



Journalgranskning av Min Doktor

Utförd av Sirona på uppdrag av Region Sörmland

Maj 2026



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	3
2	Uppdragsbeskrivning	5
2.1	Bakgrund och syfte	5
2.2	Uppdragets frågeställningar	5
2.3	Granskare	6
2.4	Jävsprövning och sekretess	6
3	Genomförande	8
3.1	Urval.....	8
3.2	Granskningsmetod.....	8
3.3	Bedömningsgrunder	8
4	Iakttagelser och bedömningar per frågeställning	10
4.1	1. Motsvarar kontakten ett öppenvårdsbesök?.....	10
4.2	2. Innehåller kontakten en medicinsk bedömning, och inte enbart behovsbedömning inklusive hänvisning eller egenvårdsråd?.....	12
4.3	3. Är kontakten journalförd på ett godtagbart sätt, inklusive anamnes, status, bedömning och åtgärd?	13
4.4	4. Uppfyller kontakten kraven för ett ersättningsbart besök?	15
4.5	5. Är ställd diagnos medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter?	17
5	Slutsatser	19
6	Granskningsfrågor och svarsfördelning.....	20



1 Sammanfattning

Region Sörmland har genomfört en extern journalgranskning av den digitala vårdgivaren Min Doktor. Granskningen har utförts av Sirona som oberoende part och omfattar 175 slumpmässigt utvalda vårdkontakter från januari 2026. Syftet har varit att bedöma om vårdkontakterna motsvarar öppenvårdsbesök, innehåller en medicinsk bedömning, är journalförda på ett godtagbart sätt, uppfyller kraven för ersättningsbarhet samt, i relevanta fall, om ställd diagnos är medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter.

Granskningen visar att en majoritet av de granskade vårdkontakterna (66 %) inte bedöms motsvara öppenvårdsbesök. Många kontakter utgör i praktiken receptförnyelser eller annan enkel uppföljning, och därutöver rådgivning, hänvisning eller administrativ hantering. Vidare bedöms en tredjedel av vårdkontakterna inte innehålla en medicinsk bedömning, främst eftersom handläggningen stannar vid förskrivningsfrågor, receptförnyelse eller behovsbedömning utan tydligt medicinskt ställningstagande.

Granskningen visar också återkommande brister i journalföringen. Endast 38 % av vårdkontakterna har bedömts vara journalförda på ett godtagbart sätt. Den dominerande bristen är att status ofta saknas eller är otillräckligt dokumenterat. Därutöver förekommer vårdkontakter där dokumentationen i hög grad bygger på formulär, patientuppgifter, bilder eller video utan att det samtidigt framgår kompletterande frågor, beskrivet status eller dokumenterad medicinsk bedömning från vårdgivaren.

Bedömningen av ersättningsbarhet visar att 23 % av vårdkontakterna bedömts uppfylla kraven för ersättningsbart besök, medan 77 % inte gjort det. De vårdkontakter som bedömts inte vara ersättningsbara kännetecknas ofta av flera samtidiga brister. Det handlar framför allt om kontakter som i praktiken motsvarar receptförnyelse, rådgivning, hänvisning eller annan enkel handläggning, men som saknar det medicinska innehåll, den självständiga bedömning och den dokumentation som krävs för att kontakten ska kunna bedömas som ett ersättningsbart besök.

I 87 % av vårdkontakterna har ställd diagnos bedömts vara medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter. De avvikelser som identifierats är främst kopplade till att underlaget varit otillräckligt för att motivera diagnosen eller att diagnosen inte bedömts vara förenlig med övriga journalförda uppgifter.

Sammantaget visar granskningen att en betydande andel av de granskade vårdkontakterna avviker från de krav som tillämpats i denna granskning avseende öppenvårdsbesök, medicinsk bedömning, journalföring och ersättningsbarhet. Bristerna framstår som återkommande mönster i hur



vårdkontakterna har utformats och dokumenterats, snarare än som enstaka avvikelser. Samtidigt förekommer vårdkontakter där kraven tydligt uppfylls, vilket talar för att de identifierade bristerna inte är en följd av det digitala formatet i sig, utan av hur vårdkontakterna har utformats och handlagts.



2 Uppdragsbeskrivning

2.1 Bakgrund och syfte

Region Sörmland har beslutat att genomföra en journalgranskning av digital primärvård som bedrivs genom Min Doktor (MD International AB). Syftet med granskningen är att säkerställa att vårdgivarens dokumentation, medicinska handläggning och rapporterade vårdkontakter uppfyller krav i gällande lagstiftning, regelverk och relevanta riktlinjer.

Granskningen omfattar 175 slumpmässigt utvalda vårdkontakter och tillhörande dokumentation. Arbetet syftar till att ge Region Sörmland ett oberoende och strukturerat underlag för bedömning av journalföring, medicinsk kvalitet och ersättningsgrundande vård.

Sirona har som extern och oberoende part fått i uppdrag att genomföra granskningen. Granskningen har samordnats av Sirona och utförts av ett medicinskt granskningsteam med särskild kompetens inom primärvård, nationellt kvalitetsarbete och strukturerad medicinsk uppföljning.

2.2 Uppdragets frågeställningar

Följande granskningsfrågor har besvarats för varje vårdkontakt i de patientjournaler som ingår i granskningen, om inte annat anges:

1. Motsvarar kontakten ett öppenvårdsbesök?
2. Innehåller kontakten en medicinsk bedömning, och inte enbart behovsbedömning inklusive hänvisning eller egenvårdsråd?
3. Är kontakten journalförd på ett godtagbart sätt, inklusive anamnes, status, bedömning och åtgärd?
4. Uppfyller kontakten kraven för ett ersättningsbart besök?
5. Är ställd diagnos medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter? Denna fråga avser främst nybesök

Frågeställningarna möjliggör en samlad bedömning av vårdkontakternas karaktär, medicinska innehåll, journalföring, ersättningsbarhet och, i relevanta fall, diagnosättning.



2.3 Granskare

Granskningen har genomförts av ett medicinskt granskningsteam bestående av legitimerade läkare med specialistkompetens i allmänmedicin, lång klinisk erfarenhet från primärvård samt erfarenhet av tidigare granskning av vårdgivare inom primärvården. De medicinska specialister som har agerat granskare i uppdraget har varit Ulrika Elmroth, Eva Arvidsson, Daniel Moberg och Helena Dreber.

Ulrika Elmroth är specialist i allmänmedicin med lång klinisk erfarenhet från primärvården och är i dag verksam nationellt med kvalitets- och utvecklingsarbete inom primärvård. Hon leder arbetet med PrimärvårdsKvalitet vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och har tidigare varit vice ordförande och styrelseledamot i Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM).

Eva Arvidsson är specialist i allmänmedicin och disputerad läkare med lång klinisk erfarenhet från primärvården samt ett omfattande engagemang inom nationellt kvalitets- och utvecklingsarbete. Hon har nationella uppdrag inom PrimärvårdsKvalitet vid SKR och Prioriteringscentrum, är aktiv i Svenska föreningen för allmänmedicins kvalitets- och patientsäkerhetsråd (SfamQ) samt i den europeiska organisationen EQuIP för kvalitetsutveckling i allmänmedicin. Eva har även deltagit i expertgrupper för Socialstyrelsens nationella riktlinjer och är publicerad forskare med fokus på prioritering, digital vård, kontinuitet och kvalitetsarbete.

Daniel Moberg är specialist i allmänmedicin och verksam som distriktsläkare i Region Östergötland, med mångårig klinisk erfarenhet från såväl regiondriven som privat primärvård. Han är ledamot och sekreterare i Svenska Distriktsläkarföreningen samt ledamot i Distriktsläkarföreningen Östergötland. Därutöver är han medlem i Läkarförbundets råd för läkemedel och medicinteknik.

Helena Dreber är specialist i allmänmedicin med klinisk erfarenhet från primärvård samt arbete inom diabetes, endokrinologi och överviktsbehandling vid Centrum för obesitas. Hon är disputerad med fokus på svår obesitas hos unga vuxna och behandlingsresultat, är en aktiv nationell föreläsare och har medverkat som författare till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för obesitas. Därutöver har hon haft uppdrag inom Svenska Läkaresällskapet och bidrar med såväl klinisk som vetenskaplig kompetens inom området.

2.4 Jävsprövning och sekretess

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte har funnits omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets opartiskhet och självständighet. Granskande



specialister är inte verksamma inom Region Sörmland och har blivit noga utvalda utifrån relevant kompetens, oberoende och sakkunskap. Journalgranskningen har genomförts med hjälp av avidentifierade journalhandlingar.



3 Genomförande

3.1 Urval

Journalgranskningen omfattar ett urval av 175 vårdkontakter avseende den granskade digitala vårdgivaren Min Doktor. Varje granskad vårdkontakt motsvarar en patientjournal i urvalet. Region Sörmland har ansvarat för inhämtning och tillhandahållande av ett slumpmässigt urval av anonymiserade patientjournaler avseende vårdkontakter från januari 2026, samt tillhörande underlag med rapporterade faktureringsuppgifter. Granskningen omfattar de vårdkontakter som ingår i detta urval.

3.2 Granskningsmetod

Granskningen har genomförts av ett medicinskt granskningsteam bestående av legitimerade läkare, samtliga specialister i allmänmedicin, med erfarenhet av medicinsk journalgranskning och kvalitetsuppföljning i primärvård. Varje journal har dubbelgranskats av två granskare. Vid skillnader i bedömning har avstämning genomförts och, vid kvarstående oenighet, har en tredje bedömning kunnat användas för att säkerställa samsyn.

Granskningen har genomförts enligt en strukturerad metodik där varje vårdkontakt har bedömts utifrån ett granskningsprotokoll baserat på uppdragets frågeställningar. Iakttagelser och bedömningar har dokumenterats löpande i granskningsprotokoll och därefter analyserats och sammanställts i denna rapport.

3.3 Bedömningsgrunder

Granskningen av Min Doktor har baserats på gällande lagstiftning, relevanta föreskrifter, nationella riktlinjer och tillämpliga kunskapsstöd, samt Region Sörmlands regelverk för primärvård och digital vård. Följande dokument och regelverk har utgjort grunden för bedömningarna:

Lagstiftning

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlagen (2014:821)
- Patientdatalagen (2008:355), med särskilt fokus på krav avseende journalens innehåll (3 kap. 6 §)



Regionala regelverk och krav

- Regelbok för vårdval vårdcentral i Region Sörmland 2026

Föreskrifter och nationella riktlinjer

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Nationella riktlinjer och andra relevanta nationella kunskapsstöd i tillämpliga delar

Regionala och medicinska kunskapsstöd

- Relevanta regionala kunskapsstöd och medicinska rekommendationer i de fall den enskilda frågeställningen aktualiserat detta
- Relevanta kliniska kunskapsstöd via 1177 Vårdguiden och Vårdpersonal Sörmland



4 Iakttagelser och bedömningar per frågeställning

4.1 Motsvarar kontakten ett öppenvårdsbesök?

Av 175 granskade vårdkontakter bedöms 60 kontakter (34 %) motsvara ett öppenvårdsbesök. Resterande 115 kontakter (66 %) bedöms inte göra det, se tabell 1.

Bedömningen har utgått från om vårdkontakten, utifrån sitt innehåll och genomförande, framstår som ett självständigt öppenvårdsbesök där medicinsk handläggning framgår på en nivå som går utöver receptförnyelse, telefonuppföljning, sjukvårdsrådgivning, hänvisning eller administrativ hantering.

Tabell 1, Granskning av frågeställning 1.

	1. Motsvarar kontakten ett öppenvårdsbesök?	
	Antal	%
Ja	60	34 %
Nej	115	66 %
Totalt	175	100 %

De vårdkontakter som bedömts inte motsvara ett öppenvårdsbesök utgörs framför allt av receptförnyelser eller annan enkel uppföljning, och därutöver av kontakter med karaktär av rådgivning, hänvisning eller administrativ hantering. I mindre omfattning förekommer även vårdkontakter med alltför begränsat medicinskt innehåll eller frågeställningar som borde ha hanterats i annan vårdform. Nedan redovisas de vanligaste orsakerna till att vårdkontakter inte bedömts motsvara öppenvårdsbesök.

Kontakter som i praktiken motsvarar receptförnyelse eller enkel uppföljning

Den klart vanligaste orsaken till avvikelse är att kontakten i praktiken motsvarar receptförnyelse. Detta gäller bland annat förnyelse av sedan tidigare kända läkemedelsbehandlingar, där vårdkontakten huvudsakligen avser fortsatt förskrivning snarare än en ny eller fördjupad medicinsk bedömning. I materialet återkommer även kontakter som snarare motsvarar telefonuppföljning eller enklare behandlingsuppföljning än ett självständigt öppenvårdsbesök. Detta omfattar även flera kontakter där patientens tillstånd beskrivs som oförändrat eller där ärendet huvudsakligen gäller fortsatt läkemedelsanvändning. Det förekommer även återbesök som lagts upp utan tydlig medicinsk motivering, trots att kontakten i praktiken har karaktär av receptförnyelse eller enkel uppföljning.



Kontakter med karaktär av rådgivning, hänvisning eller administrativ hantering

En annan återkommande avvikelse är att kontakten huvudsakligen består av sjukvårdsrådgivning, egenvårdsråd, hänvisning till annan vårdnivå eller administrativ hantering. Det gäller exempelvis kontakter där patienten hänvisas vidare till vårdcentral, barnmorska eller gynekolog, där besvären bedöms kunna hanteras med receptfria läkemedel eller där kontakten i huvudsak avser enklare intygsärenden eller annan administrativ åtgärd. Sådana kontakter har inte bedömts motsvara öppenvårdsbesök, eftersom de huvudsakligen består av råd, hänvisning eller administrativ åtgärd utan att någon ny eller fördjupad medicinsk handläggning framgår.

Kontakter med alltför begränsat medicinskt innehåll

Därutöver förekommer vårdkontakter där innehållet är alltför begränsat för att motsvara ett öppenvårdsbesök. Detta gäller kontakter med mycket kortfattad anamnes, avsaknad av status eller brist på fördjupning och tvåvägskommunikation. I flera fall bygger handläggningen huvudsakligen på standardiserade frågeformulär eller skriftliga uppgifter från patienten, utan att det samtidigt framgår kompletterande frågor, fördjupad anamnes, beskrivet status eller annan dokumenterad medicinsk handläggning. Det förekommer även kontakter där patienten inte återkommer med efterfrågade uppgifter eller där kontakten avslutas innan den fullföljs. Sammantaget har dessa vårdkontakter bedömts ha ett alltför begränsat innehåll för att anses utgöra öppenvårdsbesök, eftersom anamnes, status eller fortsatt medicinsk handläggning inte framgår i tillräcklig utsträckning.

Frågeställningar som borde ha hanterats i annan vårdform

Ett ytterligare återkommande, men mindre vanligt, mönster är att frågeställningen inte bedömts vara möjlig att handlägga tillräckligt inom ramen för den aktuella kontakten. Det gäller bland annat vissa kontakter avseende hosta och andra luftvägsbesvär, huvudvärk, underlivs- och gynekologiska besvär samt vissa psykiska symtom. I dessa fall har fysisk undersökning eller mer fullständig direktkontakt bedömts nödvändig för att vårdkontakten ska kunna motsvara ett öppenvårdsbesök. Det har också bedömts vara nödvändigt för att möjliggöra säker diagnossättning och för att utesluta relevanta differentialdiagnoser. Det kan exempelvis gälla luftvägsbesvär där lungstatus behöver bedömas eller huvudvärk där blodtryck och neurologiskt status utgör viktiga delar av bedömningen. När den medicinska frågeställningen bedöms förutsätta sådan undersökning, men kontakten i praktiken begränsas till rådgivning, hänvisning eller receptförskrivning, har den inte bedömts motsvara ett öppenvårdsbesök.



4.2 Innehåller kontakten en medicinsk bedömning, och inte enbart behovsbedömning inklusive hänvisning eller egenvårdsråd?

Av 175 granskade vårdkontakter bedöms 117 kontakter (67 %) innehålla en medicinsk bedömning. Resterande 58 kontakter (33 %) bedöms inte göra det, se tabell 2.

Bedömningen har utgått från om vårdgivaren i den enskilda kontakten har gjort en självständig medicinsk värdering av patientens tillstånd. För att bedömas med "Ja" har det krävts att kontakten innehåller ett medicinskt ställningstagande som går utöver enbart behovsbedömning, hänvisning, egenvårdsråd eller receptförskrivning.

Tabell 2. Granskning av frågeställning 2.

2. Innehåller kontakten en medicinsk bedömning, och inte enbart behovsbedömning inklusive hänvisning eller egenvårdsråd?		
	Antal	%
Ja	117	67 %
Nej	58	33 %
Totalt	175	100 %

De vårdkontakter som bedömts avvika kännetecknas framför allt av att handläggningen stannar vid förskrivningsfrågor eller receptförnyelse, att någon självständig medicinsk värdering inte framgår eller att kontakten endast innehåller behovsbedömning, rådgivning eller hänvisning. Nedan redovisas de vanligaste orsakerna till att vårdkontakter inte bedömts innehålla en medicinsk bedömning.

Bedömningen stannar vid fråga om förskrivning

Den vanligaste orsaken till nej-bedömning är att kontakten i praktiken begränsas till frågan om ett läkemedel kan eller bör förskrivas. Detta gäller både rena receptförnyelser och andra kontakter där ställningstagandet huvudsakligen avser fortsatt eller önskad behandling, utan att det framgår någon bredare medicinsk värdering av patientens tillstånd. I dessa fall har kontakten inte bedömts innehålla en medicinsk bedömning i den mening som avses i granskningen, eftersom förskrivningsfrågan inte har satts in i ett tydligt kliniskt sammanhang.

Ingen självständig medicinsk värdering framgår

Ett annat tydligt avvikelsemönster är att någon egen medicinsk bedömning inte framgår av kontakten. I flera vårdkontakter återges endast patientens uppgifter, önskemål eller planerade läkemedelsanvändning, utan att vårdgivaren tydligt värderar tillståndet eller redovisar ett eget medicinskt



ställningstagande. Det förekommer också kontakter där det är oklart vilken bedömning som har gjorts, eller där endast åtgärden framgår medan den medicinska värderingen saknas. När kontakten inte innehåller en självständig medicinsk bedömning har den inte bedömts uppfylla denna frågeställning.

Kontakten innehåller endast behovsbedömning, rådgivning eller hänvisning

En annan återkommande avvikelse är att kontakten stannar vid behovsbedömning. Det gäller exempelvis vårdkontakter där patienten hänvisas vidare till vårdcentral, barnmorska, gynekolog eller annan fysisk vårdinstans, eller där vårdgivaren lämnar råd om egenvård eller receptfria läkemedel utan att samtidigt göra en tydlig medicinsk värdering av det aktuella tillståndet. Sådana kontakter kan innebära ett ställningstagande till lämplig vårdnivå eller fortsatt handläggning, men de har inte bedömts innehålla en medicinsk bedömning enligt denna frågeställning.

4.3 Är kontakten journalförd på ett godtagbart sätt, inklusive anamnes, status, bedömning och åtgärd?

Av 175 granskade vårdkontakter bedöms 66 kontakter (38 %) vara journalförda på ett godtagbart sätt. Resterande 109 kontakter (62 %) bedöms inte uppfylla kraven, se tabell 3.

Bedömningen har utgått från om journalföringen i den enskilda vårdkontakten ger ett tillräckligt underlag för att förstå patientens besvär, vårdgivarens medicinska bedömning och vidtagna eller planerade åtgärder. Bedömningen har gjorts utifrån hur kontakten registrerats och hanterats, det vill säga i relation till den personalkategori och den besökstyp som framgår av underlaget. För att bedömas med ja har det därför krävts att relevanta delar av anamnes, status, bedömning och åtgärd framgår i tillräcklig utsträckning utifrån kontaktens innehåll och medicinska frågeställning. En anteckning kan vara tillräcklig för en enklare kontaktform, men ändå inte bedömas som godtagbar i denna granskning om dokumentationen inte motsvarar det som krävs utifrån hur kontakten registrerats och hanterats.

Tabell 3, Granskning av frågeställning 3.

	3. Är kontakten journalförd på ett godtagbart sätt, inklusive anamnes, status, bedömning och åtgärd?	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Ja	66	38 %
Nej	109	62 %
Totalt	175	100 %



Bristerna i journalföringen är framför allt kopplade till att status saknas eller är otillräckligt dokumenterat. Därutöver återkommer vårdkontakter där dokumentationen i hög grad bygger på formulär, patientuppgifter, bilder eller video utan att kompletterande frågor, beskrivet status eller dokumenterad medicinsk bedömning framgår. Brister i anamnes och medicinsk bedömning bidrar också till att en stor andel av vårdkontaktarna inte uppfyller kraven på godtagbar journalföring. Nedan redovisas de vanligaste orsakerna till att vårdkontakter inte bedömts vara journalförda på ett godtagbart sätt.

Status saknas eller är otillräckligt dokumenterat

Den klart mest frekventa orsaken till nej-bedömning är att status helt saknas eller är så begränsat att det inte utgör ett kliniskt relevant status. I flera vårdkontakter saknas status helt, medan det i andra endast finns enstaka patientuppgifter, självrapporterade värden eller mycket kortfattade noteringar som inte motsvarar ett faktiskt status. Det förekommer också att endast hembloodtryck, BMI eller andra enskilda parametrar anges utan att något bredare status framgår. Vid exempelvis hudbesvär förekommer att patienten skickat in en bild av besväret utan att journalen innehåller en tydlig läkarbeskrivning av hudstatus. Sammantaget innebär detta att journalföringen i många fall inte ger tillräckligt stöd för att förstå på vilka kliniska grunder vårdkontakten har handlagts.

Formulär, patientuppgifter samt bild- och videounderlag utan medicinsk bedömning

Ett annat återkommande mönster är att dokumentationen i hög grad bygger på standardiserade frågeformulär, skriftlig envägs kommunikation eller patientens egna uppgifter, utan att anamnesen fördjupas eller att det dokumenteras ett status som visar hur tillståndet har bedömts. I flera fall framgår att anamnesen helt eller delvis är hämtad från ifyllda formulär, eller att patienten skickat in bilder eller video utan att detta följs av en tydlig medicinsk kommentar eller journalförd beskrivning av hur underlaget har bedömts. Bild- eller videounderlag kan i vissa fall ge underlag för delar av bedömningen, exempelvis vid synliga hudförändringar, men i de granskade vårdkontaktarna har sådant underlag återkommande inte följts av dokumentation som visar hur tillståndet bedömts. Därutöver förekommer att inspelad video används som underlag för sådana delar av status som bedömts förutsätta direkt undersökning eller samtidig interaktion mellan läkare och patient, såsom lungauskultation eller psykiskt status. Ett psykiskt status har i dessa fall bedömts förutsätta ett direkt samspel mellan patient och läkare och har därför inte ansetts kunna bedömas tillräckligt genom en inspelad video där patienten talar fritt utan samtidig klinisk interaktion. När sådan dokumentation inte har kompletterats med fördjupad anamnes, beskrivet status eller dokumenterad medicinsk bedömning har journalföringen inte bedömts vara godtagbar i denna granskning.



Övriga brister i anamnes, bedömning och dokumentation

I vissa vårdkontakter saknas anamnes helt eller är mycket kortfattad, och i andra framgår ingen tydlig medicinsk bedömning eller plan. Det förekommer även att åtgärd eller receptförskrivning dokumenteras utan att det framgår vilka medicinska överväganden som ligger bakom. I sådana fall blir journalföringen inte tillräckligt tydlig för att möjliggöra en efterhandsbedömning av vårdkontaktens innehåll, rimlighet och fortsatta handläggning.

Dokumentationsbristerna framstår som särskilt tydliga i vårdkontakter där den medicinska frågeställningen som motiverade vårdkontakten typiskt sett förutsätter ett mer specifikt eller fullständigt status. Det gäller bland annat luftvägsbesvär, huvudvärk, psykiska symtom, gynekologiska besvär, hörselbesvär, urinvägsbesvär och hudbesvär där bilder eller video har skickats in. I dessa fall saknas ofta sådana delar av status eller anamnes som är centrala för att bedöma tillståndet.

4.4 Uppfyller kontakten kraven för ett ersättningsbart besök?

Av 175 granskade vårdkontakter bedöms 40 (23 %) uppfylla kraven för ersättningsbart besök, medan 135 kontakter (77 %) inte bedöms göra det, se tabell 4.

Bedömningen av ersättningsbarhet utgår i denna granskning från resultaten i frågeställning 1–3. För att en vårdkontakt ska bedömas som ersättningsbar har det krävts att kontakten motsvarar ett öppenvårdsbesök, innehåller en medicinsk bedömning och är journalförd på ett godtagbart sätt utifrån hur den registrerats, hanterats och fakturerats i underlaget. När någon av dessa grundförutsättningar inte har varit uppfylld har kontakten som utgångspunkt inte bedömts vara ersättningsbar.

Tabell 4. Granskning av frågeställning 4.

	4. Uppfyller kontakten kraven för ett ersättningsbart besök?	
	Antal	%
Ja	40	23 %
Nej	135	77 %
Totalt	175	100 %

De vårdkontakter som bedömts inte vara ersättningsbara kännetecknas ofta av flera samtidiga brister. Framför allt återkommer två dominerande mönster: att kontakten i praktiken motsvarar receptförnyelse, rådgivning, hänvisning eller annan enkel handläggning, samt att det medicinska innehållet och dokumentationen är otillräckliga, särskilt genom att status saknas. Därutöver förekommer även andra



återkommande brister, exempelvis där frågeställningen kräver fysisk undersökning eller där kontakten är ofullständig, men dessa mönster är mindre vanliga. Den samlade nivån av medicinskt innehåll, handläggning och dokumentation förklarar varför en stor majoritet av vårdkontakterna inte bedömts vara ersättningsbara. Nedan redovisas de vanligaste orsakerna.

Kontakter som i praktiken motsvarar receptförnyelse, rådgivning eller annan enkel handläggning

Den vanligaste orsaken till nej-bedömning är att kontakten inte motsvarar ett ersättningsbart läkarbesök, utan snarare receptförnyelse, telefonuppföljning, telefonrådgivning, hänvisning eller annan enkel handläggning. Detta mönster återkommer i ett stort antal vårdkontakter. Det gäller bland annat ärenden där patienten främst söker för fortsatt recept, där kontakten stannar vid rådgivning eller hänvisning vidare, eller där handläggningen närmast motsvarar ett meddelande eller en administrativ åtgärd. I dessa fall har vårdkontakten inte bedömts uppfylla kraven för ersättning, även om någon form av aktivitet eller förskrivning har förekommit.

Otillräckligt medicinskt innehåll och bristande dokumentation

Ett annat mycket vanligt skäl till att vårdkontakter inte bedömts vara ersättningsbara är att det medicinska innehållet och dokumentationen är otillräckliga. Den mest återkommande bristen är att status saknas eller är alltför knapphändigt dokumenterat. Därutöver förekommer återkommande avsaknad av anamnes, formulerad bedömning eller tydlig plan. I flera fall bygger handläggningen huvudsakligen på standardfrågor, frågeformulär, skriftlig kommunikation eller inspelad video utan att det samtidigt framgår kompletterande frågor, beskrivet status eller dokumenterad medicinsk bedömning. När det saknas tillräckligt underlag för att förstå på vilka grunder kontakten handlagts har den inte bedömts vara ersättningsbar.

Övriga brister

Därutöver förekommer vårdkontakter där den medicinska frågeställningen bedömts kräva fysisk undersökning eller annan vårdform för att kontakten ska kunna bedömas som ett ersättningsbart besök. Detta gäller bland annat vissa luftvägsbesvär, gynekologiska besvär, psykiska besvär och andra tillstånd där ett mer fullständigt status eller en fysisk undersökning bedömts nödvändig. I dessa fall har bedömningen inte enbart varit att dokumentationen varit begränsad, utan också att den medicinska frågeställningen varit av sådan art att ett ersättningsbart läkarbesök hade förutsatt mer undersökning och handläggning än vad som framgår av kontakten. Om en sådan undersökning inte bedömts nödvändig, har kontakten samtidigt inte heller bedömts motsvara den nivå som krävs för ett ersättningsbart läkarbesök.



Det förekommer även kontakter som framstår som ofullständiga eller fragmenterade, till exempel där patienten avviker innan bedömning kunnat slutföras, där dialog mellan patient och vårdgivare i praktiken saknas, eller där uppföljning planeras utan att en fullständig medicinsk kontakt först har genomförts. Även täta eller svagt motiverade uppföljningar för samma fråga förekommer. Även dessa vårdkontakter har i vissa fall bedömts sakna det innehåll och den medicinska motivering som krävs för att ett besök ska vara ersättningsbart. Dessa mönster är mindre vanliga än de två dominerande huvudorsakerna, men har i vissa fall också bidragit till att vårdkontakten inte bedömts uppfylla kraven för ersättning.

4.5 Är ställd diagnos medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter?

Av 175 granskade vårdkontakter bedöms 152 kontakter (87 %) uppfylla kravet på att ställd diagnos är medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter. Resterande 23 kontakter (13 %) bedöms inte göra det, se tabell 5.

Frågeställningen avser främst nybesök och har bedömts utifrån om den diagnos som registrerats framstår som medicinskt motiverad och förenlig med det som dokumenterats i vårdkontakten. Bedömningen har därmed inte enbart avsett om diagnosen skulle kunna vara möjlig, utan om den också är tillräckligt underbyggd av anamnes, status, bedömning och övriga journalförda uppgifter.

Tabell 5. Granskning av frågeställning 5.

	5. Är ställd diagnos medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter? Denna fråga avser främst nybesök	
	Antal	%
Ja	152	87 %
Nej	23	13 %
Totalt	175	100 %

De vårdkontakter som bedömts avvika kännetecknas framför allt av att underlaget är för begränsat för att diagnosen ska kunna bedömas som tillräckligt underbyggd. Därutöver förekommer vårdkontakter där diagnosen inte bedömts vara förenlig med övriga journalförda uppgifter, samt fall där diagnos helt saknas eller där någon egen diagnostisk bedömning inte framgår. Nedan redovisas de vanligaste avvikelserna.



Otillräckligt underlag för att motivera diagnosen

Den vanligaste orsaken till nej-bedömning är att det dokumenterade underlaget är för begränsat för att diagnosen ska kunna bedömas som tillräckligt underbyggd. I denna grupp återfinns vårdkontakter där anamnesen är mycket kortfattad, där status saknas, där ingen egentlig bedömning framgår eller där differentialdiagnostiska överväganden inte redovisas trots att frågeställningen kräver det. I flera fall har det därför inte gått att avgöra om den registrerade diagnosen är rimlig utifrån den enskilda kontakten. Detta gäller exempelvis kontakter där diagnosen bedömts vila på patientens egna uppgifter utan tillräcklig klinisk värdering, eller där underlaget varit alltför knapphändigt för att stödja den ställda diagnosen.

Diagnosen är inte förenlig med övriga journalförda uppgifter

Ett annat återkommande avvikelsemönster är att den registrerade diagnosen eller behandlingsinriktningen inte bedömts stämma överens med övriga journalförda uppgifter. Det gäller bland annat fall där bildmaterial eller testresultat inte stödjer den registrerade diagnosen, där tidigare diagnos återanvänds trots att underlaget talar för annan orsak, eller där annan diagnos bedömts vara mer korrekt utifrån den information som finns dokumenterad. I denna grupp ingår även obesitasrelaterade diagnoser och GLP-1-behandlingar där dokumenterade BMI-värden eller uppgifter om samsjuklighet inte bedömts stödja diagnos eller fortsatt behandling. I dessa fall har diagnosen eller behandlingsinriktningen inte bedömts vara tillräckligt förenlig med vårdkontaktens innehåll.

Diagnos eller egen diagnostisk bedömning saknas

Därutöver förekommer vårdkontakter där diagnos helt saknas, där någon egen diagnostisk bedömning inte framgår eller där frågeställningen i praktiken stannar vid hänvisning eller annan åtgärd utan att någon egentlig diagnossättning kan bedömas. Även dessa vårdkontakter har bedömts avvika från kravet på att diagnosen ska vara medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter.



5 Slutsatser

Den samlade slutsatsen av granskningen är att en betydande andel av de granskade vårdkontakterna inte uppfyller grundläggande krav på öppenvårdsbesök, medicinsk bedömning, godtagbar journalföring och ersättningsbarhet. Bristerna framstår inte som enstaka avvikelser, utan som återkommande mönster i hur vissa typer av vårdkontakter har utformats, dokumenterats och klassificerats.

En central slutsats är att många vårdkontakter i praktiken inte motsvarar självständiga öppenvårdsbesök. Det rör sig ofta om receptförnyelser, enklare uppföljningar, rådgivning, hänvisning eller administrativa kontakter, snarare än vårdkontakter där medicinsk handläggning framgår på en nivå som bedömts motsvara ett öppenvårdsbesök.

Granskningen visar vidare att självständig medicinsk bedömning återkommande saknas i vårdkontakterna. Även när någon form av handläggning har skett framgår det inte alltid ett tydligt eget medicinskt ställningstagande från vårdgivaren. Handläggningen stannar då vid förskrivningsfrågor, behovsbedömning, rådgivning eller hänvisning. Detta innebär att det i många fall saknas ett tillräckligt tydligt samband mellan patientens uppgifter, vårdgivarens värdering och den åtgärd som vidtas.

Granskningen identifierar även brister i journalföringen. Återkommande saknas status helt eller är så begränsat dokumenterat att det inte ger tillräckligt stöd för att förstå på vilka kliniska grunder vårdkontakten handlagts. Därutöver förekommer brister i anamnes, bedömning och dokumentation av underlag såsom frågeformulär, bilder och video. Sammantaget innebär detta att journalföringen i många fall inte möjliggör en tillräckligt tydlig efterhandsbedömning av vårdens innehåll och medicinska motivering.

Mot denna bakgrund bedöms också en stor majoritet av vårdkontakterna inte uppfylla kraven för ersättningsbarhet. När kontakten inte motsvarar ett öppenvårdsbesök, inte innehåller en tydlig medicinsk bedömning eller inte är journalförd på ett godtagbart sätt utifrån hur den registrerats, hanterats och fakturerats, saknas också förutsättningar för ersättning enligt de kriterier som tillämpats i granskningen.

I merparten av vårdkontakterna har ställd diagnos bedömts vara medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter. De avvikelser som identifierats är främst kopplade till otillräckligt underlag för diagnossättning samt vårdkontakter där diagnosen inte stämmer med övriga journalförda uppgifter.



6 Granskningsfrågor och svarsfördelning

Granskningsfrågor		Antal "Ja"	Antal "Nej"	Totalt
1. Motsvarar kontakten ett öppenvårdsbesök?	Antal	60	115	175
	%	34 %	66 %	100 %
2. Innehåller kontakten en medicinsk bedömning (inte enbart behovsbedömning inkl. hänvisning, egenvårdsråd)?	Antal	117	58	175
	%	67 %	33 %	100 %
3. Är kontakten journalförd på ett godtagbart sätt (anamnes, status, bedömning, åtgärd)?	Antal	66	109	175
	%	38 %	62 %	100 %
4. Kontakten uppfyller kraven för ett ersättningsbart besök (JA-svar i samtliga tidigare frågor)?	Antal	40	135	175
	%	23 %	77 %	100 %
5. Är ställd diagnos medicinskt motiverad och förenlig med journalförda uppgifter (gäller främst nybesök)?	Antal	152	23	175
	%	87 %	13 %	100 %