

Registrering i journalprogram inom VG Primärvård

Version 4 2014-10-27

Inledning

VGR ställer krav på vårdenheterna att leverera data från sina verksamheter i tre datafiler. Vårdenheterna ansvarar för att registreringen i deras journalsystem sker så att data kan levereras enligt VGR standard.

Ingående dokument 2014-10-27

Följande dokument ingår i det reviderade informationspaketet:

- Detta dokument: Information VGPv avseende registrering i journalprogram 201201010.doc. Det innehåller en bakgrund till datainsamlingen och en beskrivning av de många informationskomponenter som ingår.
- Manual VGPv Journal III Profdoc 20120924 .doc. som på basal nivå ger information om registrering i Journal III, inklusive BHV
- Manual VGPv Journal III Profdoc kontakttyper 20121001.xls som beskriver en rekommenderad uppsättning kontakttyper lämpliga för Journal III.
- Manual VGPv Medidoc allmän 20121010.doc som på basal nivå ger information om registrering i Medidoc, exklusive BHV
- Lathund VGPv Åtgärder för BHV 20100215.xls som på basal nivå ger information om registrering i Medidocs BHV-modul
- 6 Lathund VGPv åtgärdsregistrering 20141027.xls som beskriver de åtgärds-koder som tagits fram för att möjliggöra den datafångst som behövs för viss ersättningsrelaterad information och för den uppföljning därutöver som specificerats i krav- och kvalitetsboken eller som på andra sätt fastställts för VGPv-enheter.
- 7 Lathund VGPv Åtgärder för BHV 20100215.xls.xls som beskriver de åtgärder de fem centrala BHV-teamen i VGR tagit fram för att underlätta uppföljningen av barnhälsovården.
- 8. Riktlinjer [Rehabgarantin](#) (under rubrik rehabilitering) som innehåller beskrivning av den nationella rehabiliteringsgarantin och vad som gäller i VGR avseende regler för dokumentation av diagnoser och åtgärder.
- 9. Regionala läns- och kommunkoder i särskilda fall 1.8.2.pdf som innehåller information om hur man ska använda läns- och kommunkoder för att specificera vissa patientgrupper, t.ex. asylsökande och andra utlänningar.
- 10 [ASAK Kvalitetsindikatorer](#) revidering 2012.pdf som innehåller en beskrivning av de medicinska kvalitetsindikatorer som allmänmedicinska sektorsrådets arbetsgrupp för kvalitet tagit fram för fem kroniska sjukdomar samt hur data ska registreras för att fångas med uttagsprogrammen för Medidoc och Journal III. Texten visar att innehållet fastställts av de fem primärvårdsdirektörerna men i och med att hela paketet lyftes in för uppföljning i krav- och kvalitetsboken gäller det nu alla vårdenheter inom VG Primärvård.
- 11 Filspecifikation för VGPV 20141027.doc som visar innehållet i de datafiler, som vårdenheterna ska lämna.

Användning av insamlade uppgifter

De uppgifter som VGR samlar in via de tre specificerade datafilerna och andra källor enligt krav- och kvalitetsboken används för tre huvudändamål. Det är de samlade kraven från dessa tre som styr detaljeringsnivån på de insamlade uppgifterna.

1 Kraven i VG Primärvård

Underlag för uppföljning enligt krav- och kvalitetsboken

I VG Primärvård ingår ett stort antal uppföljningsindikatorer. Ett urval av dessa ingår också i ersättningsystemet. De flesta indikatorer har registrerade kontakter, diagnoser och i vissa fall åtgärds-koder som grund men många olika källor förekommer.

Beräkning av ersättningsystemets komponenter

Ersättningen för de listades ålder och kön baseras på en viktlista som beräknas från rapporterade patientkontakter och övergripande kostnadsdata.

Vårdtyngden (ACG) beräknas på basen av inrapporterade diagnoser.

Täckningsgraden samt reglering av patientavgifter och besöksersättningar mellan enheterna baseras på inrapporterade patientbesök samt läkarnas telefonkontakter.

De målrelaterade ersättningarna använder diagnoser, åtgärder, data från VGPv:s webbformulär, Primärvårdens kvalitetsregister i VGR och andra källor som till exempel NDR och Svevac som underlag för beräkningarna.

Tolkersättningen baseras på inrapporterade åtgärds-koder.

2 Övergripande uppföljning i VGR

Vårdstatistik – regionala vårddatabasen Vega

Vega innehåller information om Västra Götalands invånares kontakter med sjukvården (även i andra landsting) samt om all vård som utförts i VGR av producenter med någon form av avtal med regionen.

Regionrapporteringsystem – Cognos controller

Här redovisar hälso- och sjukvårdsnämndernas kanslier och de regionala driftsförvaltningarna aggregerade data från Vega i kombination med ekonomiska uppgifter ur regionalt perspektiv.

3 Nationell rapportering

SKL

Sveriges kommuner och landsting (SKL) sammanställer i samverkan med socialstyrelsen den årliga nationella sjukvårdsstatistiken för landstingsfinansierad sjukvård. Regionen rapporterar årligen aggregerade data sammanställda enligt VI2000 (verksamhetsindelning 2000, se SKLs hemsida.)

Socialstyrelsen

Landstingen skall enligt författning lämna personbaserade data till socialstyrelsen för den specialiserade vården. Ren primärvård ska inte ingå i den rapporteringen, men det finns specialister anställda som sådana inom primärvårdsorganisationerna och deras kontakter ska rapporteras.

Indelningar av verksamhet och kontakter.

Ovanstående krav på användning ställer krav på hur data ska kunna brytas ner och grupperas.

Sjukvård – hälsovård, intyg etc.

Den vård som landstingen/regionerna ger kan delas in i:

- Vård som regleras i socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110)
- Vård som ej regleras i socialförsäkringsbalken, t ex förebyggande vård, hälsoundersökningar, vaccinationer, vissa intyg m m.

Socialförsäkringsbalken (2010:110) trädde i kraft i januari 2011. Den samlar lagstiftningen på socialförsäkringsområdet i en balk. Den ersätter ett 30-tal andra lagar och författningar som till exempel lagarna om barnbidrag, arbetslöshetsförsäkring, bostadsbidrag, allmän försäkring och arbetsskadeförsäkring.

I socialförsäkringsbalkens avdelning C beskrivs förmåner vid sjukdom och arbetsskada. Förmånen innebär att patienten inte själv behöver betala hela kostnaden, utan endast en mindre del, den s.k. patientavgiften. Lagen omfattar alla svenska medborgare bosatta i Sverige. Regelverket för vad som gäller för svenska medborgare bosatta utomlands och för utlänningar i Sverige är komplext. Se kapitel 6 i patientavgiftshandboken och sammanställningen i dokumentet: "[Regionala läns- och kommunkoder i särskilda fall, huvudsakligen avseende personer som ej är folkbokförda i Sverige.](#)"

Medicinsk service

Medicinsk service avser exempelvis verksamhet vid laboratorier, operationsavdelningar, röntgenavdelningar, avdelningar för medicinsk teknik och fysik.

Undersökningar inom medicinsk service ska inte redovisas som besök.

Besök inom medicinsk service, exempelvis för provtagning, ska normalt inte redovisas som öppenvårdsbesök. Om emellertid provtagningen också innefattar samtal och ordination till fortsatt behandling ska ett besök redovisas under förutsättning att samtalet och ordinationen annars hade fått ske vid annat besök.

Den regionala vårddatabasen Vega ska inte innehålla kontakter som avser medicinsk service.

VI2000

VI2000 delar in all sjukvård först i primärvård och specialiserad vård, var och en av dessa indelas sedan i: sluten vård, öppen vård, hemsjukvård.

Primärvård i sin tur delas sedan 2011 in i åtta vårdområden (tidigare tio):

- Allmänläkarvård (inklusive jourverksamhet som tidigare var ett eget område)
- Sjuksköterskevård (inklusive jourverksamhet)
- Mödrahälsovård
- Barnhälsovård
- Sjukgymnastik och arbetsterapi (arbetsterapi utgjorde tidigare ett eget område)
- Primärvårdsansluten hemsjukvård
- Sluten primärvård
- Övrig primärvård

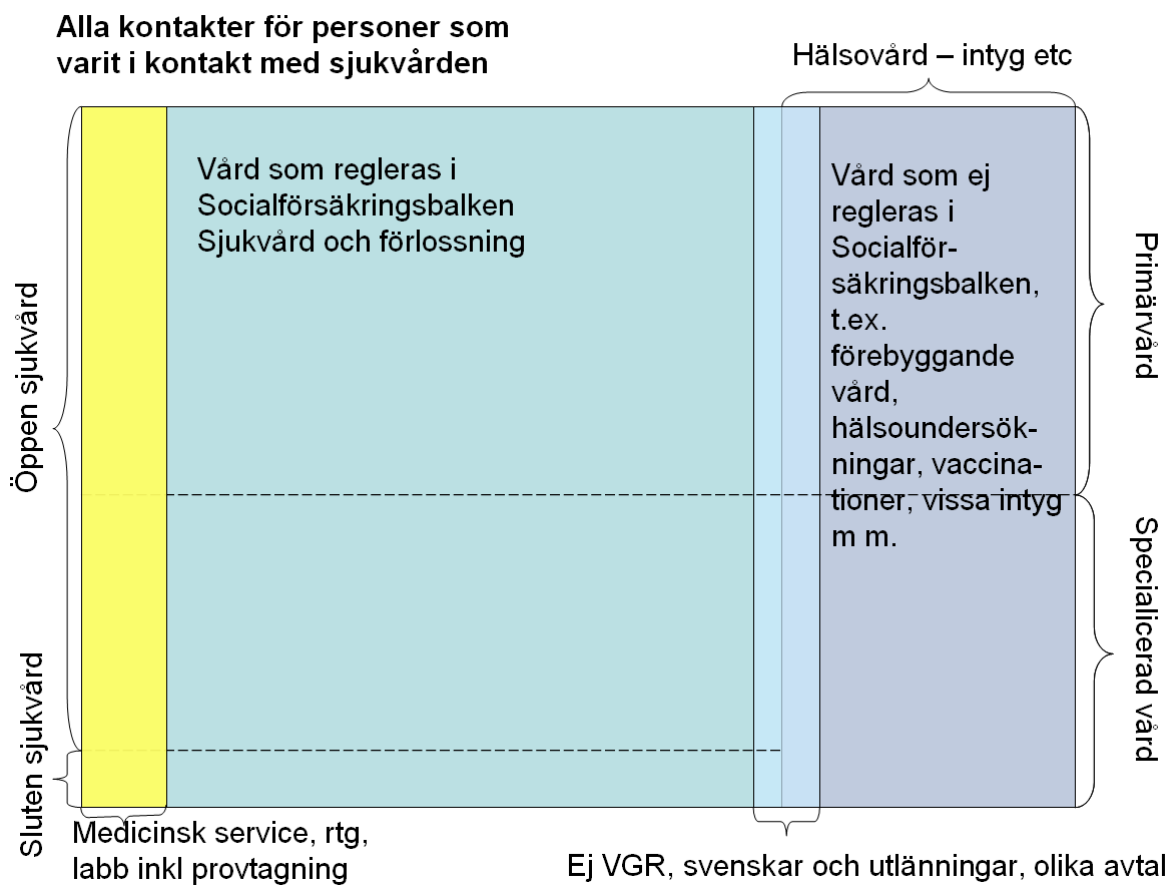
VGR har fortsatt att arbeta med den gamla indelningen eftersom det är möjligt att centralt omgruppera till de nya områdena.

Hemsjukvård avser hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.

Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Sluten primärvård förekommer inte i VGR:s regi. Mödrahälsovård, sjukgymnastik och arbetsterapi ingår inte i VG Primärvård men ska redovisas på detta sätt där de förekommer. Den specialiserade vården indelas i somatisk och psykiatrisk vård och skall redovisas enligt socialstyrelsens förteckning över medicinska verksamhetsområden.

De hittills beskrivna indelningarna kan sammanfattas i nedanstående bild:



Vårdkontakter

Inom varje vårdområde ska olika typer av vårdkontakter redovisas per personalkategori. En vårdkontakt är en kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs. I den nationella och regionala statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal

Följande typer av kontakter måste kunna urskiljas:

- **Öppenvårdsbesök - vårdkontakt** inom öppen vård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal

- **Hemsjukvårdsbesök** - vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal
- **Telefonkontakt** - vårdkontakt per telefon I den nationella statistiken ska även kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal och företrädare för patienten räknas som telefonkontakt.
- **Brevkontakt** - skriftlig vårdkontakt Med skriftlig vårdkontakt avses även elektroniskt brev eller fax.
- *Indirekt kontakt – anteckning eller notat om patient – journalanteckning utan att patienten varit direkt involverad – kan ändå bära relevant diagnos- och åtgärdskod (VGR-tillägg)*

Specifisering av vårdkontakter

För läkarbesök på mottagning är det obligatoriskt att ange planeringsgrad. För övriga kategorier är det en frivillig möjlighet.

- **Planerat** – avser öppenvårdsbesök för vilket tid avtalats senast dagen innan.
- **Oplanerat** – avser öppenvårdsbesök för vilket tid inte avtalats eller där tid avtalats samma dag

För alla besök kräver VGR därtill ytterligare specifikeringar

- **Mottagningsbesök** - öppenvårdsbesök på vårdenhet
- **Hembesök** - öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande, ej hemsjukvård.
- **Besök utanför mottagningen** – öppenvårdsbesök utanför normal mottagning som inte är hembesök
- **Hemsjukvårdsbesök ordinärt boende**
- **Hemsjukvårdsbesök särskilt boende** – enligt kommunens klassifikation. Inkluderar besök i korttidsboende.

När det i VGR talas om hembesök i allmänhet avses hembesök, hemsjukvårdsbesök ordinärt boende och hemsjukvårdsbesök särskilt boende tillsammans.

Nationellt och regionalt skiljer man också på besöksform av olika typer:

- **Enskilt öppenvårdsbesök** - öppenvårdsbesök under vilket en patient möter hälso- och sjukvårdspersonal
- **Gruppbesök** - öppenvårdsbesök där fler än en patient samtidigt möter hälso- och sjukvårdspersonal
- **Teambesök** - öppenvårdsbesök där patient möter ett vårdteam
- **Gruppteambesök** - Besök där fler än en patient möter ett vårdteam (VGR-specifik)

Vårdkontakter som inte ska hanteras av VGPs-systemen

Utöver medicinsk service (se ovan) finns det vårdkontakter som rimligen ska journalföras men likväl inte ska hanteras av VGPs-systemen. De behöver därför inte skickas i filerna. Om de skickas ska de markeras enligt nedan så att VGPs-systemen kan filtrera bort dem. Därmed blir de inte underlag för beräkning av patientavgiftsavgdrag eller besöksströmmar mellan vårdcentralerna.

Sjuksköterskebesök i läkarbesök

När sjuksköterskan utför behandlingsåtgärder i samband med ett läkarbesök som hon har eget ansvar och egen dokumentationsskyldighet för ska sjuksköterskans registrering inte rapporteras som sjuksköterskebesök eftersom insatserna ingår i läkarbesöket. Det utgår heller

ingen patientavgift utöver den för läkarbesöket Vanliga exempel är spolning av öronvax och inhalationsbehandling vid akut astma.

Specialmottagning Sjuksköterskebesök i läkarbesök ska användas.

Triagebedömning av sjuksköterska

En del vårdcentraler har infört ett arbetssätt som innebär att patienterna träffar en sjuksköterska som gör en prioritering och bedömning av hur patientens fortsatta omhändertagande. Detta kallas ofta triagering.

Själva triageringen (bedömningen av prioriteringsgrad och fortsatt kontakt) ska inte betraktas som besök. Om triagesköterskan efter triagebedömningen själv hanterar patienten genom rådgivning eller annan åtgärd ska den delen registreras som ett sjuksköterskebesök med patientavgift.

Följande gäller för registrering av triagering:

Triageringskontakten i sig ska normalt journalföras och märkas med specialmottagning Sjuksköterskebesök i läkarbesök. Om vårdcentralen för eget bruk infört en särskild kontaktyp för triagering ska i filen till VGR märkas som Sjuksköterskebesök i läkarbesök. Den blir därmed inte föremål för behandling i VGPv-systemen. Den handläggning som blir följden av triageringen ska hanteras på följande sätt:

Följd av triageringen	hantering
Läkarbesök	Journal + patientavgift läkare
SSK-besök till annan SSK	Journal + patientavgift sjuksköterska
SSK-besök till triagesköterskan när denna slutför besöket själv	Journal + patientavgift sjuksköterska
Allmän information utan medicinsk bedömning	ingen journal, ingen patientavgift

Täckningsgrad

I princip beräknas täckningsgraden som alla besök registrerade i Vega under en sexmånadersperiod som vårdenheten har kostnadsansvar för dividerat med alla besök i öppen vård under samma period.

Generellt undantas besök som sker hos fysioterapeut, arbetsterapeut, audionom, logoped, ortoptist, dietist, tandläkare och pedagog, samt besök vid MVC och UM från både täljare och nämnare. Hälsoundersökningar (med undantag av BVC), intyg, och vaccinationer som inte betecknas som sjukvård ingår heller inte vid beräkning av täckningsgraden. Besök för provtagning ska inte redovisas till Västra Götalandsregionen och ingår inte i täckningsgraden. Vidare undantas från nämnaren även besök på riks- och regionsjukvårdsnivå, inskrivningsbesök samt registrerade besök enligt Socialstyrelsens lista över dagsjukvård baserad på Nord-DRG O. Besök för provtagning (medicinsk service) och sjuksköterskebesök i läkarbesök ingår ej i täckningsgradsberäkningen. Personer utan registrerat vårdval ingår inte i beräkningarna. Det kan vara personer från övriga Sverige och utlänningar, asylsökande m.fl.

Besök av listade patienter gjorda i andra län ingår med samma undantag som ovan.

I beräkning av täckningsgrad värderas samtliga enskilda besök på mottagning, oavsett yrkeskategori, till 1. Vid gruppbesök motsvarar varje deltagande patient 1/5 besök, och ett

hembesök för sjukvård uppräknas till 3 (från 2015 uppräknas till 5). Från 2015 ingår telefonkontakt med läkare inom VG Primärvård motsvarande 0,3 besök.

Hantering av inkommande datafiler

Filmottagningssystemet VIP

A-fil (journalfil)

I filmottagningssystemet i VGPv (kallat VIP) kontrolleras filerna. Dubbletter avseende läkarbesök tas bort (samma enhet, patient, datum, kontakttyp, personalkategori) och annan information som eventuellt var spridd mellan olika dubblettposter flyttas till den kvarvarande posten. Här kopplas också information i C-filen till A-filen om A-filen saknar uppgift om patientavgift respektive uppgift om nedsatt patientavgift.

Informationen överförs sedan till den regionala vårddatabasen Vega som är källa till alla beräkningar i ersättningssystemet som på något sätt bygger på information skapad vid en sjukvårdskontakt.

- Täckningsgrad (besök)
- ACG (diagnoser)
- Tolkersättning (åtgärder)
- Målrelaterad ersättning (enstaka indikatorer)
- Avdrag för patientavgifter.
- Reglering av patientströmmar mellan vårdcentralerna.

B-fil (kvalitetsindikatorfil)

Filen förmedlas av VIP vidare till Primärvårdens kvalitetsregister på Registercentrum (QRegPv), där den bearbetas. Aggregerade data återförs till VGPV-systemet, varifrån de skickas för presentation i Munin och i förekommande fall tas in i beräkningen av den målrelaterade ersättningen

C-fil (ersättningsfil)

Efter inläsning kompletteras A-filen med uppgift om patientavgift och orsak till nedsatt patientavgift när denna information saknas i A-filen. (se om A-filen ovan)

Närmare instruktioner för filuppladdning på VIP finns publicerade på VGPv:s hemsida: VG Primärvård – För vårdgivare – IT-frågor – [”Instruktioner till VIP”](#).

Hantering av patientavgifter

Poster i A-filen (journalfilen)

Sjukvård/hälsovård

Systemet ska göra avdrag för patientavgifter. Det känner av och beräknar förväntad patientavgift för besök avseende sjukvård på basen av:

Personalkategori

- läkare
- annan personal

Kontakttyp

- mottagningsbesök,
- hembesök,
- hemsjukvårdsbesök ordinärt boende,
- hemsjukvårdsbesök särskilt boende

Besöksform

- Enskilt öppenvårdsbesök
- Gruppbesök
- Teambesök
- Gruppteambesök

Patientens vårdval

- registrerat vårdval vid kontaktdatum
- om patienten gör ett vårdval vid besöket får det genomslag dagen efter det att det registrerats i vårdvalssystemet.

Patientavgifter vid besök som avser hälsovård (ex vaccination, intyg) dras inte av. Om dessa besök inte kan urskiljas i datafilen kommer ersättningssystemet att dra avgiften som om det vore ett besök för sjukvård.

Reduktion av avdrag vid frikort eller fritt annan orsak.

Avdragen för patientavgift ska minskas med det belopp som motsvarar frikort eller nedsatt patientavgift av andra skäl.

Utgångspunkten för journalfilen är information lagrad i journalen. (För de vanliga journalsystemen Journal III Profdoc och Medidoc gäller att informationen i systemets kassamodul måste länkas till journalinformationen i efterhand. Denna länkning kräver att journalposten och kassaposten har samma vårdcentral, datum, patient, kontakttyp och personalkategori. På en normalt välfungerande vårdcentral kopplas kassainformation på detta sätt i ca 90 % av läkarbesöken. Endast vårdcentralen med mycket goda rutiner och hög disciplin närmar sig 100 %. För andra personalkategorier ligger kopplingen generellt lägre och visar större variation. Om kassauppgift saknas räknar systemet som om patientavgift erlagts. Det vårdcentralen riskerar med dåligt koppling är alltså att avdrag görs trots att patienten i själva verket inte betalat p.g.a. frikort eller annan orsak.)

Att barn alltid ska ha 0 kr i patientavgift känner systemet av genom patientens ålder.

Poster i C-filen (ersättningsfilen)

C-filens roll är att bära information om frikort eller annan nedsättning av patientavgiften i de fall uppgifterna inte kan lämnas i A-filen. (Se ovan)

Kostnadsansvaret – tillägg/avdrag vid besök från andra.

När en patient besöker en annan enhet än den där han har sitt vårdval ska en besöksersättning överföras mellan enheterna enligt fastställd taxa (Krav- och kvalitetsboken). Beräkningen görs i ersättningssystemet på uppgifter från Vega.

Beräkningen baseras på gällande vårdval vid månadens slut. Den vårdenhet som tilldelas ersättning för patienten ska alltså betala alla besöksavgifter för den patienten den månaden. Om patienten kommer från annat landsting i Sverige görs avräkningen mot respektive hälso- och sjukvårdsnämnd. För vårdcentralen blir det samma ersättning eller avdrag oberoende av var patienten är bosatt. För utlänningar gäller särskilda regler, se [9 VGR Län- kommunkoder i](#)

[särskilda fall v 1.8.1.doc](#), och för praktisk information kring hantering, tag kontakt med respektive HSNK kontor.

Vid beräkningen av avdrag när patient besökt taxeläkare räknas högst 4 besök per år, patient, vårdcentral.

Besöksavgifter avseende hälsovård, intyg etc

Besök inom barnhälsovård ingår i regleringen av besöksavgifter, men inga andra besök. Grundskälet är att patienten i princip ska betala hela kostnaden för besöket. Från den regeln finns det dock många undantag i VGRs patientavgiftshandbok, för full information var god se VGRs patientavgiftshandbok.

Särskilda kommentarer

Personer med skyddade personuppgifter

Personer med skyddade adressuppgifter behöver inte lista sig. De har rätt att söka primärvård var som helst i VGR. De ska alltid betala den patientavgift som gäller för listade. De ska registreras med länskod 99 och kommunkod 07 för att rätt patientavgiftsavgdrag ska göras.

Skattemyndigheten beslutar om ”sekretessmarkering” och för in en spärrmarkering i det lokala befolkningsregistret. Markeringen innebär att uppgifter om personen inte får lämnas ut utan noggrann sekretessprövning.

Rutiner ska finnas för hantering av spärrmarkerade uppgifter och det är viktigt att all personal känner till och följer dessa rutiner. IT-systemen skall endast visa personnummer tillsammans med adressen till Skattekontoret för förmedlingsuppdrag.

Post som skall förmedlas av Skatteverkets postförmedlingsservice skall kuverteras och adresseras på särskilt sätt. (Lägg brevet i slutet kuvert med personnummer och namn samt avsändare på.

Lägg kuvertet i ett ytterkuvert, som sänds till postförmedlingsadressen)

Postförmedlingsadress för Västra Götaland är

Förmedlingsuppdrag

Box 2820

403 20 Göteborg

Mer information finns på följande länk

<http://intra.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/S%C3%A4kerhet/Riktlinjer%20skyddad%20identitet%2005-09-28.pdf>

Diverse punkter relaterade till registrering

Diagnoskodning

Diagnoskodning inom VGPv skall ske enligt PM för diagnosättning daterat 2013-06-26 med diarienummer RS 2578-2012.

Vid registrering ska alltid respektive journalprograms funktion för att ange diagnoser användas för att själva koden ska bli rätt.

- Diagnoser ska anges enligt Socialstyrelsens diagnosklassifikation som bygger på ICD-10. Allmänmedicinska sektorsrådet rekommenderar den stora klassifikationen ICD-10-SE.

- Diagnoser ska anges för läkarbesök men får anges av andra personalkategorier och för andra kontakttyper när det är medicinskt relevant och inom respektive personalkategoris kompetensområde.
- Det görs ingen åtskillnad på huvud- och bidiagnoser eller i vilken ordning diagnoserna anges.
- Endast de diagnoser som varit föremål för utredning eller behandling vid den aktuella kontakten ska registreras. Så kallade stående- eller kroniska diagnoser tas inte med i sig utan måste registreras på varje kontakt där de varit föremål för bedömning.
- Diagnos ska anges utifrån den information som fanns när kontakten avslutas.
- Diagnoser ska inte korrigeras i efterhand. Om ny information tillkommer som föranleder en annan diagnos ska man göra en nya anteckning.
- Om en specifik diagnos inte kan sättas ska man använda en symtomdiagnos. Har man en specifik diagnos ska man nöja sig med den och inte därtill ange symtomdiagnoser.
- Aktuella eller pågående sjukdomar som inte varit föremål för vård eller behandling vid kontakten ska inte heller anges.
- Vid misstänkt men inte säkert påvisad sjukdom och under pågående utredning anges de dominerade symtomen som diagnos.
- Kompletterande diagnoser från kapitel XX vid skada får gärna anges men är inte obligatoriskt.
- Vid kontrollbesök för känd sjukdom anges denna sjukdom som diagnos.

Underleverantörer till vårdenheter inom VG Primärvård

Huvudregel

Besöken hos underleverantören ska redovisas i datafilen från listningsvårdcentralen som om de vore utförda på den.

Metodförslag:

Underleverantören lämnar minst varje månad en lista på utförda besök: patient, datum, patientavgift/frikort

I journal

besöksregistrering på rätt personalkategori, rätt datum

journaltext Besök utfört hos NN, där full dokumentation finns

I kassan minst rätt personalkategori, rätt datum om frikort (annars patientavgiftsavdrag, gäller ej BVC)

Om underleverantören själv är VG Pv enhet så kan de besök de utfört åt annan enhet lämnas i den egna datafilen med den beställande enhetens VCkod på dessa poster. Förekommer för BVC. Listande vårdcentral måste stämma av med underleverantören och förvissa sig om att det fungerar