

Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.

ISSN 2002-1054, Artikelnummer xxxxxxxx
Utgivare: Chefsjurist Pär Ödman, Socialstyrelsen

**HSLF-FS
2017:XX**

Utkom från trycket
den xx xx 2017

Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården;

beslutade den XX månad 2017.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 5 § förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Föreskrifterna är utarbetade efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting.

Ledningssystem

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att varje vårdgivare ansvarar för att det finns sådana processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i dessa föreskrifter.

Uppgiftsskyldighet

2 § Varje kommun ska lämna uppgifter om de personer som har fått kommunal hälso- och sjukvård, dvs. sådan hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Uppgifterna ska lämnas i enlighet med vad som framgår av ***bilaga I***.

3 § Varje kommun ska lämna uppgifter om de vårdåtgärder som har vidtagits avseende patienter i den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgifter ska dock endast lämnas om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har vidtagit vårdåtgärderna.

Uppgifterna ska inte omfatta de vårdåtgärder som har vidtagits av någon annan vårdgivare än kommunen.

**HSLF-FS
2017:XX**

Uppgifterna ska lämnas i enlighet med vad som framgår av *bilaga*
2.

4 § Uppgifterna i 2 och 3 §§ ska lämnas senast den sista dagen i månaden, två månader efter den månad då kommunal hälso- och sjukvård har getts.

5 § Uppgifterna ska lämnas till Socialstyrelsen genom myndighetens elektroniska tjänster för filöverföring eller på motsvarande sätt till den som på uppdrag av Socialstyrelsen ansvarar för att samla in uppgifterna.

-
1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2019.
 2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:08) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen

OLIVIA WIGZELL

Henriette Wejdmark

Bilaga 1

Uppgifter om personer som fått kommunal hälso- och sjukvård

- Uppgifterna ska lämnas i en (1) textfil.
- Filen ska namnges i enlighet med vad som anges efter "Filnamn" ovanför tabellen nedan.
 - LLKK står för läns- och kommunkod som uppgifterna gäller för.
 - AAAAAMM står för det år och den månad som uppgifterna gäller för.
 - AAAAAMDDTHHMM står för tidpunkten när uppgifterna lämnas.
- Uppgifterna ska skiljas åt med semikolon (;).
- En rad får inte avslutas med semikolon.

Filnamn: KHSL1_LLKK_AAAAAMM_AAAAAMDDTHHMM.txt

Uppgift nr	Uppgift	Antal tecken	Format	Beskrivning
Grunduppgifter				
1	Läns- och kommunkod	4	LLKK	Ska registreras enligt Statistiska centralbyråns förteckning över läns- och kommunkoder.
2	Stadsdelsnämnd/motsvarande	30		Ska lämnas av kommuner med stadsdelsnämnd eller motsvarande. Om sådan indelning inte finns, ska utrymmet för uppgiften lämnas tomt.
3	Personnummer	12 eller 3	AAAAAMDD NNNN/AAAA MMNNNNNN	Om personnummer inte finns, ska samordningsnummer anges. Om inget av dessa finns, ska "n/a" anges.
4	Identifieringsalternativ	1	1, 2 eller 3	Vilket alternativ som angivits för uppgiften <i>Personnummer</i> . 1 = personnummer 2 = samordningsnummer 3 = personnummer och samordningsnummer finns inte
5	Reservnummer	12		Om personnummer och samordningsnummer inte finns, ska ett reservnummer anges. Det ska vara unikt för varje kommun.
Övrig uppgift				
6	År och månad	6	AAAAAMM	Det år och den månad då kommunal hälso- och sjukvård getts.

Bilaga 2

Uppgifter om vårdåtgärder som vidtagits avseende patienter i kommunal hälso- och sjukvård

- Uppgifterna ska lämnas i en (1) textfil.
- Filen ska namnges i enlighet med vad som anges efter "Filnamn" ovanför tabellen nedan.
LLKK står för läns- och kommunkod som uppgifterna gäller för.
ÅÅÅÅMM står för det år och den månad som uppgifterna gäller för.
ÅÅÅÅMMDDTHHMM står för tidpunkten när uppgifterna lämnas.
- Uppgifterna ska skiljas åt med semikolon (;).
- En rad får inte avslutas med semikolon.

Filnamn: *KHSL2_LLKK_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM.txt*

Uppgift nr	Uppgift	Antal tecken	Format	Beskrivning
Grunduppgifter				
1	Läns- och kommunkod	4	LLKK	Ska registreras enligt Statistiska centralbyråns förteckning över läns- och kommun-koder.
2	Stadsdelsnämnd/motsvarande	30		Ska lämnas av kommuner med stadsdelsnämnd eller motsvarande. Om sådan indelning inte finns, ska utrymmet för uppgiften lämnas tomt.
3	Personnummer	12 eller 3	ÅÅÅÅMMDD NNNN/ÅÅÅÅ MMNNNNNN	Om personnummer inte finns, ska samordningsnummer anges. Om inget av dessa finns, ska "n/a" anges.
4	Identifieringsalternativ	1	1, 2 eller 3	Vilket alternativ som angivits för uppgiften <i>Personnummer</i> . 1 = personnummer 2 = samordningsnummer 3 = personnummer och samordningsnummer finns inte
5	Reservnummer	12		Om personnummer och samordningsnummer inte finns, ska ett reservnummer anges. Det ska vara unikt för varje kommun.
Åtgärder				
6	Åtgärdskod	7		Ska registreras enligt "Klassifikation av vårdåtgärder" (KVÅ) med fortlöpande ändringar. Ska anges på den mest detaljerade nivån i KVÅ. Koden ska anges utan punkt. Om en åtgärd med samma kod vidtagits flera gånger under ett kalenderdygn, behöver koden endast anges en gång för det dygnet.
7	Åtgärdsdatum	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då åtgärden påbörjades.
8	Kod för yrkesbeteckning 1	7		Avser yrkesbeteckning för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som vidtagit åtgärden.

Uppgift nr	Uppgift	Antal tecken	Format	Beskrivning
				Ska registreras enligt "Klassifikation av vårdåtgärder" med fortlöpande ändringar. Koden ska anges utan punkt. Om fler än en kategori legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gemensamt vidtagit åtgärden, ska koder anges för samtliga yrkeskategorier. Maximalt fem (5) koder per åtgärd. Koderna ska anges separat (se kod för yrkesbeteckning 2–5).
9	Kod för yrkesbeteckning 2	7		Se kod för yrkesbeteckning 1
10	Kod för yrkesbeteckning 3	7		Se kod för yrkesbeteckning 1
11	Kod för yrkesbeteckning 4	7		Se kod för yrkesbeteckning 1
12	Kod för yrkesbeteckning 5	7		Se kod för yrkesbeteckning 1

Konsekvensutredning

Förslag till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Sammanfattning av föreskrifterna

Förslaget till nya föreskrifter innebär i korthet två nya filspecifikationer, nya uppgifter som ska lämnas till registret och ökad rapporteringsfrekvens.

Förslaget bygger på samma definition av vilka individer som omfattas av registret som Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter (2007:8) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslaget leder således inte till att målgruppen som omfattas av registret förändras. Förslaget innebär att fler uppgifter samlas in under vissa förutsättningar om en del av de individer som redan ingår i registrets målpopulation.

De nya filspecifikationerna innebär att den nuvarande rapporteringen behålls (med mindre tekniska förändringar) men kompletteras med ytterligare en fil som innehåller nya uppgifter. Den nya insamlingen kommer således omfatta två filer istället för en. Enligt nuvarande föreskrifter lämnar kommunerna in en fil med personnummer på de personer som, per månad, fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Denna fil omnämns i förslaget till nya föreskrifter som bilaga 1 medan filen med uppgifter om vårdåtgärder omnämns som bilaga 2.

De nya uppgifterna som ska lämnas till Socialstyrelsen är 1) av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal vidtagen vårdåtgärd klassificerad på den mest detaljerade nivån i klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), 2) datum då vårdåtgärden utförts (påbörjats) och 3) den legitimerade yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden klassificerad enligt KVÅ. Uppgifterna ska inte omfatta de vårdåtgärder som har vidtagits av någon annan vårdgivare än kommunen.

Socialstyrelsen har avgränsat förslaget till att endast omfatta vårdåtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Förslaget omfattar de vårdåtgärder som en vårdgivare ska dokumentera i patientjournalen i enlighet med patientdatalagen (2008:355), PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Förslaget medför sannolikt en påverkan på hur en vårdgivare dokumenterar, men innebär alltså inte att någon ny sorts information behöver dokumenteras.

Den ökade rapporteringsfrekvensen innebär att kommunerna kommer att lämna uppgifterna månadsvis istället för, som i dag, halvårsvis.

Föreskrifterna föreslås gälla från och med den 1 januari 2019.

1. Bakgrund

Vad är kommunal hälso- och sjukvård?

Kommunal hälso- och sjukvård regleras i 12 kap. och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och kan ges till personer som bor på särskilt boende¹, vistas i dagverksamhet² eller bor i ordinärt boende (hemsjukvård). Kommunal hälso- och sjukvård utförs både av legitimerad personal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter m.fl.) samt, under vissa förutsättningar, av icke-legitimerad personal (undersköterskor, vårdbiträden m.fl.). Kommunal hälso- och sjukvård inkluderar även habilitering, rehabilitering och hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning. Läkarinsatser ingår dock inte i den kommunala hälso- och sjukvården, dessa faller inom landstingens ansvar.

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård

Varje år får cirka 400 000 personer någon form av vårdåtgärd i kommunal hälso- och sjukvård.³ De flesta är äldre, 84 procent är över 65 år. Majoriteten, 71 procent, av dem som får kommunal hälso- och sjukvård har även socialtjänstinsatser i någon form, t.ex. hemtjänst. Av patienterna bodde 33 procent på särskilt boende, antingen enligt socialtjänstlagen eller enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Av de cirka 400 000 personer som någon gång under året fått kommunal hälso- och sjukvård har knappt hälften även vårdats i slutenvården under samma år.⁴ De personer som får kommunal hälso- och sjukvård utgör således en grupp patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov och den kommunala hälso- och sjukvården fyller en viktig funktion i den samlade hälso- och sjukvården kring äldre och personer med funktionsnedsättning.

Registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård

Personuppgifterna i registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård får användas till framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL samt för forskning och epidemiologiska undersökningar enligt förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Registret skapades 2007 och används i dag nästan enbart för framställning av statistik över antal patienter i kommunal hälso- och sjukvård, d.v.s. antal personer som fått minst en vårdåtgärd inom kommunal hälso- och sjukvård under året.

¹ Enligt 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § 1 st. 2. SoL där insatsen ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL, och enligt 5 kap. 7 § 3 st. SoL där insatsen ges med stöd av 9 § 8 eller 9 § 9 LSS, 9 § 8 eller 9 § 9 LSS och där tillstånd att driva verksamhet finns enligt 23 § LSS, se prop. 1992/93:159 s. 182.

² Daglig verksamhet enligt 9 § 10 LSS (se prop. 1992/93:159 s. 182), dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § SoL där insatsen ges med stöd av 4 kap. 1 § SoL.

³ <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20174/2016-5-3.pdf>

⁴ Baserat på uppgifter från registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård samt patientregistret år 2014 då 392960 personer hade kommunal hälso- och sjukvård varav 179963 även vårdats vid minst ett tillfälle inom den slutna vården.

Registret används ytterst sällan för uppföljning, utvärdering kvalitetssäkring, forskning eller epidemiologiska undersökningar då det saknas väsentliga uppgifter i registret. Samhällsnyttan med registret är därför i dag låg.

Uppdrag om att utveckla statistiken

Det finns kvalitativ nationell statistik om slutenvård, specialiserad öppenvård, socialtjänst- och LSS-insatser men saknas nästan helt för den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har under senare år haft flera regeringsuppdrag om att utveckla statistiken om bl.a. den kommunala hälso- och sjukvården.

- I *Uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre*⁵ står det bl.a. "För att de öppna jämförelsernas relevans och kvalitet skall utvecklas behöver tillgången till data förbättras i det reguljära statistiksystemet, både på individ- och verksamhetsnivå. [...] Socialstyrelsen skall även undersöka förutsättningarna för tätare inrapportering av statistikuppgifter."
- I *Uppdrag att intensifiera utvecklingen av öppna jämförelser och ta fram en handlingsplan för ökad tillgång till data av god kvalitet inom socialtjänsten m.m.*⁶ står det bl.a. "Individbaserade data är en grundläggande förutsättning för att få en överblick över kommunernas insatser och för att kunna beskriva och följa upp behov, vårdprocesser, verksamheter, kostnader och resultat. Inom äldreomsorgen och stödet till personer med funktionsnedsättning har Socialstyrelsen nyligen genomfört ett arbete och har nu ett register med individdata, men inom övriga delar av socialtjänsten och hemsjukvården behövs ökad tillgång till individbaserade data."
- I *Uppdrag om insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre*⁷ står det bl.a. "Socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utveckla den personnummerbaserade statistiken över äldres vård och omsorg så att månadsvis insamling och presentation sker. Insamling av behovsuppgifter ska utredas och en plan utarbetas för hur statistiken ska utvecklas bl.a. för hemsjukvård samt för stöd till anhöriga och icke biståndsprövade insatser enligt socialtjänstlagen."

2. Samråd

Socialstyrelsen har samrått med SKL enligt 5 § förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

SKL tillstyrker i princip förslaget som de anser ligger i linje med en förbättrad kunskapsstyrning i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. SKL anser att den utökade insamlingen kommer att medföra större nytta på alla samhällsnivåer och sektorer, men att kommunerna ska kompenseras för sina merkostnader. Vidare anger SKL att insamlingen av uppgifterna på individnivå

⁵ S2006/7202/ST, S2007/518/ST

⁶ S2009/-/ST (delvis)

⁷ S2012/2022/FST (delvis)

borde omfatta alla vårdgivare som utför hälso- och sjukvård, såväl i ordinärt som särskilt boende, inom ramen för det kommunala åtagandet.

3. Beskrivning av problemet och vad Socialstyrelsen vill uppnå

Syftet med regeländringen

Syftet med föreskriftsändringarna är att kunna ta fram mer utförlig statistik samt möjliggöra forskning och epidemiologiska undersökningar om insatser till patienter i kommunal hälso- och sjukvård. Ändringarna skulle öka samhällsnyttan med registret avsevärt och möjliggöra en mer heltäckande uppföljning av vården kring framförallt äldre och personer med funktionsnedsättning, vilket i sin tur bidrar till att skapa en ändamålsenlig, evidensbaserad, effektiv och likvärdig kommunal hälso- och sjukvård.

Den kommunal hälso- och sjukvården är en viktig del i den samlade hälso- och sjukvården kring personer med omfattande vård- och omsorgsbehov men det saknas uppgifter på nationell nivå för att beskriva och följa upp den kommunala hälso- och sjukvårdens insatser. I betänkandet *Effektiv vård*⁸ framgår att en långtgående förändring behövs när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatser från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst. Detta är främst av stor betydelse för den enskilde patienten men behöver även kunna analyseras och följas upp på en övergripande och nationell nivå. Att utveckla registret över kommunal hälso- och sjukvård är en del i arbetet med att skapa förutsättningar för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård med hjälp av nationell statistik, individbaserade indikatorer och forskning.

Uppgifter om vidtagna vårdåtgärder behövs för att kunna beskriva och analysera insatser till patienter i kommunal hälso- och sjukvård. KVA erbjuder en systematik för att beskriva vårdåtgärder på ett entydigt och jämförbart sätt och används vid rapportering till andra hälsodataregister vid Socialstyrelsen.

Uppgift om datum då vårdåtgärden utförts behövs för att kunna beskriva flödet av vårdåtgärder och för att kunna göra korrekta sambearbetningar med andra register. Datum för vårdåtgärd kan också användas för att se under hur lång period en person haft vårdåtgärden och därmed användas som ett mått på omfattningen av vårdåtgärden.

Uppgift om vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden behövs för att ta fram beskrivande statistik över de legitimerade yrkesgruppernas vårdåtgärder i kommunal hälso- och sjukvård och för att göra korrekta jämförelser på kommunnivå.

Socialstyrelsen föreslår månadsvis insamling av uppgifter. Socialstyrelsens erfarenhet från andra insamlingar som har övergått till månadsvis rapportering är att detta leder till högre kvalitet på uppgifterna. När uppgifter lämnas sällan (t.ex. en gång per år) brukar uppgiftslämnarna göra mycket av arbetet med datauttaget manuellt. Vid tätare insamlingar (t.ex. månadsvis) sätter många uppgiftslämnare istället upp rutiner för mer standardiserade uttag. Detta leder i sin tur till

⁸ Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården, SOU 2016:2

att uttagen av data ur systemen görs på samma sätt vid varje inlämningstillfälle vilket minskar risken för variationer i data som beror på skillnader i metoderna för att ta fram data ur systemen. Dessutom är det lättare för både uppgiftslämnaren och Socialstyrelsen att kvalitetskontrollera data för en månad (mindre mängd uppgifter) är för t.ex. ett helt år. Ytterligare en anledning till att samla in uppgifterna månadsvis är att uppgifter till många andra hälsodata- och socialtjänstregister sker månadsvis.

Personuppgifter som får behandlas

Vilka uppgifter som Socialstyrelsen får behandla och som omfattas av kommunernas uppgiftsskyldighet framgår av förordning om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Av 4 § samma förordning framgår att sådana personuppgifter får behandlas som rör personer som fått hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 eller 2 §§ eller 14 kap. 1 § HSL. Behandlingen får avse uppgifter om personnummer, bosättningsort, kommun som utfört vårdinsatser, nummer i Centrala företags- och arbetsställeregistret (CFAR-nummer) för utföraren av vårdinsatserna, åtgärder, tidpunkter för åtgärder, omfattning av åtgärder räknad i tid och om åtgärder vidtagits av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården eller av annan personal på delegation.

Det ovan angivna beskriver således vilka uppgifter Socialstyrelsen får behandla och som omfattas av uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsen har dock under författningsarbetet bedömt att alla dessa uppgifter för närvarande inte ska omfattas av föreskrifterna och därmed att kommunerna inte ska bli skyldiga att lämna alla dessa uppgifter. T.ex. förslås inte att omfattning av åtgärder räknad i tid ska rapporteras till Socialstyrelsen och inte heller åtgärder som vidtagits av personal på delegation. Vilka uppgifter som föreslås lämnas till registret redogörs för nedan.

Föreslagna föreskrifter

Förslaget till nya föreskrifter innebär två nya filspecifikationer, nya uppgifter som ska lämnas till registret och ökad rapporteringsfrekvens.

Förslaget bygger på samma definition av vilka individer som omfattas av registret som Socialstyrelsens nuvarande föreskrifter (SOSFS 2007:8) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslaget leder således inte till att målgruppen som omfattas av registret förändras. Förslaget innebär att fler uppgifter samlas in under vissa förutsättningar om en del av de individer som redan ingår i registrets målpopulation. Förutsättningarna anges nedan.

Nya filspecifikationer (bilaga 1 och 2 i föreskrifterna)

De nya filspecifikationerna innebär att den nuvarande rapporteringen behålls (med mindre förändringar av filspecifikationen för att kvalitetssäkra inrapporteringen) men kompletteras med ytterligare en fil som innehåller nya uppgifter. Den nya insamlingen kommer således omfatta två filer istället för en. Enligt nuvarande föreskrift lämnar kommunerna in en fil med personnummer på de patienter som, per månad, fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Denna fil omnämns i förslaget till ny föreskrift som bilaga 1 medan den nya

filen med uppgifter om vårdåtgärder omnämns som bilaga 2. De nya uppgifterna i bilaga 2 beskrivs nedan.

Förändringarna av bilaga 1 innebär att hanteringen av person- respektive samordningsnummer ändras så att rapportörerna behöver särskilja på vilket av dem som faktiskt rapporteras. Om person- och samordningsnummer inte finns så ska ett reservnummer (ett tillfälligt id-nummer) rapporteras. En specifik variabel, kallad *identifieringsalternativ*, har lagts till för att särskilja de olika formerna av identifikationsnummer.

Nya uppgifter (bilaga 2 i föreskrifterna)

KVÅ-kod för vidtagen vårdåtgärd

Uppgifter om vidtagna vårdåtgärder behövs för att kunna beskriva och analysera insatser till patienter i kommunal hälso- och sjukvård. Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) erbjuder en systematik för att beskriva vårdåtgärder på ett entydigt och jämförbart sätt och används vid rapportering till andra hälsodataregister vid Socialstyrelsen, t.ex. patientregistret och medicinska födelseregistret.

Sammanfattningsvis avser uppgiften vårdåtgärder vidtagna av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom kommunal hälso- och sjukvård och klassificerade på den mest detaljerade nivån i KVÅ. Ett obegränsat antal poster med kod kan rapporteras.

Uppgifterna omfattar dock inte de vårdåtgärder som har vidtagits av någon annan vårdgivare än kommunen.

Socialstyrelsen har avgränsat förslaget till att endast omfatta vårdåtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta är för att det ska vara arbetsmässigt och tekniskt genomförbart för kommunerna att dokumentera uppgifterna på det sätt som Socialstyrelsen efterfrågar. Förslaget är också avgränsat till patientrelaterade vårdåtgärder och omfattar således inte åtgärder i form av att lämna rutinmässig information till patient, att dokumentera i patientjournal eller att planera inför patientkontakt o.s.v. Förslaget omfattar de vårdåtgärder som en vårdgivare ska dokumentera i patientjournalen i enlighet med PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Förslaget medför sannolikt en påverkan på hur en vårdgivare dokumenterar, men innebär alltså inte att någon ny sorts information behöver dokumenteras.

Datum för vårdåtgärd

Uppgift om datum då vårdåtgärden utförts behövs för att kunna beskriva flödet av vårdåtgärder och för att kunna göra korrekta sambearbetningar med andra register. Datum är en grunduppgift i register och uppgifter om datum för t.ex. vårdåtgärder, diagnoser och beslut om socialtjänstinsatser ingår i alla Socialstyrelsens register med data på helårsnivå.

Datum för vårdåtgärd kan även användas för att se under hur lång period en person haft vårdåtgärden och därmed användas som ett mått på omfattningen av vårdåtgärden.

Uppgiften avser det datum då vårdåtgärden vidtogs. Om vårdåtgärden pågått över kalenderdygnsskifte eller pågått över 24 timmar anges det datum då vårdåtgärden påbörjades. Vårdåtgärder med samma KVA-kod som utförs flera gånger per kalenderdygn till en och samma patient behöver bara rapporteras för en gång per kalenderdygn.

KVA-kod för yrkesgrupp

Uppgift om vilken legitimerad yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden behövs för att ta fram beskrivande statistik över de legitimerade yrkesgruppernas vårdåtgärder i kommunal hälso- och sjukvård och för att göra korrekta jämförelser på kommunnivå.

Uppgiften avser yrkesbeteckningen för den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som utfört vårdåtgärden. Uppgiften ska klassificeras enligt senaste versionen av KVA.

Ökad rapporteringsfrekvens (bilaga 1 och 2 i föreskrifterna)

Socialstyrelsen föreslår månadsvis insamling av uppgifter då detta ökar kvaliteten på lämnade uppgifter och eftersom uppgifter till många andra hälsodata- och socialtjänstregister sker månadsvis.

För närvarande sker inrapporteringen två gånger per år, senast den 15 februari respektive 15 september och avser förhållandena under perioderna 1 juli – 31 december föregående år respektive 1 januari – 30 juni innevarande år. I den nya insamlingen avser uppgifterna den kalendermånad då vårdåtgärden utförts och lämnas senast den sista dagen i den månad som följer två månader efter den månad då vårdåtgärden utförts. Uppgifter om vårdåtgärder som utförts i januari månad ska således rapporteras senast den sista mars, uppgifter för februari månad senast sista april o.s.v.

En snabbare hantering och återföring av statistik är angeläget av flera skäl, exempelvis för arbetet med verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling inom den kommunala hälso- och sjukvården och för beslut på nationell nivå som rör hälso- och sjukvårdsutveckling. Kraven på att kunna följa välfärdens utveckling ökar, såväl på nationell som på lokal och regional nivå. Regeringen har tidigare uppdragit åt Socialstyrelsen att utveckla den personnummerbaserade statistiken över äldres vård och omsorg så att månadsvis insamling och presentation sker.⁹

Socialstyrelsens utgångspunkter för förslaget

Socialstyrelsens insamling av registeruppgifter innebär att den som är uppgiftsskyldig måste lämna in uppgifterna i den form som Socialstyrelsen efterfrågar. Den uppgiftsskyldiges dokumentation av uppgifterna kan dock ske på olika sätt och i olika system. Socialstyrelsen anger inte, i förslaget till författning, på vilket sätt eller i vilka system dokumentationen ska föras så länge uppgifterna som Socialstyrelsen efterfrågar kan lämnas till myndigheten.

De uppgifter som Socialstyrelsen efterfrågar överensstämmer med uppgifter som en vårdgivare måste dokumentera i patientjournalen i enlighet med PDL,

⁹ Regeringsbeslut S2012/2022/FST

och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

I vissa fall är uppgifterna sådana att det är praktiskt genomförbart att dokumentera dem löpande även någon annanstans än i patientjournalen eller att det i efterhand är praktiskt möjligt att "översätta" uppgifter i patientjournalen till det format som Socialstyrelsen efterfrågar inför rapporteringen. Vad gäller de uppgifter om vidtagna vårdåtgärder som ingår i detta förslag till föreskrifter är dock det mest rimliga och ändamålsenliga att föra en löpande dokumentation av uppgifter i patientjournalen i den form som Socialstyrelsen efterfrågar, nämligen genom att klassificera vidtagna vårdåtgärder enligt KVA direkt i patientjournalen.

Att använda KVA överensstämmer med vad som rekommenderas i HSLF-FS 2016:40 där det framgår att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga (5 kap. 2 §). I de allmänna råden till bestämmelsen anges följande, "för att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga bör vårdgivaren använda följande publikationer, när de är tillämpliga: Socialstyrelsens termbank, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE), KVA, Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) och Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms (Snomed CT).

Socialstyrelsen har, som nämnts, uppmärksammat att det i praktiken är svårt att se någon annan lösning än att vårdåtgärderna dokumenteras enligt KVA direkt i journalsystemet. Socialstyrelsen har därför haft följande utgångspunkter när det nya förslaget tagits fram.

1. Uppgifterna Socialstyrelsen begär in kan dokumenteras direkt i den lokala patientjournalen och förslaget behöver inte leda till "dubbeldokumentation" i verksamheterna. Av den anledningen har det inte tagits fram en lista med vårdåtgärder som ska dokumenteras enbart för statistikens räkning (läs mer under rubriken *Alternativa lösningar och effekter om föreskrifterna inte kommer till stånd*).
2. Uppgifterna är av den karaktären att de omfattas av PDL och HSLF-FS 2016:40 och därmed ska dokumenteras i journalen. Förslaget ska alltså inte medföra att någon ny sorts information behöver dokumenteras.
3. Uppgifterna kan dokumenteras på ett sådant sätt att det stämmer överens med HSLF-FS 2016:40. T.ex. att uppgifterna finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för hälso- och sjukvårdspersonalen (5 kap. 1 §) och att uppgifterna i en patientjournal är entydiga (5 kap. 2 §).
4. Förslaget överensstämmer med den nationella informationsstrukturen och det nationella fackspråket.
5. Uppgifterna kan dokumenteras på ett professionsneutralt sätt.
6. Uppgifterna är sådana att även verksamheterna själva har nytta av att använda dem på ett strukturerat sätt.

Möjligheter i det nya registret

Det nya registrets uppbyggnad överensstämmer med övriga hälsodataregister vid Socialstyrelsen. Det finns inga begränsningar i vilka KVA-koder som får användas och den kommunala hälso- och sjukvården kommer kunna beskrivas "förut-sättningslöst".

Registret kommer att kunna användas för att ta fram nationell, regional och lokal statistik över de vårdåtgärder (antal, typ och utförande yrkesgrupp) som patienter i kommunal hälso- och sjukvård får av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Registret kan användas för att studera förändringar över tid. Registeruppgifterna kommer att kunna användas för forskning och epidemiologiska undersökningar bl.a. genom sambearbetning med uppgifter från andra hälsodata- och socialtjänstregister. I och med att registret kommer innehålla datum för varje vidtagen vårdåtgärd blir det möjligt att beskriva genomsnittliga flöden mellan t.ex. slutenvård, socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Registret kommer även att förbättra möjligheter att utveckla indikatorer för öppna jämförelser av den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen genomförde en testinsamling av de uppgifter som föreslås ingå i den nya insamlingen. Resultatet av testinsamling finns publicerat på Socialstyrelsens webbplats¹⁰. Tabell 1 nedan ger ett exempel på statistik som kan presenteras baserat på det nya registret. Tabellen visar de tio mest rapporterade KVÅ-koderna i testinsamlingen. De utgjorde hälften av alla rapporterade åtgärds-koder. Den andra hälften bestod av cirka 265 olika åtgärds-koder.

Tabell 1

De tio mest rapporterade KVÅ-koderna i testinsamling 2015

KVÅ-kod med åtgärdsbeskrivning	Antal åtgärder	Andel av alla åtgärder i %
DV046 Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos (i)	3 623	12,2
QT005 Hjälpmedelsförskrivning (i)	3 104	10,5
QH008 Sårvård (i)	2 343	7,9
DT0XX Läkemedelstillförsel (aggregerat)*	2 241	5,7
DT026 Ordination av läkemedel (i)	1 702	3,2
PH001 Bedömning av huden (i)	947	3,0
PT002 Bedömning av hjälpmedelsbehov (i)	880	2,8
PB009 Bedömning av smärta (i)	843	2,7
PD000 Utredning av hjärt-kärlfunktioner, blodbildnings- och immunsystems-funktioner och andningsfunktioner (i)	422	1,4
PH003 Bedömning av hudens läkande funktion (i)	418	1,4
Summa	15 075	50,8

Källa: Resultat av testinsamling av nya uppgifter till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/register-resultat-testinsamling-160930.pdf>

Begränsningar i det nya registret

Det kommer att finnas vissa begränsningar i det nya registret. Sammantaget innebär begränsningarna att alla vårdåtgärder inte kommer att ingå i registret.

¹⁰ <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/register-resultat-testinsamling-160930.pdf>

1. Vårdåtgärder som utförs av icke-legitimerad personal kommer inte att ingå. Uppskattningsvis kommer majoriteten av dessa vårdåtgärder avse läkemedelsadministration men även såromläggningar, hantering av sonder och urin-kateter, blodsockermätning samt kontrakturprofylax och funktionsträning.¹¹ Den icke-legitimerade personalen arbetar oftast inom socialtjänsten och räknas som hälso- och sjukvårdspersonal endast då de utför hälso- och sjukvårdsåtgärder. Den icke-legitimerade personalen dokumenterar ofta inte direkt i den elektroniska patientjournalen och Socialstyrelsen har gjort bedömningen att det skulle innebära en stor administrativ börda för kommunerna att inkludera även dessa vårdåtgärder i rapporteringen. Åtgärder utförda av icke-legitimerad personal omfattas därefter inte av förslaget till ny föreskrift.
2. Vårdåtgärder som har vidtagits av någon annan vårdgivare än kommunen kommer inte att ingå. Se avsnitt 7 om bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på för ytterligare information.

I Stockholms län (bortsett från Norrtälje kommun) är det för närvarande landstinget som har ansvar för hemsjukvården. Stockholm har startat ett arbete för att kommunalisera hemsjukvården och enligt tidplanen kommer detta att ske från och med 2020¹². Vårdåtgärder som utförs i hemsjukvården i Stockholms län fram till dess att den kommunaliserats kommer inte ingå i registret.

4. Alternativa lösningar och effekter om föreskrifterna inte kommer till stånd

Att inte göra någon förändring av nuvarande insamling

Syftet med regeländringen (se sidan 4) kan inte uppnås om den nuvarande insamlingen inte förändras. Konsekvenserna av att inte samla in uppgifter om vidtagna vårdåtgärder är att samhällsnyttan med registret kommer att vara fortsatt låg.

Mängdstatistik

Syftet med föreskriftsändringen (se sidan 4) kan inte uppnås med mängdstatistik.

Socialstyrelsen samlar in viss statistik som mängdstatistik, dvs. som sifferuppgifter i en tabell istället för som registeruppgifter med personnummer. I detta fall är dock kombinationen av antalet uppgifter (vidtagna vårdåtgärder uppdelade på månad, kön och åldersgrupper) mycket stor. Dessutom finns ett behov av att kunna använda uppgifterna för forskning och epidemiologiska undersökningar vilket inte är möjligt med enbart statistiska uppgifter.

Frivillig rapportering

Syftet med föreskriftsändringen (se sidan 4) kan inte uppnås med frivillig rapportering.

Tillförlitlig statistik som ska kunna redovisas över tid och på riks-, läns- och kommunnivå kräver att alla kommuner rapporterar. Med en frivillig rapportering

¹¹ https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8800/2008-126-59_200812659.pdf

¹² <http://www.ksl.se/halsa-och-stod/nyheter/2017/2017-03-15-nu-startar-samverkansarbetet-for-en-kommunaliserad-hemsjukvard-i-stockholm.html>

är det rimligt att anta att det vid varje rapporteringstillfälle skulle finnas ett visst bortfall, både på kommun- och på variabelnivå. Konsekvenserna av det är att statistiken inte blir tillförlitlig då kvaliteten är låg, att det inte går att göra jämförelser mellan kommuner/län och att det inte går att ta fram tillförlitliga värden för riket.

Utgå från "kortlista" med fåtal KVÅ-koder för nationell statistik

Om förslagen skulle utgå från ett "kortlista" med ett fåtal KVÅ-koder utvalda för nationell statistik skulle syftet med föreskriftsändringen (se sidan 4) uppnås men förslaget skulle inte utgå från professionernas behov i den dagliga dokumentationen och sannolikt bidra till "dubbeldokumentation".

Ett alternativ till nuvarande förslag är att Socialstyrelsen tar fram ett mycket begränsat urval av KVÅ-kodade vårdåtgärder som ska rapporteras till registret oavsett vilken yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden. Detta skulle vara bra ur statistiksynpunkt då registret skulle vara heltäckande för ett visst antal vårdåtgärder. Socialstyrelsen har dock valt bort detta alternativ av följande två skäl. 1) Det är svårt att ta fram ett mycket begränsat urval KVÅ-koder för den kommunala hälso- och sjukvården då den omfattar väldigt många olika vårdåtgärder. 2) Socialstyrelsen har haft som utgångspunkt i arbetet att de uppgifter som begärs in till registret ska vara möjliga att ta fram ur den lokala patientjournalen och att förslaget inte ska leda till "dubbeldokumentation" i verksamheterna vilket också talar emot en "kortlista" med åtgärder som ska dokumenteras främst för statistikändamål.

Rapportera alla vidtagna vårdåtgärder

Om förslaget skulle utgå från att alla vårdåtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården ska rapporteras (alltså oavsett vilken hälso- och sjukvårdspersonal som vidtar åtgärden) skulle syftet med föreskriftsändringen (se sidan 4) uppnås men, ett sådant förslag är enligt Socialstyrelsens bedömning inte praktiskt genomförbart.

Ett alternativ till nuvarande förslag är att inte avgränsa insamlingen till att endast omfatta de vårdåtgärder som utförts av legitimerad personal, dvs. att även vårdåtgärder utförda av icke-legitimerad personal skulle ingå. Detta vore bra ur statistiksynpunkt då registret skulle täcka alla vidtagna vårdåtgärder i kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer dock att detta inte är genomförbart i praktiken (se beskrivning under rubriken *Begränsningar i registret*).

5. Vilka som berörs av föreskrifterna

De som berörs av föreskriftsändringen är:

1. Kommunerna. Föreskriftsändringen avser uppgifter om den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § HSL och uppgiftsskyldigheten åligger kommunerna enligt förordning om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i kommunal hälso-

och sjukvård berörs på så sätt att det är de vårdåtgärder de utför som omfattas av förslaget.

2. Patienter i kommunal hälso- och sjukvård. Patienterna berörs av föreskriftsändringarna på så sätt att uppgifter om de vårdåtgärder de fått i kommunal hälso- och sjukvård kommer att finnas i ett nationellt register.
3. Socialstyrelsen. Myndigheten behöver kvalitetssäkra och förvalta registret samt publicera utökad statistik om kommunal hälso- och sjukvård.

6. Barnkonsekvensanalys

Varje år får cirka 1500 personer under 18 år insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgifter om de vårdåtgärder dessa barn och unga får kommer i likhet med uppgifter om övriga patienter i kommunal hälso- och sjukvård att omfattas av föreskrifterna. På sikt innebär det att syftet med föreskriftsändringarna, dvs. att bidra till att skapa en ändamålsenlig, evidensbaserad, effektiv och likvärdig kommunal hälso- och sjukvård, även omfattar barn och unga.

7. Bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på

Enligt 5 § förordningen om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården får Socialstyrelsen, efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, meddela föreskrifter om uppgiftslämnandet enligt förordningen.

I 5 § anges att det är kommunerna som ska lämna uppgifter till registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det finns ingen i lag eller förordning reglerad uppgiftsskyldighet för andra vårdgivare än kommunen. En uppgiftsskyldighet skulle kunna vara utformad så att uppgifter från andra vårdgivare än kommunen skulle lämnas direkt till Socialstyrelsen eller till en kommun för vidareförmedling till Socialstyrelsen. Eftersom det inte finns någon uppgiftsskyldighet i lag eller förordning för andra vårdgivare bedömer Socialstyrelsen att det inte finns något stöd för sådana vårdgivare att bryta den tystnadsplikt som gäller för uppgifterna enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Socialstyrelsen bedömer därför att bemyndigandet endast omfattar möjligheten att meddela föreskrifter om kommunernas uppgiftsskyldighet för de uppgifter som de själva har för sin verksamhets behov.

8. Kostnadsmässiga och andra konsekvenser

Kostnadsmässiga konsekvenser av förslaget för kommunerna

Socialstyrelsen har genomfört två enkätundersökningar, en i september 2014¹³ och en i februari 2017¹⁴, då alla kommuner fått möjligheten att svara på frågor om konsekvenserna av förslaget. Sammanfattningsvis uppger kommunerna att

¹³ 199 svarande kommuner

¹⁴ 165 svarande kommuner

förslaget kommer att få konsekvenser avseende verksamhetssystem, utbildning av personal och arbetstid för att sammanställa filerna till Socialstyrelsen.

Verksamhetssystem – nuläge

Majoriteten av kommunerna uppger att de behöver anpassa sina elektroniska system för journaldokumentation för att kunna dokumentera, ”plocka ut” och rapportera de efterfrågade uppgifterna. Kommunernas uppskattning av hur omfattande denna anpassning är varierar.

I enkäten från februari 2017 svarade 165 kommuner på frågan om vilken typ av journalsystem kommunen använder, dvs. hur de dokumenterar uppgifter om vidtagna vårdåtgärder. Av de svarande kommunerna uppgav 18 procent att de redan i dag dokumenterar utförd vårdåtgärd med fasta alternativ enligt KVÅ. Ytterligare 22 procent uppgav att de dokumenterar utförd vårdåtgärd med fasta alternativ men enligt annan modell eller klassifikation än KVÅ. Majoriteten, 56 procent, av kommunerna dokumenterar i elektronisk journal med fritext. Ett litet antal, 1 procent, av kommunerna uppger att de oftast dokumenterar i pappersjournal.

Verksamhetssystem – kommunernas uppskattade kostnader

Sammanlagt uppskattade 40 av de kommuner som svarade på enkäten 2017 kostnaderna för förändringar i verksamhetssystemet för HSL-dokumentation. Den uppskattade mediankostnaden var 62 500 kr och sammanlagt uppgav de 40 kommunerna en total kostnad om 5 321 640 kr.

Tabell 2 visar kommunernas uppskattade kostnader i en uppstartsfas, fördelat på typ av journalsystem. Uppskattningarna låg mellan 0 och en miljon kronor. Två kommuner uppgav att det inte tillkommer någon extra kostnad och två kommuner uppgav att de helt behöver byta journalsystem och uppskattar kostnaden till 1 000 000 kr. Ingen av de fåtal kommuner som angett att de oftast dokumenterar i pappersjournal lämnade en kostnadsuppskattning.

Tabell 2

Kommunernas uppskattade kostnader under en uppstartsfas- typ av journalsystem

Typ av journalsystem i kommunen	Kostnadsintervall, kr	Medelkostnad, kr	Mediankostnad, kr	Antal kommuner
Elektronisk journal med fasta alternativ enligt KVÅ	0–15 000	8 333	10 000	6
Elektronisk journal med fasta alternativ enligt annan modell/klassifikation än KVÅ	14 000–1 000 000	228 778	100 000	9
Elektronisk journal med fritext	8 000–1 000 000	125 527	75 000	24
Annat/Vet ej	200 000	200 000	200 000	1

Det är stora variationer i uppskattningarna även om kostnaderna begränsas till kommuner med samma verksamhetssystem (dvs. från samma företag). Kommuner med samma verksamhetssystem uppgav kostnader i följande spann: 10 000 – 1 000 000 kr, 8 000 – 90 000 kr, 0 – 143 200 kr, 0 – 500 000 kr och

75 000 – 1 000 000 kr.

Av de kommuner som uppgav att de dokumenterar utförd vårdåtgärd med fasta alternativ enligt annan modell än KVÅ anger nästan alla att de använder ICF¹⁵ och/eller VIPS¹⁶. Det går dock att använda KVÅ tillsammans med både ICF och VIPS. ICF och VIPS kan således kompletteras med KVÅ och behöver inte ”bytas ut” mot KVÅ.

Enligt kommunernas fritextsvar i enkäten består kostnaderna av bl.a. konsultstöd, vikarier, utbildning av personal, framtagande av ny modul, IT-stöd, arbetstid för configuration av systemet, licensavgift och att skapa nya rutiner. Tabell 3 visar de uppskattade kostnaderna fördelat på innehållet i kostnaderna.

Tabell 3

Kommunernas uppskattade kostnader under en uppstartsfas- kostnadsinnehåll

Kostnadsinnehåll	Uppskattad kostnad, kr
Konsultkostnader	8 000 – 40 000
Konsultstöd, arbete för systemansvarig och i vissa fall licenskostnad	40 000 – 500 000
Byta till nytt journalsystem	1 000 000

Det var 84 kommuner som inte uppgav en kostnad men som i text beskrev vad de behöver göra för att kunna lämna uppgifter om vidtagna vårdåtgärder. Några kommuner belyste att deras system i dag inte kan hantera KVÅ utan bygger enbart på fritext. Sju kommuner uppgav att de upphandlar eller redan är i en process att införa KVÅ-koder. Några kommuner uppger också att deras systemleverantör anpassar systemet så att de ska kunna använda KVÅ i patientjournalen. Fem kommuner förklarar att de inte behöver göra några förändringar. De flesta kommunerna beskriver att de behöver anpassa journalsystem, som exempel nämns konsultkostnader för att skapa nya sökordsträd.

Utbildning av personal

De flesta kommuner uppger att de behöver utbilda den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen i hur de kan använda KVÅ i verksamheten och i journalsystemet. Omfattningen av utbildningsinsatser beror på hur många som behöver utbildas, vilket arbetssätt och journalsystem kommunen har i dag samt vilket användarstöd kommunerna kan få från Socialstyrelsen.

Om varje legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal får 8 timmars utbildning i att använda KVÅ innebär det en lönekostnad mellan 2 006 kr och 2 310 kr per utbildad personal. För en verksamhetschef blir lönekostnaden för 8 timmars utbildning 2 829 kr. För systemadministratörer, systemförvaltare och enskilda

¹⁵ Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa. ICF används som ett gemensamt språk för att dokumentera patientens hälsotillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat. KVÅ kompletterar ICF genom att professionerna kan beskriva de åtgärder som planeras och utförs.

¹⁶ VIPS-modellen (av välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet) används för att beskriva vårdprocessen. Den har en struktur med sökord på tre nivåer för att föra anteckningar om patientens omvårdnad i patientjournalen. Texten under sökorden är den enskilda vårdgivaren fri att utforma efter situationens behov.

handläggare blir lönekostnaden mellan 1 020 kr och 1 245 kr per person för 4 timmars utbildning.

I tabell 4 visas Socialstyrelsens beräkningar av kommunernas lönekostnader per timme för att utbilda olika kategorier av personal.

Tabell 4

Kommunernas uppskattade kostnader under en uppstartsfas- utbildning

	Personalkategori	Månadslön, kr	Månadslön inklusive PO-pålägg*, kr	Lönekostnad per timme, kr
Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	Arbetsterapeut	29 000	40 116	251
	Fysioterapeut	29 000	40 116	251
	Sjuksköterska	33 400	46 202	289
Chef	Verksamhetschef	40 900	56 577	354
Personal som sköter statistikrapportering	Enskild handläggare	34 600	47 862	299
	Systemadministratör	29 500	40 807	255
	Systemförvaltare	36 000	49 799	311

Källa: SCB:s lönedatabas 170515. Personalkostnadspåslaget (PO-pålägg) beräknas till 38,33 procent för kommuner 2017 enligt SKLs rekommendation.

Arbets tid för att sammanställa filerna till Socialstyrelsen

De uppgifter som kommunerna blir skyldiga att rapportera till Socialstyrelsen behöver plockas fram ur de lokala verksamhetssystemen varje månad. Det var 50 kommuner som, i enkäten 2017, svarade på frågan: Hur många arbetstimmar totalt per månad (efter en uppstartsfas) skulle det innebära för er kommun att sammanställa och rapportera de efterfrågade uppgifterna till Socialstyrelsen månadsvis? Sammanlagt uppskattades ett medelvärde om 8,08 timmar/månad och en median om 3 timmar/månad.

Att medelvärdet är avsevärt högre än medianen beror på att två kommuner uppskattade antalet timmar till 127 respektive 80 per månad. Övriga kommuner uppskattade antalet timmar till under 16 timmar per månad.

Av de svarande kommunerna uppgav 92 procent att den månadsvisa rapporteringen kan skötas av en systemadministratör, systemförvaltare eller handläggare, 5 procent uppgav controller, enhetschef eller att en ny tjänst skulle inrättas medan 3 procent uppgav att statistikrapporteringen skulle skötas av medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR).

Personalkostnaden per år för månadsvis rapportering av registeruppgifter för de mest förekommande arbetskategorierna redovisas i tabell 5. Beräkningarna är baserade på medianen 3 arbetstimmar per månad.

Tabell 5

Kommunernas uppskattade kostnader årligen - statistikrapportering

Arbetskategori	Månadslön, kr	Månadslön inklusive PO-pålägg, kr	Total kostnad per år, kr
Systemadministratör	29 500	40 807	9 182
Systemförvaltare	36 000	49 799	11 205
Enskild handläggare	34 600	47 862	10 769

Källa: SCB:s lönedatabas 170515. Personalomkostnadspåslaget (PO-pålägg) beräknas till 38,33 procent för kommuner 2017 enligt SKLs rekommendation.

Andra konsekvenser av förslaget för kommunerna

För professionerna bör det, efter en uppstartsfas, inte ta längre tid att dokumentera vidtagna vårdåtgärder med KVÅ jämfört med fritext. Att dokumentera vanligt förekommande vårdåtgärder genom på förhand bestämda termer torde på sikt snarare effektivisera journalföringen då det underlättar för personalen att inte behöva formulera och skriva text.

En positiv konsekvens av att använda KVÅ är att hälso- och sjukvårdspersonalen kommer att använda ett gemensamt språk för att beskriva vårdåtgärder vilket främjar en tydlig kommunikation mellan olika yrkesgrupper. Att använda en klassifikation med i förväg definierade termer innebär även att risken minskar för att den som läser en journalanteckning tolkar innehållet i anteckningen på ett annat sätt än vad den som dokumenterade vårdåtgärden avsåg, vilket kan leda till en osäkerhet om vilka vårdåtgärder som faktiskt vidtagits.

En stor fördel med att strukturera dokumentationen av vidtagna vårdåtgärder i patientjournalen med KVÅ är att uppgifterna går att återanvända. Förutom att lämna vissa efterfrågade uppgifter till Socialstyrelsen för statistikändamål kan verksamheterna använda uppgifterna för lokal uppföljning och utvärdering.

Konsekvenser av förslaget för Socialstyrelsen*Uppstartskostnader*

I en uppstartsfas behöver Socialstyrelsen utveckla kravspecifikationer, skriva program för kvalitetskontroller och för presentation i statistikdatabasen, utöka mallarna för den officiella statistiken samt ha löpande kontakt med kommuner och systemleverantörer. Socialstyrelsen kommer dock inte behöva någon ytterligare utrustning, system eller liknande.

Arbetstiden för att förbereda för insamlingen (ta fram mallar, stöddokument, planering m.m.) för de utredare och statistiker som ansvarar för registret beräknas till sammanlagt sex arbetsveckor (240 timmar). Därefter tillkommer ytterligare 80 timmars arbete under insamlingens första två månader. Därefter uppskattar Socialstyrelsen arbetstiden till cirka 4 dagar per månad i åtta månader. Totalt motsvarar detta 576 arbetstimmar vilket i sin tur motsvarar 3,6 arbetsmånader (576/160 timmar per månad).

Lönekostnaden för en statlig statistiker och utredare är enligt SCB i medel 37 400 kr/månad. Enligt information från controller vid Socialstyrelsen är ar-

betsgivaravgiften 53 procent vilket ger en total lönekostnad om 57 222 kr/månaden, exklusive overheadkostnader. Uppskattningsvis blir lönekostnaderna under uppstartsfasen 205 999 kr (3,6 arbetsmånader * 57 222 kr per månad). Till detta kommer troligtvis även tid för inläsning av uppgifterna från kommunerna till registermiljön. Socialstyrelsen har dock i dagsläget svårt att uppskatta tiden för detta moment.

Löpande kostnad

För Socialstyrelsen kommer förslaget innebära en förändring i frekvens av rapportering, insamling av data en gång i månaden istället för en gång per halvår. Dessutom kommer insamlingen omfatta fler uppgifter.

För inläsningen av uppgifterna från kommunerna till registermiljön är tidsåtgången starkt beroende av vilken kvalitet som kommunerna kan hålla och vilken leveransprocedur som skall genomföras månadsvis. Socialstyrelsen uppskattar en arbetsåtgång om 0,5 – 5 dagar per månad. Denna uppskattning förutsätter att en inrapporteringsportal med inläsningsfunktioner är i drift, samt att kommunikation (frågor och återkopplingar) med kommunerna hålls automatiserade.

För den kvalitetsansvarige utredaren uppskattas förändringen innebära cirka 2,5 arbetsdagar per månad för kvalitetskontroller, kontakt med leverantör och kommuner. Om en statistikdatabas ska uppdateras varje månad innebär det en arbetstid om 0,5 arbetsdagar per månad. Detta ger en sammanlagd tidsåtgång om 3 dagar för kvalitetsansvarig utredare.

När systemet har kommit i gång innebär detta mellan 3,5 dagar till 10 dagars arbete per månad för utredare på Socialstyrelsen, vilket ger en total årlig kostnad om 103 000 – 257 499 kr (given en månadslön inklusive PO-pålägg om 57 222 kr).

Socialstyrelsens stöd till kommunerna

Vilka KVÅ-koder är lämpliga att använda i kommunal hälso- och sjukvård?

KVÅ innehåller över 10 000 koder, varav cirka 6 000 är koder för kirurgiska åtgärder och 4 000 är koder för icke-kirurgiska åtgärder. Alla koder är dock inte relevanta för att den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har därför tagit fram ett urval av cirka 300 koder som med fördel kan användas både i den lokala patientjournalen och för nationell statistik. Urvalet täcker de vanligast förekommande åtgärderna i kommunal hälso- och sjukvård och kan användas som en bas för dokumentation av vidtagna vårdåtgärder. Den dokumenterande hälso- och sjukvårdspersonalen behöver då bara söka i hela KVÅ efter rätt kod vid de mindre frekventa tillfällen då en vårdåtgärd som inte finns med i urvalet har vidtagits.

Urvalet togs fram tillsammans med företrädare för professionerna i den kommunala hälso- och sjukvården (och inkluderar även ett urval av ICF-koder).¹⁷ Merparten av KVÅ-koderna i urvalet tillhör de två kapitel i KVÅ som är baserade på ICF-strukturen. Dessa koder har tagits fram gemensamt av Socialstyrelsen och organisationerna Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA), Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) och Svensk Sjuksköterskeförening

¹⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19225/2013-10-19.pdf>

(SSF) och beskriver verksamheten inom arbetsterapi, omvårdnad och fysioterapi mer heltäckande än vad övriga, mer specifika, åtgärds-koder i KVÅ gör.

KVÅ uppdateras årligen efter förslag från specialistföreningar och professionella organisationer. Det finns därför möjlighet att vid behov lägga till ytterligare koder i KVÅ för åtgärder som utförs i kommunal hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen kommer att uppdatera urvalet under 2017/2018 för att inkludera patienter under 65 år då det urval som togs fram 2013 hade som utgångspunkt att beskriva *äldres* behov, planerade och utförda vårdåtgärder samt resultat inom kommunal hälso- och sjukvård.

Användarstöd

Socialstyrelsen kommer att ta fram användarstöd (manual, webb-utbildning eller liknande) under 2017/2018. Användarstödet kommer att rikta sig till personal i hälso- och sjukvård, däribland kommunal hälso- och sjukvård.

Nationell informationsstruktur

För att ge stöd i hur åtgärder kan dokumenteras strukturerat med KVÅ i digitala dokumentationssystem inom kommunal hälso- och sjukvård kan en tillämpad informationsspecifikation utifrån referensmodellerna i Nationell informationsstruktur (NI) användas.

Användningen av KVÅ för att beskriva vidtagna vårdåtgärder i strukturerad dokumentation kan baseras på Nationell informationsstruktur (NI) för hälso-och sjukvård, som består av tre modeller (process- begrepps- och informationsmodell). Vidtagna åtgärder förekommer i flera processteg såsom "Utreda", "Åtgärda" och "Följa upp" i processmodellen. För att beskriva en vidtagen åtgärd samt av vem den genomförts kan följande begrepp i begreppsmodellen användas: "Aktivitet (inom hälso- och sjukvård)", "Utförd aktivitet" samt "Hälso-och sjukvårdspersonal". I informationsmodellen finns informationsklassen "Aktivitet" som kan användas för att strukturera informationen om en utförd åtgärd med KVÅ, när åtgärden är utförd samt klasserna 'Hälso- och sjukvårdspersonal' och 'Organisation' för att beskriva vem som utfört åtgärden och i vilken organisation.

9. Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till EU

Den allmänna regleringen om behandling av personuppgifter inom EU finns i dag i Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter (dataskyddsdirektivet). Dataskyddsdirektivet har i huvudsak genomförts i svensk rätt genom personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgiftslagen är subsidiär vilket innebär att lagens bestämmelser om personuppgiftsbehandling inte ska gälla om det finns avvikande bestämmelser om behandlingen i en annan lag eller förordning. Det finns ett antal särskilda registerförfattningar som reglerar hur Socialstyrelsen får behandla personuppgifter, bl.a. lag (2001:99) om den officiella statistiken, förordning

(2001:100) om den officiella statistiken, lag (1998:543) om hälsodataregister och förordning (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens förslag till nya föreskrifter sker med stöd av bemyndigandet i förordningen om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bedömer att förslagen inte medför att personuppgifter kommer att behandlas på ett sätt som i dag är oförenligt med EU-rätten.

EU beslutade i april 2016 om en förordning för behandling av personuppgifter, Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (den s.k. dataskyddsförordningen). Dataskyddsförordningen träder i kraft den 25 maj 2018.

Dataskyddsförordningen reglerar bl.a. det lagliga stödet för behandlingen (artikel 6) och medger undantag från förbudet att behandla känsliga personuppgifter inom vissa områden och under vissa förutsättningar (artikel 9).

Dataskyddsförordningen både medger och förutsätter kompletterande nationella bestämmelser av olika slag. Med anledning därav har regeringen tillsatt flera utredningar. Socialstyrelsen har tagit del av dataskyddsutredningens betänkande ”Ny dataskyddslag, kompletterande betänkande till EU:s dataskyddsförordning” SOU 2017:39. Dataskyddsutredningen föreslår bl.a. kompletterande nationella regler för behandling av känsliga personuppgifter. Det pågår även flera områdes-specifika utredningar, bl.a. utredningen om dataskyddsförordningen - behandling av personuppgifter och anpassningar av författningar inom Socialdepartementets verksamhetsområde (S 2016:05) som ska redovisas den 31 augusti 2017. Utredningen ska bl.a. undersöka vilka konsekvenser dataskyddsförordningen medför i fråga om personuppgiftsbehandling inom Socialdepartementets verksamhetsområde, undersöka vilka anpassningar som behövs med anledning av förordningen och överväga behovet av anpassningar av bestämmelser om undantag från förbudet att behandla särskilda kategorier av personuppgifter (däribland känsliga personuppgifter såsom uppgift om hälsa).

Socialstyrelsen beaktar dataskyddsförordningen och det kommande nationella lagstiftningsarbetet i detta föreskriftsarbete. Socialstyrelsens utgångspunkt är att varken myndighetens lagliga stöd att föra register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården eller kommunernas uppgiftsskyldighet kommer att förändras.

10. Överväganden enligt 14 kap. 3 § regeringsformen

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § regeringsformen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Vilka uppgifter som kan omfattas av uppgiftsskyldighet är reglerad i förordningen om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kompletterar med krav på vilka av uppgifterna som ska lämnas och hur uppgifterna ska lämnas.

De aktuella föreskriftsändringarna kräver att KVÅ används vid uppgiftsinlämnandet. Som tidigare framgått kommer författningsförslaget sannolikt i praktiken att innebära att kommunerna behöver dokumentera med KVÅ direkt i patientjournalerna. Det överensstämmer med de rekommendationer Socialstyrelsen har utfärdat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

För att uppgifter ska kunna användas för nationell statistik måste det finnas en systematik i dokumentationen och uttaget av uppgifterna. Det innebär att uppgifterna måste vara enhetligt definierade, på en tillräckligt detaljerad nivå för att informationen i uppgifterna ska vara meningsfull att använda och möjliga att systematiskt "plocka ut" ur dokumentationen. Klassifikationer, som KVÅ, erbjuder en sådan systematik och är därför det lämpliga att använda.

Socialstyrelsen bedömer att den inskränkning i den kommunala självständigheten som förslaget innebär inte går utöver vad som nödvändigt med hänsyn till ändamålet som föranlett den.

11. Kostnader och intäkter för kommuner och landsting

Kostnadsmässiga konsekvenser har beskrivits i avsnitt 8, se sidan 12 och framåt.

12. Effekter för företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt

Föreskriften reglerar kommunernas skyldighet att lämna uppgifter till registret över insatser i kommunal hälso- och sjukvård och påverkar inte företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt.

13. Ikraftträdande och informationsinsatser

Socialstyrelsen planerar att fatta beslut om föreskrifterna under hösten 2017. De representanter för kommuner, professioner och systemförvaltare som Socialstyrelsen kommit i kontakt med under arbetet med föreskrifterna har uppgett att det behövs cirka ett års tid för att anpassa verksamheterna inför uppgiftslämnandet. Socialstyrelsen föreslår därför att de nya föreskrifterna träder i kraft den 1 januari 2019, dvs. drygt ett år efter att föreskrifterna beräknas vara kungjorde.

Socialstyrelsen kommer att informera om föreskrifterna och vad de innebär kontinuerligt under 2017/2018 genom att 1) lägga upp all nödvändig information på Socialstyrelsens webbplats, 2) göra riktade mejlutskick till kommunerna och kontaktpersoner för statistikrapportering vid kommunerna 3) aktivt delta på lämpliga konferenser och regionträffar samt 4) sprida informationen även internt på Socialstyrelsen så att alla enheter och avdelningar som arbetar med (kommunala) hälso- och sjukvårdsfrågor känner till och kan informera sina intressenter om de nya föreskrifterna.

Kontaktpersoner

Ulrika Eriksson

Tel: 075-247 37 04

ulrika.eriksson@socialstyrelsen.se

Ylva Ehn/Henriette Wejdmark (juridiska frågor)

Tel: 075-247 33 00