



Region Skåne

Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning
Koncernstab inköp och Ekonomistyrning

Regional vårdadministrativ funktion

INSTRUKTION

Process	Regional vårdadministrativ funktion	Godkänt datum	Ange datum
Skapad av	Patientadministrativa rådet	Version	1.0
Godkänd av	Patientadministrativa rådet registrering	Ärendenummer	Ange ärendenummer
Gäller för	Region Skåne	Gäller fr.o.m.	2026-01-01
		Gäller t.o.m.	2026-12-31

Regionala riktlinjer för registrering i Region Skåne

Riktlinjerna gäller för samtlig personal inom hälso- och sjukvård.

Innehåll

Regionala riktlinjer för registrering i Region Skåne.....	2
1.1 Förord och bakgrund.....	3
1.2 Dokumentinformation.....	3
1.2.1 Giltighet och revisionshistorik.....	3
1.3 Patientadministrativa rådet.....	4
1.3.1 Linjeansvar.....	4
1.4 Patientadministrativ registrering.....	4
1.5 Återanvändning av registrerad information	4
1.6 Innehåll av registrerad information.....	5
1.7 Registreringsanvisningar Region Skåne	5
1.7.1 Vilka kontakter ska registreras i PASiS?	5
1.7.2 Var registreras vården?	6
1.7.3 Öppenvårdsbesök.....	6
1.7.4 Slutenvård	14
1.7.5 Samverkan vid SIP (Samordnad Individuell Plan).....	17

1.1 Förord och bakgrund

Det är av största vikt att registrering av vårdkontakter sker på ett författningsenligt sätt inom all hälso- och sjukvård i hela Skåne. Dessa riktlinjer har tillkommit eftersom praxis idag varierar mellan olika verksamheter, förvaltningar och enheter inom Region Skåne.

En enhetlig registrering är en förutsättning för att adekvat kunna planera, budgetera och följa upp hälso- och sjukvården och dessutom finns en skyldighet att till Socialstyrelsens Patientregister leverera rätt uppgifter för nationell planering och uppföljning av hälsoutvecklingen.

Registrering i Region Skånes patientadministrativa system (PASiS) utgår från ett patientperspektiv och syftar till att beskriva patienternas vårdkontakter genom den skånska hälso- och sjukvården. Syftet är *inte* att fullständigt beskriva enskilda medarbetares insatser eller produktion, även om registrerad information till viss del kan användas för detta.

1.2 Dokumentinformation

	Namn	E-postadress
Huvudförfattare och sakkunniggrupp	Patientadministrativa rådet, registrering	kodningregistrering.rs@skane.se
Dokumentansvarig	Åsa Karén, ordförande i Patientadministrativa rådet, registrering	
Fastställt av	Regional vårdadministrativ funktion	Vardadministration.rs@skane.se

1.2.1 Giltighet och revisionshistorik

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2026-01-01	2026-12-31	Patientadministrativa rådet, registrering

1.3 Patientadministrativa rådet

- Vid frågor gällande registrering ska man i första hand vända sig till kontaktpersonen för respektive förvaltning/funktion.
- Regionala riktlinjer för klassificering finns på Vårdgivare Skåne: [Klassificering och koder - Vårdgivare Skåne](#)

1.3.1 Linjeansvar

Regional vårdadministrativ funktion ansvarar för

- att det tas fram regionala registreringsanvisningar.
- att särskilda uppföljningsrutiner etableras och efterlevs i samråd med Patientadministrativa rådet.

Verksamhetschefen ansvarar för

- att säkra kunskap och kompetens i verksamheten.
- följsamhet till Regionala riktlinjer för registrering i Region Skåne.

1.4 Patientadministrativ registrering

Region Skånes patientadministrativa system PASiS innehåller detaljuppgifter om patienter och deras enskilda öppenvårds- och slutenvårdskontakter, och utgör centrala komponenter i sjukvårdsorganisationens IT-infrastruktur. Administrativt stöd ges åt en rad funktioner, bland annat:

- bevakningar och hantering av väntelistor
- boknings- och kallelserutiner
- besöksregistrering och kassafunktion
- in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- registrering av patient- och anhöriguppgifter
- tillhandahållande av viktig medicinsk information (VMI)
- flödesmätning (ledtider för olika vårdkontakter inom ett vårdåtagande)
- ersättning respektive fakturering av vård.

1.5 Återanvändning av registrerad information

Region Skåne har en föreskriven skyldighet att leverera information om patienters enskilda vårdkontakter till Socialstyrelsens Patientregister (PAR). Syftet med detta är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ger ut anvisningar till regionerna för att samla in, producera och redovisa årlig verksamhetsstatistik i ett nationellt perspektiv.

Generellt efterfrågas statistik löpande från vårdaktörers produktion och invånares konsumtion av vård. Beräkning görs av antalet öppen- och slutenvårdskontakter. Vidare beräknas antalet vård dygn, medelvårdtid, vårdtyngd, vårdkostnad samt individvolym. Ofta görs beräkningar för att ställas i relation till befolkningens sammansättning i olika geografiska områden.

Region Skåne behöver, med hjälp av bland annat patientadministrativa system ställa samman underlag för att kunna analysera behovet av finansierad vårdproduktion och därefter planera, budgetera och följa upp densamma med hjälp av olika beskrivningsvariabler och nyckeltal.

I en löpande uppföljning finns såväl ett resurshushållningsperspektiv som en ambition att utvärdera och kvalitetssäkra en effektiv hälso- och sjukvård. Patientadministrativa uppgifter gör det till en del möjligt att följa upp de kvalitetsmål och ackrediteringskrav som fastställts för verksamheten.

Särskilda tillämpningsanvisningar finns för utlämnande av patientdata efter ansökningsförfarande.

1.6 Innehåll av registrerad information

Den information som registreras om en patients enskilda vårdkontakt innehåller deluppgifter om var och när vården sker. Vidare finns uppgifter om den vårdade patienten och sjukdomstillståndet samt vilka åtgärder som utförts. Det finns också administrativa uppgifter om själva vårdkontakten som till viss del har betydelse för ekonomiska transaktioner avseende vårdens patientavgifter, ersättning och fakturering.

Vid uppföljning skiljer Region Skåne på olika former av kontakter. Vårdkontakter i form av besök, telefonkontakt, brevkontakt och inskrivning ska i möjligaste mån registreras i anslutning till att händelsen ägt rum.

1.7 Registreringsanvisningar Region Skåne

Registrering i Region Skånes patientadministrativa system (PASiS) utgår från ett patientperspektiv och syftar till att beskriva patientens kontaktväg genom den skånska hälso- och sjukvården. Syftet är *inte* att fullständigt beskriva enskilda medarbetares eller verksamheters insatser eller produktion, även om registrerad information till viss del kan användas för detta.

1.7.1 Vilka kontakter ska registreras i PASiS?

Vårdkontakt med patient eller företrädare för patient (exempelvis vårdnadshavare för barn). Kontakten ska ha motsvarande journaldokumentation.

Inom somatiken ska kontakt mellan vårdpersonal för dialog OM patient inte registreras i PASiS, utan endast dokumenteras i journal.

1.7.2 Var registreras vården?

Enhet/mottagning/avdelning = den fysiska plats där patientens hälso- och sjukvårdskontakt sker, avvikelser inom somatiken finns. Vid oklarhet kontakta PAR-representant.

1.7.2.1 Vårdkontaktsuppgifter

Vårdkontakt ska registreras och journalföras av den som bedömer/behandlar patienten. Distanskontakter som ersätter besök ska registreras och journalföras av den enhet som har kontakt med patienten.

1.7.3 Öppenvårdsbesök

Vårdkontakt inom öppenvård som innebär fysiskt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

1.7.3.1 Hembesök

Öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande.

1.7.3.2 Hälso- och sjukvårdspersonal

Vårdgivarekategori i PASiS med uppgift att svara för vård av enskild patient eller grupp av patienter.

1.7.3.3 Ett eller flera öppenvårdskontakter samma dag

Huvudprincipen är att aldrig registrera mer än ett besök samma datum, inom samma enhet och samma hälsotillstånd.

1.7.3.4 Enskilt besök

Patient som enskilt träffar en vårdpersonal eller ett vårdteam.

1.7.3.5 Gruppbesök

Fler än en patient som samtidigt träffar en vårdpersonal eller ett vårdteam.

1.7.3.6 Teambesök

Öppenvårdsbesök där patient möter flera hälso- och sjukvårdspersonal (vårdteam) samtidigt eller i anslutning till varandra för att möta patientens behov. Det ska resultera i en gemensam bedömning av patientens fortsatta planering i journalen. Alla teamets medlemmar ska bidra med sin specifika kompetens och ha ett eget medicinskt behandlingsansvar. Utförd provtagning eller mätning som är ordinerad av läkare ingår i läkarbesöket och är inte teambesök.

Besöket kan ske antingen med enskild patient eller i grupp och ska registreras på den vårdpersonal som har huvudansvaret för teamet. Övriga professioner som har deltagit i teamet *kan* anges med KVÅ-kod (se [Klassificering och koder - Vårdgivare Skåne](#)). Även övrig vårdpersonal som har deltagit i teamet kan skriva egen journalanteckning.

Teambesök över enhetsgränser registreras vid den enhet som patienten fysiskt besökt. Den andra enheten kan registrera besöket som konsult (kontakttyp KO).

Korrekt vårdgivarkategori ska vara angiven under vårdgivarsignaturen i PASiS. (KVÅ-kod XS902 - Teambesök eller XS904 - Gruppteambesök ska *inte* anges).

Vårdgivarkategori 13 = Team inkl läkare

Vårdgivarkategori 14 = Team inkl extern läkare

Vårdgivarkategori 90 = Team exkl läkare

Vårdgivarkategori 91 = Team exkl extern läkare

1.7.3.7 Samordnade besök

Om flera fristående planerade besök bokas samma dag för att underlätta för patienten och undvika flera resor, ska varje besök registreras separat och debiteras med sedvanliga patientavgifter.

Exempel:

ÖNH-läkare undersöker öronen på ett barn som är sövd på annan enhet.

1.7.3.8 Distanskontakter

Med distanskontakt avses vårdkontakt i öppenvård där hälso- och sjukvårdspersonal samt patient eller företrädare för patient inte befinner sig i samma lokal. Kontakten ska omfattas av samma regler som fysiska mottagningsbesök varför principen för uppföljning och rapportering är samma som fysiskt besök. Distanskontakt ska således ersätta ett mottagningsbesök.

En vårdkontakt på distans kan vara ett telefon- eller videosamtal eller en text/chatt. Kontakten ska innefatta medicinsk bedömning, beslut om ytterligare utredning/behandling eller förändring av behandling. Distanskontakt via video ska föregås av id-kontroll med exempelvis BankID.

Tiden ska vara överenskommen med patienten i förväg och patienten ska ha fått information om ungefärlig tidpunkt eller tidsintervall. Om patienten inte svarar på första uppringningsförsöket ska ytterligare 2-3 uppringningsförsök göras inom överenskommen tid. Därefter kan det anses att patienten uteblivit från tiden.

Patienten ska ha fått information på förhand att vårdkontakten innebär en avgift, hur avgiften kan betalas och vad som gäller vid förhinder och uteblivande. Patientavgiften för vårdkontakter på distans faktureras patienten utan faktureringsavgift.

”Enkla” samtal som från början inte varit menat som ”kvalificerat”, men som under samtalets gång utmynnar i kriterierna för distanskontakt kan registreras om i efterhand utan patientavgift.

Vid internetbaserad behandling (Stöd- och behandlingsprogram) ska journaldokumentation göras när hälso- och sjukvårdspersonal tar del av information som led i behandlingen inom programmet. Kontakten ska registreras i de fall journaldokumentation görs.

KT (Telefon kval) = Distanskontakt via telefon

KB (Text Chatt kval) = Distanskontakt via brev, chatt eller 1177.

VK (Video kval) = Distanskontakt via video.

Mer information om digitala vårdkontakter finns på Vårdgivare Skåne:

[Digitala besök, telefon, brev, och forskning - Patientavgifter - Vårdgivare Skåne](#)

[Registreringsanvisningar - Vårdgivare Skåne](#)

1.7.3.9 Öppenvårdsbesök när patienten är inskriven i slutenvård

Under pågående slutenvård ska planerat öppenvårdsbesök endast registreras om det saknar samband med aktuellt vårdtillfälle eller patienten sedan tidigare har bokat besök eller bokad behandlingsserie. Det gäller oavsett om patienten har planerat besök inom egen enhet (för annat hälsotillstånd) eller vid annan enhet. Sedvanlig patientavgift ska registreras.

1.7.3.10 Besök med anhörig

- Om anhörig företräder patient ska besöket registreras på patienten.
- Om anhörig själv blir patient ska besök och journal upprättas på anhörig.
- Om anhörig endast får information om patientens tillstånd är det inte en vårdkontakt som ska registreras. Dokumentation i patientens journal kan göras.
- Vid efterlevnadssamtal efter avliden patient ska det första samtalet dokumenteras i den avlidnes journal, men ingen registrering ska ske i PASiS. Vid efterföljande samtal ska besök registreras på anhörig om anhörig är patient.

1.7.2.12 Kontakttyp

Anger på vilket sätt kontakt mellan patient och vårdgivare ägt rum. Alla kontakter är inte obligatoriska att registrera men alla kontakter ska dokumenteras i journal.

Gällande primärvård, se [Registreringsanvisningar för vårdcentral](#).

Kontakttyp	Definition	Beskrivning
NY	Nybesök	Öppenvårdsbesök som inte har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde.
ÅB	Återbesök	Öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde.
KO	Konsultbesök	• Inskriven slutenvårdspatient där vårdavdelningen initierar besök på avdelningen eller mottagning vid <i>annan</i> enhet/annan förvaltning • Öppenvårdskonsult vid annan enhet.

		Kan registreras vid teambesök över enhetsgränser (se 1.7.2.8). <i>Ej</i> obligatorisk att registrera (undantaget psykiatri).
KI	Internkonsult	- Inskriven slutenvårdspatient där vårdavdelningen initierar besök på avdelningen eller mottagning inom <i>egen</i> enhet. - Inskriven patient som sedan tidigare har bokat öppenvårdsbesök inom <i>egen</i> enhet <i>för samma hälsotillstånd</i>. <i>Ej</i> obligatorisk att registrera.
KD	Konsult distans	Digital specialistvårdskonsultation mellan primärvård och specialistvård där patienten är närvarande på primärvården. (Endast SUS)
KT	Telefon kval	Telefonkontakt som uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt) (Se 1.7.2.10).
TB	Telefon B Stand	Telefonkontakt som är bokad i förväg och <i>ej</i> uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt).
		Genererar registreringsunderlag, <i>ej</i> obligatorisk att registrera.
TE	Telefon Stand	Telefonkontakt som <i>ej</i> är bokad i förväg och <i>ej</i> uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt).
		Genererar <i>ej</i> registreringsunderlag, <i>ej</i> obligatorisk att registrera.
VK	Video kval	Videokontakt som uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt). (Se 1.7.2.10).
VS	Video Stand	Videokontakt som <i>ej</i> uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt).
		Genererar <i>ej</i> registreringsunderlag, <i>ej</i> obligatorisk att registrera.

KB	Text Chatt Kval	Skriftlig kontakt via brev, chatt eller 1177 som uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök (kvalificerad distanskontakt) (Se 1.7.2.10).
BR	Text Chatt Stand	Skriftlig kontakt via brev, chatt eller 1177 som <i>ej</i> uppfyller kriterierna för distanskontakt som ersätter besök ”kvalificerad kontakt”. Genererar <i>ej</i> registreringsunderlag, <i>ej</i> obligatorisk att registrera.
EG	Egenavgift	Hjälpmedel enligt hjälpmedelsförteckning.
AH	Anhörigkontakt	Gäller <i>endast</i> för Psykiatri samt Habilitering och hjälpmedel. Möte med företrädare för patient (anhörig, anhörganställd eller anhörigvårdare) där patient <i>ej</i> är närvarande.
SA	Samverkan	Gäller <i>endast</i> för Psykiatri samt Habilitering och hjälpmedel. Möte med annan förvaltning, myndighet eller organisation där patient/företrädare <i>ej</i> är närvarande.

1.7.3.13 Anledning

Anledning	Definition	Beskrivning
SJ	Sjukdom	Enskild patient som söker på grund av sjukdom.
GB	Gruppbesök	Öppenvårdsbesök där fler än en patient samtidigt möter hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel: rökavvänjningsgrupp, gruppbehandling inom psykiatri eller annan vårdgivare, profylaxkurs och diabetesutbildning.
	Dagsjukvård	Vård som ges på en vårdinrättning under dagtid, ofta i flera timmar per dag, men patienten sover hemma på natten; det är mer omfattande än ett vanligt öppenvårdsbesök men inte lika intensivt som slutenvård. Begreppet används inom medicinen för mer krävande insatser som dagkirurgi och dagmedicin men också för specialiserad behandling. Ingen tidsmässig precisering ska tillämpas.
DM	Dagmedicin	Se definition ”Dagsjukvård”. Exempel: dialys- och cytostatikabehandling, elkonvertering.

DR	Dagrehab	Mer omfattande rehabilitering, se definition ”Dagsjukvård”.
DK	Dagkirurgi	Operationer som inte kräver inskrivning i slutenvård, se definition ”Dagsjukvård”. Dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning.
DP	Dagpsykiatri	Se definition ”Dagsjukvård”. Exempel: Åtstörningsbehandling.
LA	Medicinsk service	Förberedande provtagning och undersökning inför läkarbesök/besök annan vårdgivare, som tar ställning till resultatet och eventuell åtgärd. <i>Ej</i> obligatoriskt att registrera, går ej till uppföljning.
IN	Intyg	Se Vårdgivare Skåne .
SI	Sjukintyg	Förlängning av sjukintyg.
VA	Vaccination	Se Vårdgivare Skåne .
HÄ	Hälsovård	Preventiva insatser, exempelvis BVC och screening.
HA	Habilitering	Habilitering.
FB	Familjebesök	Öppenvårdsbesök där en eller flera personer med nära relation till en patient tillsammans med patienten möter hälso- och sjukvårdspersonal (endast BUP) som syftar till att involveras i vårdprocessen eller ge stöd.
FO	Forskning	Besök utöver ordinarie hälso- och sjukvård som finansieras av exempelvis forskningsunderlag.
VH	Vård i hemmet	Tillfällig vård i hemmet för hjälp med viss behandling som exempelvis såromläggning eller injektion. HSD-beslut (Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut) krävs för att få ha denna typ av verksamhet. (Endast SUS på ”Enheten för sjukhusvård hemma”)

1.7.3.14 Exempel på vårdkontakter som *inte* ska registreras

- Utlämnande av medicinteknisk utrustning, exempelvis utrustning för sömnregistrering och provtagningsmaterial.
- Läkemedelsutlämning utan medicinsk bedömning.
- Utlämnande av informationsmaterial, hämtning av brev.
- Kontakt mellan personal *om* patient ska *inte* registreras i PASiS utan endast dokumenteras i Melior (undantaget Primärvården).

1.7.3.15 Begreppet ”Akut” – öppenvård

Öppenvårdsbesök där patientens tillstånd kräver omedelbar bedömning registreras

Akut: JA.

Patient som får tid på mottagning samma dag för att ledig tid finns i schemat ska inte registreras som ”akut”.

Besöksregistrering (bild 085):

Enhet	HL	Mottagning	<<	Datum	KI
Vårdgivare			<<		
Akut	JA	Kontakttyp	ÅB ÅTERBESÖK		
ID-kontroll		Anledning	SJ SJUKDOM		

1.7.3.16 Oplanerad inskrivning i slutenvård

Oplanerad inskrivning i slutenvård från akutmottagning, dagsjukvård (exempel: Patient som får åtgärd utförd i dagkirurgi och inte kan åka hem efter besöket) eller övrig öppenvårdsmottagning ska registreras Inlagd: JA.

Då genereras KVÅ-kod XS100 (Oplanerad inskrivning i slutenvård) automatiskt och rapporteras till Patientregistret.

Besöksregistrering (bild 085):

Enhet	HL	Mottagning	<<	Datum	KI	Kassa	Läs	Reg u bokning
Vårdgivare			<<					
Akut	JA	Kontakttyp	ÅB ÅTERBESÖK		Hembesök	NEJ		
ID-kontroll		Anledning	SJ SJUKDOM		Anl typ			
Remiss från	N INGEN REMISS							
Annan betalare								
Avgift		Summa	Att betala					
Betalningssätt		Fakt avgift	NEJ	Kvitto	NEJ	Räkningsnr		Nummerlapp
Avgiftsfri orsak								
Inlagd	JA	Väntat 30 min	NEJ	Uteblivit	NEJ	Moms	NEJ	Huvudman
Frikod								
Info	Upplagd Ändrad							

1.7.3.17 Bedömning/rådgivning hos triagesjuksköterska på akutmottagning

- Triage är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur. Själva triageringen (bedömning av prioriteringsgrad och fortsatt kontakt) ska inte betraktas som besök.
- Om patienten efter triagebedömning hänvisas till primärvård/annan vårdinrättning eller egenvård i hemmet ska ingen registrering ske i PASiS, endast dokumentation i journal och patientliggaren.
- Om triagesjuksköterskan efter triagebedömning själv gör en medicinsk bedömning och eventuell åtgärd som ersätter/motsvarar ett öppenvårdsbesök ska det registreras som besök med patientavgift enligt prislista.
- Går patienten vidare från triagesjuksköterska till annan vårdgivare på akutmottagningen, ska det registreras som besök med patientavgift enligt prislista.

1.7.3.18 Avliden patient på akutmottagningen

- Patient som *inkommer avliden* till akutmottagningen och dödsfall konstateras registreras som läkarbesök utan patientavgift.
- Patient som *avlider på akutmottagningen* registreras som läkarbesök med patientavgift.

1.7.3.19 Vård av personer från andra länder

Patient som bor i ett annat land har alltid rätt till nödvändig sjukvård i Sverige under sin tillfälliga vistelse. Den behandlande läkaren eller annan ansvarig vårdpersonal bedömer om patienten har rätt till nödvändig vård. Om vården kan vänta till patienten kommer tillbaka till sitt hemland, betraktas den inte som nödvändig.

Reglerna varierar beroende på var patienten kommer ifrån, för utförlig information – se länkarna nedan.

[Vård av personer från andra länder](#)

[Tillfällig vistelse \(turist\)](#)

[Bosatt utanför EU/EES eller i Schweiz - Vårdgivare Skåne](#)

[Regler och ansvar för personer från andra länder \(SKR\)](#)

Vid registrering av utländska patienter är det viktigt att ange rätt huvudman i PASiS för korrekt debitering, se exempel i tabell nedan. Fler huvudmän finns, se ”Lista på huvudmän i PASiS”: [Pasis – rutiner och instruktioner - Vårdgivare Skåne](#).

Huvudman 66	• Patient som är bosatt inom EU/EES eller Schweiz. • Patienten betalar samma patientavgift som folkbokförda personer i Sverige, under förutsättning att patienten kan uppvisa EU-kort eller annat provisoriskt intyg.
Huvudman 99	• De flesta personer som bor utanför EU/EES eller Schweiz betalar hela vårdkostnaden själv. Det gäller både nödvändig och planerad vård. • Patienten ska vara informerad i förväg om den förväntade kostnaden, som tas fram från aktuell prislista: <u>Regionala priser och ersättningar - Södra sjukvårdsregionen</u>

1.7.3.20 Referenser och länkar

[Socialstyrelsens termbank](#)

[Lämna uppgifter till Patientregistret](#)

[Patientavgifter](#)

[Avgiftsbefriade besök](#)

1.7.4 Slutenvård

Sjukdomstillstånd som kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård eller hemsjukvård.

1.7.4.1 Begreppet ”akut” – slutenvård

Akut/opplanerad inskrivning i slutenvård ska registreras som **Akut: JA** i inskrivningsbilden (bild 102).

Inskrivning (bild 102):

The screenshot shows a patient registration form with various input fields and dropdown menus. The 'Akut' dropdown menu is highlighted with a red circle and contains the value 'JA'. Other visible fields include 'Enhet' (HL), 'In avd' (HL), 'In datum', 'In klockan', 'Info om intagen', 'Insätt', 'ID-kontroll', 'Vård form' (1 DYGNPATIENT), 'Grupp', 'Rumsnr', 'Inskriv.läk.', 'Team', 'In-kod', 'Planerad vårdtid', and 'Text'.

1.7.4.2 Utomlänspatient

En region ska så snart som möjligt efter akut inskrivning av utomlänspatient ta kontakt med patientens hemregion för överenskommelse om fortsatt vård alternativt överflyttning till hemregionen.

En utomlänspatient överförs till vårdenhet i hemregionen så snart det är möjligt med hänsyn till patientens tillstånd och andra omständigheter.

1.7.4.3 Inskrivningstidpunkt

Oavsett var patienten befinner sig fysiskt ska patienten skrivas in vid den enhet som har det medicinska ansvaret för vården och där patienten fått en vårdplats. Inskrivningstidpunkt är när patienten lämnar mottagningen (akutmottagning, specialistmottagning, dagkirurgisk eller medicinsk enhet).

1.7.4.4 Utskrivningstidpunkt – avliden patient

Utskrivningstiden för avliden patient registreras det klockslag då patienten avlidit. Vid donation registreras tidpunkten efter operationen.

1.7.4.5 Direktinskrivning

Patient som bedöms vara i omedelbar vård på slutenvårdsavdelning. Patienten kommer direkt till avdelningen från hemmet, primärvården eller annat sjukhus (sammanhängande vårdkedja) utan att passera akutmottagning. Det kan även vara patient som sedan tidigare är känd på avdelningen, men där bedömning görs att inskrivning kan ske först nästa dag.

In-kod: DI.

Inskrivning (bild 102):

The screenshot shows a patient registration form with the following fields and values:

- Enhet: [Empty] [Empty] << In avd: [Empty] [Empty] << Akut: JA [Dropdown arrow] Läs: [Button]
- In datum: 20260107 In klockan: [Empty] Info om intagen: [Dropdown arrow] Insätt: [Dropdown arrow]
- ID-kontroll: [Dropdown arrow] Vård form: [Dropdown arrow]
- Grupp: [Empty] Rumsnr: [Empty] Inskriv.läk.: [Empty] Team: [Empty] In-kod: DI (circled in red) Planerad vårdtid: [Empty]
- Text: [Text area]

At the bottom left, there is a link: [Hjälpa till](#) Ändra

Vårdkod: den som initierat inskrivningen:

- "PV" Primärvårdsläkare
- "KSSK" Kommunens sjuksköterska
- "VIP" Patients eget initiativ och direktinskrivning av känd patient
- "ÖV" Specialistläkare/specialistsjuksköterska från öppenvård
- "AMB" Ambulans.

1.7.4.6 Sammanhängande vårdkedja

Patient som blivit inskriven i slutenvård akut och flyttas till annan klinik, annat sjukhus eller annan förvaltning för fortsatt vård ska registreras som Akut: JA även på nästkommande avdelning.

Exempel:

- 1) Patient som skrivs in akut på kirurgavdelning i Lund, registreras **Akut: JA**.
- 2) Några dagar senare flyttas patienten till kirurgavdelning i Helsingborg för fortsatt vård, registreras **Akut: JA** även där.

1.7.4.7 Åtgärd som utförs på annat sjukhus/annan förvaltning

Inskriven patient som skickas till annat sjukhus/annan förvaltning för att få mindre åtgärd utförd i öppenvård (exempelvis PCI), ska *inte* skrivas ut i PASiS eller journalsystem.

Mottagande enhet ska registrera öppenvårdsbesök utan avgift. Om patienten inte kan skickas tillbaka som planerat ska avdelningen skriva ut patienten till annan förvaltning med utskrivningssätt 3.

1.7.4.8 Permission i Region Skåne

Överenskommelse mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal att patienten lämnar vårdavdelningen för en viss tid under vårdtillfället.

I Region Skåne innebär det att

- Tiden ska vara bestämd i förväg i samråd med patienten, det finns ingen tidsgräns hur länge en patient kan vara på permission.
- Patienten ska ha möjlighet att kunna komma tillbaka vid behov och då erbjudas sängplats.
- Permission UT: det klockslag då patienten lämnar vårdavdelningen /sjukhusområdet.
Permission IN: det klockslag då patienten kommit tillbaka till avdelningen.
- Patient som vistas ett helt dygn utanför vårdavdelningen betalar ingen patientavgift.
- Om patient kommer tillbaka till avdelningen för att få åtgärd utförd ska permissionen avslutas och startas igen när patienten lämnar avdelningen.
- Permission ska registreras vid boende på patienthotell.

Permission (bild 104):

Från datum	20260107	Klockan	1839	P/A kod	v	Till datum		Klockan	
Text									
Uppl:	Ändr:								

1.7.5 Samverkan vid SIP (Samordnad Individuell Plan)

SIP kan genomföras för patient som behöver ytterligare hjälp med insats från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården har uppmärksammat behov av samordning av insatser kan och ska ta initiativ till att en SIP upprättas.

Den vårdinrättning som initierat SIP ska registrera besöket i PASiS (primärvård, barnklinik eller psykiatri) med anledning SJ och avgiftsfri orsak ZZ. Övriga som har medverkat dokumenterar i Mina Planer.

För utförlig information om SIP, se Stöd- och styrdokument (SIP-rutin och Handhavandestöd SIP) på [Samverkan vid vårdens övergångar - Vårdgivare Skåne](#).