

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	5
Sluten vård	5
Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård	6
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård.....	8
Stödinformation till vissa uppgifter som ska lämnas	10
Sluten vård (i bilaga 1).....	11
Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård (i bilaga 2)	14
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård (i bilaga 3)	21
Referenser	24
Versionshistorik	24

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 föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister HSLF-FS 2024:9 gäller vårdkontakter från och med 1 januari 2025 och framåt och trädde i kraft 1 april 2025. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister HSLF-FS 2025:44 trädde i kraft 1 juli 2025. Detta dokument avser HSLF-FS 2023:33, de ändringar som gjordes i 2024:9 och de ändringar som gjordes i 2025:44. Socialstyrelsens föreskrifter finns på [Socialstyrelsens webbplats](#). Föreskrifterna och detta stöddokument rekommenderas att läsas samtidigt. I ändringsföreskrifterna HSLF-FS 2024:9 är skillnader mellan grundföreskrifterna (2023:33) och ändringsföreskrifterna markerade i vänsterkanten. Detsamma gäller ändringarna i 2025:44, där ändringarna mellan 2024:9 och 2025:44 är markerade i vänsterkanten. Innan 2024 gällde föreskrifterna SOSFS 2013:35.

Skillnader mellan HSLF-FS 2024:9 och HSLF-FS 2023:33

- Begränsningen att endast kliniskt relevant läkemedelstillförsel ska rapporteras tas bort.
- Ett alternativt rapporteringssätt införs så att det blir möjligt att rapportera uppgifter om läkemedelstillförsel utan att ange åtgärds kod.
- Denna nya fil för läkemedelstillförsel (LT) ska ingå i leveranserna för slutenvård samt öppen vård för samtliga uppgiftslämnare. Om ATC-kod/-er endast rapporteras in i åtgärdsfilen med åtgärd ska den nya filen rapporteras in tom.

- Förtydligande görs att ATC-kod/-er ska registreras direkt under tillhörande åtgärds kod. Motsvarande förtydligande har även lagts till för diagnoser och yttre orsaker.
- Förtydligande inklusive nya alternativ för hur avbruten vårdkontakt på akutmottagning ska kodas har lagts till.

Skillnader mellan HSLF-FS 2025:44 och HSLF-FS 2023:33

- Alternativen för särskilt boende i uppgift 10 (Inskrivningssätt) och uppgift 11 (Utskrivningssätt) för slutenvårdstillfällen har anpassats till den nya Socialtjänstlagen (2025:400).

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, framför allt 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](#):

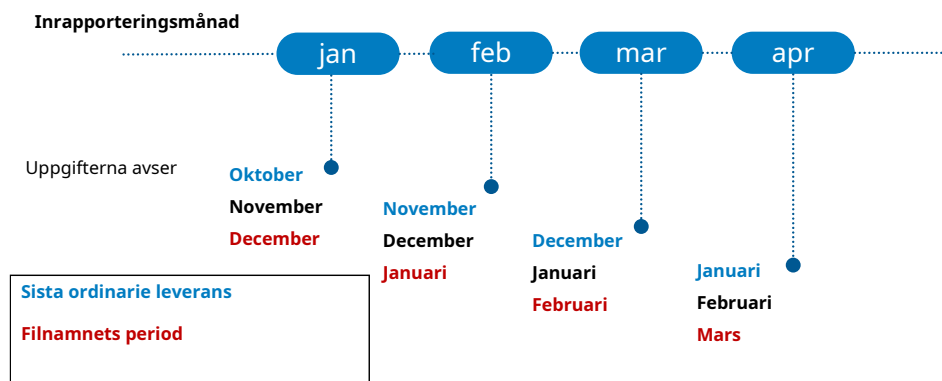
Där finns bland annat information om:

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

Uppgiftslämnandet sker i [Socialstyrelsen inrapporteringsportal](#) eller via ett SFTP-konto. I inrapporteringsportalen finns mer specifik information om inrapporteringsförfarandet, framför allt under FAQ> Lämna uppgifter> Rapportering till patientregistret. Där finns bland annat information om hur rapporterade uppgifter kan makuleras och hur uppgifter kan kompletteras.

Uppgifterna ska lämnas senast den sista dagen i varje månad och avse de tre månader som föregår rapporteringsmånaden, se figur 1. Pågående slutenvårdstillfällen och psykiatriska vårdformer rapporteras löpande varje rapporteringstillfälle under tiden de pågår, med alla tillgängliga tillhörande uppgifter. När de är avslutade ska de rapporteras under de tre efterföljande månaderna.

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



De automatiska kontroller som körs på rapporterade uppgifter resulterar i en återkopplingsfil som skickas tillbaka till uppgiftslämnaren. Vissa kontroller kan resultera i att leveranserna blir stoppade och uppgifterna måste då ses över av uppgiftslämnaren och rapporteras igen. Kontrollerna är utformade så att uppgifter som gäller den tidigaste månaden i en leverans måste uppfylla strängare krav för att bli godkända, eftersom det är den sista ordinarie gången uppgifterna rapporteras (se flödet i figur 1).

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, då ska slutenvårdstillfällena rapporteras löpande vid varje rapporteringstillfälle. När de är avslutade ska de också rapporteras under de tre efterföljande månaderna. 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. Om avlidna personer skrivs in av administrativa skäl för exempelvis donation räknas detta inte som ett vårdtillfälle som ska rapporteras.

Det är uppgifter som avser slutenvårdstillfällen 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 slutenvården 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. Hantering av personer som avlidit innan de kommit till öppenvården, exempelvis i ambulans, och som hanteras på mottagningen räknas inte som en vårdkontakt som ska rapporteras.

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 sluten vård eller inte.

Uppgifter om en vårdkontakt på en akutmottagning med 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 Narkomanvård
- 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 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.

Forskning

Uppgifter om friska personer som undersöks eller testar behandling i forskningssyfte omfattas inte av uppgiftsskyldigheten till Patientregistret. Detta eftersom det inte utgör hälso- och sjukvård. Detsamma gäller besök som görs av sjuka personer inom ramen för en forskningsstudie om besöket enbart behövs på grund av deltagandet i forskning (exempelvis extrakontroller).

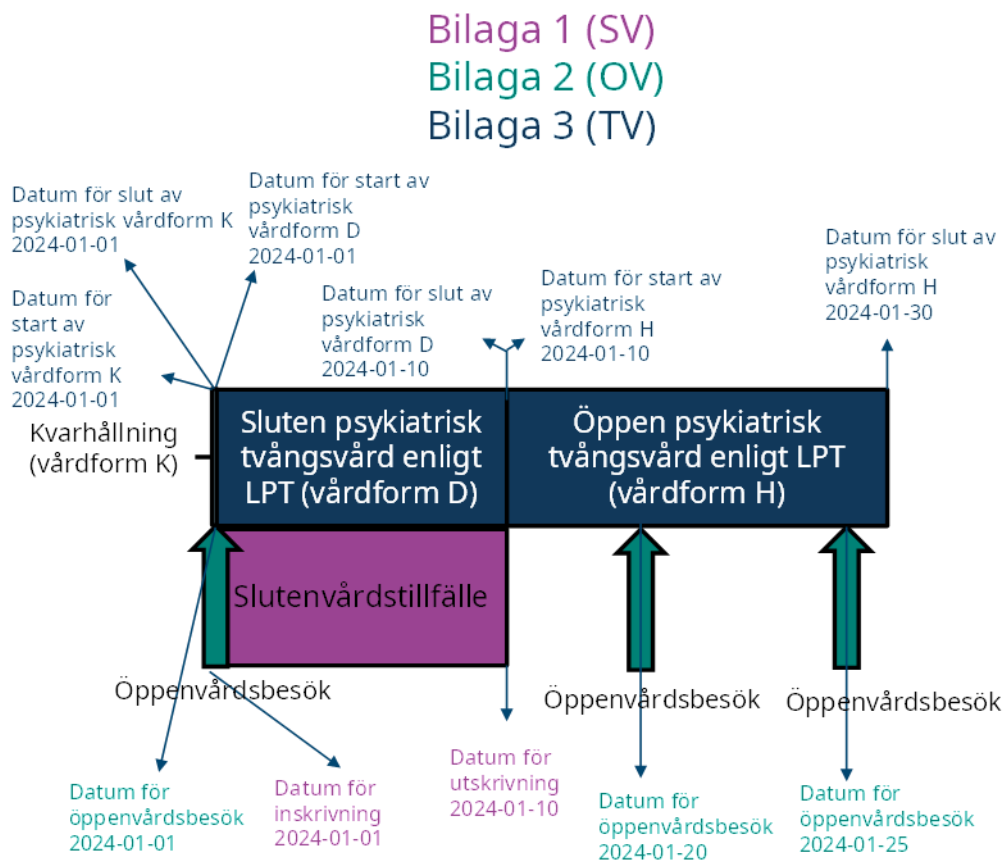
Psykiatrisk vårdform vid tvångsvård

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 sluten 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 grönmärkade, alltså tre öppenvårdsbesök med tillhörande uppgifter. Bilaga 3 (tvångsvård - TV) specificerar uppgifterna som är blåmärkade, 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 sluten vård. Bilaga 2 innehåller specifikationer om filer och uppgifter om specialiserad öppen vård. Bilaga 3 innehåller specifikationer om fil och uppgifter om psykiatrisk vårdform vid tvångsvård. Nedan följer stödinformation för uppgiftslämnande av vissa av uppgifterna.

Sluten vård (i bilaga 1)

Vårdkontakts-id (uppgift nr 1, 12, 15, 17 och 20)

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 rapporteringstillfälle.

Personnummer (uppgift nr 2)

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 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 vårddokumentation 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 (uppgift nr 5)

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 (uppgift nr 6)

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 under Ladda ner på [Socialstyrelsens webbplats](#). 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 (uppgift nr 7)

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 (uppgift nr 8)

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 (uppgift nr 9)

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

Inskrivningssätt (uppgift nr 10)

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

Utskrivningssätt (uppgift nr 11)

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 (uppgift nr 13 och 14)

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/-er (anatomiskt, terapeutiskt, kemiskt klassificeringssystem) enligt [FASS](#). ATC-kod/-erna skickas då in på egna rader. ATC-kod/-er ska registreras på raden/raderna direkt under tillhörande diagnoskod. Aktuell version av kodverket ICD-10-SE, med anvisningar för val av huvud- och bidiagnos, finns på [Socialstyrelsens webbplats](#). Där finns också en utbildning för att ge introduktion till och grundläggande kunskap om ICD-10-SE och diagnosklassificering.

Yttre orsakskod (uppgift nr 16)

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](#). Varje yttre orsakskod och ATC-kod skickas in på egen rad. ATC-kod/-er ska registreras direkt under tillhörande yttre orsakskod. Information om yttre orsakskoder (Kapitel XX – Yttre orsaker till sjukdom och död) i ICD-10-SE finns på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Åtgärdskod (uppgift nr 18)

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 rapporteras oavsett yrkesgrupp som utfört åtgärden. Information om Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), med anvisningar för kodning av vårdåtgärder finns på [Socialstyrelsens webbplats](#). Åtgärdskod som avser läkemedelstillförsel ska kompletteras med ATC-kod enligt [FASS](#) för läkemedlet i fråga. Varje åtgärdskod och ATC-kod skickas in på egen rad. ATC-kod/-er ska registreras direkt under tillhörande åtgärdskod. Det finns ett alternativ för rapportering av ATC-koder som avser läkemedelstillförsel (se uppgift 21) där KVÅ kod inte anges. Åtgärds-koder för läkemedelstillförsel kan då rapporteras under uppgift 18 och ATC-koder i uppgift 21. För patienter som ännu inte är utskrivna rapporteras åtgärds-koder och ATC-koder löpande för hela slutenvårdstillfället, vid varje rapporteringstillfälle.

Datum för åtgärd (uppgift nr 19)

Avser datumet då åtgärden påbörjades, om åtgärden pågår över natten. Det är speciellt viktigt att åtgärder som utförts under psykiatrisk vård rapporteras

med korrekt åtgärdsdatum då det behövs för att kunna koppla ihop åtgärder med psykiatrisk vårdform, vilket är en förutsättning för att kunna avgöra vilka åtgärder som görs inom tvångsvården.

ATC-kod (uppgift nr 21)

Möjligheten att rapportera uppgift 21 påbörjas 1 april 2025 och gäller för vårdtillfällen som pågick 1 januari 2025 och senare. Åtgärder som avser läkemedelstillförsel kan rapporteras med enbart ATC-kod, utan åtgärdskod, i separat fil SV_LT_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM. Läkemedel ska registreras med ATC-kod enligt [FASS](#) för läkemedlet i fråga. Varje ATC-kod skickas in på egen rad. Alternativen om ATC-kod rapporteras under uppgift 18 eller 21 gäller per läkemedelstillförsel. Det går alltså bra att rapportera ATC-koder för läkemedelstillförsel för vissa vårdtillfällen under uppgift 18 och för andra vårdtillfällen under uppgift 21. Det går också bra att för samma vårdtillfälle rapportera vissa ATC-koder som uppgift 18 och andra som uppgift 21. Åtgärds-koder för läkemedelstillförsel, för att specificera administrationssätt, kan rapporteras under uppgift 18 och ATC-koder som uppgift 21 för samma åtgärdstillfälle.

Datum för åtgärd (uppgift nr 22)

Avser det datum då läkemedelstillförseln påbörjades. Om ett läkemedel ges flera dagar i följd rapporteras det för varje dag som tillförseln sker, med datum för varje dag.

Öppen vård inklusive psykiatrisk öppen vård (i bilaga 2)

Vårdkontakts-id (uppgift nr 1, 15, 18, 20, 23 och 26)

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 (uppgift nr 2)

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 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 vårddokumentation 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 (uppgift nr 5)

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 (uppgift nr 6)

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 under Ladda ner på [Socialstyrelsens webbplats](#). 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 (uppgift nr 8)

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 (uppgift nr 9)

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter på akutmottagningar där två eller fler specialiteter är samlokaliserade (Akutverksamhet =1 eller 2 och 3 (mer ovanligt)). 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 (uppgift nr 10)

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter på akutmottagningar där två eller fler specialiteter är samlokaliserade (Akutverksamhet =1 eller 2 och 3 (mer ovanligt)). Avser den tidpunkt då läkaren träffar patienten och påbörjar en beslutsgrundande bedömning.

Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning (uppgift nr 11)

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter på akutmottagningar där två eller fler specialiteter är samlokaliserade (Akutverksamhet =1 eller 2 och 3 (mer ovanligt)). 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 (uppgift nr 12)

Uppgiften ska endast rapporteras för vårdkontakter på akutmottagningar där två eller fler specialiteter är samlokaliserade (Akutverksamhet =1 eller 2 och 3 (mer ovanligt)).

Uppgiften är i de flesta fall =0, vården har inte avbrutits. Alternativ 1 används om patienten lämnat akutmottagningen på eget initiativ efter läkarbedömning. Alternativ 2 används om patienten har behövt avlägsnats från akutmottagningen, exempelvis av polis.

Planerad vårdkontakt (uppgift nr 13)

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 (uppgift nr 14)

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](#). För att det i statistiken ska vara möjligt att skilja på olika typer av distanskontakter är det önskvärt att 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.). För att förtydliga att det gäller digital kommunikation kan också ZV051 Telemedicin användas samtidigt.
- 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 (uppgift nr 16 och 17)

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/-er (anatomiskt, terapeutiskt, kemiskt klassificeringssystem) enligt FASS (länk). ATC-kod/-erna skickas då in på egna rader. ATC-kod/-er ska registreras på raden/raderna direkt under tillhörande diagnoskod. Aktuell version av kodverket ICD-10-SE, med anvisningar för diagnosklassificering i öppen vård, finns på [Socialstyrelsens webbplats](#). 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 (uppgift nr 19)

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](#). Varje yttre orsakskod och ATC-kod skickas in på egen rad. ATC-kod/-er ska registreras direkt under tillhörande yttre orsakskod. Information om yttre orsakskoder (Kapitel XX – Yttre orsaker till sjukdom och död) i ICD-10-SE finns på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Åtgärdskod (uppgift nr 21)

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](#). Åtgärdskod som avser läkemedelstillförsel ska kompletteras med ATC-kod enligt [FASS](#) för läkemedlet i fråga. Varje åtgärdskod och ATC-kod skickas in på egen

rad. ATC-kod/-er ska registreras direkt under tillhörande åtgärds-kod. Det finns ett alternativ för rapportering av ATC-koder som avser läkemedelstillförsel (se uppgift 24). KVÅ-koder för läkemedelstillförsel kan, om det alternativet används, rapporteras under uppgift 21 och ATC-koder som uppgift 24. För specialiserad öppen vård gäller att uppgifter om åtgärder som utförts i samband med vårdkontakt med läkare ska rapporteras. För psykiatrisk öppen vård gäller dessutom att uppgifter om åtgärder som utförts i samband med en vårdkontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal ska rapporteras.

Åtgärds-koden XS100 (Oplanerad inskrivning till slutet vård) kan användas för alla öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inskrivning i slutet vård 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 slutet vård.

ATC-kod (uppgift nr 24)

Möjligheten att rapportera uppgift 24 påbörjas 1 april 2025 och gäller för vårdkontakter som skett 1 januari 2025 och senare. Åtgärder som avser läkemedelstillförsel kan rapporteras med enbart ATC-kod, utan åtgärds-kod, i separat fil OV_LT_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM. Läkemedel ska registreras med ATC-kod enligt [FASS](#) för läkemedlet i fråga. Varje ATC-kod skickas in på egen rad. Alternativen om ATC-kod skickas under uppgift 21 eller 24 gäller per läkemedelstillförsel. Det går alltså bra att rapportera ATC-koder för läkemedelstillförsel för vissa vårdkontakter under uppgift 21 och för andra vårdkontakter under uppgift 24. Det går också bra att för samma vårdkontakt rapportera vissa ATC-koder som uppgift 21 och andra som uppgift 24. Åtgärds-koder för läkemedelstillförsel, för att specificera administrationssätt, kan rapporteras under uppgift 21 och ATC-koder som uppgift 24 för samma åtgärdsstillfälle.

För specialiserad öppen vård gäller att uppgifter om läkemedelstillförsel som utförts i samband med vårdkontakt med läkare ska rapporteras. För psykiatrisk öppen vård gäller dessutom att uppgifter om läkemedelstillförsel som utförts i samband med en vårdkontakt med annan hälso- och sjukvårdspersonal ska rapporteras.

Datum för åtgärd (uppgift nr 25)

Avser det datum då läkemedelstillförseln påbörjades, vid den specifika vårdkontakten.

Yrkeskategori (uppgift nr 27)

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](#). Yrkeskategori ska anges på en så detaljerad nivå som vårdgivaren har möjlighet till och för samtlig 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 (i 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.

För patienter där tvångsvård pågår rapporteras pågående psykiatrisk vårdform löpande, vid varje rapporteringstillfälle. Efter avslut ska de också rapporteras under de tre efterföljande månaderna.

Personnummer (uppgift nr 1)

Patientens personnummer ska anges för samtliga psykiatriska 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 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 vårddokumentation 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 (uppgift nr 4)

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 (uppgift nr 5)

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 under Ladda ner på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Psykiatrisk vårdform (uppgift nr 6)

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/article.php?tid=37&src_lang=swe.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2023-12-15 från https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?tid=254&src_lang=swe.
3. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2023-12-15 från https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?tid=780&src_lang=swe.

Versionshistorik

Version	Ändring	Datum
1.0	Dokumentet är nytt	2024-01-31
1.1	Tillägg av kontaktsätt på sidan 16	2024-03-15
1.2	Uppdaterat med information om ändringsföreskrift HSL-FS 2024:9 och information om forskning	2025-01-17
1.3	Uppdaterat med information om ändringsföreskrift HSL-FS 2025:44 samt tillägg om avlidna som avlidit innan uppgiftspliktig hälso-och sjukvård startat.	2025-12-18