

Avdelningen för register och statistik
Enheten för statistik 1
patientregistret@socialstyrelsen.se

Stöd vid rapportering till patientregistret

Syftet med det här dokumentet är att ge uppgiftslämnare stöd och information om uppgifter som ska lämnas till Socialstyrelsens patientregister.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	3
Inrapporteringsförfarande.....	4
Vårdformer	4
Sluten vård.....	4
Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård	5
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård	7
Stödinformation till vissa uppgifter som ska lämnas.....	9
Sluten vård (bilaga 1)	9
Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård (bilaga 2).....	12
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård (bilaga 3).....	18
Referenser.....	21
Versionshistorik.....	21

Bakgrund

Socialstyrelsen har, med stöd av 6 § tredje stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen, tagit fram föreskrifter om hur uppgiftsskyldigheten till patientregistret ska fullgöras. Av föreskrifterna framgår att den som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården är skyldig att lämna vissa uppgifter om patienter som har

- varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården, eller
- behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård, eller
- behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare i den psykiatriska öppenvården.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister gäller för uppgifter som avser tiden från och med den 1 januari 2024 och framåt. Socialstyrelsens tidigare föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister gäller för uppgifter som avser tiden till och med den 31 december 2023.

Detta dokument avser HSLF-FS 2023:33 om inget annat anges.

Socialstyrelsens föreskrifter finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)).

Föreskrifterna och detta stöddokument rekommenderas att läsas samtidigt.

Skillnader mellan HSLF-FS 2023:33 och SOSFS 2013:35

- Filerna har bytt filnamnsformat och en tidsstämpel har lagts till i filnamnen.
- Uppgiften kön har förtydligats till juridiskt kön.
- Uppgiften om form av vårdkontakt har förtydligats, framförallt alternativet för distanskontakt. Om vårdkontakten skett på distans ska detta alternativ alltid anges.
- Uppgift om psykiatrisk vårdform har tagits bort från den administrativa öppenvårdsfilen.
- Uppgiftsskyldigheten omfattar alla vårdkontakter där patienter har behandlats av hälso- och sjukvårdspersonal inom den psykiatriska öppenvården, oavsett vilken yrkeskategori patienten haft kontakt med. Alla uppgifter som tidigare lämnats för läkarbesök ska rapporteras även för vårdkontakter med andra yrkeskategorier.
- För vårdkontakter inom den psykiatriska öppenvården ska uppgift om vilken yrkeskategori som patienten behandlats av lämnas med hjälp av kodverket SOSNYK. Det gäller även för läkarbesök.
- Uppgift om psykiatrisk vårdform för tvångsvård ska skickas in separat enligt ny bilaga, bilaga 3 (uppgiften har samtidigt tagits bort från bilaga 1).

- Psykiatrisk vårdform ska enbart knytas till personnummer och inte som tidigare till ett vårdkontakts-id.
- Psykiatrisk vårdform innehåller inte längre alternativ för frivillig psykiatrisk vård utan bara för tvångsvård.

Inrapporteringsförfarande

Information för uppgiftslämnare finns på Socialstyrelsens webbplats: ([länk](#))

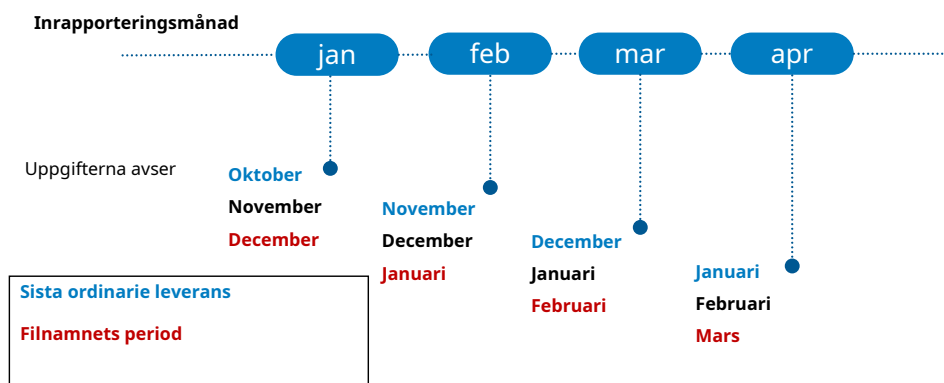
Där finns bland annat information om:

- När en ny sjukhuskod behövs och hur sjukhuskoderna administreras.
- Lista över aktuella kontroller som utförs på inlämnade uppgifter (Avvikelsekoder).

Uppgiftslämnandet sker i Socialstyrelsen inrapporteringsportal ([länk](#)) eller via ett SFTP-konto. I inrapporteringsportalen finns mer specifik information om inrapporteringsförfarandet.

Uppgifterna ska lämnas senast den sista dagen i varje månad och avse de tre månader som föregår rapporteringsmånaden, se figur 1.

Figur 1. Uppgifter rapporteras för tre månader i taget, varje månad rapporteras tre gånger.



Vårdformer

Sluten vård

Uppgiftsskyldigheten gäller för den vårdgivare som bedriver verksamhet i den slutna hälso- och sjukvården och omfattar uppgifter om patienter som varit inskrivna i sådan vård. Även uppgifter om patienter som ännu inte skrivits ut ska rapporteras. Uppgiftsskyldigheten gäller oavsett finansieringsform. Observera att förlossning vid vårdenhet är att betrakta

som slutenvård oavsett vårdtid eftersom patienten är inskriven. Uppgifter om nyfödda friska barn ska inte rapporteras till patientregistret, eftersom barnen inte är inskrivna för vård. Nyfödda med behov av vård skrivs in i slutenvården vilket innebär att uppgifter om dem ska rapporteras. Uppgifter om ledsagare/medföljande till en patient ska inte rapporteras in.

Det är uppgifter som avser slutenvårdstillfällena som ska rapporteras. Ett slutenvårdstillfälle är avgränsat av in- och eventuell utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenhets/motsvarande) och sjukhus. Temporära besök inom andra medicinska verksamhetsområden som sker under slutenvårdstillfället för exempelvis undersökning eller behandling, exempelvis PCI, magnetröntgen med mera rapporteras inte separat som egna öppenvårdskontakter om de rör samma hälsotillstånd (diagnoser) som patienten vårdas i slutenvård för. Åtgärder som utförs rapporteras i sådana fall på det pågående slutenvårdstillfället.

Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård

Uppgiftsskyldighet föreligger för den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård. Öppen vård som inte är primärvård benämns ofta specialiserad öppen vård. Med specialiserad vård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård [1].

Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens (se 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30]).

För somatisk öppen vård ska endast uppgifter som avser vårdkontakter där patienter behandlats av läkare rapporteras in. För psykiatrisk öppen vård ska, förutom läkarkontakterna, även uppgifter om vårdkontakter där patienter behandlats av andra kategorier hälso- och sjukvårdspersonal rapporteras in. En vårdkontakt är en kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal där hälso- och sjukvård utförs [2]. De öppenvårdskontakter som ska rapporteras kan bestå av mottagningsbesök, besök av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem, besök på annan plats och kontakter där hälso- och sjukvård utförs på distans dvs. där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text. Exempel på sådana är distanskontakt via telefon,

distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt [3]. Kontakter mellan vårdgivare och patient av administrativt slag, exempelvis tidbokning, kallelse, råd och information av allmän karaktär omfattas inte av uppgiftsskyldigheten.

Uppgifter som avser vårdkontakter där patienten representeras av en företrädare ska också rapporteras. Uppgifter om ledsagare/medföljande till en patient ska inte rapporteras in.

Om en patient under ett pågående slutenvårdstillfälle har öppenvårdskontakter inom andra medicinska verksamhetsområden eller på annan sjukvårdsinrättning som beror på ett annat hälsotillstånd (diagnoser) än det som patienten redan slutenvårdas för rapporteras öppenvårdskontakterna separat. Ett exempel är en patient som är inlagd för benbrott och har ett tidigare diagnostiserat njurproblem som den går på dialys för inom öppenvården. Då ska öppenvårdskontakten rapporteras separat.

Uppgifter om patienter som behandlats av läkare inom specialiserad öppen vård (inklusive psykiatrisk öppen vård) eller av andra kategorier hälso- och sjukvårdspersonal inom psykiatrisk öppen vård ska rapporteras in som vårdkontakter inom öppen vård oavsett om vårdkontakten lett till slutenvård eller inte.

Uppgifter om en vårdkontakt på en akutmottagning med en eller flera somatiska specialiteter rapporteras sammanhållet som ett enskilt öppenvårdsbesök såvida inte patienten avvikit före läkarbedömning, då ska inga uppgifter lämnas. Om det rör sig om ett besök på en psykiatrisk akutmottagning, då ska uppgifterna lämnas om patienter som har behandlats av läkare eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Psykiatrisk öppen vård

För psykiatrisk öppen vård föreligger uppgiftsskyldighet för uppgifter om patienter som har behandlats av läkare eller av annan hälso- och sjukvårdspersonal. För samtliga dessa vårdkontakter ska uppgift om vilken yrkeskategori som patienten haft kontakt med rapporteras. Uppgift om yrkeskategori ska inte lämnas för övrig specialiserad öppen vård.

För att avgöra om en vårdkontakt har skett inom psykiatrisk vård eller inte kommer rapporterat medicinskt verksamhetsområde (MVO) för uppgift om klinik att användas. Socialstyrelsen kommer att särskilt följa upp de vårdkontakter som har någon av följande MVO-koder för uppgift om klinik för att säkerställa att de rapporteras med uppgift om yrkeskod:

- 901 Allmänpsykiatrisk vård, vuxna
- 906 Psykiatrisk sjukhemsvård
- 928 Geropsykiatrisk vård
- 931 Barn- och ungdomspsykiatrisk vård
- 943 Rättspsykiatrisk regionsjukvård
- 944 Specialvård, psykiatrisk
- 945 Alkoholsjukvård
- 953 Toxikomanivård
- 954 Narkomanivård
- 956 Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.

Vårdkontakter som rapporteras in med kod för klinik som indikerar somatisk vård och där uppgift om yrkeskod har lämnats kommer stoppas vid rapporteringen. Socialstyrelsen kommer i de fallen att be uppgiftslämnaren se över de uppgifter som lämnats. Detta för att säkerställa att uppgifter inte lämnas för patienter som behandlats inom somatisk öppen vård av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

Ineras HSA-katalog har en förteckning ([länk](#)) av verksamhetskoder som klassificeras som psykiatriska verksamheter och kräver specialistkompetens i psykiatri. Vid osäkerhet om huruvida en verksamhet är psykiatrisk öppen vård kan verksamhetens klassificering i HSA-katalogen fungera som ett stöd. Observera att ingen uppgift från HSA-katalogen ska lämnas.

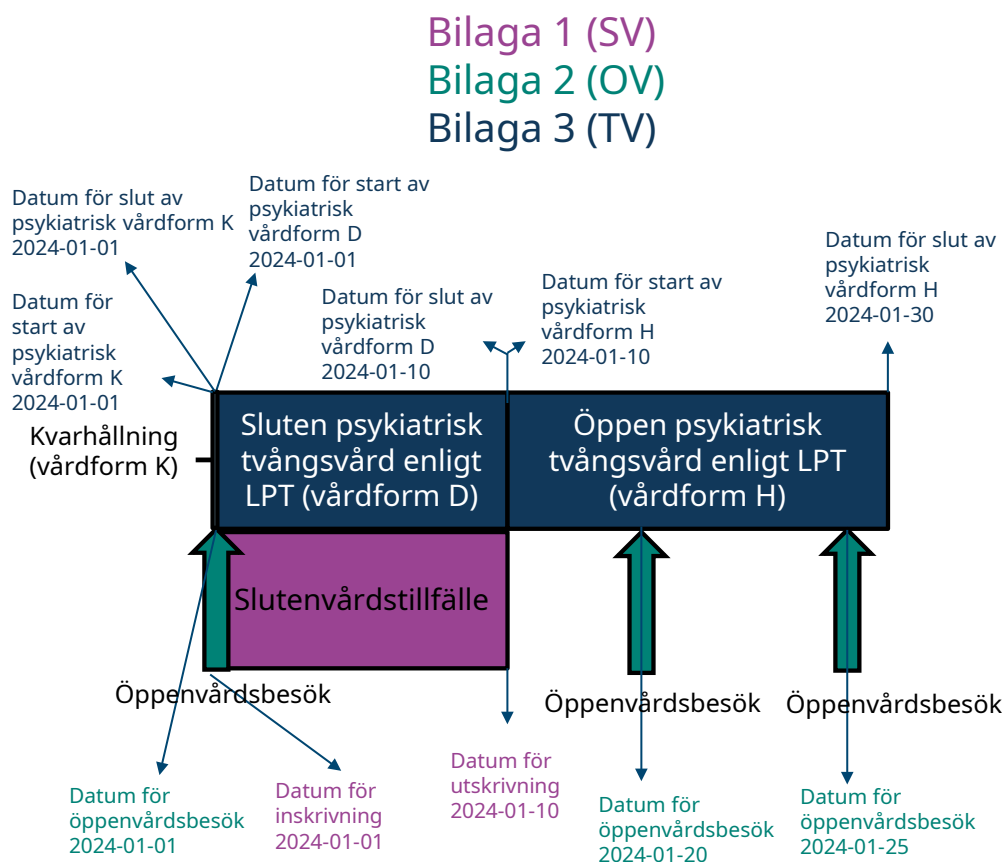
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård

För patienter som är och har varit inskrivna för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV ska uppgifter om vilken form av psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård som vården avser rapporteras. Start- och eventuellt slutdatum för varje psykiatrisk vårdform ska också anges. Det är den vårdgivare som ansvarar för den psykiatriska tvångsvården där patienten är eller har varit inskriven för vård enligt LPT eller LRV som är uppgiftsskyldig för uppgifter om psykiatrisk vårdform, även de som rör öppen tvångsvård. Dessa uppgifter rapporteras i filen för tvångsvård. Observera att uppgiftsskyldigheten för uppgifter (exempelvis diagnoser och åtgärder) om slutenvårdstillfällen och öppenvårdskontakter som getts under tvångsvården finns hos respektive ansvariga vårdgivare. Dessa uppgifter rapporteras i filerna för respektive slutna vård och öppen vård.

Figur 2 är ett exempel på hur en vårdkedja för en patient i tvångsvård kan se ut. En person kommer till psykiatrisk akutmottagning den 1 januari 2024 och där fattas ett beslut om kvarhållning (Psykiatrisk vård före

ställningstagande om intagningsbeslut – Kvarhållning) av patienten. Samma dag fattas ett intagningsbeslut och patienten skrivs in för vård enligt LPT. Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT pågår till och med den 10 januari 2024. Samma dag som sluten vård enligt LPT avslutas påbörjas öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT. Under perioden med öppen vård enligt LPT sker två öppenvårdsbesök. De olika färgerna visar i vilken bilaga, i föreskrifterna, som filspecifikationer finns för respektive information som ska rapporteras in. Bilaga 1 (slutenvård - SV) specificerar uppgifterna som är lilamarkerade, alltså information om slutenvårdstillfället, med tillhörande in- och utskrivningsdatum. Bilaga 2 (öppenvård - OV) specificerar uppgifterna som är grönmärkerade, alltså tre öppenvårdsbesök med tillhörande uppgifter. Bilaga 3 (tvångsvård - TV) specificerar uppgifterna som är blåmarkerade, alltså start- och slutdatum för respektive psykiatrisk vårdform. Detta exempel kommer att resultera i tre rader i TV-filen, en för kvarhållning (K), en för sluten vård enligt LPT (D) och en för öppen vård enligt LPT (H). Det kommer resultera i tre vårdkontakter i öppen vård som ska rapporteras och ett vårdtillfälle i sluten vård.

Figur 2. Förhållandet mellan uppgifter om tvångsvård, vårdtillfällen och öppenvårdsbesök



Stödinformation till vissa uppgifter som ska lämnas

Uppgifterna som ska lämnas in finns beskrivna i de tre bilagorna till HSLF-FS 2023:33. Bilaga 1 innehåller specifikationer om filer och uppgifter om slutenvård. Bilaga 2 innehåller specifikationer om filer och uppgifter om specialiserad öppen vård. Bilaga 3 innehåller specifikationer om filer och uppgifter om psykiatrisk vårdform vid tvångsvård. Nedan följer stödinformation för uppgiftslämnande av vissa av uppgifterna.

Sluten vård (bilaga 1)

Vårdkontakts-id

Uppgifterna som rapporteras till patientregistret i de olika filerna har vårdkontakts-id som gemensam unik identifikation, vilket håller samman uppgifter som hör ihop för ett slutenvårdstillfälle. Vårdkontakts-id skapas av uppgiftslämnaren och är unikt över tid, dvs. ett slutenvårdstillfälle har samma vårdkontakts-id oavsett inrapporteringstillfälle.

Personnummer

Patientens personnummer ska anges vid samtliga vårdtillfällen. Om patienten inte har något personnummer får det ersättas av samordningsnummer eller reservnummer.

- Samordningsnummer är ett enhetligt utformat person-id, som på begäran av en myndighet tilldelas av Skatteverket, för en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige. Samordningsnumret består liksom personnumret av tolv siffror. De inledande åtta siffrorna utgår från personens födelseår (år, månad och dag). Siffran för födelsedag ökas med talet 60. Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som motsvarar födelsenumret i ett personnummer. Individnumret hämtas slumpvis ur en serie 001–999 för alla som är födda samma dag. Numret är udda för män och jämnt för kvinnor. En sista kontrollsiffra beräknas på samma sätt som för ett personnummer.
- Reservnummer är ett tillfälligt person-id som huvudsakligen används för att kunna koppla samman patient och dennes vårdokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt. Om det reservnummer som använts är längre än tolv tecken så ska det trunckas till tolv tecken innan rapportering till patientregistret.

Sjukhus

Ska anges med en sjukhuskod som finns i Socialstyrelsens förteckning. En sjukhuskod är knuten till en vårdgivare och fysisk plats. Läs mer på [Lämna uppgifter till patientregistret - Socialstyrelsen](#).

Klinik

Ska anges enligt Socialstyrelsens förteckning över verksamhetsområden (MVO) för den klinik, medicinska verksamhet eller motsvarande (exempelvis vårdenhet) där patienten är inskriven. Om patienten flyttas till ny klinik/enhet/verksamhetsområde på sjukhuset påbörjas ett nytt vårdtillfälle. Aktuell version av förteckningen finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Den kod som bäst beskriver den medicinska verksamheten på kliniken där patienten är inskriven kan användas. Om sjukhuset är organiserat med kliniker med flera medicinska verksamhetsområden per klinik, kodas vårdtillfället utifrån vilken medicinsk specialitet som behandlar patienten. För att så ändamålsenlig statistik som möjligt ska kunna tas fram är det önskvärt att verksamhetsområde rapporteras på så detaljerad nivå som möjligt.

Datum för inskrivning

Det datum då patienten skrevs in på det sjukhus och den klinik som vårdtillfället avser. Om patienten flyttas till ny klinik/enhet/verksamhetsområde på sjukhuset påbörjas ett nytt vårdtillfälle.

Datum för utskrivning

Datum då patienten skrivs ut från kliniken. Inte att sammanblanda med datum för medicinskt färdigbehandlad patient. Datum för utskrivning lämnas tomt om vårdtillfället pågår.

Planerad vårdkontakt

Med planerad vårdkontakt avses att patient och vårdgivare har kommit överens om en tid i förväg oavsett när tid avtalats.

Inskrivningssätt

Inskrivningssätt avser var patienten vistades innan tidpunkten för inskrivningen, dvs. om patienten då exempelvis var inskriven på annat sjukhus eller på annan klinik på samma sjukhus eller bodde hemma. Vid inskrivning från en öppenvårdsmottagning kodas inskrivningssätt med det alternativ som gällde innan patienten kom till öppenvårdsmottagningen. Patienten skrivs alltså inte in med alternativ 1 = från annat sjukhus eller

annan klinik det fallet utan med alternativ 1 avses att patienten skrivs in på kliniken från annat sjukhus eller annan klinik, där den varit inskriven.

Utskrivningssätt

Utskrivningssätt avser vad patienten skrivs ut till efter avslutat vårdtillfälle, dvs. var patienten kommer att vistas efter utskrivning. Utskrivningssätt kan också beskriva att patienten avlidit. Om patienten flyttas till annan klinik på samma sjukhus kodas utskrivningssätt till annat sjukhus eller annan klinik (alternativ 1). Nyfödda barn som varit i behov av vård och därför skrivits in och efter sådan vård återförts till mamman på BB-avdelningen upphör då att vara patient, vilket är jämförbart med att barnet skrivs ut till hemmet (alternativ 3).

Diagnoskod och typ av diagnos

Samtliga diagnoser som haft klinisk relevans för vårdtillfället ska anges, även bidiagnoser. Diagnoserna klassificeras med diagnoskoder ur kodverket ICD-10-SE (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning). Varje diagnoskod skickas in på egen rad med tillhörande uppgift om typ av diagnos, dvs. om diagnosen är en huvud- eller bidiagnos. Om en diagnos behöver kodas med flera diagnoskoder ska alla de koderna rapporteras. Diagnoskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod (anatomiskt, terapeutiskt, kemiskt klassificeringssystem) enligt FASS ([länk](#)). ATC-koden skickas då in på egen rad. Aktuell version av kodverket ICD-10-SE, med anvisningar för val av huvud- och bidiagnos, finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Där finns också en utbildning för att ge introduktion till och grundläggande kunskap om ICD-10-SE och diagnosklassificering.

Yttre orsakskod

Ska rapporteras med kod enligt kapitel 20 i aktuell version av ICD-10-SE. Om diagnos som anges under diagnoskod är inom kapitel 19 (skador, förgiftningar m.m.) ska uppgift om yttre orsak till diagnosen anges. I vissa fall är det också relevant att ange en yttre orsak för diagnoskoder som inte ligger inom kapitel 19 (skador, förgiftningar m.m.). Yttre orsakskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS ([länk](#)). Varje yttre orsakskod och ATC-kod skickas in på egen rad. Information om yttre orsakskoder (Kapitel XX – Yttre orsaker till sjukdom och död) i ICD-10-SE finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)).

Åtgärdskod

Kirurgiska och medicinska vårdåtgärder som utförts under vårdtillfället och som klassificerats ska rapporteras. Vårdåtgärderna klassificeras med KVÅ-koder enligt aktuell version av Klassifikation av vårdåtgärder. Uppgifterna ska lämnas oavsett yrkesgrupp som utfört åtgärden. Information om Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), med anvisningar för kodning av vårdåtgärder finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Kliniskt relevant läkemedelstillförel ska kompletteras med ATC-kod för det läkemedel som patienten behandlats med. Varje åtgärdskod och ATC-kod skickas in på egen rad. För patienter som ännu inte är utskrivna rapporteras åtgärds-koder och ATC-koder löpande, vid varje rapporteringstillfälle.

Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård (bilaga 2)

Vårdkontakts-id

Uppgifterna som rapporteras till patientregistret i de olika filerna har vårdkontakts-id som gemensam unik identifikation, vilket håller samman uppgifter som hör ihop för en vårdkontakt i öppen vård. Vårdkontakts-id skapas av uppgiftslämnaren och är unikt över tid, dvs. en vårdkontakt ska ha samma vårdkontakts-id oavsett rapporteringstillfälle.

Personnummer

Patientens personnummer ska anges vid samtliga öppenvårds-kontakter. Om patienten inte har något personnummer får det ersättas av samordningsnummer eller reservnummer.

- Samordningsnummer är ett enhetligt utformat person-id, som på begäran av en myndighet tilldelas av Skatteverket, för en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige. Samordningsnumret består liksom personnumret av tolv siffror. De inledande åtta siffrorna utgår från personens födelse-tid (år, månad och dag). Siffran för födelsedag ökas med talet 60. Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som motsvarar födelsen-numret i ett personnummer. Individnumret hämtas slumpvis ur en serie 001–999 för alla som är födda samma dag. Numret är udda för män och jämnt för kvinnor. En sista kontrollsiffra beräknas på samma sätt som för ett personnummer.
- Reservnummer är ett tillfälligt person-id som huvudsakligen används för att kunna koppla samman patient och dennes vårdokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt. Om det

reservnummer som använts är längre än tolv tecken så ska det trunkeras till tolv tecken innan rapportering till patientregistret.

Sjukhus

Ska anges med en sjukhuskod som finns i Socialstyrelsens förteckning. En sjukhuskod är knuten till en vårdgivare och fysisk plats. Läs mer på [Lämna uppgifter till patientregistret - Socialstyrelsen](#).

Klinik

Ska anges enligt Socialstyrelsens förteckning över verksamhetsområden (MVO) för den klinik, medicinska verksamhet eller motsvarande (exempelvis vårdenhet) som patienten vårdas av. Aktuell version av förteckningen finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Den kod som bäst beskriver den medicinska verksamheten kan användas. För att så ändamålsenlig statistik som möjligt ska kunna tas fram är det önskvärt att verksamhetsområde rapporteras på så detaljerad nivå som möjligt. På exempelvis akutmottagningar representeras den mest detaljerade nivån ofta av internmedicin, kirurgi eller ortopedi. För de fall ett besök på akutmottagning innefattat flera medicinska specialiteter kan MVO för den sista specialiteten väljas för hela den sammanhållna akutmottagningskontakten.

För att så tillförlitlig statistik som möjligt ska kunna tas fram är det angeläget att en av följande koder för klinik väljs för verksamheter som bedriver psykiatrisk öppen vård:

- 901 Allmänpsykiatrisk vård, vuxna
- 906 Psykiatrisk sjukhemsvård
- 928 Geropsykiatrisk vård
- 931 Barn- och ungdomspsykiatrisk vård
- 943 Rättspsykiatrisk regionsjukvård
- 944 Specialvård, psykiatrisk
- 945 Alkoholsjukvård
- 953 Toxikomanivård
- 954 Narkomanvård
- 956 Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.

Akutverksamhet

Alla vårdkontakter kodas med uppgift om kontakten skett inom en verksamhet som tar emot akuta besök eller ej. Alternativ 1–4 kodas om verksamheten är en typ av akutmottagning. Alternativ 0 kodas för alla

vårdkontakter som inte sker akut eller på en akutmottagning. Alternativ 5
Övrig akutverksamhet kodas för den del av en verksamhet som tar emot
akuta patienter på en öppenvårdsmottagning som också tar emot icke-akuta
patienter. Akut är då ett medicinskt ställningstagande och har ingen koppling
till om besöket är planerat eller inte, dvs. om en tid har bokats eller inte.

1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är
samlokaliserade.

Exempelvis:

Sjukhusbunden akutmottagning för vuxna bemannad med läkare
tjänstgörande inom sin specialitet eller med läkare tjänstgörande som
akutläkare för alla ingående specialiteter.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet.

Exempelvis:

Infektionsakutmottagning

- Gynekologisk akutmottagning
- Barnakutmottagning. Hit räknas även barnakutmottagning med flera
specialiteter såsom t.ex. kirurgi och ortopedi.

3 = Psykiatrisk akutmottagning (anges även om mottagningen är
samlokaliserad med annan specialitet).

Besök på psykiatrisk akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3. I
de fall den psykiatriska akutmottagningen är samlokaliserad med en
akutmottagning med en somatisk specialitet rapporteras besök inom den
somatiska specialiteten som alternativ 2. I de fall den psykiatriska
akutmottagningen är samlokaliserad med akutmottagning med två eller flera
somatiska specialiteter rapporteras besök inom dessa somatiska specialiteter
som alternativ 1.

4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning.

I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både
specialistvårdsmottagning och primärvårdsmottagning ska endast akuta
besök på specialistvårdsmottagningen rapporteras med alternativ 4.
Observera att uppgifter inte ska lämnas för patienter som vårdas i
primärvård.

5 = Övrig akutverksamhet

Exempelvis:

Öppenvårdsmottagningar som inte klassas som akutmottagningar, men där patienter kan tas emot akut vid behov.

Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter med Akutverksamhet =1. Avser den tidpunkt öppenvårdskontakten påbörjades. Det kan exempelvis vara när patient anmäler sig i kassan på akutmottagningen eller när patient anländer med ambulans till akutmottagningen.

Tidpunkt för bedömning på akutmottagning

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter med Akutverksamhet =1. Avser den tidpunkt då läkaren träffar patienten och påbörjar en beslutsgrundande bedömning.

Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter med Akutverksamhet =1. Avser den tidpunkt då öppenvårdskontakten på akutmottagningen avslutades. Det kan exempelvis vara när patienten flyttas vidare till en slutenvårdsplats, till särskilt boende eller åker hem. Om akutmottagningen har en övervakningsenhet ingår denna i patientens akutmottagningsbesök. Övervakas patienten på en enhet motsvarande intagnings-/akutvårdsavdelning, vilken organisatoriskt och/eller lokalmässigt inte tillhör akutmottagningen, ingår inte denna i akutmottagningsbesöket.

Avbruten vård på akutmottagning

Uppgiften ska endast lämnas för vårdkontakter som sker på akutmottagning där två eller fler specialiteter är samlokaliserade.

Uppgiften lämnas endast om patienten avvikit på eget initiativ efter läkarbedömning, annars lämnas fältet blankt.

Planerad vårdkontakt

Med planerad vårdkontakt avses att patient och vårdgivare har kommit överens om en tid i förväg oavsett när tid avtalats. Observera att det inte avser huruvida öppenvårdsbesöket är akut eller inte. Ett akut öppenvårdsbesök är där patientens tillstånd kräver omedelbar bedömning.

Form av öppenvårdskontakt

Varje vårdkontakt kodas med det alternativ som stämmer bäst in utifrån patientens perspektiv. Vårdkontakter som kodas med alternativ 1–8 är vanligtvis planerade vårdkontakter.

För att en av kategorierna som anger att patient/er möter flera hälso- och sjukvårdspersonal samtidigt (1,3,5 eller 7) ska väljas gäller att fler än en av personalen ska ha självständigt behandlingsansvar för patienten vid kontakten. Personal med assisterande funktion har inte ett självständigt behandlingsansvar för patienten.

Observera att alternativ 8 alltid ska väljas om patienten/patienterna är på distans även om flera hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar deltar vid kontakten.

Registrering av åtgärd enligt KVÅ vid distanskontakt

Åtgärds kod ska enligt föreskrifterna registreras enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ och anvisningar för kodning av vårdåtgärder finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). För att det i statistiken ska vara möjligt att skilja på olika typer av distanskontakter är det önskvärt KVÅ-koder för kontaktsätt och besökstyp rapporteras på en vårdkontakt där Form av öppenvårdskontakt = 8 (distanskontakt).

KVÅ-koder för kontaktsätt är följande:

- XS003 Information och rådgivning med patient per brev. (Inkluderar e-post mm.).
- XS011 Information och rådgivning per telefon med företrädare för patienten.
- XS012 Information och rådgivning med patient per telefon.
- XS014 Information och rådgivning med patient via videolänk.

KVÅ-koder för besökstyper är följande:

- XS900 Enskilt besök
- XS902 Teambesök
- XS903 Gruppbesök
- XS904 Gruppteambesök.

Diagnoskod och typ av diagnos

Samtliga diagnoser som haft klinisk relevans för vårdkontakten ska anges, även bidiagnoser. Diagnoserna klassificeras med diagnoskoder ur kodverket ICD-10-SE. Varje diagnoskod skickas in på egen rad med tillhörande

uppgift om typ av diagnos, dvs. om diagnosen är en huvud- eller bidiagnos. Om en diagnos behöver kodas med flera diagnoskoder ska alla de koderna rapporteras. Diagnoskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt kompletteras med ATC-kod enligt FASS ([länk](#)). ATC-koden skickas då in på egen rad.

Aktuell version av kodverket ICD-10-SE, med anvisningar för diagnosklassificering i öppen vård, finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Där finns också en utbildning för att ge introduktion till och grundläggande kunskap om ICD-10-SE och diagnosklassificering. Alla vårdkontakter som rapporteras ska ha minst en diagnoskod (huvuddiagnos).

För de fall ett besök på akutmottagning innefattat flera medicinska specialiteter, där specialiteterna satt olika huvuddiagnos för besöket och det är svårt att avgöra vilken som är främsta anledningen till besöket kan huvuddiagnos från den sista specialiteten rapporteras för hela den sammanhållna akutmottagningskontakten. Övriga kliniskt relevanta diagnoser från de ingående specialiteterna sätts som bidiagnoser.

Yttre orsakskod

Ska rapporteras med kod enligt kapitel 20 i aktuell version av ICD-10-SE. Om diagnos som anges under diagnoskod är inom kapitel 19 (skador, förgiftningar m.m.) ska uppgift om yttre orsak till diagnosen anges. I vissa fall är det också relevant att ange en yttre orsak för diagnoskoder som inte ligger inom kapitel 19 (skador, förgiftningar m.m.). Yttre orsakskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS ([länk](#)). Varje yttre orsakskod och ATC-kod skickas in på egen rad. Information om yttre orsakskoder (Kapitel XX – Yttre orsaker till sjukdom och död) i ICD-10-SE finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)).

Åtgärds kod

Kirurgiska och medicinska vårdåtgärder som utförts under vårdkontakten och som klassificerats ska rapporteras. Vårdåtgärderna klassificeras med KVÅ-koder enligt aktuell version av Klassifikation av vårdåtgärder. Information om Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), med anvisningar för kodning av vårdåtgärder finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Klinisk relevant läkemedelstillförel ska kompletteras med ATC-kod för det läkemedel som patienten behandlats med. Varje åtgärds kod och ATC-kod skickas in på egen rad. För specialiserad öppen vård gäller att uppgifter om åtgärder som utförts i samband med vårdkontakt med läkare ska lämnas. För psykiatrisk öppen vård gäller dessutom att uppgifter om åtgärder som utförts

i samband med en vårdkontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal ska lämnas.

Åtgärds-koden XS100 (Oplanerad inskrivning till slutenvård) ska enligt KVÅ användas för alla öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inskrivning i slutenvård på samma sjukhus. Koden används bara på besöket om man faktiskt beslutar om inskrivning och genomför den direkt och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik eller annat sjukhus. Ansvarig läkare på den andra kliniken eller det andra sjukhuset, kan där nämligen göra bedömningen att patienten inte är i behov av slutenvård.

Yrkeskategori

Får endast rapporteras för vårdkontakter i psykiatrisk öppen vård.

Ska anges med yrkeskod enligt Socialstyrelsens nationella yrkeskodverk (SOSNYK) i vid tidpunkten för rapporteringen gällande version. Kodverket finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)). Yrkeskategori ska anges på en så detaljerad nivå som vårdgivaren har möjlighet till och för samtliga hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar för patienten vid vårdkontakten. Om vårdgivaren inte har möjlighet att använda den mest detaljerade nivån av SOSNYK kan en ospecificerad kod för exempelvis läkare eller sjuksköterska användas.

Om en hälso- och sjukvårdspersonal tillhör flera olika yrkeskategorier kan den yrkeskod rapporteras som främst speglar det yrke som personen har vid aktuell vårdkontakt ur patientens perspektiv. Om flera hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar deltagit under vårdkontakten rapporteras varje yrkeskod in på egen rad.

Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård (bilaga 3)

Bilaga 3 som avser tvångsvård är ny från och med HSLF-FS 2023:33. Uppgiften om psykiatrisk vårdform ska enbart kopplas till patienten genom personnummer. Enligt den tidigare lydelsen av föreskrifterna (SOSFS 2013:35) skulle uppgiften om vilken psykiatrisk vårdform som patienten vårdades enligt rapporteras i slutenvårdsfil och vara kopplad till vårdkontakts-id och personnummer.

Personnummer

Patientens personnummer ska anges för samtliga vårdformer som ska rapporteras. Om patienten inte har något personnummer får det ersättas av samordningsnummer eller reservnummer.

- Samordningsnummer är ett enhetligt utformat person-id, som på begäran av en myndighet tilldelas av Skatteverket, för en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige. Samordningsnumret består liksom personnumret av tolv siffror. De inledande åtta siffrorna utgår från personens födelsetid (år, månad och dag). Siffran för födelsedag ökas med talet 60. Därefter följer ett tresiffrigt individnummer som motsvarar födelsenumret i ett personnummer. Individnumret hämtas slumpvis ur en serie 001–999 för alla som är födda samma dag. Numret är udda för män och jämnt för kvinnor. En sista kontrollsiffra beräknas på samma sätt som för ett personnummer.
- Reservnummer är ett tillfälligt person-id som huvudsakligen används för att kunna koppla samman patient och dennes vårdokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt. Om det reservnummer som använts är längre än tolv tecken så ska det trunkeras till tolv tecken innan rapportering till patientregistret.

Sjukhus

Det är den sjukvårdsinrättning som patienten är inskriven på för psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller rättspsykiatrisk vård enligt LRV som avses. Detta gäller även under den tid patienten får öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård. Ska anges med en sjukhuskod som finns i Socialstyrelsens förteckning. En sjukhuskod är knuten till en vårdgivare och fysisk plats. Läs mer på [Lämna uppgifter till patientregistret - Socialstyrelsen](#).

Klinik

Det är den verksamhet som patienten är inskriven inom för psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller rättspsykiatrisk vård enligt LRV som avses. Detta gäller även för perioderna med öppen tvångsvård. Ska anges enligt Socialstyrelsens förteckning över verksamhetsområden (MVO). Uppgiftslämnaren behöver själv välja den kod som bäst beskriver verksamheten. Aktuell version av förteckningen finns på Socialstyrelsens webbplats ([länk](#)).

Psykiatrisk vårdform. Beslut om vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, kan fattas med följande författningsstöd:

D = Sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT

- 6 b § LPT, intagning för sluten psykiatrisk vård
- 11 § LPT, konvertering.

- 14 § LPT, överföring från rättspsykiatrisk vård till sluten psykiatrisk tvångsvård
- 26 a § LPT, återintagning från öppen psykiatrisk tvångsvård till sluten psykiatrisk tvångsvård

E = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

- 31 kap. 3 § andra stycket brottsbalken, BrB, och 3 b § andra stycket LRV (återintagning från öppen rättspsykiatrisk vård)

F = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

- 31 kap. 3 § första stycket BrB och 3 c § första stycket LRV (återintagning från öppen rättspsykiatrisk vård)

G = Sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV, övrig vård

- 4 § andra stycket och 5 § tredje stycket LRV

H = Öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT

- 26 § LPT

I = Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

- 3 b § första stycket LRV

J = Öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning

- 3 a § första stycket LRV

K = Psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – Kvarhållning

- 6 § LPT

Referenser

1. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2023-12-15 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=252&SrcLang=sv>.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2023-12-15 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=254&SrcLang=sv>.
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2023-12-15 från <https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=780&SrcLang=sv>.

Versionshistorik

Version	Ändring	Datum
1.0	Dokumentet är nytt	2024-01-31
1.1	Tillägg av kontaktsätt på sidan 16	2024-03-20