

Slutrapport för projektet ”Ersättning för resultat”

Utveckling av ersättningsystem för resultat av
förebyggande insatser i primärvård



Ersättning för resultat

Bakgrund

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har regeringens uppdrag att bedriva utvecklingsarbete för att stimulera system för ersättningar inom hälso- och sjukvården.

Nätverken Hälsa och Demokrati/Uppdrag Hälsa fokuserar på att utveckla en behovsbaserad styrning av hälso- och sjukvården. Förebyggande är en viktig komponent och att utveckla ersättningssystemen för att stimulera resultat är en annan. Vid kontakter med medlemmarna har Nätverken sett behovet av att stimulera mindre landstings utvecklingsarbete, utifrån de särskilda förutsättningar som finns. För att stimulera detta så initierade Nätverken ett projekt, *Ersättning för resultat*, med Västernorrland, Värmland och Jämtland som medverkande landsting. Arbetet har bedrivits inom ramen för det nationella arbetet med ersättningssystem och Sveriges Kommuner och landsting har stött projektet ekonomiskt.

Sammanfattning

De tre landstingen har i arbetet fokuserat på levnadsvanor. Tobak, alkohol, bristande fysisk aktivitet samt fetma/övervikt är områden där det finns evidens för att förebyggande arbete förebygger sjukdom. Tidigt la vi fast att det inte är ett krav på att de prioriterade områdena och modellerna skulle vara lika, utan bygga dels på var det egna landstinget befann sig i sina egna processer och vilka möjligheter som t ex datasystemen kunde bidra med.

Tiden har varit knapp och arbetet med att i större omfattning ersätta för faktiska resultat kommer att fortgå under några år framöver. Projektet har resulterat i tre modeller som har olika infallsvinklar och incitament för ersättning av förebyggande insatser.

Förutom att identifiera områden och indikatorer för att mäta identifikation, åtgärd och resultat, så har man även arbetat med att möjliggöra registrering i datasystemen, så att tidskrävande pappersarbete ska undvikas.

Likaså har delprojekten även sett över vad som behöver åtgärdas för att automatiken även ska gälla vid överföring till ekonomisystemen för utbetalning.

Projektet har haft nära kontakt med Socialstyrelsens riktlinjearbete för sjukdomsförebyggande metoder och där ursprungstanken var att väva in deras resultat i arbetet allt eftersom. Då riktlinjearbetet inte kommer att vara färdigt förrän sommaren 2010 så har detta inte varit möjligt. Men de modeller som är framtagna är flexibla och kan ändras för att skapa en följsamhet till det nationella kunskapsstödet när den är klar.

Förutsättningarna för projektet har starkt påverkats av vårdvalsarbetet och dess tidsplan inom de tre landstingen. Delprojekten har jobbat koncentrerat under stark tidspress för att resultatet av arbetet skulle hinna arbetas in i re-

9 DECEMBER 2009

gelverken för vårdval. Det har visat sig bli en positiv drivkraft och glädjande kan konstateras att förebyggande åtgärder valdes in i vårdvalsarbetet och att ersättning för resultat av dessa tagit ett första steg.

En annan framgångsfaktor har varit det faktum att projektgrupperna har haft en tvärprofessionell sammansättning (medicin, administration, ekonomi, teknik och folkhälsa). Vid de tre tillfällen som alla grupper träffats har man kunna vrida och vända på frågorna både ur den egna funktionens ansvar men även övrigas. Funktionsvisa kontakter har sedan tagits mellan träffarna.

Träffarna har präglats av initiala lösningsförslag, därefter förvirring, sedermera aha-upplevelser, kreativitet och mycket glädje. Det har med andra ord varit ett mycket givande och positivt arbete.

Nätverken samt de tre medverkande landstingen vill skicka ett varmt tack till Sveriges Kommuner och Landsting för möjliggörandet i och med det ekonomiska bidraget.

Anne Bylund
Nätverken

Göran Fahlén
Västernorrland

Åsa Löfvenberg
Värmland

Hans Fröling
Jämtland

Mål

Det övergripande målet var att utveckla en modell med incitament för resultat och effekter av förebyggande insatser inom ”mindre landstings” primärvård.

Projektet har haft fyra delmål som redovisas för respektive landsting nedan:

- 1 Att fastställa ett antal primär- och sekundärpreventiva åtgärder inom primärvården som bör prioriteras.
- 2 Att fastställa ett antal relevanta och praktiskt fungerande:
 - indikatorer (processmått) på insatser som är evidensbaserade.
 - indikatorer (resultatmått) för att följa hälsoeffekter av gjorda insatser.
- 3 Att skapa möjligheter för att kunna registrera och redovisa de fastställda måtten/indikatorerna.
- 4 Att hitta avvägda och enkla lösningar för att ge ekonomiska incitament för att öka användningen av nämnda åtgärder.

De effekter som förväntades var för landstingens del ökade hälsofrämjande och förebyggande insatser inom primärvården i enlighet med intentioner i politiska beslut.

Projektorganisation

Uppdragsgivare:	Sveriges Kommuner och Landsting
Styrgrupp:	Anne Bylund, Nätverken, sammankallande Staffan Lindvall, Sveriges Kommuner och Landsting Margareta Kristensson, Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer Karin Berensson, Sveriges Kommuner och Landsting Åsa Löfvenberg, Landstinget i Värmland Göran Fahlén, Lanstinget Västernorrland Hans Fröling, Jämtlands läns landsting
Projektledare:	Anne Bylund, Nätverken Hälsa och Demokrati/Uppdrag Hälsa
Projektgrupp: Värmland	Åsa Löfvenberg, Folkhälsa och samhällsmedicin, delprojektledare Karin Malmqvist, division allmänmedicin Vendela Englund Burnett, division allmänmedicin Matz Svenneling, controller division allmänmedicin, ekonomistaben
Projektgrupp: Västernorrland	Göran Fahlén, delprojektledare Markus Kallioinen, chefsläkare Hjördis Rooth Möller, folkhälsoplanerare Anna Bostedt, hälso- och sjukvårdsplanerare Bo Enheim, utredare Lars Halén, ekonom Johannes Dock, folkhälsoplanerare
Projektgrupp: Jämtland	Hans Fröling, Samhällsmedicin, delprojektledare Ronny Weijlandt, chef livsstilsenheten Roland Ylander, ekonom Lorenz Risk-Plotzki

Metoder och arbetssätt

Projektledaren och de tre delprojekten har träffats vid tre seminarietillfällen i internatform under året (mars, juni och oktober).

I delprojekten har olika kompetenser medverkat t ex allmänmedicinare, folkhälsoplanerare, ekonomer, planerare, utredare vilket har bidragit till en bred belysning i arbetet.

Vid seminarietillfällena har inbjudna gäster gett inspiration till nya tankar och idéer men mycket tid har också ägnats åt gemensamma diskussioner.

De gäster som medverkat vid seminarietillfällena, som vi skickar ett varmt tack till är:

- Staffan Lindvall, Sveriges Kommuner och Landsting
- Fredric Jakobsson, CMT, Linköpings universitet
- Eva Arvidsson, Kalmar läns landsting
- Magnus Kåregård, Region Skåne
- Margareta Kristensson, Nätverket Hälsöfrämjande sjukhus och vårdorganisationer
- Maria Branting Elgstrand, Socialstyrelsen
- Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen
- Anders Lindman, Norrbottens läns landsting
- Jennie Nordberg, Landstinget Uppsala län
- Karolina Eldelind, Landstinget Uppsala län

Resultat och erfarenheter Västernorrland

Bakgrund

I samband med utformningen av kapiteringsersättning till vårdcentralerna avsatte Landstinget Västernorrland 2004 en särskild pott på 100 kronor per invånare i vårdcentralområdet ur den givna ramen, en folkhälsopott. Syftet var att medlen skulle användas till förebyggande insatser. Medlen kom dock att användas till exempelvis barn- och mödrahälsovård, något som låg utanför syftet, och har kommit att ifrågasättas.

En kvalitativ studie av primärvårdspersonalens uppfattningar om folkhälsoarbetet visade på önskemål på en tydligare struktur och att prioriteringar, till exempel med stöd av ekonomiska incitament. Primärvården har tagit fram riktlinjer för förebyggande arbete med levnadsvanor som innehåller struktur-, process- och resultatmått.

Införandet av Vårdval Västernorrland i primärvården 1 januari 2010 har ökat förutsättningarna för att ställa tydliga krav. Dessa faktorer har utgjort en viktig grund för arbetet med ekonomiska incitament i landstinget.

Målen

I Västernorrland *prioriterades* fyra områden:

- Tobak
- Alkohol
- Bristande fysisk aktivitet samt,
- Övervikt och fetma

Grunden för prioriteringen har varit att det ska finnas god evidens för att primärvårdens insatser ska kunna bedömas vara effektiva eller på annat sätt vara angelägna. Inom tobaksområdet, alkoholområdet och för fysisk aktivitet finns stark evidens för att insatser som kan göras vid vårdcentralen är effektiva. När det gäller övervikt och fetma är kunskapsläget sämre men har ändå setts som ett angeläget område.

Processmått indelades i tre nivåer: identifikation, åtgärd samt resultat enligt nedan:

Identifikation av tobaksbruk sker genom en enkel fråga, riskbruk av alkohol genom två frågor om mängd och berusningsdrickande, bristande fysisk aktivitet genom nivåfråga och för övervikt/fetma BMI (Över 28).

Huvudåtgärden inom samtliga områden är motiverande samtal om c:a 10-15 minuter. Inom områdena kompletteras åtgärden med andra förstärkande metoder.

- Tobak: remiss till tobaksavvänjare samt tobaksläkemedel.
- Alkohol: AUDIT-formulär och remiss till socialtjänst.
- Bristande fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet på recept.

- Övervikt/fetma: Fysisk aktivitet på recept.

Resultatmått är inte slutligt fastställda även om förslag finns.

- Tobak: Tobaksfrihet 6 månader
- Alkohol: Inte längre riskbruk
- Bristande fysisk aktivitet: Ökat fysisk aktivitet
- Övervikt/fetma: Minskat bukomfång minst 10%

Registrering kommer att ske i tabeller i en särskild anteckningstyp i datajournalssystemet, livsstilsanteckning. En samlad bild av levnadsvanorna ges. Från datajournalen genereras en fil som läses in i vårddatabasen. Från databasen *redovisas* ett underlag för utbetalning från ekonomisystemet.

Vårdenheten får betalt för identifikation och åtgärd en gång per år per listad, och en gång per listad för resultat. Resultat måste föregås av åtgärd.

Den prestationsbaserade ersättningen fördelas enligt figur.

Vikt	Prestation/ Hälsoproblem	Tobak	Alkohol	Bristande fysisk aktivitet	Över- vikt/fetma	Totalt
1	Identifikation	12,17	12,17	12,17	12,17	48,66
35	Åtgärd	425,81	425,81	425,81	425,81	1 703,25
200	Resultat	2 433,21	2 433,21	2 433,21	2 433,21	9 732,83

Den ersättning som utbetalas vid fullt genomförande uppgår till följande belopp för olika åtgärder.

Prestation/Hälsoproblem	Tobak	Alkohol	Bristande fysisk aktivitet	Över- vikt/fetma	Totalt
Identifikation	2 079 545	2 079 545	2 079 545	2 079 545	8 318 182
Åtgärd	1 455 682	1 455 682	1 455 682	1 455 682	5 822 727
Resultat	831 818	831 818	1 663 636	831 818	4 159 091
Summa	4 367 045	4 367 045	5 198 864	4 367 045	18 300 000

Ersättningen betalas ut månadsvis tillsammans med kapitationsersättningen som en särskild pott där insatser och resultat särredovisas.

Genomförandet föreslås ske stegvis med början 1 april 2010. Då föreslås ersättning för identifikation utbetalas för samtliga fyra områden. Därutöver ges ersättning för åtgärder inom tobaksområdet och fysisk aktivitet (FaR). Den prestationsbaserade ersättningen för 2010 beräknas till 8,4 mkr.

Genomförande

Deltagandet i projektet förankrades i den verkställande ledning samt i primärvårdsstaben. Arbetet har vid flera tillfällen diskuterats i primärvårdens strategigrupp för folkhälsa, och har presenterats för primärvårdens ledningsgrupp med samtliga vårdcentralchefer.

En projektgrupp med skilda kompetenser skapades och var i olika grad engagerade under projektets gång. Hälsoplanerarna hade huvudansvar för att välja ut prioriterade områden och hade tillsammans med analysansvarig

uppdraget att fastställa indikatorer för identifiering, åtgärd och resultat. De samarbetade även med utvecklare av datajournal och vårdcentralspersonal för att ta fram praktiska lösningar för registrering. Analysansvarig gavs huvudansvar för kontakter med leverantörer och systemansvariga för datajournal och vårddatabas. Ekonomen utvecklade ett förslag till ersättningsmodell och utredaren med ansvar för avtal såg till att bevaka modellen inför införandet av vårdval. Chefläkare och projektledare har på olika sätt varit inblandade i samtliga steg.

Det fanns flera goda förutsättningar för projektets genomförande, öronmärkta medel, en önskan från anställda om mer strukturerade metoder. Det fanns utvecklade riktlinjer för livsstilspåverkan. Dessutom tillkom behovet av tydliga krav inför införandet av Vårdval Västernorrland. Projektgruppens breda kompetens och förankring i olika delar av organisationen underlättade genomförandet och skapade kreativa diskussioner. Initiativet och projektledningen från Nätverken Hälsa och Demokrati/Uppdrag Hälsa, ekonomiska stödet från SKL och samarbetet med de övriga deltagande landstingen har bidragit till att stärka processen.

Det fortsatta arbetet

Arbetet fortsätter med att konstruera och testa systemet för att hantera information från registrering till utbetalning.

Det blir även viktigt att stärka kompetensen hos vårdgivare i att genomföra motiverande samtal.

Resultat och erfarenheter från Värmland

Bakgrund

Utvecklingsstabens enhet Folkhälsa och samhällsmedicin har uppdraget att driva landstingets strategiska folkhälsoarbete och arbetar mot en måluppfyllelse avseende folkhälsomål mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård, enligt några huvudlinjer:

- Via styrdokument och prioriteringar i budgetprocessen.
- Inom de områden där befolkningsstudier och andra datakällor visar på angelägna förbättringsområden, drivs och samordnas insatser i samarbete med berörda verksamheter i hälso- och sjukvården ofta i samverkan med andra aktörer.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården organiserades i familjeläkarsystemet (infördes 2004-05) företrädesvis som tilläggsåtaganden, exempelvis mödrahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagning. Basersättning till vårdcentralerna är åldersrelaterad kapitering samt besökersättning och målrelaterade ersättningar, dessutom riktade stimulansersättningar för att styra utvecklingen. I värmländsk primärvård behandlas patienter med mycket avancerad sjuklighet vilket med tiden har trängt undan utrymmet för förebyggande arbete.

Landstinget har från 2006 beviljats medel från regeringen för att utveckla det alkoholskadeförebyggande och tobaksförebyggande arbete inom primärvården. Huvudsakligen handlar det om att införa och använda Motivational Interviewing (MI) i hälso- och sjukvård samt att utveckla strukturen för länsövergripande samordning och kompetensutveckling inom detta område. Från befolkningsstudien *Liv och Hälsa* som genomförts 2004 och 2008, vet vi att värmlänningarna vill att hälso- och sjukvårdspersonalen frågar om levnadsvanor, vi ser också att frågandet ökar något.

Målen

Värmland har prioriterat fyra preventiva åtgärder: tobak, alkohol, övervikt & fetma samt fysisk aktivitet.

Från undersökningen *Liv och hälsa* år 2008 framgår att 18 procent kvinnor och 12 procent män i åldern 18-34 år var riskkonsumenter av alkohol. Andelen vuxna värmlänningar med övervikt och fetma har ökat sedan den första undersökningen år 2000. År 2008 har 16 procent av den vuxna befolkningen ett BMI värde på 30 eller högre (fetma) och över 2000 barn och ungdomar, 0-17 år, i Värmland har fetma. En femtedel av den vuxna befolkningen ägnar mindre än två timmar per vecka till lätt fysisk aktivitet och mindre än en tredjedel av befolkningen äter frukt eller grönsaker minst tre gånger per dag (27 procent kvinnor och 12 procent män). Rökning har totalt sett minskat under flera decennier, trots det röker 32 800 vuxna värmlänningar varje dag och Värmland har flest gravida rökare i landet. I Värmland snusar 21 procent män och tre procent kvinnor.

En arbetsgrupp med representation från allmänmedicin och folkhälsa o samhällsmedicin ska stödja vårdenheterna att införa ett mer systematiskt arbete kring de fyra överenskomna levnadsvanorna.

Tobaksbruk ska identifieras. De åtgärder som ska erbjudas patienten kommer sannolikt att bli - Uppmaning att sluta ska ges av läkare. Samt tobakslutarstöd erbjuds oberoende av ålder.

I uppföljningsplanen för Hälsoval Värmland beskrivs Hälsofrämjande vård definierat som aktiv rutin att diskutera tobak, alkohol, övervikt. Tobaksarbetet ska uppfylla kriterierna för evidensbaserat tobaksarbete.

Registrering av rök vanor: Andel > 13åå registrerade rökvanor per alla sökande på vårdcentralen

För att ta del av den målrelaterad ersättningen för tobaksarbetet i Hälsoval 2010 gäller att patienter över 13 år ska tillfrågas om tobaksvanor vid besök

- Om 50 % av patienterna tillfrågats erhålls full ersättning
- Om 35 % av patienterna tillfrågats erhålls 75 % av full ersättning
- Om 20 % av patienterna tillfrågats erhålls 50 % av full ersättning
- Om 10 % av patienterna tillfrågats erhålls 25 % av full ersättning

Ersättningen betalas ut i relation till enhetens listningspoäng. Ersättningen betalas ut tre gånger om året och totalt finns 1 500 000 att fördela.

Genomförande

Projektet har varit synkroniserat med framtagandet av landstingets krav och regelbok för vårdvalet, i Värmland kallat Hälsoval.

I projektgruppen har flera kompetenser och funktioner medverkat; från landstingets ledningsgrupp - divisionschef Allmänmedicin, från division Allmänmedicin - distriktsläkare och tidigare länsverksamhetschef vid införande av familjeläkarsystem, från Ekonomistaben - controller, Staben för verksamhetsstöd - projektledare för införande av vårdval, från Utvecklingsstaben - enhetschef/folkhälsostateg.

Inspirerade av hur Västernorrland (och Uppsala, Gävleborg) systematiskt har utformat levnadsvanearbetet på vårdcentral har nu allmänmedicins ledningsgrupp i Värmland beslutat om liknande struktur och innehåll. Acceptans finns nu för att implementera systematiskt och evidensbaserat arbetssätt när det gäller levnadsvanor.

Registrering av identifiering, åtgärd och resultat måste uppfattas som logiska och enkla att göra och får inte innebära ett väsentligt merarbete för personalen på vårdenheterna. I anpassningen till de lokala förhållanden nåddes under projekttiden fram till en konstruktionen av ersättningsystem för *identifikation*. Arbetet är kvar med att definiera åtgärder och resultat och de ekonomiska incitamenten för detta.

Dock intar ”Fysisk aktivitet” en särställning där Värmland har en fungerande modell för arbetet sedan våren 2005 då Fysisk aktivitet på recept infördes.

Som vid annan sjukdomsbehandling undersöks orsakerna till det aktuella hälsotillståndet, fysisk aktivitet ordinerar och behandlingsresultaten följs upp.

Det fortsatta arbetet

Tack vare projektet (och vårdvalsarbetet) kom arbetet en bit på väg. Resultatet blev att fokusera på tobaksarbetet, att styra med ersättning mot ökad identifikation av tobaksvanor.

Utanför projektet pågår förstärkning av kompetens och struktur för tobaksavvänjning i allmänmedicins verksamhet. När det gäller de övriga levnadsvanorna återstår en del arbete, avseende både åtgärder och resultat samt att utveckla ekonomiska incitament. Detta arbete måste parallelläggas med utveckling av data- och IT lösningar. Arbetsgruppen ansvarar för att införa överenskomna modell. Ansvaret för att fortsätta utvecklingen av de hälsofrämjande satsningarna och att öka intresset för att med ekonomiska incitament styra mot önskvärda resultat ligger bland annat på enheten folkhälsa och samhällsmedicin som är en del av landstingets utvecklingsstab. Såväl hälsoekonomi som modeller för behovsbeskrivning behöver utvecklas.

Resultat och erfarenheter från Jämtland

Bakgrund

Jämtlands läns landsting såg en möjlighet att genom ekonomiska styrmedel stimulera till en högre aktivitet inom folkhälsoområdet i primärvården.

Mål

Tre delar av området levnadsvanor är prioriterade: alkohol, tobak, och motionsvanor.

Den modell som tagits fram har två nivåer för ersättning: åtgärd och resultat.

Processmått

Alkohol. Motiverande intervju alkohol (MIA1). Patienten har fyllt i en blankett som mäter alkoholvanor (AUDIT), det har konstaterats att patienten ligger högre än gränsvärdet för riskbruk.

Vårdgivaren genomför ett motiverande samtal (miniintervention) med patienten, eller använder någon annan metod som finns beskriven i de antagna riktlinjerna.

Tobak. Motiverande intervju tobak (MIT1). Det har konstaterats att patienten röker/snuser, och behandling har inletts enligt riktlinjerna för tobaksavvänjning.

Bristande fysisk aktivitet. Patienten konstateras behöva mer fysisk aktivitet. Ett recept på motion (FAR) skrivs ut. MIM1 registreras.

Resultatmått

Alkohol. Patienten fyller efter 6 månader ånyo i en AUDIT-blankett. Om alkoholvanorna förbättrats, och ligger inom riskfri nivå, registreras MIA2 i patientdatasystemet.

Tobak. Patienten har konstaterats rökfri vid en 6-månaders uppföljning. MIT2 registreras. Inget beslut har tagits om vad som ska ske om patienten slutar röka men övergår till snus.

Bristande fysisk aktivitet. En uppföljningsenkät är under konstruktion, med frågor kring följsamhet till ordinationen. I väntan på denna, utbetalas ingen ersättning för resultat.

Modell för registrering

I Jämtlands används patientdatasystemet VAS med tillhörande stödsystem Di-Diver. Följande koder (se beskrivningen ovan) skall registreras för att generera ersättning:

- MIA1, MIA2, MIT1, MIT2 samt MIM1

Koderna registreras som ”specialstudie” i VAS. Därigenom kan de återfinnas genom en central sökfunktion i Di-Diver.

Målsättningen är att genomförda, registrerade, åtgärder och resultat skall generera en ersättning från ekonomisystemet i samband med den månatliga kapiteringsersättningen. Ekonomen utvecklade ett förslag till ersättningsmodell.

Ersättningsnivåer

Prestation/hälsoproblem	Tobak	Alkohol	Bristande fysisk aktivitet	Övervikt/fetma	Totalt
Enbart identifikation	0,00	0,00	0,00		0,00
Identifikation och åtgärd	432,43	444,44	100,00		976,88
Resultat	216,22	222,22	0,00		438,44
Totalt	648,65	666,67	100,00		1 415,32

Genomförande

I Jämtland skapades en arbetsgrupp bestående av: Projektledare, chefsläkare, chef för livsstilsenheten samt en ekonom.

Gruppens ekonom har samtidigt arbetat i landstingets arbetsgrupp för vårdval, vilket varit en stor fördel. För att åstadkomma trovärdighet och acceptans i organisationen, måste det finnas överenskomna riktlinjer och/eller vårdprogram för de i projektet valda levnadsvanorna.

För tobaksbruk, riskfyllt alkoholbruk och bristande fysisk aktivitet fanns sådana riktlinjer, men inte för kostvanor. Kostvanor uteslöts därför i "Jämtlandsmodellen" men kan naturligtvis komma att ingå när riktlinjer införs i landstinget.

Ståndpunkten blev även att ersättning enbart skall utgå för 'positivt identifierade' dvs. de patienter som identifierats som rökare, har ett riskbruk av alkohol eller har för låg fysisk aktivitet, *och på grund av detta erbjudits stöd enligt riktlinjerna.*

Ingen generell (screening) ersättning skall alltså utgå. Företrädare för verksamheten har klart uttryckt att man inte tycker att det är legitimt att ersättning lämnas för "massutfrågningar" av alla patienter utan urskiljning.

Det fortsatta arbetet

En del detaljer kan komma att behöva förändras och justeras i modellen. Kedjans alla länkar ännu inte är på plats, t ex har inte en automatisk överföring mellan patientdatasystem och ekonomisystem prövats. Det kan hända att ersättningar för utförda hälsoinsatser/resultat kan komma att utbetalas i efterskott som en årssumma.

Riktlinjer för kostvanor som accepteras av verksamhet och allmänhet behöver också tas fram. Vidare behöver uppföljningssystem för fysisk aktivitet på recept utvecklas vidare.

Trots dessa hittills identifierade brister, får man ändå säga att grunden till ett helt nytt ersättningssystem är lagd. Det är också mycket tillfredsställande att detta nya system inriktar sig på folkhälsoinsatser.

Erfarenheterna från projektet sprids

Projektet kommer att redovisas vid en workshop på Nätverkskonferensen 10-11 februari 2010 på Pite havsbad. Utöver detta kommer slutrapporten att spridas till funktioner som jobbar med motsvarande frågor i landstingen.

Slutrapporten läggs upp på Nätverkens, SKL:s samt de tre landstingens hemsidor.

Intresserade kollegor runt om i Sverige är naturligtvis välkomna att kontakta projektledaren och delprojektledarna för mer information.

Ekonomi

Projektet tilldelades en budget på 618 000 kronor från SKL för att täcka seminariiekostnader och föreläsares resekostnader. Respektive landsting har svarat för sina kostnader i övrigt.

Utfallet för projektet är 300 000 kronor som Nätverken fakturerar SKL december 2009.

Utvärdering

Projektet kommer att träffas vid ytterligare ett tillfälle, 21-22 september 2010, för att utvärdera hur långt man kommit i respektive landsting. Då ska även delprojekten se över hur riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder kan vävas in i modellerna framöver.

Bilaga

Västernorrland

Tobak

Identifiering tobak	Använder inte tobak Röker Snusar Röker och snusar
	Registreras i System cross
Åtgärd tobak	Motiverande samtal Motiverande samtal samt läkemedel Kvalificerad tobaksavvänjning Kval. tobaksavvänjning samt läkem.
	Registreras i System cross
Resultat tobak	Patienten tobaksfri vid uppföljning (preliminärt)
	Registreras i System cross

Alkohol

Identifiering alkohol	Ej riskbruk Riskbruk (berusningsdrinkande > 1 ggn/mån eller 9/14 standardglas/v kvinna/man)
	Registreras i System cross
Åtgärd alkohol	Motiverande samtal samt AUDIT Motiverande samtal, AUDIT samt hänvisning social-tjänst
	Registreras i System cross
Resultat alkohol	Patienten har inte riskbruk vid uppföljning (preliminärt)
	Registreras i System cross

Fysisk aktivitet

Identifiering fysisk aktivitet.	Ingen fysisk aktivitet <1 timme/vecka nivå 1 (minst rask promenad) 1-3 timmar/vecka nivå 2 (minst rask promenad) >3 timmar/vecka nivå 3 (minst rask promenad)
	Registreras i System cross
Åtgärd fysisk aktivitet	Motiverande samtal Motiverande samtal samt FaR FaR
	Registreras i System cross
Resultat fysisk aktivitet	Ökat fysisk aktivitet till minst nivå 2 (preliminärt)
	Registreras i System cross

Övervikt/fetma

Identifiering övervikt/fetma	BMI<28 BMI 28-29,9 BMI>=30
	Registreras i System cross
Åtgärd övervikt/fetma	Motiverande samtal Motiverande samtal samt FaR
	Registreras i System cross
Resultat övervikt/fetma	Minskat midjeomfång minst 10% (preliminärt)
	Registreras i System cross

Bilaga Värmland**Tobak**

Identifiering tobak	Frågeformuler "nägra frågor om din hälsa" Dokumentation i lablista
Åtgärd tobak	Råd om att sluta. <i>Hantering i datasystem ej klart</i>
Resultat tobak	<i>Metod för att fånga resultat ej ännu klart</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>

Alkohol

Identifiering alkoholvanor	Frågeformulär "nägra frågor om din hälsa" Dokumentation i lablista
Åtgärd alkohol	<i>Metod för att fånga åtgärd ej klart ännu</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>
Resultat tobak	<i>Metod för att fånga resultat ej klart ännu</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>

Fysisk aktivitet

Identifiering fysisk aktivitet	Frågeformulär "nägra frågor om din hälsa" Dokumentation i lablista
Åtgärd fysisk aktivitet	Modell i bruk för förskrivning FAR <i>Hantering i datasystem ej klart</i>
Resultat fysisk aktivitet	<i>Metod för att fånga resultat ej klart ännu</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>

Övervikt/fetma

Identifiering matvanor	Frågeformulär "nägra frågor om din hälsa" Dokumentation i lablista
Åtgärd matvanor	<i>Metod för att fånga åtgärd ej klart ännu</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>
Resultat matvanor	<i>Metod för att fånga resultat ej klart ännu</i> <i>Hantering i datasystem ej klart</i>

Bilaga Jämtland**Tobak**

Identifiering tobak	Använder tobak Röker Snusar Röker och snusar
Åtgärd tobak	Motiverande samtal eller andra åtgärder enligt antagna riktlinjer, såsom att erbjuda stöd för tobaksavvänjning
Resultat tobak	Patienten rökfri vid uppföljning efter 6 mån. Vi har ej ännu tagit ställning till snusning.
	Registreras i VAS som MIT2

Alkohol

Identifiering alkohol	Riskbruk konstaterat genom AUDIT-blankett. Riskbruk (berusningsdrickande > 1 ggn/mån eller 9/14 standardglas/v kvinna/man)
Åtgärd alkohol	Motiverande samtal eller andra åtgärder enl antagna riktlinjer
	Registreras i VAS som MIA1
Resultat alkohol	Patienten har inte riskbruk vid 6 mån. uppföljning med AUDIT blankett
	Registreras i VAS som MIA2

Fysisk aktivitet

Identifiering fysisk aktivitet	Patienten konstateras ha för låg fysisk aktivitet.
Åtgärd fysisk aktivitet	Ett recept (FAR) utfärdas
	Registreras i VAS som MIM1
Resultat fysisk aktivitet	En uppföljningsenkät är under konstruktion, med frågor kring följsamheten till ordinationen. I väntan på denna utbetalas ingen ersättning för resultat.

Övervikt/fetma

Ingår inte i "Jämtlandsmodellen".