

Socialstyrelsens rapport Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och regioner (SKR) ser i huvudsak positivt på förslagen i Socialstyrelsens rapport och analysen att en helhetsbild av hälso- och sjukvården är nödvändig för en jämlik och säker vård när allt mer vård utförs inom olika typer av primärvård.

SKR vill framhålla att regionernas ansvarsområden inom definitionen primärvård skiljer sig mellan regionerna. Det gör att regionerna organiserat sin verksamhet på olika sätt varför viss typ av jämförelse mellan verksamheter kan vara svår att genomföra.

SKR menar att Socialstyrelsen bör se över möjligheterna att rapportera in hälso- och sjukvårdsinsatser till patientregistret på ett sådant sätt att de organisatoriska skillnaderna inte står i vägen för statistisk bearbetning, analyser, jämförelser och kvalitetsarbete.

SKR anser att rapporteringen bör utformas och integreras med journalsystem så långt som möjligt så att hälso- och sjukvårdspersonal inte behöver registrera samma uppgifter i flera system och därmed får mindre tid att träffa patienter.

SKR vill betona vikten av att man i utformningen av ett nytt register för primärvård även får med den primärvård som utförs i kommunerna.

Sveriges Kommuner och Regioners synpunkter

Uppgifter från primärvården bidrar till utveckling och kvalitetssäkring

Även om den föreslagna insamlingen är mycket omfattande, så missar den kommunal primärvård, vilken utgör en stor del (ca 25%) av den totala primärvården. Att integrera kommunal primärvård bör övervägas för att registret ska kunna bli så komplett som möjligt.

SKR anser att det är mycket viktigt att kunna följa upp och utvärdera primärvårdens omställning till en Nära vård och för att möjliggöra forskning inom primärvården och ser utökningen av patientregistret som ett steg för att förbättra förutsättningarna för registerforskning.

SKR anser dock att huvudmännen själva parallellt behöver bygga register och stärka forskningsmiljöer och infrastrukturer inom både sluten- och primärvården, vilket kräver insatser och samverkan mellan regioner, kommuner och även universitet och högskolor.

Fast läkarkontakt: SKR håller med om att kontinuitet och fast läkarkontakt är centrala begrepp i primärvården och i omställningen till Nära vård. SKR vill därför uppmärksamma om att det inom PrimärvårdsKvalitet från och med 2022 finns nationella indikatorer för fast läkare i primärvård, och sedan tidigare också kontinuitetsindex (för flera professioner), både för alla patienter och för prioriterade grupper. Det finns alltså numera både en nationell definition och möjlighet att mäta/rapportera denna information.

Registerinnehåll

SKR anser att Socialstyrelsen noga bör överväga vad som ska rapporteras för att om möjligt inte tynga primärvården med mer administration än nödvändigt. Det arbetet behöver planeras både ur ett ekonomiskt perspektiv men också ur ett resursmässigt perspektiv.

Administrativa uppgifter: Det är önskvärt att informationen som lämnas för primärvård i så hög utsträckning är lika oavsett vilket verksamhetsområde som insamlas till PAR. Det finns vissa skillnader som vinner på att harmoniseras.

Det är vidare önskvärt att så många uppgifter som ska finnas i registret och som baseras på patientens personnummer inhämtas direkt från källan, vanligtvis SCB. Exempel på uppgifter är födelseår, ålder, kön, folkbokföringsort och födelseort (födelse-land). Dock behöver säkerställas tillgång till dessa grundläggande uppgifter även för patienter från andra länder eller asylsökande/nyinflyttade till Sverige som saknar personnummer, som födelseår (ålder), kön och bosättningsland.

Vårdkontakt inom primärvård: Det skiljer sig mellan regioner vad som räknas som primärvård, så här krävs en specifikation om vilken vård, vilken typ av enheter och vilka kontakter som ska ingå i rapporteringen som är tydligare än vad som framgår i rapporten (d v s tydligare än vad som är specificerat under Uppdragets genomförande, Avgränsningar). När allt fler regioner skapar tjänster till sina medborgare av typen ”en väg in” blir avgränsningen av vad som räknas som primärvård extra grannliga.

Några (i nuläget fem st) regioner använder slutna primärvård och även dessa kontakter bör utgöra underlag till registret.

SKR håller med om att ungdomsmottagningar och elevhälsan inte bör ingå i registret.

I samband med att hela landet nu håller på att ställa om till Nära vård, vill SKR betona vikten av att få med kommunal (primär-)vård, för att kunna följa patientens/brukarens väg genom hela vårdkedjan och få med så många aspekter som möjligt av den helhetsbild som är önskvärd.

Tid för kontakt: Här finns en risk för fel då registrering inte alltid sker i realtid, utan i efterhand, och då kan det vara stor risk att det inte blir korrekta uppgifter i registret.

Form av primärvårdskontakt: Kontaktregistreringen av olika distanskontakter är inte nödvändigtvis upplagd utifrån Socialstyrelsens definitioner av distanskontakter. Kategorin distanskontakter saknar möjlighet att differentiera mellan telefon-, video- och skriftliga/chattkontakter. Den möjligheten är viktig då både myndigheter, regioner och andra aktörer efterfrågar uppföljning av utvecklingen av tex videokontakter. Allt mer vård sker också genom olika nya digitala kanaler, t ex skriftliga formulär som besvaras via telefon eller i skrift. Dels finns det en kvalitativ skillnad mellan dessa kontakttyper och dels kan kvaliteten på data skilja sig åt mellan kontakttyperna. Vårdinformatiken behöver i så fall uppdateras och ensas. Först krävs nationella definitioner av dessa kontakttyper, t ex skillnad mellan mail och chat, och sätta en lägstanivå för vad som krävs av vårdgivarna i kontaktregistreringen.

Ett förslag för att hitta de kvalificerade kontakterna är att använda de kontakter där en diagnosregistrering skett (vilket redan används inom PrimärvårdsKvalitet). Det finns också ytterligare kriterier för om den kvalificerade vårdkontakten uppfyller kriterierna som ställts på utomlänsfakturerbara digitala vårdkontakter, som eventuellt skulle kunna användas.

En möjlighet (definition, tekniska förutsättningar) att få med teambesök vore önskvärt.

Planerade kontakter: Det är svårt att avgränsa vad som är oplanerat respektive planerat i primärvård, varför denna formulering blir godtycklig. På vårdgarantins tidsgränser behöver man ofta boka med kort varsel för att leva upp till garantin. Det vore bättre att ta med alla kontakter. Uppdelningen riskerar att skapa merarbete för personalen och blir inte korrekt och jämförbar.

Remisser: Både in- och utgående remisser bör ingå. Det skiljer sig mycket utifrån organisation och arbetssätt huruvida remisser skickas för uppföljning. Man kan t ex få ett meddelande eller en epikris från utskrivande klinik, alternativt att patienten ombeds att själv kontakta vårdcentralen efter utskrivning från sjukhus. Kopplingen till efterföljande kontakt blir mycket svår att göra. Utgående remisser från vårdcentralen kan utöver önskemål om fortsatt vård röra sig om "frågeremisser" för att själv kunna fortsätta handläggningen på vårdcentralen, varför mängden remisser inte nödvändigtvis speglar graden av eget omhändertagande.

Utförande enhet: SKR tror att det, precis som i den specialiserade vården, behöver finnas en verksamhetskod. Medicinskt verksamhetsområde (MVO), kunde vara ett bra sätt. Men MVO måste då arbetas igenom i grunden då den inte är uppdaterad eller

underhållen av Socialstyrelsen på ett antal år. Vidare kanske Socialstyrelsen även bör överväga att insamla driftsform, dvs om utföraren är i offentlig regi eller privat regi. HSAID är inte lämpligt för statistik p g a speglar organisationen på ett inte alltid gynnsamt sätt. En inrättningskod per fysisk plats och vårdgivare vore att föredra.

Här blir också frågan om vad som räknas som primärvård aktuell, vilket skiljer sig mellan regioner och kan bli extra svåravgränsad bland de digitala aktörerna. Allt mer specialiserad vård som tillhandahålls digitalt ingår i den offentliga finansieringen inom vårdval primärvård. En stor volym digital vård bemannas av läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin, t.ex. psykiatriker, neurologer etc. Förslagsvis är anslutningen till offentlig finansiering avgörande för vilken vårdnivå som vården tillhandahålls inom. Vårdkontakten bör emellertid ha ett MVO som är relevant för den vård som tillhandahålls, där området är kopplat till läkarens specialistkompetens.

En angelägen uppgift, både för PAR specialistvård och primärvård, är att fånga **regiformen** på utförande enhet.

Regiform och dess variabler:

- Offentlig regi, regiondriven
- Offentlig regi, regionägt bolag ingående i regionens koncernredovisning (KCR)
- Privat regi (privat, LOU, LOV, LOL, LOF, övrig offentlig, t ex idéburet offentligt partnerskap)

För att möjliggöra uppföljning av svensk sjukvård på systemnivå är också anslutnings- eller finansieringsform angelägen att fånga, så som också framförts av utredningen för privata sjukförsäkringar.

Diagnoser och koder: KSH97-P används fortfarande på en del håll och om inte alla använder ICD-10 är det risk för bortfall i registret. Det finns även omvårdnads-koder som ligger i ett separat kodverk.

ATC i tillägg till diagnoskod riskerar att orsaka mycket extra dokumentation då ett stort antal kontakter i primärvården berör läkemedel. Ett förtydligande kring vad man anser som "lämpliga fall" krävs. Det gäller även för läkemedel som yttre orsak till skada samt vid åtgärds-kodning (se nedan). Det vore bättre för registrets kvalitet att många/alla använder ATC-kodningen vid ett mindre antal tillfällen, men samma, än att kodningen används sporadiskt och godtyckligt.

Funktionstillstånd: SKR håller med om att ett urval av ICF-koder är nödvändigt och betonar att det är viktigt att detta urval förankras på primärvårdsnivå och bland relevanta professioner, t ex med en bred remissrunda. Här är det (utifrån den användningsstatistik Socialstyrelsen hänvisar till) extra viktigt att inkludera även kommunal primärvård.

Åtgärder: SKR vill uppmärksamma om att många av de insatser som görs i primärvården inte har någon KVÅ-kod, samtidigt som det för vissa insatser finns

många olika koder för samma/snarlika insatser. Ett hanterbart urval av KVÅ-koder som kan beskriva primärvårdens åtgärder behöver tas fram i samråd med berörda professioner med primärvårdsförankring. Det krävs även riktlinjer kring vilka professioner som ska använda koderna.

Angående ATC-koder i tillägg till åtgärdskodningen, se synpunkter ovan om Diagnoser.

Läkemedel: Se ovan om tillägg av ATC-koder. Att lägga till ytterligare kodning/registrering riskerar att förvärra den redan tunga administrationen. Man behöver specificera de särskilda fall där läkemedelskoder ska användas.

Yrkeskategori: SKR vill uppmärksamma om att det kan vara av värde att skilja på yrke och roll, t ex fast vårdkontakt, rehab-koordinator, rehab-samordnare, vårdsamordnare etc. SKR har inga synpunkter på att kodverket SOSNYK har tagits fram och nyttjas för de behov som finns i patientregistret, och det är positivt att kodverket kan vidareutvecklas enligt skrivningarna i konsekvensutredningen. Regionerna har dock ett bredare behov av att kunna dokumentera yrken på ett enhetligt sätt, dvs. även i andra syften än inrapportering till patientregistret. Ett kodverk som både kan användas som stöd i den vårdnära dokumentationen kring en enskild patient och som underlag för informationsöverföring till en rad olika register och statistikdatabaser samt till andra vårdinformationsystem, behöver därför utgå från ett bredare behovsunderlag än vad SOSNYK gör. Det är tveksamt om en vidareutveckling av SOSNYK kan göras i syfte att tillhandahålla ett sådant kodverk som täcker ytterligare eller samtliga behov hos regionerna.

Patientperspektivet: SKR vill förtydliga att vi ser över möjligheterna att i framtiden få med PROM i PrimärvårdsKvalitet, men saknar i nuläget tekniska förutsättningar. Att det nationella arbetet med PROMIS avstannat är en stark orsak till detta.

Rättslig analys

SKR välkomnar möjligheten att genom föreslagen registerinsamling kunna följa patienters väg i vårdkedjan, men förslaget innebär att Socialstyrelsen skulle få tillgång till mycket stor mängd känsliga personuppgifter om en stor del av Sveriges befolkning med få begränsningar.

SKR anser att en så omfattande insamling av känsliga personuppgifter som föreslås i utredningen inte bör ske genom en förordning utan genom lag, då det är en form av rättighetsbegränsning som kan komma ske genom den föreslagna insamlingen och bevarandet av uppgifterna övertid. Med hänvisning till grundlagsskyddet för den personliga integriteten i 2 kap. 6 § andra stycket RF bör insamlingen ske med stöd av lag.

En av de behandlingar som utredningen lyfter är kvalitetssäkring, enligt SKRs uppfattning är detta dock en uppgift för varje vårdgivare och inte en statlig myndighet.

Om insamlingen ska kunna bidra till det systematiska kvalitetsarbetet hos olika vårdgivare behöver de ha fri tillgång till sina inrapporterade uppgifter vilket de inte har.

Förbundet anser att insamlingen som förslås i utredningen huvudsakligen sker för statistikändamål samt forskning, och inte för något annat syfte.

Behov av goda tekniska förutsättningar för rapportering

SKR håller med om att rapporteringen behöver vara effektiv och ej resurskrävande. Man bör begränsa den data som samlas in till enbart systemgenererad data för att undvika stora undanträngningseffekter som kan uppstå om dokumentations- och rapporteringskraven blir för omfattande för primärvården att mäta med.

SKR ställer sig frågande till formuleringen "ett dokumentationssystem" (sid 83), om det är journalsystem/vårdinformationssystem som avses. I dagsläget finns inga planer på att införa ett enda journalsystem i landet, tvärtom finns långt gående planer och upphandlingar som omfattar olika journalsystem utifrån behoven i olika regioner. Dokumentationssystemen måste också passa verkliga patienter med oklara besvär, symptomdiagnoser, besvär som kan tyda på flera sjukdomar, etc.

Förväntad resursåtgång vid krav på uppgiftslämnande

SKR anser att insamlingen och de tekniska förberedelserna är omfattande och bör omfattas av finansieringsprincipen. Den utökade behandlingen av patientjournaluppgifter kommer att ske hos vårdgivare inom primärvården genom utlämnande av personuppgifter om patienter och genom Socialstyrelsens insamling, sammanställning och bearbetning m.m.

SKR önskar uppmärksamma om att angående kostnader för ökad kodning bland berörda professioner, så kan man inte enbart utgå från att detta skulle gå att lösa genom fler medicinska administratörer, utan det är också hög risk för undanträngningseffekter gentemot patienttid när professionerna förväntas lägga mer av sin tid på noggrann kodning och dokumentation. Denna kostnad är dessutom löpande så länge rapporteringsskyldigheten kvarstår och riskerar därmed att uppgå till stora belopp. Omfattande rapporteringsskyldighet blir extra kännbart för små enheter.

Utvecklingsbehov på närmare och längre sikt

SKR vill betona att förutsättningarna behöver komma på plats innan rapporteringskravet kan träda i kraft. Det krävs en lista över vilka vårdgivare som ska rapportera. Rapporteringen kan förväntas bli omfattande och resurskrävande, varför en prioriteringsordning för i vilken ordning implementeringen ska ske borde utarbetas i dialog med rapporterande huvudmän.

Sveriges Kommuner och Regioner

Staffan Isling
VD

Fredrik Lennartsson
Avdelningschef
Avdelningen för vård och omsorg