

Manual för registrering av vårdkontakter i ELVIS

Innehållsförteckning

Manual för registrering av vårdkontakter i ELVIS	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund	3
Förutsättningar.....	3
Sammanfattning/syfte.....	3
Genomförande	4
Obligatoriska uppgifter	4
Län och kommun	4
Vård av utomlänspatienter	4
Prestation N/J.....	4
Vårdbegäran	4
Hälso- och sjukvårdspersonal (HSP).....	5
MVO	5
Slutenvård	5
Besöksform.....	5
Besökstyp	6
Indirekta kontakter	6
Besök under pågående vårdtillfälle	7
Dagkirurgi som övergår till ett vårdtillfälle	7
Oplanerad inskrivning från specialistmottagning	7
Oplanerad inskrivning från akutmottagningarna	7
Distanskontakt via telefon eller videolänk.....	7
Uteblivet besök vid sekundärbokning.....	9
Planerad vård	9
Öppenvårdsbesök med företrädare för patient	9
Var (lokal).....	9
Väntetider	9

Hantering felposter i Cognos, behandling/operationer i öppenvård	10
Medicinskt måldatum	10
Dagsjukvård	10
Diagnos- och åtgärdsregistrering	10
Bilaga.....	12
Arbetsterapeut.....	12
Audionom.....	12
Biomedicinsk analytiker	12
Dietist	12
Fotvårdsterapeut	12
Fysioterapeut/Sjukgymnast	13
Kurator	13
Logoped.....	13
Läkare	14
Psykolog	14
Sjuksköterska	14

Bakgrund

Det huvudsakliga syftet med dokumentet är att beskriva vad som är viktigt att registrera i sjukhusets patientadministrativa system. God registrering är av stor vikt för att få korrekt ersättning samt för att möjliggöra intern uppföljning med kopplingar till bland annat processarbete och produktionsplanering. Det är även viktigt att harmonisera kodningen mellan olika organisatoriska enheter internt samt att ha en samsyn med övriga förvaltningar i regionen så att jämförelse kan göras. Manualen för registrering av vårdkontakter är övergripande, det finns verksamhetsspecifika registreringar som ej nämns i detta dokument.

Förutsättningar

Det krävs huvuddiagnos på samtliga vårdkontakter i både öppen och slutenvård. Det är även viktigt att få med relevanta vårdåtgärder, men måttfullhet ska prägla synen på vad som ska registreras och rapporteras. Vårdkontakterna ska dessutom DRG-grupperas.

Inom den öppna och slutna vården är det den ansvarige läkaren som anger patientens diagnoser samt utförda vårdåtgärder. Övriga personalkategorier, med egen mottagningsverksamhet, har rätt att ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. För omvårdnadspersonal kan senaste medicinska diagnosen användas.

Diagnos- och åtgärdsklassificeringen utförs med fördel av utbildad kodare. Det krävs kunskap om klassifikationsregler för att klassificeringen ska bli korrekt.

Sammanfattning/syfte

Riktlinjen beskriver regelverk för registrering av kontakter i öppen- och slutenvård i ELVIS. Främsta motivet för en korrekt registrering är att beskriva den vård som utförs. NU-sjukvården har skyldighet att rapportera till Socialstyrelsens patientregister (PAR) och Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt till den regionala Vega-databasen.

Genomförande

Obligatoriska uppgifter

Vårdkontakt rapporteras av den vårdenhet där patienten är inskriven i slutenvård eller vid öppenvård av den vårdenhet där besöket är bokad. Rapporteringen förutsätter att vårdkontakten och underlaget för diagnoser och åtgärder dokumenteras i journalen.

Nedanstående uppgifter är obligatoriska att registrera i ELVIS.

[Regionala registreringsregler version 2.9](#)

Län och kommun

Det är viktigt med rätt län och kommun samt fullständiga namn- och adressuppgifter i hemlandet. Ofullständiga uppgifter för personer från andra länder påverkar NU-sjukvårdens intäkter negativt. [Regionala läns- och kommunkoder i särskilda fall](#)

Vård av utomlänspatienter

Styrdokumentet beskriver hur vård till patienter från andra landsting ska registreras på ett korrekt sätt. [Vård av utomlänspatienter](#)

Prestation N/J

Alla patientbesök ska registreras i patientadministrativa system oavsett vilken patientavgift de genererar.

Prestation N – Besök där NU får ersättning från regionen. Effekten av felaktiga registreringar eller utebliven registrering av besök, påverkar sjukhusets intäkter. Patientavgifter kan variera och vara avgiftsfritt.

Prestation J – Ej ersättningsbart besök/kontakt från regionen. Exempel på sådana kontakter är sekundärbokningar, indirekt kontakt (så som anhörigsamtal). [Prestation](#)

Vårdbegäran

En vårdbegäran (remiss) som genererar en vårdkontakt, oavsett yrkeskategori, (besök, operation, behandling) ska kopplas ihop med besöksposten. [Regional medicinsk riktlinje – remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Hälso- och sjukvårdspersonal (HSP)

Giltig hälso- och sjukvårdspersonal ska anges för alla vårdkontakter i Västra Götalandsregionen.

MVO

MVO anger inom vilket medicinskt verksamhetsområde vården bedrivs (öppenvård) eller beskriver patientens medicinska tillhörighet (slutenvård).

Exempel: Patient vårdas på MAVA (avd 29), MVO för avdelningen är 101, men patienten har kardiologisk åkomma, vilket betyder MVO 231.

Detta för att jämförelser ska kunna göras både nationellt, regionalt och internt.

[Förteckning över medicinska verksamhetsområden](#)

Slutenvård

Om det finns ett medicinskt team som beskriver patientens ”tillhörighet” ska det registreras.

Besöksform

Besöksform för besök är obligatoriskt att ange. [Koppling besökstyp-besöksform](#)

Teambesök; I den mån en HSP under ett besök deltar i patientrelaterade aktiviteter tillsammans med andra HSP eller om vård följer tidsmässigt direkt efter varandra ska detta registreras som teambesök. Alla deltagare i teamet ger sin bedömning till den samlade bedömningen.

Dokumentation kan ske av var och en eller samlat där det tydligt framgår att det är en samlad bedömning.

Besök som tidsmässigt följer efter varandra enbart för att underlätta för patient skall inte anses som teambesök.

Vid team- och gruppteambesök där läkare ingår, registreras besöket på denne. Undantag: Om läkare deltar i besök på vårdenhet där han/hon inte är anställd registreras besöket på någon annan personal i teamet, alt. får verksamheterna enas om en lösning.

Om läkare inte ingår vårdteamet:

- I första hand väljs den HSP som arbetar på den vårdenhet där besöket sker.
- Om det finns flera personer inom HSP i vårdteamet som arbetar på vårdenheten där besöket sker beslutar ansvarig chef vilken HSP som ska stå som ansvarig för vårdkontakten.
- Om ingen i vårdteamet tillhör den enhet där besöket sker får verksamheterna enas om en lösning.

I de fall övriga medverkande HSP **väljer att registrera medverkan ska besöksform T och besökstyp X** (samt **prestation J**) anges. Relevanta åtgärds-koder registreras på primärbokningen.

Vid gruppbesök och gruppteambesök ska rapportering ske för samtliga patienter var för sig. Information och undervisning till grupp av väsentligt större omfattning än vad som förekommer vid ordinära kontakter såsom t.ex. smärtskola, astmaskola, KOL-skola, ryggskola eller strukturerade patientutbildningar av olika slag rapporteras med aktuell diagnoskod och åtgärds-kod.

OBS! Om HSP endast assisterar vid besöket räknas detta inte som ett teambesök. En viktig bedömningsfaktor är om det dokumenteras att de utfört något självständigt.

Besökstyp

För att möjliggöra uppföljning av väntetider krävs att ”Första besök”, ”Första telefonkontakt”, ”Första videokontakt”, ”Första behandling, ej operation” samt ”Förstautredning” registreras.

[Koppling besökstyp-besöksform](#)

[Behandling, operation, behandling ej operation och utredning](#)

[Registrering första- och efterföljande kontakt](#)

Indirekta kontakter

Registrering av indirekta kontakter i ELVIS, som inte leder till dokumentation i Melior ska plockas bort i ELVIS.

Besök under pågående vårdtillfälle

De besök som sker under pågående vårdtillfälle och som INTE har medicinskt samband med vårdtillfället ska betraktas som ”vanliga” besök,

Som till exempel besök på grund av annan sjukdom än den patienten är inskriven för eller besök som samplanerats med vårdtillfället av praktiska skäl för patienten.

Dagkirurgi som övergår till ett vårdtillfälle

Om patienten skrivs in i slutenvård i direkt anslutning till dagkirurgin kodas dagkirurgin som ett inledande separat besök med huvuddiagnos och eventuella bidiagnoser inklusive KVÅ-koden XS100 Oplanerad inskrivning i slutenvård.

Åtgärder utförda vid dagkirurgin kodas på slutenvårdstillfället.

Oplanerad inskrivning från specialistmottagning

Planerat eller oplanerat besök på specialistmottagning som leder till oplanerad inskrivning i slutenvård.

Besökstyp ska inte ändras i ELVIS. Fältet ”Ut till” ska ändras till ÖVSV (oplanerad inskrivning till slutenvård).

Besöket ska diagnosregistreras med huvuddiagnos och KVÅ XS100.

På slutenvården ska vårdtillfället registreras som ”Planerad vård” Nej=N och i fältet ”Från” ska det stå ÖVSV (oplanerad inskrivning i slutenvård). Vårdåtgärder utförda vid öppenvårdsbesöket ska registreras på slutenvårdstillfället.

[Oplanerad inskrivning till slutenvård](#)

Oplanerad inskrivning från akutmottagningarna

Besöket ska diagnosregistreras med huvuddiagnos och KVÅ XS100.

[Regional ELVIS-rutin akuten](#)

Distanskontakt via telefon eller videolänk

Exempel på telefonkontakter som registreras med besökstyperna FT/ET/GT/TG/MT/TM:

Vårdkontakten ska innehållsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök. Det föreligger inget krav på att vårdkontakten tidsmässigt ska motsvara ett mottagningsbesök.

- Dialog mellan behandlare och patient.
- Rådgivning och beslut om fortsatt behandling eller ytterligare utredning.
- Utvärdering av läkemedel.
- Vårdkontakten ska journalföras.

Exempel på telefonkontakter som registreras med besökstyp TÖ:

TÖ är en frivillig registrering som används för de telefonkontakter som inte uppfyller de kriterier som är uppsatta för FT/ET/GT/TG/MT/TM.

- Allmänna upplysningar samt råd angående om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte.
- Dialog med annan myndighet, t.ex. personal på SÄBO, hemsjukvård, skolpersonal.
- Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
- Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport.
- Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

Distanskontakt

Exempel på ljud- och bildkontakter som registreras med besökstyperna FV/EV/GV/VG/MV/VM:

Vårdkontakten ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök. Det enda som skiljer dessa kontakter från ett traditionellt öppenvårdsbesök är att patient och vårdgivare inte finns i samma rum och att det därmed inte finns möjlighet till någon fysisk undersökning.

- Dialog mellan behandlare och patient.
- Rådgivning och beslut om fortsatt behandling eller ytterligare utredning.
- Utvärdering av läkemedel.
- Vårdkontakten ska journalföras.

Distanskontakt

Uteblivet besök vid sekundärbokning

Om patient uteblir ska besökstyp U registreras på primärbokningen och sekundärbokningen tas bort. Varje verksamhet ansvarar för att sekundärbokningen tas bort.

Planerad vård

Planerad vård innebär ett öppenvårdsbesök/slutenvårdstillfälle för vilket tid har avtalats, förvalt med Planerad vård J i ELVIS.

Oplanerade besök registreras med Planerad vård N (besök samma dag).

Öppenvårdsbesök med företrädare för patient

Vid möte där någon företräder patienten (vårdnadshavare, god man, anhörig, närstående eller annan som patienten själv utsett som företrädare) vid ett öppenvårdsbesök, utan att patienten är närvarande, registreras detta på patientens personnummer med aktuell diagnoskod och åtgärdskod XS001 Information och rådgivning med företrädare för patienten.

Var (lokal)

Fältet ”Var” anger platsen där öppenvårdsbesöket äger rum. Förvalt värde är M = mottagningen och ändras vid behov. [Var \(lokal\)-kod, registrering i öppenvård](#)

Väntetider

Nedanstående uppgifter ska registreras för att möjliggöra uppföljning av väntetider:

- Datum för beslut av vårdbegäran.

- Ankomstdatum för vårdbegäran till enheten.
- Korrekt besökstyp
- Information om patientvald väntan.
- Avslut av vårdbegäran (att vårdbegäran knyts till vårdkontakt alt. vidarebefordras).

För att följa väntetider ska vissa åtgärder registreras i planeringsunderlaget. Respektive enhet ansvarar för att dessa koder är kända i verksamheten och registreras enligt gällande rutiner. [Vårdgaranti och valfrihet i vården](#)

Hantering felposter i Cognos, behandling/operationer i öppenvård

[Lösning för operationer/behandlingar/utredningar som står kvar som väntande i Cognos trots att de är besöksregistrerade i ELVIS](#)

Medicinskt måldatum

Ska registreras med datum då beslut tas om planerad uppföljning. Exempel, besök hos läkare 4 augusti, planerat återbesök om sex månader. Medicinskt måldatum blir då 4 februari.

Dagsjukvård

Planerad öppenvård som är mer resurskrävande än ett ordinarie öppenvårdsbesök. Registreras som ett polikliniskt öppenvårdsbesök. Patientavgift enligt gällande taxa oavsett om besök sker flera dagar i följd. Registrera åtgärdskod ZV055.

Diagnos- och åtgärdsregistrering

Diagnos ska registreras för varje vårdkontakt, både besök inom öppen- och slutenvård. Undantagna är Prestation J-besök.

I Socialstyrelsens publikation ”[Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?](#)” framgår att sjukvårdspersonal får ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens.

[Sjukdomsklassificering](#)

För varje genomfört besök i öppenvården som journalförs ska en huvuddiagnos anges. Huvuddiagnosen och övriga tillstånd (bidiagnoser)

som haft betydelse för handläggningen liksom utförda åtgärder ska registreras och klassificeras i journalsystem/patientadministrativt system.

KVÅ (klassifikation av vårdåtgärd) är en av Socialstyrelsen framtagna nationell klassifikation. KVÅ ska användas i både slutenvård och öppenvård och syftar till en god beskrivning av sjukvården.

Rutinåtgärder som ingår i ett normalbesök registreras inte, se bilaga 1.

Varje åtgärdskod ska kopplas till rätt diagnos. Detta kan innebära att åtgärds-koder kopplas till olika diagnoser vid samma vårdkontakt.

Vid slutenvård ska en sammanfattning av sjukhusvistelsen (epikris) göras. Viktigt att samtliga resurskrävande åtgärder registreras på slutenvårdstillfället. Detta för att sjukhuset ska få en god beskrivning av vården.

Bilaga

Rutinåtgärder som ingår i normalbesök för respektive yrkeskategori, behöver därmed inte åtgärdsregistreras.

Arbetsterapeut

- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Bedömning av ev. behov och omfattning av arbetsterapeutiska åtgärder.
- Journaldokumentation.

Audionom

- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Åtgärder föranledda av bristande funktion av hjälpmedel.
- Rådgivning.
- Information till patient och eventuellt närstående.
- Beslut om ytterligare utredning och/eller behandling.
- Kontakter med andra vårdgivare.
- Journaldokumentation.

Biomedicinsk analytiker

- Genomgång av remiss och journal.
- Inhämtande av patientuppgifter.
- Genomförande av begärd undersökning.

Dietist

- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Utredning av nutritionsstatus (t.ex. längd, vikt, hudvecksmätning, viktförändring per tid, energiförbrukning).
- Information till och samtal med patienten och eventuellt med närstående.
- Undervisning om näringsriktig kost/ specialkost.
- Kontakter med sjukvårdspersonal samt kontakter med externa organ.

Fotvårdsterapeut

- Genomgång av journal, inhämtande av anamnes.
- Kontroll av fotstatus.
- Rådgivning.

- Fotbehandling.
- Journaldokumentation, bildokumentation.
- Kontakt med sjukvårdspersonal, inhämtande av råd från läkare.
- Provtagning och odling i samband med besök.
- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Utifrån sjukdom, skada och/eller symptom genomförs undersökning och bedömning av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning samt hinder i omgivningsfaktorer, åtgärder av sjukgymnast.
- Utvärdering och uppföljning av tidigare åtgärder.
- Information och samtal.
- Journaldokumentation.

Fysioterapeut/Sjukgymnast

- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Utifrån sjukdom, skada och/eller symptom genomförs undersökning och bedömning av funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning, delaktighetsinskränkning samt hinder i omgivningsfaktorer.
- Åtgärder av sjukgymnast.
- Utvärdering och uppföljning av tidigare åtgärder.
- Information och samtal.
- Journaldokumentation.

Kurator

- Genomgång av journal, inhämtande av anamnes.
- Psykosocial bedömning.
- Beslut om påbörjad/fortsatt behandling.
- Information till och samtal med patienten och eventuellt med närstående.
- Journaldokumentation.
- Kontakter med sjukvårdspersonal och externa organ.

Logoped

- Beroende på i vilken fas av utvecklings-/behandlingsarbetet patienten befinner sig i ingår en eller flera av följande åtgärder:
- Inhämtande av anamnes.
- Logopedisk undersökning inklusive inspelning av röst, tal och språk.
- Videodokumentation, journaldokumentation.

- Perceptuell lyssnarbedömning av röst och tal.
- Beslut om ytterligare utredning/ behandling.
- Logopedisk behandling.
- Avrapportering till anhöriga/ kringpersonal.
- Kontakter med sjukvårdspersonal samt kontakter med externa organ.

Läkare

- Genomgång av journal, inhämtande av anamnes.
- Undersökning anpassad efter patientens symtom och sjukdom samt efter läkarens specialitet.
- Uppföljning/kontroll av insatt behandling.
- Beslut om ytterligare utredning/ behandling.
- Läkemedelsförskrivning.
- Information till och samtal med patienten och eventuellt med närstående.
- Suturtagning och såromläggning.
- Kapillär och venös provtagning (med eventuell smärtlindring) och odlingar i samband med besöket.
- Journaldokumentation, bilddokumentation.
- Kontakter med sjukvårdspersonal samt kontakter med externa organ.

Psykolog

- Genomgång av journal och inhämtande av anamnes.
- Beslut om påbörjad/ fortsatt behandling.
- Information till och samtal med patienten och eventuellt med närstående, journaldokumentation.
- Kontakter med sjukvårdspersonal samt kontakter med externa organ.

Sjuksköterska

- Genomgång av journal, inhämtande av anamnes.
- Undersökning inklusive längd och vikt.
- Inhämtande av råd från läkare.
- Uppföljning/kontroll av insatt behandling.
- Beslut om eventuell utredning och/ eller behandling.
- Läkemedelsförskrivning.
- Information till och samtal med patienten och eventuellt med närstående.

- Suturtagning och såromläggning.
- Kapillär och venös provtagning (med eventuell smärtlindring) och odlingar i samband med besöket.
- Journaldokumentation, bildokumentation.
- Kontakter med sjukvårdspersonal samt kontakter med externa organ.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: NU-sjukvården

Innehållsansvar: Emelie Lagerblad, (emela11), Controller

Godkänd av: Olof Ekre, (oloek), Områdeschef

Dokument-ID: NU10092-2087047004-99

Version: 9.0

Giltig från: 2026-03-02

Giltig till: 2028-03-02