

## Sammanställning av förstudien kring ett eventuellt införande av KPP för primärvård

### Inledning och syfte

Efter förslag från landstingens/regionernas ekonomidirektörer och landstings- och regiondirektörerna beslut den 22 september har en förstudie kring förutsättningarna för att införa KPP för primärvården på landsting/regioner genomförts. Förstudien har inriktat sig på att beskriva förutsättningarna för ett införande av KPP för den primärvård som drivs i egen regi (förvaltningsdriven) samt hur en nationell samordning för detta kan ordnas.

SKL har samlat in, sammanställt och analyserat de underlag som landstingen/regionerna lämnat samt lagt ett förslag på hur en nationell samordning och insamling kan organiseras. Ett förslag till fortsatt arbete lämnas även.

### Sammanfattning

Förstudien visar att primärvårdsuppdragen, kostnadsansvaret och registreringen/ beskrivningen av vårdkontakter ser väldigt olika ut. Att skapa en nationell KPP-modell som tar hänsyn till alla dessa skillnader ses f.n. inte som möjligt att åstadkomma.

För att uppnå alla de möjligheter som KPP kan erbjuda måste man både nationellt och lokalt verka för mer enhetliga regelverk för registrering av vårdkontakter samt att beskrivningen av vården över hela linjen sker enligt de klassifikationer som finns (primärkodning enligt ICD-10SE och KVÅ).

SKL:s förslag är att landstings/regiondirektörerna ger SKL i uppdrag att leda ett projekt kring KPP för primärvården med syfte att tillsammans med landsting/regioner, Socialstyrelsen och berörda konsultföretag ta fram ett förslag på hur en nationell KPP-modell för primärvård bör se ut. Projektet bör kunna presentera sitt förslag under våren 2019 till en kostnad på närmare 1 mkr.

### Bakgrund

Samordning av KPP för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården har funnits sedan början av 2000-talet. Inriktningen har varit att följa kostnaderna per kontakt då vård ges (utredning, diagnostik, behandling, uppföljning, rådgivning, utfärda intyg, förskriva läkemedel/hjälpmiddel och intygsskrivande). Primärvården har ett större uppdrag där patientkontakterna även handlar om hälsofrämjande och förbyggande insatser, vilket måste beaktas.

Genom att undersöka möjligheterna för en nationell samordning av KPP för primärvården öppnas nationella och lokala möjligheter för att följa olika patientgruppers hela vårdkonsumtion och resursförbrukning över tid och mellan vårdgrenar. Härigenom ökar transparensen och tydligheten i vad som utförs i vården, var den utförs samt förändringar över tid. Detta skapar ökade kunskaper om vården vilket ger större möjligheter att leda, styra/prioritera samt effektivisera vården. Årliga nationella jämförelser/ benchmarking kan ge värdefull information om landstingens/regionernas kostnadsläge och vårdinnehåll även

för primärvården. KPP öppnar även möjligheter att knyta kostnaden till vårdens medicinska och patientupplevd kvalitet.

KPP-data kan besvara:

- Vad som utförs i vården
- Vilka patientgrupper som får vård
- Vad det kostar
- Hur resurserna fördelas
- Ekonomiska konsekvenser när en vårdprocess förändras t ex med nya behandlingsmetoder
- Vilka behandlingsmetoder som är mest kostnadseffektiva
- Om sjukvården betalar rätt pris/tar rätt betalt för utomlänsvård.

Primärvårds-KPP är även en förutsättning för att kunna beräkna vikter/kostnader till sekundära beskrivningssystem som DRG och ACG.

## Resultat

KPP-kontaktpersonerna på varje landsting/region fick den 26 oktober, via SKL information om landstings-/regiondirektörernas beslut om att genomföra en förstudie om vilka förutsättningar som man ser för att införa KPP för sin förvaltningsdrivna primärvård. Totalt inkom 19 svar till SKL från landstingen/regionerna. Regionerna Jämtland-Härjedalen och Gotland har avstått med att medverka i förstudien.

### Allmänt

Nationellt finns det ingen helt klar definition av primärvård. I hälso- och sjukvårdslagen 5§ står: ”Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”.

Utifrån detta och principen om den kommunala självstyrelsen har landstingen stort utrymme att organisera och utforma vården efter egna behov och förutsättningar. Det finns många faktorer som påverkar utfallet och patienters/vårdgivares handlande; ersättningsystem, patientavgifter, tillgänglighet, utbud, listningsregler, remissregler och kvalitet.

Vid en genomgång av landstingens/regionernas uppdragsbeskrivningar för primärvården, deras ersättningsmodeller och kostnadsansvar får man en bild av 19 helt olika primärvårdsmodeller.

Nedan följer en sammanfattning och tolkning av de svar som lämnats. En detaljerad sammanställning per landsting/region återfinns i bilagan.

### Primärvårdens uppdrag / vårdvalens utformning

Grund-/basuppdraget beskriver innehållet i mottagningsverksamheten inom det allmänmedicinska området (utredning, diagnostik, behandling, uppföljning, omvårdnad, rådgivning, utfärda intyg, förskriva hjälpmedel), jourverksamhet, rehabilitering, psykosociala insatser samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Här ingår även vaccinering, läkarinsatser i kommunal hälso- & sjukvård, medverkan i forskning och utbildning samt deltagande i kris- och katastrofmedicinsk beredskap. Primärvården ska även ha en samverkande och sammanhållande roll med andra aktörer inom vård och omsorg, Arbetsförmedling och Försäkringskassan.

Samtliga individer som söker primärvård ska tas emot oavsett sjukdom, ålder eller ursprung (4§, 5§). Den vanligaste öppettiden som anges för en vårdcentral ligger runt 8:00 – 17:00 men varierar.

Barnhälsovård ingår på flera håll i basuppdraget, så även mödrahälsovård, medicinsk fotvård, habilitering och minnesutredningar. Andra landsting/regioner har lyft ur dessa verksamheter och lagt som tilläggsuppdrag eller utanför vårdvalet. Stockholm har även kvar hemsjukvården inom primärvården, så har även Norrbotten men då endast för barn (0-18 år).

Hur man löst jour & beredskapsfrågan varierar. Det finns på några håll kvällsöppna mottagningar som vårdcentralerna gemensamt ansvarar för. I andra landsting/regioner finns mera centrala enheter som organiserar jourverksamheten med hjälp av vårdcentralerna.

Det finns många fler lokala exklusioner från grunduppdragen som då rör speciella mindre delar av vården som angränsar till specialistsjukvården t.ex. neuro-, äldre- och missbruksvård, psykologmottagning, samtalsmottagning för barn- & unga samt palliativ verksamhet.

Tilläggsuppdrag/särskilda uppdrag. Med tilläggsuppdrag menas uppdrag som inte ingår i grunduppdraget och som därmed inte utförs av alla vårdcentraler. Landstinget/regionen träffar särskilda avtal med vissa vårdcentraler om att utföra ett eller flera tilläggsuppdrag utöver grunduppdraget. Vad som utgör ett tilläggsuppdrag varierar i stor utsträckning. Här rör det sig främst om familjecentraler, barn- & mödrahälsovård, akademisk VC, ungdomsmottagningar samt på vissa håll fysio- & arbetsterapeuter, multimodal rehabilitering, AT/ST-läkarutbildning samt läkarinsatser i kommunal hälso- & sjukvård.

Utanför vårdvalet drivs även i vissa landsting/regioner ungdomsmottagningar, mödra- & barnhälsovård, familjecentraler, medicinsk fotvård, asyl & flyktingmottagningar samt dietister. Dessa verksamheter kan då drivas av den centrala primärvårdsförvaltningen eller av annan landstingsdriven enhet.

Vårdanalys sammanställning av landstingens/regionernas olika former av vårdval inom primärvården framgår av tabellen nedan. Den är hämtad från deras rapport ”Primärvården i belysning” (PM 2017:5).

Verksamhet	Grund- uppdrag vårdval	Separat vårdval	Tilläggs- uppdrag	Egen regi primärvård	Annan öppen specialistvård	Uppgift saknas eller har ej kunnat tolkas
Rehabilitering	21	4	4			
Psykosociala insatser	21	1	3			
Barnhälsovård	15	3	3			
Medicinsk fotvård	11	2	3	1	3	2
Mödra- hälsovård	8	3	3	2	6	1
Ungdoms- mottagning	2	0	3	8	5	4

Antal landsting/regioner inom resp. uppdragsform.

#### Andra skillnader som förekommer är:

- att landstingen/regionerna har olika krav på vilken kompetens och specialistutbildningar personalen ska ha, t.ex. inom psykiatriområdet och för paramedicinsk personal
- att speciella satsningarna på olika patientgrupper/vårdområden skiljer sig åt. Det kan då handla om äldre multisjuka, kroniker, patienter med diabetes, hjärtsvikt, astma eller KOL. Skillnader finns även när det gäller hälsofrämjande & förbyggande insatser
- att landstingen/regionerna tillämpar olika åldersgränser, t.ex. när det gäller vården för barn och unga vuxna
- det finns i vissa landsting/regioner upparbetade samverkansavtal/överenskommelser med specialistvården för att förtydliga vårdansvaret och förenkla vården för patienterna
- närområdesansvaret skiljer sig även åt mellan landstingen/regionerna

För en mer ingående beskrivningar av landstingens/regionernas primärvårdsuppdrag, kostnadsansvar m.m. hänvisas även till tidigare utredningarna som gjorts; Vårdanalys rapport ”Primärvården i belysning” från 2017, Socialstyrelsen rapport ”Primärvårdens uppdrag” från 2016 samt SKL:s rapport ”Vårdval i primärvården” från 2012.

#### **Kostnadsansvaret inom uppdragen**

Förutom att innehållet i primärvårdsuppdragen skiljer sig åt finns även stora regionala skillnader i vilket kostnadsansvar man har i uppdragen och dess kostnadsdelar.

Kostnadsansvaret kan även vara olika strikt. På vissa håll ingår kostnaden i grundersättningen medan i på andra håll fakturerar VC beställaren/uppdragsgivaren i efterskott utefter förbrukning.

De främsta och största skillnaderna vad gäller kostnadsansvar finns inom följande områden:

- Läkemedel  
Samtlig vårdval har kostnadsansvar för rekvisitionsläkemedel och de flesta även för s.k. allmän/basläkemedel utom i Sörmland och Halland. Det finns även skillnader i vad som betraktas som allmän/basläkemedel samt skillnader i grad av kostnadsansvar, t.ex. så är kostnadsansvaret i Västmanland bara 20%. Det finns också skillnader i om kostnadsansvaret även gäller samtliga förskrivare som skrivit ut läkemedel till enhetens listade patienter.  
Något kostnadsansvar för special-/sär-/klinikläkemedel verkar inte förekomma.
- Hjälpmedel, inkontinensskydd, näringspreparat och stomi/diabetesmaterial  
På de flesta håll har vårdcentralen kostnadsansvar för det som förskrivs till patienten. Här finns dock flera landsting/regioner där man gjort undantag eller bara ersätter vissa delar.
- Medicinsk service (lab, röntgen)  
I de flesta av landstingen/regionernas primärvårdsuppdrag har vårdcentralen kostnadsansvar för de lab- & röntgentjänster som man beställer, undantaget Norrbotten och Kalmar. I Värmland har man inte kostnadsansvar för klinfysundersökningar samt patologi-/cytologiprovtagningar. Mer sällsynta och dyrare undersökningar är ofta helt eller delvis undantagna från vårdcentralens kostnadsansvar.

- Otrohetsbesök  
Listade patienters besök på andra vårdcentraler (inom eller utanför landstinget/regionen) eller hos allmänläkare eller fysioterapeuter på nationella taxan innebär på de flesta håll en ekonomisk påföljd. Det kan ske som ett avdrag på basersättningen eller som en extra debitering. Nivån på debiteringen/avdraget skiljer sig även åt mellan landstingen/regionerna.
- AT-/ST-läkare och andra utbildnings-/praktikplatser  
Här förkommer en mängd olika varianter på vilken kostnad som ska belasta vårdcentralen, allt från att vårdcentralen har hela kostnadsansvaret (och kan efterfakturera hela eller delar av kostnaden till landstingets FoU-enhet) till att vårdcentralen får en del av lönekostnaden fakturerad till sig av den centrala FoU-enheten. Ersättningsnivåerna skiljer sig även åt mellan landstingen för olika utbildningsplatser.
- Tolk  
I sju av landstingen/regionerna är tolk en fri nytthet som vårdcentralen kan avropa utan kostnad. På andra håll har man löst detta genom att vårdcentralen får ersättning från uppdragsgivaren/ beställaren för de tolkupdrag som utförts, dvs VC tar tolkkostnaden och fakturerar sedan landstinget/regionen centralt. Detta förutsätter att man använt någon av de centralt upphandlade tolktjänsterna.

En detaljerad redovisning per landsting/region återfinns i bilagan.

#### **Registrering och redovisning av uppdragen**

Tillgången till grundläggande administrativ information om vårdkontakter i primärvård bedöms som god överlag (patientens ålder, kön, hemort, besöksdatum, listning, enhetens HSA-id, vilken yrkeskategori patienten mött och i vilken kontaktform). På några håll finns ingen information om ny/återbesök och planerad/ej planerad vård. Hanteringen av distans/digitala kontakter skiljer sig åt samtidigt som tolkningen av vad som betraktas som ”kvalificerade vårdkontakter” varierar.

Det är sämre ställt när det gäller tillgången till medicinsk information om vårdkontakterna. När det gäller diagnosregistreringen använder några landsting/regioner fortfarande den förenklade klassifikationen, KSH97-P. Diagnossättning bland andra yrkeskategorier än läkare sker inte på alla håll och i en region är det fortfarande bara läkare som sätter diagnos.

Vad gäller beskrivning av vilka åtgärder/aktiviteter som förkommit vid vårdkontakten är informationen f.n. överlag tämligen bristfällig. Socialstyrelsen åtgärdsklassifikation KVÅ tillämpas ännu inte på alla mottagningar och av alla yrkeskategorier. Men det pågår flera aktiviteter i landstingen/regionerna för att alla verksamheter och yrkeskategorier ska börja använda KVÅ-klassifikationen.

Information om hur lång tid ett besök varat verkar f.n. inte finnas tillgänglig på något strukturerat sätt.

Merparten av landstingen/regionerna uppger att verksamheterna är uppkopplade mot katalogtjänsten HSA som möjliggör en samlad kvalitetssäkrad individ-, funktions- och organisationsinformation från samtliga vård- och omsorgsaktörer.

När det gäller den ekonomiska rapporteringen uppger samtliga att man redovisar enligt den indelning som används för räkenskapsammandraget (RS) med lokala justeringar för verksamhet som inte ingår i vårdvalet. Några landsting/regioner har kompletterat med Socialstyrelsen indelning i medicinska verksamhetsområden (MVO).

### RS delområde primärvård (område 0)

- Allmänläkarvård inkl. jourverksamhet 010
- Sjuksköterskevård inkl. jourverksamhet 015
- Mödrahälsovård 020
- Barnhälsovård 025
- Fysioterapi och arbetsterapi 030
- Primärvårdsansluten hemsjukvård 060
- Slutna primärvård 080
- Övrig primärvård 090 (ungdomsmott, fotvård, psykosociala team, hälsoinformation och sjukdomsförebyggande insatser)

### Socialstyrelsen förteckning över verksamhetsområden (MVO) utdrag

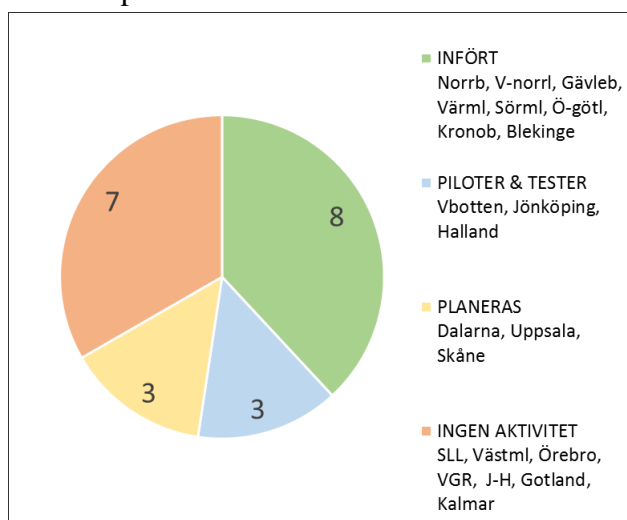
- Mödrahälsovård (MVC) 003
- Barnhälsovård (BVC) 009
- Distriktsläkarvård 011
- Distriktssköterskeverksamhet 014
- Jourläkarverksamhet 015
- Allmän vård 016
- Primärvårdsansluten hemsjukvård 019
- Hälso- och sjukvård i särskilt boende 020
- Korttidsvård 021
- Företagshälsovård 022
- Skolhälsovård 023
- Ungdomsmottagningsvård 024
- Observationsplatsvård 041

## **Nuläge, planer och lokala förutsättningar**

### Nuläget

Åtta landsting/regioner är igång med KPP för sin primärvård. Fyra av dessa har haft KPP igång sedan flera år tillbaka (Östergötland sedan 2008). Tre landsting/regioner har piloter igång och har testat att ta fram kostnadsinformation per vårdkontakt. Tre landsting/regioner planerar för ett införande medan resterande sju anger att man för närvarande inte har några aktiviteter/arbeten igång kring KPP för sin primärvård.

Figuren sammanfattar antal landsting/regioner och hur långt man kommit när det gäller KPP för primärvård.



### Framtida planer och uppskattat behov av resurstillskott

Det är givetvis svårt att uppskatta hur man ser på framtiden då detta mycket hänger på hur arbetet med KPP för primärvård kommer att prioriteras lokalt samt vilka resurser som kommer att tilldelas. Utbildning av personal inom primärvården för korrekt registrering av vårdkontakter samt fastställande och kodning av de relevanta diagnoser och åtgärder som förekommit är också en betydande insats som inte får förbises.

De uppskattningarna om vilka extra kostnader man ser för ett eventuellt införande och drift av ett KPP-system för primärvård ser väldigt olika ut. Bland de landsting/regioner som har infört eller är på gång att införa KPP för primärvård ser de flesta inga direkta extra löpande kostnader, förutsatt att inga större anpassningar måste göras i samband med att en nationell KPP-modell för primärvård införs. Jönköping, Kronoberg och Västerbotten har dock flaggat för ett ökat framtida behov av konsultstöd, interna personella resurser, programlicenser och IT-stöd. Halland väntar på mer personal för att hantera sitt primärvårds-KPP.

När det gäller övriga landsting/regioner som ännu inte är igång med KPP för primärvård finns det flera landsting/regioner som inte kunnat uppskatta vilka extra resurser och kostnader man ser. Några har dock gjort ett försök att uppskatta vilka behov som finns:

- Uppsala har uppskattat den inledande kostnaden år 2018 till 317 tkr följt av 119 tkr efterföljande år.
- Kalmar ser ett behov av konsultstöd, ekonom- & verksamhetsutvecklarresurser samt mer tid från den centrala KPP-gruppen men har ej uttryckt detta i några belopp.
- VGR ser ett ökat behov av en resurs för att leda, stödja samt bearbeta & sammanställa data. Dessutom ser man ett ökat behov av IT-stöd. Inga belopp nämns dock.
- Örebro har f.n. inga resurser för att börja med KPP för primärvården, vilket betyder ett behov av både konsulter, IT-resurser och personal, dessutom behövs ett nytt systemstöd för KPP som även kan härbärgera primärvården.
- Stockholm ser behov av projektledare, lokala ekonomer, systemstöd samt en resurs för den centrala driften och samordningen.
- Västmanland har gjort ett mer grundläggande arbete kring vilka behov man ser framöver. Ett införande med kalkylstöd år 1 uppskattas dra 0,7 - 1,0 årsarbetare. För en uppstart år 2-3 räknar man med runt 1,6 - 2,5 årsarbetare. När system och KPP-modellen är på plats uppskattar man behovet till 2,0 årsarbetare.

Bland de 14 landsting/regioner som startat, har pilotprojekt igång eller planerar att börja införa KPP för sin primärvård säger sig 9 stycken kunna leverera KPP-data under 2018. För de 7 landsting/regioner som ännu inte börjat med KPP ligger ett införande spritt under åren 2019-2021. Västmanland och Stockholm har längst startsträcka och säger att man tidigast kan vara igång till år 2020/2021. När det gäller Jämtland-Härjedalen och Gotland har vi inga uppgifter.

Tabellen nedan visar nuläget samt hur man ser på ett införande av KPP för primärvården.

KPP-läget Primärvård (nov 2017)							Löpande
Landsting/region	Infört	Piloter/ testning	Planeras	Ingen aktivitet	Tidigast KPP- leverans till SKL	Kostnad införande	extra årlig driftkostnad
Norrbottnen	Ja	-	-	-	2018	0	ingen
Västerbotten	-	Ja	-	-	2018	83 tkr	47 tkr
Jämtland-Härjedalen	-	-	-	Ja	?	?	?
Västernorrland	Ja	-	-	-	2018	?	ingen
Gävleborg	Ja	-	-	-	2018	0	0
Dalarna	-	-	Ja	-	2019	?	?
Värmland	Ja	-	-	-	2018	?	ingen
Uppsala	-	-	-	Ja	2019	317 tkr	119 tkr
Stockholm	-	-	-	Ja	2020/21	?	?
Västmanland	-	-	-	Ja	2021	1-2 mkr	1,8 mkr
Örebro	-	-	-	Ja	?	?	?
Sörmland	Ja	-	-	-	2018	0	0
Östergötland	Ja	-	-	-	2018	0	+
Västra Götaland	-	-	-	Delvis	?	?	?
Gotland	-	-	-	Ja	?	?	?
Kalmar	-	-	-	Ja	2019/20	?	?
Jönköping	-	Ja	-	-	2019	360/110	22 tkr
Halland	-	Ja	-	-	2019	?	?
Kronoberg	Ja	-	-	-	2018	?	360 tkr ?
Blekinge	Ja	-	-	-	2018	?	?
Skåne	-	-	Ja	-	2019 ?	?	?
	8 st	3 st	2 st	8 st			

### Nationell samordning

En nationell samordning av KPP för den somatiska och psykiatriska vården har funnits sedan år 2000 i och med att dåvarande Landstingsförbundet övertog KPP-databasen från SPRI. SKL har drivit detta arbete vidare med bl.a. att:

- skapa och uppdaterat nationella principer för hur KPP-informationen ska tas fram och enligt vilket kostnadsunderlag
- tecknat personuppgiftsbiträdesavtal med landsting/regioner och privata vårdgivare som lämnar KPP-data till SKL.
- stötta landstingen/regionerna i deras arbete att införa och utveckla sina lokala KPP-modeller
- insamling, kontroll och sammanställning av KPP
- publicerat nationellt KPP-data på SKL.se samt sammanställt analysrapporter kring olika vårdområden utifrån informationen i KPP-databasen
- stött forskare, studenter, utredare, konsulter, läkemedelsföretag, massmedia, privatpersoner m.fl. med KPP-information.
- kvalitetsutvecklat KPP-informationen, dels med riktade insatser till landsting/regioner men även genom utvecklade kontroller på nationell nivå, vilka har återkopplats till landstingen/regionerna.

Motsvarande samordning bör även skapas inför ett eventuellt fortsatt arbete med KPP för primärvården. Vid kontakter med Socialstyrelsen, Inera och konsultföretagen som arbetar med KPP-system (ProdaCapo, Ensolution & Astrada) har inte framkommit några intressen för att axla rollen som nationell samordnare och förvaltare av ett framtida KPP för primärvård. Kvarstår då att SKL tar rollen som nationell samordnare.



För att åta sig uppdraget bedömer SKL att ytterligare en person måste anställas samt att övriga driftkostnader räknas upp med ca 600 tkr (serverkostnader, IT-licenser inrapporteringsystem, kringkostnader), dvs en total årlig kostnad runt 1,6 mkr.

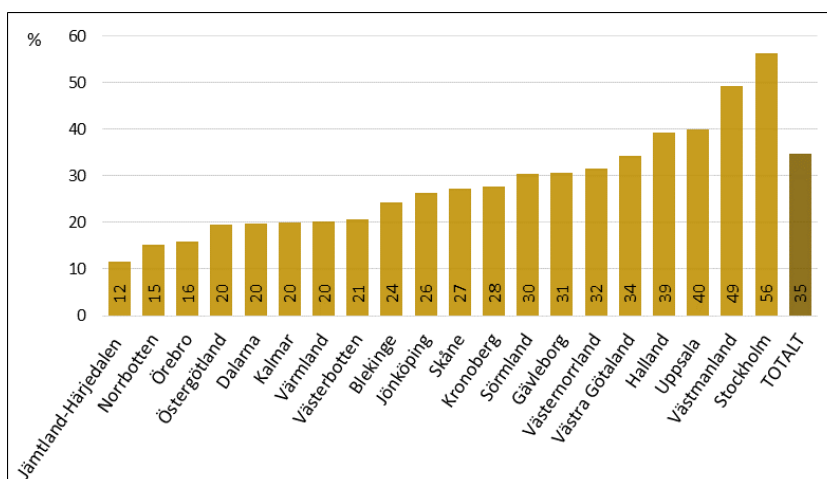
För att skapa en nationell KPP-modell kring primärvård förslås att ett projekt startar där landsting, regioner, Socialstyrelsen och involverade konsulter tillsammans löser de problem och frågor som denna förstudie presenterat. Läs mer under sammanfattningen på sid 10. Projektet beräknas löpa under 12 månader till en kostnad på kostnaden på närmare 1 mkr.

Kostnadskalkyl	2019		
	2018	projekt 4 mån	2020 ff
Projekt ca 12 mån därefter i förvaltning	projekt 8 mån	förvaltning 8 mån	förvaltning
<b>Personalkostnad</b>	700	1 000	1 000
<b>Konsultkostnad</b> (1,0 projektledare)	500	200	0
<b>Server, program &amp; licenskostnad</b>	700	500	500
<b>Övrigt</b> (möten, utbildn & kompetensutv m.m)	200	100	100
<b>Summa</b>	<b>2 100</b>	<b>1 800</b>	<b>1 600</b>

### Privat driven primärvård

I flera av landstingens/regionernas förstudier poängterar man vikten av att framöver även få med KPP-information från de privata vårdgivare som verkar inom primärvårdens vårdval. Frågan kan läggas in i projektets uppdrag.

Grafen nedan illustrerar andel av primärvårdens nettokostnad som går till privata utförare (exklusive kostnader för förmånsläkemedel). Uppgifterna är hämtade från SKL:s verksamhetsstatistik för 2016, tabell 31.



### Övrigt

Att koppla kostnader för förskrivna läkemedel till rätt patient och vårdkontakt bör kunna lösas med den information som e-hälsomyndigheten månatligen förser landstingen med. Här finns dock vissa periodiseringsproblem som gemensamt måste diskuteras.

När det gäller matchning av lab och röntgen/bild-tjänster till rätt vårdkontakt finns det idag redan regler och rutiner för hur det ska ske vilka ska kunna användas även inom primärvården.

Samverkan kommer att ske med andra insamlingar av primärvårdsdata som SKL gör.

## Sammanfattning och förslag till fortsatt arbete

Förstudien visar att primärvårdsuppdragen, kostnadsansvaret och registreringen/ beskrivningen av vårdkontakter ser väldigt olika ut i landstingen/regionerna.

Att skapa en nationell KPP-modell som tar hänsyn till alla dessa skillnader ses f.n. inte som möjligt att åstadkomma. Förutsättningar är bättre på landstings-/regionnivå där man kan skapa egna anpassade KPP-modeller som gör det möjligt att jämföra och följa sina egna vårdcentraler momentant och över tid. Vår förhoppning är att den utredning som Socialdepartementet initierat, ”*Samordnad utveckling av god och nära vård*” kan leda till att en mer enhetlig primärvård över hela landet vilket då kan leda till bättre förutsättningar för nationella jämförelser inom primärvården.

### SKL:s förslag till fortsatt arbete

SKL föreslår att man som ett första steg startar ett projekt kring KPP för primärvården med syfte att tillsammans med landsting/regioner, Socialstyrelsen och berörda konsultföretag ta fram ett förslag på hur en nationell KPP-modell för primärvård bör se ut. Några av de frågeställningar som projektet bör besvara är:

- vilka kostnader ska tas med och vilka ska exkluderas vid beräkning av kostnad per vårdkontakt (FoU, hemsjukvård, hälsoförebyggande insatser) ?
- på vilken organisatorisk nivå ska KPP redovisas (per VC, mottagning eller vårdval/uppdrag) ?
- vilken uppdelning i olika delkostnader bör finnas ?
- vilka olika typer av vårdkontakter bör registreras och särredovisas, vad ska t.ex. gälla för de olika former av distanskontakter, hälsoförebyggande insatser ?
- på vilken vårdkontakt ska åtgärder registreras - på den vårdkontakt som utför åtgärden eller den som beordrat/ordinerat/initierat den ?
- hur avgör man vad som är huvuddiagnos vid en primärvårdskontakt där flera besvär avhandlas (kontaktorsak) ?
- hur hanterar vi närsjukvård – en företeelse som ökar och som gränsar till den specialiserade vården ?
- hur hanterar vi slutna primärvård ?
- kan någon typ av ”sidoinformation” ge en tydligare bild om de vårdvalen som är kopplade till den kostnadsbeskrivningen som redovisas i KPP ?
- hur ska vårdkontakter i uppdrag/vårdval som drivs solidariskt av flera VC hanteras ?
- hur ser de KPP-system som är i drift ut och vilka erfarenheter har man ?
- finns juridiska hinder (GDPR) ?
- hur kan vi skapa en enkel nationell inrapporteringsportal för KPP-data med automatiska kontrollsteg och direkt återrapportering ?
- hur samordnar vi insamlingen av KPP-data med andra insamlingar inom primärvårdsområdet ?
- finns annan kompletterande information som kan kopplas till KPP (DRG, ACG, väntetider, kvalitet, PROM/PREM..... ?

Projektet bör kunna presentera ett förslag på nationell KPP-modell för primärvård under våren 2019 vilket då kan behandlas i landstingens/regionernas olika direktörsnätverk. Samtidigt även presentera ett förslag på hur den nationella samordningen av detta kan organiseras. Godtas förslaget kan sedan landstingen göra nödvändiga anpassningar och ansluta med data i egen takt.

Samtidigt bör man både nationellt och lokalt verka för mer enhetliga regelverk för registrering av vårdkontakter samt att beskrivningen av vården över hela linjen sker enligt de klassifikationer som finns (primärkodning enligt ICD-10SE och KVÅ).

# Bilaga

## A. Vårdvalen innehåll per landsting/region

	Norr- botten	Väster- botten	Jämtland- Härjedalen	Väster- norrland	Gävleborg	Dalarna	Värmland	Uppsala	Stockholm	Västman- land	Örebro	Sörmland	Öster- götaland	Västra Götaland	Gotland	Kalmar	Jön- köping	Halland	Krono- berg	Blekinge	Skåne	
<b>Delverksamheter</b>																						
Allmänmedicinsk verksamhet	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Hälsöfrämjande- & sjukdoms-förebyggande insatser (hälsoundersökning, hälsosamtal, ev missbruksproblematik, livsstilsfrågor)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Distriktsläkarevård	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Distriktsköterskevård	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Jourverksamhet (kvälls-helger, beredskap)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Hemsjukvård	X	X							X													
MVC (modrålsovård, BMM)	X	X		X		X				X	X											
BVC (barnhälsovård, BMM)	X	X		X		X				X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	
Barn- & ungas rättigheter i vården																						
Ungdomsmott										X		X										
Familjecentral										X												
Kuratorverksamhet	X			X	X		X	X		X												X
Psykisk ohälsa	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Psykologverksamhet, psykoterapi	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Psykosocial verksamhet	X	X		X	X	X	X		X		X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
Neropsykiatriska problem								X														X
Första linjens barn & ungdomspsykiatri									X			X		X				X				X
Demensvård (minnesmott)	X	X				X	X			X			X			X			X			X
Rehabilitering	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Fysioterapi	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
Arbetssterapi	X	X		X	X	X	X			X		X					X	X	X	X	X	X
Lopedi																						
Logopedi																						
Multimodal bedömning	X					X	X															
Habilitering				X	X					X								X		X	X	X
Palliativ vård		X		X	X		X	X		X							X	X	X	X	X	X
Medicinsk fotvård	X	X		X	X	X	X						X	X		X	X	X	X	X	X	X
Dietistverksamhet		X		X	X	X	X	X		X			X	X						X		X
Diabetesmott	X					X	X					X	X	X						X		X
Astma/KOL-mott	X					X	X		X			X	X	X					X	X	X	X
Fysisk aktivitet på recept (FAR)	X			X	X		X	X			X	X				X	X	X			X	X
Njurprevention													X									
Hjärtsvikt	X					X						X	X							X		X
Vaccinationsprogram	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Gynekologiska cellprovkontroller	X	X				X						X										
Läkemedelsgenomgång	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Intygsskrivande	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Asylsökande, tillståndslösa, kvotflyktingar & anhöriginvandrare	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Läkarmedverkan i kommunal hälso- & sjuvård	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
1177-tjänster (telefon & e-tjänster) och rådgivning	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Smittskyddsarbete	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
STRAMA-arbete (antibiotikaresistens)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Vårdhygien	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Kris- & katastrofmedicinsberedskap	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Utomläns- & utlandspatienter	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Utbildningsinsatser/fort- & vidarebildning, kompetensutveckling & handledning (AT/ST mfl.)	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X		X	X	X	X
Samverkan med andra hälso- & sjukvårdsaktörer (SVPL, SIP), kommuner, FK, AF	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Delta i regionens utvecklingsarbeten & forskning	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Observationsplats (sluten PV)																						
Dödsintyg, omhändertagande av avliden (ev obduktion)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Ordination av hjälpmedel, mtrl eller näring	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Näromsrådesansvar	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	X







