

Rutinsammanställning PAS och journal

Detta dokument är ett levande dokument som används på bästa sätt i digital form. Då har du alltid den senaste informationen och kan använda dig av de länkar som finns i dokumentet.

I innehållsförteckningen kan du klicka på en rubrik och på så sätt kommer du till stycket du letar efter.

För handledning av hur en funktion fungerar i TakeCare använd dig av funktionsbeskrivningen i TakeCare. Du hittar under jordgloben i menyraden i TakeCare. Tips: om du trycker på tangenten F1 så kommer du direkt in i funktionsbeskrivningen på relevant avsnitt.

Om du hittar fel eller har andra synpunkter på dokumentet så kan du skicka in dem via Självserviceportalen.

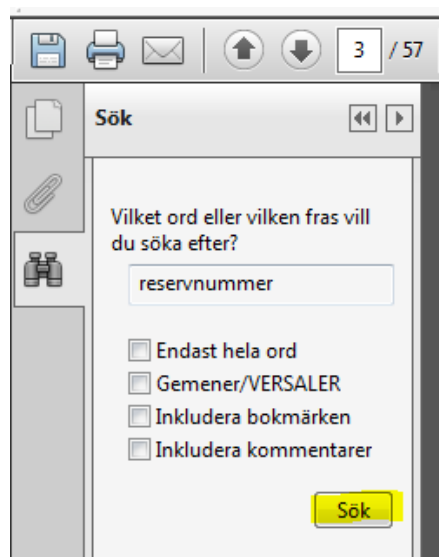
Tips för hur du kan söka i dokumentet

Det finns två sökfunktioner i Acrobat Reader som du kan använda dig av, en enkel och en avancerad. Den enkla får du fram genom Ctrl+F eller högerklicka och välja Sök (enkel) i menyn.



Den avancerade finns i verktygsfältet under kikaren till vänster i fönstret. För att få fram verktygsfältet kan du högerklicka och välja Visa navigeringsruteknappar eller genom Adobe-ikonen i fältet längst ner på sidan, se bild.

Klicka på kikaren för att få fram sökfönstret. Skriv in det ord du söker efter och klicka på Sök. Du får då träff på alla ställen där ordet förekommer i dokumentet.



Syfte och omfattning

Rutinerna gäller samtliga enheter som använder TakeCare för patientadministrativ hantering.

Ansvar och roller

Verksamhetschef ansvarar att rutinen efterföljs, samt att lokala rutiner upprättas vid behov.

Innehållsförteckning

Anhöringsamtal	7
Asyl, papperslös, utlandssvensk, utländsk, utomläns.....	7
Asyltolk.....	7
Asylsökande barn/vuxen med giltigt LMA-kort.....	9
Asylsökande barn/vuxen utan giltigt LMA-kort.....	9
Avgångskod	9
Hälsosamtal	10
Instruktion till enheter som normalt inte kassaregistrerar	12
Kvotflykting	14
Lathund för snabbguidning.....	14
LMA-kortnummer – sök patient	14
Papperslös eller gömd flykting	14
Reservnummer – Sök, skapa, koppla ihop	15
Samordningsnummer	20
Tidigare asylsökande som fått svenskt personnummer	20
Utlandssvensk inom EU/EES-land.....	21
Utlandssvensk utanför EU/EES	21
Utomlänspatient, ULP.....	21
Utlänning inom EU.....	24
Utlänning utanför EU/EES och utlänning från ej.....	24
Behörigheter / systemadministration	24
Beställning av behörighet i TakeCare	24
Checklista för personal som slutar eller blir långvarigt borta från en vårdenhet .	25

Kontrollrapporter i BILD	27
Loggkontroller	27
Organisationsförändringar	28
Personalens tillgång till journalen.....	28
TakeCare-support.....	28
Vårt arbete – bevakning av provsvar som saknar vidimeringsansvarig	28
Biobank	30
Bokning och väntelista.....	30
Avlidna – tas bort från väntelistan	30
Avstämningsmöte med försäkringskassan	31
Beslut om aktivitet	31
Besök med flera resurser samma dag	31
Framflyttningsorsak	33
Första besök specialistvård (SV)	34
Internetbaserad vård	34
Koppling av remiss till bokning och väntelista	35
Sent avbokat besök	37
SMS-påminnelse	37
Sätta upp återbesök på väntelista (specialiserad vård).....	38
Uteblivet nybesök med remiss som ska bokas igen.....	40
Diagnosregistrering	42
Primärvård	42
Specialistvården - slutenvård	43
Specialistvården - öppenvård.....	45
Dokumentation av vissa hembesök/jourbesök	48
Dödsbevis/Dödsorsaksintyg.....	49
Efterlevandesamtal	50
Ej disponibla vårdplatser, disponibla vårdplatser samt beläggningsöversikt	51
Ekonomisk enhet för primärvården	52
Inkommande och utgående dokument.....	57
In- och utskrivning	57

Akut/ej akut	57
Förflyttning av patient inom samma klinik	58
Inläggning från akuten till slutenvård	58
Patientavgift vid inskrivning	59
Permission	59
Makulering av vårdtillfälle	59
Töm vårdplats	60
Upplysning får lämnas	61
Utplacerade patienter	61
Utskrivning av patient från avdelning till avdelning på annan klinik	62
Utskrivning till annat sjukhus	62
Intyg i Webcert med samordningsnummer eller reservnummer.....	64
Jourmottagning	65
Journalanteckning	66
Dokumentation av ärende från 1177	66
Hälsoskola/hälsostöd.....	66
Informationsundantagande termer i Journalen via nätet	67
Journalmallar inkl förändringshantering	68
Journalregistrering av Fast vårdkontakt.....	69
Journalregistrering av patientöverenskommelse/patientkontrakt/vårdplan	70
Patientens avvikande mening	73
SÄBO	73
Kassaregistrering.....	74
Avgift vid smittskydd/smittspårning	74
Avgift vid journalkopior	74
Avstämningsmöte med Försäkringskassan	75
Dubbla yrkeskategorier vid registrering	76
Efterregistrering i kassan.....	76
Ej kommunplacerad flykting	77
Hälsoskola/hälsostöd.....	77
Häsovård MVC.....	77
Högekostnadsskydd och frikort	77

Internetbaserad vård	78
Intyg	79
Kassa och kassalogg.....	79
Kvittering av patient i kassan.....	80
Manuellt faktureringsunderlag	80
Mellanskillnad sjukvårdande behandling och läkarbesök.....	80
Föräldragrupp MVC	81
Kassaregistrering för omläggning Piccline och samtidig provtagning	81
Recept, avgift.....	81
Sent avbokad besök	82
SÄBO	82
Telefonkontakt	82
Uteblivet besök	82
Återbetalning av patientavgift, 45-minutersregeln	83
Konsultationsremiss.....	83
Kopplat reservnummer som ej ska användas	84
Levnadsvanor	84
Läkemedel	87
Gemensam läkemedelslista, riktlinjer.....	87
Gemensam läkemedelslista övergångsrutiner för att skapa gemensam läkemedelslista i TakeCare	87
Generella direktiv, insättande av läkemedel	89
Läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse	89
Telefonordination	89
Meddelandefunktion	89
Mobilt team – rutin för vårdkontaktsregistrering och journaldokumentation	90
Patienthotellet.....	92
Patientens samtycke och delande av elektronisk journalinformation mellan vårdgivare i TakeCare.....	92
Patientjournalen	93
Patientuppgifter	93
Produktkodsregistrering	95

Provsvar	96
Externa.....	96
Flera svarsmottagare.....	96
Provtagningar	97
Enklare undersökningar som 24-tim blodtryck.....	97
Asyl/utomläns samt utlandspatienter	97
Mätvärden utanför ordinerande vårdenhet.....	97
Provtagning som kommunen tar åt regionen	99
På annan enhet än beställande enhet	100
Registerutdrag	103
Rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård.....	103
Sammanhållen journalföring inklusive patientens samtycke.....	104
Samordnad individuell plan (SIP).....	104
Skyddade personuppgifter	105
Slangar och infarter	106
Slutanteckning och remiss till primärvården från specialistvård	107
Standardiserade vårdförlopp röntgenremiss	108
Spärrhantering.....	109
Test/övning/utbildning.....	110
Tolk	110
Utdata	111
Utlämnande av journal.....	111
Varningsmärkning, uppmärksamhetsinformation	112
Viktig information och Hälsa- och sjukdomshistoria	114
Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd	115
Vårdinformation.....	118
Yrkeskategorier	118
Ändringar i journalen inklusive förstöring av journaluppgift	118
Överkänslighet	119
Versionsförändringar.....	121

Anhöringsamtal

Om en eller flera anhöriga med nära relation till patient erbjuds information/undervisning med anledning av en patients sjukdom ska insatsen journalföras i patientens journal. Likaså om den anhörige deltar i anhöringsamtal eller familjesamtal med anledning av sin närståendes sjukdom. Om den anhörige uppvisar egna somatiska eller psykiska besvär definieras han/hon själv som patient och kontakten ska därmed journalföras i en egen journal.

Exempel på journalföring anhörig:

- Då anhörig behöver hjälp och stöd från vården i barnets/vuxnes utveckling eller hantering av sjukdom, dokumenteras detta i patientens journal.
- När patient avlider "ingår" samtal för anhörig efteråt och besöket dokumenteras i den avlidnes journal.
- Då anhörig uppvisar egna somatiska eller psykiska besvär och behöver fortsatt hjälp med t ex samtal för egen del, har ett eget vårdbehov, blir anhörig själv patient i vården och kontakten ska därmed journalföras i egen journal.
- Då anhörig blir egen patient är det ej per automatik nödvändigt att fortsätta erbjuda anhörig samtal/behandling på samma vårdinrättning som patient tillhör/tillhört. Exempelvis om anhöriga träffar kurator inom specialistvården kan anhörig remitteras ut till närsjukvården för fortsatt omhändertagande.

Asyl, papperslös, utlandssvensk, utländsk, utomläns

Asyltolk

Tolk till asylsökande ska alltid registreras under sökordet "Tolk" med valet "Asyltolk", oavsett vilken personalkategori som tagit emot besöket. Det gäller även för tolk för hälsoundersökning, hälsosamtal och hälsoskola.

Vid hälsoundersökning av patienter med fullständigt personnummer ska **inte** asyltolk användas, då används valet "Språktolk". Samma gäller vid alla besök oavsett personalkategori, det är patientens status som avgör huruvida det är asyltolk eller språktolk som ska registreras i TC.

När det gäller tolkfakturan för **hälso- och sjukvårdsbesök** av asylsökande ska enheten kontera fakturan på kostnadsställe 91007, konto 5210, **leveransattestera** den och skicka vidare i systemet till **Eva Ström för beslutsattestering**.

Samma rutin gäller för tolkfakturan för gömda/papperslösa, men då är det kostnadsställe 91008 som man ska leveransattestera på.

Redovisningsenheten

771 81 Ludvika lasarett

Asylsökande barn/vuxen med giltigt LMA-kort

Dokumentnamn Rutin för Registrering av Asylsökande		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-03-31

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

[Information om reservnummer](#) på Intra hos Asyl- och Migranthälsan

Asylsökande barn/vuxen utan giltigt LMA-kort

Dokumentnamn Rutin för Registrering av Asylsökande		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2014-01-20

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

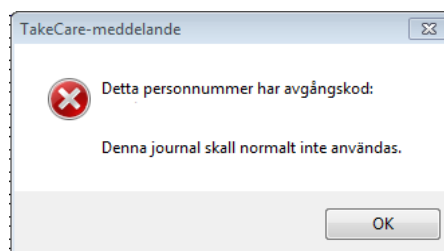
[Information om reservnummer](#) på Intra hos Asyl- och Migranthälsan

Avgångskod

Skatteverket använder sig av en markering (avregistreringsorsak) när personer avlidit eller utvandrat, eller av annan anledning avförts från svensk folkbokföring, till exempel bostadslös person som skatteverket inte kan komma i kontakt med. Denna markering visas i TakeCare som en avgångskod under fliken Folkbokföring i Patientuppgifter.

Journaler med avgångskod **ska inte** användas. Dock gäller det inte avliden patient, journalen får användas för avslutande dokumentation. I andra fall ska reservnummer skapas och kopplas till personnumret med avgångskod. TakeCare kan inte hantera patienter med avgångskod rent ekonomiskt eftersom det inte finns en giltig folkbokföringsadress i Sverige.

När ett personnummer på en sådan skrivs in kommer följande meddelande upp.



patient

Klicka på OK, öppna Patientuppgifter och fliken Folkbokföring. Där visas avgångskoden i klartext.

Gäller det en utvandrad patient - gå via Intra till Befolkningsregistret/DalFolke för att kontrollera medborgarskap. Här kan man också se adressen som patienten utvandrat till – observera att denna adress inte uppdateras om patienten sedan flyttat vidare! Kontrollera även uppgifterna med patienten.

Skapa ett reservnummer med den rätta adressen, det vill säga patientens nuvarande hemadress. OBS! Detta gäller inte avlidna patienter. När det gäller efterlevandesamtal på avlidna patienter så bokas de på den anhörige, se Rutin för efterlevandesamtal.

Utvandrad svensk medborgare från land **inom EU/EES** eller **konventionsland** ska ha länskod 79 och kommunkod 98.

Utvandrad svensk medborgare från **icke konventionsland** eller **utanför EU/EES** ska ha länskod 85 och kommunkod 85.

På hemlösa patienter med avgångskod ska reservnummer skapas och användas!

Koppla ihop reservnummerjournalen med ursprungsjournalen, om sådan finns.

Patienter som överförs till Obefintlighetsregistret på Skattemyndigheten har inte rätt till subventionerad vård eftersom den rätten bygger på folkbokföringen. Om patienten är svensk medborgare (ses i Befolkningsregistret) ska denne/denna vara registrerad på län/kommun 85/85, annars används län/kommun 90/90.

Hälsosamtal

Hälsosamtal för Asylsökande/papperslösa/kvotflykting registreras under hälsovård i kassan. Gäller även personer med PUT (Permanent Uppehålls Tillstånd) med flera med fullständigt personnummer.

Skapa en tidstyp för hälsosamtal. Använd rekommenderade färger. Tidstypen får inte ha inställningen "Dölj i kassan" eftersom bokningen ska vara tillgänglig i kassans dagsöversikt (gäller enheter som normalt inte kassaregistrerar exempelvis BVC, Ungdomsmottagningar).

Skapa ett bokningsunderlag där besöksorsak **Hälsosamtal** är ifyllt med önskad tidstyp **Hälsosamtal**.

Ändra bokningsunderlag

Identitet: 13 Valbar för väntelista
Namn: Hälsosamtal Valbar vid bokning
Beskrivning: Hälsosamtal asyl

Bokningsönskemål
Onskad datumregel: Endast aktiva resurser:
Onskad resurs:
Onskad tidstyp: Hälsosamtal
Prioritet: <Inget valt>

Kontaktuppgifter
Ekonomisk enhet: Avesta VC
Besökstyp: Mottagningsbesök
1:a besök: Nej
Besöksorsak: Hälsosamtal
Forskning/studie:
Kommentar:

OK
Avbryt

Välj Hälsovård i kassabilden, välj artikeln Hälsosamtal Asyl/papperslös/kvo... och registrera besöket. Tolk registreras som asyltolk.

Sök: hälsosam

Artikel	Pris
Hälsosamtal Asyl/papperslös/kvo...	0.00

Hälsosamtalet ska dokumenteras i journalmall "PV Hälsosamtal Asyl, ssk, dsk".

Fakturering sker genom att underlag skickas till:

Eva Ström
Ekonomiavdelningen
771 81 Ludvika

Se mer på intra, [Ekonomi – vårdavgifter](#) – Asylsökande / papperslösa.

Återbesök som följer på ett hälsosamtal (exempelvis avläsning av PPD – tuberkulosmätare) ska inte registreras, utan endast kvitteras i kassan.

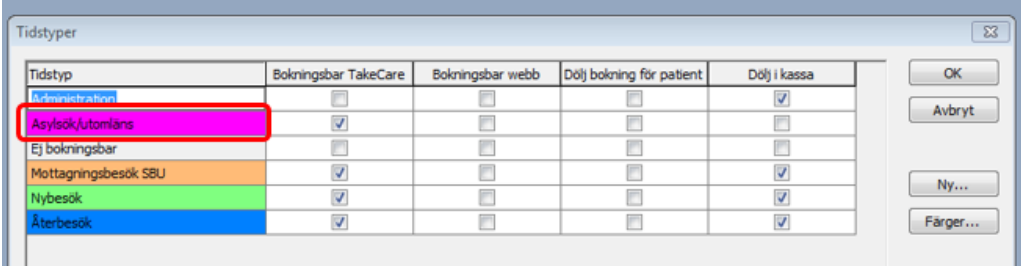
Instruktion till enheter som normalt inte kassaregistrerar

Alla asyl- och utomlänspatienter ska kassaregistreras, produktkod ska registreras i vårdkontakten och vårdkontakten ska godkännas. Detta för att Region Dalarna ska få betalt av andra regioner för besöket, samt för att respektive verksamhet ska få sin ersättning.

Vid kassaregistrering av ett besök på exempelvis en utomlänspatient öppnas vårdkontakten med automatik. Se "Funktionsbeskrivning – DRG–DIAGNOS-KVÅ-Produktkoder" under jordgloben i Takecare.

Vi rekommenderar att vårdenheter som normalt inte kassaregistrerar sina besök skapar en tidstyp "Asyl/Utomläns" med ett kopplat bokningsunderlag som används i kalendern vid bokning av patienter som inte är skrivna i Dalarna. Denna tidstyp ska **inte** vara ibockad "Dölj i kassa". Alla andra tidstyper ska ha "Dölj i kassa".

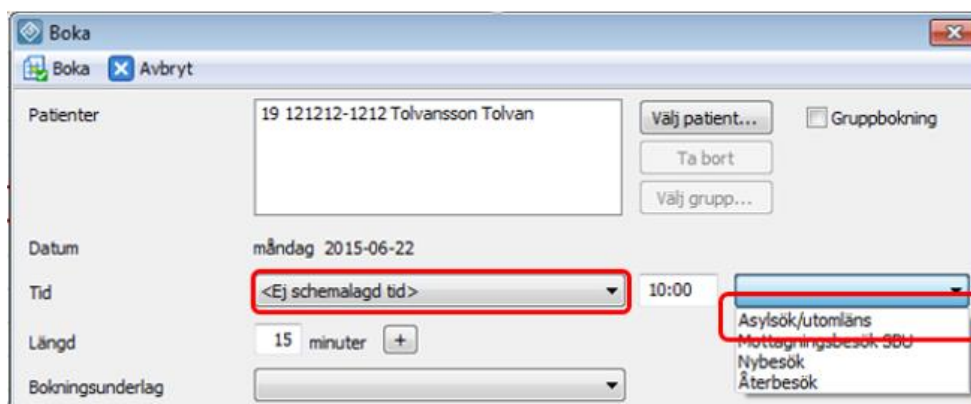
Se bild nedan.



Tidstyp	Bokningsbar TakeCare	Bokningsbar webb	Dölj bokning för patient	Dölj i kassa
Asylsök/utomläns	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ej bokningsbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mottagningsbesök SBU	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nybesök	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Återbesök	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Tillvägagångssätt vid bokning:

Vid bokning i kalendern väljs Tid: <Ej schemalagd tid> välj sedan tidstypen Asyl/Utomläns i listen till höger.



Vid valet av tidstypen Asyl/Utomiäns så presenteras rätt bokningsunderlag. Viktigt att skapa ett väl ifyllt bokningsunderlag till denna tidstyp för att spara tid vid bokning.

➤ Kassaregistrering

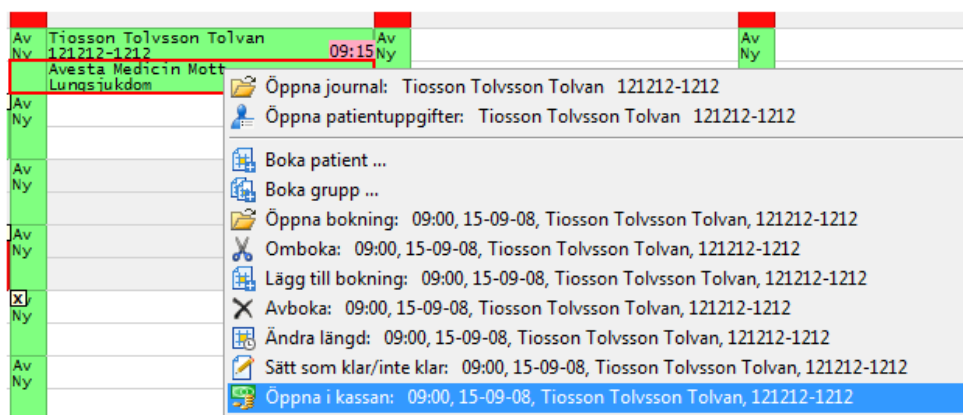
Kassaregistrering kan göras om via kassaikonen eller via kalendern. Logga in på den kassa du är behörig till. Är kassan redan öppen kommer man direkt in i kassaregistreringen.

Klicka på kassaikonen.



Via kalendern:

Högerklicka på patienten och välj Öppna i kassan.



Kvotflykting

Kvotflyktingar har oftast fått svenskt personnummer direkt de anländer och ska kassaregistreras och betala som övriga folkbokförda i Sverige.

Lathund för snabbguidning

Det finns en överskådlig lathund som i korthet beskriver registrering av olika patientkategorier som asyl, papperslös, utlandssvensk, utländsk och utomläns. Dokumentet "Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige" hittar du under [Kassa handledning](#).

LMA-kortnummer – sök patient

Detta görs i Sök/välj patient.

I fältet LMA-nummer sker sökning på komplett LMA-nummer. I fältet LMA fritext kan sökning göras på icke komplett LMA-nummer, dock minst sex tecken. Sökning ger träff på de journaler där numret finns registrerat, oavsett om giltighetsdatum passerat. LMA-korten är personbundna.

Sök person i folkbokföringsregister

För ett bra sökresultat, fyll i så många av fälten som möjligt (förutom vid sökning på LMA-nummer då övriga fält ignoreras)

Födelsedatum: (ÅÅÅÅMMDD / ÅÅMMDD) Kön:

Efternamn: Förnamn:

Gatuadress: Postadress:

LMA-nummer: (12-123456) LMA-fritext: (minst 6 tecken)

Papperslös eller gömd flykting

Dokumentnamn Rutin för papperslös eller gömd flykting		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-19

Till gruppen papperslösa räknas dels personer som undanhåller sig verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen, dels personer som befinner sig i Sverige utan att ha ansökt om nödvändigt tillstånd för att vistas i landet. Det innebär inte att en person som lever som papperslös nödvändigtvis saknar identitetshandlingar som pass, id-kort eller motsvarande. Papperslösheten avser avsaknaden av tillstånd att vistas i landet.

Även EU/EES-medborgare kan i enstaka fall (prop. 2012/13:109, s. 41) omfattas av lagen. Det gäller de unionsmedborgare som vistats i landet mer än tre månader och saknar uppehållsrätt eller uppehållstillstånd och därmed vistas i landet utan stöd av myndighetsbeslut eller författning.

I enlighet med sekretesslagstiftning får personal inte föra information vidare till Polismyndighet eller Migrationsverket, vilket innebär att man inte får kontrollera om giltigt LMA-kort finns hos Migrationsverket.

Papperslös eller gömd flykting betalar samma avgifter som annan asylsökande med LMA-kort.

Se [Vårdavgiftshandboken](#) och [Information om reservnummer](#) på intra.

- Sök reservnummer i TakeCare – Sök/välj patient. Lämpligast är att söka på födelsedata och kön
- Om reservnummer finns sedan tidigare i TakeCare ska det användas. Har patienten flera reservnummer ska den senast skapade reservnummerjournalen användas.
- Om det inte finns ett reservnummer så måste det skapas. Ingen adress ska finnas i adressfältet. Län- och kommunkod 60/60 ska användas. Se rutin.

➤ **Kassaregistrering**

Använd avsedd besöksmall i kassan för asylbesök.

Produktkodsregistreras med rätt produktkod för enheten. Kom ihåg att godkänna vårdkontakten efter produktkodsregistreringen.

Reservnummer – Sök, skapa, koppla ihop

Dokumentnamn Rutin för – Skapa/sök reservnummer, oidentifierad, nyfödd och katastrof		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-12-05

Reservnummer ska skapas när ett svenskt personnummer saknas. Det gäller nyfödda, oidentifierade, vid katastrof, utländska patienter med eller utan EU-kort, asylsökande och papperslösa. Observera att särskilda rutiner gäller för oidentifierade/vid katastrof.

När en patient saknar personnummer är det viktigt att först göra en sökning via "Sök patient" för att se om patienten redan har ett reservnummer. Om det finns ett reservnummer ska det numret användas. Sökning på födelsedatum och kön kan ibland vara lämpligare än namn. För asylsökande går det även att söka på LMA-kortnummer.

Sök reservnummer

Sök reservnummer i TakeCare – Sök/välj patient via symbolen i menyfältet. Har patienten flera reservnummer ska den senast skapade reservnummerjournalen användas.

Skapa reservnummer

Skapa reservnummer via symbolen i menyfältet. Fyll i samtliga uppgifter. Observera att adress inte ska fyllas i på papperslös/gömd flykting.

Länk till Intra [patienter med reservnummer](#)

Godkänd länskod för skapande av reservnummer är:

Namn på länskod	Länskod	Kommentar
Oidentifierad patient	40	Skapas centralt av förvaltningen. Denna länskod anges även för tillfälliga reservnummer som inte kan klassas enligt någon av nedan.
Asylsökande	55	

Papperslös/gömd flykting	60	
Begränsat uppehållstillstånd	65	Får inte användas. Reservnummer med denna länskod får endast läggas upp av Asylhälsan.
Utlänning/utlandssvensk inom EU/EES	79	Gäller även medborgare/svenskar bosatta i Storbritannien + Nordirland tom 31/12 2020.
Utlänning från konventionsland	80	
Utlandssvensk utanför EU/EES	85	
Utlänning utanför EU/EES	90	

Reservnummer har formatet ÅÅÅÅMMDD-ZXXX, reservnummer skapade efter 2016-07-04 har formatet ÅÅÅÅMMDD-YXXX. Har patienten ett reservnummer på "Z" ska detta användas, man behöver inte göra ett nytt.

Patientens födelsedatum (ÅÅÅÅMMDD) anges även i fältet för födelsedatum i patientuppgifter i samband med att reservnumret genereras i TakeCare.

Personuppgifter - 20160421-Y012 Testsson Ytest

Spara & Stäng

Allmänt Folkbokföring Kontakter Diverse OBS! Samtycken Listning Spärrar

Personuppgifter

Förnamn: Ytest Reservnr: 20160421-Y012

Efternamn: Testsson Födelsedatum: 2016-04-21

Gatuadress: Testgatan 1 Alder:

Oidentifierade (OID)/Katastrofnummer

Oidentifierade/katastrofnummer skapas centralt av VIS-supporten med datum från 19010101 och lämnas ut till akutmottagningarna med formatet ÅÅÅÅMMDD-YXXX. Akutmottagningarna ansvarar för att kontakta [VIS-supporten via IT-servicedesk](#) då fler nummer behöver skapas (enligt befintlig rutin).

Då patientens födelsedatum (ÅÅÅÅMMDD) är okänt är fältet födelsedatum blankt.

Personuppgifter

Förnamn: Patient Reservnr: 19010101-Z023

Efternamn: Oidentifierad Födelsedatum:

Gatuadress: Landstinget Dalarna Alder:

Postadress: 791 82 Falun Kön: Kvinna

Om en patient ska skrivas in på enhet innan han/hon fått ett riktigt personnummer så krävs det ett värde för födelsedatum i fältet Födelsedatum. Skriv då in födelsedatum 1901-01-01. När fältet för födelsedatum är tomt eller när det står 1901-01-01 så genereras inga referensvärden i provsvaren från Analytix (Labs

analyssystem), vilket det heller inte ska göra då ålder i dessa fall är okänd. Notera att de skapade numren gör skillnad på kön.

Nyfödda utan personnummer

Reservnummer skapas i TakeCare med formatet ÅÅÅÅMMDD-YXXX.

Patientens födelsedatum (ÅÅÅÅMMDD) anges även i fältet för födelsedatum i samband med att reservnumret genereras i TakeCare och det syns då tydligt att patienten är nyfödd.

Län/kommun-kod anges enligt ovan beroende på moderns status. Passar ingen specifik län/kommun-kod anges 40.

Har modern skyddade personuppgifter får inga kontaktuppgifter såsom telefonnummer eller adressuppgifter fyllas i.

Koppling av reservnummer och OID-/katastrofnummer med riktigt personnummer

När patienten identifierats alternativt erhållit svenskt personnummer ska id kopplas snarast och dokumentationen fortsätter på det riktiga personnumret. En förtydligande administrativ anteckning ska skrivas i reservnummerjournalen att journaldokumentation fortgår i personnummerjournalen.

Gör ny slutenvårdsinskrivning på "rätt id" med samma inskrivningsdatum och tid som den inskrivning som finns på det oidentifierade personnumret. Makulera sedan slutenvårdsinskrivningen som finns på det oidentifierade personnumret.

Om en kassaregistrering är gjord på reservnumret eller OID/katastrofnumret så ska den makuleras och en ny göras på det riktiga personnumret.

Koppling av journalerna görs så fort som möjligt av utsedd person (SADM) på enheten, alternativt, om sådan inte finns, av [VIS-supporten via IT-servicedesk](#). Instruktion finns i funktionsbeskrivningen under jordgloben.

I bilden där id kopplas finns valen – koppla aktuella varningar och kopiera kontakter – vilka ska bockas i. Annars föreligger en potentiell patientsäkerhetsrisk i och med att det under tiden patienten varit oidentifierad kan ha uppstått komplikationer som dokumenterats under varningar och som man inte ser om man inte öppnar den kopplade journalen.

Viktigt är att göra koppling av journaler från den journal som ska användas, då varningar och kontakter endast kopieras i en riktning, det vill säga till journalen som hopkopplingen görs ifrån. Beteendet är att varningar och kontakter hämtas till den journal du står i (A) när du kopplar till (B). Koppling behöver därför göras i båda journalerna det vill säga A till B och B till A.

Koppla identitet

Koppla personnummer: 19121212-1212 OK

med reservnummer: Avbryt

eller
med personnummer:

Symmetrisk koppling

Kopiera kontakter

Kopiera aktuella varningar

Bekräfta Lösenord

Användarnamn:

Lösenord:

Om patienten har flera reservnummer går det att koppla samman samtliga.

Telefon, bostad	023-121212, 070-1232323, 072-55555, 074-7545754
Telefon, arbete	0231555,
Mobiltelefon	072-1212121
SMS-aviseringsnummer	070-123 45 67 070-3333334555
Tidigare reservnr i Elvis/Melior	
Tidigare reservnr i Journal III	

Kopplat reservnummer som ej ska användas

För att undvika att dokumentera i fel journal när en patient har flera journaler så kan man gå in och korrigera uppgifterna för reservnummer.

Skriv in "Används Ej" före för- och efternamnet. Tryck på "korrigera" och uppgifterna ändras.

Korrigera uppgifter för reservnummer

Förnamn: Används Ej Takecare

Efternamn: Används Ej Testperson

Födelsedatum: 2011-11-09

Kön: * Kvinna

Adress: It-Enheten

Postadress: 79182 Falun

Län: * 90 Utlänning utanför EU

Kommun: 90

Församling:

Reservnr: 20111109-W067

Korrigera Avbryt

Samordningsnummer

Från Skatteverket:

Samordningsnummer infördes år 2000 och är en identitetsbeteckning för personer som inte är eller har varit folkbokförda i Sverige. Syftet med samordningsnummer är att myndigheter och andra samhällsfunktioner ska kunna identifiera personer även om de inte är folkbokförda i Sverige.

Samordningsnummer består liksom personnumret av tio siffror. De inledande sex siffrorna utgår från personens födelsetid med den skillnaden att man lägger till 60 till födelsedagen. För en person som är född den 23 augusti 1964 så blir de sex första siffrorna i samordningsnumret därför 640883.

För mer information, sök på samordningsnummer på [Skatteverket](#).

Har patienten ett samordningsnummer ska ett reservnummer skapas.

[Se Skapa reservnummer](#)

Tidigare asylsökande som fått svenskt personnummer

Patienten bokas/registreras på sitt fullständiga personnummer och därmed hämtas län/kommun in från folkbokföringen.

Uppvisat giltigt LMA-kort ger rätt till taxa för asylsökande vid öppenvård samt avgiftsbefrielse vid slutenvård.

[Se även Ej kommunplacerad flykting.](#)

Utlandssvensk inom EU/EES-land

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

Utlandssvensk utanför EU/EES

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

Utomlänspatient, ULP

Dokumentnamn Rutin för – Utomlänspatient, ULP		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.4
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-04-26

Enligt riksavtalet har alla patienter rätt till vård i den region de befinner sig vid förlösning, abort, akut sjukdom eller skada. Regionen använder specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse för att säkerställa ersättning för vård av utomlänspatienter. Hemregion ersätter vården endast om hemregionens remissregler följs.

För patienter från Västmanland godkänns endast remisser utfärdade ifrån Västerås. Det gäller även de som är listade i Dalarna.

TakeCare märker journaler tillhörande utomlänspatienter genom ULP – knappen. Knappen är endera orange- eller grönfärgad, färgerna berättar för oss om patienten har en giltig specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse eller inte.



Innebär att specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse saknas.



Innebär att det finns en giltig specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse.

Se [Vårdavgiftshandboken](#), se avsnitt:

Avsnitt 7: Remisser - Bilaga remisskrav

Avsnitt 28: Riksavtal - Bilaga Riksavtal

Avsnitt 30: Vård av personer från andra länder – SKL

Tillvägagångssätt omhändertagande av utomlänspatient

Kräver inget betalningsgodkännande av hemregionen:

- Primärvård
- Akutsjukdom, skada, förlossning eller abort
- Patienter som har remiss utfärdad från hemregionen
- För enkla besök räcker att vi följer hemregionens remissregler
- Vid inläggning i slutenvård ska kontakt tas med hemregionen så snart som möjligt, men senast efter sju dagar
- Patienter som är omhändertagna enligt lagarna nedan ska kunna få vård utan särskilt godkännande av hemregionen. Vårdregionen bedömer vårdbehovet och har rätt till ersättning från hemregionen. Ingen särskild kontakt behöver tas i förväg.
- LVM – lagen om vård av missbrukare
- LVU – lagen om vård av unga
- LRV – lagen om rättspsykiatrisk vård
- LPT – lagen om psykiatrisk tvångsvård
- SOL – Socialtjänstlagen

Kräver betalningsgodkännande av hemregionen:

- Planerad inläggning i slutenvården
- Dagkirurgisk operation
- Hemsjukvård
- Planerad kostnadskrävande vård, innebär att kostnaden för vården överstiger 5000kr.

Undantag:

- Region Stockholm som godkänner att patientens vårdavgift uppgår till 35000kr.
- Region Västmanlands som kräver specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse för all specialistvård

Tillvägagångssätt registrering av specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse

Specialistvårdsremiss/betalningsförbindelse ankomstregistreras under ULP – knappen eller som en helt vanlig pappersremiss.

Kryssa för rutan specialistvårdsremiss. Ange giltighetsdatum till och med. En specialistvårdsremiss är giltig 1 år från utfärdandedatum om inte annat anges. Skanna in dokumentet/dokumenterna och koppla det/dem till ankomstregistreringen. Ange dig själv som signeringsansvarig.

Innefattas endast en betalningsförbindelse sätts ärendestatus som avslutat.

Innefattas såväl remiss som betalningsförbindelse kopplas bägge dokumenten till samma ankomstregistrering och ärendestatus hanteras då som andra konsultationsremisser.

ULP – knappen blir grönfärgad

Pappersdokumenten förstörs.

Ankomstregistrering, konsultation - 19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan

Spara & Stäng Svar Skanna...

Ej bedömd - Pappersremiss

Ärendestatus: Ej bedömd Ärendenummer:

Ankomstdatum: 2016-02-10 13:32 Bekräftad: Remissbekräftelse...

Ansvarig bedömare: Avvakta

Ärendekommentar: Avslutad datum:

Remissinformation

Remitterande enhet: Patient sökt själv:

Remissdatum:

Akut:

Specialistvårdsremiss: giltig t o m:

Remittent:

Kopplade dokument: Lägg till... Ta bort

Utlänning inom EU

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

Utlänning utanför EU/EES och utlänning från ej

För rutin se [Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige](#)

Behörigheter / systemadministration

Beställning av behörighet i TakeCare

Dokumentnamn Rutin för beställning av behörighet i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2017-05-31

Det åligger verksamhetschefen att minst en gång per år kontrollera att aktiva användare har rätt behörighetsprofil och att de som har tilldelats behörighet i TakeCare fortfarande är anställda.

Verksamhetschefen på enheten ska utse en eller flera systemadministratörer (SADM) som ansvarar för att användare får rätt behörighet anpassad till användarens funktion och verksamhetsområde.

Behörigheter kan antingen beställas via Självbetjäningsportalen eller så kan SADM få behörighet att själv administrera en användares behörigheter direkt i TakeCare. För detta krävs behörighet "SADM – Användare vårdenhetsgrupp" som beställs av verksamhetschef.

Se [intra – TakeCare – Rutiner och handledning - Systemadministration](#) dokument "Beställning behörighet via Självbetjäningsportalen".

Varje enhet ansvarar för att administrera behörigheter till användare inom den egna verksamheten (spärrgruppen eller kliniken/vårdcentralen) oavsett om användaren redan har behörighet till annan enhet i TakeCare. Enheten ansvarar också för att behörigheterna tas bort när användaren slutar.

I beställarrollen (verksamhetschef/SADM) ingår:

- Att administrera den behörighet som enhetens användare behöver utifrån användarens funktion och verksamhetsområde. Man får enbart administrera behörigheter inom den egna verksamheten.
- Att ha kontroll på (förteckning över) vilka användare som fått tillträde till TakeCare inom den egna verksamheten.
- Att användaren får nödvändig utbildning i TakeCare innan den ges tillträde till systemet.
- Att studerande får åtkomst till journalen endast om den deltar i vård och behandling av patient. Studenter som dokumenterar i patientjournalen ska ange handledaren som ansvarig för anteckning och handledaren signerar.
- Att när användaren slutar sin tjänstgöring på enheten administrera borttag av de behörigheter som tidigare lagts på.

Se till att osignerat och ovidimerat blir omhändertaget.

Se [Checklista – personal som slutar eller blir långvarigt borta från en vårdenhet](#)

Hänvisningsdokument:

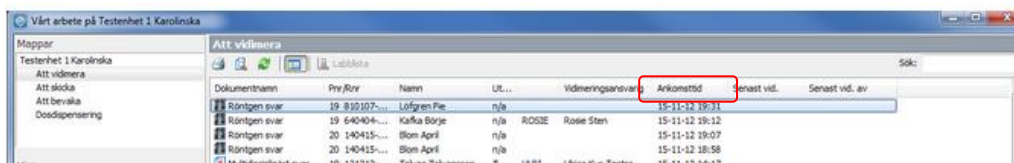
Se [Juridik – Patientjournalen](#).

Checklista för personal som slutar eller blir långvarigt borta från en vårdenhet

Mitt arbete – Signering, vidimering, skicka, besvara, färdigställa, bevaka

Säkerställ att all vårddokumentation där personen står som vidimerings- eller signeringsansvarig omhändertas. "Mitt arbete" är personlig och följer personen även om den flyttar till annan vårdenhet.

- Se till att personen går igenom "Mitt arbete" och avslutar ärendena.
- Dela ut personens "Mitt arbete" till annan ansvarig. Det kan göras av personen själv eller av en systemadministratör som har denna behörighet. Utdelningen bör gälla under en längre tid eftersom vidimering också innefattar svar på konsultationsärenden som kan dröja eller beställning av prover som beställs långt fram i tiden. Nackdelen är att man även ser eventuella nya ärenden från personens nya verksamhet om personen fortsätter inom regionen. Den nya ansvariga måste därför vara uppmärksam på att endast handlägga den egna vårdenhetens ärenden.
- Alternativ till att en ansvarig tar hand om hela "Mitt arbete" är att en utsedd person på enheten bevakar Vårt arbete och omfördelar personens (den som ska sluta) ärenden till ny ansvarig genom att byta vidimeringsansvarig. Detta görs enklast genom att i Vårt arbete klicka på rubriken Vidimeringsansvarig och få det sorterat per ansvarig. På detta sätt kan man styra om vidimering till annan ansvarig, men man kan aldrig styra om signering på annat sätt än genom att flytta över signeringskorgen.



Dokumentnamn	Priv/Rov	Namn	Ut...	Vidneringsansvar	Arkiveringsansvar	Senast vid.	Senast vid. av
Röntgen svar	19 810107...	Lofgren Pie	n/a		15-11-12 18:31		
Röntgen svar	19 640404...	Kalka Börje	n/a	ROSE	Rose Sten	15-11-12 18:12	
Röntgen svar	20 140415...	Bom April	n/a			15-11-12 18:07	
Röntgen svar	20 140415...	Bom April	n/a			15-11-12 18:58	
Multimedialt svar	19 121212...	Tolvan Tolvarsson	*	L&R...	Lilica Klai-Testo...	15-11-12 14:17	

Mitt arbete - Meddelanden

Aktuellt om meddelandefunktionen används på vårdenheten.

Meddelandekorgen är personlig och kan inte flyttas över till någon annan. Om meddelanden används vid patienthantering är det därför extra viktigt att denna åtgärdas innan personen slutar.

- Se till att personen som slutar går genom aktuella meddelanden och vidarebefordrar eller åtgärdar.
- Ta bort personen från enhetens meddelandegrupper (Vårdenhetens inställningar – Användargrupper för meddelandefunktionen).

Kalender

- Kontrollera personens kalender och boka om framtida bokningar till annan resurs.
- Sätt t.o.m.-datum på aktuell resurs (Vårdenhetens inställningar – Bokning och väntelista - Resurser).
- Kontrollera om aktuell resurs ingår i någon resursgrupp och ta i så fall bort den från gruppen (Vårdenhetens inställningar – Bokning och väntelista – Resursgrupper).

Favoriter

- Ta bort personen om den finns upplagd som användare favoriter (Vårdenhetens inställningar - Användare favoriter).

Användarbehörigheter

- Om personen slutar ta bort samtliga behörigheter i TakeCare som rör den egna vårdenheten antingen genom att skicka en beställning via Självbetjäningssportalen eller om du har behörighet, i användarbilden i TakeCare.
Om personen slutar i Region Dalarna ange detta i beställningen eller sätt t.o.m.-datum på personen i användarbilden i TakeCare (om personen ska fortsätta jobba inom regionen ska du inte sätta t.o.m.-datum i användarbilden).

Kontrollrapporter i BILD

Det finns ett antal kontrollrapporter i BILD som ska bevakas av verksamheterna själva för att hitta brist- eller felregistreringar i TakeCare. För att de ekonomiska transaktionerna ska fungera är det nödvändigt att informationen kompletteras och slutförs rätt i TakeCare. Mera utförlig information hittar du på [intra – TakeCare – Rutiner och handledning – Statistik](#) se dokument "Information om kontrollistor i BILD".

Loggkontroller

Verksamhetschefen ansvarar för att stickkontroller av loggar görs varje månad samt vid behov.

Se vidare information på Intra: [Loggar och logguppföljning](#)

Rutinloggkontroll, fördjupad logguppföljning och NPÖ:

För att göra slumpmässig logganalys så kan verksamhetschef använda verktyget **SALA** (Systematisk Automatiserad LoggAnalyt).

Verksamhetschef eller av denne utsedd person kan ta ut rapport från "Uppföljning Journalöppningar" i TakeCare, särskild behörighet krävs.

Patienten har också rätt att ta del av loggutdrag för att själv se vem som haft tillgång till journaluppgifter. Vårdgivaren ska då enligt 5 kap 5§ PDL lämna ut loggningsuppgifter. Loggningsinformationen innehåller uppgifter om vårdenhet och tidpunkt då någon tagit del av journaluppgifter.

Det betyder att patienten har rätt att ta del av uppgifterna som verksamhetschef eller av denne utsedd person kan ta ut rapport från "Uppföljning Journalöppningar" i TakeCare.

Vid misstanke om dataintrång beställer verksamhetschef loggutdrag för "Fördjupad Logguppföljning" och/eller "loggutdrag från Nationell patientöversikt" via särskild blankett som skickas till TakeCare supporten i förslutet kuvert med Internposten.

Enligt regionens jurist kan inte patienten begära fördjupade loggutdrag utan detta kan endast beställas av verksamhetschef som misstänker dataintrång. Max 3 tidpunkter per ärende kan beställas, om granskningen stärker misstanke om oegentligheter kan ytterligare loggar beställas.

Att återskapa fördjupade loggutdrag innebär en risk för produktionsmiljön i form av påverkan av prestandan och tar mycket arbetstid i anspråk.
Länk till [blankett](#)

Verksamhetschef ansvarar för att granska loggutdraget.

Vid misstanke om incident ska incidentrapport skickas till objektägare för vidare handläggning. Komplettera med incidentrapporten med att logggranskningen har gjorts och av vem. Incidentrapporten förvaras på arbetsplatsen i pappersform i 3 år och arkiveras därefter i enlighet med Arkivbestämmelserna. Objektägare genomför stickprovskontroller på att granskning har skett. En beskrivning av logguppföljningen ska finnas med i den årliga verksamhetsberättelsen.

För **ytterligare anvisningar och information** om Loggkontroller hänvisas till Intra. Där finns bland annat ett dokument som klargör verksamhetschefens ansvar vid misstanke om dataintrång "Riktlinjer för arbetsgivarens åtgärder vid misstanke om dataintrång"

Organisationsförändringar

För att uppdatera vårdinformationssystemen med organisationsförändringar krävs god framförhållning från verksamheten:

- Ny enhet **två månader** innan enheten ska vara tillgänglig
- Stängning av enhet **en månad** innan enheten kan stängas.

Se vidare på intra, [organisationsförändringar](#).

Personalens tillgång till journalen

Se [Juridik – Patientjournalen](#).

TakeCare-support

I första hand kontaktar man sin lokala systemadministratör (SADM) och i andra hand tar man kontakt med [VIS-supporten via IT-servicedesk](#).

Vårt arbete – bevakning av provsvar som saknar vidimeringsansvarig

Varje enhet ska ha utsedd personal som dagligen bevakar och kontrollerar de provsvar som saknar/ ej har korrekt angiven vidimeringsansvarig i vårdenhetens funktion **Vårt arbete**. Öppna Vårt arbete – Vårt arbete enligt nedan:

The screenshot shows a web interface for document management. On the left, there are navigation options like 'Mappar', 'Att vidimera', and 'Visa'. The main area displays a table of documents with columns for 'Dokumentnamn', 'Prnr/Rnr', 'Namn', 'Ut...', 'Vidimeringsansvarig', 'Ankomsttid', and 'Se'. The 'Vidimeringsansvarig' column is highlighted with a red box. Below the table, there are date filters for 'Fr o m:' (2012-01-01) and 'T o m:' (2021-05-05), also highlighted with a red box.

Dokumentnamn	Prnr/Rnr	Namn	Ut...	Vidimeringsansvarig	Ankomsttid	Se
Konsultation svar	19		n/a		12-06-18 09:25	
Konsultation svar	19		n/a		12-07-24 13:15	
Multidisciplinärt svar	19		*		12-08-31 18:22	
Multidisciplinärt svar	19		*		12-09-03 14:47	
Multidisciplinärt svar	19		*		12-10-11 18:02	
Konsultation svar	19		n/a		13-01-03 09:46	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-02-28 11:15	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-05-18 10:42	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-05-22 21:42	
Konsultation svar	19		n/a		13-06-19 07:22	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-07-19 14:27	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-07-19 14:31	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-07-30 10:20	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-07-31 10:29	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-08-14 15:35	
Konsultation svar	19		n/a		13-09-12 14:42	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-10-11 08:57	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-11-04 13:51	
Multidisciplinärt svar	19		*		13-12-03 09:12	

Välj aktuell tidsperiod att kontrollera. Har man inte haft denna kontroll kan det finnas ovidimerade svar sedan långt tillbaka. Klicka på rubrik Vidimeringsansvarig för att sortera så att de rader som saknar vidimeringsansvarig visas först. Man behöver även scrolla igenom hela listan för att även hitta de provsvar där vidimeringsansvarig är "angiven i fritext" och inte matchar någon användare i TakeCare.

Biobank

Se [vidare information om biobanker](#)

Bokning och väntelista

Avlidna – tas bort från väntelistan

Dokumentnamn Rutin för – Avlidna, rensning från väntelistan		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2014-02-28

I TakeCare finns ingen funktion för att söka fram avlidna patienter som finns på väntelistor eller är bokade och kallade till tider. Dessa patienter kan sökas fram i en rapport i BILD. För att avlidna inte ska komma med till mätningar och statistik så behöver dessa poster identifieras och plockas bort från TakeCare. Kontrollen ska göras kontinuerligt, minst en gång i veckan.

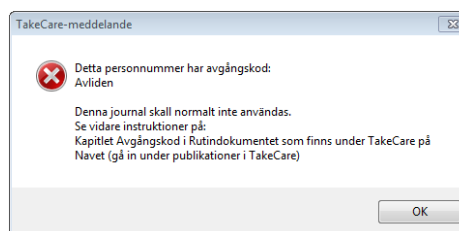
Gå in på Intra – Välj Verksamhetssystem - BILD

Klicka på Vård - Kontrollrapporter

Klicka på rapporten "Avlidna på väntelistan kallade och tidbokade (229)"

Klicka sedan på vårdenhetsgruppen eller vårdenheten så öppnas en ny rapport med personnummer. En behörighet krävs för att se personnumren. Om behörighet saknas ansöker verksamhetschefen om det genom att fylla i formuläret "Begäran om utökad behörighet", som finns under fliken "Om BILD" i BILD.

Sök patienten i TakeCare, det ska då komma upp ett meddelande att patienten har avgångskod avliden.



Skulle detta meddelande inte visas måste Patientuppgifter i TakeCare uppdateras. Klicka på Patientuppgifter och välj flik Folkbokföring och klicka på "Uppdatera nu" längst ner till höger. Då kommer civilstånd att uppdateras med avliden. Makulera alla bokningar och väntelistposter på patienten som avlidit.

Avstämningsmöte med försäkringskassan

Se [separat avsnitt](#).

Beslut om aktivitet

Till väntetider i vården mäts undersökningar, behandlingar och operationer från vissa vårdenheter i TakeCare. Denna mätning startar från datum när beslut om behandling tas. I TakeCare finns ett fält i bokningsunderlaget som heter "Beslut om aktivitet" där datum för beslut anges.

När besöksorsak gällande en undersökning, behandling eller operation väljs i bokningsunderlaget aktiveras ett fält för "Beslut om aktivitet" I detta fält skrivs datum för beslut om undersökning, behandling eller operation.

The screenshot shows a form titled "Besöksuppgifter" with several dropdown menus and checkboxes. The "Beslut om aktivitet" field at the bottom is highlighted with a red rectangular box. The values in the form are: Ekonomisk enhet: Falun Medicin Mag Tarm; Besökstyp: 1 Nybesök; 1:a besök: Ja; Besöksorsak: Gastroskopi, första besök(U); Specialistvårdsrem: [checkbox] giltig t o m: [calendar icon]; Kort varsel: [checkbox]; Tolk önskas: [checkbox] språk: Bislama; Beslut om aktivitet: 2016-01-19 [calendar icon].

Besök med flera resurser samma dag

När en patient ska träffa olika resurser inom samma enhet på samma dag kan de bokas på olika sätt. De skiljs åt beroende på om patienten träffar olika resurser på samma tid eller på skilda tider.

Teambesök

Teambesök är ett besök där patient träffar olika resurser vid samma tidpunkt. Observera att avstämningsmöte med Försäkringskassan ska bokas som Hälsovård.

Se funktionsbeskrivning i TakeCare för hur man kan söka tider för teambokning och hur man om- och avbokar teambesök.

Besöket bokas med besökstyp *Team*. Alla resurser/befattningar/rum läggs till i samma bokningsunderlag.

➤ **Kassaregistrering**

Teambesök registreras med besöksmall *Team, mottagning* eller *Team, hembesök* om det är ett hembesök. Taxan sätts enligt den yrkeskategori som har den högsta avgiften (avgift för läkarbesök om en läkare ingår i teamet annars avgift för sjukvårdande behandling). När besöket kassaregistreras så blir alla besök som ingår i bokningen kvitterade samtidigt.

Gruppteambesök

Gruppteambesök är ett besök där en patientgrupp träffar flera resurser vid samma tidpunkt. Besöket bokas med besökstyp *Grupp Team*. Välj *Boka grupp* och lägg till alla resurser/befattningar/rum i samma bokningsunderlag. Se även funktionsbeskrivning för bokning av teambesök.

➤ **Kassaregistrering**

Registreras med besöksmall *Grupp Teambesök*. Avgiften för ett gruppteambesök är den samma som för vanliga gruppbesök. När besöket kassaregistreras så blir alla besök som ingår i bokningen kvitterade samtidigt.

Sambokade/tidssamordnade besök

Sambokade/tidssamordnade besök är ett besök där patienten träffar olika resurser vid olika tidpunkter. Observera att om besöken tidssamordnats på patientens önskemål betalas de var för sig av patienten. Om besöken tidssamordnats av verksamheten betalas besöket med högst avgift av patienten och det/de andra besöken registreras som avgiftsfritt (enligt Vårdavgiftshandboken). Se även Kontaktregistreringsrutinen.

Bokas som ny/åter/mottagningsbesök på resurserna/befattningarna i antingen varsitt bokningsunderlag eller tillsammans i ett bokningsunderlag. För att få bokningarna i samma bokningsunderlag så bokas patienten först på en resurs och sedan läggs flera resurser till via knappen *Boka* i bokningsunderlaget.

För att tydliggöra att det är ett tidssamordnat besök kan en kommentar läggas till i bokningsunderlaget. Kom ihåg att skriva i rutan "Kommentar till kassan" om besöken ska betalas var för sig.

➤ **Kassaregistrering**

Registreras med besöksmall för läkarbesök eller sjukvårdande behandling. Alla besök ska kassaregistreras var för sig, antingen med avgift eller som avgiftsfritt, för att alla besök ska få vårdkontakter. Var uppmärksam på om endast det besök med högst avgift eller alla besök ska betalas.

Seriebokade besök

Seriebokade besök är återkommande besök, det vill säga besök som upprepas i någon form av intervall. Exempel på det kan vara besök för träning som sker samma tid och samma veckodag under tio veckor. Seriebokade besök kan vara både enskilda besök, gruppbesök eller teambesök.

Framflyttningsorsak

I TakeCare finns fältet "Framflyttningsorsak" med olika val som kan göras i bokningsunderlaget och fältet "Ombokningsorsak" i kalendern. Vid mätning till väntetider i vården rapporteras orsakerna till varför patienten väntar längre än vårdgarantins gräns.

Fältet fylls i vid av- eller ombokning eller om patienten vill senarelägga erbjuden tid. Det går även att registrera framflyttningsorsak när patienten finns på väntelistan dock ej vid direktbokning i kalendern.

Primärvården använder:

Medicinska skäl – Om hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patientens hälsotillstånd inte tillåter att planerat första besök/undersökning/behandling genomförs. (Används från och med införandet av den nya vårdgarantin 1/1 2019.)

Privata skäl – Då patienten av privata skäl väljer att avstå eller flytta fram erbjuden tid.

Vårdenhetens skäl – används när vårdenheten inte kan erbjuda tid inom vårdgarantigränsen (3 dagar), ombokar patientens tid när personal är sjuk eller vid bemanningsproblem på vårdenheten.

Specialistvården använder:

Medicinska skäl – Om hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patientens hälsotillstånd inte tillåter att planerat första besök/undersökning/behandling genomförs.

Privata skäl – Då patienten av privata skäl väljer att avstå eller flytta fram erbjuden tid

Tid vid annat sjukhus har avböjts – Används i de fall då patienten erbjuds en tid vid annat sjukhus men tackar nej till erbjudandet.

Vårdenhetens skäl – ombokar patientens tid när personal är sjuk eller vid bemanningsproblem på vårdenheten.

Se dokument [Riktlinjer SKR](#)

Första besök specialistvård (SV)

Vårdgarantimätningarna för nybesök baseras på att det finns ett bokningsunderlag som har "Ja" i fältet 1:a besök. På besökstypen nybesök är "Ja" förifyllt i bokningsunderlaget. Finns remiss kopplad till en bokning räknas väntetiden från remissdatum. Finns ingen remiss räknas väntetiden från skapandedatum på bokningsunderlaget. Det finns patienter som inte omfattas av vårdgarantin. För att selektera bort dessa patienter från vårdgarantimätningarna väljs "Nej" i fältet 1:a besök.

Exempel på patienter som inte omfattas av vårdgarantin:

- Patient som varit på annat sjukhus på behandling och ska följas upp om sex månader eller mer. Har patienten skickats av oss på behandling som sedan kommer tillbaka för uppföljning registreras "Återbesök" i besökstyp även om det finns en remiss med.
- Barn som flyttas över från barnmottagning till vuxenmottagning.
- Barn som ska bedömas efter mer än 3 månader, till exempel scolioser.
- Vissa vaccinationer (barnmott), ingår ej i vårdgarantin.
- Inflyttade patienter som ska övertas eller följas upp av någon klinik i Region Dalarna, t ex diabetiker och hjärtsjuka.
- Patienter där undersökning eller prover bara kan tas på en speciell tid på året.

Internetbaserad vård

För att få enhetligt bokningsflöde och för att det ska gå snabbt att boka patienter behöver en tidstyp och ett bokningsunderlag skapas som ska användas till bokningen av internetbaserad vård. Bokning av kontakt i tidbok bör samtliga behandlare göra själv på respektive enhet.

Kontakter för "internetbaserad vård - KBT online" är intäktsgivande kontakter och ska kassaregistreras för enheter där avgift ska tas ut. Avgiften är 100 kr/vecka och ingår i högkostnadsskyddet och tas ut oavsett om nytt avsnitt har öppnats eller inte. Undantagen är avgiftsbefriade verksamheter såsom BUP och Samtalsmottagning BU.

Inställningar för tidstyp och bokningsunderlag

Skapa en tidstyp som heter "Internetbaserad vård". Förslag på färg kod:

Färg Övrigt 6 från [dokumentet "Färgkoder till tidstyper"](#)

Nyans: 40	Röd: 170
Måttnad: 240	Grön: 170
FärgRen färg: Ljusstyrka: 80	Blå: 0
Lägg till anpassade färger	

Skapa ett bokningsunderlag som får namnet "Internetbaserad vård".

- Önskad tidstyp ska vara "Internetbaserad vård"
- Besökstyp ska vara "Internetbaserad vård"
- Besöksorsak ska vara "Internetbaserad vård"

Kassaregistrering

Se [Vårdavgiftshandboken](#), avsnitt "Avgifter i vården – Internetbaserad vård".

Lokal rutin behöver upprättas för att säkerställa kassaregistrering och fakturering av kontakten. Exempel på sådan kan vara:

När avstämning mellan patient och behandlare skett via SOB/telefon, skriver behandlare i bokningsunderlaget i rutan kommentarer till kassan: Skicka räkning till patient 100 kr.

Räkning skickas då till patienten av kassapersonal.

I kassan används besöksmallen "Internetbaserad vård"

Besöksmall:	96	Internetbaserad vård
Besökstyp:	H	Internetbaserad vård
Besöksform:	0	Enskilt
Besöksplats:	6	Annan plats
Akut:	2	Ej akut
Yrkeskategori 1:	36	Kurator
Yrkeskategori 2:		
Taxa:	89	Internetbaserad vård
Betalsätt:		
Avgift:		100 kr

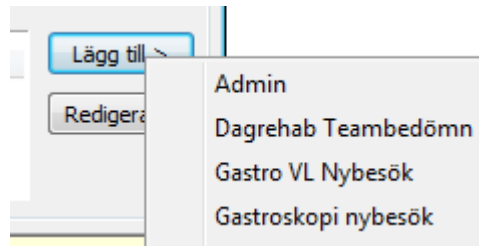
Om det är en utomlänspatient/asylsökande ska produktkod ÅTG0 = debiteras ej.

Koppling av remiss till bokning och väntelista

Dokumentnamn Rutin för – Koppling av remiss till bokning och väntelista		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-10

Utgå alltid från remissen vid bokning av tid eller väntelista så sker kopplingen med automatik.

Klicka på knappen "Lägg till" i remissen och välj bokningsunderlag.



Om inte förfarandet ovan följts kan remissen kopplas i efterhand, gör då enligt nedan.

Öppna konsultationsremissen och kontrollera vilket ärendenummer den har (personnummer + kontrollsiffra).

Beställning Konsultation - 19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan	
Spara & Stäng Bedömning Svar	
Avslutad - Elektronisk - Svar	
FRÅN	Medicin Falun Diabetes- och endokrinmottagning Falu lasarett 79182 Falun tel 023492430 fax 023492025 SE2321000180-46X3
TILL	Mottagningsenhet Avesta Medicinnmottagning 1 Avesta lasarett 77482 Avesta SE2321000180-4GWC
BESTÄLLNING, KONSULTATION	
19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan Krabbstigen 19 820 60 Delsbo Tel bostad: 0240-121202 Tel mobil:	
Ärendenummer: 191212121212-3013	

Öppna bokningen som ska kopplas, öppna fliken Övrigt. Skriv in kontrollsiffran, avsluta med att spara och stäng.

Bokningsunderlag - 19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan

Bokningsuppgifter Övrigt

Remissuppgifter

Ärendenummer: 1912121212 3013

Ankomstrådum:

I remissen visas väntelistposten eller tiden patienten har.

Dokumenttyp	Status	Kommentar	Händelsetid	
Nybesök läk	Väntelista		2016-01-21	

Lägg till >

Redigera...

Sent avbokat besök

I de fall patienten avbokat sent och mottagningen snabbt vill se att det finns tomma tider i schemat - avboka patienten och lägg åter väntelista eller omboka och ge en ny tid. I och med detta försvinner patienten från dagsöversikten. **För att få statistik på de sent avbokade besöken ska en kassaregistrering göras separat.**

Tänk på om det är en sen avbokning dagen innan patienten är bokad, vänta till dagen efter med att registrera det sent avbokade besöket så att det blir rätt datum för besöket på räkningen till patienten.

Slå patientens personnummer i kassadelen och registrera med besöksmallen "Sent avbokat" och på den dag patienten var bokad.

SMS-påminnelse

Dokumentnamn		
Rutin för – SMS-påminnelse		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-01-08

I TakeCare finns möjlighet att sända SMS-påminnelse om bokad tid till patient. SMS:et skickas ut cirka klockan 09:00 dagen innan bokad tid.

Vårdenheterna behöver ha rutiner för att vara säkra på att mobilnumren till patienterna är korrekta. Mobilnumret skrivs in under patientuppgifter i fältet SMS-aviseringsnummer. Där finns möjlighet att ange upp till tre olika aviseringsnummer, **dock endast ett nummer per rad.** SMS-påminnelse går ut till alla angivna nummer.

-----	-----
SMS-aviseringsnummer	0705555555
SMS-aviseringsnummer 2	
SMS-aviseringsnummer 3	

Observera att dessa rader endast får användas för SMS-aviseringsnummer, eftersom SMS-påminnelsen går ut till alla angivna nummer. Kontaktuppgifter till anhöriga ska skrivas in under fliken Kontaktuppgifter.

I bokningsunderlaget finns en rullist där man anger om patienten önskar SMS-påminnelse till mobilnumret. Samtycke ges genom att välja mall för SMS-påminnelse för varje besök per vårdenhet. Då blir det journalfört.

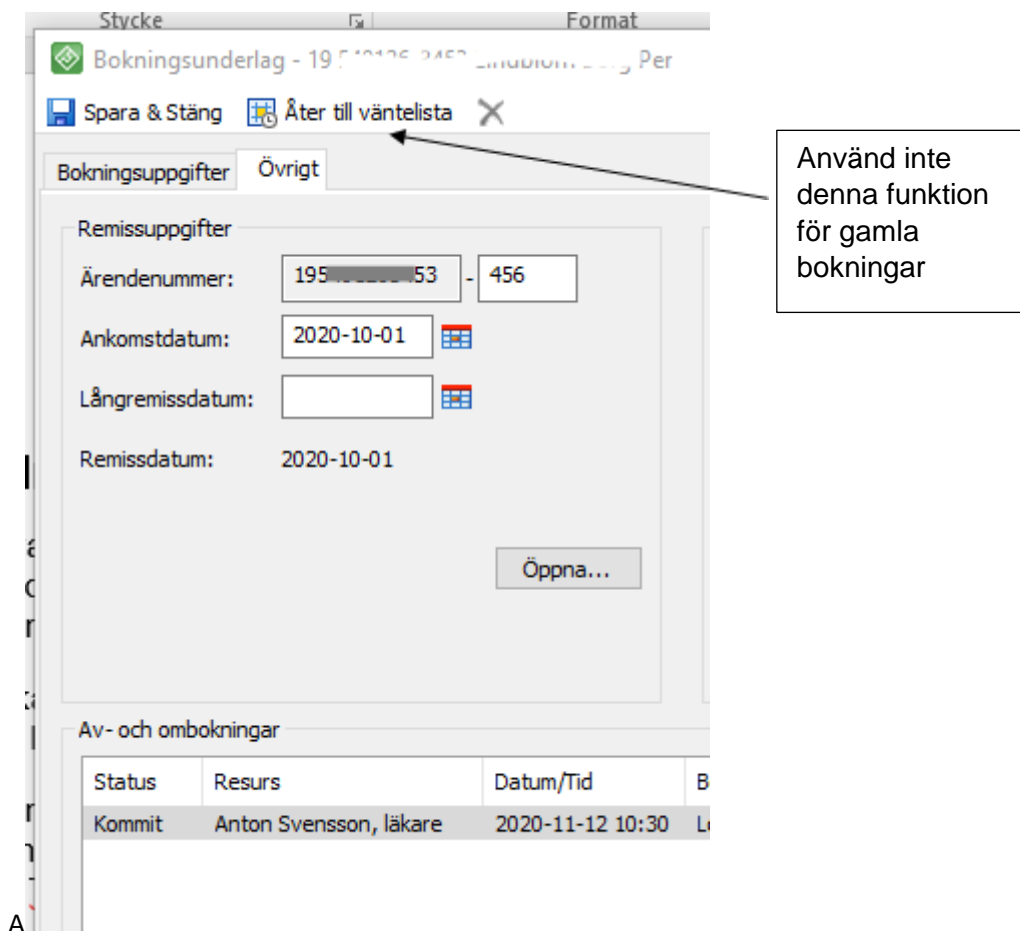
SMS-påminnelse
Standard ▼ skickas till 07055166

För ytterligare information se [patientjournalen – SMS-påminnelser](#).

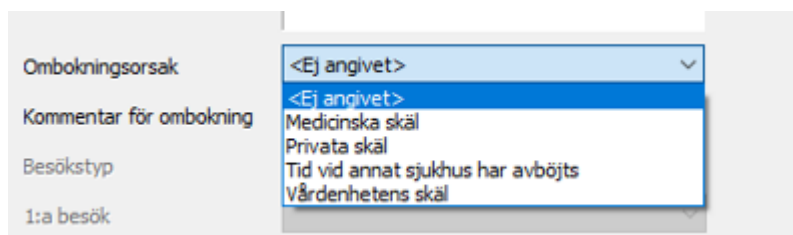
Sätta upp återbesök på väntelista (specialiserad vård)

Avsnittet gäller endast specialiserad vård. Tänk på att återanvändning av tidigare bokning ger problem vid mätning av väntetider i vården.

När en patient har varit på besök och ska sättas upp på väntelista för ett återbesök är det viktigt att man registrerar väntelistposten som ett nytt återbesök – det vill säga från meny Nytt – Bokning – väntelista. Det blir fel vid mätning av väntetider i vården om man "återanvänder" och utgår från tidigare bokning och där klickar på "Åter till väntelista". Väntelistposten som då skapas "ärver" den gamla bokningens beslutsdatum vilket gör att väntetiden blir felaktigt lång.



När det gäller **ombokning eller avbokning av tid** anges aktuell omboknings- eller avbokningsorsak:

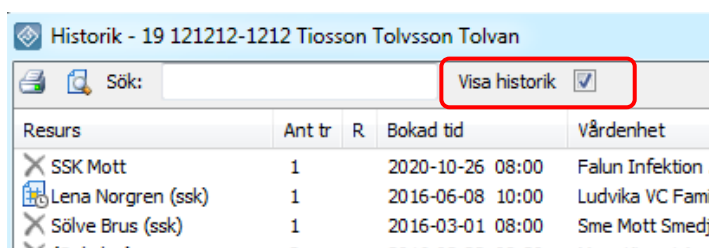


I de fall en remiss har inkommit där det redan finns en befintlig väntelistpost kopplar man remissen till denna. Väntetiden beräknas från det att patienten sattes upp på väntelista.

Uteblivet nybesök med remiss som ska bokas igen

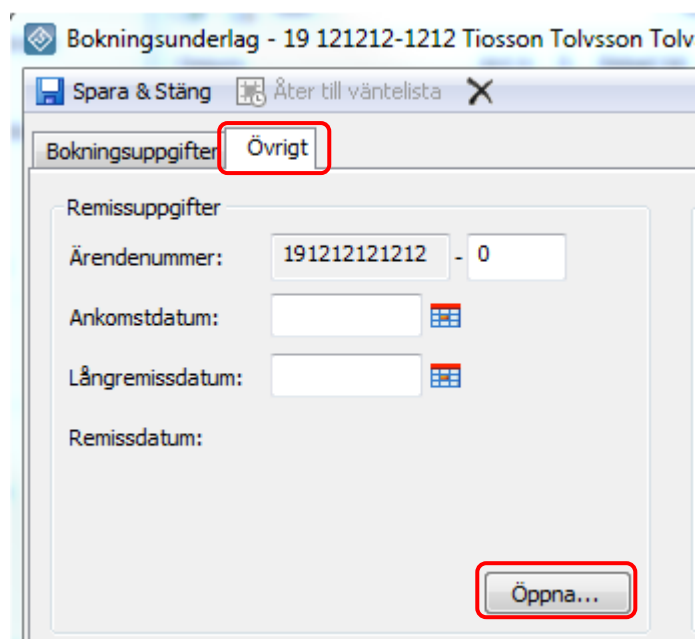
Finns remiss kopplad till det uteblivna besöket som är kassaregistrerat går det att öppna remissen från fliken "Övrigt" i bokningsunderlaget och lägga på väntelista eller boka en ny tid via Bedömning – Lägg till.

Gå in på patientens bokningar, klicka i rutan för historik. Dubbelklicka på det besök som ska bokas igen.



Resurs	Ant tr	R	Bokad tid	Vårdenhet
SSK Mott	1		2020-10-26 08:00	Falun Infektion .
Lena Norgren (ssk)	1		2016-06-08 10:00	Ludvika VC Famil
Sölve Brus (ssk)	1		2016-03-01 08:00	Sme Mott Smedj

Klicka på fliken Övrigt i bokningsunderlaget och sedan på knappen "öppna" för att se remissen.



Bokningsuppgifter: Övrigt

Remissuppgifter

Ärendenummer: 1912121212 - 0

Ankomstdatum: [calendar icon]

Långremissdatum: [calendar icon]

Remissdatum:

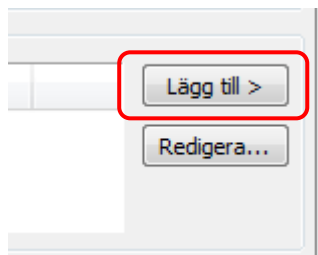
Öppna...

Klicka på bedömning i remissen.



Spara & Stäng Kopiera till ny Bedömning Svar Vidarebefordra

Knappen "Lägg till" blir aktiv, klicka på den och välj bokningsunderlag och spara.



Remissen är nu kopplad till denna vänteliste-post eller bokning.

Diagnosregistrering

Primärvård

Dokumentnamn Rutin för – Diagnosregistrering Primärvård		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 2.0
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-01-11

ACG (Adjusted Clinical Groups) utgör 80 % av kapitationersättningen och är ett mått på den sammanvägda vårdtyngden utifrån de listades besöksdiagnoser som sätts i primärvården. Det är därför av stor vikt att besök och besöksdiagnos registreras på rätt sätt.

I hälsoval används besöksdiagnoser satta i primärvården, samt diagnoser satta inom specialiserad vård som underlag för ACG. För besöket aktuella diagnoser ska anges som besöksdiagnos via journalmall.

Följande vårdkontakter i primärvården ska diagnossättas:

- Samtliga läkarvårdkontakter
- Vårdkontakter med annan personalkategori där utredning och bedömning görs, för ersättning enligt hälsoval.

Lathund för diagnosskola finns på Intra med de vanligast förekommande diagnoserna. Varje journalmall innehåller termen Diagnos enligt ICD-10.

Vid digital diktering sparas diagnosen inte som journaltext utan som ett utkast. Utkastet lägger sig i "Att färdigställa" och blir därmed inte låst. Möjlighet finns därför att sätta diagnos exempelvis i samband med remisskrivning och sedan diktera notatet.

För att sätta besöksdiagnos:

- Öppna aktuell journalmall och klicka på termen Diagnos enligt ICD-10.
- Lägg till.
- Markera diagnos/diagnoser från patientens tidigare satta diagnoser i listan alternativt lägg till Ny diagnos och markera sedan diagnos/diagnoser från listan över patientens diagnoser, klicka sedan OK.

Till ICD-10-kapitlet Yttre orsaker till skador och död är registrering av Orsakskod obligatorisk. används **Orsakskod X 5899 "Exponering för andra specificerade**

faktorer–ospec område-ospec aktiviteter” om registrering av Orsakskod inte anses nödvändig, för att komma förbi obligatoriet.

Specialistvården - slutenvård

Dokumentnamn Rutin för – Diagnosregistrering Specialistvården Slutenvård		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.0
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-25

Alla slutenvårdstillfällen DRG-grupperas utifrån de diagnos- och åtgärds-koder som registrerats. Det gäller även utomlänspatienter, EU-medborgare med eller utan EU-kort och utlänning utanför EU (undantag psykiatri, geriatrik och rehabiliteringsmedicin där vårddygn debiteras).

Samtliga registrerade uppgifter används som underlag vid debitering och vårdtyngdsmätning. Uppgifter skickas till Socialstyrelsen som underlag till Patientregistret (PAR).

Vid undersökningar för utredning under pågående vårdtillfälle – exempelvis gastroskopi och EKO

Registrering av diagnos- och åtgärds-kod görs på patientens vårdtillfälle på inneliggande klinik. Öppenvårdskontakten kvitteras på den vårdenhet där undersökningen utförs, vilket innebär att det inte skapas någon vårdkontakt som ska diagnosättas.

Vid förflyttning inom kliniken - förflyttning mellan avdelningar på samma klinik

Debitering sker endast från den utskrivande vårdenheten så det är viktigt att samtliga diagnoser och åtgärder för hela vårdtillfället registreras och DRG-grupperas på den utskrivande vårdenheten.

Vid byte av klinik – till exempel flytt från vårdenhet på medicinkliniken till vårdenhet på ortopedkliniken

Debitering sker från den utskrivande vårdenheten per klinik så det är viktigt att samtliga diagnoser och åtgärder registreras på den utskrivande enheten. Alltså båda klinikerna ska diagnos- och åtgärds-kodsregistrera samt DRG-gruppera respektive vårdtillfälle.

Inskrivna inom psykiatrin för psykiatrisk tvångsvård

Funktionen utplacering används på inskrivande vårdenhet inom psykiatrin när patienten behöver vård på annan slutenvårdsenhet. Diagnoser och åtgärds-koder dokumenteras i slutanteckningen på den vårdenhet patienten är inskriven på. Vårdenhet dit patienten är utplacerad lägger patienten på vårdplatslistan i TakeCare.

Se rutin: Rutin för patienter med rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård i TakeCare

Lathund diagnos- och åtgärds-kodsrapportering via journaltext

Förutsättning: Vårdkontakten finns registrerad när flödet startar.

- För in aktuella diagnoskoder i journaltextmall under termen Diagnos enl ICD-10.
- För in eventuella åtgärds-koder i journaltextmall under termen. Åtgärds-kod. Ska inte åtgärds-kod registreras kan detta lämnas tomt.
- Under termen Diagnos-/Åtgärdsrapportering – klicka på knappen "Vårdkontakter".

- Välj aktuell vårdkontakt i vårdkontaktslistan, dubbel- eller högerklicka. Rutan för DRG-registrering öppnas och diagnos- respektive åtgärds-kod följer med. Om fler än en diagnos rapporteras kommer alla åtgärder förvalt att vara kopplade till huvuddiagnosen, men kan redigeras.

Vårdenhet	Datum/tid	Vårdkontakt	Huvud-/besöksdiagnos	Ekonomisk enhet	Registreringsstatus
Kungsängens VC	12-10-16 13:00 ...	Öppen vårdkontakt		16102-011-1401	Ej godkänd
Kungsängens VC	12-09-03 14:35 ...	Hälsövård		16102-011-	
Kungsängens VC	11-11-25 12:53 ...	Öppen vårdkontakt		16102-011-	
Kungsängens VC	11-11-25 09:52 ...	Öppen vårdkontakt		16102-011-	

- Godkänn vårdkontakten och DRG-modulen stängs.

OBS! Görs registrering via journaltext mer än en gång per vårdkontakt tas diagnosdubletter bort, men åtgärden läggs till tidigare.

Diagnos- och åtgärds-kodsrapportering via vårdkontakter

Förutsättning: Vårdkontakten finns registrerad när flödet startar.

- Öppna vårdkontakter och dubbelklicka på den aktuella vårdkontakten.
- För att välja diagnoser och åtgärds-koder tryck på Lägg till vid respektive ruta. En ny ruta öppnas där patientens registrerade diagnoser och åtgärder från den egna spärrgruppen visas.
- För att DRG-gruppera slutenvårdstillfälle, markera ja (om det inte är förifyllt) och klicka på DRG-gruppera. Klicka på Godkänn när all registrering är klar för att faktura ska gå till annan huvudman.

Specialistvården - öppenvård

Dokumentnamn Rutin för – Diagnosregistrering Specialistvården Öppenvård		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.0
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-25

På alla öppenvårdskontakter till läkare registreras diagnos- och åtgärds-kod.

Övriga yrkeskategorier diagnosregistrerar enligt verksamhetsrutin. Rutin för kontaktregistrering ligger som grund till all öppenvårdsregistrering. Samtliga registrerade uppgifter används som underlag vid debitering och vårdtyngdsmätning. Uppgifter skickas till Socialstyrelsen som underlag till Patientregistret (PAR).

Öppenvårdskontakt läkare

På vårdkontakten registreras diagnos- och åtgärds-kod. När alla diagnoser och åtgärder registreras godkänns vårdkontakten.

Produktkodsregistrering

Registreras på person skriven i annat län, asylsökande, samt EU-medborgare med eller utan EU-kort eller utlänning utanför EU. På vårdkontakten registreras diagnos- och åtgärds-koder samt produktkod. När alla koder har registrerats klart ska vårdkontakten godkännas för att klarmarkera och för att faktura till annan huvudman ska gå iväg.

Registrering av diagnoser och DRG - Öppen vårdkontakt -19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan

Produktkodsregistrering

AMJ1	Ort Fa akutbesök/jourtid 1
PV GIPS	PV läkarbesök m gipsning Sälen/Särna
PV LB	PV läkarbesök
PV SB	PV sjukvårdande behandling
RM4	Skönvik rehabprogram med boende 4 veckor
ÅTGO	Debiteras ej
-----	-----
42N	Kir Mo nybesök1
42S	Kir Mo sjuksköterskebesök1
42Å	Kir Mo återbesök1
44N	Kir Mo nybesök2
44S	Kir Mo sjuksköterskebesök2
44Å	Kir Mo återbesök2

Kassauppgifter

Vårdkontaktstyp: Öppen vårdkontakt
Besöksdatum/tid: 2016-01-19 kl 16:23
Vårdenhet: Avesta VC Mott Avesta
Ekonomisk enhet: SE2321000180-4764
Besöksstyp: Återbesök
Akut: Akut (ÖVR)
Yrkeskategori: 01

Tilläggsdebitering

<input checked="" type="checkbox"/>	Produktkodsregistrering
-------------------------------------	-------------------------

PV LB	PV läkarbesök	1 850
-------	---------------	-------

Lägg till... Ta bort Redigera...

Akut- och öppenvårdsbesök som leder till inläggning

Diagnos- och åtgärds-kod registreras. Rutan för "Inskrivning" bockas i och vårdkontakten godkänns. Åtgärds-kod XS100 Oplanerad inskrivning till slutet vård används. Vid patienter ej folkbokförda i Dalarna ska produktkod anges och vårdkontakten godkänns. Inskrivningsrutan är då inte möjlig att fylla i.

Bedömning

Bedömning av undersökningar genomförda i öppenvården, t.ex. Holter-EKG. Registrering av diagnos- och åtgärds-koder görs i journalanteckningen.

Telefonkontakter

Telefonkontakter kvalificerad hälso- och sjukvård skall registreras med diagnos- och åtgärds-kod.

Vid öppenvårdsbesök under pågående vårdtillfälle som inte har samband med vårdtillfället

Öppenvårdsbesöket kassaregistreras, samt diagnos- och åtgärds-kod sätts på bokande vårdenhet. Patienten ska inte betala för besöket.

Vid undersökningar för utredning under pågående vårdtillfälle – till exempel gastroskopi och EKO

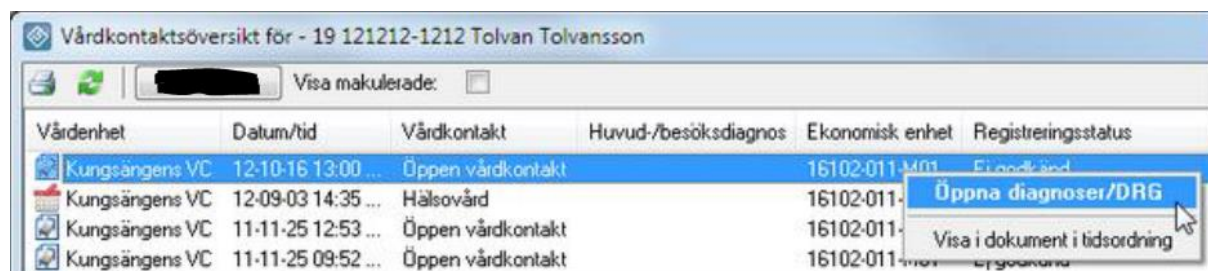
Registrering av diagnos- och åtgärds-kod görs på patientens vårdtillfälle på inneliggande klinik.

Öppenvårdskontakten kvitteras på den vårdenhet där undersökningen utförs, vilket innebär att det inte skapas någon vårdkontakt som ska diagnosättas och godkännas.

Lathund diagnos- och åtgärds-kodsrapportering via journaltext

Förutsättning: Vårdkontakten finns registrerad när flödet startar.

- För in aktuella diagnoskoder i journaltextmall under termen Diagnos enl ICD-10
- För in eventuella åtgärds-koder i journaltextmall under termen Åtgärds-kod. Ska inte åtgärds-kod registreras kan detta lämnas tomt.
- Under termen Diagnos-/Åtgärdsrapportering – klicka på knappen 'Vårdkontakter'
- Välj aktuell vårdkontakt i vårdkontaktslistan, dubbel- eller högerklicka.



- Rutan för Registrering av diagnoser öppnas och diagnos- respektive åtgärds-kod följer med.
- Om fler än en diagnos rapporteras kommer alla åtgärder förvalt att vara kopplade till huvuddiagnosen, men kan redigeras.
- Godkänn vårdkontakten och DRG-modulen stängs.

Diagnos- och åtgärds-kodsrapportering via vårdkontakter

Förutsättning: Vårdkontakten finns registrerad när flödet startar.

- Öppna vårdkontakter och dubbelklicka på den aktuella vårdkontakten.
- För att välja diagnoser och åtgärds-koder tryck på Lägg till vid respektive ruta.
- En ny ruta öppnas där patientens registrerade diagnoser och åtgärder från den egna spärrgruppen visas.
- För att godkänna en öppenvårdskontakt, markera nej (om det inte är förfyllt). Klicka på Godkänn när all registrering är klar för att faktura ska gå till annan huvudman.

Dokumentation av vissa hembesök/jourbesök

Dokumentnamn Rutin för dokumentation av hembesök, konstaterande av dödsfall eller vårdintygsbedömningar samt jourbesök i den kommunala hemsjukvården, PV.		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Rutinen vid dödsfall och vårdintygsbedömningar ska användas oavsett om besöket har genomförts på dagtid eller under jour.

Dödsfall/vårdintyg

Vid hembesök enligt ovan ska besöket registreras i kassan som ett hembesök som är avgiftsfritt för patienten. Vårdcentralen erhåller dubbel ersättning för dessa besök. Journaldokumentationen görs i hembesöksmallen. För besök under jourtid görs kassaregistreringen i efterhand. Lokal rutin för detta ska finnas.

Om dödsfall konstateras utan läkarbesök (genom sjuksköterska vid väntade dödsfall) görs ingen kassaregistrering. Journaldokumentation görs i administrationsmallen.

Dokumentation görs på den enhet där patienten är listad. För patient ej listad i Dalarna gäller att ansvaret utgår från geografien. Den vårdcentral som finns inom det listningsområde som patienten befinner sig har ansvaret (dagtid vårdcentral, jourtid område) och dokumentation ska göras på jourmottagningen för området.

Vid dödsfall ska konstaterande läkare informera listad enhet via telefon närmaste vardag.

Jourbesök i den kommunala hemsjukvården inklusive Säbo

Patient listad i Region Dalarna

Beredskapsjouren har tillgång till TC via så kallad jourPC. Behörighet ska ges till de jourläkare vid de vårdcentraler som hör till beredskapsjourens ansvarsområde. Digital diktering är möjlig.

Dokumentation görs på den enhet där patienten är listad.

Hembesök ska kassaregistreras på den enhet där patienten är listad. Jourläkare ansvarar för att nödvändig information lämnas för att möjliggöra kassaregistrering.

Råd och stöd dokumenteras i mall. Samma ersättning utgår oavsett om besök/kontakt varit på dag eller jourtid.

Dödsbevis/Dödsorsaksintyg

Dödsbevis och Dödsorsaksintyg inrapporteras till Skatteverket respektive Socialstyrelsen via den webbaserade e-tjänsten eMortis. Tjänsten innehåller även lagring och återsökning av sparad intyg/bevis, varför detta inte ska lagras i TakeCare.

Efterhand kommer möjligheten att skicka dokumenten manuellt att fasas ut.

eMortis finns som uthopp från TakeCare via patientens Externa system och tjänster utifrån behörighetskrav enligt nedan.

Behörighet:

- Såväl behörighet i TakeCare för åtkomst till uthoppen som nationellt medarbetaruppdrag krävs.
- Samtliga läkare tilldelas per automatik behörighet för möjlighet att använda uthoppen.
- Befintliga medarbetaruppdrag för exempelvis Pascal och/eller NPÖ ger behörighet även till eMortis och finns sådant behöver således ingenting ytterligare beställas.
- Samtliga medicinska sekreterare tilldelas per automatik behörighet för åtkomst till uthoppet för sökning av befintliga bevis/intyg i tjänsten. Saknas tidigare nationellt medarbetaruppdrag behöver dock sådant beställas via Självbetjäningssportalen, tjänst eMortis.
- Övriga som behöver tillgång till tjänsten måste beställa bägge behörigheterna i Självbetjäningssportalen - TakeCare behörighetsprofil "Extern tjänst eMortis läs" (sökning) alternativt "Extern tjänst eMortis skriv" (skriva bevis/intyg), samt medarbetaruppdrag via tjänst "eMortis".

För mer information om eMortis, vänligen se [Socialstyrelsen, dödsorsaksregistret](#).

Tjänsten hanterar endast fullständigt personnummer, för asylsökande ska dödsbevis och dödsorsaksintyg även fortsättningsvis skickas till Migrationsverket, Box 812, 781 28 Borlänge.

Efterlevandesamtal

Dokumentnamn Rutin för Efterlevandesamtal		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-10

En av hörnstenarna i palliativ vård handlar om att ge stöd till närstående. I Världshälsoorganisationens (WHO) definition av palliativ vård ingår att erbjuda stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under sjukdomstiden och efter dödsfallet. Efterlevandesamtal är en del i stödet för närstående.

Ett efterlevandesamtal innebär att personal från den enhet som vårdat patienten den sista tiden, tar kontakt med närmast närstående. Utformning och mål med efterlevandesamtal kan inom olika verksamheter variera från att vara helt fokuserade på hur den närstående har det, till att också inkludera utvärdering av den palliativa vård som patienten fått.

Behov finns kring en enhetlig hantering av efterlevandesamtal och dokumentation av efterlevandesamtal.

Definition efterlevandesamtal

Ett avslutande samtal som erbjuds närstående 6 – 8 veckor efter dödsfallet.

Deltagare

Efterlevande närstående, någon/några från enheten som är insatt i vårdförloppet, samt har kännedom om vad som kännetecknar ett normalt sorgeförlopp.

Genomförande

- Presentation av närvarande.
- Beskriv syftet med samtalet och hur lång tid som är avsatt.
- Att ha en grund med ett antal förformulerade frågor underlättar. samtalet.
- Låt närstående beskriva sjukdomsförloppet fritt utifrån behov.
- Ge vid behov kompletterande information och korrigerera eventuella missuppfattningar.
- Vid behov tala om känslomässiga reaktioner hos närstående.
- Informera om möjligheten till fortsatt stöd.
- Sammanfatta samtalet och avsluta.

Dokumentation

Uppgifter som inte är relevanta för vård och behandling av patienten skall inte registreras i patientens journal. Syfte och innehåll i journalen framgår av [Patientdatalagen](#) 3 kap 5-6 §§ samt socialstyrelsens föreskrifter 2008:14.

Planering inför och genomförandet av efterlevandesamtalet dokumenteras på pappersblanketter. Det är arbetsmaterial som sparas ett år och är statistik- och kvalitetsgrundande.

Vid behov av kalenderbokning av besöket görs det på den närstående med besöksorsak "Efterlevandesamtal", vilken av SADM kan inhämtas till verksamhetens lista över besöksorsaker. Upprättande av bokningsunderlag rekommenderas.

Besöket ska kassaregistreras, men samtal på grund av dödsfall eller sjukdom är avgiftsfritt i enlighet med [vårdavgiftshandboken](#).

Besöket får inte bokas på den avlidne, dels då flera personer inte får blandas i samma journal, dels för att den avlidne har avgångskod och därmed inte kan kassaregistreras.

Ytterligare dokumentation ska inte göras i den närståendes journal.

Att efterlevandesamtalet är genomfört dokumenteras kortfattat i den avlidnes journal. Ex. Efterlevandesamtal med nn har hållits idag, eller Efterlevandesamtal med nn har hållits idag och nn hänvisas till vårdcentralen för fortsatt samtalskontakt.

Om behov uppstår till en fylligare dokumentation ska den inte dokumenteras i journalen utan i en separat anteckning som diarieförs på aktuell klinik med hänvisning till diarienumret i patientens journal.

Se även intra [Diarieföring och arkivering av allmänna handlingar](#).

Ej disponibla vårdplatser, disponibla vårdplatser samt beläggningsöversikt

Dokumentnamn Rutin för – Ej disponibla vårdplatser, disponibla vårdplatser, beläggningsöversikt		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 2.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-01-08

För att kunna se beläggningen finns fastställda vårdplatser angivet i TakeCare. Tillfälliga nerdragningar exempelvis under semesterperioder anges som ej disponibla vårdplatser.

Definitioner från SKR:

Disponibel vårdplats: vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Fastställd vårdplats: vårdplats i sluten vård beslutad av huvudman.

Fastställd vårdplats är en administrativ benämning och används i till exempel budget- och planeringssammanhang.

Vid förändring av fastställda vårdplatser meddelas [VIS-supporten via IT-supporten](#). Du kan med fördel anmäla detta via Självserviceportalen.

Systemadministratören ska under Systemmeny – Vårdenhetens inställningar – registrera beläggning, fortlöpande ange hur många platser som är disponibla och eventuell kommentar samt ändra disponibla platser vid tillfälliga förändringar till exempel sommarneddragningar.

Dessutom finns möjlighet att ange hur många patienter som planeras skrivas in alternativt skrivas ut.

Lokal rutin för att bekräfta beläggningen behöver skapas på vårdavdelningen.

Ekonomisk enhet för primärvården

Dokumentnamn Rutin för – Registrering av ekonomisk enhet för primärvården		
Framtagen av Hälsovalsensheten, VIS-förvaltningen	Godkänd av IT-rådet	Version 1.0
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2015-02-18

Rutinen visar hur ekonomisk enhet ska användas i bokning och kassaregistrering för att statistik och ersättning ska komma rätt vårdenhet tillhanda. I normalfallet skall utförande enhet (vårdenhet) och ekonomisk enhet vara densamma i bokning och kassaregistrering, men undantag finns utifrån tjänsteköp och centraliserade serviceenheter.

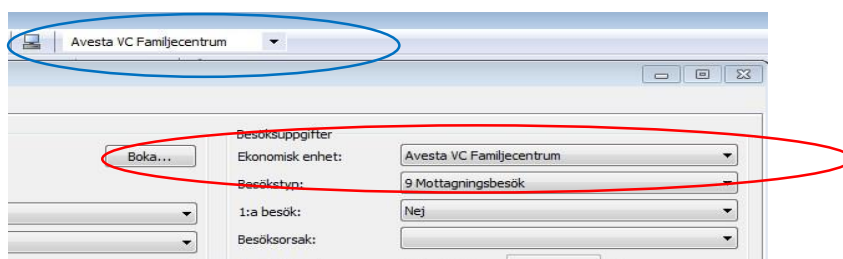
För att alla varianter av listning och utförande ska vara så tydligt som möjligt följer här en genomgång uppdelat på följande:

- Patienten är listad på vårdenheten som utför tjänsten.

- Patienten är listad på annan vårdenhet och inget avtal finns (otrohetsbesök).
- Patienten är listad på annan vårdenhet och avtal finns för bokande enhet att utföra tjänsten.
- BVC/MVC
- Patienten är listad vid annan vårdenhet och avtal finns för bokande enhet att utföra Hälsovård.

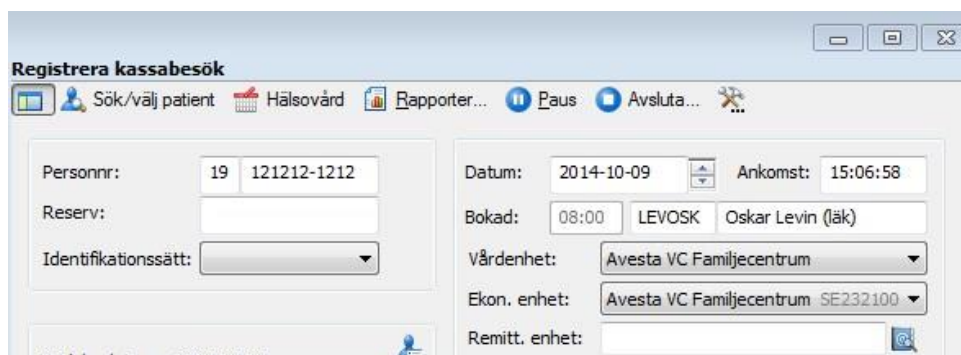
Patienten är listad på vårdenheten som utför tjänsten

Vid bokning av patienter som är listade på bokande enhet ska den bokande enhets ekonomiska enhet stå i fältet "Ekonomisk enhet" i bokningsunderlaget.



The screenshot shows a software interface for booking. At the top, a dropdown menu is set to 'Avesta VC Familjecentrum'. Below this, there is a 'Boka...' button. To the right, the 'Besöksuppgifter' section is visible, with 'Ekonomisk enhet' set to 'Avesta VC Familjecentrum' and 'Besökstyp' set to '9 Mottagningsbesök'. Other fields include '1:a besök' set to 'Nej' and 'Besöksorsak'.

När denna bokning registreras i kassan kommer Avesta VC Familjecentrum stå i fältet "Vårdenhet" och Avesta VC Familjecentrum i fältet "Ekonomisk enhet".



The screenshot shows the 'Registrera kassabesök' form. It includes fields for 'Personnr:' (19 121212-1212), 'Reserv:', and 'Identifikationssätt:'. On the right, there are fields for 'Datum:' (2014-10-09), 'Ankomst:' (15:06:58), 'Bokad:' (08:00, LEVOSK, Oskar Levin (läk)), 'Vårdenhet:' (Avesta VC Familjecentrum), 'Ekon. enhet:' (Avesta VC Familjecentrum SE232100), and 'Remitt. enhet:'.

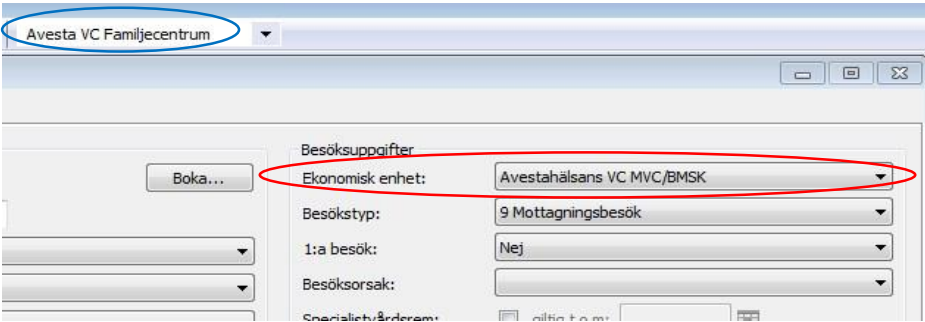
Patienten är listad vid annan vårdenhet och inget avtal finns (otrohetsbesök)

Registreringen ska ske på samma sätt som med patienter som är listade på vårdenheten. Se beskrivning under rubriken ovan [Patienten är listad på vårdenheten som utför tjänsten](#).

Patienten är listad vid annan vårdenhet men avtal finns för bokande enhet att utföra tjänsten

När en vårdenhet serverar någon annan ska ekonomisk enhet för den vårdenhet man serverar väljas i fältet "Ekonomisk enhet" i bokningsunderlaget vid bokning av patient.

Exemplet nedan är från Avesta VC Familjecentrum som serverar Avestahälsans VC MVC/BMSK där bokningen sker på Avesta VC Familjecentrum men ekonomisk enhet blir Avestahälsans VC MVC/BMSK.



The screenshot shows a booking interface. At the top, a dropdown menu is set to 'Avesta VC Familjecentrum'. Below this, there is a 'Boka...' button. To the right, under 'Besöksuppgifter', the 'Ekonomisk enhet' dropdown is set to 'Avestahälsans VC MVC/BMSK'. Other fields include 'Besökstyp: 9 Mottagningsbesök', '1:a besök: Nej', and 'Besöksorsak:'. The 'Ekonomisk enhet' field is circled in red.

När denna bokning registreras i kassan kommer Avesta VC Familjecentrum stå i fältet "Vårdenhet" och Avestahälsans VC MVC/BMSK i fältet "Ekonomisk enhet".



The screenshot shows the 'Registrera kassabesök' form. It includes fields for 'Personnr: 19 121212-1212', 'Reserv:', and 'Identifikationssätt:'. On the right, 'Datum: 2014-10-09', 'Ankomst: 15:10:01', 'Bokad: 08:00 LEVOSK Oskar Levin (läk)', 'Vårdenhet: Avesta VC Familjecentrum', 'Ekon. enhet: Avestahälsans VC MVC/BMSK SE232', and 'Remitt. enhet:' are visible.

BVC/MVC

Vid bokning av BVC- eller MVC-patienter på familjeenhet, familjecentrum och vårdcentraler ska respektive BVC-/MVC-enhets ekonomiska enhet där patienten är listad anges.

BVC kassaregistreras normalt inte, men utomlänspatienter samt asylsökande ska registreras i kassan.

Patienten är listad vid annan vårdenhet och avtal finns för hälsovård

Ekonomisk enhet i kassan för hälsovård erhåller intäkterna som kommer in vid försäljning av artiklar från Hälsovård, samt får statistiken.

Finns ett avtal ska registrering av försäljning av artiklar i Hälsovård, till exempel gynekologisk hälsokontroll (cellprov), ske i enlighet med avtalet utifrån ovan för att pengarna från försäljningen ska fördelas rätt.

Om inget i avtalet reglerar hur besök och försäljning av artiklar i Hälsovård, till exempel gynekologisk hälsokontroll, ska registreras så bör både bokning och kassa använda utförande enhet som ekonomisk enhet.

Bokas inte patienten vid Hälsovård måste ekonomisk enhet väljas i kassan. Endast vid dessa tillfällen ska ekonomisk enhet väljas i kassan.

Information till kassapersonal

Fältet **Vårdenhet** i kassan kommer att vara bokande och utförande enhet. Fältet **Ekonomisk enhet** ska vara den vårdenhet som tjänsten utförs åt. Detta kommer från bokningen.

Ändra inte fälten **Vårdenhet eller **Ekonomisk enhet** i kassan på patienter från dagsöversikten.** Om ändring görs i fälten i kassan av misstag måste registreringen avbrytas och patienten hämtas på nytt från dagsöversikten för att vårdenhet och ekonomisk enhet ska bli rätt. Om bokande personal valt fel ekonomisk enhet måste bokningen ändras innan kassaregistrering.

Viktigt att tänka på

Vid registrering av **sjukvård** i kassan måste patienten ha en bokning i kalendern för att det ska bli den listade vårdenhetens ekonomiska enhet i kassan.

Vid registrering av **hälsovård** i kassan där det inte förekommer en bokning i kalendern får utförande enhets ekonomiska enhet väljas i kassan.

Vid frågor gällande avtal och ekonomisk ersättning kontakta ansvarig verksamhetsföreträdare, ekonom eller Hälsovalsenheten.

Om adekvat ekonomisk enhet inte finns tillgänglig för registrering kontakta VIS support.

Inkommande och utgående dokument

Dokumentnamn Rutin för Inkommande och utgående dokument		
Framtagen av Delprojekt, PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Inkommande dokument:

- Inkommande dokument till vårdenheten ska skannas i TakeCare förutsatt att handlingen inte redan finns i TakeCare-journalen. Kontrollera att dokumentet är läsbart efter att det skannats. Pappersdokumentet kan sedan kastas.
- Händelsedatum anger datum och tidpunkt för skanning, dagens datum och tidpunkt visas per automatik.
- Inskannat dokument signeras i TakeCare.
- Då skanning inte är praktiskt möjligt eller att ansvarig enhet bedömer att detta inte är nödvändigt är det viktigt att notera i journalen att inkommande journalhandlingar i sin helhet finns på annat ställe.

Utgående dokument:

För dokument som skickas brevlades eller faxas skapa/se aktivitet "Skickat".
Dokumentera mottagare under anvisning.

In- och utskrivning

Akut/ej akut

Dokumentnamn Rutin för – Akut/ej akut		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2012-01-05

Ett **akut vårdtillfälle** respektive **akut öppenvårdsbesök** är:

- Ett vårdtillfälle eller öppenvårdsbesök där patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande respektive bedömning.

Ett **oplanerat vårdtillfälle** respektive **oplanerat öppenvårdsbesök** är:

- Ett besök/vårdtillfälle som inte har avtalats och behöver således inte vara akut.

Källa: Socialstyrelsens termbank

Välj Akut Ja om det är ett vårdtillfälle eller öppenvårdsbesök där patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande respektive bedömning.

Välj Akut Nej om det är ett planerat eller oplanerat besök där patientens tillstånd INTE kräver omedelbart omhändertagande respektive bedömning.

Förflyttning av patient inom samma klinik

Vid byte av vårdenhet inom samma klinik ska inte patienten skrivas ut, det ska endast göras en förflyttning. Under "Inskrivning/Utskrivning - Permission/Förflyttning" ändras vårdenhet och ekonomisk enhet. Kom ihåg att tömma vårdplatsen. Den mottagande enheten tilldelar vårdplats.

Inskrivning/Utskrivning - 19 121212-1212 Tiosson Tolvsson Tolvan

Spara & Stäng Makulera...

Inskrivning Permission/Förflyttning Utskrivning

-Permission

Fr.o.m. - T.o.m.	Vistelseort

Lägg till... Ta bort...

-Förflyttning/Ändra ekonomisk enhet

Flytta till vårdenhet:

Ändra ekonomisk enhet: Falun Ort Avd 18 SE2321000180-46X0

Flyttad/Ändrad datum:

Inläggning från akuten till slutenvård

När patienten blir inskriven i slutenvården från akutmottagningen ska den tidpunkt patienten kommit till akutmottagningen anges som inskrivningstid så att patienten debiteras rätt avgift.

Öppna patientens journal, titta under samtliga dokument på akutuppgifter (journalfiltret kan behöva kryssas i) för att se när patienten kom till akutmottagningen.

Patientavgift vid inskrivning

I samband med inskrivning i slutenvården finns i fältet patientavgift två alternativ:

Vårdavgift används även för barn då TakeCare räknar fram patientens ålder och avgiftsbefriar barn med automatik. Det fungerar även då barnen fyller år under vårdtillfället.

Ej vårdavgift används för asylsökande, anhållna, häktade samt intagna på kriminalvårdsanstalt, se vårdavgiftshandboken.

Se även avsnitt [Rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård](#).

Permission

Dokumentnamn Rutin för – Permission		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2012-05-01

När man skriver ut en patient till permission måste datum och klockslag anges då patienten väntas tillbaka till avdelningen. Patienten blir "gråad" på vårdplatslistan under permissionstiden. Gråmarkeringen försvinner då tiden för permission har passerats.

Varje enhet bör skapa rutiner för att kontrollera vilka patienter som automatiskt återinskrivits trots att patienten inte kommit tillbaka från permissionen på angiven tid.

Makulering av vårdtillfälle

Dokumentnamn Rutin för – Makulering av vårdtillfälle		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2012-05-01

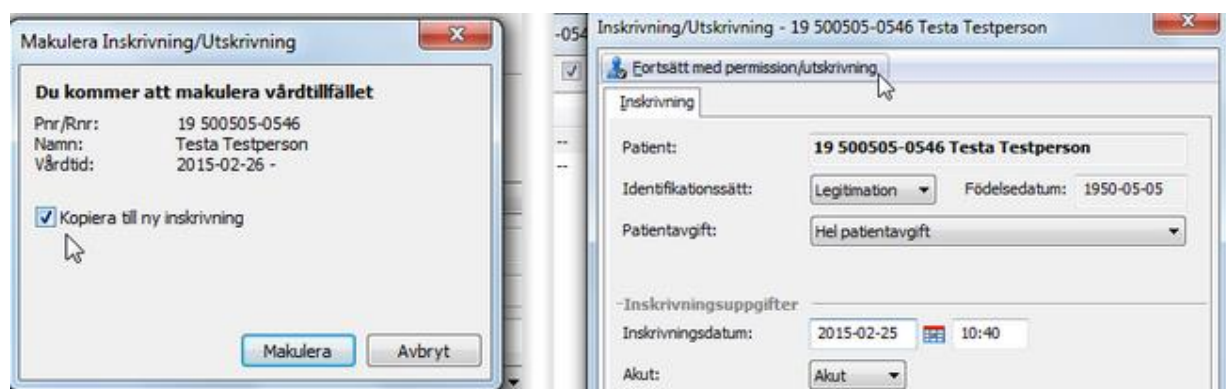
I TakeCare kan flera inskrivningsuppgifter på en patient redigeras i efterhand. Om patienten är inskriven på fel enhet eller om uppgifterna, inskrivningsdatum, klockslag eller ekonomisk enhet är felaktigt måste vårdtillfället makuleras och patienten skrivas in på nytt. Detta gäller även om patienten har blivit felaktigt utskriven.

I TakeCare gör man en makulering genom att gå till Vårdkontakter. Makuleringen måste bekräftas med användarnamn och lösenord.

Om patienten ska skrivas in på nytt är det viktigt att tänka på att det inte går att ha exakt samma klockslag för två vårdtillfällen trots att det första är makulerat.

I samband med makuleringen av ett vårdtillfälle är det möjligt att kopiera data till ett nytt vårdtillfälle. Användbart när vårdtillfället makuleras på grund av att felaktiga värden inte kan redigeras, till exempel inskrivningstid och ekonomisk enhet eller om ett avslutat vårdtillfälle innehåller felaktiga data och ska korrigeras.

Eventuella kopplingar till Samordnad vårdplanering återskapas inte!



Korrigerar uppgifterna i inskrivningsfliken, fortsätt med permission/utskrivning.

Ändringar av inskrivningsdatum kan innebära att utplaceringar och permissioner hamnar utanför vårdtillfället och måste korrigeras.

Om diagnoser, åtgärder, DRG-gruppering eller produkter kopplats till det vårdtillfället som makulerats kommer dessa inte att kopieras till det nya vårdtillfället.

Töm vårdplats

I TakeCare kan man välja att inte tömma vårdplatsen och då finns patienten kvar på vårdplatslistan trots att man skrivit ut patienten och avslutat vårdtillfället.

Väljer man däremot att använda rutinen att tömma vårdplatsen försvinner patienten från vårdplatslistan automatiskt vid avslutande av vårdtillfället.

Om man väljer att använda rutinen inte tömma vårdplatsen bör andra rutiner upprättas för att ha kontroll på vilka patienter som är inskrivna.

Upplysning får lämnas

Dokumentnamn Rutin för – Upplysning får lämnas		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-01-08

I TakeCare kan patienten välja om upplysning får lämnas eller ej till andra. Samtycke behövs från patienten.

Vid inskrivning av en patient är fältet **Upplysning får lämnas** obligatoriskt. Patienten tillfrågas och därefter väljer man antingen Ja att upplysning får lämnas eller Nej, då patienten valt att inga uppgifter får lämnas.

Lokala rutiner bör tas fram om vilka uppgifter som lämnas ut där patienten valt "Upplysning får lämnas till andra".

Utplacerade patienter

Dokumentnamn Rutin för – Utplacerade patienter		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 3.0
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2015-01-07

Utplacering av patient från hemenhet till faktiskt vårdande enhet, sker på flera håll i verksamheten. Exempel på detta är patienter som är inskrivna på en vårdavdelning som är deras hemenhet, men de vårdas på annan enhet som då är vårdande enhet.

Patienten skrivs in på respektive hemenhet. Patienten utplaceras till vårdande enhet. Vårdande enhet tilldelar vårdplats i sin vårdplatslista.

Dokumentationen förs på patientens hemenhet, vilket innebär att personal på vårdande enhet behöver skrivbehörighet på denna enhet, samt behöver byta enhet vid dokumentation.

För att ta bort utplacering alternativt skriva ut patient måste man vara inloggad på hemavdelningen.

Utskrivning av patient från avdelning till avdelning på annan klinik

Patient som flyttas från en avdelning på en klinik till en avdelning på en annan klinik. Utskrivande avdelning skriver ut patienten med utskrivningskod "Till annat sjukhus/annan klinik".

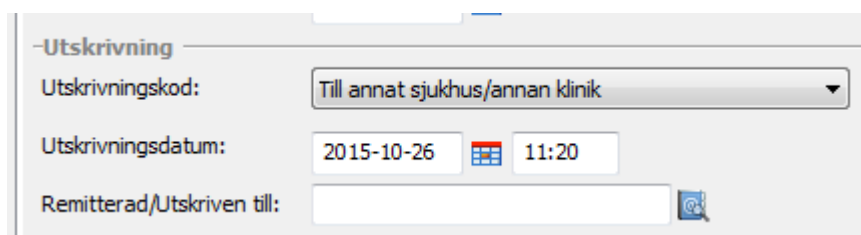
Mottagande enhet skriver in patienten med inskrivningskod "Från annat sjukhus/annan klinik". Tiden måste vara en minut efter att patienten skrivits ut från den första avdelningen. Gäller ej om patienten kommer från rättspsykiatri.

Inskrivna på RPK

Funktionen utplacering används när patienten behöver vård på annan slutenvårdsenhet. Diagnoser och åtgärds-koder dokumenteras i slutanteckningen på RPK.

Utskrivning till annat sjukhus

När man skriver ut en patient till annat sjukhus väljs utskrivningskod "Till annat sjukhus/annan klinik" och ange det region som sjukhuset hör till. Klicka på rutan efter Remitterad/Utskriven till.



-Utskrivning

Utskrivningskod: Till annat sjukhus/annan klinik

Utskrivningsdatum: 2015-10-26 11:20

Remitterad/Utskriven till:

Sök fram regionen via adressrad 1. Skriv t ex Gotland och klicka på Sök nu.

Sök i externt enhetsregister

Kod:

Adressrad 1:

Adressrad 2:

Gatuadress:

Postnummer: Ort:

Adressinformation

OK

Avbryt

Sök nu

HSA-ID	Adressrad 1	Adressrad 2	Gatuadress	Postnr	Ort
SE2321000016-EE50	GOTLAND				

Valbara regioner:

Blekinge, Gotland, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västra Götaland, Örebro och Östergötland.

Intyg i Webcert med samordningsnummer eller reservnummer

Läkarintyg/utlåtanden i Webcert till Försäkringskassan medger inte förskrivning med reservnummer. I de fall behovet uppstår används FK:s tillhandahållna intyg som nås via FK:s hemsida.

1. Samtliga uppgifter utom fältet Personnummer ifylls.
2. Intyget skrivs ut.
3. Fältet Personnummer ifylls manuellt med Samordnings- eller reservnummer.
4. Intyget skannas i TakeCare.
5. Intyget skickas via manuellt brev.

Jourmottagning

Rutinen gäller både för patienter som är listade i Region Dalarna och utomläns/utländska patienter som söker vård på jourmottagningen.

Patienten kommer till jourmottagning via hänvisning från 1177/akutmottagning eller direktsökande.

Patienten bokar tid via webbtidbok på enhet "Jourmottagning Avesta/Borlänge/Falun/Ludvika/Mora".

Vid kassaregistrering väljs "Jourmottagning Avesta/Borlänge/Falun/Ludvika/Mora" som vårdenhet och som ekonomisk enhet.

Diktering och dokumentation sker på "Jourmottagning Avesta/Borlänge/Falun/Ludvika/Mora".

Lokala rutiner ska finnas för transkribering av diktat, bevakning av inkomna svar och kontrasignering/vidimering.

Beställning provtagning och röntgen

Vid jourmottagning ska enbart akuta prover beställas.

Undersköterskan/sjuksköterskan/läkaren beställer prover och röntgen i TakeCare på "Jourmottagning Avesta/Borlänge/Falun/Ludvika/Mora". Denna vårdenhet är automatiskt markerad som Svarsmottagare och Fakturamottagare i "Beställning Laboratoriemedicin Dalarna" i TakeCare.

Som Vidimeringsansvarig/remittent väljs ordinerande läkare. Provsvar skickas då automatiskt till ordinerande läkares inkorg eller enligt lokal rutin.

Bevakning av provsvar och röntgensvar

Bevakning och vidimering av inkommande akuta prov- och röntgensvar görs av ordinerande/beställande jourläkare eller enligt lokal rutin.

Lokal rutin för bevakningsfunktion där svar dröjer alternativt jourläkaren avslutat sin tjänst ska upprättas.

Vid behov av icke akuta prover, röntgen eller annan uppföljning från patientens vårdcentral, ska i första hand patienten uppmanas att själv kontakta vårdcentralen. Remiss skrivs enbart om det bedöms att patienten inte kan ansvara för detta eller vid annat särskilt skäl.

Journalanteckning

Dokumentation av ärende från 1177

Dokumentnamn Rutin för dokumentation av ärende från 1177 Vårdguidens e-tjänster (MVK)		
Framtagen av Nationella tjänster, VIS-förvaltningen	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefsläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Vid varje ärende som inkommer görs en bedömning om det behöver journalföras utifrån om handlingen utgör information om patientens vård och behandling. Journalföringen kan göras med en sammanfattande text eller genom att kopiera relevanta delar av ärendet och klistra in det i journaltexten.

I enstaka fall kan bästa lösningen vara att skriva ut ärendet från Mina vårdkontakter och skanna in det i journalen.

Om ärendet inte berör patientens vård och behandling görs en bedömning av om det istället skall diarieföras utifrån regler om inkommen, ev. sekretessbelagd, handling inom ett ärende till myndighet.

Egen vårdbegäran via 1177 Vårdguidens e-tjänster hanteras enligt separat handledning.

Hälsoskola/hälsostöd

Hälsosamtal/hälsostöd bokas som en gruppbokning i TakeCare. Som besöksorsak väljs hälsoskola alternativt hälsostöd samt att under besökstyp göra valet gruppbesök. För att underlätta kan ett fördefinierat bokningsunderlag göras med dessa inställningar.

I kassan ska patienterna registreras genom kvittering eftersom besöken är avgiftsfria.

Efter varje tillfälle ska det dokumenteras i varje deltagares journal, dels för att få fram statistik i BILD och dels för att man ska kunna se att personen har deltagit.

Använd journalmallen PV Hälsoskola/Hälsostöd och registrera enligt följande:

- Kontaktregistrering = gruppbesök
- Kontaktorsak (asyl) = hälsoskola/ hälsostöd
- Tolk = Asyltolk
- Tema = Välj dagens tema (förvalda teman finns annars lägg till ett passande själv)

Ingen ytterligare dokumentation behövs.

```
HÄLSOSKOLA/HÄLSOSTÖD
... Kontaktregistrering (PV)
... Kontaktorsak (asyl)
... Tolk
... Tema
... Diagnos enl ICD-10
... Åtgärdskod
```

Informationsundantagande termer i Journalen via nätet

Dokumentnamn Rutin för hantering av informationsundantagande termer i Journalen via nätet		
Godkänd av Chefläkargruppen	Version 1.0	Datum 2020-10-08

1177 vårdguidens e-tjänst Journalen via nätet (Journalen) ger invånaren möjlighet att ta del av bl.a. journalanteckningar från Region Dalarna så snart de införts i journalsystemet, vilket också ska vara huvudprincipen.

Journaldokumentation under vissa termer är undantagen från visad information och kommer inte att synas för invånaren.

- Anteckning under någon av termerna "Våldsutsatthet i nära relation" och "Traumatisk händelse" är undantagna från visad information och innebär att hela journalanteckningen som någon av termerna återfinns undantas från att visas för invånaren. Om journalanteckningen i övrigt ska visas för invånaren görs en separat journalanteckning med enbart termerna "Våldsutsatthet i nära relation" och/eller "Traumatisk händelse".
- Anteckning under termen "Tidiga hypoteser och beslut" är undantagen från visad information. Här visas resterande journalanteckning för invånaren även om termen återfinns i anteckningen.

Termen "Tidiga hypoteser och beslut" ska endast användas för journaldokumentation om misstankar/hypoteser till sjukdom eller vissa åtgärder och bedömningar då dokumentationsbehovet kan ge upphov till skriftlig information utan möjlighet till samtidigt samtal med patient och/eller anhörig. Exempel kan vara vid snabba utredningsförlopp, olämplig tid för patientsamtal (ex fredag em/kväll), då flera specialiteter är inblandade, tvångsåtgärder eller planering för bedömningar där det kan innebära fara för en patient eller anhörig.

Tidiga hypoteser ska **inte** användas i de fall information och utredningsresultat kan delges patienten innan eller i samband med journaldokumentation då det ska vara möjligt för patienten att ta del av dessa.

Termerna enligt ovan kommer med på journalutskrift, vilket ska beaktas vid utlämnande av journalkopior. Se rutin för [Utlämnande av journal](#).

Journalmallar inkl förändringshantering

Se praktiska rutiner på [Intra](#)

Journalregistrering av Fast vårdkontakt

Skäl

Utifrån regionernas överenskommelse om God och nära vård och interna behov av uppföljning tydliggörs journalregistrering av fast vårdkontakt i TakeCare i enlighet med nedanstående rutin. Detta för att möjliggöra uppföljning och rapportering, samt främja delaktighet för patient och överföring av uppgifter mellan vårdgivare utifrån gällande lagar och avtal.

Gäller för verksamhet

Hälso- och sjukvård Dalarna

Rutin

Se även [Länsgemensam rutin för Fast vårdkontakt](#). Fast vårdkontakt dokumenteras primärt i TakeCare som en kontakt under Patientuppgifter – flik Kontakter med Fast vårdkontakt som typ av kontakt och uppgift om:

- Namn (i namnfält)
- Vårdenhetstillhörighet enligt Avdelning – Klinik/Vårdcentral – Ort (i fält för gatuadress)
- Telefonnummer (i telefonfält)
- Yrkeskategori (i fält för företag/yrke)

Uppgifterna dokumenteras i samband med att fast vårdkontakt utses, eller i efterhand i de fall informationen saknas.

Syftet med primärdokumentering i Patientuppgifter är att uppgifterna samlas regiongemensamt utan behov av journalfiltrering.

Dokumentation i journaltext

- Fast vårdkontakt
- att fast vårdkontakt utsetts
- att patient tackat nej
- om behov upphört
- given information till patienten

dokumenteras under sökord "Fast vårdkontakt" i sedvanlig journaltextanteckning för vårdkontakten. Denna information blir normalt möjlig att ta del av för patienten via 1177 vårdguidens e-tjänst Journalen, samt för andra vårdgivare genom Nationell patientöversikt (NPÖ).

Dokumentationen enligt ovan utesluter inte behov av att dokumentera uppgifterna på andra platser såsom samordnad individuell plan eller annan vårdplan i andra syften.

Flera Fasta vårdkontakter inkl. samordnande Fast vårdkontakt

Vid flera fasta vårdkontakter dokumenteras dessa genom att lägga upp ny kontakt på samma sätt som ovan. Patientens samtliga fasta vårdkontakter inom Region Dalarna visas då i samma lista.

Eventuell samordnande fast vårdkontakt dokumenteras med bock i fältet för Primärkontakt. Denna urskiljs därmed i kontaktlistan med bock på Typ av kontakt.

Kontaktsjuksköterska

Anges som fast vårdkontakt enligt ovan och "Kontaktsjuksköterska" anges som yrkeskategori.

Patienten avböjer Fast vårdkontakt

Om patient erbjudits, men tackar nej till fast vårdkontakt, dokumenteras det i fältet avsett för vårdkontaktens förnamn med text: "Erbjudit fast Vårdkontakt, men patienten har tackat nej".

Fast vårdkontakt förändras eller upphör

Om behov av fast vårdkontakt förändras eller upphör förändras alternativt tas kontaktposten bort i samband med att förändringen blir känd.

Vid förändring och borttag av patientuppgifter sparas inte historiska uppgifter.

Delge patienten

Genom att ange informationen under sökord "Fast vårdkontakt" kan patienten ta del av informationen genom 1177 vårdguidens e-tjänst Journalen. I annat fall skall informationen delges patienten genom journalkopia eller på annat sätt.

Journalregistrering av patientöverenskommelse/patientkontrakt/vårdplan**Skäl**

Dokumentation av patientöverenskommelsen och hälsoplan/vårdplan utgår från journaltextmall "Min hälsoplan" som tangerar behoven utifrån Patientkontrakt i enlighet med överenskommelsen om en God och nära vård.

Denna dokumentation ska göras tillsammans med patienten och fokus i planen ska vara den överenskommelse som görs tillsammans med patienten.

"Min hälsoplan" utesluter inte behov av andra vårdplaner.

För att uppfylla juridiska krav gällande patientens möjlighet att spärra sin journal, samt personligt signeringsansvar, ger det följande tillvägagångssätt.

Gäller för verksamhet

Hälso- och sjukvård Dalarna

Rutin

"Min hälsoplan" upprättas utifrån patientens behov. Strävan är så få hälsoplaner per patient som möjligt och därför ska befintlig hälsoplan förändras framför att ny skapas.

Dokumentation sker första gången per patient i journaltextmall "Min Hälsoplan" från Nytt-menyn i TakeCare, bild 1.

Min hälsoplan

Åtgärder

Läkemedelsförändring
 Provtagning
 Remiss
 Screening levnadsvanor

Mål hälsoplan

Mål	Behov av stöd	Åtgärd	Tidplan	Måluppfyllelse

Lägg till Upprepa Ta bort

Hänvisning till annan vård- och omsorgsplan

Fast vårdkontakt

Erbjuden, tackat ja
 Erbjuden, tackat nej
 Behov har upphört
 Arbetsterapeut
 Läkare
 Psykolog
 Sjukgymnast
 Sjuksköterska
 Undersköterska

Fast läkarkontakt

Överenskommelse om tid

Besök
 Telefonkontakt
 Kontakt via 1177 vårdguidens e-tjänster
 Får kallelse med sig
 Kallas
 Bokar själv

Uppföljning min hälsoplan

Ytterligare dokumentation sker därefter alltid i samma mall via funktion "Kopiera till ny".

Detta medför att den tidigare versionen är möjlig att utgå från för att fylla på och/eller förändra. Den som upprättar journaltexten har det personliga signeringsansvaret och står därmed för journaldokumentationen.

Senast upprättad hälsoplan gäller.

Ny hälsoplan ska inte upprättas via Nytt-menyn.

Presentation/åtkomst

sker företrädesvis via översikt "Viktig information/Hälso- och sjukdomshistoria" där, förutom anteckningens termer, även annan viktig information sammanställs.

Efter sedvanlig individuell behovs- och rättighetsprövning kan information från andra enheter erhållas genom journalfiltrering.

Senast inregistrerad information från journalfiltrerade enheter visas då.

Ytterligare inregistrering av information sker genom att:

- Klicka på länk i Översiktsfältet "Min hälsoplan" till modul journaltext alt
- Leta/filtrera och öppna senaste anteckning "Min Hälsoplan".
- Klicka "Kopiera till ny".
- Justera till aktuell information och signera.

Presentation och åtkomst kan även ske genom att filtrera fram den aktuella journaltextmallen i journalvyn.

Delge patienten

Hälsoplanen inklusive information om eventuell Fast vårdkontakt och/eller Fast läkarkontakt ska delges patienten via information om att planen återfinns i 1177 vårdguidens e-tjänst Journalen. I annat fall skall informationen delges patienten genom papperskopia.

Definition av termer i "Min hälsoplan"

Term	Definition	Källa/Kodverk
Min hälsoplan	Överenskommelse med patienten, ofta upprättad tillsammans med anhörig, som innehåller mål och strategier för genomförande och kort- och långsiktig uppföljning.	Definition fritt utifrån GPCC Snomed CT 278448002 vårdplan
Mål	Avsett resultat av aktivitet. Kontextvärde avseende fynd	SoS termbank Snomed CT 410518001 mål
Behov av stöd	En nyanserad bild av patientens behov av hjälp och stöd utifrån patientens egen beskrivning.	Definition fritt utifrån SoS Snomed CT 243114000 stöd
Åtgärd	Aktivitet som är inriktad på visst resultat	SoS termbank
Tidplan	Plan för tidsåtgång som underlag för bedömning och planering	Fritt
Måluppfyllelse	Mål uppfyllt, delvis uppfyllt, inte uppfyllt	Definition fritt Snomed CT 390800000 fynd relaterat till måluppfyllelse
Hänvisning annan vård- och omsorgsplan	Hänvisning till annan individuell vård- och omsorgsplan om sådan bedöms behövas som komplement, t.ex. Habiliteringsplan, Rehabiliteringsplan, Plan vid psykisk ohälsa	SoS termbank Vård- och omsorgsplan
Fast vårdkontakt	Författningsreglerad funktion för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.	Definition fritt utifrån Socialstyrelsen Patientlagen (2014:821)
Fast läkarkontakt	Specialist i allmänmedicin och läkare under specialisttjänstgöring (ST) som är anställd på vårdcentralen. Även hyrläkare som är anlitade på vårdcentralen längre än 6 månader.	Definition Vårdvalsenheten
Överenskommelse om tid	Bokade tider i samråd	Överenskommelse om God och nära vård
Uppföljning min hälsoplan	Uppföljning av överenskommelsen med patienten	Definition fritt utifrån term Min hälsoplan Snomed CT 107726003 uppföljning av patient

Patientens avvikande mening

Enligt Patientdatalagen 3 kap 8§ ska det antecknas i journalen om patienten anser att en uppgift i patientjournalen är oriktig eller missvisande.

För att göra detta återsökningsbart på ett strukturerat sätt införs term "Patientens avvikande mening" att användas enligt ovan definition i den mall som i övrigt passar för det sammanhang där detta framförs.

I förekommande fall ska även diarienummer på eventuell skrivelse från patienten dokumenteras under termen.

Se mera information på intra, [Juridik – Patientens rättigheter](#).

SÄBO

Läkaren dikterar och sekreteraren skriver diktatet i respektive vårdcentralers journal i mallen "Läk PV Hembesök SÄBO" alternativt "Läk PV Rondanteckning SÄBO".

Kassaregistrering

Sekreterarna direktregistrerar aktuell patient i kassan genom att välja vårdcentralens vårdenhet och ekonomiska enhet, samt besöksmall "BW Läkare Hembesök SÄBO".

Besöksmall:	BW	Läkare Hembesök SÄBO
Besökstyp:	0	Hembesök
Besöksform:	0	Enskilt
Besöksplats:	2	Hemmet
Akut:	2	Ej akut
Yrkeskategori 1:	01	Läkare
Yrkeskategori 2:		
Taxa:	02	Läk bes primärvård
Betalsätt:		
Avgift:		200 kr

Kassaregistrering

Avgift vid smittskydd/smittspårning

All undersökning, vård och behandling vid förekomst av allmänfarlig sjukdom är avgiftsfri för patienten. Detta gäller även den som är smittbärare utan att vara sjuk.

Undersökning av anhörig till patient med allmänfarlig sjukdom är avgiftsfri. Smittskydd är också kostnadsfritt för utländska patienter.

Se [vårdavgiftshandboken](#), avsnitt Avgiftsfria besök. Dessa besök ska registreras enligt kontaktregistreringsrutinen.

Avgift vid journalkopior

Avgift för journalkopior tas via kassan och hälsovårdsdelen. Eftersom man i kassan inte kan ange antal så får man istället klicka flera gånger för att ange antal och tiotal för att komma upp i det totala antalet. Rek-avgift anges om kopiorna inte hämtas personligen. Det fungerar även med annan betalare (exempelvis försäkringsbolag). Observera att de första nio kopiorna inte kostar. I det fallet tar man endast betalt för rek-avgift om de ska skickas.

Om man ska ta betalt för exempelvis 12 kopior gör man på följande sätt i TakeCare:

Välj Journalkopior 10 st STARTAVGIFT och dubbelklicka på denna. Dubbelklicka därefter två gånger på Journalkopior 1 st. Om journalkopior ska skickas så dubbelklickar man också på Journalkopior rek-avgift.

För mera information se Vårdavgiftshandboken.

Om beställaren är ett försäkringsbolag ska betalsätt "Faktura annan betalare" användas och i rutan för Kreditbesök/annan betalare ska beställarens namn sökas fram.

Om man ska ta betalt för uttag av journalkopior för en avliden patient eller en annan betalare som saknas och som inte ska läggas upp (tillfällig), så måste man använda ett [manuellt faktureringsunderlag](#).

Sök:	jou	
Artikel	Pris	
Journalkopior rek-avgift	53.00	
Journalkopior 0 - 9 st	0.00	
Journalkopior 1 st	2.00	
Journalkopior 10 st	20.00	
Journalkopior 10 st STARTAVGIFT	50.00	
Journalkopior 50 st	100.00	
Varukorg	Antal	
Journalkopior rek-avgift	1	
Journalkopior 1 st	2	
Journalkopior 10 st STARTAVGIFT	1	
Netto	96.40	Lägg till
Moms	10.60	Ta bort
Att betala	107.00	Betalsätt

Avstämningsmöte med Försäkringskassan

I ett avstämningsmöte deltar patienten, läkaren och Försäkringskassan. Även andra aktörer kan delta, till exempel arbetsgivaren, Arbetsförmedlingen eller anhöriga. Avstämningsmöte med FK registreras under Hälsovård i kassan.

Är tidstypen satt till "Dölj i kassan" för dessa bokningar måste denna ruta bockas ur så bokningen bli synlig i kassan och patienten kan då registreras under Hälsovård.

Försäkringskassan ersätter Region Dalarna för de avstämningsmöten där läkare deltar med X kr den första timmen och därefter X kr per påbörjad halvtimme. Tid för förberedelse eller efterarbetet ersätts ej. Vid bokning – använd avsedd tidstyp som är kopplat till avsett bokningsunderlag.

Besöket är avgiftsfritt för patienten.

Om avstämningsmötet är ett teambesök boka med Besökstyp Teambesök. Använd en av bokningarna i dagsöversikten och registreras i hälsovård, kvittera övriga resurser.

I de fall då patienten i samband med avstämningsmötet begär recept, remiss eller sjukskrivning kassaregistreras detta med besöksmall Recept/remiss/sjukskrivning.

Begär patienten ett intyg ska detta registreras i hälsovård i kassan och tas betalt enligt gällande timtaxa.

Journalmall "Avstämningsmöte med FK" används vid dokumentation. I anteckningen skall namn på försäkringskassans handläggare samt klockslag för när mötet inleds och avslutas framgå.

Ersättning utgår från blankett "Avstämningsmöte med FK" som hittas under blanketter och formulär i TakeCare.

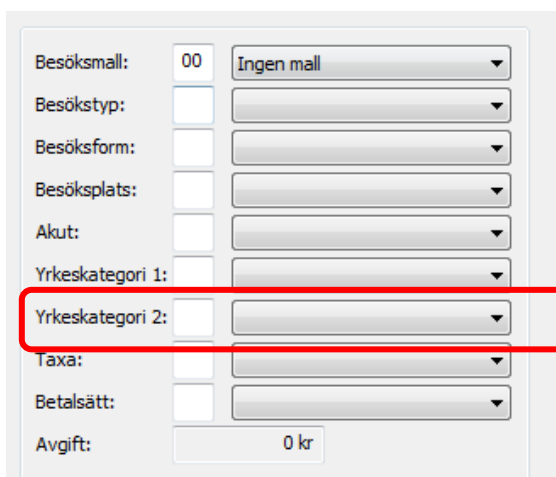
[Vårdavgiftshandboken](#)

Blanketten skickas till:

Ekonomiavdelningen
771 81 Ludvika lasarett

Dubbla yrkeskategorier vid registrering

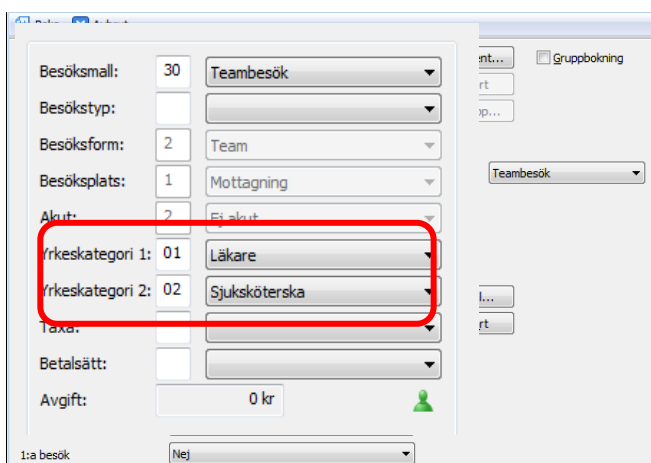
Det förekommer fel vid kassaregistreringen i form av att många patienter får "dubbla" yrkeskategorier i kassan trots att det bara finns en bokad yrkeskategori. När en bokad patient kassaregistreras via dagsöversikten följer yrkeskategori med automatiskt. Yrkeskategori 2 ska **aldrig** fyllas i vid ett enskilt besök.



The screenshot shows a registration form with the following fields:

- Besöksmall: 00 Ingen mall
- Besökstyp: [dropdown]
- Besöksform: [dropdown]
- Besöksplats: [dropdown]
- Akut: [dropdown]
- Yrkeskategori 1: [dropdown]
- Yrkeskategori 2: [dropdown]** (highlighted with a red box)
- Taxa: [dropdown]
- Betalsätt: [dropdown]
- Avgift: 0 kr

Träffar patienten flera yrkeskategorier samtidigt läggs de till i bokningsbilden och bokas som teambesök i besökstyp. Då kommer alla yrkeskategorier med per automatik vid kassaregistreringen med team som besöksform.

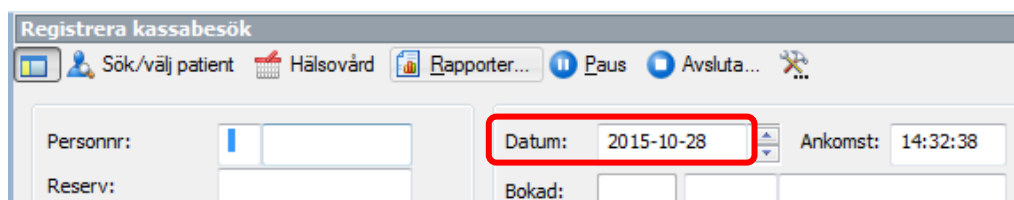


The screenshot shows a registration form with the following fields:

- Besöksmall: 30 Teambesök
- Besökstyp: [dropdown]
- Besöksform: 2 Team
- Besöksplats: 1 Mottagning
- Akut: 2 Ej akut
- Yrkeskategori 1: 01 Läkare**
- Yrkeskategori 2: 02 Sjuksköterska** (highlighted with a red box)
- Taxa: [dropdown]
- Betalsätt: [dropdown]
- Avgift: 0 kr

Efterregistrering i kassan

När en efterregistrering i kassan görs är det viktigt att komma ihåg att ändra datum till det datumet som besöket skedde på. Kassaregistreringen blir då på rätt dag men redovisas i "dagens" kassa.



Ej kommunplacerad flyktning

Dokumentnamn Rutin för – Ej kommunplacerad flyktning		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2014-05-20

Patienten bokas/registreras på sitt fullständiga personnummer och därmed hämtas län/kommun in från folkbokföringen.

Uppvisat giltigt LMA-kort ger rätt till taxa för asylsökande vid öppenvård samt avgiftsbefrielse vid slutenvård. Som taxa väljs då aktuell taxa för asylsökande.

Kan inte patienten visa upp LMA-kort betalar hen som folkbokförd svensk.

Se även [Asylsökande – Tidigare asylsökande som fått svenskt personnummer](#)

Hälsoskola/hälsostöd

Se [separat avsnitt](#).

Häsovård MVC

Gynekologisk hälsokontroll (cellprov) registreras som ett avgiftsfritt besök i sjukvårdsdelen.

Se [Rutin för registrering av ekonomisk enhet för primärvården](#).

Högekostnadsskydd och frikort

Högekostnadsgräns - 1150 kronor

Beloppet är ett tak, där sista besöket kan innebära en delbetalning för att uppnå taket.

Region Dalarna har elektronisk hantering av högekostnadskort och frikort, för mer information se [sidan om eFrikort](#).

Kvalificerande avgifter

- Öppenvårdsavgifter för sjukvård hos vårdgivare i hälso- och sjukvården
- Vårdgivare med ersättning från regioner enligt lag eller vårdavtal
- Avgifter för tandvård för vissa definierade grupper
- Ambulansavgiften

Vissa avgifter erlagda utomlands medräknas, se särskild rubrik. Avgift för slutenvård och uteblivna besök får inte medräknas.

Patienten är skyldig att själv bevaka när högkostnadsgränsen uppnås, då den sista avgiften kan understiga ordinarie besöksavgift.

Avgifter erlagda utomlands

Vid vård utomlands efter remiss från regionen får patientavgiften räknas med i högkostnadsskyddet. Även sådan vård som patienten själv sökt och betalat utomlands får räknas med om Försäkringskassan i efterhand ersatt patienten. I dessa fall har patienten ett särskilt beslut från Försäkringskassan som ska visas upp för stämpling. Patientavgiften ska särskilt framgå av underlaget.

Frikort

Ett frikort berättigar till fri sjukvård i öppenvård hos vårdgivare i region, vårdgivare med ersättning från region enligt lag eller avtal samt för tandvård för vissa definierade grupper och ambulansavgiften. Giltighetstiden är tolv månader från och med äldsta kvalificerande avgiftstillfälle (ej från utfärdandedatum). När gränsen 1100 kronor uppnåtts fås frikort för återstoden av året räknat från första besöksdatum.

Om patienten under frikortstiden förlorar sitt frikort kan mottagningen skicka ett nytt genom frikortstjänsten.

Utomlänspatienter

Högkostnadsskyddet gäller även patienter från andra regioner. Olika regioner kan ha olika högkostnadsgräns. Vår gräns gäller även för utomlänspatienter. Har patientens hemregion en lägre gräns har de alltid möjlighet att få sitt frikort utfärdat i hemregionen i stället.

EU/EES-medborgare bosatta inom EU/EES

Dessa patienter har rätt till högkostnadsskydd/frikort både vid akut och vid planerad vård. EU-kort eller E112/blankett S2 ska uppvisas vid varje sjukvårdsbesök, även sedan de erhållit frikort.

Utlandssvenskar

Utlandssvenskar bosatta inom EU/EES har rätt till högkostnadsskydd/frikort både vid akut och vid planerad vård. EU-kort eller E112/blankett S2 ska uppvisas vid varje sjukvårdsbesök, även sedan de erhållit frikort.

Utlandssvenskar bosatta i andra länder än EU/EES har vid akut sjukvård rätt till högkostnadsskydd/frikort.

Utsänd svensk medborgare och dess familjemedlemmar liksom missionär, präst eller volontär i utvecklingsland har rätt till högkostnadsskydd/frikort både vid akut och planerad vård.

Utländska medborgare bosatta i konventionsland

Dessa patienter har rätt till högkostnadsskydd/frikort vid akut sjukvård.

Utländska medborgare ej bosatta inom EU/EES eller konventionsland

Dessa patienter har inte rätt till högkostnadsskydd/frikort.

Internetbaserad vård

Se [separat avsnitt](#).

Intyg

Registreras som ett avgiftsfritt besök i sjukvårdsdelen. Avgift registreras i hälsovårdsdelen enligt Gula taxan.

Om patient i samband med ett öppenvårdsbesök begär intyg enligt Gula taxan ska avgift tas ut såväl för öppenvårdsbesök som för det begärda intyget.

”Vanliga” sjukskrivningsintyg ingår dock i läkarbesöket. Om intyg för fortsatt sjukskrivning begärs via telefon eller 1177 tas avgift ut.

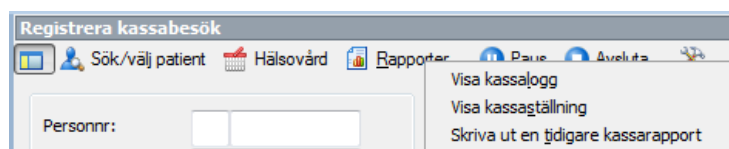
Om patient däremot söker för åtgärd enligt Gula taxan, uttas endast avgift enligt följande förteckning (ingen ”läkarbesöks-avgift” tillkommer). Samma sak gäller om patient efter förfrågan från försäkringsbolag kallas till besök.

För detaljer och priser se avsnitt **Gula taxan**, [vårdavgiftshandboken](#).

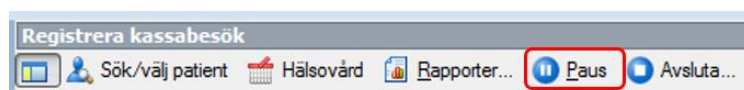
Kassa och kassalogg

Verksamheterna sköter registreringen av patientavgifter för besökande patienter. Denna registrering sker i kassamodulen i TakeCare.

Valet ”Visa kassaställning” innebär en avläsning och förhandsgranskning av den aktuella kassaställningen utan att kassan är stängd.



Valet ”Paus” innebär att en avläsning av kassan visas. Denna funktion används om man lämnar över kassaansvaret till någon annan till exempel vid rast eller lunch.



Vid dagens slut väljer man att ”Avsluta” för att logga ut ur kassan och automatiskt skriva ut en kassarapport, då går det en fil från TakeCare till Ekonomienheten. Kassan ska stämmas av dagligen och avstämningen ska arkiveras hos verksamheten för eventuella internkontroller.



Det är **viktigt** att detta sker dagligen.

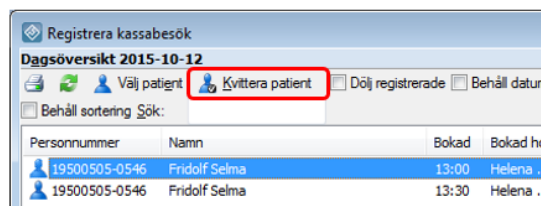
Aktuella dokument finns under [Rutiner för kassaredovisning](#):

- Information om kassaredovisning
- Mall kassaredovisning veckorutin
- Utbetalningsverifikation

Kvittering av patient i kassan

Ingen kvittering får ske på utomläns-, utlandsboende-, utländsk- eller asytpatient som söker sjukvård. På dessa patienter ska en kassaregistrering göras.

Lämpliga patienter att kvittera är inom de områden där besöksstatistiken tas från kontaktregistrering i journaltexten.



- Bokade telefonbesök som ej lett till en läkarinsats.
- Patienter bokade inom BHV om inte patienten är utomläns/utländsk etc.
- Patienter som är bokade till Ungdomsmottagningar förutom de som fyllt 20 år och inte söker för avgiftsfritt besök. Se avsnitt Avgiftsfria besök, [vårdavgiftshandboken](#).
- Patienter som är bokade inom Samtalsmottagningar BU om inte patienten är utomläns, utländsk etc.

Är det en felbokning i kalender ska patienten bokas om eller avbokas från tiden i kalender och bokningen försvinner då i dagsöversikten. En kvittering i kassan innebär att besöket inte kommer med i besöksstatistiken i BILD-rapporten Öppenvård - Antal besök. (Gäller endast de enheter besöksstatistiken tas från kassaregistreringarna.) En kvittering innebär att bokningsstatus blir "Kommit" och statuset visas i kalendern på samma sätt som när man kassaregistrerar.

Bokningen blir med i BILD-rapporten "Bokningar status kommit".

Manuellt faktureringsunderlag

Om fakturering inte kan göras per automatik via TakeCare så får man skriva ett manuellt faktureringsunderlag och skicka till redovisningen. Det kan till exempel röra sig om begäran av journalkopior för avliden eller begäran av journalkopior av annan betalare som saknas i TakeCare. Blanketter för detta hittar du i högerkanten under blanketter, [vårdavgiftshandboken](#).

Mellanskillnad sjukvårdande behandling och läkarbesök

Dokumentnamn Rutin för fakturering av mellanskillnad mellan sjukvårdande behandling och läkarbesök		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2013-09-20

Då patienten är bokad till yrkeskategori som utför sjukvårdande behandling och detta besök leder till läkarbesök ska mellanskillnad betalas av patienten.

Har patienten betalat med betalkort ska patienten gå via kassan och betala mellanskillnaden. Om patienten inte går via kassan för att åtgärda detta faktureras mellanskillnad för besöket.

Använd besöksmall "Mellanskillnad PV/SV/Asyl sjukv beh/läk" vid kassaregistrering av läkarbesöket.

Har patienten begärt att få faktura makuleras fakturan för sjukvårdande behandling och en ny kassaregistrering för sjukvårdande behandling görs med avgiftsfritt som betalsätt. Läkarbesöket faktureras och kassaregistreras.

Föräldragrupp MVC

Endast en förälder ska kassaregistreras vid föräldragrupp. Är föräldern utomlans/asyl utlandspatient ska produktkod registreras.

Kassaregistrering för omläggning Piccline och samtidig provtagning

Om en resurs utför omläggning och provtagning så är det en kassaregistrering som sjukvårdande behandling för besöket.

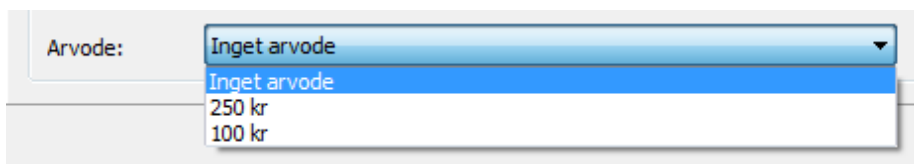
Om två resurser utför omläggning respektive provtagning blir det två kassaregistreringar, en som sjukvårdande behandling och en som provtagning.

Receipt, avgift

Se avsnitt Receipt, [vårdavgiftshandboken](#).

E-recept

Avgift tas ut via vyn Skicka recept och val under Arvode.



Arvode:

- Inget arvode
- 250 kr
- 100 kr

Dosdispensering

För nytt recept på medicin för dosdispensering tas avgift ut via kassaregistrering. Vid enbart dosändring tas ingen avgift.

- **Kassaregistrering**

Besöksmall:	04	Receipt/Remiss/Sjukskrivning
Besökstyp:	5	Telefon
Besöksform:	0	Enskilt
Besöksplats:	1	Mottagning
Akut:	2	Ej akut
Yrkeskategori 1:	01	Läkare
Yrkeskategori 2:		
Taxa:	10	Receipt/Remiss/Sjukskrivning
Betalsätt:	3	Betalkort
Avgift:	100 kr	<input type="checkbox"/> Upp till frikort

Sent avbokat besök

Se [separat avsnitt](#).

SÄBO

Se [separat avsnitt](#).

Telefonkontakt

Patienter som inte ska betala behöver inte kassaregistreras. I avsnitt **Telefonrådgivning**, [vårdavgiftshandboken](#) framgår när man ska ta ut patientavgift. Avgift tas ut för telefonrådgivning som leder till läkaråtgärd i form av recept, remiss, sjukintyg. För rutin avseende olika receptarvoden, se avsnitt Recept, avgift ovan. Se även [Rutin för kontaktregistrering](#), avsnitt 5.8 Telefonkontakter.

➤ Kassaregistrering

Besöksmall:	04	Receipt/Remiss/Sjukskrivning
Besökstyp:	5	Telefon
Besöksform:	0	Enskilt
Besöksplats:	1	Mottagning
Akut:	2	Ej akut
Yrkeskategori 1:	01	Läkare
Yrkeskategori 2:		
Taxa:	10	Receipt/Remiss/Sjukskrivning
Betalsätt:	3	Betalkort
Avgift:	100 kr	<input type="checkbox"/> Upp till frikort

Uteblivet besök

Huvudregeln är att verksamheter som normalt kassaregistrerar sina besök även kassaregistrerar uteblivet besök, respektive att verksamheter som

normalt kontaktregistrerar besök i journalen även registrerar uteblivet besök via journalmall Uteblivet besök.

Se avsnitt **Sent avbokad / uteblivet besök**, [vårdavgiftshandboken](#)

Kassaregistrering

Kassaregistrera patienten med besöksmall "Uteblivet besök".

OBS! det blir inte någon bock i Dagsöversikten när patienten är registrerad som utebliven.

Utomlänspatienter ska faktureras för "Uteblivet besök" och registreras med produktkod ÅTG0, godkänn vårdkontakten.

För att i kassan se att registreringen är gjord:

- Dubbelklicka på patienten i dagsöversikten.
- Klicka sedan på tidigare besök och scrolla till höger där datum och taxa 50 visas = sent avbokad/uteblivet besök
- Kvittera INTE besöket. Om besöket kvitteras får man inte status utebliven på denna bokning i patientens bokningar.

Återbetalning av patientavgift, 45-minutersregeln

Om en patient får vänta mer än 45 minuter vid planerat besök (ej jourbesök) ska patientavgiften återbetalas. Återbetalning sker efter patientens initiativ, i omedelbar anslutning till besöket.

Eftersom statistik tas från kassan ska första registreringen inte makuleras, det ska räknas som ett besök. Antingen ska fakturan krediteras alternativt ska patienten få pengarna tillbaka. Ett nytt kvitto med taxan återbetalning ska skapas:

- 1) om betalsätt faktura - kreditering till ekonomisystemet.
- 2) om betalsätt kort - återbetalning (retur) i betalningsterminal.

Konsultationsremiss

Se [riktlinje och rutin för remisshantering](#)

Kopplat reservnummer som ej ska användas

För att undvika att dokumentera i fel journal när en patient har flera journaler så kan man gå in och korrigera uppgifterna för reservnummer.

Skriv in "Används Ej" före för- och efternamnet. Tryck på "korrigera" och uppgifterna ändras.

Levnadsvanor

Dokumentnamn Rutin för dokumentation av levnadsvanor i TakeCare		Version 1.3.1	Sida 1/3
Framtagen av Arbetsgrupp Levnadsvanor		Upprättat datum 2015-10-02	Revideringsdatum 2019-11-20
Godkänd av Styrgrupp in- och utdata	Ansvarig för revidering VIST-förvaltningen		
Fastställd av Styrgrupp in- och utdata		Datum 2015-10-07	Gäller från 2016-01-01

Bakgrund

Strukturen för dokumentation av levnadsvanor utgår från Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen), Informationsspecifikation för levnadsvanor (Socialstyrelsen), Broschyr Goda levnadsvanor gör skillnad, Insomnia Severity Index, Swelogs m.m. och baseras så långt möjligt på Gemensam informationsstruktur och Nationellt fackspråk.

Termstrukturen är framtagen i samverkan mellan Styrgrupp missbruk beroende inom regionen, Avdelning hälsofrämjande och hållbar utveckling, Primärvården, VIST-förvaltning m.fl.

Den förvaltas av VIST-förvaltningen i samverkan med övriga framtagande verksamheter.

Som personalvägledningsstöd finns sedan tidigare Avdelningen för hälsofrämjandes 'Samtal om hälsa'.

Följande aktivitetssteg och informationsmängder ska ingå i arbetsflödet:

Aktivitetssteg	Informationsmängd
Fråga om levnadsvana	Uppgett värde för levnadsvana
Bedöma om levnadsvanan utgör en risk	Riskbedömning
Erbjuda åtgärd	Erbjuden åtgärd

	Patientens ställningstagande
Åtgärda	Genomförd åtgärd
Utvärdera resultat	Nytt uppgett värde för levnadsvana Ny riskbedömning samt beslut om fortsättning

Som komplement till termstrukturen finns en Översikt i TakeCare som samlar information från senast dokumenterade term. Denna är avsedd att användas för att få en samlad bild av patientens levnadsvanor.

Syfte

Att utgöra ett strukturerat underlag så att journaldokumentation i sjukdomsförebyggande arbete med levnadsvanor är konsekvent och enhetlig i TakeCare för att möjliggöra tydlig återsökning av information och säkrast möjliga utdata till verksamhetsuppföljning, nationell rapportering, samt kvalitetsregister.

Rutinen avser inte att säkerställa hur arbetet med sjukdomsförebyggande metoder och levnadsvanor ska föras i Hälso- och sjukvården. För detta hänvisas till vägledningsmaterial för personal.

Omfattning

Samtliga enheter i Region Dalarna som registrerar i TakeCare.

Ansvar

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen efterföljs samt att den hålls aktuell.

Respektive verksamhet ansvarar för bedömningen om och i vilka av sina journaltextmallar termstrukturen skall finnas. Vid revision anpassas termstrukturen i samtliga mallar där den återfinns.

Förändring av mallar görs enligt regionens termstyrningsmodell.

Tillvägagångssätt

Varje levnadsvana har en termstruktur (bilaga 1) i de journaltextmallar som används vid journalföring av hälso- och sjukvårdskontakter. Termerna är kopplade till strukturerad journalföring.

De åtgärder som ges i syfte att förändra ohälsosamma levnadsvanor journalförs med hjälp av KVÅ-koder som är framtagna för de Nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

- Dokumentation skall ske enligt den fasta termstrukturen och med de fasta svarsalternativen i journaltext och kan sedan kompletteras med fritext.
- Utifrån aktivitetsstegen ovan sker dokumentationen enligt tabell:

Aktivitetssteg	Dokumentation
----------------	---------------

<p>Fråga om levnadsvana</p> <p>Bedöma om levnadsvanan utgör en risk</p>	<p>Tobak, Alkohol, Droger, Fysisk aktivitet, Matvanor, Sömnvanor, Stress och återhämtning, Spelproblem, samt Intima relationer med strukturerade svarsalternativ.</p> <p>Följande svarsalternativ innebär vedertagen risk och bör erbjudas åtgärd:</p> <p>Tobak: Dagligrökare Sporadisk rökare (risk för unga under 18 år och vid vissa tillstånd) Sporadisk snusare (risk för unga under 18 år och i vissa tillstånd)</p> <p>Alkohol: 10-14 standardglas/vecka för kvinnor 15 eller fler standardglas/vecka för män Bruk av alkohol (riskbruk för unga under 18år och i vissa tillstånd)</p> <p>Fysisk aktivitet: 0-149 aktivitetsminuter/vecka</p> <p>Matvanor: Kostindex 0-4 p</p>
<p>Erbjuda åtgärd</p> <p>Patientens ställningstagande</p> <p>Åtgärda</p>	<p>Term (Levnadsvana) - åtgärd med strukturerat svarsalternativ.</p>
<p>Utvärdera resultat</p>	<p>Ny dokumentation av respektive Levnadsvana med strukturerat svarsalternativ.</p>

- Sker dokumentationen på flera platser i journalen ska den dokumentationen utgöra komplement till journaltexten, t.ex. för dokumentation av skattningsskalor.

Riskbedömningsinstrument såsom Audit, Dudit och Socialstyrelsens kostindex ingår i strukturen och återfinns som utskrivningsbar blankett under Blanketter och formulär i TakeCare. I de fall det fullständiga riskbedömningsinstrumentet bedöms innehålla viktig information för patientens vård och behandling skall det journalföras i sin helhet, vilket görs genom att det skannas in i systemet med Dokumenttyp 'Audit', 'Dudit' respektive 'Kostindex' efter ifyllande. Skalornas totalpoäng dokumenteras i termstrukturen under term 'Audit', 'Dudit' respektive 'Matvanor'.

Bedömningsinstrumenten finns även för digital ifyllnad av patient via t.ex. Formulärtjänsten, samt som möjlig bilaga till kallelse i TakeCare utifrån broschyr 'Goda levnadsvanor gör skillnad' alt 'Levnadsvanescreening'.

Fysisk aktivitet på recept förskrivs via blankett 'Ordnation fysisk aktivitet' i TakeCare och dokumenteras under term 'Fysisk aktivitet – åtgärd'.

- Översikt Levnadsvanor i TakeCare är avsedd att användas för att ge en samlad bild av patientens levnadsvanor och samlar senast dokumenterade information per term. Beroende av journalfiltrering samlas denna från vald/a vårdenheter.
- Dokumentation enligt ovan utgör utdatabärare för området levnadsvanor.

Utdata

Utdata hämtas från BILD exempelvis utifrån:

- Rapport 'Sökord och mallar'

- Rapport 'Åtgärder journal'
- Rapport 'Formulär'
- Analysklub 'TakeCare Journal'
- Analysklub 'TakeCare Skannade dokument'

Referenser

- Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen)
- Informationsspecifikation för levnadsvanor (Socialstyrelsen)
- Personalvägledning [Samtal om hälsa](#)
- Broschyr "Goda levnadsvanor gör skillnad"

Bilaga 1

[Termstruktur Levnadsvanor ver 1.5](#)

Läkemedel

Gemensam läkemedelslista, riktlinjer

Se Riktlinje för gemensam läkemedelslista, [TakeCare på intra](#).

Gemensam läkemedelslista övergångsrutiner för att skapa gemensam läkemedelslista i TakeCare

Dokumentnamn Rutin för övergångsrutin för att skapa gemensam läkemedelslista i TakeCare.		
Framtagen av Delprojekt, PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Juridiskt gäller att:

Signerade uppgifter rörande förskrivningar, utsättningar, förändringar som redan finns journalförda kan utan problem föras in i läkemedelslistan som kompletterande information. Det skall framgå vem som har fört in uppgiften och var den kommer ifrån. Det är att jämföra med att man scannar in journaluppgifter från andra håll. Kan utföras av till exempel sköterska eller sekreterare. Detta är en fråga om informationshantering – således inte vård och behandling.

Muntliga uppgifter kan bara föras in av förskrivare efter bedömning.

Förskrivbarbehörighet krävs när det gäller nya förskrivningar, ändringar av doseringar, utsättningar med mera.

Vid varje tillfälle en förskrivare ordinerar ett nytt läkemedel eller ändrar ett redan insatt läkemedel, har vederbörande skyldighet att sätta sig in i patientens hela medicinlista.

Det går inte att gå förbi en läkemedelslista utan att ta ansvar för innehållet - den som har ett medicinskt ansvar för patienten och tar del av läkemedelslistan måste också ta ansvar för att aktualisera den.

Alla förskrivare har ett ansvar att medverka till att patienterna inte skadas av läkemedelsbehandling. Det är viktigt att i varje patientmöte ompröva indikation, beakta patientens samtliga läkemedel, njurfunktion, interaktioner och överkänslighet samt att efterfråga eventuella biverkningar av behandlingen.

Grundregel: Det är alla förskrivares ansvar att hålla patientens läkemedelslista i TakeCare aktuell.

Primärvård

- Vid alla tillfällen då patienten är på läkarbesök ska läkemedelslistan fyllas i av ansvarig läkare.
- Vid tillfällen då patienten har kontakt med DSK eller BM med förskrivningsrätt, och förändring sker i patientens medicinering, ansvarar respektive DSK eller BM för att endast denna förskrivning/förändring är aktuell i patientens läkemedelslista.

Specialiserad vård

- Vid alla inläggningar/utskrivningar skall läkemedelslistan fyllas i av ansvarig läkare.
- Vid alla operativa ingrepp skall läkemedelslistan fyllas i av ansvarig läkare.
- Vid alla tillfällen där läkemedel tillförs eller ändras ska läkemedelslistan fyllas i av ansvarig läkare.

Undantag från grundregel specialiserad vård:

- Vid polikliniska besök där läkemedel ej tillförs eller där bedömningen görs att tillfört läkemedel inte påverkas av eller påverkar andra läkemedel, kan man avvakta med att fylla i läkemedelslistan. Journalanteckning skall då bekräfta att denna bedömning gjorts, dvs. att tillfört läkemedel inte påverkas eller påverkar andra läkemedel som patienten har.

På Akutmottagning gäller följande:

- På akutmottagning, innan akutliggaren finns på plats i TakeCare sker alla läkemedelsordinationer på papper.
- Om patient läggs in ansvarar läkare på akutmottagningen för att läkemedelslistan blir korrekt ifylld.
- Om patient inte läggs in men har fått tillfört nytt läkemedel skall läkemedelslistan fyllas i korrekt och komplett. Patienten ska få en aktuell läkemedelslista med sig.

Operation, IVA, UVA gäller följande:

- Preoperativa ordinationer och allt som sker på operation/IVA och UVA förs på papper (anestesijournalen). Samma papper används i Falun och Mora.
- Hemklinik/operatör ansvarar för att läkemedelslistan är ifylld när patienten kommer till operation eller IVA.

- Anestesiolog ansvarar för att läkemedelslistan är ifylld när patienten lämnar operation eller IVA/UVA.

Generella direktiv, insättande av läkemedel

Vid insättande av ordination enligt generella direktiv uppger sjuksköterskan sig själv som signeringsansvarig.

Läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse

[Rutin för läkemedelsgenomgång, enkel och fördjupad samt läkemedelsberättelse](#)

Telefonordination

Läkemedel som ordineras per telefon (motsvarande) till sjuksköterska ska dokumenteras i läkemedelslistan. Ansvarig läkare ska uppges som signeringsansvarig.

Meddelandefunktion

Dokumentnamn Rutin för meddelandefunktion		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Meddelandefunktionen i TakeCare är personlig och kan inte ses av någon annan än den som meddelandet är skickat till. Det är viktigt att enheten upprättar rutiner för hur meddelandefunktionen ska användas, och hur det säkerställs att meddelanden hanteras vid frånvaro exempelvis semester och längre sjukskrivning.

Meddelanden är ingen journalhandling, åtgärder för patient måste också journalföras.

Viktigt att läsa och åtgärdade meddelanden raderas. Rensa både inkorgen och skickat-korgen. Om inkorgen blir full kan inte nya meddelanden tas emot. **Meddelandefunktionen kan inte användas som arkiv av gamla meddelanden.**

När man går på semester eller slutar måste man gå igenom sin inkorg för att se att inkorgen är tom. Inkorgen går inte att skicka vidare till någon annan.

Exempel på rutiner:

Skicka meddelande till en grupp istället för enskilda personer. Den som tar hand om meddelandet vidarebefordrar meddelandet till de andra i gruppen

men skriver "OK" i meddelandefältet. Personer som ska ingå i en meddelandegrupp måste beslutas och konfigureras, kontakta lokal Systemadministratör. Håll gruppen uppdaterad.

Vid oplanerad frånvaro, exempelvis sjukfrånvaro, kan man kontrollera sin Skickat-mapp för att kontrollera att meddelanden man skickat till den personen som är borta har tagits om hand.

Vid planerad frånvaro, exempelvis semester, har man själv skyldighet att se till att alla meddelanden är omhändertagna.

Tips!

Det finns möjlighet att se om meddelandet är läst. Gå in under Skickade och syns en bock i kanten är meddelandet läst. Om det är skickat till en grupp så blir det förbockat när den första personen har läst meddelandet. Se bild 1.

Man kan även se om personer är inloggade i TakeCare under Meddelandegrupper. Då syns en grön boll framför namnet. Se bild 2.

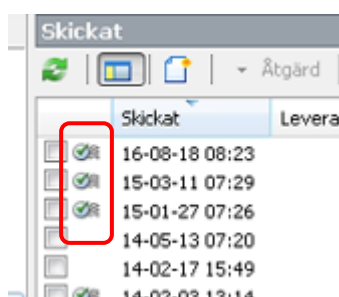


Bild 1

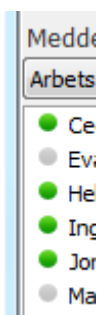


Bild 2

Mobilt team – rutin för vårdkontaktsregistrering och journaldokumentation

Syfte

Enhetlig hantering av vårdkontaktsregistrering och journaldokumentation för mobila team i Region Dalarna

Registrera vårdkontakt

För delar som inte regleras nedan, samt för definitioner hänvisas till [Rutin för kontaktregistrering i TakeCare](#). För registrering av asyl/utländsk/utlandssvensk hänvisas till separat, se dokument "Registrering för patienter ej folkbokförda i Sverige", [TakeCare på intra](#).

Bokning och vårdkontakt registreras på för det mobila teamet utsedd enhet.

Lokala rutiner för kassaregistrering av hembesök ska finnas. Taxakod anges för 'högsta medicinsk kompetens'.

Besökstyp: Hembesök

Besöksform: Team

<i>Besöksplats:</i>	Hemmet Annan plats
<i>Taxakod:</i>	04 Läk bes primärvård hembesök 05 Läk bes spec vård hembesök 55 Sjukvårdande beh hembesök
<i>Besöksmall:</i>	31 Team Hem

Telefonkontakt kontaktregistreras via journaltextterm 'Kontaktregistrering (PV)'.

Besökstyp Telefon i bokning och kassa är ej kontaktregistreringsgrundande och kassaregistreras endast vid avgiftsgrundade telefonsamtal exempelvis intyg, dosrecept. Övriga tidbokade telefonsamtal döljs alt kvitteras i kassan för att inte få status utebliven.

Registrera journaldokumentation

För delar som inte regleras nedan hänvisas till [Riktlinje journaldokumentation](#) respektive [Riktlinje för gemensam läkemedelslista](#). För definitioner hänvisas till [Rutin för kontaktregistrering i TakeCare](#).

Journaldokumentation sker på för det mobila teamet utsedd enhet.

<i>Journalmallar:</i>	PV Hembesök PV Telefon läk PV Telefon ssk PV Administrativ anteckning
-----------------------	--

'Kontaktregistrering (PV/SV)': Under termen

- anges i hembesöksmall termval 'Hembesök'
- anges i telefonmall termval 'Telefonrådgivning', 'Telefonkontakt kvalificerad hälso- och sjukvård' eller 'Telefonkontakt övrigt'.

'Kontaktväg in' respektive 'Kontaktväg ut': Under respektive term anges termval från vilken information om patienten inkommit, respektive var patienten avrapporteras.

Vid ytterligare planerat besök av mobilt team anges termval 'Fortsatt mobilt team' som kontaktväg ut.

Adekvat diagnoskod och åtgärdskod sätts, varav åtgärdskod ZV025 Hembesök.

Beställningar görs i sedvanliga beställningsbilder med ansvarig vidimerare som då erhåller svar.

Lokala rutiner för bevakning av inkommande svar via enhetens inkorg 'Vårt arbete' ska finnas vid sidan av ansvarig vidimerare.

Patienthotellet

Dokumentnamn Rutin för – Patienthotellet		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-01-08

Patient som överflyttas från slutenvårdsenhet till Patienthotellet skrivs ut i TakeCare.

Finns behov av att ha kvar patienten för kom-ihåg kan:

Grupp "Patienthotellet" skapas i Vårdenhetens patientlista där patienter som överflyttas till Patienthotellet läggs till. OBS! Patienterna måste sedan tas bort manuellt ur gruppen.

alternativt

Överrapporteringsdokumentet kopieras och bevaras.

För patient som planeras åter till slutenvård och under permission är remitterad av slutenvårdsenheten att bo på Patienthotellet används funktion för permission.

Uppföljande besök inom Hälso- och sjukvården hanteras som öppenvårdsbesök.

Lokal rutin skall finnas på enheten för att kunna ta tillbaka patienten om denne försämras i sin grundsjukdom.

[Ytterligare information om patienthotellet.](#)

Patientens samtycke och delande av elektronisk journalinformation mellan vårdgivare i TakeCare

Dokumentnamn Rutin för patientens samtycke och delande av elektronisk journalinformation mellan vårdgivare i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

- Journalkopior ska i minsta möjliga mån skickas.
- Samtycket ska avse en konkret och planerad vårdssituation och kan därför lämnas på förhand. Detta innebär att patienten till exempel kan lämna sitt samtycke till en viss eller kommande vårdgivare som ännu inte har en patientrelation, eller vid remittering till specialist som inte behöver ha en personlig kontakt med patienten, via t.ex. remiss eller brev om patienten.

Samtycke:

1. Patientens samtycke inhämtas. Patienten ska förstå innebörden och konsekvensen av samtycke och det ska vara uttryckligt, informerat, frivilligt, särskilt och otvetydigt.
2. a. Patientens samtycke registreras i rutan Åtkomst annan vårdgivare som kommer upp när journalfilter för annan vårdgivare aktiveras.
b. Patientens samtycke registreras i fliken Samtycke i Patientuppgifter genom knappen Lägg till.

Samtycke på förhand:

1. Till exempel remittent inhämtar patienten samtycke. Patienten ska förstå innebörden och konsekvensen av samtycke och det ska vara uttryckligt, informerat, frivilligt, särskilt och otvetydigt
2. Samtycket kommuniceras på remiss, brev eller dyligt.

Exempeltext: Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av de ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.

Patientjournalen

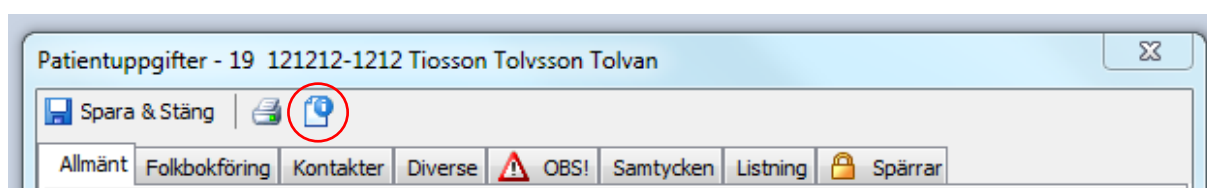
[Hjälp och stöd i arbetet med hantering av journalen.](#)

Patientuppgifter

Dokumentnamn Rutin för Patientuppgifter		
Framtagen av Delprojekt, PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Funktionen Patientuppgifter är systemgemensam, vilket innebär att samtliga användare tar del av samma uppgifter. Alla användare ansvarar vid varje vårdkontakt att hålla uppgifterna aktuella. Tänk på att det som registreras ska vara kortfattat och anpassat till att vara systemgemensam.

Funktionen Patientuppgifter har till viss del historik då man kan se vem, när och på vilken enhet adress senast har sparats, se inringad symbol nedan.



Flik Allmänt:

- Förnamn: Om patienten inte har något tilltalsnamn angivet i folkbokföringsregistret finns möjlighet att ange tilltalsnamn i

patientuppgifter. Högerklicka på det förnamn som ska markeras som tilltalsnamn och välj Markera som tilltalsnamn, välj sedan Spara & Stäng.

- Tillfällig adress: Slår igenom i adressfält och ersätter den ordinarie folkbokföringsadressen på brev och kallelser. Det är viktigt att ange datumintervall för när den tillfälliga adressen ska gälla. Fakturaadress är dock alltid folkbokföringsadress. Om den tillfälliga adressen är en c/o-adress måste gatuadressen föregås av ordet c/o och ett namn, se bildexempel nedan.
- Telefonnummer: Registreras inte via folkbokföringen. Det måste därför fyllas i manuellt vid patientens första kontakt.

Personuppgifter

Förnamn:	Tolvan	Personnr:	19 121212-1212
Efternamn:	Tiosson Tolvsson	Födelsedatum:	1912-12-12
Gatuadress:	Råkvägen 12	Ålder:	103 år
Postadress:	791 47 Delsbo	Kön:	Man

Tillfällig adress

Gatuadress:	c/o Carlsson, Videvägen 23	Gäller fr.o.m:	2016-08-17
Postadress:	791 00 Falun	t.o.m:	2016-09-01

Flik Kontakter:

- Tänk på att hålla informationen systemgemensamt anpassad.

Flik Diverse:

- Dos-patient: Svar Ja genererar länk till Pascal i läkemedelsjournalen.
- Direktinläggning enhet: Vårdenhet anges där patienten kan läggas in utan kontakt med akutmottagningen.
- Direktåtkomst via 1177 Vårdguiden: Direktåtkomst blockerad, Direktåtkomst utökad eller Låst konto gällande Journalen via nätet, mer information finns [här](#).
- Inskriften Hemsjukvård: Håll uppdaterad då det är kommunen som ansvarar för hemsjukvården.
- Tänk på att ange datum i fält där uppgiften kan vara tillfällig, t.ex. Närstående underrättad.

Flik OBS!:

- Se 'Varningsmärkning' i Regionsgemensamma rutiner TakeCare.

Flik Samtycken:

- Här framgår patientens samtycken.

Flik Spärrar:

- Här framgår patientens spärrar. Se 'Journalspärrar' i Regionsgemensamma rutiner TakeCare.

Produktkodsregistrering

Produktkodsregistrering är betalkoder som används vid öppenvårdskontakt för alla patienter med annan länskod än 20 (Dalarnas län).

- Person skriven i annat län
- Asylsökande
- EU-medborgare med eller utan EU-kort
- Utlänning utanför EU
- Personer med skyddad identitet

Vid kassaregistrering av dessa öppnas rutan för "Registrering av diagnoser och DRG -" med automatik.

Är detta inte gjort via kassan, välj patient, klicka på "Vårdkontakter".

Bocka i rutan "Produktkodregistrering" och klicka på "Lägg till".

Registrering av diagnoser och DRG - Öppen vårdkontakt -19121212-1212 Tioisson Tolvsson Tolvan

Patient:
Prv.Rnr: 19 1212121212
Namn: Tioisson Tolvsson Tolvan
Län: 20 Dalarnas län

Kassauppgifter:
Vårdkontaktstyp: Öppen vårdkontakt
Besöksdatum/tid: 2015-03-06 kl 10:40
Vårdenhet: Orsa VC Primärrehab
Ekonomisk enhet: SE232,1000180-47SR
Besöksstyp: Gruppbesök
Akut: Ej akut (OVR)
Yrkeskategori: 19

Tilläggsdebitering:
 Produktkodsregistrering

Lägg till... Ta bort Redigera...

Välj rätt produktkod för besöket, det går att skriva sökord i rutan. Senast valda produktkoder visas högst upp. Prislista med aktuella produktkoder hittar man vid [vårdavgiftshandboken](#), dokument "Prislistor för vård" (under relaterade länkar i högerkolumnen).

Om patienten betalat hela avgiften själv eller av annan orsak inte ska debitera annan region väljs produktkod ÅTG0 – Debiteras ej.

Klicka på knappen Godkänn för att faktura ska gå till annan region. Kolla registreringsstatus.

DRG-gruppera

Registreringsstatus
Godkänd 15-03-06 10:40

Godkänn OK Avbryt

Produktkoder används inte för slutenvården. Slutenvårdsfakturering till annat region sker via DRG-fakturering alternativt vårddygnsfakturering (psykiatri och geriatrik). Vårddygnen debiteras automatiskt utifrån in- och utskrivningsdatum.

Provsvår

Externa

Dokumentnamn Rutin för Externa provsvår		
Framtagen av Delprojekt, PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställt av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

1. Beställning av externa prover sker på pappersremiss som tillsammans med provmaterial skickas via Laboratoriemedicin.
(För elektronisk hantering vårdenhetsinternt mot t ex lokalt lab på egen enhet kan pappersbeställning föregås av Beställning – Mätvärden enligt lokal rutin.)
2. När pappersbeställning och provmaterial mottas av Laboratoriemedicin skickar dessa en svarskvittens som genererar beställd analys med svar EXTERN i Mätvärde-/laboratorielista i TakeCare.
Kvittensen genererar en post i Vårt arbete – Att vidimera utan namngiven vidimeringsansvarig.
3. Provsvar inkommer och ska **alltid** skannas in i TakeCare och det skannade dokumentet är provsvaret. Ange i kommentarsrutan vid skanning vilket prov det gäller.
Har beställningen gjorts på konsultationsremiss kan bevakning även hanteras sedvanligt via denna och svaret ska även kopplas till konsultationsremissen.
4. I samband med skanningen vidimeras posten i Vårt arbete – Att vidimera alt läggs posten för vidimering till vidimeringsansvarig för det skannade dokumentet.
Lokal rutin behövs för att säkerställa vem som ansvarar för detta i den egna verksamheten.
5. Bevakning av svar utan namngiven mottagare i Vårt arbete – Att vidimera ska alltid ske regelbundet och ger i detta fall en bevakning av icke inkomna externa provsvår.
6. Beställda Externa prover återfinns som analys i mätvärde-/laboratorielista och svaret återsöks under skannade dokument.
För externa provsvår som kräver möjlighet att följa värde över tid finns möjlighet att föra in svaret som mätvärde. Respektive verksamhet ansvarar för att detta sker korrekt.

Flera svarsmottagare

Innan remiss skickas – välj svarsmottagare.

3. Kompletterande uppgifter	
Extern svarskopia till (Välj ur lista):	

Provtagningar

Enklare undersökningar som 24-tim blodtryck

Provtagningar (såsom blodprovstagning, urinprovtagning, blodtrycksmätning, 24-tim blodtrycksmätning, EKG)

- Provtagning i samband med besök ingår i besöksregistreringen.
- Provtagning för kontroll som inte sker inför, vid eller efter besök registreras som Provtagning och debiteras patienten.
- Provtagning som sker inför eller efter besök registreras som Provtagning och är avgiftsfri för patienten oavsett om det sker på annan enhet än där besöket sker.
- Innebär provtagningen en undersökning bör adekvat KVÅ-kod registreras i journaltext.
- Borttagande av till exempel 24-timmars blodtrycksmätning innebär vare sig besök eller provtagning och ska om det bokats kvitteras i kassan.

För ytterligare information – se avsnitt ”Provtagning / röntgen”, [vårdavgiftshandboken](#).

Asyl/utomläns samt utlandspatienter

Primärvård

Vid provtagning används produktkoden ÅTG0.

Vid uteblivet provtagningsbesök används ÅTG0.

Specialistvård

Vid provtagning används produktkod enligt [prislista](#).

Vid uteblivet provtagningsbesök används ÅTG0.

Mätvärden utanför ordinerande vårdenhet

Dokumentnamn Rutin för provtagning av Mätvärden utanför ordinerande vårdenhet		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-11-23

Om provtagning ska göras på annan enhet än beställande enhet i TakeCare är det viktigt att rätt flöde följs så att rätt provtagning utförs, provsvar kommer rätt och flödet från beställning, till slutsvar blir rätt.

Beställande enhet:

1. Välj nytt – beställning Mätvärden
2. Markera vilka mätvärden som ska ingå i beställningen

3. Fyll i planerat provtagningsdatum som ska vara så **nära det faktiska provtagningsdatumet som möjligt**
4. Fyll i vidimeringsansvarig
5. Om provtagande enhet registrerar i TakeCare medskickas inget underlag. Beställningen sparas.

Om patienten upplevs oförmögen att ange beställande verksamhet till den provtagande enheten, ska provtagningsunderlag medskickas.

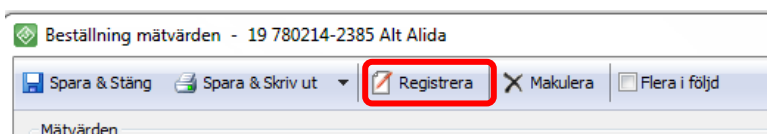
Om provtagande enhet inte registrerar i TakeCare (tex kommun) skrivs provtagningsunderlag ut för medskick till patient eller provtagare och **beställningen skickas.**

Provtagande enhet som registrerar i TakeCare

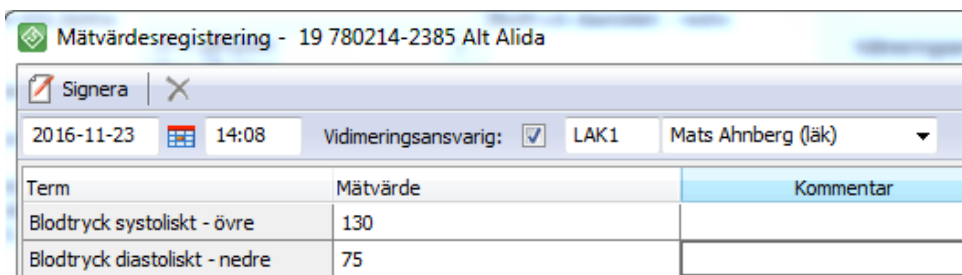
Ta fram aktuell patients journal och välj under Journalfilter den vårdenhetsgrupp som patienten anger utfärdad beställningen.

1. Välj Beställningar – Beställningar Mätvärden i patientens journal och leta upp den beställning som har **planerat provtagningsdatum närmast i tid.**

2. Välj aktuell beställning och välj **Registrera**.



3. Fyll i provtagningsdatum och tid samt klicka på signera.



Mätvärdesregistrering - 19 780214-2385 Alt Alida

Signera

2016-11-23 14:08 Vidimeringsansvarig: LAK1 Mats Ahnberg (läk)

Term	Mätvärde	Kommentar
Blodtryck systoliskt - övre	130	
Blodtryck diastoliskt - nedre	75	

Rutan stängs och svaret hamnar i vidimeringsansvarigs signeringskorg.
Mätvärdena lagras på provtagande enhet.

Provtagning som kommunen tar åt regionen

Patienten ska faktureras 150 kr från vårdcentralen som begärt provet.
Besöksmall "Provtagning Internt" eller "Provtagning Externt" används eftersom
läkare tar ställning till svaret.

På annan enhet än beställande enhet

Dokumentnamn Rutin för Provtagning utanför ordinerande vårdenhet		
Framtagen av Delprojekt, PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2018-02-05

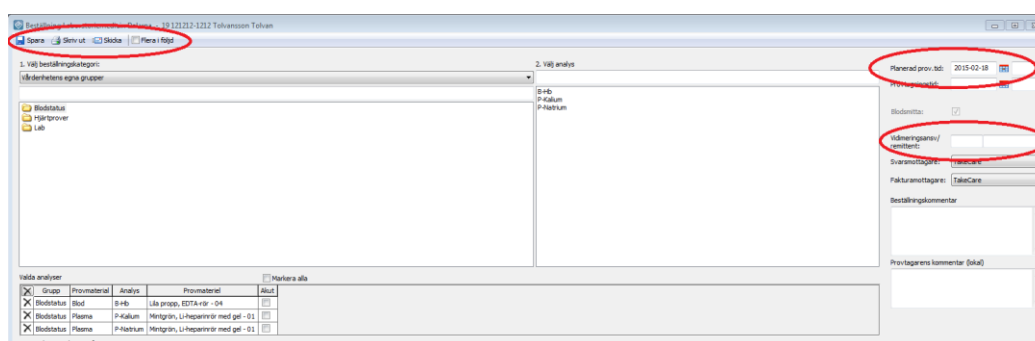
Om provtagning ska göras på annan enhet än beställande enhet i TakeCare är det viktigt att rätt flöde följs så att rätt provtagning utförs, provsvar kommer rätt och flödet från beställning, via analys hos Laboratoriemedicin, till slutsvar blir rätt.

Beställande enhet

1. Välj Nytt – Beställning Laboratoriemedicin Dalarna.
2. Markera vilka analyser som ska ingå i beställningen.
3. Fyll i planerat provtagningsdatum som ska vara så **nära det faktiska provtagningsdatumet som möjligt**.
4. Fyll i vidimeringsansvarig/remittent.
5. Om provtagande enhet registrerar i TakeCare **medskickas inget underlag**.

Om provtagande enhet registrerar i TakeCare (till exempel kommun) skrivs provtagningsunderlag och etiketter ut för medskick till patient eller provtagare.

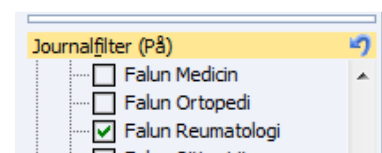
Beställningen sparas.



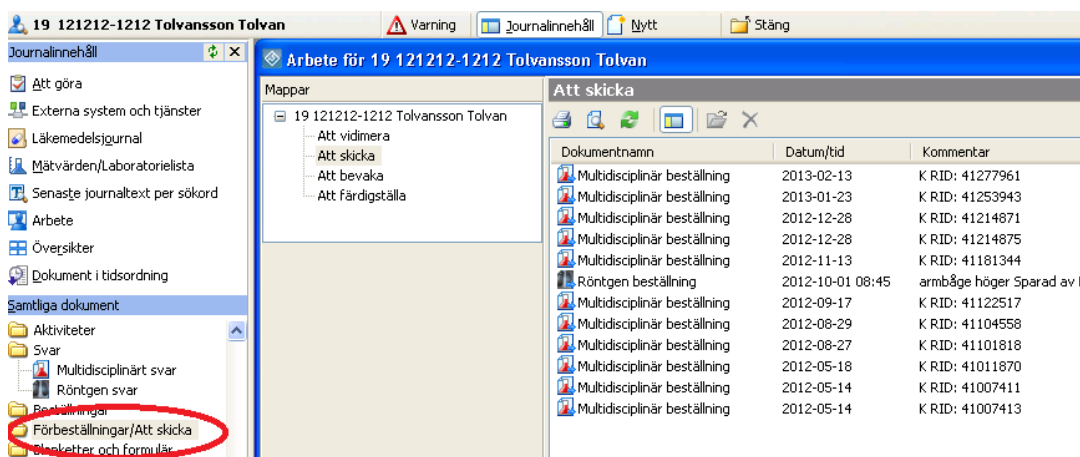
Provtagande enhet som registrerar i TakeCare

1. Ta fram aktuell patients journal och välj under Journalfilter den vårdenhetsgrupp som patienten anger utfärdat beställningen.

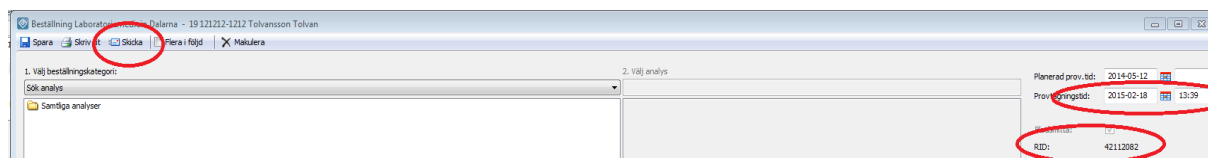
Om beställande enhet är spärrad av patient:
Patienten hänvisas till beställande enhet för provtagning.



2. Välj Förbeställningar/Att skicka i patientens journal och letar upp den provtagningsbeställning som har **planerat provtagningsdatum närmast i tid**.



3. Välj aktuell beställning och välj redigerasymbolen för att komma in i beställningsbilden alt högerklicka och välj Öppna beställningsbild.
4. Välj skrivaren för att skriva ut etiketter.
5. Ta provet/proverna.
6. Fyll i provtagningsdatum och tid, kontrollera RID-numret mot etiketten/etiketterna och skicka beställningen.



Provtagande enhet som ej registrerar i TakeCare (till exempel kommun)

Provtagning sker utifrån underlag och etiketter enligt tillvägagångssätt beställande enhet. Innan provröret/en skickas fylls provtagningsdatum och –tid i och beställningen skickas. Provröret/en skickas på sedvanligt sätt.

Handskriven provtidpunkt på röretikett kan ej ersätta att "Skicka beställning" eftersom Laboratiemedicin har automatiserade system för provrörshantering i Falun.

Beställande vårdenhet är regionsextern enhet

Patient som normalt tar prover och följs på enhet utanför regionen, exempelvis patient från annat län som är på tillfällig vistelse och behöver provtagning, hanteras som följer.

- Patienten ska medha provtagningsremiss med tydlig information om analyser samt beställande enhet (se nedan)
- Saknas sådan remiss måste följande information inhämtas:
 - Analyser som ska tas
 - Namn på beställande vårdenhet
 - Fullständig adress till beställande vårdenhet
 - Faxnummer till beställande vårdenhet
 - Telefonnummer till beställande vårdenhet
- Saknas information kan den inhämtas via:
- Patienten kontaktar beställande enhet (kan använda sig av 1177 Vårdguidens e-tjänst Journalen).

- Vårdpersonal tar del av information via Nationell patientöversikt (NPÖ) utifrån patientens samtycke.
- Vårdpersonal kontaktar beställande vårdenhet.

- Använd pappersremiss Laboratoriemedicin där information enligt ovan anges.
 - Externt underlag (provtagningsanvisning e.d. som patienten eventuellt haft med sig) ska vidhäftas denna remiss.
 - Elektronisk remiss i TakeCare kan inte användas då beställande hälso och sjukvårdsenhet i så fall får svar samt debiteras.
- Åtgärden dokumenteras i journaltext i TakeCare.
- Provtagningen bör **inte** ske i de fall då rätt analys eller rätt svarsmottagare ej kan säkerställas.

Registerutdrag

[Rutin utlämnande av vårddokumentation](#)

Rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård

Dokumentnamn Rutin för – Rättspsykiatrisk vård, psykiatrisk tvångsvård		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.3
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-02-10

Lagen om rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård medger inte att patienten skrivs ut då patienten till exempel tillfälligt ligger inlagd i somatisk vård.

När en patient är inskriven enligt lagen om rättspsykiatrisk vård alternativt med psykiatrisk tvångsvård och tillfälligt behöver vistas utanför vårdenheten och dokumentationen ska ske i den tillfälliga avdelningens journal.

Registrera istället en utplacering till den tillfälliga vårdenheten och dokumentationen ska ske i den tillfälliga avdelningens journal.

När patienten kommer tillbaka till psykiatri avslutas utplaceringen och dokumentationen sker fortsättningsvis i psykiatriens journal.

Om patienten besöker en akutmottagning under vård enligt ovan, behöver utplacering endast göras om patienten blir inskriven i slutenvård.

Liksom tidigare är det en intern uppgörelse mellan psykiatrisk och somatisk vård och det är upp till respektive ekonom att göra upp det ekonomiska.

[Se även In- och utskrivning](#)

Sammanhållen journalföring inklusive patientens samtycke

[Information om sammanhållen journalföring](#)

Samordnad individuell plan (SIP)

Från och med första januari 2018 övertar regionsfinansierad öppenvård ansvaret för SIP och den ska göras på följande sätt:

- I samband med utskrivning från slutenvård. Den registreras elektroniskt i SIP-modulen i TakeCare. [Lathund för SIP-modulen](#)
- Initierad av någon annan part exempelvis av kommunen eller öppenvården. För den används en blankett som sedan skannas in i TakeCare. Blanketten "Samordnad individuell plan" finns på sida för "Hälsa och välfärd" – [Regionala samverkansdokument](#).
- Samordnad individuell plan - definition enligt [Socialstyrelsen](#):

"Vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

Den samordnade individuella planen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående och förutsätter samtycke från den enskilde.

Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg dokumenteras.

Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov.

Den samordnade individuella planen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering."

SIP i Primärvården

Mötet sker tillsammans med patienten och/eller dennas anhöriga och kan utföras exempelvis via videolänk eller genom ett besök på en vårdinrättning, i hemmet eller på SÄBO. För att dokumentera besöket används lämpligtvis journalmallen "PV Vårdplanering" i samband med att besöket sker.

Registrering i TakeCare

Vill man ha uppföljning och statistik på genomförda SIP-besök används åtgärdskod "AU124 – Upprättande av samordnad individuell plan".

Öppna journalmall PV Vårdplanering i TakeCare. Registrera åtgärdskod "AU124 – Upprättande av samordnad individuell plan" i fältet för Åtgärdskod. Observera att det är endast i samband med att besöket sker som åtgärdskoderna ska registreras. Är man flera vårdgivare som deltar i vårdplaneringen så är det endast en som ska registrera åtgärdskoderna.

The screenshot shows the TakeCare interface for a patient named Tiosson Tolvsson Tolvan. The main window displays a list of care plans under the heading "VÅRDPLANERING". The selected plan is "AU124 Upprättande av samordnad individuell plan (i)". The interface includes a search bar for the care plan code and a list of actions such as "Kontaktregistrering (PV)*", "Avstämningmöte FK, start", "Avstämningmöte FK, slut", and "Kontaktorsak".

Bokning

SIP bokas som sedvanligt besök alternativt teambesök.

Kassaregistrering

Besök för SIP i öppenvård ska kassaregistreras som sedvanligt besök, men avgiftsfritt.

Eventuell bokning av SIP i slutenvård ska kvitteras i kassan.

Skyddade personuppgifter

Dokumentnamn Rutin för – skyddade personuppgifter		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.6
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2017-11-08

Den som upplever sig vara utsatt för ett allvarligt och konkret hot kan ansöka hos Skatteverket om skyddade personuppgifter genom sekretessmarkering eller skyddad folkbokföring. Uppgifterna syns i folkbokföringen cirka en vecka efter beslut.

Den som är utsatt för särskilt allvarlig brottslighet och hotas till liv, hälsa eller frihet kan få fingerade personuppgifter eller så kallad ny identitet.

[Mer information om graderna av skyddade personuppgifter och skatteverkets hantering](#)

[Regionens riktlinjer för hantering av skyddade personuppgifter](#)

Patienten skall styrka att han/hon har fått skyddade personuppgifter. TakeCare gör ingen skillnad på nivåerna sekretessmarkering och skyddad folkbokföring.

Uppgifter om skyddade personuppgifter kommer från folkbokföringen och i fältet namn visas texten "Skyddad ID". I fältet adress visas uppgiften som gatuadress till Förmedlingsuppdrag Skattekontoret och postadressen till Skattekontoret. Hit går all post och fakturor och vidareförmedlas till patienten.

Skicka brev till patient:

1. Använd ett inner- respektive ytterkuvert
2. Innerkuvertet ska, längst ner till vänster, eller på baksidan, ha uppgift om avsändarens fullständiga adress (vårdenhet, adress och gärna namnet på avsändande person). Då kan Skatteverket returnera försändelsen om de inte kan nå mottagaren. Skriv på innerkuvertet mottagarens personnummer och, om möjligt, mottagarens fullständiga namn.
3. Lägg innerkuvertet i ett ytterkuvert som sänds till postförmedlingsadress. Flera försändelser kan givetvis läggas i samma ytterkuvert.
 - Ytterkuvertet adresseras enligt följande:
 - Förmedlingsuppdrag
 - Box 2820

- 403 20 Göteborg

Det går alltså INTE att använda sig av e-brev till personer med skyddade personuppgifter.

Om en patient har skyddad folkbokföring (tidigare benämnt kvarskriften) visar uppgifterna från folkbokföringsregistret län och kommun 99/99.

Uppgifter förändras inte retroaktivt i TakeCare. Detta innebär att skyddade personuppgifter kan förekomma på dokument skapade före det tillfälle då patienten erhöll skyddade personuppgifter. Detta gäller även processen bokning – kassaregistrering där de nya uppgifterna om skyddad identitet inte slår igenom i kalender och kassans dagsöversikt, utan bokningen måste göras om. Var även uppmärksam vid eventuell hopkoppling av journaler, exempelvis tidigare reservnummerjournal. Uppmärksamhet kring nytillkomna skyddade personuppgifter ska alltid finnas.

Under inga omständigheter och inte heller på patientens begäran får kontaktuppgifter – till exempel namn, adress, telefonnummer, tillfälliga telefonnummer, eller adresser – registreras i journalen. Uppgifter får heller inte registreras till kontaktpersoner, goda män eller andra som indirekt kan identifiera patienten eller leda fram till patientens uppehållsort. Tänk på att detta även gäller fritext.

Vid utlämnande av journalkopior innehållande kontaktuppgifter, tidigare namnuppgift eller annan information som kan leda till att patienten identifieras eller hens uppehållsort blir röjd, måste dessa uppgifter raderas före utlämnande. Detta gäller även uppgifter i löpande text. Regionen får inte permanent radera uppgifter i journalsystemet. [Ansökan om journalförstöring](#) kan endast initieras av patienten själv och ärendet handläggs av Inspektionen för Vård av omsorg, IVO.

Patienten ska erhålla en kontaktperson och telefonnummer till vårdenheten dit hen kan vända sig. Patienten ska inte behöva förklara sig i telefonväxel eller hamna i röstbrevlådor eller bokningssystem. Det är den skyddades ansvar att själv kontakta sjukvården.

Slangar och infarter

Dokumentation av insättning, borttag, omläggning/skötsel av slangar och infarter ska ske genom registrering i respektive strukturerad mätvärdesmall alternativt befintliga kombinerade sådana.

Detta utifrån en strukturerad journaldokumentation för ökad patientsäkerhet genom förenklad återsökning och överskådlighet över tid.

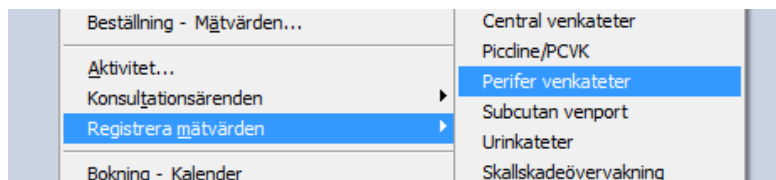
Dokumentationen i mätvärdesmall kan behöva kompletteras med dokumentation i journaltext om vård och behandling avviker från normalförlopp, t.ex. genom komplikation.

Exempel på slangar och infarter är: Sond, Central venkateter, Piccline/PCVK, Perifer venkateter, Subcutan venport, Urinkateter, Epiduralkateter, Dränage, Artärkateter, Central dialyskateter, PNP-kateter, Intraosseös nål.

Tillvägagångssätt:

1. Nytt – Registrera mätvärde – Respektive mätvärdesmall

2. Dokumentera de delar som är adekvata
3. Återsök information genom respektive filter i Mätvärden/Laboratorielista. Via journalfilter kan ytterligare information från andra enheter och vårdgivare ses utifrån sedvanlig behovsanalys och samtycke
4. För att uppdatera dokumentationen, upprepa 1



Slutanteckning och remiss till primärvården från specialistvård

Dokumentnamn Rutin för hantering av slutanteckningar och remisser till primärvården		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Syftet med slutanteckningar är att ge en sammanfattad bild av vården under ett slutenvårdstillfälle. Slutanteckningen ska innehålla information om utredningar, ställningstagande och given behandling. En viktig del av informationen är ändringar i läkemedelsbehandlingen (läkemedelsberättelse). Dessutom ska informationen innehålla en bedömning av det fortsatta vårdbehovet, kontroller och en aktuell läkemedelslista.

Slutanteckningen används dels för att, om ett vårdbehov uppstår igen, ge en snabb överblick av tidigare given vård (sammanfattning), men också för att till nästa vårdnivå informera om given vård.

Remiss är ett dokument om en patient som innehåller:

1. Beställning av en tjänst och/eller
2. Begäran om övertagande av vårdansvar
 - Slutanteckning/sammanfattning ska alltid skrivas efter ett vårdtillfälle.
 - Slutanteckning/sammanfattning bör skrivas vid avslutad behandling i öppen vård om den givna vården har varit omfattande/komplex.
 - Överföring av vårdansvar till annan vårdnivå kan ske antingen genom:
 1. *Samordnad vårdplanering:* Detta är aktuellt om det efter slutenvårdstillfället bedöms finnas behov av särskilda insatser från kommunen och den öppna hälso- och sjukvården. Patienten eller närstående ska godkänna att information överförs. Slutanteckningen är då en del av informationsöverföringen.
 - Dagen före patienten skrivs ut ska ett utskrivningsmeddelande skickas och efter utskrivningen skickas slutanteckning till ansvarig läkare, sjuksköterska och ansvarig sjuksköterska i kommunen. Flyttas

patienten till särskilt boende ska slutanteckning/ relevant medicinsk information i remiss skickas med patienten vid utskrivning.

2. *Remiss:* Om patienten efter vårdtillfället har behov av fortsatta insatser enbart från den öppna hälso- och sjukvården skrivs remiss enligt nedan för att överföra vårdansvar. Remissen ska då innehålla den information som nästa vårdnivå har behov av. Slutanteckningen och aktuell läkemedelslista kan användas som komplement till informationen som anges i remissen.

Om det dröjer innan slutanteckning är skriven måste remissen innehålla all nödvändig information.

Hänvisning kan göras på remissen till slutenvårdens journal där det ska finnas en sammanfattande bedömning och en läkemedelsberättelse.

Remiss skrivs om:

- Patient har sökt akutmottagning. Utredning/behandling är inte avslutad utan måste följas upp med provtagning/besök.
- Patienten har vårdats ineliggande och behöver uppföljning efteråt av den sjukdom som föranlett inläggningen eller då patienten av annan orsak har behov av fortsatta kontroller.

Remiss ska inte skrivas om:

- Enstaka blodtryck/blodprov/röntgenundersökning för snar kontroll. Åtgärden beställs av specialistkliniken med svar dit.
- Fortsatta kontroller enbart avser kroniska sjukdomar som sedan tidigare kontrolleras i primärvården.
- När patient har remitterats från primärvården till klinik för utredning/behandling görs ev återremittering i form av remissvar.

Obs! när specialistklinik önskar överföra vårdansvar ska mottagande enhet godkänna/bekräfta att ansvaret tas emot. När remiss till primärvården är oklar, ofullständig eller primärvården av annan anledning än bemanningsskäl inte kan ta över vårdansvaret, anges detta i remissvar. Vårdansvaret kvarstår hos specialistklinik till dess att mottagande vårdcentral bekräftat övertagande av vårdansvar.

Standardiserade vårdförlopp röntgenremiss

Dokumentnamn Rutin för standardiserade vårdförlopp röntgenremiss		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Val av röntgenundersökning – SVF

När nedanstående val är gjorda kan remissen hanteras som ett standardiserat vårdförlopp. SVF-remisser som inte uppfyller kriterierna skickas åter remittenten.

En remiss per undersökningstyp (modalitet exempelvis MR, DT etc).

1. Välj röntgenundersökning

Valda undersökningar

<input checked="" type="checkbox"/>	Metod	Undersökning
<input checked="" type="checkbox"/>	DT	datortomografi urografi utan och med kontrast + utsöndring

3. Kompletterande uppgifter

Kreateninvärde. Vad är ditt svar?	
Ingår i StandardiseratVårdFörlopp	

- När undersökning är vald kommer valet 3. Kompletterande uppgifter. **Klicka** i rutan – Ingår i StandardiseratVårdförlopp 3.
- Nedanstående bild visas, **klicka** i rutan SVF.

Kompletterande uppgifter

Ingår i StandardiseratVårdFörlopp

SVF
 <Inget svar >

OK Avbryt

- Välj SVF poliklinisk patient eller SVF ineliggande patient i listrutan "Pat. Kallas från:"

Pat. kallas från:

Svarsmottagare:

Fakturamottagare:

Hemmet
Vårdenhet
SVF poliklinisk patient
SVF ineliggande patient

Spärrhantering

Dokumentnamn Rutin för spärrhantering		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.2
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2018-05-22

Information om spärrhantering finns i [Spärrtjänstens arbetsrum](#).

Test/övning/utbildning

Dokumentnamn Rutin för test/övning/utbildning i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

All form av test/övning/utbildning ska ske i TakeCare Demo. I skarp miljö får testpatient Tolvan Tolvansson endast användas för visning.

I yttersta nödfall och endast vid absolut behov av verksamhetsspecifik konfiguration kan testpatient Tolvan Tolvansson användas. Detta förutsätter att:

- Utförd test sker med stor eftertänksamhet och får under inga omständigheter ge konsekvenser för vårdenheter eller andra användare.
- Skicka aldrig recept elektroniskt
- Utförd test städas, dvs sparas ej, signeras, makuleras eller motsvarande

Tolk

Registrering av tolk används för såväl vårdinformation som kostnadsuppföljning och kostnadsersättning, därav viktigt att registreringen sker enhetligt. Registrering skall ske enligt följande fyra principer.

1. Tolkbehov registreras under Patientuppgifter, flik Diverse och sökord **Tolkbehov** respektive **Språk**. Denna registrering följer patienten som övergripande patientuppgift oavsett vårdkontakt.
2. Vid väntelista och bokning inför vårdkontakt bockas rutan **Tolk önskas** i på bokningsunderlaget och eventuell tidigare registrering av språk kommer med automatiskt. Denna registrering fungerar som stöd vid bokning av vårdkontakt.
3. Efter vårdkontakt registreras tolkanvändning i journalanteckningen under sökord **Tolk** med val **Språktolk**, **Teckentolk** eller **Asyltolk**. Denna registrering används för vårdinformation från enskild vårdkontakt, samt för kostnadsuppföljning och kostnadsersättning.

För registrering av "Asyltolk" se [rutin](#).

Saknas sökord **Tolk** i journalmall kontaktas VIST-förvaltningen för konfiguration.

4. Utifrån respektive verksamhets rutiner runt åtgärdskodning registreras åtgärdskod ZV020 Användande av tolk i journalanteckning och/eller i registrering av diagnoser och DRG på öppen vårdkontakt.

Utdata

Utdata tas i första hand via BILD:s rapporter och analyser. För önskemål kring utdata ska Blankett för uppdragsförfrågan användas. Se [BILD](#)

Utlämnande av journal

Utlämnande av journalkopior sker i enlighet med regionens rutiner, v.g. se Intra [Utlämnande av vårddokumentation](#).

Vid utlämnande ska information dokumenterade under s.k. skyddstermer beaktas. Denna information är inte tillgänglig för patienten via 1177 vårdguidens e-tjänst Journalen, men kommer per automatik med vid utskrift av journal. Se rutin för hantering av [informationsundantagande termer i Journalen via nätet](#).

Varningsmärkning, uppmärksamhetsinformation

Dokumentnamn Rutin för uppmärksamhetsinformation i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Chefläkargruppen beslutar om val under de olika uppmärksamhetsinformationerna. Aktuella val återfinns i TakeCare.

Beslut om uppmärksamhetsmärkning tas av läkare.

Den nationella uppmärksamhetssymbolen (se även separat lathund) i form av internationellt förekommande medicinska symboler – det så kallade Andreaskorset med inslag av utropstecken - används i TakeCare. Informationsmängderna nedan genererar färgmarkering i respektive arm på symbolen.



Varningsmärkning genereras via informationsmängderna Behandling/terapi att beakta, Diagnos att beakta, samt Överkänslighet av allvarlighetsgraderna livshotande och skadlig.

Observandum genereras via informationsmängderna Blodsmitta, Resistent bakterier, Överkänslighet av allvarlighetsgraden besvärande, samt Vårdbegränsning.

Skapa uppmärksamhetsmärkning

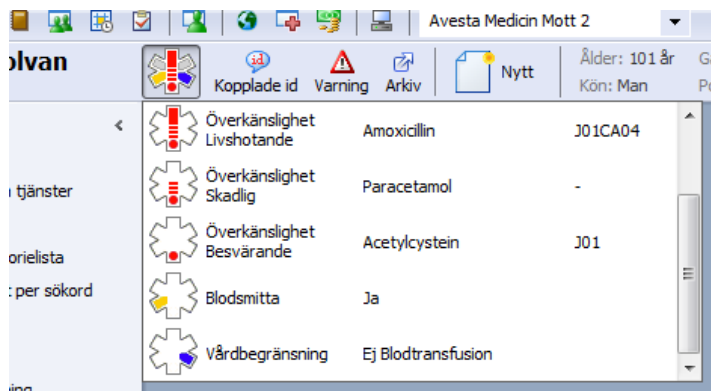
- Gå till Patientuppgifter – flik OBS!
- Klicka Lägg till.
- Välj respektive kategori för varningsmärkning.
- Välj aktuellt val i vallisten.
- För Blodsmitta – kryssa i Blodsmitta.
- För Överkänslighet och intolerans – ange överkänslighet i fritext, ev ATC-kod, samt allvarlighetsgrad (se nedan).
- Beskrivning av varningsmärkningen skall även dokumenteras i journalanteckning. Vid registrering av varningsmärkning görs hänvisning till anteckningstyp, vem som gjort anteckningen, samt vårdenhet, i rutan "Hänvisning till grundinformation i journaltext" enligt format "Daganteckning, dr NN, vårdenhet X".
- Datum för journalanteckningen skrivs i rutan för "Händelsetid".
- Bekräfta med OK.

Ta bort uppmärksamhetsmärkning

- Om bedömningen av risken omvärderas kan varningen tas bort under samma flik.
- Markera i rutan "Ej aktuell".
- Motivera i textrutan.
- Bekräfta med OK. Varningsikonen försvinner då, men noteringen finns kvar.

Ta del av uppmärksamhetsmärkning

Den nationella uppmärksamhetssymbolen presenteras i patientraden i TakeCare med respektive arm fylld. Klickas på den öppnas översiktsvy. Dubbelklick på respektive rad öppnar flik OBS! i Patientuppgifter.



Informationsmängder



Behandling/terapi att beakta

Varningsmärkning för Behandling/terapi att beakta registreras vid behandling/terapi som innebär allvarlig risk för patientens liv eller hälsa och som måste beaktas i vården av patienten.

Varningsmärkning för valet "Viktigt medicinskt observandum" får endast göras kring mycket viktiga medicinska observandum.



Diagnos att beakta

Varningsmärkning för Diagnos att beakta registreras vid diagnoser som särskilt måste beaktas i vården av patienten.



Överkänslighet

Se även Rutin för dokumentation av överkänslighetsreaktioner i TakeCare.

Varningsmärkning för Överkänslighet anges tillsammans med allvarlighetsgrad:

- Med *Livshotande* menas det som kan riskera att patienten dör
- Med *Skadlig* menas det som inte är livshotande men som kan riskera att organ skadas resulterande i viss funktionsnedsättning och med viss utsträckning i tid
- Med *Besvärande* menas det som inte är livshotande eller skadligt men som kan riskera en reaktion som ändå är så pass kraftig att det är värt att uppmärksamma i en kommande vårdsituation

Beroende av allvarlighetsgrad fylls uppmärksamhetssymbolen lodrätt.

Vid övergång från tidigare Varningsmärkning till Nationella uppmärksamhetssymbolen markeras samtliga Överkänslighetsmarkeringar som fyllt utropstecken och med

förklaringstext "Ställningstagande till allvarlighetsgrad av överkänslighet saknas".



Blodsmitta

Observandummärkning för blodsmitta registreras vid smitta med mikroorganismer som via blod/blodprodukter/blodtillblandade kroppsvätskor kan överföras från en människa till en annan.



Resistent bakterier

Observandummärkning för resistent bakterier registreras vid bärare av bakteriestam som är motståndskraftig mot ett flertal antibiotika så att etablerade alternativ inte längre kan användas för behandling eller profylax.



Vårdbegränsning

Observandummärkning för vårdbegränsning registreras då patienten själv eller hälso- och sjukvårdspersonal fattat beslut som innebär en avvikelse från den vård som patienten rutinmässigt sett skulle ha fått. En del i detta är Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd – se Rutin för vårdbegränsning vid livshotande tillstånd.

Patient som inte accepterar blodprodukter vid livshotande tillstånd registreras med val och enligt Rutin för Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd.

Viktig information och Hälso- och sjukdomshistoria

Dokumentnamn Rutin för registrering och åtkomst av Viktig information och Hälso- och sjukdomshistoria i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Behov finns att ha en gemensam hantering av registrering och åtkomst av vissa journaltextuppgifter i TakeCare. Sådana uppgifter har identifierats vara Hälso- och sjukdomshistoria samt Viktig information om patienten, som inte finner annan upplyft plats i journalsystemet.

Samtliga enheter har tillgång till journaltextmall "Viktig information/Hälso- och sjukdomshistoria" samt översikt "VI/Hälso- & sjukhistoria".

Dokumentation sker första gången per patient i mall "Viktig information/Hälso- och sjukdomshistoria".

Ytterligare/uppdatering av dokumentation sker därefter alltid i samma mall via funktion Kopiera till ny. Ny anteckning ska inte upprättas via Nytt-menyn.

Presentation/åtkomst sker företrädesvis via översikt "VI/Hälso- & sjukhistoria", där, förutom anteckningens termer, även annan viktig information sammanställs.

Efter sedvanlig individuell behovs- och rättighetsprövning kan information från andra enheter erhållas genom journalfiltrering.

OBS! Att senast inregistrerad information från journalfiltrerade enheter alltid visas.

Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd

Dokumentnamn Rutin för Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd		
Framtagen av Tomas Riman, chefläkare Lars Hagman, bitr verksamhetschef, Medicinkliniken	Godkänd av Lotta Olmarken Ingler, Hälso- och sjukvårdsdirektör	Version 1.4
Fastställd av		Datum 2020-04-08

Beslut

När patienter i Region Dalarna med kroniska livshotande hälsotillstånd vårdas i primärvården, eller patienter med akuta- eller kroniska livshotande sjukdomar vårdas i specialiserad slutenvård skall patientansvarig läkare eller annan legitimerad läkare, tillsammans med ytterligare minst en legitimerad vårdgivare ta ställning till och dokumentera gällande vårdbegränsning av livsuppehållande behandling.

Hälso- och sjukvårdens resurser i Sverige fördelas enligt den etiska plattformen och beskrivs i nationella prioriteringsmodellen: 1) Människovärdesprincipen 2) Behovs- och solidaritetsprincipen 3) Kostnadseffektivitetsprincipen

Resurserna inom och behoven av hälso- och sjukvård ändras över tid. I situationer där intensivvårdsresurserna inte motsvarar behoven hänvisas till [Socialstyrelsens sida](#) och "Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden".

Lathund "[Vårdbegränsningar gällande att inte inleda eller att inte fortsätta livsuppehållande behandling inom Region Dalarna](#)" är framtagen av Etiska rådet, i syfte att underlätta ställningstagande och journaldokumentation på vårdenheter (Lathund Vårdbegränsning).

Bakgrund

Dokumentet avser riktlinjer gällande beslut om och dokumentation av begränsningar av livsuppehållande åtgärder hos patienter med livshotande sjukdom i Region Dalarna. Dokumentet är framtaget utifrån "Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling" och Socialstyrelsens "Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal".

<https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20117-om-livsuppehallande-behandling/>
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2011-6-39.pdf>

Dokumentationsmallen "Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd" ska användas, vilken återfinns i TakeCare under "Nytt – Journalmallar Läkare".

Journalmallen skall användas vid all dokumentation i samband med ställningstagande till vårdbegränsningar vid vård av patienter med livshotande hälsotillstånd. Exempel kan vara: Ställningstagande till HLR eller ej, IVA-vård eller ej, assisterad ventilation eller ej, blodtransfusion eller ej, sjukhusvård eller ej.

Journalmallen kan även användas vid upphävande av tidigare beslutad vårdbegränsning om hälsotillståndet förbättrats. Mallen ger också möjlighet att aktivt besluta och dokumentera "Nej, ingen vårdbegränsning" gäller, vilket förtydligar för övriga vårdgivare att ställningstagande har tagits att samtliga livsuppehållande åtgärder skall initieras om patientens hälsotillstånd försämras.

Vid akuta beslut om exempelvis HLR, IVA-vård eller assisterad ventilation skall påbörjas eller inte, används enbart sökorden "Tidpunkt för beslut", "Beslut efter samråd med", "Patientmedverkan" och "Beslut". Detta är lägsta acceptabla dokumentationsnivå.

Det åligger ordinarie legitimerad läkare att snarast, vanligen i samband med rondarbete att färdigställa journaldokumentationen avseende hur information till patient/anhöriga har skett om vårdbegränsningen och vad som utgör beslutsgrund inklusive bedömning av sviktande organsystem

Vid icke akuta beslut om eventuell vårdbegränsning vid kroniska livshotande sjukdomstillstånd, skall redan initialt en så fullständig dokumentation som möjligt journalföras.

Patientens självbestämmande

Då patientens självbestämmande anges som enda beslutsgrund hämtas tilläggsmall "Vårdbegränsning vid patientens självbestämmande" som komplement till grundmallen i syfte att ge en mer fullständig dokumentation.

Tilläggsmallen hämtas genom att markera term "Beslutsgrund" i grundmallen, klicka "Lägg till mall" och välja tilläggsmall "Vårdbegränsning vid patientens självbestämmande".

"OBS!" märkning i TakeCare

Varningsmärkning (blå markering) under "OBS!" i TakeCare görs av journalförande läkare när beslut "Ja, vårdbegränsning enligt nedan" har fattats och dokumenterats i journalmallen. Fliken "OBS!" hittas via "Patientuppgifter – OBS!". Under fliken "OBS!" väljs "Lägg till" samt "Vårdbegränsning". Under "Vårdbegränsning" väljs "Vårdbegränsning livshotande tillstånd".

I dialogrutan "Hänvisning till grundinformation" i journaltext skrivs vårdenhet och ansvarig för anteckningen enligt "Vårdenhet X, Läk NN". I rutan "Händelsetid" skrivs datum för anteckningen. I fältet "Kommentarer" skrivs kortfattat vilka vårdbegränsningar som är beslutade, t.ex. "Ej HLR, ej intensivvård, etc". Välj sedan "Spara och stäng".

När beslut "Nej, ingen vårdbegränsning" väljs i journalmallen skall ingen varningsmärkning skapas under "OBS!". Om tidigare beslut "Ja,

vårdbegränsning enligt nedan" ändras till "Nej, ingen vårdbegränsning", skall på motsvarande sätt varningsmärkning (blå markering) under "OBS!" tas bort. Detta minimerar risken att livsuppehållande behandling av misstag inte initieras när "Nej, ingen vårdbegränsning" föreligger.

Ställningstagandet gäller liksom övriga medicinska beslut tillsvidare. Det gäller således även om patienten byter vårdenhet eller byter mellan öppen och sluten vårdform. Ingenting i Socialstyrelsens föreskrifter förhindrar att en vårdbegränsning fattad av läkare på en klinik också gäller på annan klinik. Lagstiftarens ambition är att beslutet och dokumentationen är av så god kvalitet att giltigheten framgår, men om det av tydlighetsskäl finns behov kan läkare på mottagande klinik eller annan vårdenhet i kommentarrutan dokumentera att beslutet gäller t.ex. "Bekräftas datum 2020-06-05 Vårdenhet X, Läk NN".

Alla legitimerade läkare har möjlighet att ompröva beslutet. Om förutsättningarna för ett tidigare fattat beslut om vårdbegränsningar har förändrats är det viktigt att grunden för beslutet under "beslutsgrund" dokumenteras i journalen.

Det är vårdgivarens ansvar att noga ta del av senaste beslut kring vårdbegränsningar. Senaste beslut från i journalmallen "Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd" är alltid det beslut som gäller.

Referensdokument:

1. Rapport 2017:2, Nationell modell för öppna prioriteringar. Prioriteringscentrum, Linköpings Universitet.
2. Socialstyrelsen. Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden (2020-03-27).
3. Lathund Vårdbegränsning. Vårdbegränsningar gällande att inte inleda eller att inte fortsätta livsuppehållande behandling inom Region Dalarna (från etiska rådet 2020).
4. Socialstyrelsen juni 2011. Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling - Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal.
5. SOFS 2011:7 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.

Framtagen av

Tomas Riman, chefläkare.

Lars Hagman, bitr verksamhetschef Medicinkliniken, Falu lasarett, medlem i Etiska rådet, Region Dalarna.

Gäller för verksamhet

Hälso- och sjukvård Region Dalarna

Skäl

Dokumentet avser riktlinjer gällande beslut om och dokumentation av begränsningar av livsuppehållande åtgärder hos patienter med livshotande sjukdom i Region Dalarna.

Vårdinformation

Se information för [hantering av vårdinformation](#).

Yrkeskategorier

Se dokumentet "Yrkeskategorier i TakeCare", [TakeCare på intra](#).

Ändringar i journalen inklusive förstöring av journaluppgift

Se information om [Ändringar i journalen](#).

Överkänslighet

Dokumentnamn Rutin för dokumentation av överkänslighetsreaktioner i TakeCare		
Framtagen av Delprojekt PAS i TakeCare	Godkänd av IT-rådet	Version 1.1
Fastställd av Objektsägare Jens Bergqvist och Chefläkare Bengt Malmqvist		Datum 2016-10-04

Överkänslighetsreaktioner kan noteras på tre olika sätt. Samma reaktion kan noteras på ett eller flera sätt.

Ordinarie Journaltext under lämplig term, t.ex. **Bedömning/åtgärd.**

Här noteras:

- *Biverkningar av läkemedel*, t.ex. bradykardi av betablockad eller njurpåverkan av ACE-hämmare
- *Lindriga allergiska reaktioner*, t.ex. pollenallergi och allmän överkänslighet

Term **Överkänslighet**

Här noteras Överkänslighetsreaktioner:

- Alla typer och svårighetsgrader av överkänslighetsreaktioner på läkemedel.
- Läkemedel som bör undvikas, men kan ges efter övervägande med förbehandling och/eller observation (ex rtg-kontrast, lindriga hudreaktioner och tarmbesvär på antibiotika).
- Andra typer av överkänslighet noteras, till exempel födoämnesallergier, glutenintolerans, latexallergi med mera.

Uppge hur reaktionen har varit och varifrån uppgifterna kommer.

Varning och Observandum Patientuppgifter – OBS-fliken

Här noteras överkänslighetsreaktion i tre allvarlighetsgrader där de två första innebär *allvarlig risk för patientens liv och hälsa*:

- Med *Livshotande* menas det som kan riskera att patienten dör.
- Med *Skadlig* menas det som inte är livshotande men som kan riskera att organ skadas resulterande i viss funktionsnedsättning och med viss utsträckning i tiden.
- Med *Besvärande* menas det som inte är livshotande eller skadligt men som kan riskera en reaktion som ändå är så pass kraftig att det är värt att uppmärksamma i en kommande vårdssituation. *Besvärande* klassas inte som varning, utan som observandum.

Varning kan skapas för läkemedel, allvarliga födoämnesallergier och latexallergi.

Reaktionen ska också beskrivas under termen *Överkänslighet* och hänvisning görs i samband med varningsmärkningen.

Reaktioner som innebär allvarlig risk för patientens liv eller hälsa är:

- Anafylaxi – definition: akut, svår, snabbt insättande, systemisk överkänslighetsreaktion med symtom från flera organsystem, med

respiratorisk och/eller cirkulatorisk påverkan, vilket ger ett instabilt tillstånd som är potentiellt livshotande. Ju snabbare reaktionen uppkommit, ju allvarigare bedöms den.

Enbart hudsymtom, angioödem, rinokonjunktivit eller magtarmsymtom är alltså inte anafylaxi. Se schema för anafylaxigradering nästa sida.

- Erytema multiforme
- Mukokutant syndrom
- Stevens-Johnsons syndrom
- Olika grader av multiforma hudutslag med feber, ledvärk, huvudvärk och slemhinneengagemang framför allt vid kroppsöppningar.

Beslut om varningsmärkning tas av läkare. Om ny bedömning görs kan varningen tas bort med markering "ej aktuell" med motivering.

När ny journal skapas ska den för det aktuella vårdtillfället ansvarige läkaren ta ställning till den tidigare varningsmärkning och om den ska införas.

Varningsmärkning från tidigare journalsystem (paper, Journal III och Melior) överförs inte automatiskt. Det är viktigt att Varningsmärkningar inte överförs rutinmässigt, då märkningarna i tidigare journalsystem inte alltid haft tillräckligt underlag. Ställningstagandet ska dokumenteras, både om varningen överförs och om den inte bedöms som aktuell. Om tid eller möjlighet till bedömning inte finns ska även detta dokumenteras och ställningstagande till utredning göras.

Anafylaxi - Svårighetsgradering

Bedöm reaktionens svårighetsgrad efter det symptom som har svåraste nivån. Reaktionen bedöms allvarigare om symptomen utvecklas snabbt.

Grad	Hud	Ögon och näsa	Mun o Magtarm	Luftvägar	Hjärta-kärl	Allmänna symptom
Över-känslighetsreaktion	Klåda Flush Urtikaria Angioödem	Konjunktivit med klåda och rodnad Rimit med klåda nästäppa, rinnsnuva och nysningar	Klåda i mun Läppsvullnad Illamående Lindrig buksmärta Enstaka kräkning			Trötthet
1 Anafylaxi Lindrig			Ökande buksmärta Diarré Upprepade kräkningar	Heshet Lindrig bronkobstruktion	Tachycardi	Uttalad trötthet Rastlöshet Oro
2 Anafylaxi Medelsvår				Skallhosta. Sväljningsbesvär Medelsvår bronkobstruktion		Svimmings- känsla Katastrof- känsla
3 Anafylaxi Svår			Urin- och faeces- avgång	Hypoxi, cyanos Svår bronk- obstruktion Andningsstopp	Hypotoni Bradykardi Arytmi Hjärtstopp	Förvirring Medvets- löshet

Versionsförändringar

Förändring	Datum
Publicering av ny version på Intra	2018-05-07
Ändring av rutinen för Spärrhantering	2018-05-22
Uppdatering av rutin: Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd	2018-06-13
Tillägg av ny rutin: Patientens avvikande mening	2019-03-07
Rutin för spärrhantering hänvisas till Intra	2019-06-27
Systemadministration, funktionsbeskrivning är flyttad till ett eget dokument som finns på sidan TakeCare/Rutiner och handledning/Systemadministration	2019-07-01
Ny rutin för dokumentation av levnadsvanor: Levnadsvanor	2019-11-22
Ändring i rutin Journmottagning	2020-01-31
Revidering Vårdbegränsning vid livshotande tillstånd	2020-04-16
Borttag av rutiner: Asylsökande barn och vuxen med giltigt LMA-kort Asylsökande barn och vuxen utan giltigt LMA-kort Utlandssvensk inom EU/EES-land Utlandssvensk utanför EU/EES Utlänning inom EU Utlänning utanför EU/EES och utlänning från ej konventionsland Ersätts av Registrering av ej folkbokförda i Sverige	2020-06-24
Rutin Sjukintyg med samordningsnummer eller reservnummer är ersatt med rutin Intyg i Webcert med samordningsnummer eller reservnummer	2020-06-26
Ny rutin för registrering av Tolk	2020-08-18
Ny rutin: Mobilt team – rutin för vårdkontaktsregistrering och vårdokumentation	2020-10-26
Ny rutin: Informationsundantagande termer i Journalen via nätet	2020-10-26
Uppdaterad rutin: Utlämnande av journal	2020-10-26
Borttagen rutin: Driftstopp – information finns på Intra under startsida VIST och resp system	2020-11-16
Borttagen rutin: Gästnätet slutenvård – ej längre aktuell	2020-11-16
Borttagna rutiner: Kortinloggning och Reservkort – hänvisas till eTjänstekortförvaltningen	2020-11-16
Borttagen rutin: Utbildning/Fortbildning – information finns på Intra	2020-11-16
Korrigerig i avsnitt Skyddade personuppgifter. Korrigerig av länk "Regionens riktlinjer för hantering av skyddade personuppgifter"	2021-04-06
Rutinen "Anhörigsamtal" har korrigerats och förtydligats efter kontakt med regionens jurist.	2021-04-13
Generell åtgärd för bättre överblickbarhet genom gruppering av olika rutiner i "Asyl, papperslös, utlandssvensk, utländsk, utomläns", "Behörigheter / systemadministration", "Bokning och väntelista", "Diagnosregistrering, "In- och utskrivning", "Journalanteckning, Kassaregistrering, Läkemedel, Provsvar samt Provtagningar.	2021-05-04

Ny rutin under rubrik "Behörigheter / systemadministration": "Vårt arbete – bevakning av provsvar som saknar vidimeringsansvarig"	2021-05-05
Rutin "Samordnad individuell plan (SIP)" har justerats avseende avsnitt "SIP i primärvården" samt "Registrering i TakeCare". Borttag av information om att Hälsoval ersätter genomförda SIP-besök då detta inte längre gäller.	2021-05-11
Nya rutiner under avsnitt Journalanteckning: Journalregistrering av Fast vårdkontakt (gäller från 2022-01-01 och ersätter då Fast vårdkontakt) Journalregistrering av patientöverenskommelse/patientkontrakt/vårdplan	2021-12-14
Tillägg under avsnitt "Journalregistrering av Fast vårdkontakt", avsnitt Rutin: Se även Länsgemensam rutin för Fast vårdkontakt. Borttag av rutin Fast vårdkontakt som ersattes 2022-01-01 av Journalregistrering av Fast vårdkontakt.	22-02-01