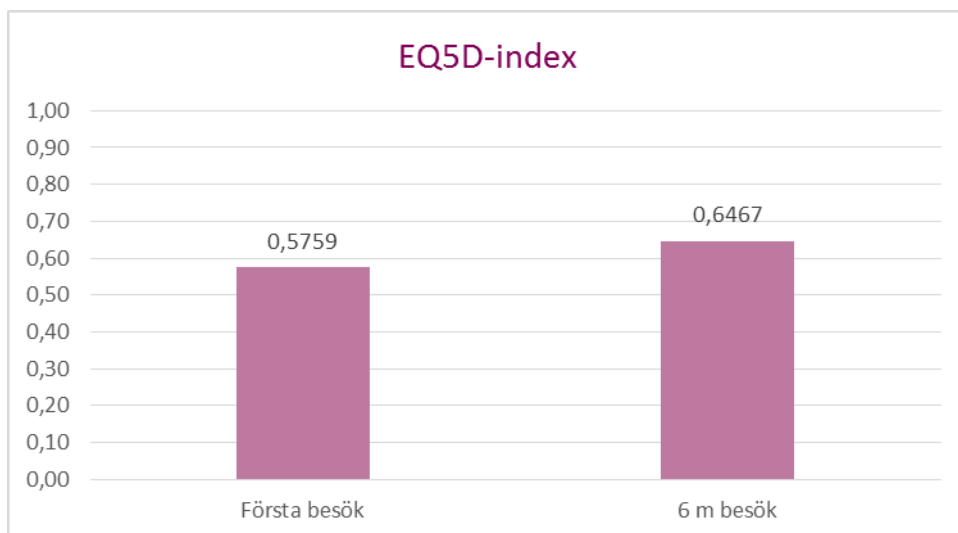


Diagram 1. Positiva förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet. Alla patienter, 6 månaders uppföljning

Hälsorelaterad livskvalitet på befolkningsnivå i åldern mellan 20 – 69 år skattas som 0,8 i genomsnitt, 0,82 för män och 0,78 för kvinnor i Sverige. Detta innebär att levnadsvanemottagningens patienter har skattat livskvaliteten mycket lägre än en slumpmässig person i Sverige.

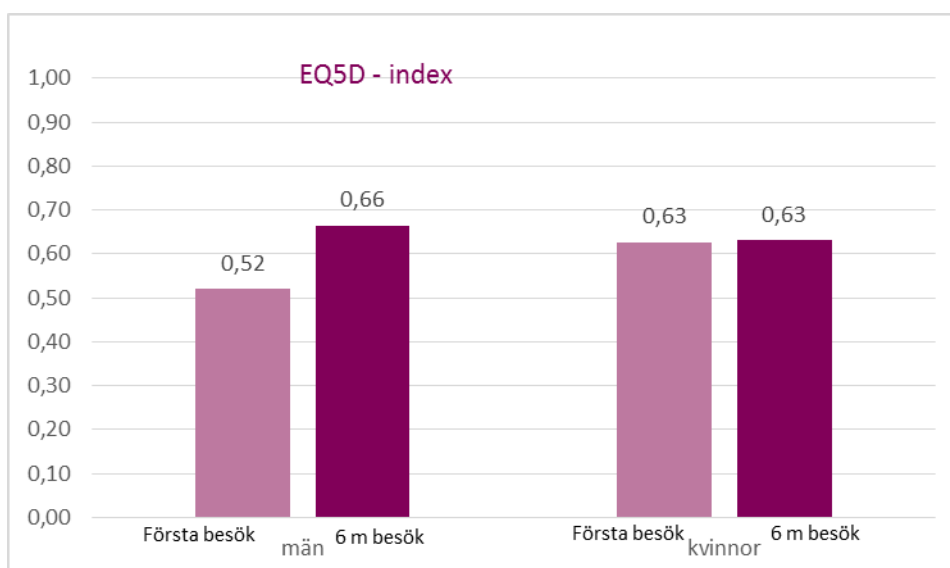


Diagram 2. Positiva förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet. Män och kvinnor, 6 månaders uppföljning

Resultaten visar att differensen i livskvalitet är $(0,6457-0,5759)=0,071$. Med hänsyn till att uppföljningstiden är 6 månader (0,5 år), räknar vi vinst i QALY som $=0,071*0,5=0,004$ QALY, se diagram 3.

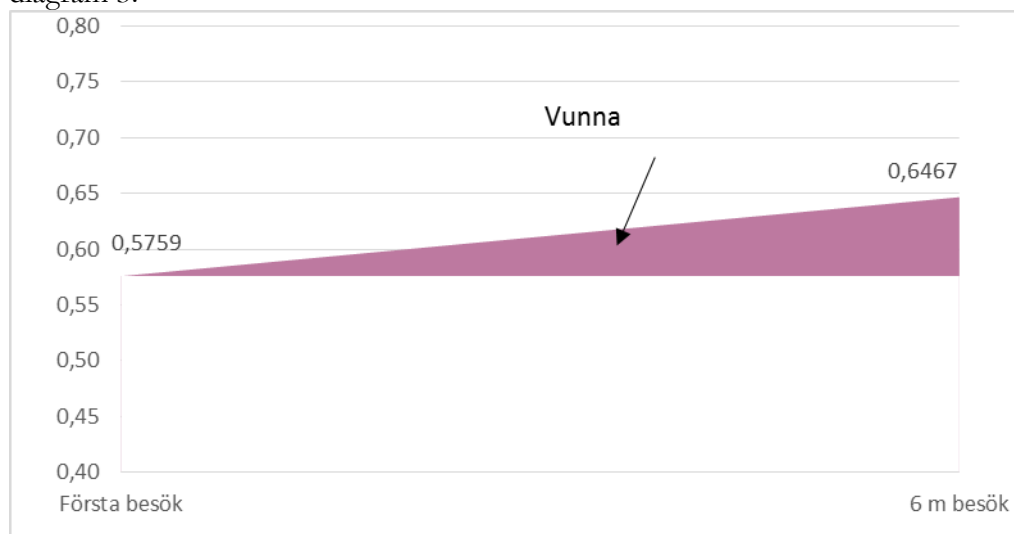


Diagram 3. Hälsovinst i QALYs, alla patienter, 6månaders uppföljning

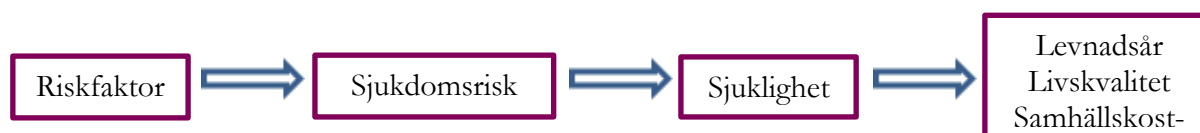
Det är värt att notera, att det största bidraget till hela hälsovinsten i QALYs är från manliga deltagare, eftersom livskvalitet bland männen har ökat från 0,52 vid start till 0,66 vid 6månaders uppföljningen, dvs med $(0,66-0,52)*0,5=0,007$ QALY/patient. Detta är inte konstigt eftersom männen bedömde sin livskvalitet mycket sämre än kvinnorna vid första besöket och därmed hade större potential att förbättras.

Den förebyggande effekten

Förändringar i riskfaktorer redovisas under rubriken Behandlingsresultat- förbättringar i riskfaktorer.

Hälsoekonomisk modell-Markov modell

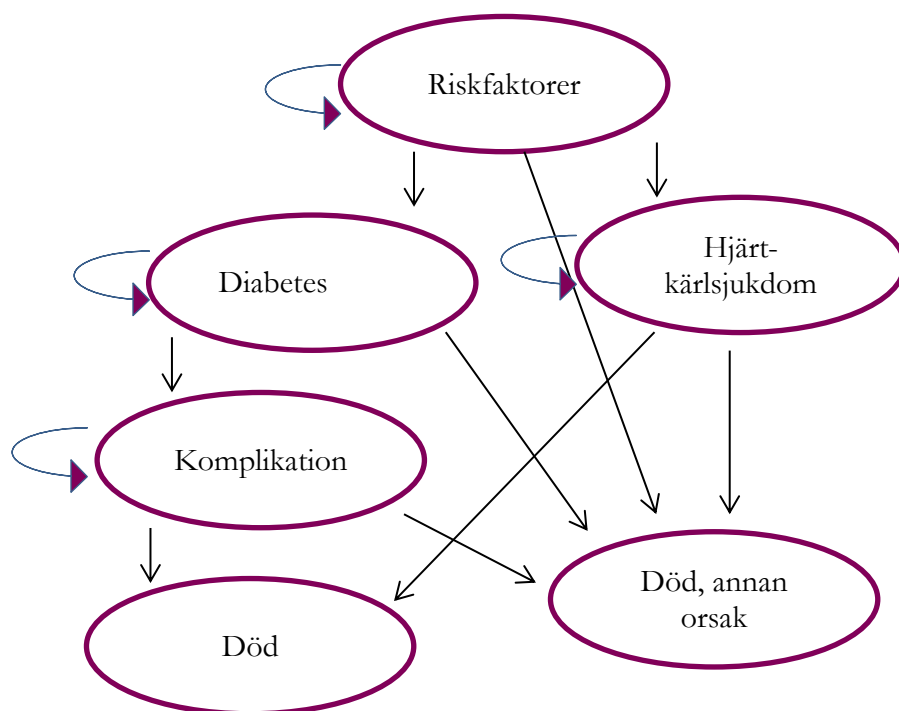
I framtiden kommer minskade riskfaktorer definitivt att leda till en minskad sjuklighet och en ökning i hälsorelaterad livskvalitet. Därför kan uppföljning vid 6 månader betraktas som ett tecken på behandlings effekt men mycket mer som en förebyggande effekt. I nästa steg kan den förebyggande effekten användas i en skattning av hur de framtida kostnaderna och hälsoeffekterna förändras på grund av insatsen. Denna skattning genomförs i en så kallad Markov-modell, se figur 4, som innehåller data om risker, kostnader och livskvalitet



Figur 4. Skattning av förebyggande effekt i Markov-modell.

Markov-modellen inkluderar de vanligaste sjukdomarna till följd av förhöjda risker; hjärtkärlsjukdom inklusive stroke och diabetes typ 2 och komplikationer såsom perifera cirkulationsrubbingar, njursvikt, synned sättning och bensår se figur 5. Till varje hälsotillstånd är sjukdomsspecifika kostnader och hälsoeffekter (mätta i QALYs) kopplade. Risken att drabbas av sjukdomarna beror på ett antal riskfaktorer som redovisas i tabell 3.

Samhällskostnader består av hälso- och sjukvårdskostnader, produktionsbortfall, kommunala och patientkostnader.



Figur 5. Förhöjda riskfaktorer i Markov-modell.

Modellen skattar utfallet för en individ, givet ålder, kön och riskfaktornivåer, som hämtas från värdena vid start och vid uppföljning. Skattningarna pågår tills individen når 85 år eller dör. En simulering består av ett stort antal individuella skattningar, genom stokastiskt urval för de specificerade individ-värdena. Utfallet i sjuklighet, dödlighet, sjukdomskostnader och QALYs jämförs därefter utanför modellen.

Förbättrad hälsa och minskade samhällskostnader

De minskade riskfaktorvärdena för levnadsvanemottagningens patienter under projektåret leder enligt Markov-modellens skattningar till något minskade samhällskostnader och något förbättrad hälsa, mätt i vunna QALY före 85 års ålder, se tabell 5.

Tabell 5. Minskade samhälls- och hälso- och sjukvårdskostnader under projekttiden

Kön (n)	Ålder (m)	QALY			Samhällskostnader (kr)			Hälso- och sjukvårdskostnader (kr)		
		start	6mån	diff	Start	6 mån	diff	start	6mån	diff
Män(10)	47	10,63	11,17	0,54	815 656	811 025	-4 631	481 941	478 360	-3 581
Kvinnor (11)	44	13,04	13,30	0,26	895 422	892 182	-3 240	524 532	522 252	-2 280

Per deltagare i studien är vinsten 0,4 QALY, 0,54 för män och 0,26 för kvinnor. De totala framtida samhällskostnaderna fördelat per patient beräknas minska med ca 4 000kr med en variation mellan män och kvinnor från 4 631 kr till 3 240 kr, medan hälso- och sjukvårdskostnaderna beräknas minska med ca 3 000 kronor per patient. De positiva effekterna tycks vara större för män än för kvinnor. Patienterna som deltog i projektet har dock fortfarande en hög risk för sjukdomar.

Kostnadseffektivitetsanalys

Kostnader för interventionen var 22 000 SEK/patient. Netto kostnader, dvs interventionskostnader minus besparingar, jämföras med hälsovinst i QALY/patient. Uppföljning vid 6 månader visar vinst i QALY som 0,004/patient. Modellskattningar bedömer hälsovinst under kommande år som 0,4 QALY/patient samt möjliga samhällsbesparingar på grund av minskad sjuklighet.

När vi samlar ihop kostnader och besparingar samt de totala hälsovinster kan vi bedöma insatsens kostnadseffektivitet, se tabell 6.

Tabell 6. Kostnader, effekter och kostnaden per vunnet QALY per deltagare i projektet

	Kostnader (kr)	Besparingar (kr)	Kostnader (kr)	QALY	Kostnad/QALY (kr)
samhällsperspektiv	22 000	-4 580	17 420	0,404	43 119
Hälso-och sjukvårdsperspektiv	22 000	-2 900	19 100	0,404	47 277

Kostnaden per vunnet QALY har beräknats uppgå till 43 119 kr, vilket är mycket kostnadseffektivt enligt Socialstyrelsens rekommendationer.

Inkrementell kostnad per vunnet QALY betraktas som mycket låg enligt Socialstyrelsens rekommendationer, se tabell 6.

Tabell 6. Kostnadseffektivitetsgradering, enligt Socialstyrelsen

Kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY)	
Låg	Under 100 000 kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Måttlig	100 000kr- 499 999kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Hög	500 000kr- 1000 000kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Mycket hög	Över 1 000 000kr per QALY alternativt vunnet levnadsår

7 Diskussion

I kapitlet diskuteras betydelsen av behandlingsresultat och verksamhetsutveckling.

Ett av landstinget uppdrag är att förebygga hälsa och att verka för ökad jämlikhet. Vi vet dock att hälsan inte är jämnt fördelad, vilket bland annat bottnar i olika ohälsosamma levnadsvanor[9]. Det hälsofrämjande arbetet innebär att mötet mellan patient och vårdgivare ska genomsyras av omtanken om individens hälsa och hela livssituation, med fokus på individens egen kapacitet och förmåga. Levnadsvanemottagningen har utvecklat förhållningssätt som stärker individens egna resurser och därmed hälsan. Patienterna som sökt sig till mottagningen är en utsatt grupp som till största delen består av ensamstående kvinnor. Mottagningens intervention är ett exempel på ett systematiskt arbete för att både nå rätt personer med hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete och för att anpassa insatserna efter olika grupper. Detta kan bidra till en ökad jämvikt av vårdinsatser och jämlikhet i hälsa. Varje vårdenhet har en skyldighet att följa nationella riktlinjer och lokala vårdprogram, men en hel del remisser återremitteras vilket visar på att det förebyggande arbetet på övriga behandlande kliniker behöver utvecklas. För att landstingets hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser ska bli effektiva återstår mycket arbete.

Det personcentrerade förhållningssättet där patienten blir sedd är viktigt för att minska oro och ångest, som i sin tur ökar patientens förutsättningar att förändra sina levnadsvanor. Patienterna tillhör ingen stark patientorganisation som kan föra deras talan och de är heller inte vana vid att bli tagna på allvar av vården. Flera patienter vittnar om mångåriga hälsoproblem och tidigare försök att förändra levnadsvanor utan resultat. Ett lidande som inte kan räknas i pengar. Mottagningen har hjälpt patienten att göra sin röst hörd och att skapa goda möjligheter till ökad självkänsla och självförtroende.

För att skapa bestående beteendeförändringar använder sig teamet av teoretiska och praktiska verktyg som följer den individuella hälsoplanen. Exempelvis får patienten möjlighet att göra medvetna livsmedelsval och på olika sätt minska sina energiintag istället för att nå viktreduktion via olika typer av dieter baserade på pulver. Landstinget Blekinge saknar idag preoperativa insatser inför GBP-kirurgi. Det är dock inte lämpligt att mottagningen används till GBP bedömningar eftersom mottagningen helt utesluter pulverdiet, vilket används vid GBP-mottagningar.

Det finns både för- och nackdelar med att flera av mottagningens medarbetare har delade tjänster och därmed är verksamma även i andra verksamheter och kliniker. Teamets specialistkunskap gagnar de andra mottagningarna, men personalbristen har konkurrerat om personalens tid på levnadsvanemottagningen med längre väntetider på mottagningen och extrakostnader för hyrpersonal i övriga verksamheter som följd.

Diskussioner har förts om att satsningen ”rökfri inför operation” ska ingå i levnadsvanemottagningens verksamhet. Redan idag är remissinflödet till ”rökfri inför operation” större än vad nuvarande bemanning kan hantera. Det finns således ett behov av en utökning av sjuksköterskeresurser oavsett sammanslagning eller inte.

Sjukgymnasttjänsten bör utökas till en heltid eftersom flertalet patienter har viktreduktion som mål. Bristen på beteendevetarkompetens har ifrågasatts av patienter, teamet och andra medarbetare och bör åtgärdas. Dietistkompetens som arbetar med levnadsvanor saknas i primärvården, vilket innebär en stor belastning på mottagningens dietistresurs. Det är också angeläget att mottagningen till viss del bemannas sommartid för att stärka kontinuiteten och minska väntetiderna.

Landstinget har god tillgång till dokumentation för uppföljning av levnadsvanor jämfört med övriga landsting och regioner. De nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har inte fått tillräckligt stort genomslag i vården. Med strukturerade processer kring ohälsosamma levnadsvanor kan vi med relativt små medel visa ökad följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram. Här återstår ett förbättringsarbete.

Riktlinjerna har reviderats och inkluderar nu även barn [1]. Det medför att en dialog och etablerad kontakt med barnkliniken kommer att vara nödvändig. Vidare byter riktlinjerna namn till ”Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor”. Namnbytet har för avsikt att förstärka behandlingsansvaret i hälso- och sjukvården.

För att kunna se tydliga behandlingsresultat av mottagningens verksamhet skulle en 5-årsperiod för uppföljning vara att föredra. Svårigheten med långtidsuppföljning är oftast att få patienten att återkomma. Ett alternativ kan vara att tydligt uttrycka att hälsoplanen är en del av behandlingen som fortlöper över tid, även om kontakterna med mottagningen minskar i frekvens.

Levnadsvanemottagningen är ett sätt för Landstinget Blekinge att bli ledande och tongivande när det gäller det förebyggande hälsoarbete. Mottagningen kan också bidra till att landstinget blir en attraktiv aktör i förhållande till andra landsting och regioner och vara ett sätt att behålla värdefull kompetens i Blekinge. Att satsa förbyggande är ett bättre sätt att placera pengarna än att ta hand om konsekvenserna av ohälsosamma levnadsvanor.

Det hälsofrämjande arbetet skulle kunna utvecklas ytterligare framöver. Tandvården med sin långa tradition av prevention är föregångare genom att följa hälsoutvecklingen via registerdata, möta sina revisionspatienter med jämna mellanrum och utvärdera insatta åtgärder. Även den nära hälso- och sjukvården skulle kunna innehålla riktade hälsosamtal till invånare i olika åldersgrupper. Hälsosamtalen har bland annat stor betydelse för primärprevention av hjärt- och kärlsjukdom, något som Västmanlands och Västerbottens landsting har visat[10].

8 Slutsats

Personalens kompetens och bemötande har varit en ovärderlig grundsten i mottagningens arbete. De utvecklade arbetsrutinerna och teamets betydelse är andra framgångsfaktorer till verksamhetens resultat. Ett ständigt stöttande av personalen i form av täta kontakter med patienten krävs för att en förändring av levnadsvanor ska komma till stånd. Personalens kompetens inom sjukdomsförebyggande metoder tas tillvara i samverkan och med ett personcentrerat förhållningssätt. Den upprättade hälsoplanen och de gemensamma bedömnings- och teambesöken identifierar behoven och styr typen av insats, vilket också bidrar till ett personcentrerat förhållningssätt. Teamet har skapat rutiner och förutsättningar som innebär att man tar sig tid för bedömningar, kontakt och uppföljning. Det tar tid i ena änden men spar tid, pengar och lidande i den andra änden.

Resultaten som visats genom tester, provtagning och självskattningar visar att de patienter som fullföljt behandlingen har förbättrat såväl fysiska som psykiska värden. Kostnadsberäkningarna visar att uppnådda resultat också är kostnadseffektiva både ur ett individuellt och ett hälso- och sjukvårdsekonomiskt perspektiv.

Hälsoekonomiska utvärderingar är ytterligare en dimension som kan användas i förvaltningarnas beslutsprocesser när beslutsfattaren får ett bättre underlag för att kunna ta ställning till hur en given mängd resurser kan fördelas mellan olika insatser och verksamheter för att så långt som möjligt uppnå hälsopolitiska mål. Kostnaden per vunnet QALY är låg jämfört med många andra in-



satser i hälso- och sjukvården. Arbetsmetoden som testas i projektet är kostnadseffektiv och relativt billig jämfört med många andra insatser i hälso- och sjukvården samtidigt som förbättringar uppnåtts för livskvalitet och medicinska värden.

Mottagningen fungerar som en viktig kugge i det stora hjulet av hälsofrämjande, förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatser som sker i landstingets övriga verksamheter. Tillsammans verkar alla insatser till att optimera effekterna av arbetet med att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor.

9 Referenser

- [1] Socialstyrelsen (2017). Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning – Remissversion. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-11-3> (2018-04-30)
- [2] Landstinget Blekinge (2014). Vårdprogram levnadsvanor. Tillgänglig: <http://ltblekinge.se/globalassets/halsa-och-varld/landstingets-folkhalsoarbete/levnadsvanor/varldprogram-levnadsvanor-rev-20161212.pdf> (2018-04-30)
- [3] Region Skåne (2017). Vårdprogram för övervikt och fetma hos vuxna. Tillgänglig: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/overvikt-och-fetma-hos-vuxna---varldprogram-forlangt-t-o-m-20180430.pdf> (2018-04-30)
- [4] Folkhälsomyndigheten (2017). Folkhälsans utveckling. Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/9de83d1af6ce4a429e833d3c8d7ccf85/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2017-16136-webb2.pdf> (2018-04-30)
- [5] Ledarforum för Sveriges Folkhälsochefer/Samhällsmedicinska chefer och Landstingens Ekonomidirektörer (2008). Hälsoekonomisk utvärdering av Metabola projektet i Kalmar län. Tillgänglig: http://www.natverken.se/media/7764/metabola_projektet-kortversion.pdf (2018-04-30)
- [6] Drummond, M., Sculpher, M., Torrance, G., O'Brien, B., & Stoddart, G. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes (3rd edn ed.). Oxford: Oxford University Press.
- [7] Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (Eds.). (1996). Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York: Oxford University Press.
- [8] Bernfort, L. (2009). Hälsoekonomiska utvärderingar. Vad menas och hur gör man? Linköping: Linköpings universitet.
- [9] Myndigheten för vård och omsorg (2016). Förebygga för att överbrygga? Tillgänglig: <https://www.vardanalys.se/rapporter/forebygga-for-att-overbrygga/> (2018-05-03)
- [10] Lindholm, L., Stenling, A., Norberg, M., Stenlund, H., Weinehall, L. (2018). A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. BMC Public Health 2018; 18:452

10 Bilagor

Remisskriterier

Levnadsvanemottagningen, Hjärtmottagningen

Thoraxcentrum, Karlshamn med start 2016-10-01

All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Hälsoval, Blekingesjukhuset psykiatri/habilitering och tandvård kan remittera till kliniken.

Remiss- och deltagandekriterier:

- Vuxna >18år
- Identifierade med två eller flera ohälsosamma levnadsvanor (fysisk inaktivitet, ohälsosamma matvanor, tobaksbruk samt riskbruk alkohol)
- Tidigare försök till åtgärd enligt vårdprogram av remissinstans utan resultat.

En eller flera av följande diagnoser:

- Blodfettsrubbnings
- Högt blodtryck
- Hjärt-kärlsjukdom
- Diabetes typ 1 och 2
- Hudsjukdom
- Kronisk obesitas i tre år, BMI> 30 eller BMI>26 och metabolt syndrom
- Depression, schizofreni och ångest (patient med ätstörningsproblematik remitteras till mottagning för ätstörning).

Patienten bör vara väl införstådd med innebörden av remissen och förstå att behandling kräver ett stort egenansvar. Vidare ska patienten vara motiverad till livsstilsförändringar och samtycka till behandlingsplanen.

Provtagning inför remittering

Hb, Plasma-glukos och HBA1C, TSH, fullständig lipidstatus som inkluderar total kolesterol, HDL, LDL samt triglycerider.

Vid alkoholrelaterade besvär ska även nedanstående prover tas:

GT, ASAT, ALAT, MCV

Prover enligt ovan bör vara tagna i nutid (max 1v gamla) när remissen skrivs.

Samtycke från patienten ska finnas att inhämta information från remitterande klinik

Levnadsvanemottagningen internnummer: 2999

Telefontid för patienter mån-fre 10.00–11.00 from 2016-11-01 tel. 0454-732991

Marita Siderström, avdelningschef

Jessica Persson, kardiolog

Carina Paulsson, sjuksköterska

Julia Binnergård, dietist

Pernilla Svensson, sjukgymnast

Ingbritt Söderlind, medicinsk sekreterare

(2018-01-22)