Vårdgaranti, utomlänsvård

**Hitta i dokumentet**

[Syfte](#_Toc104906204)

[Patientregistreringar](#_Toc104906205)

[Kontakter](#_Toc104906206)

[Vårdgaranti](#_Toc104906207)

[Vårdgarantiservice](#_Toc104906208)

[Uppföljning till nationell väntetidsdatabas](#_Toc104906209)

[Utomlänsvård](#_Toc104906210)

[Registreringsanvisningar vid nybesök eller återbesök](#_Toc104906211)

[Primärvård](#_Toc104906212)

[Specialiserad vård](#_Toc104906213)

[BUP](#_Toc104906214)

[Kodning](#_Toc104906215)

[Nybesöksflöde somatisk specialiserad vård](#_Toc104906216)

[Behandlingsflöde somatisk specialiserad vård](#_Toc104906217)

[Handläggning vid extraordinära situationer](#_Toc104906218)

[Hantering av patienter i de fall åtgärder inte utförs inom Region Halland](#_Toc104906219)

[Hantering av vårdgarantipatienter i när det finns en nationell kapacitetsbrist](#_Toc104906220)

[Uppdaterat från föregående version](#_Toc104906221)

# Syfte

Detta dokument innehåller information gällande vårdgivarens förhållningssätt och agerande gentemot patienter som remitterats för besök och/eller ska behandlas med fokus på ”God vård i rätt tid”. Vidare beskrivs hur patienter ska registreras i VAS och när patientvald och medicinskt orsakad väntetid kan och inte kan registreras. Rutinen gäller tillsvidare. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen blir känd och tillämpas av berörda medarbetare. Vid behov tas praktiska rutiner fram och dokumenteras på varje förvaltning.

# Patientregistreringar

## Tidig och tydlig information till patienterna

Vårdgivarens ska tidigt ge patienten information om vad som ska hända härnäst, var och när. Det gäller inte bara när remiss mottagits och accepterats eller när beslut om behandling tas. Tidig och tydlig information ska ges under hela vårdprocessen. Det är också angeläget, när patientens vårdprocess avslutas, att informera om vart patienten ska vända sig vid återfall, komplikation eller oväntad försämring (Patientkontakt).

När vårdbegäran accepteras av mottagande verksamhet erbjuds patienten tid eller sätts på väntelistan, remitterande är ansvarig för patientens hälsa eller förändrade tillstånd tills patient har besökt vårdgivare på mottagande verksamhet.

*Vid beslut om besök och behandling ska vårdgivaren:*

* Erbjuda en faktisk bokad tid (dag + klockslag)
* Erbjuda webben: möjlighet att själv boka en tid, omboka och avboka via webbtidbok www.1177.se
* Informera om vårdgaranti om inte kliniken/mottagningen inte kan erbjuda tid inom vårdgarantins tidsgränser.

## Definition av erbjuden eller överenskommen tid

Tid för vårdkontakt kan antingen erbjudas via kallelse (erbjuden tid) eller genom direktkontakt med patienten (överenskommen tid). Med överenskommen tid menas att vårdgivaren och patienten kommer överens om datum och klockslag för vårdkontakt. Även bokning via webben (t.ex. 1177 e-tjänster) räknas som överenskommen tid. Så länge tidpunkt för vårdkontakt erbjuds i ”kallelse på kallelse” finns ingen gräns för hur många gånger patienten kan omboka tiden.

## Uteblivna patienter

* Om en patient uteblir från erbjuden eller överenskommen tid utan att ha meddelat förhinder i förväg skickas faktura på patientavgift, enligt avgiftshandboken.
* Om patient inte hört av sig inom vårdgarantitiden för att boka ny tid sänds remissen åter till remittenten som är den ansvariga vårdgivaren innan 60 dagars vårdgarantitid.

## Registrering av patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan

Tillgänglighetsuppföljningen fokuserar på patienternas tid till nybesök respektive operation/åtgärd. Vissa patienter väntar längre tid av olika skäl. En av anledning kan vara att vårdgivaren inte har tillräcklig kapacitet för att ta emot patienten inom 60 dagar, det vill säga att vårdgivaren är orsaken till fördröjningen. Längre väntetider kan också bero på omständigheter som vårdgivaren inte är orsak till. Sådana avvikelser benämns patientvald väntan (P) eller medicinskt orsakad väntan (M). Patienter som själva är orsaken till fördröjningen (P) ska inte nedprioriteras. När fördröjningen innebär att redan erbjuden eller överenskommen vårdkontakt inte kan genomföras, ska patienten erbjudas ny tid snarast möjligt – ännu hellre ska kliniken och patienten komma överens om en erbjuden tid.

## Registrering som väntande till behandling

När vårdgivaren tillsammans med patienten beslutar om behandling på den egna kliniken, erbjuds patienten en bokad tid eller sätts upp i bokningsunderlag/väntelistan/ för åtgärden. Vissa patienter behöver utredas och bedömas av vårdgivaren innan beslut kan tas om behandling, vilket kan innebära flera undersökningar och återbesök efter nybesöket. Det förekommer också att patienten ska genomgå t.ex. onkologisk behandling före kirurgisk behandling. Så länge patienten inte är färdigutredd eller ska genomgå utredning/behandling på annan klinik före kirurgi, ska den opererande enheten inte registrera patienten som väntande. Datum för behandlingsbeslut registreras först när patienten är optimal för planerad behandling.

## Registrering av åtgärdskoder KVÅ i väntelista/bokningsunderlag

För patient som sätts upp för ett planerat kirurgiskt ingrepp ska JA fyllas i under rubriken Operation. När JA aktiveras kommer KVÅ-koder att bli synliga under rubriken Operationskod\* och där markeras aktuell KVÅ-kod, se bild 1.



Bild 1

##

## Registrering genomförd åtgärd, KVÅ-Kod.

När det gäller uppföljning av den genomförda vården ska de diagnos- och åtgärdskod/er som varit aktuella vid vårdtillfället registreras i DR16**.**

## Sena remisser

Vårdbegäran som anländer dagar eller veckor efter remissdatum får aldrig returneras till remittenten med begäran om nytt datum. Däremot måste remittenten informeras om att klinikens möjligheter att erbjuda vård i rimlig tid påverkas negativt när vårdbegäran skickas med fördröjning.

## Ombokning av nybesök operation/behandling

Om vårdgivaren och patienten kommit överens om tiden, rekommenderas högst två ombokningar - det vill säga tre tider med ursprungligt erbjuden tid inräknad. Därefter kan beslut fattas att vårdbegäran återsänds till remittenten.

# Kontakter

## Distanskontakt

Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppenvård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda (Socialstyrelsen definition). Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, bild, text eller som kombination av dessa. Vanligtvis genomförs distanskontakten via digitalt media men kan om definitionskraven uppfylls även ske via telefon.

De distanskontakter som finns är:

* distanskontakt via telefon,
* distanskontakt via videolänk,
* skriftlig distanskontakt.

Distanskontakten ska *ersätta ett fysiskt besök* och ska vara planerad i samråd med Hälso- och sjukvårdpersonal. Krav på att distanskontakt ska vara planerad innebär inte att den alltid måste vara bokad i tidbok, t ex för vårdenhet som hartagit beslut om*”Drop in”-verksamhet via videolänk*.

För att vårdkontakt inom öppenvård ska räknas som en distanskontakt ska den*innehållsmässigt motsvara ett öppenvårdsbesök med bokad tid.*Distanskontakt *på ett par minuter kan**inte*anses ersätta ett öppenvårdsbesök**.** Patienten ska *vara informerad* om att *samma avgift*för vårdkontakten ska erläggas som om det hade genomförts som ett fysiskt besök.

## Bokning via webb

Bokningar via webb ingår i rapporteringen till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).  Inställning görs per schemaaktivitet om bokningen ska tolkas som nybesök eller återbesök.

# Vårdgaranti

## Nationell Vårdgaranti

Vårdgarantin anger hur länge en patient ska behöva vänta som längst för att få en medicinsk bedömning inom primärvården, få ett förstabesök i den specialiserade hälso- och sjukvården och få en planerad åtgärd. Vårdgarantin reglerar inte vilken vård som ska ges utan endast inom vilken tidsgräns vården ska erbjudas.

Vårdgaranti är en lagstadgad skyldighet och omfattar fyra garantier.

1. Få kontakt med primärvården inom **0 dagar** (samma dag som patienten tar kontakt).
2. Få en medicinsk bedömning av legitimerad personal ink kuratorer i primärvård inom **3 dagar\***.
3. Få ett första besök i den specialiserade vården inom **90 dagar**.
4. Efter beslut, få en operation/behandling inom den specialiserade vården inom **90 dagar.**

\*Första linjen barn och unga med psykisk ohälsa” ingår i primärvårdens uppföljning av medicinsk bedömning inom tre dagar

Inom specialisttandvården omfattas vissa delar av vårdgarantin. Det som omfattas är behandlingar som krävs i en medicinsk utredning eller behandling som i sin tur omfattas av vårdgarantin.

## Regional vårdgaranti

Region Halland har högre krav på tillgänglighet än vad som anges i Hälso- och sjukvårdslagen och vårdgaranti.

* Inom den specialiserade vården omfattas samtliga legitimerade vårdprofessioner av vårdgarantin till nybesök och/eller behandlingen/operation och tid ska erbjudas **inom 60 dagar.**
* I Region Halland omfattar vårdgarantin **även utredningar såsom röntgen, tester och prover.** Det innebär att undersökningar, till exempel röntgen och provtagning, ska ske inom vårdgarantins gräns för behandling inom **60 dagar**.
* Inom BUP finns en särskild satsning för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och vissa funktionsnedsättningar, där målet är att patienterna ska högst vänta **30 dagar** på första besök och **30 dagar** på fördjupad utredning respektive behandling.

Samtliga egenvårdsbegäran och remisser ska bedömas och prioriteras utifrån medicinska behov. Region Hallands gemensamma resurser för besök/operation/behandling ska utnyttjas så effektivt som möjligt för att Region Hallands patienter ska få vård i rimlig tid inom den offentligt finansierade vården. Patienten ska informeras så snart verksamheterna bedömer att patienten inte kan erbjudas vårdkontakt inom vårdgarantitidsgränsen.

När vårdgivaren inte kan erbjuda tid inom vårdgarantins tidsgränser ska vårdgivaren informera patienten genom att skicka remissbekräftelsebrev till patienten med information om att denne är uppsatt på planeringslistan och att tid inte kommer att kunna erbjudas inom 60 dagarsgränsen. Patienten uppmanas att kontakta Vårdgarantiservice för hjälp med att hänvisas till annan vårdaktör – förutsatt att sådan finns. Om patienten önskar vårdkontakt hos en vårdgivare med kortare väntetid, skickar Vårdgarantiservice underlag till aktuell verksamhet som sedan skickar remiss och aktuella journalhandlingar till den nya vårdgivaren. Den nya vårdgivaren kallar sedan patienten. Det är alltid frivilligt för en patient att tacka ja eller nej till ett erbjudande om snabbare vård på en annan vårdenhet än där man sökt. Om patienten *uttryckligen inte* vill ha vård hos annan vårdgivare, ska detta registreras som patientvald väntan.

För de patienter som hänvisats och där mottagande vårdgivare bedömer att patienten av hälsoskäl visar sig vara olämplig för hänvisning, kvarstår ansvaret hos den verksamhet som hänvisat och patienten ska åtgår till sin dåvarande prioritering.

# Vårdgarantiservice

Vårdgarantiservice har ett regionövergripande uppdrag att hänvisa de patienter inom Region Hallands hälso- och sjukvård som inte kan erbjuda nybesök/operation/behandling till vård hos annan vårdgivare om vårdgarantin inte kan uppfyllas inom Region Halland. Det är alltid den medicinska bedömningen som avgör om patienten är lämplig för hänvisning till vård hos annan vårdgivare.

## Vårdgarantiservice ansvar vid hänvisning

* Informera patienten om möjligheten att få vård via extern vårdgivare.
* Informera patienten om att hänvisning omfattar hela förloppet om inget annat är överenskommet.
* Informera patienten om att beslut om hänvisning kan ändras efter bedömning hos mottagande enhet av hälsoskäl visar sig vara olämplig för hänvisning. Om ej ny vårdgivare kan hittas, återgår ansvaret till anmälande verksamhet.
* Information om ersättning för resor.
* Ansvar för att verksamheten informeras om att patient åberopat vårdgaranti.

## Ordningsföljd vid hänvisning

* Vårdgivare i offentlig regi och privat i regi i Region Halland och Södra- och västra sjukvårdsregionen.
* Vårdgivare med avtal med Region Halland.
* Vårdgivare utan avtal med Region Halland (offentlig eller privat verksamhet som har avtal med annat landsting och som medger utnyttjande av andra landsting), i första hand inom Södra- och västra sjukvårdsregionen och därefter andra landsting.

Vårdgarantin och dess krav på erbjudande om besök och behandling hos annan vårdgivare gäller för patienter som är folkbokförda i Region Halland samt patienter som är folkbokförda i Södra- och västra sjukvårdsregionen. För patienter från andra regioner och landsting gäller inte vårdgarantin.

Vårdgaranti nås via [www.vardgarantiservice.se](http://www.vardgarantiservice.se) eller 0771-900 600.

# Uppföljning till nationell väntetidsdatabas

Till den nationella väntetidsdatabasen ska alla regioner redovisa alla väntande/genomförda kontakter i den specialiserade vården, såsom besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder. Vårdgarantin omfattar också alla yrkesgrupper och alla slags behandlingar som till exempel läkemedelsbehandling, funktions- och aktivitetsbehandling, psykologisk behandling, behandlande röntgenundersökningar, habilitering med flera, vilket också ingår i regionernas redovisning. Detta innebär en förbättring av tillgängliga data och det ger en heltäckande bild av den specialiserade vårdens tillgänglighet. Det möjliggör även analys av väntetider utifrån bland annat kön och ålder.

Uppföljningen till den nationella väntetidsdatabasen har två perspektiv, **väntande** och **genomförda** för besök/operation/åtgärd.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Vårdgaranti** | **Regional uppföljning** |
|  | **Innebörd (kortfattat)** | **Nyckeltal** | **Periodicitet** |
| **Dagar** | **Primärvård** |
| **0** | Kontakt med primärvården samma dag man ringer | Andel besvarade telefonsamtal | Två gånger per årnationell mätning |
| **3** | Bedömningsbesök hos legitimerad personal inklusive kuratorer inom 3 kalenderdagar. | Andel patienter som fått en medicinsk bedömning inom 3 dagar. | Månatligen |
|  | **Specialiserad vård** |
| **60** | Förstabesök i specialiserad vård  | Andel *faktiskt genomförda besök* inom högst 60 dagar | Månatligen |
| **60** | Behandling (operation/åtgärd) i specialiserad  | Samma nyckeltal som för besök enligt ovan | Månatligen |
|  | **BUP** |  |  |
| **30** | Genomförda besök, fördjupad utredning respektive behandling inom högst 30 dagar (oavsett yrkesgrupp) | Andelen faktiskt genomförda besök utredning/behandling inom högst 30 dagar. | Månatligen |

Bild 2

På webbplatsen [www.vantetider.se](http://www.vantetider.se) redovisas måluppfyllelse för ovanstående indikatorer

## Grundläggande uppföljningsmodell i Region Halland

* Väntetid till nybesök räknas från remissdatum (beslutsdatum).
* För patienter som söker via egen vårdbegäran/egenremiss startar väntetiden när vårdbegäran ankommer(ankomstdatum) till verksamheten, dvs antingen remissdatum eller den tidpunkt som patienten får sin bokade tid.
* Väntetid till behandling räknas från datum för verksamhetens behandlingsbeslut till datum för påbörjad behandling.
* Uppföljning av återbesök beräknas utifrån medicinskt måldatum.

Uppföljningen av väntetider till nybesök avser patienter som ska komma på fysiskt möte eller ett besök via distanskontakt till läkare, sjuksköterska eller annan yrkesgrupp. Telefon- och brevkontakter räknas inte som fysiska möten och ingår inte i väntetidsuppföljningen.

## Nationell uppföljning av återbesök

Återbesök följs upp med frågeställningen om det genomfördes inom registrerat bevakningsdatum (medicinskt måldatum). Den nationella definitionen är att bevakningsdatum/medicinskt måldatum är den bortre medicinskt acceptabla tidpunkt då återbesöket senast ska genomföras. Återbesök som genomförs efter det datumet betraktas som för sent.

## Registrering av vårdåtagande

Följande figurer ger en förenklad bild av de olika stegen för besöksväntetid och behandlingsväntetid.



Bild 3

## Mätpunkter i väntetidsuppföljningen

Månatligen överförs väntetidsdata till den nationella väntetidsbasen för väntande till nybesök/operation/åtgärd och för genomförda nybesök/operation/åtgärd.

En vårdbegäran (till specialistvården) kan komma från en annan vårdgivare eller från patienten själv. Är det i form av en remiss från annan vårdgivare, räknas remissdatum (när remissen är skriven) som start på patientens väntetid.

Är det en vårdbegäran från patienten själv/egenremiss räknas tiden från inkommande till kliniken som start på patientens väntetid.

Får patienten ett ”erbjudande direkt”, dvs en överenskommen tid räknas tiden från den tid som bokningen görs, som start på patientens väntetid.

Patienten är väntande tills det att nybesöket är genomfört.

## FAS

Uppföljningen av den specialiserade vården är indelad i faserna: första kontakt, operation/åtgärd, undersökning, återbesök samt akut kontakt. Nedan tabell visar vilka besök/vårdtillfällen som ingår i respektive fas och de regler som ligger till grund för uttag av data.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FAS | Beskrivning | Regler för uttag | Vård-garanti |
| 1= Första kontakt (nybesök) | Första kontakt (nybesök) planerad vård, ej planerad vård | Nybesök JA, Öppenvård  | JA |
| 2= Operation/åtgärd  | Operation/åtgärd **+ *utredning/behandling inom vuxenpsykiatri***  | Åtgärdskoder (**EJ** orsak väntan **K**) + nybesök NEJ | JA |
| 3= Undersökning  | Undersökning planerad vård | Åtgärdskoder | NEJ |
| 4=Återbesök  | Återbesök ej vårdgaranti planerad vård | Nybesök NEJ | NEJ |
| 5= Akut kontakt | ”Akut” är ett medicinskt ställningstagande när patient tas emot och har ingen koppling till om patienten är planerad eller ej, dvs har fått tid eller ej. | Akut JA | NEJ |

#

# Utomlänsvård

## Patientlagen

Patientlagen ger patienten rätt att söka offentlig eller privat öppen vård (gäller privat vårdgivare med vårdavtal med någon region/landsting). Rätten att fritt söka öppen vård gäller även regionvård – inte när den förutsätter inläggning i slutenvård. För de patienten som uppfyller indikationerna för nybesök, utredning och/eller behandling ska det medicinska behovet avgöra om vårdkontakt erbjuds med kortare eller längre väntetid. Det är inte tillåtet för någon klinik i Region Halland att avvisa professionell eller privat vårdbegäran (egenremiss) med hänvisning till resursbrist. Om patienten uppfyller kriterierna (medicinsk prio) för vårdkontakt, spelar det ingen roll var i landet patienten är bosatt. Alla patienter ska, oavsett var de kommer ifrån i Sverige, prioriteras utifrån en medicinsk bedömning på samma sätt som en patient som kommer ifrån Halland

* För slutenvård krävs en betalningsförbindelse från patientens hemlandsting. Detta gäller inte för patienter från södra- och västra sjukvårdsregionen. Saknas betalningsförbindelse så finns det risk att vården inte ersätts av patientens hemlandsting.
* Det är patientens ansvar att ta reda på vilka remiss- och valfrihetsregler som gäller i hemlandstinget. För de patienter som kommer från Skåne, Västra Götaland, Blekinge, Kronobergs- och Jönköpings län gäller samma regler som för invånare i Halland.

## Remiss utomlänsvård – specialiserad vård

I de fall patienten önskar att få länssjukvård vid annan specialistvårdskliniken utanför Region Halland ska remiss skrivas av läkare vid patientens närsjukvårdsenhet. För de patienter som i samband med besök inom den specialiserade vården i Region Halland önskar att få vård utanför Region Halland kan behandlande läkare kommunicera detta med patientens närsjukvårdsenhet genom att antigen svara ut på ursprunglig remiss från närsjukvården, alternativt genom att kontakt tas direkt eller via brev med patientens närsjukvård. Utöver remiss krävs för all planerad slutenvård utanför Södra- och västra sjukvårdsregionen och hos privata vårdgivare med avtal (även inom Södra- och västra sjukvårdsregionen) en betalningsförbindelse. Vårdgarantiservice ansvarar för att utfärda denna.

## Remiss högspecialiserad vård/regionsjukvård

Utfärdas alltid av verksamhetschef i specialistvården. För utomlänspatienter som utreds inom Region Hallands specialistvård där det blir aktuellt med högspecialiserad vård i öppenvård kan den utredande kliniken ta beslut och remittera patienten utan kontakt med hemlandstingen. Gäller det högspecialiserad slutenvård ska kontakt med hemlandsting alltid tas innan remiss utfärdas.

# Registreringsanvisningar vid nybesök eller återbesök

*Nybesök* registreras i följande situationer:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nybesök registreras i följande situationer** | **Kommentar** |
| Patienten remitteras eller söker själv för ett nytt medicinskt problem.  |  |
| Patient som tidigare ”färdigbehandlats” på den egna kliniken, remitteras eller söker själv för återfall, komplikation eller utebliven behandlingseffekt. ***Patienten har inget pågående hälsoärende.*** |  |
| Den egna kliniken får en remiss från annan klinik med begäran om utredning och/eller behandling (t.ex. vårdbegäran från gastroenterologisk enhet till kirurgi till kirurgklinik).  |  |
| Vårdbegäran om utredning och fortsatt handläggning där mottagande klinik vid remissgranskning beslutar om att som första åtgärd genomföra en särskild undersökning på egen klinik (t.ex. endoskopi). | Registrera patienten som väntande på nybesök. |
| Efter *initialt besök hos t.ex. sjuksköterska* ska patienten träffa en läkare på samma klinik för samma medicinska problem. 1. Om sjukvårdandebehandlingsbesök ersätter ett läkarbesök bokas efterkommande besök till läkare som återbesök.
2. Om sjukvårdandebehandlingsbesök är ett förberedande besök inför ett läkarbesök tex (spirometri, omläggning, ultraljud) bokas som nybesök.
 |  |
| **Avser endast primärvård** Patienter som söker eller remitteras för en oväntad eller kraftig förändring/försämring av känt hälsoproblem. | Omfattas av vårdgarantin inom primärvård och därför registreras som nybesök. |
| **Avser endast primärvård** Patient som inte blev bra efter nyligen genomförd behandling (utebliven behandlingseffekt) och därför vill komma på ett nytt besök  | Omfattas av vårdgarantin inom primärvård och ska därför registreras som nybesök. |

*Återbesök* registreras i följande situationer:

|  |  |
| --- | --- |
| **Återbesök registreras i följande situationer**  | **Kommentar** |
| Patienten genomför *återkommande kontroller*på den egna kliniken.  | Registreras som återbesök |
| Patient på ”väntelista” söker *akut*under väntetiden för samma problem. Patienten kallas senare till tidigare planerat mottagningsbesök.  | Besöket efter tidigare ”akutbesök” registreras som återbesök  |
| *Ungdom som*haft vårdkontakt på annan klinik *uppnår vuxen ålder* och behöver *fortsatt kontroll/uppföljning*den egna kliniken – t.ex. från barn- och ungdomsklinik till medicinklinik; från BUP till vuxenpsykiatri)  | Registreras som återbesök |
| Nyinflyttad patient från annan länsdel eller annan region/landsting i behov av *fortsatt kontroll/uppföljning.*  |
| Om patienten vill skjuta fram sitt planerade återbesök, kan måldatumet flyttas fram efter en medicinsk bedömning. Annars registreras avvikelsekoden patientvald väntetid (P).Om vården flyttar ett bokat återbesök pga. medicinska skäl (M) kan avvikelsekoden M användas | Registreras med K+PRegistreras med K+M Återbesöket kommer inte att ingå i beräkningen av måluppfyllelsen |

*Se bifogad fil beslutsflöde för nybesök ja eller nej*

****

# Primärvård

## Rutin för registrering inom primärvården

Följande tabell ger en beskrivning av registrering av nybesök, återbesök, orsak väntan och vilka besök som omfattas av vårdgarantin:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orsak till vårdkontakt**  | **Nybesök****Ja/Nej** | **Orsak väntan** | **Omfattas av den förstärkta vårdgarantin** | **Kommentarer** |
| Patienten remitteras eller söker själv för ett nytt medicinskt problem/nytt hälsoproblem för patienten. | JA | V | JA |  |
| Oväntad/kraftig försämring/förändring av ett tidigare känt medicinskt problem (till exempel patient med kronisk sjukdom). | JA | V | JA | Bokas som nybesök trots återbesök då besöket ingår i vårdgarantin. |
| Patient ”som inte blev bra” efter nyligen genomförd behandling på vårdcentralen (utebliven behandlingseffekt) och därför vill komma på ett nytt besök.  | JA | V | JA | Bokas som nybesök trots återbesök då besöket ingår i vårdgarantin. |
| Patient som tidigare ”färdigbehandlats” på den egna kliniken, remitteras eller söker själv för komplikation eller utebliven behandlingseffekt. Patienten har inget pågående hälsoärende.  | JA | V | JA |  |
| Remiss från specialiserad vård för nyupptäckt medicinskt problem som inte har handlagts av eller behandlats av den specialiserade vården. | JA | V | JA |  |
| Remiss från specialiserad vård för fortsatt kontroll/uppföljning efter genomförd behandling. | NEJ | K | NEJ |  |
| Patienter som remitteras internt på VC. | NEJ | K | NEJ |  |
| Vaccinationer och hälsointyg (t.ex. körkortsintyg, intyg till försäkringsbolag och liknande, influensavaccination, reseprofylax). | NEJ | K | NEJ |  |
| Patienten erbjuds medicinsk bedömning 3 inom kalenderdagar, men ber uttryckligen att få komma senare. | JA | P | JA |  |
| **När ska patienten registreras med Patientvald väntetid**  | **Nybesök** **JA/NEJ** | **Orsak väntan** | **Omfattas av den förstärkta vårdgarantin** | **Kommentar** |
| Patienten erbjuds medicinsk bedömning tre inom kalenderdagar, men ber uttryckligen att få komma senare.  | Ja | P | JA | Detta gäller även när patienten vill träffa en annan legitimerad personal än den som vårdenheten erbjuder.  |
| Enheten kan inte erbjuda medicinsk bedömning inom tre dagar, men frågar patienten om medicinsk bedömning över tidsgränsen passar. Patienten accepterar den längre väntetiden.  | JA | V | JA | Om enheten inte kan erbjuda tid inom tre dagar, kan PvV aldrig registreras. |
| Patienten har bokat tid via webbtidbok längre fram än tre dagar.  | JA | V | JA | Webbtidboken erbjuder tid inom tre dagar som patienten kan välja. Patienten väljer dock en tid som ligger utanförtidsgränsen. |
| Patienten har bokat tid via webbtidbok inom tre dagar.  | JA | V | JA | Webbtidboken erbjuder tider inom tre dagar som patienten kan välja och patienten väljer en tid inom tre dagar. |
| **Ombokningar/avbokningar**  | **Nybesök****JA/NEJ** | **Orsak** **väntan** | **Omfattas av den förstärkta vårdgarantin** | **Kommentar** |
| Patienten har en bokad tid inom tre dagar men ringer någon/några dagar före och meddelar förhinder. Enheten kan inte erbjuda ny tid inom tidsgränsen tre dagar.  | JA | P | JA |  |
| Patienten har en bokad tid. Vårdcentralen avbokar tiden på grund av sjukdom hos t.ex. läkare eller av annat skäl.  | JA | V | JA |  |
| **Uteblivande från bokat besök** | **Nybesök****JA/NEJ** | **Orsak** **väntan** | **Omfattas av den förstärkta vårdgarantin** | **Kommentar** |
| Patienten uteblir från överenskommen besökstid inom tre dagar och hör av sig senare och vill ha en ny tid (alternativt enheten kontaktar patienten).  | JA | P | JA |  |
| **Övrigt**  | **Nybesök****JA/NEJ** | **Orsak****väntan** | **Omfattas av den förstärkta vårdgarantin** | **Kommentar** |
| Kvinnlig patient erbjuds medicinsk bedömning inom tre dagar hos manlig läkare/legitimerad personal. Patienten vill till varje pris komma till en kvinnlig läkare/legitimerad personal, som inte kan ta emot inom tre dagar.  | JA | P | JA | Exemplet gäller även när manlig patient vill träffa en manlig läkare. |
| Enheten bedömer att patienten inte har behov av att träffa läkare/legitimerad personal, men patienten vägrar acceptera beskedet. Efter diskussion ger enheten med sig och bokar en tid som dock överstiger tidsgränsen tre dagar.  | JA | V | JA | Om vårdcentralen beslutar att patienten ska komma på medicinsk bedömning, ska patienten erbjudas tid inom tre dagar. |

Registrering av *medicinskt orsakad väntan vid nybesök* i primärvården förekommer inte. Om patienten har en bokad tid och inte kan komma på grund av inläggning på sjukhus eller av andra medicinska skäl, bör patienten i stället ges beskedet att höra av sig när vårdkontakt åter är möjlig. När patienten tar ny kontakt med vårdcentralen bör besök erbjudas inom högst sju kalenderdagar.

# Specialiserad vård

## Rutin för registrering av avvikelser i specialiserad vård *Patientvald väntetid*

Följande tabell ger exempel på olika vårdsituationer med beskrivning av om *patientvald väntan* ska registreras eller inte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bokningar - Vårdsituation | PvV | Kommentar |
| ”Hemmasjukhuset”/länskliniken kan inte erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen och patienten erbjuds kontakt på annat sjukhus med kortare väntetid i eller utanför eget landsting. *Patienten tackar uttryckligen nej till vårdkontakt på annat sjukhus*, det vill säga accepterar att vänta över tidsgränsen.  | JA | Patient som själv väljer att vänta över tids-gränsen på ”hemmasjukhuset”, ska registreras som väntande med PvV.  |
| Patienten vill träffa en särskild läkare trots att väntetiden överstiger tidsgränsen.  | JA | Patienten ska registreras som väntande.  |
| Verksamheten erbjuder bokning via webben och det finns lediga tider inom tidsgränsen som patienten kan välja. Patienten väljer dock en tid som ligger utanför tidsgränsen.  | JA |  |
|  Patienten har bokat tid via webbtidbok inom 90 dagar  | NEJ |  |
| *Enheten kan inte erbjuda besök inom 90 dagar*, men frågar patienten om besök över tidsgränsen passar. Patienten accepterar den längre väntetiden  | NEJ | Om enheten inte kan erbjuda tid inom 90 dagar, kan PvV aldrig registreras  |
| Verksamheten kan inte erbjuda patienten vårdkontakt inom tidsgränsen, *men informerar inte om möjligheten till vård på annat sjukhus med kortare väntetid.* Patienten erbjuds tid bortom tidsgränsen på egen verksamheten tid som patienten inte ifrågasätter.  | NEJ | Alla patienter som riskerar att få vänta mer än tidsgränsen på besök eller behandling ska informeras möjligheten till vårdkontakt på annan enhet med kortare väntetider. När så inte sker, kan PvV inte registreras.  |
| ”Hemmasjukhuset”/länskliniken kan inte erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen. Ingen annan verksamhet i landet kan heller erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen.  | NEJ | Kapacitetsbrist inom sjukvården kan aldrig registreras med PvV |
| Ombokningar/avbokningar |  |  |
| Patienten vill omboka en *överenskommen/avtalad tid*men ny tid *kan inte ges*inom tidsgränsen  | JA | Orsaken till att patienten vill omboka erbjuden tid är dennes ensak.  |
| Patienten vill omboka en *överenskommen/avtalad tid*och ny tid *kan ges*inom tidsgränsen  | NEJ | Orsaken till att patienten vill omboka erbjuden tid är dennes ensak.  |
| Patienten vill omboka en *erbjuden tid*i kallelse och ny tid *kan inte ges*inom tidsgränsen (exakt tid eller tidsintervall) | NEJ | Orsaken till att patienten vill omboka erbjuden tid är dennes ensak.  |
| Patienten har en bokad tid. Verksamheten avbokar tiden på grund av sjukdom hos t.ex. läkare eller av annat skäl. Ny tid kan inte ges inom tidsgränsen | NEJ |  |
| Patienten *uteblir*från erbjuden tid för planerad vårdkontakt. Vid senare direktkontakt träffas överenskommelse om tid för ny vårdkontakt.  | NEJ | Informera patienten om att vid ett andra uteblivande kommer remissen att returneras till remittenten. *Medicinskt ansvarig ska alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas*. |
| Patienten avbokar överenskommen tid och/eller uteblir flera gånger vid flera tillfällen, vilket leder till att tidsgränsen överskrids.  | - | Informera patienten om att remissen återsänds till remittenten, men att patienten kan höra av sig när motivationen ökat. *Medicinskt ansvarig ska alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas*. |
| Övrigt |  |  |
| Patienten erbjuds förstabesök eller behandling inom tre månader, men meddelar uttryckligen att man inte vill eller kan komma inom tre månader  | - | Patienten ombeds höra av sig någon månad innan vårdkontakt passar. Informera om att vårdkontakt kan dröja efter förnyad kontakt. Registrera INTE på planerings-/väntelista för besök förrän patienten åter hör av sig. Returnera vårdbegäran och registrera när patienten hör av sig. Vid planerad behandling, tas patienten bort från planerings-/väntelistan i avvaktan på att patienten hör av sig.  |
| Patienten är osäker på om man vill komma på besök eller bli behandlad/opererad överhuvudtaget  | - | Återsänd vårdbegäran till remittenten och meddela att patienten är tveksam till vård-kontakt i specialiserad vård  |
| Patienten uteblir en eller flera gånger och/eller går inte att nå via brev eller telefon (inklusive patienter med skyddad adress)  | - | Om verksamheten inte kan nå patienten trots upprepade försök, återsänds remissen till remittenten.  |

## Medicinskt orsakad väntetid

När medicinskt orsakad väntan (MoV) ska registreras, visas i följande tabell. Väntande som ingår i gruppen MoV kan exkluderas vid redovisningen av väntande då dessa inte är aktivt väntande.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vårdsituation  | MVO | Kommentar |
| Patienten drabbas av *akut sjukdom/skada*, som bedöms förlänga väntetiden avsevärt  | JA | Patienten stryks från planerings-/väntelistan om man inte tillfälligt kan ”stoppa väntetiden”. Remittenten eller patienten uppmanas meddela när hälsotillståndet medger planerad vårdkontakt.  |
| En *bakomliggande allvarlig sjukdom*upptäcks under väntetiden som bedöms förlänga väntetiden avsevärt  | JA |
| *Tillfällig sjukdom*av relativt övergående slag som verksamheten bedömer hindrar planerad vårdkontakt. Verksamheten *kan*erbjuda ny tid inom tidsgränsen.  | Nej  | Erbjud patienten ny tid snarast möjligt  |
| *Tillfällig sjukdom*av relativt övergående slag som verksamheten bedömer hindrar planerad vårdkontakt. Ny tid inom tidsgränsen *kan inte*erbjudas. | JA |
| Patienten ska genomgå behandlingar i omgångar under en längre tid enligt särskilt vårdprogram (t.ex. gomspaltoperationer, TS-operationer, ”trattbröst”, nedläggning av stomi, hudtransplantationer efter brännskada, vissa plastikkirurgiska rekonstruktioner). Registrering som väntande möjliggör verk-samhetens långsiktiga planering. | JA |  |
| Annan åtgärd ska ske på egen eller annan verksamhet före planerad vårdkontakt (t.ex. radiologisk undersökning, ultraljudsundersökning, arbets-EKG)  | NEJ  | Om vissa genomförda undersökningar är för-utsättningen för den första planerade vårdkontakten, bör överenskommelser träffas med remittenterna om vilka undersökningar som ska ha gjorts före remittering  |
| Patientens problem kräver särskild medicinsk kompetens, men sådan finns inte tillgänglig inom tids-gränsen  | NEJ  | Lång väntetid på grund av kapacitets- eller kompetensbrist inom verksamheten kan aldrig registreras med medicinskt orsakad väntetid  |

Anmärkning. Med ”stoppa väntetiden” menas att väntetiden slutar räknas när avvikelsen uppstår, men återupptas när patientens situation möjliggör vårdkontakt.

# BUP

## Barn- och ungdomspsykiatrin

Som ett led i arbetet med att förbättra tillgängligheten till vård för barn och unga med psykisk ohälsa genomförs uppföljning av väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) och första linjens vård.

### *Barn- och ungdomspsykiatrin BUP*

Målsättningen för tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin är enligt särskilda satsningar 30 dagar till första besök och 30 dagar till utredning och 30 dagar till behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade utredningar och behandlingar inom tidsgränsen (30+30 dagar) inom barn- och ungdomspsykiatrin redovisas månatligen uppdelat per region.

### *Första linjen barn och unga med psykiskt hälsa*

Sedan den 1 april 2021 ingår ”Första linjen barn och unga med psykisk ohälsa” i primärvårdens uppföljning av medicinsk bedömning inom tre dagar.

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är omhändertagandenivån innan barn- och ungdomspsykiatrin och är därför organiserad under primärvård. Första linjen tar emot barn och unga med lindrig och måttlig psykisk ohälsa. En person som kontaktar första linjen för ett nytt eller försämrat hälsoproblem har rätt till en medicinsk bedömning inom tre dagar. Bedömningen ska göras av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

*Riktlinjer för registrering av avvikelser för särskild satsning för barn och ungdomar med psykiskt ohälsa och viss funktionsnedsättning (BUP) , se länk* [Vård- och behandlingsgaranti – tillämpning BUP](https://rh.sharepoint.com/sites/Kvalitet/ODMPublished/RH-12442/V%C3%A5rd-%20och%20behandlingsgaranti%20inom%20Barnpsykiatrin%20BUP.docx).

# Kodning

## Kodningsanvisningar VAS

## Ordlista

* *Vårdåtagande*: vårdgivarens beslut om att ge vård till patienten.
* *Faktisk tid*: ett angivet datum för besök eller behandling.
* *Hemkliniken*: den vårdgivare som vårdbegäran ursprungligen har skickats till.
* *Vårdbegäran:* begäran om att få hälso- och sjukvård t ex via remiss, tidsbeställning eller akut öppenvårdsbesök av patient eller närstående
* *Remiss:* Vårdförfrågan från annan vårdgivare
* *Erbjuden tid*: Patienten får en ”kallelse” med erbjudande om vårdkontakt (datum och klockslag)
* *Överenskommen tid*: Vårdgivare kontaktar patienten per telefon alternativt patienten ringer till kliniken (”bra mottagning”) och tid för vårdkontakt avtalas (datum och klockslag)
* Bokning via 1177 Vårdguidens e-tjänster och ”boka direkt” = överenskommen tid

## Förkortningar

* V: Vårdgarantipatient
* P: Patientvald väntetid
* M: Medicinskt orsakad väntetid
* OR: Orolig patient
* K: Återbesök/ kontrollbesök
* HV: Hänvisad till Vårdgarantiservice –
* EH: Ej Hänvisas, (Kan ej hänvisas till Vårdgarantiservice) Koden används när patienter inte kan hänvisas av medicinska skäl eller nationell kapacitetsbrist. EH är en lokal kod och de patienter som registreras med koden EH kommer att ingå i den nationella uppföljningen som vårdgarantipatienter (V) .

# Nybesöksflöde somatisk specialiserad vård

|  | Situation | Aktivitet/tolkning | Registrering och kodning |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Patienten erbjuds en bokad tid för nybesök inom 60 dagar.*Nybesök kodas JA* | Kliniken skickar brev/kallelse till patienten om erbjuden tid. Kliniken skickar - information till patienten och meddelande i 1177.se med uppmaning att boka eller kontakta för att boka en överenskommen tid inom 60 dagars tidsgräns. Om patienten inte har bokat via 1177.se eller kontaktat mottagningen sänds remiss åter till remittenten efter 60 dagar.Om patient återkommer efter remissvar till remittenten på grund av bortrest glömt kontakta kliniken inom 60 dagar och önskar komma till mottagningen på remissförfrågan i närtid (1–2 mån) | Patient bokas i tidbok kodas med VÖppen kallelse på remiss kodas VPosten tas bort remissen bevaras till remittenten. Standardsvar.Nybesök bokas och kodas P nybesök Ja utan remiss. (besvarad remiss gäller) (anmärkning VAS remissvar och datum) |
| 1.2 | Patienten erbjudas en bokad tid för nybesök *utanför* 60-dagarsgränsen.*Nybesök kodas JA* | Kliniken skickar brev (kallelse) till patienten om erbjuden tid. Då tiden ligger utanför 60 dagarsgränsen har patient rätt till vårdgaranti, informationen ska delges i kallelsen. Kliniken skickar information till patienten och meddelande i 1177.se med uppmaning att boka eller kontakta klinkern för att boka en överenskommen tid inom (90 dagarsgränsen).Om patient väljer vårdgarantinBrevet ska innehålla information om att patient har rätt att få vård via vårdgarantiservice, förteckning över de alternativa vårdgivare som patienten kan få sitt besök hos i stället – om det finns några sådana*.*  | Patient bokas i tidbok, kodas med V Öppen kallelse på remiss kodas V Tidsgräns 90 dagarEfter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren. Bokningspost tas bort. Remittenten informeras genom att remissvar  |
| 1.3 | Patient önskar omboka ett nybesök. *Nybesök kodas JA* | Patient har en erbjuden bokad tid, önskar boka om tiden. Patient har en överenskommen tid, önskar boka om tiden.  | Patient bokas om i tidbok kodas med V inom 60 dagarsgränsen och P utanför 60 dagarsgränsen. Om tiden är erbjuden tid har patienten rätt att boka om flera ggr.Överenskommen tid: Patient bokas om kodas P har begränsade ombokningar till 2 ggr |
| 1.4 | *Medicinska skäl*Patienten erbjudas en bokad tid. Den erbjudna tiden är inom 60-dagarsgränsen men av medicinska skäl ska tiden vara efter 60 dagar.*Nybesök kodas JA* | Kliniken skickar brev till patienten om erbjuden tid. Där tidpunkten stämmer överens med de medicinska indikationerna.  | Patienten tidbokas. Kodas med M  |
| 1.5 | *Annan läkare*Patienten har erbjudits en bokad tid, men patienten önskar tid till en annan läkare*Nybesök kodas JA*  | Tid till den specifikt önskade läkaren bokas Om en tid till den specifikt önskade läkaren inte kan bokas finns inga tillgängliga tider sker en överenskommelse om att vänta på väntelistan tills bokningsbara tider finns  | Patienten bokas Kodas med V Patienten bokas. Kodas med P  |
| 2.1 | *Väntelista inom 60 dagar*Patienten kommer erbjudas en bokad tid inom 60 dagar, vid beslutet om nybesök.Placeras på väntelistan.*Nybesök kodas JA* | Kliniken skickar remissbekräftelsebrev till patienten som får information om att hen är uppsatt på väntelistan och att tid kommer att kunna erbjudas inom 60 dagar.I informationen ska det framgå att patienten har rätt att utnyttja vårdgarantin eftersom ingen faktisk bokad tid har kunnat erbjudas.*Kliniken ska ha tillgång till bokningsbara tider minst 90 dagar framåt så att denna situation inte kommer att uppstå.* | Patienten sätts på väntelistanKodas med V och Bekräftelsebrev 3 används. *Vi räknar med att kunna ge dig ditt besök inom vårdgarantins tidsgräns 60 dagar och återkommer till dig med erbjudande om tid.*Efter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten har valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren.­ Remittenten får information via remissvar.  |
| 2.2 | *Väntelista utom 60 dagar*Patienten kommer erbjudas en bokad tid, utanför 60 dagarsgränsen, vid beslutet om nybesök. Placeras på väntelistan*Nybesök kodas JA* | Kliniken skickar remissbekräftelsebrev till patienten som får information om att hen är uppsatt på väntelistan och att tid inte kommer kunna erbjudas inom 60 dagarsgränsen. Uppmanar patient att kontakta vårdgarantiservice för en tid till annan vårdaktör.Brevet ska innehålla en förteckning över de alternativa vårdgivare som patienten, via Vårdgarantiservice, kan få sitt besök hos i stället – om det finns några sådana*.*Om patienten återkommer till mottagningen och meddelar att hen vill stå kvar vid mottagning/kliniken, vill inte få sin vård flyttat till någon annan vårdgivare. Om patienten inte har utnyttjat vårdgarantin eller tagit kontakt ”hemkliniken” inom 6 veckor tar remissen bort, svar till remittenten med den aktuella informationen. | Patienten sätts på väntelistan Kodas med HV Bekräftelsebrev 5 används, *Tyvärr kan vi inte erbjuda dig en tid inom Region Hallands vårdgaranti.* Efter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren. Patienten kodas om till P Standardsvar till remittenten.  |
| 2.3 | *Medicinska skäl Väntelista* inom 60 dagar.Kliniken kan erbjuda en tid inom tidsgränsen men av medicinska skäl ska tiden vara efter 60 dagarsgränsen | Kliniken skickar bekräftelsebrev till patienten med information om att hen är uppsatt på väntelista. Där tidpunkten stämmer överens med de medicinska indikationerna. Om de medicinska skälen innebär att patient inte bör kallas inom 4 månader bör inte patienten sättas upp på väntelista. Patienten uppmanas att ta kontakt med vårdcentralen när det är aktuellt igen.  | Patienten sätt på väntelista och kodas med MStandardsvar till remittenten. |
| 3.1 | Patienten *uteblir* från besöket som hon/han fått kallelse till.  | Patient får en faktura på uteblivet besök. Om patienten tar kontakt önskar nytt besök bokas tid direkt eller patient får möjlighet att boka via webben. Om remittenten fått svar ingen remiss finns bokas patient utan remiss. | Bokas kodas P Öppen kallelse kodas P Remiss datum läggs anmärkning VAS. |

# Behandlingsflöde somatisk specialiserad vård

|  | Situation | Aktivitet/tolkning | Registrering och kodning |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.1 | Patienten erbjuds en bokad tid för behandling *inom 60 dagar*. | Kliniken skickar brev (kallelse) till patienten om erbjuden tid.  | Patient bokas i tidbok kodas med V plus åtgärdskod. |
| 1.2 | Patienten erbjuds en bokad tid för behandling Den erbjudna tiden är *utanför* 60-dagarsgränsen | Kliniken skickar brev (kallelse) till patienten om erbjuden tid. Då tiden ligger utanför 60 dagarsgränsen har patient rätten till vårdgaranti, den informationen ska delges i kallelsen. Om patient väljer vårdgarantin | Patient bokas i tidbok kodas med V plus åtgärdskodEfter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren. Remittenten informeras genom att remissvar skickas. |
| 1.3 | *Patient önskar omboka tiden*  | Patient har en erbjuden bokad tid, önskar boka om tiden. Patient har en överenskommen tid, önskar boka om tiden.  | Patient bokas om i tidbok, kodas med P plus åtgärdskod, erbjuden tid har rätt att omboka hur många gånger de vill.Patient bokas om, kodas P har begränsade ombokningar till 2 ggr |
| 1.4 | *Medicinska skäl*Patienten erbjudas en bokad tid för behandling.Den erbjudna tiden är inom 60-dagarsgränsen men av medicinska skäl ska tiden vara *efter* 60 dagar. | Kliniken skickar brev (kallelse) till patienten om erbjuden bokad tid. Där tidpunkten stämmer överens med de medicinska indikationerna.  | Patienten tidbokas. Kodas med M plus åtgärdskod. |
| 1.5 | *Annan läkare*Patienten har erbjudits en bokat tid, men patienten önskar annan läkare | Tid till den specifikt önskade läkaren bokas om möjligt. Om en tid till den specifikt önskade läkaren inte kan bokas finns inga tillgängliga tider sker en överenskommelse om att vänta på väntelistan tills bokningsbara tider finns. | Patienten bokas. Kodas med V plus åtgärdskodPatienten bokas. Kodas med P plus åtgärdskod |
| 2.1 | *Väntelista inom 60 dagar*Patienten erbjuds en bokad tid för behandling, inom 60-dagarsgränsen. Patienten placeras på väntelistan | Kliniken informerar patienten att hen är uppsatt på väntelista att tid kommer att kunna erbjudas inom 60 dagar.I informationen ska det framgå att patienten har rätt att utnyttja vårdgarantin eftersom ingen faktisk tid har kunnat erbjudas.*Kliniken ska ha tillgång till bokningsbara tider minst 90 dagar framåt så att denna situation inte kommer att uppstå.* | Patienten sätts på väntelista.Kodas med V plus åtgärdskodEfter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten har valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren samt en notering i journalen.­  |
| 2.2 | *Väntelista utom 60 dagar*Patienten kommer inte att kunna erbjudas en bokad tid vid beslutet om behandling inom 60 dagar. Placeras på väntelistan. | Kliniken informerar patienten att hen är uppsatt på väntelistan och att tid inte kommer kunna erbjudas inom 60-dagarsgränsen. Uppmanar patient att kontakta vårdgarantiservice för en tid till annan vårdaktör.Brevet ska innehålla en förteckning, när det är möjligt, över de alternativa vårdgivare som patienten, via Vårdgarantiservice, kan få sin behandling vid i stället.Om patienten återkommer till mottagningen och meddelar att hen vill stå kvar vid mottagning/kliniken, vill inte få sin vård flyttad till någon annan vårdgivare.  | Patienten sätts på väntelistan. Kodas med HV plus åtgärdskod. Kliniken ansvarar för att patienten informeras. Efter meddelande från Vårdgarantiservice om att patienten valt att utnyttja vårdgarantin förmedlas handlingar till den nya vårdgivaren samt och en notering i journal.Patient sätts på väntelista och kodas med P plus åtgärdskod. |
| 2.3 | *Medicinska skäl* Väntelista inom 60 dagar.Kliniken kan erbjuda en tid till behandling inom tidsgränsen men av medicinska skäl ska tiden vara efter 60-dagarsgränsen. | Kliniken informerar patienten att hen är uppsatt på väntelistan. Om de medicinska skälen innebär att patient inte bör kallas inom 4 månader bör inte patienten sättas upp på väntelista. Patienten uppmanas att ta kontakt med vårdcentralen när det är aktuellt igen för ny remiss till den specialiserade vården.  | Patienten sätt på väntelista och kodas med M.Standardsvar till remittenten. |
| 3.1 | Patienten *uteblir* från behandling som hen fått kallelse till.  | Patient får en faktura på utebliven behandling. Om patienten tar kontakt önskar ny tid för behandling bokas en ny tid i samråd med patienten. | Bokas kodas P plus åtgärdskod.  |

# Handläggning vid extraordinära situationer

# Hantering av patienter i de fall åtgärder inte utförs inom Region Halland

## Bakgrund

När verksamheten inte kan behandla patient på grund av att vården inte utförs i Region Halland ska verksamheten remittera patienten för regionvård.

## Åtgärd

För de åtgärder som inte ingår i Region Hallands uppdrag kan inte patienter hänvisas till vårdgarantiservice – då detta tolkas som regionsjukvård.

# Hantering av vårdgarantipatienter i när det finns en nationell kapacitetsbrist

## Bakgrund

Beskriver hur handläggningen ska gå till när verksamheten inte kan uppfylla att ge tid till patient inom vårdgarantigränsen 60 dagar och när det under en överskådlig framtid inte går att erbjuda patienten vård utförd av alternativ vårdgivare förmedlad av Vårdgarantiservice.

Då Vårdgarantiservice under en överskådlig framtid inte kan erbjuda patienten vård på grund av att vården inte går att uppbringa nationellt, finns möjlighet att göra en tidsbegränsad överenskommelse om undantag från dessa tillämpningsanvisningar.

## Överenskommelse om undantag

* Initiering till att vilja diskutera överenskommelse om undantag från gällande rutin kan göras av såväl verksamhetsrepresentant som av Vårdgarantiservice.
* Då behov uppstår kontaktas antingen förvaltningsövergripande funktion för tillgänglighetsfrågor på respektive förvaltning eller ansvarig utvecklare för tillgänglighets- och vårdgarantifrågor på Regionkontoret. Dessa funktioner tar gemensamt beslut om den uppkomna situationen kan kräva en överenskommelse om undantag från gällande rutin eller ej.
* Överenskommelse om undantag tas i samråd mellan berörd specialitet, Vårdgarantiservice och ansvarig utvecklare för tillgänglighets- och vårdgarantifrågor på Regionkontoret.
* Överenskommelsen om undantag ska vara tidsbegränsad att gälla i högst tre månader och med en planerad tidpunkt för uppföljning och ställningstagande till förlängning av undantaget om situationen så kräver.
* Överenskommelsen om undantag upphör att gälla så fort situationen förändras och det finns möjlighet att ge patienten vård inom vårdgarantigräns antingen i egen regi eller genom Vårdgarantiservice försorg.

## Åtgärd/Handläggning

* **”** Bekräftelsebrev 5.1**”** som beskriver att verksamheten inte kan erbjuda tid inom vårdgarantigräns och kommer att kallas så snart det finns en tid att erbjudas, inom 4 månader, - patienten kommer att stå kvar klinikens väntelista och att kallelse om tid kommer att skickas så fort det är möjligt.
	+ ”Bekräftelsebrev 5.1 ska tidsättas och följas upp med hälso- och sjukvårdstrateg vid Regionkontoret och verksamhetscontroller.
	+ patienten inte behöver kontakta verksamheten för att bekräfta att de accepterar att stå kvar på väntelistan. (Betyder att patienten inte ska tas bort från VL efter 6 veckor.)
	- patienten har rätt att kontakta Vårdgarantiservice men på grund av nationell brist uppmanas patienten inte att kontakta vårdgarantiservice genom bekräftelsen.
* Patienterna som sätts på väntelista under denna rådande situation kodas med koden EH. Patienten kommer att ingå bland de patienter som rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen som vårdgarantipatienter (V).
* Om Vårdgarantiservice lyckas förmedla vård via alternativ vårdgivare till patient som på eget initiativ kontaktat Vårdgarantiservice ska detta informeras verksamheten enligt sedvanlig rutin så att patienten kan tas bort från väntelistan.

## Synpunkter

Om du har förslag till förtydliganden i tillämpningsanvisningarna, kontakta, Regionkontoret, Avdelningen för kvalitet inom hälso- och sjukvård eller via e-post kunskapsstyrning@regionhalland.se.

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående version2022-05-31 Lagt till text om hur avvikelsekoder kan användas i samband med återbesök.Tidigare versionsuppdateringar2022-01-04 Beskrivning av hur KVÅ-koder registreras i väntelistepost/bokningsunderlag och i DR16. Information om Första linjen barn- och unga med psykisk ohälsa tillagt. Förtydligat text i bild två. Ny text angående distanskontakter. Beskrivning av FAS-indelning.2020-12-09 Bokning via webb text uppdaterad, Under rubriken patientlagen text förtydligande gällande slutenvård. Närsjukvårdens tidsgränser för vårdgaranti är reviderade från 7 dagar till 3 dagar.Uppdaterat under rubriken Primärvård. Ersätter 2019-01-13. |