

## Frågor och svar gällande utvidgad primärvårdsuppföljning inklusive förstärkt vårdgaranti

Dokumentet revideras allt eftersom nya frågor inkommer.

Frågor och svar grupperas i följande områden

- Vilka patienter ingår i förstärkt vårdgaranti?
- Form av kontakt som ingår i den förstärkta vårdgarantin
- Vem för göra medicinsk bedömning?
- Hur rapportera?
- Övriga

Område: Vilka patienter ingår i förstärkt vårdgaranti?	
Fråga	Svar
<p>Telefontid direkt till ex. samtalsterapeut eller fysioterapeut/sjukgymnast klassas det som rådgivning/bedömning motsvarande 0:an eller kan det vara en kontakt inom ramen för vårdgarantin och innefatta medicinsk bedömning?</p>	<p>Planerar verksamheten för direktkontakter ex. via telefon, video mm på ett sådant sätt att dessa tidsmässigt och innehållsmässigt motsvarar ett traditionellt mottagningsbesök kan dessa klassas som kontakter enligt vårdgarantin.</p> <p>Vårdgarantipatient <b>JA</b> om det är nytt hälsoproblem en oväntad eller kraftig försämring/förändring av ett sedan tidigare känt medicinskt problem eller en utebliven behandlingseffekt.</p> <p>De kontakter som ska redovisas ska endast avse kvalificerad hälso- och sjukvård som dokumenteras i journalen</p>
<p>Patient ringer till VC sjuksköterskan bedömer att patienten behöver träffa en fysioterapeut. VC har inga egna fysioterapeuter utan de finns i ett annat vårdval eller i en annan organisation</p> <p>Vad gäller?</p>	<p>Enligt delbetänkande 2 ska primärvården ha tillgång till mer än läkarkompetens. I författningskommentarerna räknas dietist, fysioterapeut och arbetsterapeut upp.</p> <p>Alla vårdcentraler kommer inte att behöva ha alla olika professioner på plats.</p> <p>– Det vårdval där man listar sig behöver ha generalistkompetensen med allmänläkare och distriktssköterskor. De andra kompetenserna ska kunna finnas i olika vårdval, men då ska den plats där man är listad tydligt kunna beskriva hur samverkan med andra ser ut</p>

	<p>Patienten ska få sin bedömning inom 3 dagar med den profession där samverkan finns</p>
<p>Om en ssk gör en behovsbedömning att patienten behöver träffa en kurator för t.ex. livsstilsproblem. En kurator är ännu inte en legitimerad vårdpersonal så då faller inte patienten under vårdgarantin? Dvs det behövs ingen medicinsk bedömning utan patienten kan sättas upp på besök till kurator?</p>	<p>Det som avgör om det är en vårdgarantipatient eller inte är om patienten har ett <b>nytt hälsoproblem, en oväntad eller kraftig försämring/förändring</b> av ett tidigare känt hälsoproblem</p> <p>Yrkesgrupper med legitimation, inklusive kuratorer följs upp inom den förstärkta vårdgarantin.</p> <p>AT- läkare följs upp som läkarbesök och PTP-psykologer som psykologbesök.</p> <p>I den utökade uppföljningsmodellen följs alla yrkesgrupper upp.</p>
<p>Vi diskuterar hur vi ska göra med besök som rör hälsointyg och vaccinationer.</p>	<p>Vaccinationer och hälsointyg, intyg till försäkringsbolag och liknande, influensavaccination och reseprofylax ingår inte i vårdgarantin, däremot ingår den i den utökade uppföljningen.</p>
<p>Prickmottagning. Även om det enligt frågeställaren prioriteras lågt så är väl det ett nytt hälsoproblem och därmed en vårdgarantipatient?</p>	<p>Ja, en hudförändring betraktas som ett nytt hälsoproblem och omfattas därmed av vårdgarantin</p>
<p>Remisser som kommer från specialiserad vård för ett nytt problem, omfattas de av vårdgarantin? Exempel: patient som går på ortopedmottagningen och får problem med magen och får remiss till primärvården</p>	<p>Remiss från specialiserad vård med ett nytt hälsoproblem och som <b>inte</b> har tagits om hand där, innefattas i den förstärkta vårdgarantin.</p>
<p>Ingår ungdomsmottagningens patienter?</p>	<p>Eftersom ungdomsmottagningsverksamhet klassas som övrig primärvård enligt VI 2000 så ingår det i den förstärkta vårdgarantin.</p>
<p>Ett exempel när det gäller trötthetsprover. Om en patient ringer om trötthet så börjar man med att ta prover innan patienten får träffa läkare. Ska provtagningen</p>	<p>Utgå ifrån patienten.</p> <p>Om patienten har ett nytt hälsoproblem och det finns ett vårdprogram för det som man kan misstänka med prover innan besöket är den medicinska</p>

<p>falla inom vårdgarantin? Eller räcker det som medicinsk bedömning när sköterskan gör bedömningen i telefonen att patienten ska ta dessa prover?</p>	<p>bedömningen när man har provsvar vid läkarbesöket och läkarbesöket ska då ske inom 3 dagar.</p> <p>Vilket innebär att VC ska göra det möjligt att patienten kan ta proverna innan dess. Ställer förstås krav på VC flöde men är bra för patienten.</p>
<p>Patient träffar en Sjuksköterska för en medicinsk bedömning – sköterske- bedömningen är att patienten behöver träffa en fysioterapeut, kommer nästa besök bli ett återbesök eller blir det en ny medicinsk bedömning hos fysioterapeuten?</p>	<p>Är det för samma hälsoproblem blir det ett återbesök</p>
<p>Patient som genomgått operation inom specialiserad vård och behöver tex plocka bort stygn – vårdgaranti eller återbesök?</p>	<p>Återbesök</p>
<p>Inom MHV finns ju preventivmedelsmottagningen.</p> <p>Hur bedöms ett behov av preventivmedelsrådgivning inkl behov av preventivmedel första besöket. Är det att betraktas som ett nybesök som ingår i vårdgarantin?</p>	<p>Preventivmedelsrådgivning betraktas som hälsovård och ingår inte i vårdgarantin men i den utökade uppföljning i primärvård finns de med.</p>
<p>Om man inte kan erbjuda patienten en tid inom vårdgarantin, vad väljer man då för avvikelseorsak? Det är varken medicinsk orsakad eller patientvald väntan?</p>	<p>Ingen avvikelseorsak anges. I detta fall uppfylls inte vårdgarantin.</p>
<p>Är det rätt uppfattat att SSIH räknas som specialiserad vård och inte primärvård i detta sammanhang?</p>	<p>Vår tolkning är att SSIH räknas som specialiserad vård. Tillkommer ett nytt hälsoproblem som resulterar i behov av kontakt med primärvården så är vår bedömning att det omfattas av vårdgarantin</p>
<p>Varför skiljer man på samtalet med ssk i telefonrådgivningen och tex psykolog som tar emot samtalet? Båda yrkeskategorierna gör ju en</p>	<p>Oavsett vilken yrkesgrupp som svarar för telefonrådgivningen avser detta den initiala behovsbedömningen (0:an).</p>

<p>bedömning utifrån sin medicinska kompetens att pat behöver <b>en medicinsk bedömning</b>. Sjuksköterskans samtal är en 0:a och psykologens samtal räknas som medicinsk bedömning enl fallbeskrivningarna.</p>	<p>Planerar verksamheten för direktkontakter ex. via telefon, video mm på ett sådant sätt att dessa tidsmässigt och innehållsmässigt motsvarar ett traditionellt mottagningsbesök kan dessa klassas som kontakter enligt vårdgarantin. Gäller alla yrkesgrupper</p>
<p>En arbetsterapeut som via telefon gör en beställning av div hjälpmedel till en patient – troligtvis innan en operation. Sedan när hjälpmedel kommit till patient gör arbetsterapeuten besök hos patient. När görs den medicinska bedömningen? Telefonsamtalet eller vid besöket?</p>	<p>Vår bedömning att denna patient inte är en vårdgarantipatient</p>
<p>Opererad patient som behöver hjälp med att ta stygn aldrig varit på vårdenheten tidigare är det ett återbesök?</p>	<p>Ja det är för patienten ett återbesök</p>
<p>Opererad patient som efter op inte mår väl( infekterat sår, feber, ont m.m.) ska denna patient omfattas av vårdgarantin?</p>	<p>Ja detta är en vårdgarantipatient en kraftig försämring av ett tidigare känt problem</p>
<p>Patient som efter behovsbedömning får tid hos sjuksköterska – denna gör en medicinsk bedömning som resulterar i att patienten behöver få behandling av sjukgymnast- tolkas besöket hos SSK som en medicinsk bedömning?</p>	<p>Ja sjuksköterskan har gjort en medicinsk bedömning som resulterar i för patienten ett återbesök hos sjukgymnast</p> <p>Kompetens JA = medicinsk bedömning, nästa steg återbesök</p> <p>Ansvaret ligger alltså hos den som bedömer</p>

<p>Drop in verksamhet – alla patienter bedöms av en sjuksköterska tex prickar – sjuksköterskan tycker att en prick behöver bedömas av läkare. Har patienten fått sin medicinska bedömning hos sköterskan och sätts upp på återbesök till läkaren eller ska patienten ges en ny medicinsk bedömning hos läkaren inom 3 dagar?</p>	<p>Sjuksköterskan bedömer att hen inte kan göra en medicinsk bedömning utan anser att en läkare ska göra en bedömning och då ska det ske inom 3 dagar.</p> <p>Kompetens NEJ = ingen medicinsk bedömning, rätt till medicinsk bedömning inom tre dagar</p> <p>Ansvarvaret ligger alltså hos den som bedömer</p>
<p>Vad avses här med en medicinsk bedömning?</p>	<p>Med en medicinsk bedömning avses här en meddelad slutsats, i form av en diagnos eller åtgärdskod, av hälso- och sjukvårdspersonal till patient som är dokumenterad i patientensjournal eller motsvarande</p> <p>Delbetänkande (SOU 2017:53)</p>
<p>Remiss inkommer för nytt medicinskt problem från vilket datum gäller 3 dagar, beslut om remiss, ankomstdatum för remiss eller bedömningsdatum?</p>	<p>From beslut om (vårdbehovsbedömning) att patienten behöver fortsatt kontakt</p>
<p>Patient bokad till sjukgymnast – blir akut sämre (samma åkomma) och får en tid hos läkare – hur gör man med bokningen – blir det ett åtagande hos sjukgymnast och ett hos läkare?</p>	<p>Så länge som det är samma åkomma gäller ett åtagande</p>
<p>Ska det finnas ett(1) vårdåtagande på vårdcentral för samma hälsoproblem, oavsett besök hos fler yrkeskategorier?</p>	<p>Ja det ska bara finnas ett vårdåtagande för samma hälsoproblem</p>
<p>Vad finns det för tidsaspekt för att kunna använda "inte bättre efter</p>	<p>Det finns inget generell tid utan det kan bara professionen avgöra i det enskilda fallet</p>

behandling” och när blir det ett nytt medicinskt problem?	
<b>Område: Form av kontakt som ingår i den förstärkta vårdgarantin</b>	
<b>Fråga</b>	<b>Svar</b>
Är bokning via <b>webbtidbok</b> nybesök eller återbesök?	<p>Det beror på hur verksamheten har definierat utlagda tider i webbtidboken.</p> <p>Under förutsättningar att det finns valbara tider inom vårdgarantins 3 dagarsgräns, ska tid som patient väljer bortom tidsgränsen klassas som patientvald väntan.</p> <p>Den bedömning som görs vid kontakten avgör om patientens hälsoproblem faller inom ramen för vårdgarantin eller inte.</p> <p>Kan vara ”nybesök” som då klassas som vårdgaranti <b>JA</b>,</p>
Är DropIn ett vårdgarantibesök?	Klassas som vårdgarantipatient ja/nej beroende på patientens hälsoproblem.
Gällande form av öppenvårdskontakt kan vi acceptera telefonkontakt om det är en kvalificerad telefonkontakt, men är osäkra på vad som innefattas i vårdkontakten brev? Skulle det kunna vara chat? Annars anser vi att brevkontakt inte uppfyller kravet för en öppenvårdskontakt. Vidare undrar vi hur vi ställer oss till chatfunktion; men där svaret inte kommer direkt utan kanske inom en timme.	<p>Chat eller annan form av e-tjänst (asynkron och synkron) som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, innehållsmässigt och tidsmässigt rapporteras som besök distans.</p> <p>Kontakt via telefon eller brev som ersätter/motsvarar ett traditionellt enskilt öppenvårdsbesök, innehållsmässigt och tidsmässigt, rapporteras som telefon/brevkontakt.</p> <p>De kontakter som ska redovisas ska endast avse kvalificerad hälso- och sjukvård som dokumenteras i journalen.</p>
När det gäller mätning av antalet obokade besök, hur definieras detta? Är det de patienter som är helt obokade och dyker upp på mottagningen (drop-in eller akuta),	<p>Öppen mottagning eller Drop in patienter är exempel på obokade kontakter.</p> <p>Har de fått en tid inom 24 timmar är de planerade</p>

<p>eller är det de som är oplanerade och fått sin tid inom 24 h?</p>	
<p>Ingår fysioterapeuter eller läkare inom nationella taxan?</p>	<p>Privata fysioterapeuter och läkare på nationella taxan ingår om de har samverkansavtal och är underleverantörer till VC i vårdvalet</p>
<p>Förnyelse av recept ingår det i den förstärkta vårdgarantin?</p> <p>1. Patienten har ett förhöjt blodtryck och har medicinerat ett par år och vill förnya sitt recept. I samband med detta kanske man finner att ett besök för kontroll vore på sin plats</p> <p>2. Patienten har ett förhöjt blodtryck som hen har medicinerat för ett par år och det är dags att förnya receptet, men patienten upplever biverkningar, tilltagande huvudvärk eller har gjort en egenmätning som visar förhöjt blodtryck</p> <p>3. Förnyelse av recept, ex via mina vårdkontakter där besökskontakt inte krävs</p>	<p>1. Återbesök</p> <p>2. Vårdgarantipatient ja</p> <p>3. Omfattas inte av vårdgarantin</p>
<p>Det jag funderar kring är hur vi ska styra om vårdprocesserna för KBT via nätet för att öka möjligheterna att uppfylla kravet om bedömning inom tre dagar. Det flöde vi har nu är egenanmälan via nätet (frågeformulär), psykolog som bedömer egenanmälan och inkluderar eller exkluderar patienten, sedan antingen bedömningsbesök för depressionsbehandlingen eller direkt behandlingsstart för insomni. Jag funderar på om bedömningen av egenanmälan räknas som en behovsbedömning eller om det</p>	<p>Vi utgår ifrån att det är ett nytt hälsoproblem och som jag ser det beror det på resultatet av psykologens bedömning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen ytterligare kontakt med sökanden är nödvändig utan beslut kan tas utifrån underlaget i anmälan om att påbörja KBT behandling. Medicinsk bedömning = JA och därmed genomförd</li> <li>- Underlaget i anmälan är inte tillräckligt utan här krävs det ett bedömningsbesök. Behovsbedömning = JA, och medicinsk bedömning ska nu göras inom tre dagar från det att anmälan gjordes.</li> </ul> <p>Kan alltså vara både och</p>

<p>skulle kunna klassificeras som medicinsk bedömning.</p>	
<p>Vårdgarantins alla tidsgränser avser kalenderdagar eller hur?</p> <p>Dvs:</p> <p>0 kalenderdagar</p> <p>3 kalenderdagar</p> <p>90 kalenderdagar</p> <p>90 kalenderdagar</p>	<p>Det stämmer det är kalenderdagar som räknas</p> <p>Exempel:</p> <p>Kontakt 5/3 och besök samma dag = dag 0</p> <p>Besök dagen efter 6/3 – inom vårdgarantin =1 dag</p> <p>Besök 7/3 – inom vårdgarantin= 2 dagar</p> <p>Besök 8/3 – inom vårdgarantin: 3 dagar</p>
<p>Vi har funderat på hur vi skall hantera teambesök dvs där flera olika yrkeskompetenser möter patienter vid samma bedömning? Hur ska detta hanteras/rapporteras?</p>	<p>När det gäller definitioner samt rapportering så har vi valt att utgå från vi2000. Dvs team- samt gruppteambesök rapporteras som ett besök per deltagande hälso-och sjukvårdspersonal. se s47 vi2000.</p>
<p>Vad är en kvalificerad brevkontakt?</p>	<p>Avser även elektroniska brev.</p> <p>Kontakt som ska rapporteras</p> <p>Vårdkontakten ersätter ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.</p> <p>Kontakt som <b>INTE</b> ska rapporteras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Upplysningar, information och råd: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kallelse.</li> <li>o Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.</li> </ul> </li> <li>• Sjukskrivning, recept, hjälpmedel: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nyttillkomna besvär.</li> <li>o Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare</li> </ul> </li> </ul>



	<p>kända problem utan ställningstagande till eventuella ny-tillkomna besvär.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utlåtande/svar: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Område: Vem får göra medicinsk bedömning?</b>	
<b>Fråga</b>	<b>Svar</b>
Vilka yrkesgruppers medicinska bedömningar kommer att "räknas med" i den nya förstärkta vårdgarantin?	<p>Yrkesgrupper med legitimation, inklusive kuratorer följs upp inom den förstärkta vårdgarantin. AT- läkare följs upp som läkarbesök och PTP-psykologer som psykologbesök.</p> <p>I den utökade uppföljningsmodellen följs <b>alla</b> yrkesgrupper upp.</p>
Varför inte beteendevetare (ej legitimerade) med? – dessa producerar stora mängder vård inom psykisk ohälsa, som vi såväl behöver	<p>Samtliga yrkeskategorier ingår och särskiljs genom KVÅ koder. Detta innebär att samtliga ska rapporteras, legitimerade såväl som ej legitimerade (medicinsk service undantagen) Saknas tydlig KVÅ kod för viss yrkeskategori placeras den i gruppen "Övrigt".</p> <p>Saknas ev kod för legitimerad yrkeskategori så krävs en komplettering i KVÅ registret. Lyfts till socialstyrelsen</p>

<b>Område: Hur rapportera?</b>	
<b>Fråga</b>	<b>Svar</b>
Ska vi rapportera in Medicinskt måldatum för förstabesöken? Det torde väl alltid vara samma måldatum (inom tre dagar efter initierad kontakt)?	Ja det är obligatoriskt, även för första besöket (vårdgarantipatient Ja).  Tanken är att medicinskt måldatum ska användas vid tillgänglighetsuppföljning för de patienter som inte omfattas av vårdgarantin. (återbesök)
Om propositionen om en vårdgaranti med första medicinsk bedömning inom tre dagar antas, räknar vi arbetsdagar eller dagar?	Det står inget om arbetsdagar i propositionen. Så det är kalenderdagar som räknas
Enligt mät punkt 3, När genomfördes öppenvårdskontakten, ska detta anges för både nybesök och återbesök?	Ja
Vi har sedan tidigare fler val gällande avvikelseorsaker än som rapporteras in enligt den tilltänkta uppföljningsrapporten anger utgör detta ett problem? De är enligt nedan. i. Medicinska skäl - t.ex. patienten kan ej omhändertas förrän rtg-svar föreligger... ii. Patienten avstår vårdgarantin - t.ex. patienten vill helst träffa dr X och väntar hellre på en tid längre fram än träffar dr Y. iii. Patientrelaterade skäl - annat än ovan nämnt... iv. Särskilda skäl orsakad väntan - används enbart av BUP v. Verksamhetsrelaterade skäl - T.ex. sjukdom i personalen.	Ni får översätta de lokala avvikelseorsakerna till begreppen patientvald – medicinskt orsakad väntan.
Vad omfattas av rapporteringen?	Allt som definieras som primärvård i VI2000 oavsett organisation och driftsform rapporteras.

<p>Skall det vara både Huvud- och Bidiagnoser?</p> <p>Om endast huvuddiagnoser skall det då bara vara åtgärder kopplade till huvuddiagnosen?</p>	<p>Samtliga diagnoser och åtgärder ska rapporteras</p>
<p>Varför är remiss ett obligatoriskt fält? – vi ska ju undvika all onödig administration</p>	<p>Har ändrats till obligatoriskt om förekomst finns</p>
<p>Behandlingsserier hur registreras? – exempelvis kuratorer och fysioterapeuter, är varje besök ett återbesök?</p>	<p>Ja, generellt är besöken i en behandlingsserie återbesök, första besöket kan ev klassas som ett vårdgarantibesök om det är där "serien" startar.</p>
<p>Ska vi även rapportera medicinskt måldatum för samtliga återbesök till SIGN-e?</p>	<p>Ja obligatoriskt om förekomst finns</p>
<p>Hur många koder kommer man att kunna se i Qlikweiv för primärvården. Kommer man att se både huvud- och bidiagnoser och hur många KVÅ koder kommer att visas?</p>	<p>Vi visar samtliga koder som har skickats in</p>
<p><b>Område: Övrig?</b></p>	
<p><b>Fråga</b></p>	<p><b>Svar</b></p>
<p>Hur ska vi definiera primärvård? Ska vi kunna jämföra oss med varandra bör vi ju göra så liknande uttag som möjligt.</p>	<p>Primärvård definieras i enlighet med verksamhetsindelning, VI2000. <a href="https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/verksamhetsindelning-vi2000.html">https://webbutik.skl.se/sv/artiklar/verksamhetsindelning-vi2000.html</a></p> <p>I modellen hanteras detta via primärvårdens delområden.</p>

Finns det något målvärde när det gäller den nya vårdgarantin – hur stor andel som ska ha fått en medicinsk bedömning?	Det är en lag finns ingen annat målvärde än 100%.