

Beslutsunderlag till NSG strukturerad vårdinformation

Ärende:

Enhetlig dokumentation av rehabkoordinering i patientjournaler

Bakgrund och behov

Fr.o.m. 1 februari 2020 finns ett lagkrav på att rehabiliteringskoordinering ska dokumenteras i patientjournalen. NSG strukturerad vårdinformation fick i januari 2020 frågan om de kan bidra till att detta görs på ett enhetligt sätt över landet då det visat sig att regionerna dokumenterar detta på olika sätt, men har önskemål om att göra det enhetligt. Ett gemensamt beslut skulle vara ett steg mot en mer enhetlig dokumentation som samtidigt möjliggör uppföljning enligt de nyckeltal som SKR, med regionernas medverkan, har tagit fram. Nyckeltalen är ett steg mot att skapa kvalitetsindikatorer så att funktionen blir jämförbar i landet och över tid samt för utveckling av funktionen.

Gruppen som arbetar med uppföljningsmåten på SKR har tagit fram behovs- och konsekvensbeskrivningen som bifogas detta underlag.

Ärendet har diskuterats i den expertgrupp som finns knuten till NSG strukturerad vårdinformation. Expertgruppen anser att vårdinformationens innehåll och struktur i så liten utsträckning som möjligt ska utgå från utdatanebehov, men anser också att det är rimligt att fatta beslut i ärendet på kort och lång sikt och utifrån olika perspektiv.

Förslag till beslut

NSG strukturerad vårdinformation föreslås besluta att:

- Lösning på kort sikt: regionerna anger KVÅ-kod (*Rehabiliteringskoordinering GC001*) för de kontakter som avser rehabkoordinering. Även motsvarande Snomed CT-kod kan användas, förutsatt att en sådan kan pekas ut eller läggas till i Snomed CT.

NSG valde att inte fatta beslut enligt den andra punkten i beslutsunderlaget, dvs. att regionerna på längre sikt bör registrera rehabkoordinator som ”yrkesroll” för den person som utfört en rehabkoordinerande insats. Förslaget avslogs med motiveringen att det i dagsläget inte är möjligt för NSG att överblicka konsekvenserna av ett sådant beslut.

Kommunikation av beslut

Information om att beslutet har fattats kommer att spridas i olika kanaler, så att de som ansvarar för dokumentation av rehabkoordinering lokalt och regionalt får kännedom om det.

Bilaga 1: Angående strukturerad vårdinformation för koordineringsinsatser

Bakgrund

Den 1 februari 2020 träder en ny lag (2019:1297) om koordineringsinsatser i kraft, som innebär att regionerna blir skyldiga att tillhandahålla koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter i syfte att inträda eller återgå i arbetslivet. Koordineringsfunktionen består av stödinsatser för den enskilde patienten, samordning av sjukvårdens insatser inom enheten och med andra sjukvårdsenheter samt samverkan med externa aktörer som arbetsgivare, Försäkringskassa, Arbetsförmedling och socialtjänst. Funktionen har utvecklats i regionerna sedan några år med hjälp av de statliga överenskommelser som har funnits om *effektiv och kvalitetssäker rehabilitering och sjukskrivning*.

Enligt 5 § i lag (2019:1297) om koordineringsinsatser gäller patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659) när insatserna ges.

Eftersom funktionen har utvecklats successivt ser den lite olika ut och sker i olika omfattning i regionerna idag. Alla regioner kallar funktionen rehabkoordinator, och den utförs oftast av arbetsterapeuter och fysioterapeuter, men också av psykologer och sjuksköterskor samt i några fall av icke-legitimerade yrkesgrupper. Funktionen finns främst i primärvården, men även i specialistvården och på sjukhuskliniker.

Behov

Ett önskemål från regionerna för att skapa samsyn och likformighet i uppdraget nationellt, är att ta fram nyckeltal som ett första steg till kvalitetsindikatorer. SKR har därför med regionernas medverkan tagit fram två nyckeltal som har mätts vid ett tillfälle 2019 och som mäts nästa gång den 31 mars 2020. Dessa är i korthet:

1. Antal rehabkoordinatorer i regionen uttryckt i heltidsekvivalenter /antalet sjukfall i regionen vid mätpunkten. Täljaren räknas idag manuellt på regionkontoren och nämnaren hämtas från Försäkringskassans statistik.
2. Antal patienter som fick koordinering i regionen /antalet sjukfall i regionen vid mätpunkten. Täljaren hämtas från registerdatabas på regionkontoren och nämnaren hämtas från Försäkringskassans statistik.

När SKR samlade in dessa data blev det uppenbart att regionerna registrerar rehabkoordinatorns insatser på olika sätt, varför nyckeltalen inte är heltäckande eller kvalitetssäkrade. Sedan några år tillbaka finns en KVÅ-kod för att markera att besöket gäller rehabiliteringskoordinering, GC 001.

Beroende på regionernas olika journalsystem och registreringsriktlinjer, har man olika möjligheter att leverera data till nyckeltalen. Några regioner har en egen yrkeskategori eller yrkesroll för rehabkoordinatorer, medan andra regioner inte har tillåtit detta, men däremot har tillåtit att rehabkoordinatören registrerar besök på sin ursrungsprofession. Ytterligare någon region har en egen s.k. kombikod för den som ger koordineringsinsatserna medan det är oklart hur man gör när koordinatorsinsatserna görs av en icke-legitimerad yrkesgrupp. Det kan tilläggas att besöksavgiften inte heller tillämpas enhetligt, då man har olika ersättningsmodeller. Vissa regioner tar betalt för besöket/kontakten, andra inte.

Konsekvenser

De olika registreringsätten får olika konsekvenser:

En nationell yrkeskategori för rehabkoordinator skulle öka tydligheten kring hur dessa besök ska registreras, men också underlätta för att ta fram data. Om man däremot registrerar på sin ursrungsprofession finns en uppenbar risk för att besöksvolymen för denna profession kontamineras, om man inte renser för rehabkoordination innan besök levereras till olika databaser. Det förutsätter förstås att besöket kan identifieras med KVÅ-koden. Regionerna ställer dock olika krav på användandet av KVÅ-koden.

Det vore önskvärt att detta registreringsscenario kunde behandlas av den nationella samverkansgruppen strukturerad vårdinformation, för att undersöka hur koordineringsinsatserna bäst ska registreras. Enhetliga registreringar skulle främja jämlik tillämpning och patientsäkerhet av denna funktion, men skulle även underlätta funktionens utveckling då den fortfarande är relativt ny och befinner sig i ett utvecklingskede. Än så länge är volymerna inte alltför omfattande varför de borde kunna hanteras och testas på olika sätt.

Stockholm februari 2020

Anne-Marie Norén
Anne-Britt Ekvall
Christina Emilson

SKR/Avdelningen för vård och omsorg