Artikelnummer: 2022-2-7767
Datum för offentliggörande: 2022-02-10
Reviderad 2025-03-06

Avdelningen för register och statistik
Statistik 1

Det statistiska registrets framställning och kvalitet

Patientregistret

Här beskrivs registret över patienter som har varit eller är inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården samt patienter som behandlats av läkare i den specialiserade hälso- och sjukvården i Sverige.

Referenstid

Registret omfattar sluten vård sedan 1964 (rikstäckande sedan 1987), sedan 1997 inkluderas dagkirurgi, och sedan 2001 inkluderas övrig specialiserad öppen vård. Fram till 2021 uppdaterades registret en gång per år. Sedan juni 2021 uppdateras registret en gång per månad, med alla nytillkomna uppgifter.

SOCIALSTYRELSEN
106 30 Stockholm
Telefon 075-247 30 00
Fax 075-247 32 52
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se

Innehållsförteckning

Det statistiska registrets framställning 4
F1 Det statistiska registrets sammanhang 4
F2 Utformning av framställningen 4
F2.1 Det statistiska registrets innehåll i stora drag 4
F2.2 Datakällor 4
F2.3 Tidsaspekter 5
F2.4 Insamlingsförfarande 5
F2.5 Bearbetningar med granskning 7
F3 Genomförande 10
F3.1 Kvantitativ information 10
Det statistiska registrets kvalitet 12
K1 Relevans 12
K1.1 Ändamål och informationsbehov 12
K1.2 Registrets innehåll 12
K2 Tillförlitlighet 13
K2.1 Tillförlitlighet totalt 13
K2.2 Osäkerhetskällor 13
K2.3 Preliminärt register jämfört med slutligt 28
K3 Aktualitet och punktlighet 28
K3.1 Framställningstid 28
K3.2 Frekvens 28
K3.3 Punktlighet 28
K4 Tillgänglighet och tydlighet 28
K4.1 Tillgång till registret 28
K4.2 Informationsspridning 29
K4.3 Dokumentation 29
K5 Jämförbarhet och samanvändbarhet 29
K5.1 Jämförbarhet över tid 29
K5.2 Samanvändbarhet med andra register 30
Allmänna uppgifter 31
U1 Sekretess och personuppgiftsbehandling 31
U2 Bevarande och gallring 31
U3 Uppgiftsskyldighet 32

U4 Internationell rapportering..... 32
U5 Historik..... 32
U6 Kontaktuppgifter 33
Versionshistorik 33

Det statistiska registrets framställning

F1 Det statistiska registrets sammanhang

Socialstyrelsen förvaltar en rad personnummerbaserade register som används som underlag för statistik och forskning rörande hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Patientregistret (PAR) är ett av Socialstyrelsens hälsodataregister. PAR är ett individregister som ska täcka vårdtillfällen i slutenvård och läkarkontakter i specialiserad öppenvård i Sverige, oavsett driftsform. Från och med 2024 ingår också uppgifter om patienter som behandlats vid vårdkontakter hos andra yrkesgrupper än läkare, inom den psykiatriska öppenvården.

F2 Utformning av framställningen

F2.1 Det statistiska registrets innehåll i stora drag

Patientregistret är ett nationellt register som innehåller uppgifter om patienter som har vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt de som har behandlats av läkare inom den specialiserade öppenvården (den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård). Från och med 1 januari 2024 ingår också uppgifter om patienter som behandlats vid vårdkontakter hos andra yrkesgrupper än läkare, inom den psykiatriska öppenvården. För varje vårdkontakt ska uppgift om patientens personnummer, huvuddiagnos, relevanta bidiagnoser, vårdåtgärder, i vissa fall yttre orsaker samt andra medicinska och administrativa uppgifter finnas. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987. Läkarkontakter i den specialiserade öppna vården tillkom till registret 2001. Mellan 1997 och 2000 ingick enbart dagkirurgi från den specialiserade öppna vården. Patientregistret omfattar sedan 2010 även uppgifter om psykiatrisk vårdform för patienter som vårdats inom den psykiatriska tvångsvården samt sedan 2015 väntetider på akutmottagningar vid sjukhus. Uppgifter från primärvården finns inte i registret.

F2.2 Datakällor

Uppgiftslämnare till Patientregistret är sjukvårdens vårdgivare. Till och med år 1997 hade endast de dåvarande landstingen uppgiftsskyldighet för den slutna vården men från 1998 omfattas alla som bedriver verksamhet inom sluten hälso- och sjukvård av uppgiftsskyldigheten. År 1997 påbörjades insamling av uppgifter från läkarbesök med kirurgisk åtgärd, så kallad dagkirurgi. Från och med 2001 föreligger uppgiftsskyldighet av läkarbesök för alla som bedriver verksamhet inom specialiserad öppen hälso-och sjukvård, oavsett driftsform.

Uppgifterna som rapporteras in är ett utdrag ur de journaler som vårdgivare är skyldiga att föra enligt patientdatalagen (2008:355). Vårdgivarna ansvarar

själva för de grundsystem (patientadministrativa system eller journalsystem) från vilka uppgifterna sammanställs och för de rutiner enligt vilka uppgifterna registreras. Grundsystemen kan därför skilja sig åt mellan vårdgivarna och även mellan medicinska verksamhetsområden för samma vårdgivare.

Folkbokföringsuppgifter hämtas från SCB och Skatteverket. Årligen tillförs demografisk information genom länkning till SCB:s register över totalbefolkningen (RTB). Innan dess används preliminärt folkbokföringsuppgifter från Skatteverket.

F2.3 Tidsaspekter

Innan 2015 skulle uppgifterna rapporteras till Socialstyrelsen årligen, senast den sista mars året efter referensårets slut. Från och med 2015 inkommer uppgifter till Socialstyrelsen månadsvis, och ska innehålla uppgifter om vårdkontakter under de tre månaderna som föregår rapporteringsmånaden. Uppgifterna ska lämnas till Socialstyrelsen senast den sista dagen i varje månad. Det här innebär att vårdkontakter som skett under en månad rapporteras in de tre efterföljande månaderna till Socialstyrelsen. Efter tre månader anses uppgifterna vara slutrapporterade men kompletteringar kan även göras senare. Socialstyrelsen genomför kontroller på inrapporterade data från uppgiftslämnarna vilket kan ge upphov till att vårdkontakter rapporteras om eller kompletteras av uppgiftslämnarna.

Sedan 2017 har årsbestånd vanligen tillgängliggjorts första gången i juni året efter referensåret och sedan har årsbeståndet uppdaterats ytterligare någon gång med kompletteringar från vårdgivare. Demografiska uppgifter från SCB har de senaste åren påförts under sommaren eller hösten.

Från och med juni 2021 tillgängliggörs registret varje månad med den senaste tillgängliga informationen, och inkluderar även pågående slutenvårdstillfällen. De senaste månaderna har ett förväntat bortfall på grund av eftersläpning i journalskrivning och inrapportering (se K2.3), och registret rättas upp i efterhand när eventuella kompletteringar kommit in från de uppgiftsskyldiga verksamheterna. Det är inte ovanligt att information i registret ändras flera år efter referensåret, även om ändringarna oftast är små.

I samband med Covid-19-pandemin skapades en speciell temporär version av Patientregistret med veckovis inrapportering. Denna veckovisa inrapportering pågår fortfarande och många regioner levererar data veckovis, men privata uppgiftslämnare skickar data månadsvis.

F2.4 Insamlingsförfarande

F2.4.1 Datainsamlingsmetoder och leverantörer

Som det beskrevs under F2.2 är de insamlade uppgifterna utdrag ur de uppgiftsskyldiga vårdgivarnas journalföring, vilken görs i journalsystem

som kan skilja sig mellan och inom sjukvårdvårdhuvudmännens verksamhet. Uppgifterna ska lämnas sammanhållet för en vårdgivares samtliga vårdenheter genom Socialstyrelsens elektroniska tjänster för filöverföring. Den stora majoriteten av alla vårdkontakter rapporteras via en av de 21 regionerna som samlar all verksamhet som finansieras genom respektive region. Vissa privata utförare av vård rapporterar direkt till Socialstyrelsen.

F2.4.2 Mätning

Uppgifterna som verksamheterna är skyldiga att skicka in till Patientregistret hämtas ur patientjournaler, vilka alla vårdgivare är skyldiga att föra och hålla uppdaterade enligt patientdatalagen (2008:355). Vad som extraheras ur patientjournalerna regleras av förordningen (2001:707) om Patientregister hos Socialstyrelsen (PAR-förordningen) samt av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens Patientregister (nedan benämnd SOSFS 2023:33). Den praktiska lösningen för denna dataextraktion skiljer sig mellan olika vårdgivare beroende på deras systemlösning.

Journalen ska enligt patientdatalagen innehålla ställda diagnoser och anledningar till mera betydande åtgärder. För inrapportering till Patientregistret ska detta rapporteras som huvud- och (vid behov) bidiagnoser som kodats enligt Socialstyrelsens instruktioner (i nuläget ICD-10-SE, se vidare under F2.5.1). Beroende på vårdgivare kan det skilja vem som kodsätter diagnoser; det är inte reglerat vem som ska utföra kodningen. Den kan göras av annan yrkeskategori än den som vårdat patienten och utförs ofta av medicinska sekreterare med adekvat kodningsutbildning, baserat på läkarens diktering eller dokumentation i patientjournalen. Av SOSFS 2023:33 framgår det även att kirurgiska (KKÅ) och medicinska åtgärder (KMÅ) ska kodas enligt klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Åtgärdskoder för kliniskt relevant läkemedelstillförsel ska kompletteras med det aktuella läkemedlets ATC-kod enligt FASS. Specifika yttre orsakskoder och diagnoskoder som avser förgiftning ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med läkemedlets ATC-kod enligt FASS. Hos många vårdgivare klassificeras informationen till diagnos- och åtgärdskoder i journalsystem och hamnar i patientens journal. Sedan görs en manuell inmatning av dessa koder till ett annan system (ofta kallat patientadministrativt system.) Då förs diagnoskoder, åtgärdskoder och åtgärdsdatum över manuellt. Från datalagret görs sedan sammanställningen för att förbereda de filer som rapporteras till Socialstyrelsen.

Uppgiftslämnarna lämnar uppgift om patientens personnummer, födelseår och kön. Med hjälp av personnumret kan ytterligare folkbokföringsuppgifter om patienten hämtas från Skatteverket och senare, för årsversionen av registret, ur registret över totalbefolkningen (RTB), som hålls av SCB. Dessa tas in årligen och täcker uppgifter om födelseland, senaste invandringsdatum, senaste utvandringsdatum, hemkommun, distrikt,

civilstånd och medborgarskap. För data innan 2015 finns även län, kommun, församling (LKF) som uppgiftslämnaren själv levererade.

För att kunna rapportera in uppgifter till Patientregistret krävs att vårdgivaren har en sjukhuskod, som tilldelas efter kontakt med Socialstyrelsen [LÄNK]. Sjukhuskoderna bygger på Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning från 1992 för inmatning av sjukhus- och klinikkod (medicinskt verksamhetsområde, MVO) med kompletteringar. Aktuell förteckning finns här [LÄNK]. För att rapportera en vårdkontakt måste uppgiftslämnaren välja en klinikkod som beskriver verksamheten bäst [LÄNK].

F2.4.3 Brister i leveranser

De vanligaste kända bristerna är att uppgiftslämnare inte skickar kompletta leveranser. Till exempel kan yttre orsaker, tidpunkter på akuten eller ett visst medicinskt område saknas till stor del eller helt för en eller flera månader. Sedan 2015 sker automatiserade leveranskontroller av data. Det finns olika typer av kontroller: tekniska, logiska och bortfallskontroller. Exempelvis kontrolleras att alla filer finns, har rätt format och godkända värden. Vissa leveranskontroller är stoppande, viket betyder att hela leveransen stoppas om den innehåller vissa fel, medan andra kontroller genererar en varning men leveransen släpps ändå igenom. Den senaste versionen, ”Avvikelsekoder PAR” av leveranskontrollerna finns på [LÄNK]. I samband med leveranskontrollerna genereras en återkopplingsfil där leveransens eventuella avvikelser sammanställs. Återkopplingsfilen skickas till uppgiftslämnaren som får ta del av vilka vårdkontakter som avvikelserna gäller och vad det är för typ av fel. Om en leverans stoppas behöver uppgiftslämnaren skyndsamt rätta till felen och skicka in en ny leverans. Återkopplingsfiler som innehåller endast ”varningar” uppmanar uppgiftslämnare att rätta till inskickade uppgifter.

F2.5 Bearbetningar med granskning

F2.5.1 Kodning

Uppgift om huvuddiagnos, bidiagnos, åtgärd, och yttre orsak kodas av vårdverksamheterna.

Diagnoser och yttre orsaker

För kodning av huvud- och bidiagnos samt yttre orsak används sedan 1997 (Skåne 1998) klassifikationen ICD-10-SE. Nedan visas en sammanställning över under vilka tidsperioder olika ICD-versioner gällt. Kodningen ska följa de instruktioner som ges här: [LÄNK]. Notera att den svenska versionen av ICD innehåller vissa avvikelser från den internationella, bland annat genom de nationella fördjupningskoderna (kodade med bokstavs-suffix).

Kodverk* som används för diagnoskodning till Patientregistret:

År	Version
1964–1967	ICD-7
1968	ICD-7 och ICD-8 parallellt
1969–1986	ICD-8
1987–1996	ICD-9
1997	ICD-9 för Skånes landsting, ICD-10-SE för resterande
1998-	ICD-10-SE

*https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/

Vissa koder anges enligt ICD-10-SE tillsammans som en diagnos, enligt det så kallade manifestation-etiologi-systemet som tidigare kallades dagger-asterisk-systemet. Detta innebär att man med två koder beskriver dels den bakomliggande orsaken till det aktuella besväret (etiologi/dagger †) och dels patientens aktuella besvär (manifestation/asterisk *). Ett exempel är en patient som har demens på grund av Alzheimers med sen debut. Alzheimersdemensen kan då anges med manifestation/etiologi-paret F00.1* (demens vid Alzheimers med sen debut) och G30.1† (Alzheimers med sen debut).

Vårdåtgärder
Vårdåtgärder kodas enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ utgör en sammanslagning av KKÅ (Klassifikation av kirurgiska åtgärder), som är en svensk version av Nomesco Classification of Surgical Procedurers, och KMÅ (Klassifikation av medicinska åtgärder). Radiologikoderna ur Klassifikation av radiologiska åtgärder 1991 ingår, förutom de administrativa koderna, i KVÅ men med KMÅ:s kodstruktur.

Innan 2007 var det inte obligatoriskt att rapportera in KMÅ, utan endast kirurgiska åtgärder. Mellan 1997 och 2007 användes Klassifikation av kirurgiska åtgärder 1997 och innan 1997 Klassifikation av operationer (K06) – sjätte upplagan (1963–1996) i rapporteringen. En anvisning för bland annat kodning av vårdåtgärder finns i Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ som hittas här [LÄNK], tillsammans med den aktuella samt de historiska klassifikationerna.

F2.5.2 Dubblettkontroller
Uppgiftslämnarna ska rapportera in ett vårdkontakts-id för varje vårdkontakt, vilket fungerar som vårdkontaktens unika identifikation. Samma vårdkontakts-id kan inte förekomma inom samma leverans. Däremot kan samma vårdkontakt rapporteras in från olika uppgiftslämnare med olika vårdkontakts-id vilket försvårar upptäckten av dubbletter. Ingen dubblettkontroll vid inrapporteringen med hänsyn till om det är samma

personnummer, inskrivningsdatum, utskrivningsdatum, sjukhus, mvo, diagnos, åtgärder eller andra variabler finns i nuläget.

F2.5.3 Rimlighetskontroller

Uppgifterna för varje månad kontrolleras med avseende på antal vårdkontakter per region, i jämförelse med vad som rapporterats in för motsvarande månad ett år tidigare. För att identifiera mer subtila bortfall görs i viss utsträckning jämförelsekontroller av antal vårdkontakter grupperade efter diagnosgruppering, åtgärdsgruppering, yttre orsak, samt antal per värde/kategori för andra variabler. Innan 2019 gjordes denna typ av jämförelsekontroller endast årsvis, där det senaste referensårets frekvenser jämfördes med tidigare för regioner/landsting och sjukhuskod. Fortfarande görs även specifika årskontroller då ett helt års uppgifter ska vara rapporterat. När större avvikelser upptäcks kontaktas uppgiftslämnare, vilket ofta leder till att vårdkontakter från berörd uppgiftslämnare rapporteras om eller kompletteras. Uppdaterad rapportering för den efterfrågade tidsperioden kan ibland ta mycket lång tid vilket är en av anledningarna till att registret kan uppdateras många år efter referensåret.

F2.5.4 Imputeringar

Inga imputeringar görs i registret.

F2.5.5 Modellbaserade beräkningar

Klassificering enligt DRG

DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett system för sekundär patientklassificering. I Sverige används NordDRG, som har utvecklats av de nordiska länderna gemensamt. Socialstyrelsen förvaltar och utvecklar NordDRG i Sverige. Klassificeringsprincipen är att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. DRG är således ett sätt att beskriva patientsammansättning (case mix), mycket mer överskådligt än om verksamheten skulle beskrivas med tusentals diagnos- och åtgärdskoder. DRG-vikt är ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Högre vikt betyder större kostnader. Till varje vårdkontakt i Patientregistret härleds en DRG-kod baserat på bland annat diagnoser och åtgärder. DRG-koden samlas alltså inte in utan tas fram baserat på NordDRG.

Plattfil respektive flerfilsformat

Innan referensår 2015 levererades uppgifterna i platta filer från uppgiftslämnarna. Det innebar att varje vårdkontakt fanns på en rad och alla tillhörande variabler fanns kolumnvis. Det fanns då en begränsad plats för hur många diagnoser och åtgärder som kunde anges. Från och med referensår 2015 levereras informationen i flera olika filer. Det innebär att vissa variabler samlas in radvis i separat fil, exempelvis diagnoser för sig och åtgärder för sig. Detta har skapat en möjlighet att rapportera fler diagnoser och åtgärder per vårdkontakt. För att kunna bearbeta alla år i

registret på samma sätt skapas plattfilsversioner av de nya flerfilerna av Socialstyrelsen. För att detta ska gå att göra krävs vissa antaganden och regler. Exempelvis tas endast de 30 första diagnoserna och åtgärderna med. I plattfilsformatet, som är det som oftast används, tillåts endast en huvuddiagnos per vårdkontakt. I detta filformat lägger Socialstyrelsen endast etiologi/dagger†-koden (för beskrivning se F2.5.1) som huvuddiagnos. I flerfilsformatet ligger alla angiva huvuddiagnoser kvar som huvuddiagnos.

Vissa diagnoser, yttre orsaker och åtgärder kompletteras med läkemedel i form av ATC-kod. De samlas in i samma fält som tillhörande diagnos, yttre orsak eller åtgärd. För att underlätta användandet läggs ATC-kod till egna kolumner i skapandet av plattfiler. Läkemedel som kopplas till diagnos eller yttre orsak läggs till kolumn ATC och läkemedel som komplement till åtgärdskod läggs till ATCO. Denna separation av ATC-koder från respektive fält kan göras eftersom dessa koder har en specifik uppbyggnad, skild från ICD-10-SE-koder och KVÅ-koder.

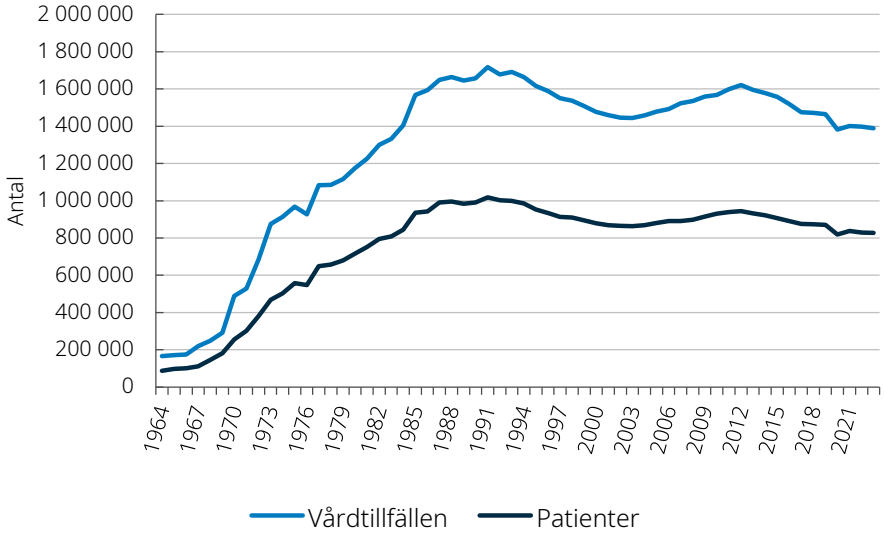
F2.5.6 Jämförelser med andra register och datakällor
Innehållet i registret kan jämföras mot flera andra datakällor, vilket ger en uppskattning av hur omfattande bortfall registret har (se K2.2.1). Jämförelser med exempelvis Nationella kvalitetsregister används för att finna bortfall av vårdkontakter.

F3 Genomförande

F3.1 Kvantitativ information

En observation i Patientregistret motsvarar ett vårdtillfälle inom slutenvården eller en vårdkontakt med läkare i öppenvården. Figur 1 visar antal observationer respektive antal patienter med giltigt personnummer per år inom slutenvård 1964–2023.

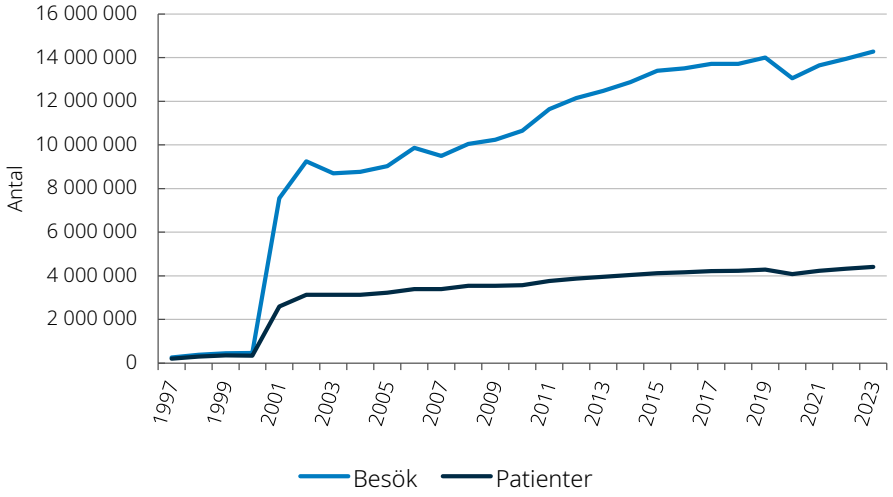
Figur 1. Antal patienter och vårdtillfällen i slutenvården 1964–2023



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Figur 2 visar antal läkarbesök inom den specialiserade öppenvården per år och antal patienter med giltigt personnummer för Patientregistret 1997–2023. Innan 2001 ingick endast dagkirurgi i registrets öppenvårdsdel.

Figur 2. Antal läkarbesök i specialiserad öppenvård 1997–2023



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

3.2 Avvikelser från utformningen

Privata uppgiftslämnare har fått dispens från att rapportera in samma uppgifter under tre månader och behöver bara rapportera in uppgifter den efterföljande månaden från det vårdkontakten skett.

Det statistiska registrets kvalitet

K1 Relevans

K1.1 Ändamål och informationsbehov

K1.1.1 Registrets ändamål
Personuppgifter i Patientregistret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt för forskning och epidemiologiska undersökningar.

K1.1.2 Registeranvändares informationsbehov
Patientregistret ligger till grund för officiell och annan statistik om den svenska specialistvården. Registret är också en viktig källa för epidemiologisk forskning samt för underlag som Socialstyrelsen tar fram till regeringen. Detta kan till exempel vara utvärderingar, produktivitets-jämförelser och öppna jämförelser.

K1.2 Registrets innehåll

K1.2.1 Objekt och population
Målpopulationen för registret är alla vårdkontakter inom den slutna hälso- och sjukvården samt vårdkontakter med läkare inom den specialiserade öppenvården. Från 1 januari 2024 ingår även vårdkontakter hos andra yrkeskategorier inom den specialiserade psykiatriska öppna vården i målpopulationen. Några regioner hade, under delar eller hela år 2024, tillfällig dispens från de nya föreskrifterna 2023:33 som avser denna utökade inrapportering. Patientregistret är ett händelsebaserat register där observationsobjekten är vårdkontakter avgränsade av fasta tidpunkter. Observationsobjekten för slutenvård är vårdtillfällen som avgränsas av datum för inskrivning och utskrivning. Observationsobjekten för specialiserad öppenvård är vårdkontakter och avgränsas av datum för besöket.

Registret omfattar inte den vård som bedrivs inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, skolsjukvård, företagshälsovård eller socialtjänsten. Registret omfattar inte heller öppenvårdskontakter med annan yrkesgrupp än läkare, i den somatiska vården, så som barnmorska, sjuksköterska, dietist eller fysioterapeut.

K1.2.2 Variabler
Observationsvariablerna rör förhållanden för den specifika vårdkontakten, och inkluderar vilken patient som haft vårdkontakten, den huvuddiagnos som angetts för vårdkontakten, relevanta bidiagnoser, vårdåtgärder som skett under vårdkontakten, eventuella yttre orsaker till diagnosen, vilken vårdenhet som vårdkontakten skett hos, under vilket medicinskt verksamhetsområde vården faller inom, med mera. För komplett variabellista och metadata se *Bilaga - Tabeller - Det statistiska registrets*

framställning och kvalitet - Patientregistret. Personnummer används för att koppla samman registret med andra register.

K1.2.3 Referenstider
Registret omfattar slutenvård sedan 1964 (rikstäckande sedan 1987). Sedan 1997 inkluderas dagkirurgi, och sedan 2001 inkluderas övriga läkarbesök inom specialiserad öppenvård. Sedan 2010 omfattar Patientregistret även uppgift om olika vårdformer inom psykiatrisk tvångsvård, och sedan år 2015 väntetider på akutmottagningar vid sjukhus. Registret uppdateras dels en gång per år med data för föregående helår vilket resulterar i ett nytt årsbestånd av registret. Sedan juni 2021 sammanställs en preliminär, inte fullt kvalitetssäkrad månadsversion av registret, vars referenstid är från 2015 till och med två månader innan innestående månad, det vill säga hela oktober månad finns tillgänglig första gången i december. Eftersom många regioner även rapporterar veckovis finns även mer aktuella vårdkontakter i månadsversionen. Månadsversionen innehåller även inneliggande patienter medan årsbestånden enbart innehåller utskrivna patienter. Månadsversionen innehåller nya kompletteringar för data som kan sträcka sig så långt bak som till 2015 samt data för alla månader som rapporterats in efter senaste årsbeståndet skapades. Nya årsbestånd för tidigare år skapas vid behov baserat på månadsversionen, när data har kvalitetssäkrats.

K2 Tillförlitlighet

K2.1 Tillförlitlighet totalt

Registrets tillförlitlighet är överlag god, och speglar den data som finns i de regionala datalagren. Det finns dock kända bortfall, främst av privata vårdgivare och av vissa variabler, som kan begränsa vissa användningsområden. Kvaliteten har också varierat över tid vilket kan påverka tidsserier. Speciellt låg tillförlitlighet har uppgift om läkemedel (ATC-kod) som ska komplettera vissa diagnoser, yttre orsaker och åtgärder för läkemedelstillförsel, samt uppgifter om start och slutdatum för psykiatrisk vårdform inom tvångsvården.

K2.2 Osäkerhetskällor

K2.2.1 Täckning
Registrets täckningsgrad tros vara hög, men är i avsaknad av ett lämpligt komplett jämförelsematerial inte möjlig att beräkna. Den som bedriver verksamhet inom specialiserad hälso- och sjukvård är skyldig att rapportera in till Patientregistret, men Socialstyrelsen saknar möjlighet att förelägga verksamheter att rapportera in till Patientregistret. Avsaknaden av ett nationellt komplett vårdgivarregister inom specialistvården gör att Socialstyrelsen inte heller har en komplett lista över de som har skyldighet att lämna uppgifter till registret. Variationer i täckningsgrader mellan olika vårdområden förekommer. Privata vårdgivare, särskilt inom den specialiserade öppenvården, bedöms stå för en betydlig andel av bortfallen.

Bortfall av läkarkontakter som sker på distans inom den specialiserade öppenvården är osäker och varierar mellan vårdgivare och regioner.

Från 1964 deltog sex landsting i rapporteringen, varav fyra rapporterade från alla sina sjukhus. Rapporteringen ökade och från och med 1987 har samtliga offentliga sjukvårdshuvudmän rapporterat varje år. För den psykiatriska vården är registret heltäckande från 1973 med undantag av enstaka år för några landsting. Före 1973 saknas i stort sett uppgifter från psykiatriska kliniker. För mer information om detta historiska bortfall, se tackningsgrad-patientregistret.pdf.

Ett tecken på en ökande täckningsgrad för den specialiserade öppenvården är det kraftigt ökande antalet vårdkontakter som registrerats över tid. Sveriges kommuner och regioner (SKR) publicerar årligen verksamhetsstatistik över antalet läkarbesök i specialiserad öppenvård som bekostats av någon svensk region, och där ses inte motsvarande ökning. En jämförelse mellan SKR:s antal och det totala antalet vårdkontakter i Patientregistrets öppenvårdsdel visade att det 2005 var cirka 29 procent färre besök i Patientregistret jämfört med SKR:s sammanställning. Skillnaden har dock minskat och år 2023 hade Patientregistret fyra procent färre inrapporterade vårdkontakter (exklusive distanskontakter, se tabell). Jämförelsen kan dock vara missvisande då Patientregistret ska täcka även helt privatfinansierad vård, och därför bör ha fler vårdtillfällen än SKR:s sammanställning; en del av förbättringen kan alltså bero på en ökad andel privatfinansierad vård och/eller en förbättring i just denna inrapportering till Patientregistret. Eftersom inrapporteringen av distanskontakter till SKR:s verksamhetsstatistik succesivt utvecklats redovisas utvecklingen i tabell 1 i antal vårdkontakter exklusive distanskontakter[1].

[1]I tidigare versioner av rapporten har siffrorna från Patientregistret men inte från SKR:s verksamhetsstatistik inkluderat distanskontakter vilket ledde till att antalet besök i Patientregistret överskattades.

Tabell 1. Antal läkarbesök, exklusive distanskontakter*, i specialiserad öppenvård

År	SKR	PAR	Differens	PAR jämfört med SKR (%)
2005	12 676 808	9 030 675	-3 646 133	-29
2006	12 723 180	9 870 829	-2 852 351	-22
2007	12 687 284	9 498 346	-3 188 938	-25
2008	12 655 772	10 041 609	-2 614 163	-21
2009	12 916 920	10 176 874	-2 740 046	-21
2010	12 976 361	10 643 457	-2 332 904	-18
2011	13 164 001	11 119 920	-2 044 081	-16
2012	13 220 984	11 483 883	-1 737 101	-13
2013	13 396 017	11 858 654	-1 537 363	-11
2014	13 634 401	12 150 027	-1 484 374	-11
2015	13 719 668	12 631 715	-1 087 953	-8
2016	13 981 332	12 701 760	-1 279 572	-9
2017	13 874 525	12 781 144	-1 093 381	-8
2018	13 748 645	12 785 696	-962 949	-7
2019	13 640 612	12 923 740	-716 872	-5
2020	11 815 928	11 144 341	-671 587	-6
2021	12 587 129	11 731 218	-855 911	-7
2022	12 953 127	12 304 991	-648 136	-5
2023	13 230 091	12 643 348	-586 743	-4

* Det finns en viss osäkerhet i vilka vårdkontakter som räknas som distanskontakter i Patientregistret. En mindre del av inrapporterade distanskontakter har troligen inte registrerats som det.

En jämförelse för 2023 där även distanskontakter inkluderas visar att Patientregistret hade 6 procent färre vårdkontakter jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik, vilket betyder att det särskilt är distanskontakter som rapporteras till patientregistret i mindre utsträckning. Det finns betydande regionala skillnader i täckningsgraden. I jämförelsen för år 2023 som även inkluderar distanskontakter är den lägre inrapporteringen till Patientregistret mest påtaglig för Sörmland, men även för Uppsala och Skåne. Gävleborg och Örebro är de regioner som har flest inrapporterade vårdkontakter till Patientregistret för 2023 jämfört med SKR:s verksamhetsstatistik.

En stor del saknade vårdkontakter från vissa vårdgivare och i vissa fall totalt bortfall av vissa vårdgivare har också identifierats vid jämförelse med de

nationella kvalitetsregistren i samband med den sammanställning Socialstyrelsen publicerat över kvalitetsregistrens täckningsgrad [senaste gäller 2020, LÄNK]. Täckningen skiljer sig mellan olika vårdområden. Nyare täckningsgradsjämförelser med specifika kvalitetsregister visar att alla diagnostiserade förstagångstillfällen av stroke som rapporterats till minst ett av registren under 2023 återfanns 96 procent i Patientregistret, 86 procent i Riksstroke och 82 procent fanns i båda registren (Socialstyrelsen dnr 6.5 - 37024/2024). Motsvarande jämförelse mot kvalitetsregistret SWEDEHEART/RIKS-HIA, som är det svenska kvalitetsregistret för hjärtintensivvård, visade en täckningsgrad på 95 procent i Patientregistret år 2023, 87 procent i RIKS-HIA och 82 procent fanns i båda registren när det gäller rapporterade fall med akut hjärtinfarkt som huvuddiagnos (Socialstyrelsens dnr 6.5-3566/2024). Jämförelserna med kvalitetsregister har vissa begränsningar då kvalitetsregistren kan ha egna kvalitetsbrister och kodning av diagnos kan ske på ett annat sätt än till Patientregistret. För vissa åtgärder är bortfallet dock mycket tydligt, som vid obesitaskirurgi där Patientregistret saknar nästan hälften av ingreppen som registrerats i kvalitetsregistret SOReg (Scandinavian Obesity Surgery Registry), och detta från ett begränsat antal vårdgivare som antingen inte rapporterar data alls till Socialstyrelsen, eller som rapporterat vårdkontakter men utan åtgärdskoder (Socialstyrelsens dnr 6.5-103393/2023). Ett annat område där man kan se att vissa specifika vårdgivare saknas är kataraktkirurgi (Socialstyrelsens dnr 6.5-31808/2024). De vårdgivare som genom jämförelserna med kvalitetsregistren identifierats som saknade är små till medelstora privata utförare av vård, och åtminstone delvis tycks detta handla om privatfinansierad vård. Ett annat område där bortfallet är tydligt är behandling av varicer, där 58 procent av de registrerade behandlingarna under 2018 saknades i Patientregistret [Läkartidningen 2021;118:20218].

Månadsversionen

För de data som finns i månadsversionen av Patientregistret finns en eftersläpning, där särskilt data för den senast rapporterade månaden kan sakna vårdkontakter och där registrerade vårdkontakter har högre bortfall på bland annat diagnos. Denna eftersläpning är oftast redan efter en månad mycket liten vad gäller hela vårdkontakter, och efter två månader liten vad gäller andel vårdkontakter som saknar diagnos. Eftersläpningen kan dock variera från månad till månad där det ibland kan finnas större brister, och variationer mellan regioner, mellan sluten- och öppenvård, och mellan medicinska vårdområden. Det kan till exempel handla om att en region helt saknar uppgifter för en månad. En tumregel kan var att alltid använda sig av data som rapporterats in minst två påföljande månader efter att vårdkontakten avslutats, gärna tre eftersom det följer uppgiftsskyldigheten. När registret har uppdaterats i till exempel maj kan januari inkluderas och vid behov även februari.

Psykiatrisk vård

I regeringsuppdraget Förbättrad datakvalitet avseende psykiatri i Patientregistret (PAR) (Socialstyrelsens dnr 21542/2019) undersöktes regionernas rapportering av uppgifter som rör psykiatrin till Patientregistret. I regeringsuppdraget jämfördes uppgifter i Patientregistret med uppgifter som fanns i regionernas egna datalager. I flertalet regioner hade en andel av besöken och vårdtillfällena inte rapporterats in till PAR. I vissa fall fanns det regioner som rapporterat in fler besök till PAR än vad som fanns i deras datalager. Detta kan till exempel bero på att regionerna har makulerat felaktiga uppgifter och glömt att skicka makuleringsfiler till Socialstyrelsen. Målet i regeringsuppdraget för täckningsgraden för patienter som har vårdats inom regionernas psykiatriska verksamhet uppgick till minst 98 procent, målet uppnåddes av 66 procent av regionerna för den psykiatriska öppenvården och 81 procent av regionerna för den psykiatriska slutenvården.

Ett annat mål som formulerades i regeringsuppdraget var att inrapportering av huvuddiagnoser enligt ICD-10-SE skulle uppgå till minst 98 procent för patienter inom vuxenpsykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Åtta regioner uppfyllde inte målet för huvuddiagnos inom psykiatrisk öppenvård, bortfallet varierade mellan 0–20 procent. Inom psykiatrisk slutenvård uppnådde sju regioner inte målet för huvuddiagnos, bortfallet varierade mellan 0–19 procent. Vidare konstaterades att det är vanligare att huvuddiagnos saknas inom öppenvården än i slutenvården. År 2022 gjordes en uppföljning som syftade till att undersöka om regionernas inrapportering förbättrats. De regioner som inte uppföljde målet för täckningsgrad vid första insamlingstillfället blev återigen tillfrågade att skicka in data. Av de sex regioner som vid första tillfället inte uppnådde målet om en täckningsgrad på 98 procent var det endast en region, Gävleborg, som fortfarande inte uppnådde målet. För slutenvård var det tre regioner som inte uppnådde målet om täckningsgrad på 98 procent. Vid uppföljningstillfället var det två regioner, Västerbotten och Örebro, som fortfarande inte uppnådde målet. Gällande målet om att huvuddiagnos skulle finnas för minst 98 procent av vårdkontakterna skedde det ingen förbättring vid det andra uppföljningstillfället, varken för slutenvård eller öppenvård.

Barn- och ungdomspsykiatrin inom både öppen- och sluten vård saknar i större utsträckning huvuddiagnos jämfört med vuxenpsykiatrin, rätts-psykiatrin är något sämre på att rapportera in huvuddiagnoser och en stor andel av distanskontakterna saknar huvuddiagnos.

En jämförelse mellan SKR:s verksamhetsstatistik över specialiserad öppenvårdspsykiatri och Patientregistrets öppenvårdsdel inom psykiatri (MVO-medicinska verksamhetsområden 900–998) visade att det 2008 var cirka 28 procent färre besök i patientregistret medan det 2023 var 12 procent färre besök i Patientregistret (se tabell 2). Som nämnts tidigare i avsnittet *K2.2.1 Täckning* är dock inte siffrorna helt jämförbara. Eftersom

inrapporteringen av distanskontakter till SKR:s verksamhetsstatistik succesivt utvecklats redovisas utvecklingen i tabell 2 i antal vårdkontakter exklusive distanskontakter[2].

Tabell 2. Antal läkarbesök, exklusive distanskontakter*, i psykiatrisk öppenvård

År	SKR (specialiserad psykiatri)	PAR (MVO 900–998)	Differens	PAR jämfört med SKR (%)
2008	978 061	707 791	-270 270	-28
2009	1 015 605	768 395	-247 210	-24
2010	1 046 236	779 220	-267 016	-26
2011	1 087 956	813 765	-274 191	-25
2012	1 095 486	848 139	-247 347	-23
2013	1 097 467	883 636	-213 831	-19
2014	1 119 414	897 058	-222 356	-20
2015	1 134 915	989 668	-145 247	-13
2016	1 148 552	995 616	-152 936	-13
2017	1 164 979	1 016 449	-148 530	-13
2018	1 150 416	1 012 824	-137 592	-12
2019	1 143 297	999 947	-143 350	-13
2020	986 059	847 915	-138 144	-14
2021	1 026 901	859 305	-167 596	-16
2022	1 077 649	926 971	-150 678	-14
2023	1 091 011	963 355	-127 656	-12

* Det finns en viss osäkerhet i vilka vårdkontakter som räknas som distanskontakter i Patientregistret. En mindre del av inrapporterade distanskontakter har troligen inte registrerats som det.

Vid jämförelse för samtliga läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård för 2023 kan ses att Patientregistret har 13 procent färre vårdkontakter än SKR:s verksamhetsstatistik. Det är i stort sett samma skillnad som om distanskontakter är exkluderade från jämförelsen (12 procent). I jämförelsen för år 2023 avseende läkarbesök i specialiserad psykiatrisk öppenvård som även inkluderar distanskontakter är de regionala skillnaderna stora. Som när det avser läkarbesök i öppenvård generellt så avser den lägre inrapporteringen av psykiatrisk vård till Patientregistret främst Sörmland,

[2] I tidigare versioner av rapporten har siffrorna från Patientregistret men inte från SKR:s verksamhetsstatistik inkluderat distanskontakter vilket ledde till att antalet besök i Patientregistret överskattades.

även Uppsala och Skåne har betydligt färre inrapporterade vårdkontakter. Sörmlands lägre inrapportering till Patientregistret beror främst på relativt få inrapporterade läkarbesök på distans, särskilt inom psykiatrin. Norrbotten och Örebro är de regioner som har flest inrapporterade vårdkontakter till Patientregistret för 2023 jämför med SKR:s verksamhetsstatistik.

K2.2.2 Mätning

Mätfel i meningen att data i registret inte stämmer med informationen i det underliggande journalsystemet vid inrapporteringstillfället tros vara ovanligt, åtminstone under de senaste decennierna då extraktionen och dataöverföringen varit övervägande automatiserad. Mätfel kan dock inte uteslutas i journalsystemen, i synnerhet när någon förändring eller systemuppdatering görs. Hur vården organiseras i olika regioner och hur den rapporteras in till Patientregistret kan också påverka möjligheten att jämföra vård mellan regioner och över tid. Omorganisationer i verksamheten kan också leda till bristande inrapportering. Detta eftersom förändringar i till exempel verksamhetskoder kan kräva förändringar i programmeringen som tar ut data för överföring vilka inte alltid görs i tid.

Diagnostisk tillförlitlighet

Att en viss diagnos har registrerats i journalen vid en vårdkontakt betyder inte nödvändigtvis att patienten hade denna sjukdom, då feldiagnostisering är möjlig både genom ren felskrivning, eller utifrån vad som ansågs rimligt baserad på den då tillgängliga informationen men som senare motbevisats. Ur Patientregistrets synvinkel anses inte detta vara ett mätfel, så länge registret speglar journalen vid datum för den aktuella vårdkontakten.

Det finns flera publicerade studier som försökt validera olika diagnoser i Patientregistret, vid olika tidpunkter, och utvärdera hur väl olika algoritmer stämmer vid en journalgranskning (algoritmerna är ofta varianter av att kräva upprepade diagnoser vid olika antal vårdkontakter, eller hos en viss specialist, eller i kombination med en viss åtgärd eller uthämtat läkemedel). Dessa studier har generellt visat att diagnoser i Patientregistret har ett mycket högt positivt prediktivt värde (oftast över 90 procent, men med stor variation mellan olika tillstånd). [LÄNK]

Användningen av mer ospecifika diagnoskoder (olika varianter av *.9, ”utan närmare specifikation”) har varierat över tid, och mellan regioner. Instruktionerna för kodning avråder från att använda dessa, men det är i praktiken mycket vanligt. Ett exempel är ospecificerade fallolyckor (W19), vilka utgör ungefär 25–30 procent av alla fallolyckor, och medför att specificerade olyckstyper underskattas/underrapporteras. En annan typ av ospecificerade uppgifter som förekommer är yttre orsakskoder där plats och/eller aktivitet kan anges för de flesta skadehändelser. En möjlig förklaring kan vara att den exakta specificeringen av skadehändelsen inte är relevant för hälso- och sjukvården. En stor del av dessa har ospecificerad uppgift på plats och ännu större andel på aktivitet. I regeringsuppdraget för

att se över förutsättningar för register Injury Database (Socialstyrelsens dnr. 6395/2021) har problematiken med att samla in uppgifter om plats och aktivitet lyfts. I slutrapporten, *Förutsättningar för insamling av skadedata till Injury Database Minimum Data Set (IDB MDS),* finns även statistik över andelen som har ospecificerad uppgift om plats och aktivitet.

Definition av vårdtillfälle
Slutenvårdstillfällen begränsas utifrån ett in- och utskrivningsdatum, men när en ny inskrivning sker kan skilja sig åt mellan regioner. Ett nytt vårdtillfälle kan skapas vid en flytt från en klinik (medicinskt verksamhetsområde MVO) till en annan klinik, men det förekommer också att så inte görs. Antalet vårdtillfällen kan därför vara ett bristfälligt mått om man vill göra jämförelser mellan regioner. Det gör också att vårdtiden för en sammanhängande sjukhusvistelse kan underskattas om man utgår från vårdtid som beräknas utifrån endast ett vårdtillfälles inskrivnings- och utskrivningsdatum. Inom psykiatrisk slutenvård, framförallt tvångsvård, har även perioder av öppen tvångsvård ingått i slutenvårdstillfället då patienten fortfarande varit inskriven i tvångsvård. Det gör att vårdtillfällets längd blir längre än den tiden som patienten faktiskt vistats på en slutenvårds-avdelning. Detta gäller dock inte samtliga regioner, då vissa inte kunde rapportera in på det sätt som Socialstyrelsen efterfrågade. I och med föreskrifterna 2023:33 som trädde i kraft 1 januari 2024 ska numera endast slutenvårdstillfället rapporteras in i slutenvårdsfilen även för tvångsvård.

MVO (medicinska verksamhetsområden) och sjukhuskoder
Varje vårdtillfälle rapporteras som utfört inom ett medicinskt verksamhetsområde (MVO), och hos en vårdgivare (sjukhuskod). MVO är det som tidigare benämndes klinik (samt benämns som klinik i SOSFS 2023:33). Det finns vissa brister i MVO-kodningen som används i registret, och de reflekterar inte helt hur vården numera är organiserad. Då ett tydligt regelverk saknas avgör vårdgivarna själva hur MVO tolkas för deras verksamhet, och det förekommer att vårdgivare anger lokala MVO-koder som inte följer Socialstyrelsens förteckning.

Vad gäller sjukhuskoder ska de anges enligt den särskilda förteckning Socialstyrelsen håller [LÄNK], där principen är att det finns en sjukhuskod per vårdgivare och geografisk plats. Det förekommer dock att vårdgivare rapporterar in okända sjukhuskoder, som alltså saknas i Socialstyrelsens förteckning. Därmed saknas uppgift om var och av vilken vårdgivare vård utförts. Problemet med okända sjukhuskoder är speciellt påtagligt inom Region Stockholm. Det pågår ett arbete i Region Stockholm kring detta och som resulterat i att andelen okända koder i Patientregistret minskat de senaste åren. Ett annat problem med sjukhuskoderna är dubbletter, då en vårdgivare kan ha flera olika sjukhuskoder registrerade för samma verksamhet. Omvänt kan samma sjukhuskod peka på flera olika vårdgivare och platser där vården bedrivs. Vissa sjukhus har under senare år organiserat om sig till en större vårdorganisation. Exempelvis finns akutmottagningar

som inte har något geografiskt samband men som rapporteras in under samma sjukhuskod. Det berör till exempel Västra Götalandsregionen.

Problemen med sjukhuskoderna är ett resultat av brister i Socialstyrelsens förteckning av vårdgivare. Om en verksamhet genomgår en förändring av sin verksamhet, bytt namn, omorganiserat sin verksamhet eller har blivit uppköpta kan det saknas information om förändringen. I rapporten *Rapport över nationella inrättnings- och klinikkoder* (Socialstyrelsens dnr 2.7-44105/2013*)* belyses problematiken med MVO:er och sjukhuskoder.

Socialstyrelsen grupperar sjukhuskoder till regioner (det län som vården bedrivs i) för att koppla vårdgivare till rätt region. Brister kan förekomma i grupperingen exempelvis om en privat vårdgivare använder samma kod för flera olika mottagningar runt om i landet.

Psykiatrisk tvångsvård
Det har framkommit att den psykiatriska öppenvården har svårt att registrera uppgiften om psykiatrisk vårdform. Flera vårdgivare har också uppmärksammat Socialstyrelsen på att det för den psykiatriska slutenvården är tekniskt svårt att koppla uppgiften om psykiatrisk vårdform till ett vårdkontakts-id. Ett annat problem är att när en patient övergår från sluten till öppen psykiatrisk tvångsvård krävs, av systemtekniska skäl, olika vårdkontakts-id för den öppna respektive den slutna tvångsvården. Detta gör det svårt att få en samlad bild av vilka vårdformer som en patient vårdats med under en period med psykiatrisk tvångsvård. Denna problematik har bland annat lett till stor osäkerhet kring kvaliteten på uppgifterna om start och slutdatum för respektive tvångsvårdsform, vilka ligger till grund för beräkning av vårdtid. Från 1 januari 2024 har de nya föreskrifterna 2023:33 börjat gälla vilka syftar till att förenkla inrapporteringen av psykiatrisk tvångsvård. Den största förändringen när det gäller tvångsvård är att de psykiatriska vårdformerna numera samlas in i en egen fil som inte har någon koppling till sluten eller öppenvårdsfilen.

Det pågår ett uppdrag gällande förbättra datakvaliteten för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Detta var först ett tilläggsuppdrag inom ramen för regeringsuppdraget *Uppdrag rörande den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården inklusive den psykiatriska tvångsvården* (Socialstyrelsens dnr 11190/2019*)* men sedan 2024 ingår det i regeringsuppdrag *Uppdrag att genomföra insatser för att stärka och utveckla det nationella arbetet för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (Socialstyrelsens dnr 51809/2024). I uppdraget genomförs insatser för att förbättra datakvaliteten för dessa uppgifter i Patientregistret.

Planerad vård och akutverksamhet
Stora förändringar från hur planerad vård rapporteras från ett år till ett annat tyder på kvalitetsproblem. Speciellt avseende data från 00-talet finns det

osäkerhet i hur denna variabel kodats. Inom specialiserad öppenvård rapporterar vissa regioner alla oplanerade besök som ej akuta besök (akutverksamhet=0). Det kan bero på att journalsystemen har en begränsning i hur uppgifter kan registreras. Övrig akutverksamhet (akutverksamhet=5) rapporteras i stor utsträckning in från vissa regioner och nästan inte alls från andra.

Åtgärdskoder
Innan 2015 rapporterades inte öppenvårdsbesök (oftast på akutmottagning) som ledde till oplanerad inskrivning i sluten vård separat utan det ansågs ingå i slutenvårdstillfället. Därför rapporterades de åtgärdskoder som gjordes på öppenvårdsmottagningen in som slutenvård. Sedan 2015 ska även öppenvårdsbesök som leder till inskrivning i sluten vård rapporteras separat. Dock har många regioner fortsatt att flytta åtgärdskoder från öppen vård till sluten vård medan andra har rapporterat in vissa åtgärdskoder dubbelt. Detta har lett till att det finns en osäkerhet kring huruvida en åtgärd utförs i sluten eller öppen vård och om när det finns dubbletter av åtgärder i registret. Från 2025 har uppdaterade instruktioner gått ut till alla uppgiftslämnare att varje åtgärd enbart ska rapporteras på ett ställe och att det ska rapporteras i den vårdform där den utförts.

Det förekommer vissa regionala problem i inrapporteringen av åtgärdsdatum för åtgärder som skett under slutenvårdstillfällen. Det berör främst långa vårdtillfällen, till exempel inom tvångsvården, där det finns en överrepresentation av åtgärdsdatum som är samma som inskrivningsdatum.

K2.2.3 Bortfall
Bortfall på variabelnivå förekommer, men är under de senaste åren lågt, för de flesta variabler. För utveckling av bortfall på riks- och regional nivå se Bilaga - Tabeller - Det statistiska registrets framställning och kvalitet - Patientregistret.

Personnummer
Av samtliga vårdtillfällen inom slutenvården i Patientregistret under perioden 1987–2023 saknade cirka 1,5 procent ett giltigt personnummer, andelen varierade mellan 0,9 och 2,5 procent per år. Inom den specialiserade öppenvården saknade cirka 1 procent av läkarbesöken ett giltigt personnummer under perioden 2001–2023, andelen varierade mellan 0,3 och 1,6 procent per år.

Diagnos
Av samtliga slutenvårdstillfällen i Patientregistret under perioden 1987–2023 saknade cirka 1 procent huvuddiagnos med en variation mellan 0,7 och 1,5 procent per år. Inom den specialiserade öppenvården saknade cirka 9 procent av läkarbesöken huvuddiagnos under perioden 2001–2023, men rapporteringen av huvuddiagnoser har förbättrats avsevärt över tid. I tabell 3

presenteras andelen besök i specialiserad öppenvård som saknar huvuddiagnos fördelat på medicinska verksamhetsområden (MVO) och år

Tabell 3. Andel (%) som saknar huvuddiagnos i specialiserad öppenvård

ÅR	Totalt	Somatisk	Psykiatri	BUP
2001	34	30	81	77
2002	31	27	76	77
2003	24	21	69	64
2004	21	19	57	49
2005	18	15	55	58
2006	16	15	36	48
2007	12	11	20	37
2008	11	11	17	38
2009	10	9	18	37
2010	10	9	17	39
2011	10	10	15	22
2012	9	7	13	16
2013	7	6	8	8
2014	6	4	6	3
2015	6	5	7	3
2016	4	4	7	3
2017	3	3	6	3
2018	3	3	5	3
2019	3	3	5	3
2020	3	2	6	4
2021	2	2	5	4
2022	2	2	5	3
2023	2	2	4	3

I början saknades huvuddiagnos för ungefär en tredjedel av besöken. Sedan 2016 har bortfallet legat under fem procent. Inom psykiatrin var bortfallet mycket högt i början och först 2013 gick det under tio procent.

Yttre orsakskoder

För varje skade- eller förgiftningsdiagnos ska Patientregistret innehålla en uppgift om yttre orsak. Även andra tillstånd som uppfattas ha en yttre orsak, men som inte klassificeras som en skade- eller förgiftningsdiagnos kan kombineras med en yttre orsakskod. Under vissa år och för vissa regioner har det tidigare funnits betydande bortfall av yttre orsak då en skada eller förgiftning angetts som huvuddiagnos. År 1997 finns det i stort sett ingen registrering om yttre orsaker till skada eller förgiftning från Skåne. År 2006 saknade cirka 60 procent av slutenvårdstillfällena med skada eller förgiftning i Södermanland en yttre orsak. På riksnivå har bortfallet dock varit mindre än fem procent sedan år 2000 för slutenvården och sedan år 2010 för den specialiserade öppenvården. I excelfilen [LÄNK] som finns tillgänglig vid statistikdatabasen för yttre orsaker finns bortfallet fördelat på hemlän och år. Om flera yttre orsaker samtidigt är aktuella ska den orsak som hänför sig till den allvarligaste skadan, det vill säga huvuddiagnosen, anges först. Mellan år 2001–2007 finns ett misstänkt orimligt högt antal inrapporterade patienter/vårdtillfällen med yttre orsakskoden *V92 Drunkning, drunkningstillbud vid transport på vatten utan att vattenfarkost är direkt engagerad i olyckan*. Det misstänkt orimligt höga antalet tros bero på felrapportering av temporära icke-operativa åtgärder. För regioner som Stockholm och Gävleborg är den misstänkta felrapporteringen särskilt påtaglig. Jämförelser på avsnittsnivå (V90-V94 - Transportolyckor på vatten) och kategorinivå (V92 Drunkning och drunkningstillbud i samband med transport på vatten utan att vattenfarkost är direkt engagerad i olyckan) mellan år 2001–2007 bör göras med försiktighet. För åren 2001 och 2002 är antalet som rapporteras med V92 särskilt högt och har även en viss påverkan på hela avsnittet transportolyckor V01–V99.

Åtgärdskoder och läkemedel

Medicinska åtgärder blev obligatoriskt att rapportera in 2007. De rapporteras in i varierande utsträckning och stora regionala skillnader kan förekomma. Variationen 2023 i andelen vårdkontakter som hade minst en medicinsk åtgärdskod låg mellan 27 och 58 procent för öppenvården och 31 och 91 procent för slutenvården. Stora skillnader tyder på mätfel eller olika hantering av åtgärdskoder. Det finns en generell underrapportering av medicinska åtgärdskoder.

Det förekommer stora kvalitetsbrister för alla tre typer av inrapportering av ATC-kod för läkemedel. I många fall har regionerna inte kunnat rapportera ATC-kod varken som komplement till diagnos/yttre orsak eller som komplement till åtgärd för läkemedelstillförsel. Det förekommer också felkodning där de två typerna blandats ihop och skickats in som fel variabel. ATC-kod rekommenderas i dagsläget inte för analys eller beställning, förutom avseende läkemedelstillförsel i region Värmland (se tabell 5). I tabell 4 visas antalet vårdtillfällen inom slutenvården och läkarbesök i

öppenvården som saknar ATC-kod när en medicinsk åtgärdskod om läkemedeltillförsel är angiven (DT Farmakologisk behandling).

Tabell 4. Vårdkontakter som saknar ATC-kod när åtgärdskod om läkemedelstillförsel är angiven, sluten vård och specialiserad öppen vård

År	Antal slutenvårds-tillfällen med åtgärdskod för läkemedelstillförsel	Andel vårdtillfällen med läke-medelstillförsel som saknar ATC-kod (%)	Antal öppenvårdsbesök med åtgärdskod för läkemedelstillförsel	Andel öppenvårdsbesök med läkemedels-tillförsel som saknar ATC-kod (%)
2005	145	100	11	100
2006	38 425	100	112 233	100
2007	86 103	90	183 532	100
2008	103 800	90	231 816	94
2009	117 850	92	281 150	95
2010	132 968	94	293 431	94
2011	143 839	92	344 946	94
2012	155 366	90	406 112	93
2013	158 270	88	444 625	91
2014	151 474	86	482 137	89
2015	153 267	87	511 468	89
2016	149 598	89	518 924	82
2017	146 868	88	520 969	80
2018	152 642	87	518 089	78
2019	156 423	87	526 078	77
2020	181 410	72	556 529	75
2021	194 223	69	623 731	64
2022	187 593	69	623 198	62
2023	186 320	68	650 779	60

I tabell 5 visas bland annat andel slutenvårdstillfällen under 2023 som har en åtgärdskod för läkemedelstillförsel (medicinska åtgärdskoder som börjar på DT). Totalt är det 13 procent av alla vårdtillfällen som har en sådan kod, men det skiljer sig regionalt från 5 procent (Kronoberg) till 91 procent (Värmland). Värmland har gjort en insats för att rapportera in ATC-koder och utmärker sig jämfört med övriga regioner. Av samtliga vårdtillfällen i Sverige har 4 procent en ATC-kod, medan 91 procent av alla vårdtillfällen i

Värmland har det. Det tyder på en generellt mycket kraftig underrapportering av medicinska åtgärdskoder (i alla fall läkemedelstillförsel) och ATC-koder. Åtgärdskod för läkemedelstillförsel under besök i specialiserad öppenvård är ovanligare, men kvalitetsbristerna följer samma mönster.

Tabell 5. Inrapportering av medicinska åtgärdskoder för läkemedelstillförsel respektive ATC-koder i slutenvården, 2023

Region	Andel av alla vårdtillfällen som har kod för läkemedelstillförsel	Andel vårdtillfällen med läkemedelstillförsel som saknar ATC-kod	Andel vårdtillfällen av samtliga som har en ATC-kod
Värmland	91	0	91
Västernorrland	18	39	11
Södermanland	21	58	9
Västerbotten	13	41	8
Västmanland	13	56	6
Riket	13	68	4
Kalmar	6	54	3
Stockholm	9	75	2
Gävleborg	24	91	2
Örebro	11	82	2
Gotland	8	76	2
Kronoberg	5	72	2
Västra Götaland	11	86	2
Uppsala	7	89	1
Blekinge	18	97	1
Dalarna	12	100	0
Halland	8	100	0
Jämtland	10	100	0
Jönköping	8	100	0
Norrbotten	14	100	0
Skåne	12	100	0
Östergötland	17	100	0

För att få bättre information om läkemedelstillförsel i vården, så kallade rekvisitionsläkemedel fick Socialstyrelsen 2023 ett uppdrag för att förenkla

inrapporteringen av rekvisitionsläkemedel till Patientregistret. I april 2024 beslutades om nya föreskrifter för Patientregistret där möjlighet ges att rapportera in ATC-koder för läkemedelstillförsel i en separat fil från och med 1 april 2025. Förändringen avser uppgifter från 1 januari 2025 framåt.

Akutväntetider
Vissa regioner har haft problem med att rapportera in tidpunktsvariabler för besök på akutmottagningar. I dokumentet *Kvalitet i statistikdatabasen "Väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar"* [LÄNK] som finns tillgänglig vid statistikdatabasen för akutväntetider finns bortfallet beskrivet per region och år.

K2.2.4 Bearbetningar

Vissa rensningar görs för att exkludera vårdkontakter som inte ska finnas med i Patientregistret. Det handlar till exempel om vårdkontakter som endast innehåller information om en frisk person som medföljare. Friska nyfödda barn ska inte heller registreras som en egen vårdkontakt.

Vårdkontakter från regioner som inte har rapporterats in tre månader efter att vårdkontakten har avslutats eller som inte har blivit godkända makuleras från det slutgiltiga registret.

Tidigare har det förekommit vissa justeringar i Patientregistret som kan påverka data. Åtgärder för kvinnor som utförs på män och vice versa, har tidigare tagits bort men rensas inte från och med årgång 2017. I Patientregistrets slutenvårdsdel för år 2010 förekommer cirka hälften så många vårdtillfällen med en diagnoskod för huvuddiagnos från Z-kapitlet jämfört med närliggande år. Detta är troligen resultatet av ett försök att förbättra informationen om huvuddiagnos, genom att ersätta Z-koder som huvuddiagnos med en diagnoskod från ett annat kapitel som rapporterats som bidiagnos, men det finns ingen dokumentation som verifierar det (Socialstyrelsens dnr 6.1-41915/2021).

Flytt av ATC-koder från diagnos/yttre orsaksfält är kopplat till viss osäkerhet då det i några fall inte fullt ut kan säkerställas om koden är en ATC-kod eller diagnos/yttre orsakskod. Risken för detta bearbetningsfel bedöms dock som mycket liten.

DRG-kodningen för varje vårdtillfälle sker baserat på de uppgifter som lämnats till registret för vårdtillfället. Även om samma klassificeringsregler

från NordDRG används som när verksamheterna själva lägger på DRG kan uppgifterna som ligger till grund för klassningen skilja sig åt. I de journalsystemen finns ibland uppgifter som inte kommer in till Patientregistret som i vissa fall kan ge en annan DRG-kod.

K2.2.5 Modellantaganden

Inga modellantaganden är relevant för registret.

K2.3 Preliminärt register jämfört med slutligt

Data för de månader som tillkommit sedan senaste årsbestånd skapades och endast finns i månadsversionen är att betrakta som preliminär. Läs mer om månadsversionen under K2.2.1 Täckning. Även årsbestånden efter 2015 kan komma att uppdateras. Årsbestånd innan 2015 kan betraktas som slutliga. Årsbestånden baseras på slutrapporterade vårdkontakter, det vill säga vårdkontakter som har rapporterats in minst tre kalendermånader efter att vårdkontakten avslutats.

K3 Aktualitet och punktlighet

K3.1 Framställningstid

Uppgiftslämnare inkommer med data senast den sista dagen i månaden, som täcker vårdkontakter under de tre föregående månaderna. Inom ett par veckor sammanställs dessa uppgifter till ett uppdaterat preliminärt Patientregister. Ett kvalitetskontrollerat årsregister har de senaste åren framställts i juni efterföljande år.

K3.2 Frekvens

Registret uppdateras varje månad med senast tillgänglig information.

K3.3 Punktlighet

Årsbestånden och månadsversionen har framställts enligt plan. Eftersläpning i inrapportering gör ibland att den senaste uppdateringen av månadsversionen inte är komplett, men detta hindrar inte att registret uppdateras med information löpande.

K4 Tillgänglighet och tydlighet

K4.1 Tillgång till registret

Uppgifter ur Patientregistret kan lämnas ut för forsknings- och statistikändamål. Varje begäran till Socialstyrelsen om utlämnande sekretessprövas. För Socialstyrelsens statistiska register gäller statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Aggregerade data från registret är också tillgänglig i den officiella statistiken, i Socialstyrelsens statistikdatabas [LÄNK] och via vår beställningsverksamhet. Mer uppgifter om hur man ska gå tillväga för att beställa uppgifter från Patientregistret finns på Socialstyrelsens webbplats, [LÄNK]. Om ett forskningsprojekt har prövats av Etikprövningsmyndigheten ska ansökan och beslutet bifogas.

K4.2 Informationsspridning

Information om registret finns på socialstyrelsen.se. Den officiella statistiken publiceras årligen, och tidpunkt för detta anges i Socialstyrelsens publikationskalender.

K4.3 Dokumentation

Registret dokumenteras ytterligare på socialstyrelsen.se, inklusive detaljerade beskrivningar av variabler och värdemängder.

K5 Jämförbarhet och samanvändbarhet

K5.1 Jämförbarhet över tid

Generellt finns goda möjligheter till jämförelser över tid. Registret har dock utvidgats över tid, kodningssystem har uppdaterats och täckningsgraden har ökat, vilket kan påverka jämförelser över längre tidsperioder och runt vissa brytpunkter. Förändring av kodverk försämrar jämförbarheten över tid. Registret över den slutna vården har funnits sedan 1964 men blev rikstäckande 1987. Den specialiserade öppenvården tillkom 2001, och hade särskilt stora täckningsbrister de första åren, speciellt inom psykiatri. Det har funnits ett relativt stort bortfall av huvuddiagnos för besöken i den specialiserade öppenvården. Det påverkar antalen inom varje diagnoskategori. Inrapporteringen för den specialiserade öppenvården har förbättrats över åren och jämförelser mellan år, särskilt på 00-talet, bör tolkas med försiktighet. Flera kvalitetsaspekter, som täckningsgrad och bortfall har ändrats över tid vilket har konsekvenser för tidsserier från registret (se K2.2.1-K2.2.4).

År 1968 användes både ICD-7 och 8. Detta är problematiskt då dessa versioner påminner mycket om varandra, men det ändå finns vissa skillnader i koderna. Därmed går det inte att veta vad en diagnos- eller yttre orsakskod står för. Således är denna årgång ofullständig och ofta inte lämplig att använda.

För åren 1984–86 är registret i efterhand uppdaterat med personnummer, vilka gallrades i ett skede men sedan återinfördes. Några av de huvudmän som tidigare rapporterat till registret kunde inte återskapa personuppgifterna för enstaka år under denna period. Det innebär att antalet landsting med långa obrutna tidsserier är begränsat. Tidsserier för somatisk vård som sträcker sig ända tillbaka till 1964 finns för två regioner, Uppsala och Gävleborg. På grund av att det under 1968 användes både ICD-7 och ICD-8 koder som kan förväxlas är det begränsat vilka trender som kan utläsas ända från 1964.

För perioden 1987–1994 har registret kompletterats med förlossningsuppgifter från medicinska födelseregistret. Från och med 1995

rapporteras förlossningsuppgifter åter till Patientregistret, vilket det också gjorde innan 1987.

Sedan 2015 samlas uppgifter till Patientregistret in på månadsbasis. I samband med detta infördes ett flerfilssystem för uppgiftslämning vilket möjliggjorde att fler bidiagnoser och åtgärder än tidigare kunde rapporteras per vårdkontakt.

Den 1 oktober 2016 beslutade regeringen att ta bort undantaget för aborter i PAR-förordningen. Det innebär att Socialstyrelsen då fick möjlighet att ta in personnummer i samband med aborter till Patientregistret; omvänt saknas alltså personnummer för vårdkontakt vid abort innan dess. Från den 1 februari 2017 blev det obligatoriskt för de vårdgivare som omfattas av PAR-förordningen att rapportera in dessa uppgifter till Patientregistret.

Akutbesök, och andra besök inom specialiserad öppenvård, som leder till inskrivning ska sedan 2015 rapporteras in som vårdkontakt i specialiserad öppenvård medan inskrivningen rapporteras som slutenvård. Innan 2015 registrerades öppenvårdsbesök som ledde till inskrivning på sjukhus endast som slutenvårdstillfälle. Besök på akutmottagningen som inte ledde till inskrivning innan 2015 finns med i öppenvårdsdelen av Patientregistret men det går inte att skilja ut dem från övriga öppenvårdsbesök. Förändringen ledde naturligt nog till en stor ökning av inrapportering avseende vissa öppenvårdsbesök 2015. Till exempel leder nästan alla lårbensfrakturer där patienten åker till akuten till inskrivning och från 2015 finns alltså dessa besök även som öppenvård i registret. På grund av inrapporterings-svårigheter vid införandet 2015 har vårdkontakterna som avser akutbesök för år 2015 vissa kvalitetsbrister och därför har de till exempel inte publicerats i statistikdatabasen för akutväntetider.

Sedan 2024 ska även patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården rapporteras. Under första kvartalet av 2020 började covid-19 spridas i Sverige och i världen. Pandemin påverkade samhället och sjukvården, vilket särskilt speglas i registret för år 2020, men även för åren efter det.

K5.2 Samanvändbarhet med andra register

Uppgifterna i Patientregistret kan länkas till andra personnummerbaserade register. Vid samanvändning bör man ha i åtanke att det finns vissa mindre skillnader mellan den etablerade nationella ICD-10-SE som används i Patientregistret och den internationella ICD-10 som används i dödsorsaksregistret. Vid samanvändning med MFR bör man känna till att diagnoser i MFR kan avvika då de följer SFOG:s[3] anvisningar för användning av diagnos- och åtgärdskoder och relaterade beskrivningar. Vid

[3] Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi.

samanvändning med Patientregistret och MFR bör det tilläggas att i internationell statistik betraktas nyfödda barn som patienter och diagnoskodas med koden *Z38 Levande fött barn*. Denna kod används inte i Sverige och friska nyfödda betraktas inte som patienter i Patientregistret. Cancerregistret täcker bekräftade incidenta cancerfall och bör generellt anses mer tillförlitligt än cancerdiagnos satt vid en vårdkontakt i Patientregistret. Patientregistrets uppdateringsfrekvens är dock betydligt högre än dessa register, som i nuläget endast tillgängliggörs på årsbasis med minst ett halvårs eftersläpning, vilket kan begränsa samanvändbarheten.

Läkemedelsregistret täcker läkemedel som förskrivs och hämtas ut på apotek i Sverige, och i teorin är Patientregistret ett komplement med läkemedel som administrerats under vårdkontakter. Med undantag för enstaka sjukhus och medicinska vårdområden, och Värmland från och med 2021, gör dock högt bortfall i variabeln ATCO (ATC som komplement till åtgärdskod) att det i nuläget inte är möjligt att följa vilka läkemedel som administreras under en vårdkontakt.

Allmänna uppgifter

U1 Sekretess och personuppgiftsbehandling

I myndigheternas särskilda verksamhet för framställning av statistik gäller sekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Uppgift som behövs för forsknings- och statistikändamål och uppgift som inte genom namn, annan identitetsbeteckning eller liknande förhållande är direkt hänförligt till den enskilde får dock lämnas ut, om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider skada eller men.

Vid behandling av personuppgifter, dvs. information som direkt eller indirekt kan hänföras till en person som är i livet, gäller EU:s dataskyddsförordning 2016/679[4] samt lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Därutöver gäller vid behandling av personuppgifter lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, lagen (1998:543) om hälsodataregister (hälsodataregisterlagen) samt förordningen (2001:707) om Patientregister hos Socialstyrelsen (PAR-förordningen).

U2 Bevarande och gallring

Patientregistret är ett register där personuppgifter ska undantas från gallring. Registret omfattas av Riksarkivets föreskrifter (RA-MS 2020:22) om

[4] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

undantag från gallring och gallring hos Socialstyrelsen. Primäruppgifter, dvs. underlaget till registret, får gallras fem år från det att underlaget kommit in till myndigheten.

Registret är ett så kallat levande register, vilket innebär att löpande uppdateringar kan ändra data även historiskt. Omedelbar gallring av felaktiga uppgifter är tillåtet enligt RA-MS 2020:22, vilket medför att tidigare versioner av registret generellt inte sparas av Socialstyrelsen.

U3 Uppgiftsskyldighet

Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen föreligger enligt hälsodataregisterlagen och PAR-förordningen för den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården. Uppgiftslämningen ska för uppgifter fram till och med 2023 ske enligt Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Patientregistret (SOSFS 2013:35) samt ändringsföreskrifterna HSLF-FS 2016:91. För uppgifter från och med januari 2024 gäller Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Patientregistret (SOSFS 2023:33). Från och med 1 april 2025 gäller ändringsföreskrifterna HSLF-FS 2024:9 till föreskrifterna SOSFS 2023:33.

U4 Internationell rapportering

Rapportering av statistik från Patientregistret sker till EuroSafe, Eurostat, Nomesko, OECD och WHO.

U5 Historik

Patientregistret ska tillhandahålla data om vårdutnyttjande för forskning, utvärdering, planering och allmän samhällsinformation. Slutenvårdsdata har samlats in sedan 1964. Ett heltäckande nationellt register för all offentlig, sluten sjukvård finns sedan 1987. Den specialiserade öppenvården tillkom 2001, dagkirurgi 1997. Uppgifter om utförd psykiatrisk tvångsvård inkluderades från och med 2010, innan dess hade dessa vårdtillfällen funnits med i registret utan att det har framgått att det var vård under tvång. En större ändring av registret trädde i kraft den 1 januari 2015, då processen för uppgiftslämning ändrades, månadsrapportering infördes, och filstrukturen i Socialstyrelsens datalager ändrades i grunden. Då blev det även möjligt att samla in uppgifter om akutverksamhet och väntetider på akutmottagning. Sedan februari 2017 ska uppgift om abort som utförts hos de vårdgivare som omfattas av PAR-förordningen rapporteras in till Patientregistret med personnummer. Enligt den senaste förändringen som trädde i kraft i januari 2024 ska även patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården rapporteras.

U6 Kontaktuppgifter

Frågor om Patientregistret kan skickas till funktionsbrevlådan för teamet patientregistret.

Enhet: Statistik 1

E-post: patientregistret@socialstyrelsen.se

Telefon: 075 247 30 00

Versionshistorik

Version	Ändring	Datum
1.0	Dokumentet är nytt	2022-02-08
1.1	Dokumentet är uppdaterat	2022-12-09
1.2	Dokumentet är uppdaterat	2023-01-20
1.3	Dokumentet är uppdaterat i sin helhet	2025-03-06