

Uppgiftsskyldighet till
Socialstyrelsens patientregister

Socialstyrelsens

författningssamling

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras myndighetens föreskrifter och allmänna råd.

- Föreskrifter är bindande regler.
- Allmänna råd innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

Socialstyrelsen ger årligen ut en förteckning över gällande föreskrifter och allmänna råd.

SOSFS kan beställas från Socialstyrelsens beställningsservice,
120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67, e-post socialstyrelsen@strd.se

ISSN 0346-6000 Artikelnr 2013-12-23

Tryck: Edita Västra Aros, Västerås 2014

Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister;

SOSFS
2013:35 (M)

Utkom från trycket
den 10 januari 2014

beslutade den 10 december 2013.

Socialstyrelsen föreskriver följande med stöd av 6 § tredje stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

1 § Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår det att varje vårdgivare ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i det följande.

2 § Den som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden

1. har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården eller
2. har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

3 § Uppgifterna ska lämnas senast den sista dagen i varje månad.

4 § Uppgifterna ska lämnas i enlighet med specifikationerna i

1. **bilaga 1** avseende slutna hälso- och sjukvård eller
2. **bilaga 2** avseende öppen hälso- och sjukvård som inte är primärvård.

5 § Alla uppgifter för en period ska lämnas sammanhållet för en vårdgivares samtliga vårdenheter.

6 § Uppgifterna ska skickas till Socialstyrelsen genom myndighetens elektroniska tjänster för filöverföring.

7 § Socialstyrelsen kan medge undantag från bestämmelserna i dessa föreskrifter, om det finns särskilda skäl.

1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2015.
2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.
3. Den upphävda författningen gäller fortfarande för uppgifter som avser år 2014.
4. Bestämmelsen i 3 § om att uppgifter ska lämnas varje månad ska tillämpas första gången för de uppgifter som ska lämnas senast den 30 april 2015.

Socialstyrelsen

TAINA BÄCKSTRÖM

Annelie Schönbeck

Uppgifter om patienter som har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden

Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 5 separata textfiler.
- Uppgifterna ska skiljas åt med semikolon (;).
- Om en uppgift saknas, ska utrymmet för uppgiften lämnas tomt.
- En rad får inte avslutas med semikolon, utom när sista uppgiften i raden saknas.
- Varje fil ska namnges i enlighet med vad som anges efter ”Filnamn” ovanför respektive tabell nedan.
- För offentliga vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av länskod enligt Statistiska centralbyråns förteckning över läns- och kommunkoder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskod och klinikkoden ska skiljas åt med understrykningsstreck (*sjukhus_klinik*).
- I filnamnet ska det år och den sista månad anges som rapporteringen avser (*ÅÅÅÅMM*).

Beskrivning av de 5 filer som ska skickas in

Administrativa uppgifter

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt*

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1–30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Personnummer	12	ÅÅÅÅMMDDNNNN	Om personnummer inte finns, får det ersättas med samordningsnummer eller reservnummer. Av 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen följer att personnummer inte får anges för vårdkontakter som innehåller koder för <ul style="list-style-type: none"> – legal abort, – illegal abort, – icke specificerad abort, – misslyckat försök till abort, – komplikation efter abort, utomkvedshavandeskap eller druvbörd, och – graviditet som fortsätter efter abort av ett eller flera foster.

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Kön	1		1 = man 2 = kvinna
Födelseår	4	ÅÅÅÅ	Det år patienten föddes.
Sjukhus	6		Sjukvårdsinrättning eller motsvarande. Ska registreras med hjälp av den 5- eller 6-siffriga koden i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning 1992 med fortlöpande kompletteringar från Socialstyrelsen. 5-siffriga koder ska vänsterställas.
Klinik	3		Klinik, medicinskt verksamhetsområde eller motsvarande. Ska registreras med hjälp av den 3-siffriga koden i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning 1992 med fortlöpande kompletteringar från Socialstyrelsen.
Datum för inskrivning	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då vårdtillfället påbörjades.
Datum för utskrivning	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då vårdtillfället avslutades. Utrymmet för datum ska lämnas tomt, om vårdtillfället pågår.
Planerad vårdkontakt	1		1 = ja, vårdkontakt för vilken tid avtalats 2 = nej
Inskrivningssätt	1		Patienten skrivs in på kliniken 1 = från annat sjukhus eller annan klinik, 2 = från särskilt boende (individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen [2001:453] eller lagen [1993:387] om stöd och service till vissa funktionshindrade) eller 3 = från ordinärt boende (patientens bostad eller motsvarande som inte ingår i särskilt boende).
Utskrivningssätt	1		Patienten skrivs ut från kliniken 1 = till annat sjukhus eller annan klinik, 2 = till särskilt boende (individuellt behovsprövat boende som ges med stöd av socialtjänstlagen [2001:453] eller lagen [1993:387] om stöd och service till vissa funktionshindrade), 3 = till ordinärt boende (patientens bostad eller motsvarande som inte ingår i särskilt boende) eller 4 = på grund av att han eller hon har avlidit.

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_VF.txt

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1-30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Psykiatrisk vårdform	1		<p>A = frivillig psykiatrisk vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)</p> <p>Om tvångsvård ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), ska formen av vård anges enligt följande:</p> <p>B = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>C = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV</p> <p>D = sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>E = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning</p> <p>F = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning</p> <p>G = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV, övrig vård</p> <p>H = öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>I = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning</p> <p>J = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning</p> <p>K = psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning</p>
Datum för start av psykiatrisk vårdform	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då den psykiatriska vårdformen påbörjades.
Datum för avslut av psykiatrisk vårdform	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då den psykiatriska vårdformen avslutades. Utrymmet för datum ska lämnas tomt, om vårdformen pågår.

Diagnos

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1–30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Diagnoskod	7		<p>Samtliga diagnoser som haft klinisk relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt ”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)” med fortlöpande ändringar.</p> <p>För ett tillstånd som inte kan beskrivas med endast en kod ur klassifikationen, t.ex. asteriskkod med tillhörande daggerkod, ska båda koderna registreras. Varje diagnoskod ska anges utan punkt.</p> <p>Diagnoskoder som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS för läkemedlet i fråga.</p>
Typ av diagnos	1		<p>1 = huvuddiagnos 0 = bidiagnos/-er</p>

Yttre orsak

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1-30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Yttre orsakskod	7		Ska registreras enligt kapitel XX, Yttre orsak till sjukdom och död i ”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)” med fortlöpande ändringar. Uppgift om minst en yttre orsak ska alltid anges vid tillstånd som registrerats enligt kapitel XIX (skador, förgiftningar m.m.). Varje yttre orsakskod ska anges utan punkt. Yttre orsakskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS för läkemedlet i fråga.

Åtgärd

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1-30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Åtgärds-kod	7		Ska registreras enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar. Varje åtgärds-kod ska anges utan punkt. Åtgärds-koder för kliniskt relevant läkemedelstillförel ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS.
Datum för åtgärd	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då åtgärden påbörjades.

Uppgifter om patienter som under de tre månader som föregår rapporteringsmånaden har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård

Alla läkarbesök ska rapporteras, även de som har lett till inskrivning av patienten i slutenvård.

Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 4 separata textfiler.
- Uppgifterna ska skiljas åt med semikolon (;).
- Om en uppgift saknas, ska utrymmet för uppgiften lämnas tomt.
- En rad får inte avslutas med semikolon, utom när sista uppgiften i raden saknas.
- Varje fil ska namnges i enlighet med vad som anges efter "Filnamn" ovanför respektive tabell nedan.
- För offentliga vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av läns-koden enligt Statistiska centralbyråns förteckning över läns- och kommunkoder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskoden och klinikkoden ska skiljas åt med understrykningsstreck (*sjukhus_klinik*).
- I filnamnet ska det år och den sista månad anges som rapporteringen avser (ÅÅÅÅMM).

Beskrivning av de 4 filer som ska skickas in

Administrativa uppgifter

Filnamn: *OV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt*

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1–30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Personnummer	12	ÅÅÅÅMMDDNNNN	Om personnummer inte finns, får det ersättas med samordningsnummer eller reservnummer. Av 4 § förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen följer att personnummer inte får anges för vårdkontakter som innehåller koder för <ul style="list-style-type: none"> – legal abort, – illegal abort, – icke specificerad abort, – misslyckat försök till abort, – komplikation efter abort, utomkvedshavandeskap eller druvbörd, och – graviditet som fortsätter efter abort av ett eller flera foster.

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Kön	1		1 = man 2 = kvinna
Födelseår	4	ÅÅÅÅ	Det år patienten föddes.
Sjukhus	6		Sjukvårdsinrättning eller motsvarande. Ska registreras med hjälp av den 5- eller 6-siffriga koden i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning 1992 med fortlöpande kompletteringar från Socialstyrelsen. 5-siffriga koder ska vänsterställas.
Klinik	3		Klinik, medicinskt verksamhetsområde eller motsvarande. Ska registreras med hjälp av den 3-siffriga koden i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning 1992 med fortlöpande kompletteringar från Socialstyrelsen.
Datum för öppenvårdskontakt	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då öppenvårdskontakten påbörjades.
Akutverksamhet	1		0 = ej akutverksamhet 1 = akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade 2 = akutmottagning med endast en somatisk specialitet 3 = psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet.) 4 = närakut eller närsjukhus med jourmottagning 5 = övrig akutverksamhet
Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHMM	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten påbörjades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHMM	Datum och klockslag då en läkare utreder patienten och gör en första beslutsgrundande bedömning om eventuell fortsatt undersökning eller behandling. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHHMM	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten avslutades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Avbruten vård på akutmottagning	1		1 = patienten avviker på eget initiativ efter läkarbedömning Om vården avbrutits på annat sätt, ska fältet lämnas blankt. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.
Planerad vårdkontakt	1		1 = ja, vårdkontakt för vilken tid avtalats 2 = nej
Form av öppenvårdskontakt	1		0 = besök på mottagning/vårdenhet där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar 1 = besök på mottagning/vårdenhet där en patient möter ett vårdteam (teambesök) 2 = besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (gruppbesök) 3 = besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter ett vårdteam (gruppteambesök) 4 = besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (hembesök) 5 = besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter ett vårdteam 6 = besök på annan plats där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar 7 = besök på annan plats där en patient möter ett vårdteam 8 = telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Psykiatrisk vårdform	1		<p>A = frivillig psykiatrisk vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)</p> <p>Om tvångsvård ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV), ska formen av vård anges enligt följande:</p> <p>B = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>C = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV</p> <p>D = sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>E = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning</p> <p>F = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning</p> <p>G = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV, övrig vård</p> <p>H = öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT</p> <p>I = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning</p> <p>J = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning</p> <p>K = psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning</p>

Diagnos

Filnamn: *OV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1–30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Diagnoskod	7		<p>Samtliga diagnoser som haft klinisk relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt ”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)” med fortlöpande ändringar.</p> <p>För ett tillstånd som inte kan beskrivas med endast en kod ur klassifikationen, t.ex. asteriskkod med tillhörande daggerkod, ska båda koderna registreras. Varje diagnoskod ska anges utan punkt.</p> <p>Diagnoskoder som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS för läkemedlet i fråga.</p>
Typ av diagnos	1		<p>1 = huvuddiagnos 0 = bidiagnos/-er</p>

Yttre orsakFilnamn: *OV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1-30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Yttre orsakskod	7		Ska registreras enligt kapitel XX, Yttre orsak till sjukdom och död i "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)" med fortlöpande ändringar. Uppgift om minst en yttre orsak ska alltid anges vid tillstånd som registrerats enligt kapitel XIX (skador, förgiftningar m.m.). Varje yttre orsakskod ska anges utan punkt. Yttre orsakskod som anger att tillståndet är orsakat av eller relaterat till läkemedel ska, om det är kliniskt möjligt, kompletteras med ATC-kod enligt FASS för läkemedlet i fråga.

ÅtgärdFilnamn: *OV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt*

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
Vårdkontakts-id	1-30		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren.
Åtgärds-kod	7		Ska registreras enligt "Klassifikation av vårdåtgärder" med fortlöpande ändringar. Varje åtgärds-kod ska anges utan punkt. Åtgärds-kod för kliniskt relevant läkemedelstillförsel ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS.
Datum för åtgärd	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då åtgärden påbörjades.

INAKTUELLT