

Inrapportering till Socialstyrelsens
patientregister: förtydligande till
föreskrifter om uppgiftsskyldighet till
patientregistret - SOSFS 2013:30

Version: 3.0

Datum 2016-11-22

Dnr 5.1-30177/2016

Detta dokument är till för dig som ska rapportera till Socialstyrelsens patientregister. Med dess hjälp hoppas vi kunna underlätta vid rapportering och besvara ofta förekommande frågor. Dokumentet ger inte en fullständig bild av hur inrapporteringen ska gå till utan ska ses som ett komplement till gällande föreskrifter för patientregistret samt den information du hittar på vår webbsida.

Dokumentet kommer att kompletteras och uppdateras kontinuerligt. Uppdateringar från tidigare version markeras med streck i vänster marginal och i innehållsförteckningen.

Vi tar tacksamt emot kommentarer samt önskemål på fler förtydliganden. Mejla då till inrapportering@socialstyrelsen.se och sätt "Patientregistret - förslag till förtydligande" i ämnesraden.

Innehåll

| | |
|---|----|
| Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister: förtydligande till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret - SOSFS 2013:30 | 1 |
| Version: 3.0 | 1 |
| Datum 2016-11-18 Dnr 4543/2014 | 1 |
| Innehåll | 1 |
| Förtydligande av begrepp | 1 |
| Aborter | 2 |
| Akutverksamhet | 3 |
| Definition | 3 |
| Variabeln Akutverksamhet | 3 |
| Avbruten vård på akutmottagning | 5 |
| Medicinskt verksamhetsområde (MVO) vid akutbesök | 5 |
| Diagnoskodning vid akutbesök | 6 |
| Form av öppenvårdskontakt på akutmottagning | 7 |
| Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning | 7 |
| Vårdkontakts-ID | 7 |
| Åtgärdskodning vid akutbesök | 7 |
| Diagnos- och åtgärdskodning | 9 |
| Diagnoser | 9 |
| Åtgärder | 10 |
| ATC-kod som komplement till diagnos- och åtgärdskod | 11 |
| Alternativ rapportering av ATC-koder | 13 |
| Inrapportering | 16 |
| Tidpunkter för inrapportering | 16 |
| Månatlig inrapportering (föreskriften SOSFS 2013:35 - 2§) | 16 |
| Elektronisk inrapportering | 16 |
| Filspecifikation | 16 |
| Rapportering av uppgifter för vårdkontakter utanför ordinarie tremånadersfönster | 17 |
| Återkoppling | 17 |
| Psykiatrisk tvångsvård | 19 |
| Psykiatrisk vårdform | 19 |
| Psykiatrisk tvångsvård och överföring av patienter mellan sjukvårdsinrättningar | 21 |
| Psykiatrisk tvångsvård och vård på somatisk klinik | 21 |
| Öppen psykiatrisk tvångsvård och läkarbesök inom öppenvården | 22 |
| Variabler och definitioner | 23 |
| Folkbokföringsort | 23 |

| | |
|--|----|
| Form av öppenvårdskontakt | 23 |
| Inneliggande patient över årsskiftet | 25 |
| Inskrivningssätt | 25 |
| Nyfödda..... | 25 |
| Personnummer | 25 |
| Planerad vårdkontakt..... | 26 |
| Specialiserad öppenvård | 26 |
| Slutenvård | 27 |
| Utskrivningsdatum | 28 |
| Utskrivningssätt..... | 28 |
| Vårdkontakts-ID..... | 28 |
| Flödescheman över inrapportering | 29 |

Förtydligande av begrepp

| | |
|---|--|
| Vårdkontakts-ID | Den information som rapporteras till patientregistret i de olika filerna har Vårdkontakts-ID som gemensam unik identifikation, vilket håller samman uppgifter som hör ihop i en ”vårdkontakt”. Vårdkontakts-ID skapas av uppgiftslämnaren och ska vara unikt över tid, det vill säga en vårdkontakt ska ha samma Vårdkontakts-ID oavsett inrapporteringstillfälle |
| Vårdkontakt | En vårdkontakt består av ett vårdtillfälle, definierat av in och eventuellt utskrivningsdatum eller ett besök, definierat av besöksdatum. Uppgifterna i en vårdkontakt hålls samman av ett unikt vårdkontakts-ID |
| Vårdtillfälle inom psykiatrisk tvångsvård | För all psykiatrisk tvångsvård ses ett vårdtillfälle som inskrivning i psykiatrisk tvångsvård oavsett psykiatrisk vårdform |
| Psykiatrisk vårdform | Psykiatrisk vårdform beskriver enligt vilken lagstiftning vården bedrivs. När patienten är intagen för tvångsvård kan vården ges på två sätt, antingen som sluten psykiatrisk tvångsvård eller som öppen psykiatrisk tvångsvård. |
| Förhållandet mellan Vårdkontakts ID, vårdkontakt, vårdtillfälle inom psykiatrisk tvångsvård och psykiatrisk vårdform | Vårdkontakts-ID är ett rent tekniskt begrepp för att möjliggöra att hålla samman unika uppgifter om patientens vårdkontakt. En vårdkontakt består av ett vårdtillfälle, definierat av in och eventuellt utskrivningsdatum eller ett besök, definierat av besöksdatum. Uppgifterna i en vårdkontakt hålls samman av ett unikt vårdkontakts-ID Ett vårdtillfälle inom psykiatrisk tvångsvård kan i sin tur innehålla en eller flera psykiatriska vårdformer (definierade av sina koder och start och slutdatum). |

Aborter

Från och med den 1 oktober 2016 blev det tillåtet för Socialstyrelsen ta emot personnummer i samband med abort. Leveranskontrollen av inskickad data behöver göras om, det innebär att Socialstyrelsen kan ta emot personnummer i samband med abort tidigast den 1 januari 2017.

Uppgiftsskyldigheten till Socialstyrelsen gäller från och med den tidpunkt då de nya föreskrifterna träder i kraft.

Akutverksamhet

Definition

Definitionen för akut öppenvård enligt Socialstyrelsens termbank är:

”Öppenvårdsbesök där patients tillstånd kräver omedelbar bedömning.”

Definition av akutvård ur Socialstyrelsens rapport Akut omhändertagande. Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. 1994:

”Med akut sjukdom eller skada avses plötsligt inträdande, hastigt förlöpande sjukdom eller plötsligt åsamkad skada. Akut omhändertagande avser patienter som kräver omedelbar behandling i öppenvård eller inskrivning i slutenvård. Akut sjukvård omfattar i enlighet härmed åtgärder som inte bör vänta mer än timmar eller högst upp till ett dygn.”

Enligt föreskriften SOSFS 2013:35 ska alla läkarbesök rapporteras till patientregistret, oavsett om besöket skett inom akutverksamheten *eller* inom den planerade specialiserade vården samt oavsett om besöket resulterade i en inskrivning i slutenvård *eller* inte. Dessutom ska alla besök bedömas om det är ett akut besök *eller* ej akut besök. ”Akut” är ett medicinskt ställningstagande och har ingen koppling till om patienten är planerad eller ej, d.v.s. har fått en tid eller ej.

Variabeln Akutverksamhet

Akut besök

Alla akuta besök rapporteras med något av alternativen 1-5

Ej akut besök

Alla ej akuta besök rapporteras med alternativ 0 = Ej akutverksamhet

Beskrivning av rapporteringsalternativen 0-5

0 = Ej akutverksamhet

Alla ej akuta besök ska rapporteras med alternativ 0 = Ej akutverksamhet oavsett om besöket skett inom den planerade specialiserade vården eller akutverksamheten.

1 = Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade

Innefattar besök på somatisk akutmottagning med två eller fler specialiteter oavsett organisatorisk lösning ifråga om bemanningsmodell och specialitetsindelning såsom:

- Läkare tjänstgörande inom sin specialitet
- Läkare tjänstgörande som akutläkare för alla ingående specialiteter

Alla besök på denna typ av akutmottagning betraktas som akuta med undantag för de patienter som uppmanas återkomma som återbesök för ex ompalpation av buk.

2 = Akutmottagning med endast en somatisk specialitet

Innefattar besök på akutmottagning med endast en somatisk specialitet lokaliserad till annan plats (i förhållande till rapporteringsalternativ 1). Vanliga exempel är:

- Barnakutmottagning. Hit räknas även barnakutmottagning med flera specialiteter såsom ex kirurgi och ortopedi.
- Infektionsakutmottagning
- Gynekologisk akutmottagning

Alla besök på denna typ av akutmottagning betraktas som akuta med undantag för de patienter som uppmanas återkomma som återbesök för ex ompalpation av buk.

3 = Psykiatrisk akutmottagning (anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet)

Besök på den psykiatriska akutmottagningen rapporteras alltid som alternativ 3.

I de fall den psykiatriska akutmottagningen är samlokaliserad med en akutmottagning med en somatisk specialitet rapporteras besök inom den somatiska specialiteten som alternativ 2.

I de fall den psykiatriska akutmottagningen är samlokaliserad med akutmottagning med två eller flera somatiska specialiteter skall besök inom dessa somatiska specialiteter rapporteras som alternativ 1.

4 = Närakut eller närsjukhus med jourmottagning

- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 4.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.
- I de fall där mottagningsverksamheten innefattar både specialistvårdsmottagning och primärvårdsmottagning ska endast akuta besök på specialistvårdsmottagningen rapporteras med alternativ 4.

Observera Enligt förordningen SFS 2001:707 om patientregister hos Socialstyrelsen ska besök inom primärvården inte rapporteras till patientregistret.

5 = Övrig akutverksamhet

- I de fall där en verksamhet innefattar både akuta och ej akuta besök ska endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 5.
- Ej akuta besök rapporteras med alternativ 0.

Exempel: Ordinarie specialistmottagning för planerade besök oavsett specialitet. Om denna specialistmottagning även tar emot akuta besök skall endast de akuta besöken rapporteras med alternativ 5.

Övriga, ej akuta besök på mottagningen rapporteras med 0.

Faktaruta

- Alla läkarbesök ska rapporteras till patientregistret, oavsett var de handläggs, och oavsett om besöket resulterar i en inskrivning i slutenvård eller ej.
- Alla läkarbesök ska ha en siffra 0-5 för variabeln Akutverksamhet.
- Alla läkarbesök som är ”Akuta” ska ha någon av siffrorna 1-5, oavsett var de handläggs.
- Alla läkarbesök som är ”Ej akuta” skall ha en nolla (0), oavsett var de handläggs.
- Alla läkarbesök skall ha en huvuddiagnos, som speglar anledningen till besöket.

Det är viktigt att föra ut informationen till de som tar emot och registrerar i det patient-administrativa systemet att ”akut” är ett medicinskt ställningstagande när patienten tas emot och har ingen koppling till om patienten är planerad eller ej, dvs. har fått en tid eller ej.

Alla mottagningar som någon gång tar emot akuta patienter ska ha möjlighet att registrera akut/ej akut.

Avbruten vård på akutmottagning

Beskrivning av rapporteringsalternativ

Om patienten avvikit **innan** läkarbedömning medför detta att besöket inte kan betraktas som ett läkarbesök och ska därför inte rapporteras.

Enligt förordningen får endast läkarbesök rapporteras till patientregistret.

- Om patienten avviker på eget initiativ efter läkarbedömning rapporteras det med alternativ 1.
- Om vården avbrutits på annat sätt skall fältet lämnas blankt.
- Om vården fullföljs ska fältet lämnas blankt.

Medicinskt verksamhetsområde (MVO) vid akutbesök

För att ge möjlighet att på bästa sätt kunna göra relevanta jämförelser är rekommendationen att rapportera MVO på en låg detaljeringsnivå. Detta ger den bästa och mest specifika upplysningen om vilken medicinsk specialitet/klinik som handlagt patienten. För de flesta akutmottagningar representeras denna nivå av exempelvis Medicin, Kirurgi och Ortopedi. Rapportering uppdelat på subspecialiteter krävs ej.

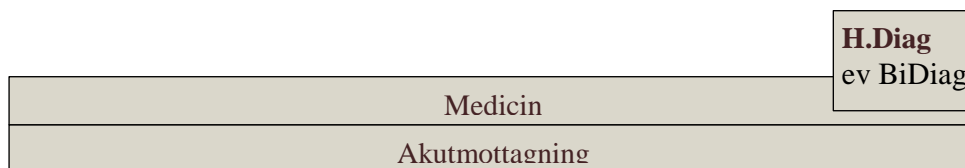
Den medicinska specialiteten anges med en kod för medicinskt verksamhetsområde ex Internmedicin 101, Kirurgi 301, Ortopedi 311. Koderna 046, Intagnings-/Akutverksamhet, anges i de fall där akutmottagningen är organiserad som en sammanhållen Intagnings-/Akutverksamhet eller när ST eller specialist i akutsjukvård tjänstgör och ingen annan specifik specialitet/klinik identifieras för besöket.

Diagnoskodning vid akutbesök

- Akutbesöket som övergår i slutenvård ska diagnoskodas enligt samma kodningsregler som gäller för övriga öppenvårdsbesök. Denna diagnoskod gäller det som skedde under besöket och ska kvarstå även om diagnoskoden vid slutenvårdstillfället blir en annan.
- Vid akutbesök som övergår till inskrivning i slutenvård kan det vara svårt att välja diagnoskod, för detta syfte har koden *U99 Diagnosinformation saknas* fått en ny anmärkning inför 2015: ”Anmärkning: Kategorin U99 avser i första hand besök i öppen vård hos annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Kategorin kan även användas för vissa läkarbesök i öppen vård, i första hand akutmottagningsbesök, som leder till inskrivning i slutenvård i direkt anslutning till besöket.”
- Detta innebär att koden U99 kan användas för patienter som är multisjuka, har multitrauma eller där det av annan anledning inte är möjligt att koda patientens diagnos, symptom eller andra faktorer för betydelse av hälso- och sjukvården.

Val av Huvud- och bidiagnos. Exempel 1:

Ett akutbesök med endast en medicinskt ansvarig specialitet. Diagnosen anges enligt ovan.

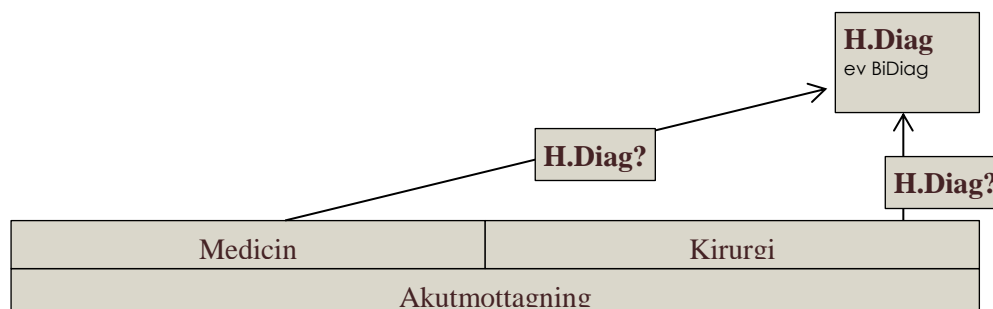


Val av Huvud- och bidiagnos. Exempel 2:

Ett akutbesök med flera medicinskt ansvariga specialiteter. Diagnosen fastställs vid vårdkontaktens slut och som huvuddiagnos anges det tillstånd som var anledningen till vårdkontakten.

I de fall där varje medicinsk specialitet sätter huvuddiagnos på sin del i den ”sammansatta” akutkontakten uppstår svårigheter att vid uttaget veta och besluta vilken av huvuddiagnoserna som är ”anledningen till besöket”.

Tumregeln är då att det är diagnosen från den sista specialiteten som rapporteras som huvuddiagnos, övriga relevanta diagnoser från de ingående specialiteterna som bidiagnoser.



För ytterligare information om hur diagnoskoder ska hanteras se följande dokument på Socialstyrelsens hemsida:

Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18692/2012-4-18.pdf

Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård
www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18690/2012-5-4.pdf

Form av öppenvårdskontakt på akutmottagning

Besök på akutmottagning ska rapporteras som ett (1) enskilt öppenvårdsbesök med variabel ”Form av öppenvårdskontakt = 0”, oavsett om patienten bedömts av flera olika specialister på akutmottagningen. Alla akutbesök ska diagnoskodas oavsett om besöket lett till inskrivning i slutenvård eller inte, se ”Specialiserad öppenvård som övergår till slutenvård”.

Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning

Avser den tidpunkt när patienten fysiskt lämnar den sjukhusbundna akutmottagningen.

- Har akutmottagningen en övervakningsenhet ingår denna i patientens akutmottagningsbesök.
- Övervakas patienten på en enhet motsvarande intagnings-/akutvårdsavdelning, vilken organisatoriskt och/eller lokalmässigt inte tillhör akutmottagningen ingår inte denna i akutmottagningsbesöket.

Vårdkontakts-ID

I de fall ett besök på akutmottagning innefattat flera medicinska specialiteter ska Vårdkontakts-ID för den sista specialiteten gälla för hela den sammanhållna akutmottagningskontakten.

Åtgärdskodning vid akutbesök

Relevanta åtgärder klassificeras enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Från och med 2015 införs en ny KVÅ-kod: XS100 Oplanerad inskrivning till slutenvård. Beskrivningstext: ”Ska endast användas vid öppenvårdsbesök som leder till inskrivning i direkt anslutning till besöket.

Denna åtgärdskod bör användas för alla öppenvårdsbesök som leder till akut inläggning på det egna sjukhuset.” Syftet med denna kod är att man i PAR ska kunna hitta besöken som lett till oplanerad slutenvård och kunna exkludera dem vid jämförelse med tidigare års statistik. OBS att koden XS100 bara ska användas i samband med det besök där man faktiskt beslutar om inläggning och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik eller annat sjukhus. Ansvarig läkare där kan göra bedömningen att patienten inte är i behov av slutenvård.

DRG-gruppering

Koden XS100 kommer att leda till en ny DRG, Z820, med texten ”*Besök med oplanerad inskrivning*”. Detta gör det möjligt att i DRG- och KPP-sammanhang i efterhand addera medicinsk information och kostnader till det efterföljande vårdtillfället på samma sätt som man tidigare gjort lokalt. Relevanta diagnos-och åtgärds-koder från den inledande öppenvårdsdelen ska inkluderas i slutenvårdstillfället precis som tidigare.

Diagnos- och åtgärdskodning

Diagnoser

Diagnoser ska kodas enligt ICD-10-SE

www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder

Huvuddiagnos

För varje besök som journalförs ska en kod för huvuddiagnos anges.

Som huvuddiagnos ska anges det tillstånd som var anledningen till vårdkontakten, fastställt vid vårdkontaktens slut.

Huvuddiagnos kan beskrivas med en eller flera koder ur ICD-10-SE. Det finns lista på diagnoser som inte ska användas som huvuddiagnos, vilken du hittar här:

www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-28/

Bidiagnos

Övriga tillstånd som förutom huvuddiagnosen varit av betydelse för bedömningen och behandlingen vid den aktuella kontakten ska också anges i journalen, registreras och klassificeras enligt ICD-10-SE. Däremot ska tidigare behandlade och utläkta sjukdomar samt tillstånd utan relevans för den aktuella kontakten inte registreras.

Diagnoskod registreras i följande prioritetsordning

1. Diagnos sätts om det är möjligt
2. Symtomdiagnos enligt kapitel R i ICD-10 SE.
3. För de besök där punkt 1 och 2 inte är tillämpliga används koder ur kapitel Z i ICD-10 SE.

Under vissa omständigheter kan man använda diagnoskoden *U99 Diagnosinformation saknas*, se ”Specialiserad öppenvård som övergår till slutenvård”.

Koderna anges i ordning med koden för huvudtillståndet/ asteriskkod först, följt av tilläggskod/daggerkod och därefter koder för eventuella bidiagnoser.

För ytterligare information om hur diagnoskoder ska hanteras se följande dokument på Socialstyrelsens hemsida:

Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos

www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18692/2012-4-18.pdf

Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård

www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18690/2012-5-4.pdf

Möjlighet att ange fler koder för en huvuddiagnos

För en del tillstånd krävs att fler än en kod anges per vårdtillfälle för att fullständigt beskriva diagnosen, till exempel asterisk/dagger-par eller diagnoskod/tilläggskod.

I den filspecifikation som gäller för föreskriften SOSFS 2013:35 ges möjlighet att markera fler än en kod som huvuddiagnos enligt exemplet nedan.

Exempel - Tilläggskod

En patient har blåskatarr/cystit orsakad av E.coli. Den sjukdomsorsakande bakterien kan specificeras med hjälp av tilläggskod från B95-B98 i ICD-10 SE. Båda koderna är en del av ett tillstånd och anges som huvuddiagnoskoder.

Diagnoskoder:

| | |
|---|-------|
| Cystit | N30.0 |
| Escherichia coli som orsak till sjukdom | B96.2 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35:

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID1;N300;1 |
|-----------------------|

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID1;B962;1 |
|-----------------------|

Exempel - Asterisk/ Dagger par

En patient har demens på grund av Alzheimers med sen debut samt diabetes typ1. Alzheimersdemensen anges med asterisk/dagger-paret F00.1 för demens vid Alzheimers och G30.1 för Alzheimers. Patientens diabetes är bidiagnos och anges med E10.9.

Diagnoskoder:

| | |
|--|-------|
| Demens vid Alzheimers sjukdom med sen debut | F00.1 |
| Alzheimers sjukdom med sen debut | G30.1 |
| Diabetes mellitus typ 1, utan komplikationer | E10.9 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID2;F001;1 |
|-----------------------|

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID2;G301;1 |
|-----------------------|

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID2;E109;0 |
|-----------------------|

Åtgärder

Åtgärder ska kodas enligt Klassifikation av vårdåtgärder
www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/atgardskoderkva

För ytterligare information om hur åtgärds-koder ska hanteras se följande dokument:
KVÅ - Vilka åtgärder skall kodas och registreras? på webbsidan:
www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/Documents/KVA_Vadskareg_061110.pdf

ATC-kod som komplement till diagnos- och åtgärds kod

Diagnoskoder specificeras i tillämpliga fall med hjälp av en ATC-kod enligt FASS. Även åtgärds koder för läkemedelstillförel specificeras på samma sätt.

Exempel - ATC-kod vid diagnoskodning

Viktigt! ATC-kod vid diagnoskodning ska endast göras när ett läkemedel orsakat det sjukdomstillstånd för vilket patienten vårdas.

Patient har fått en tarmlödnung som biverkan av blodförtunnande läkemedel.

Observera att både koden D68.3 och ATC-koden är tilläggs koder och därmed del av huvuddiagnosen i enlighet med rubriken "Möjlighet att ange fler koder för en huvuddiagnos".

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|---|---------|
| Akut blödande Ulcus duodeni | K26.0 |
| Sjukdom orsakad av cirkulerande antikoagulantia | D68.3 |
| Läkemedel som orsak till ogynnsam effekt | Y57.9 |
| ATC-kod för Warfarin | B01AA03 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID3;K260;1 |
|-----------------------|

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID3;D683;1 |
|-----------------------|

| |
|--------------------------|
| VårdkontaktID3;B01AA03;1 |
|--------------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|---------------------|
| VårdkontaktID3;Y579 |
|---------------------|

Exempel - ATC-kod vid åtgärds kodning

Patient med lunginflammation behandlas intravenöst med Cefotaxim.

Diagnoskod:

| | |
|--|-------|
| Pneumoni orsakad av Streptococcus pneumoniae | J13.9 |
|--|-------|

Åtgärds koder:

| | |
|---------------------------------|---------|
| Läkemedelstillförel, intravenös | DT016 |
| ATC-kod för Cefotaxim | J01DD01 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID4;J139;1 |
|-----------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt*

| |
|-------------------------------|
| VårdkontaktID4;DT016;20141030 |
|-------------------------------|

| |
|---------------------------------|
| VårdkontaktID4;J01DD01;20141030 |
|---------------------------------|

Exempel - ATC-kod vid diagnos- och åtgärdskodning

Patient med anafylaktisk chock orsakad av Kåvepenin som behandlas med intramuskulär injektion av Epinefrin.

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|--|---------|
| Anafylaktisk chock orsakad av läkemedel | T88.6 |
| Läkemedel som orsak till ogynnsam effekt | Y57.9 |
| ATC-kod för fenoximetylpenicillin | J01CE02 |

Åtgärds-koder:

| | |
|------------------------------------|---------|
| Läkemedelstillförel, intramuskulär | DT011 |
| ATC-kod för Epinefrin | C01CA24 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID5;T886;1 |
|-----------------------|

| |
|--------------------------|
| VårdkontaktID5;J01CE02;1 |
|--------------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|---------------------|
| VårdkontaktID5;Y579 |
|---------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt*

| |
|-------------------------------|
| VårdkontaktID5;DT011;20140225 |
|-------------------------------|

| |
|---------------------------------|
| VårdkontaktID5;C01CA24;20140225 |
|---------------------------------|

Exempel - ATC-kod vid diagnos- och åtgärdskodning

Patient kommer in efter självmordsförsök med Alvedon, för att behandla levern ges Acetylcystein intravenöst.

Observera då ATC-kod används ska förgiftningen anges med T50.9 istället för någon av koderna T36-T50.8.

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|---|---------|
| Förgiftning orsakad av icke specificerat läkemedel | T50.9 |
| Avsiktlig självdestruktiv handling genom förgiftning av icke specificerat läkemedel | X64.0 |
| ATC-kod för Paracetamol | N02BE01 |

Åtgärds-koder:

| | |
|---------------------------------|---------|
| Läkemedelstillförel, intravenös | DT016 |
| ATC-kod för Acetylcystein | R05CB01 |

Exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID6;T509;1 |
|-----------------------|

| |
|--------------------------|
| VårdkontaktID6;N02BE01;1 |
|--------------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|---------------------|
| VårdkontaktID6;X640 |
|---------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt*

| |
|-------------------------------|
| VårdkontaktID6;DT016;20141221 |
|-------------------------------|

| |
|---------------------------------|
| VårdkontaktID6;R05CB01;20141221 |
|---------------------------------|

Alternativ rapportering av ATC-koder

För samtliga de fall då ett sjukdomstillstånd orsakats av ett läkemedel bör diagnoskoden kompletteras med en kod för yttre orsak. Beroende på vilket patientadministrativt system som används kan det förekomma att systemet har svårt att hantera ATC-koder i diagnosfältet. Socialstyrelsen erbjuder därför möjligheten att föra in ATC-koden som kompletterande kod till den yttre orsakskoden i enlighet med nedanstående exempel.

Alternativt exempel - ATC-kod vid diagnoskodning

Patient har fått en tarmlödning som biverkan av blodförtunnande läkemedel.

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|---|---------|
| Akut blödande Ulcus duodeni | K26.0 |
| Sjukdom orsakad av cirkulerande antikoagulantia | D68.3 |
| Läkemedel som orsak till ogynnsam effekt | Y57.9 |
| ATC-kod för Warfarin | B01AA03 |

Alternativt exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID3;K260;1 |
|-----------------------|

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID3;D683;1 |
|-----------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|---------------------|
| VårdkontaktID3;Y579 |
|---------------------|

| |
|--------------------------|
| VårdkontaktID3;B01AA03;1 |
|--------------------------|

Alternativt exempel - ATC-kod vid diagnos- och åtgärdskodning

Patient med anafylaktisk chock orsakad av Kåvepenin som behandlas med intramuskulär injektion av Epinefrin.

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|--|---------|
| Anafylaktisk chock orsakad av läkemedel | T88.6 |
| Läkemedel som orsak till ogynnsam effekt | Y57.9 |
| ATC-kod för fenoximetylpenicillin | J01CE02 |

Åtgärds-koder:

| | |
|-------------------------------------|---------|
| Läkemedelstillförsel, intramuskulär | DT011 |
| ATC-kod för Epinefrin | C01CA24 |

Alternativt exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID5;T886;1 |
|-----------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|---------------------|
| VårdkontaktID5;Y579 |
|---------------------|

| |
|------------------------|
| VårdkontaktID5;J01CE02 |
|------------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AT.txt*

| |
|-------------------------------|
| VårdkontaktID5;DT011;20140225 |
|-------------------------------|

| |
|---------------------------------|
| VårdkontaktID5;C01CA24;20140225 |
|---------------------------------|

Alternativt exempel - ATC-kod vid diagnos- och åtgärds-kodning

Patient kommer in efter självmordsförsök med Alvedon, för att behandla levern ges Acetylcystein intravenöst.

Observera då ATC-kod används ska förgiftningen anges med T50.9 istället för någon av koderna T36-T50.8.

Diagnos/Yttre orsakskoder:

| | |
|--|---------|
| Förgiftning orsakad av icke specificerat läkemedel | T50.9 |
| Avsiktig självdestruktiv handling genom förgiftning av icke specificerat läkemedel | X64.0 |
| ATC-kod för Paracetamol | N02BE01 |

Åtgärds-koder:

| | |
|----------------------------------|---------|
| Läkemedelstillförsel, intravenös | DT016 |
| ATC-kod för Acetylcystein | R05CB01 |

Alternativt exempel på filer enligt föreskriften SOSFS 2013:35

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅÅMM_DI.txt*

| |
|-----------------------|
| VårdkontaktID6;T509;1 |
|-----------------------|

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅMM_YO.txt*

| |
|------------------------|
| VårdkontaktID6;X640 |
| VårdkontaktID6;N02BE01 |

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅMM_AT.txt*

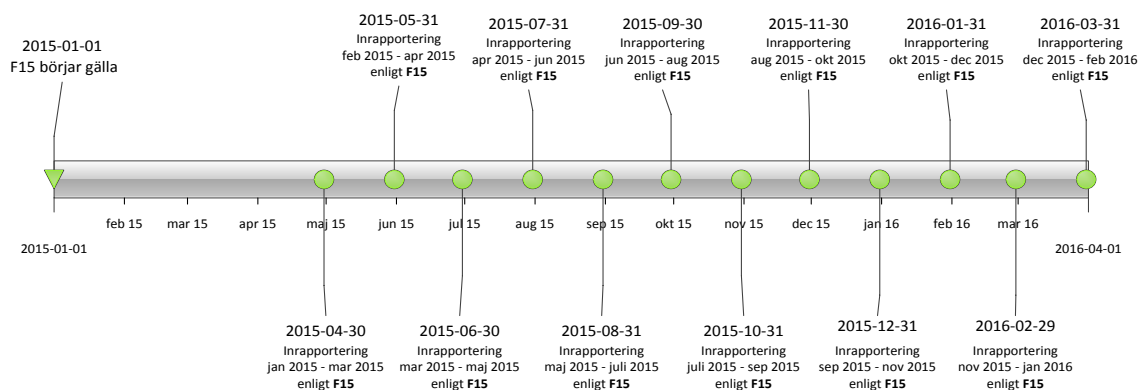
| |
|---------------------------------|
| VårdkontaktID6;DT016;20141221 |
| VårdkontaktID6;R05CB01;20141221 |

Inrapportering

Tidpunkter för inrapportering

Enligt föreskriften SOSFS 2013:35.

Flödeschema inrapportering



F15= föreskriften SOSFS 2013:35

Månatlig inrapportering (föreskriften SOSFS 2013:35 - 2§)

Månatlig inrapportering gäller för all sluten och öppen specialistvård. Den månatliga inrapporteringen innefattar, till skillnad mot tidigare, rapportering av uppgifter om patienter som vid rapporteringstillfället är inskrivna i vården eller har varit inskrivna i vården. Denna förändring innebär att den nuvarande särskilda rapporteringen, så kallad inventeringsfil om patienter som den 31 december är inskrivna för geriatrisk eller psykiatrisk sluten hälso- och sjukvård, inte längre behöver göras. Dessa patienter ingår i stället i de nya rapporteringsrutinerna.

Vårdgivare som enbart bedriver öppen specialistvård rapporterar endast öppenvårdsfiler (4 st.) till patientregistret. Vårdgivare som enbart bedriver slutenvård rapporterar endast slutenvårdsfiler (5 st.) till patientregistret.

Elektronisk inrapportering

Elektronisk inrapportering obligatorisk enligt föreskriften SOSFS 2013:35.

Filspecifikation

Ny filspeccifikation gäller enligt föreskriften SOSFS 2013:35.

I filnamnets ändelse (i formatet ÅÅÅÅMM) skall anges år och den sista månad som rapporteringen avser.

Exempel: i augusti 2015 skickas en fil med rapporteringen som avser besök/inskrivningsdatum fram till och med juli. Filändelsen skall då vara 201507.

Rapportering av uppgifter för vårdkontakter utanför ordinarie tremånadersfönster

Uppgifter för en vårdkontakt som enligt föreskrift ska rapporteras till PAR, rapporteras tre gånger i ordinarie rapportering. För att uppdatera uppgifter rörande vårdkontakter utanför det ordinarie tremånaders- rapporteringsfönstret finns det två rutiner:

Makulering av vårdkontakt

Makulering av vårdkontakt ska användas då uppgiftslämnaren beslutat att en rapporterad vårdkontakt inte ska ingå i PAR, men ordinarie rapporteringsfönster har passerat. Detta görs genom att vårdkontakts-id för aktuell vårdkontakt rapporteras i separat makuleringsfil. Makuleringsfilerna ska, om den behövs, rapporteras i samband med ett ordinarie rapporteringstillfälle. Makuleringsfilerna namnsätts enligt:

SV_ filkod_ÅÅÅÅMM_makulering.txt

OV_ filkod_ÅÅÅÅMM_makulering.txt

(för sluten- respektive öppenvård).

Makuleringsfilerna ska vara textfiler och endast innehålla ett vårdkontakts-id per rad, ingen övrig data kan förmedlas. När ett vårdkontakts-id rapporteras genom makuleringsrutinen tas all information om vårdkontakten bort i PAR, nya uppgifter kan ej rapporteras med samma vårdkontakts-id.

Ändringsposter

I de fall rapportören har anledning att lämna nya data för en vårdkontakt som borde ha rapporterats i passerat ordinarie rapporteringsfönster, exempelvis en vårdkontakt som rapportören redan har rapporterat uppgifter för, alternativt en vårdkontakt som tidigare ej rapporterats, görs detta genom ändringsrutinen vilket innebär att rapportören i ordinarie filer inkluderar alla uppgifter rörande en vårdkontakt, vars besöks- alternativt utskrivningsdatum ej omfattas av rapporteringens tremånadersfönster. Posten kommer därmed att inkluderas i PAR, med de uppgifter som rapporterats vid senaste tillfälle

Återkoppling

Efter det att rapporteringen gjorts så kommer en kvalitetskontroll av levererade filer att genomföras hos Socialstyrelsen. De kontroller som görs finns beskrivna i en Excel-fil som publiceras på sidan ”Uppgiftsinlämning patientregistret 2015”.

För varje kontroll som beskrivs i excelfilen så finns det en kolumn ”Acceptansnivå”. Denna beskriver om felkontrollen tillåter en viss andel felaktiga värden utan att leveransen ej godkänns. Acceptansnivån uttrycks i procent av antalet levererade poster i den aktuella filen.

Det kan finnas angivet en acceptansnivå större än 0 för obligatoriska fält. Detta ska tolkas som att ett tomt värde egentligen inte är ett giltigt värde, men att det (under en övergångsperiod) accepteras i mindre mängd.

Efter kvalitetskontrollen skapas en återkopplingsfil som respektive leverantör får ta del av. Återkopplingsfilen innehåller en sammanställning av antalet felaktigheter (per typ), samtliga rader som innehåller en felaktighet samt uppgift om antalet inrapporterade vårdkontakter per månad, baserat på besöksdatum (Öppenvård) respektive utskrivningsdatum (Slutenvård).

Om man efter återkoppling behöver skicka in en rättad leverans så skall detta ske skyndsamt. Om månadsskiftet passeras under detta arbete så är det väsentligt att vårdkontakter från innevarande månad inte inkluderas i den rättade filerna.

Psykiatrisk tvångsvård

Patienter inskrivna för tvångsvård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska rapporteras till PAR. Enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen benämns vård som ges under intagning som slutenvård vilket innebär att all psykiatrisk tvångsvård ska rapporteras som slutenvård, förutom de *överenskomna besök* hos läkare/psykiatriker som görs inom ramen för den öppna psykiatriska tvångsvården (psykiatrisk vårdform =H, I eller J). Det här betyder att alla vårdformer inom psykiatrisk tvångsvård ska rapporteras i PAR-slutenvårdsfil med tillhörande datum för start och slut datum för vårdformen.

Patienter inom den öppna psykiatriska tvångsvården kan inte skrivas ut från tvångsvård, men däremot behöver patienten inte fysiskt vistas på sjukvårdsinrättningen. De *överenskomna besök* som patienten gör hos läkare/psykiatriker då de är intagna inom den psykiatriska öppenvården rapporteras in till PAR i öppenvårdsfilen. Variabeln psykiatrisk vårdform skall markeras med den vårdform som patienten är inskriven i (H, I eller J för öppen tvångsvård, annars A= frivillig psykiatrisk vård, se under rubriken 'Psykiatrisk vårdform'). Se även förklarande exempel nedan.

Psykiatrisk vårdform

Psykiatrisk vårdform beskriver enligt vilken lagrum vården bedrivs i. Normalfallet är att patienten får vård frivilligt men det finns också ett antal möjligheter att skriva in patienteten med tvång i psykiatrin. Variabeln psykiatrisk vårdform skall skickas in för både öppen- och slutenvården. För öppenvården finns variabeln 'Psykiatrisk vårdform' i filen för administrativa uppgifter (AD) medan det för slutenvården finns en separat Psykiatrisk vårdformsfil där variabeln 'Psykiatrisk vårdform' ingår tillsammans med start och slutdatum för vårdformen.

Observera att variabeln aldrig kan anta värdena B, C, D, E, F, G eller K inom öppenvården eftersom dessa värden specifikt handlar om slutenvård där patienten fysiskt är inskriven på avdelning.

Om ett besök eller en inskrivning sker *utanför* psykiatrin kan variabeln lämnas tom i öppenvårdsfilen alternativt att inte skicka in en rad för en vårdkontakt alls i slutenvårdsfilen.

A = frivillig psykiatrisk vård som ges enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

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:

-
- B = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT
C = frivillig sluten psykiatrisk vård under pågående öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV
D = sluten psykiatrisk tvångsvård enligt LPT
E = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
F = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
G = sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV, övrig vård
H = öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT
I = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning
J = öppen rättspsykiatrisk vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning
K = psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut - kvarhållning

Observera: Om besöket sker inom den somatiska öppenvården ska fältet för psykiatrisk vårdform lämnas blankt. Sker öppenvårdsbesöket inom psykiatrin ska fältet alltid fyllas i, antingen A eller någon av de öppna tvångsvårdsformerna H, I eller J

Ett vårdtillfälle med en psykiatrisk vårdform

För att kunna följa enligt vilket lagrum (psykiatrisk vårdform) som vården sker i rapporteras dessa med ett vårdkontakts-ID, psykiatrisk vårdform och datum för när den specifika vårdformen började respektive slutade.

Administrativa uppgifter

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt

| |
|--|
| VårdkontaktID1; personnummer; kön; födelseår; sjukhus; klinik; 20150720;20150916; planerad_vårdkontakt; inskrivnings-sätt;utskrivningssätt |
|--|

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_VF.txt

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID1;D;20150720;20150916 |
|------------------------------------|

Ett vårdtillfälle med flera psykiatriska vårdformer

Patienter inom psykiatrin kan byta psykiatrisk vårdform under ett vårdtillfälle. Om vården sker på samma sjukvårdsinrättning kan ett vårdtillfälle (med tillhörande vårdkontakts-ID) ha flera psykiatriska vårdformer.

I filen Administrativa uppgifter rapporteras vårdkontakts-ID med hela vårdtillfallets datum för inskrivning och datum för utskrivning.

Administrativa uppgifter

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt

| |
|--|
| VårdkontaktID2; personnummer; kön; födelseår; sjukhus_psyk;klinik_psyk;2015013; 20151017;planerad_vårdkontakt; inskrivningssätt;utskrivningssätt |
|--|

I filen Psykiatrisk vårdform rapporteras vårdkontakts-ID för psykiatriska vårdformer med tillhörande datum för start av psykiatrisk vårdform och datum för slut av psykiatrisk vårdform. Detta rapporteringssätt gäller både för psykiatriskslutenvård och psykiatrisk tvångsvård (sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård).

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅMM_VF.txt*

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID2;K;20150113;20150114 |
|------------------------------------|

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID2;D;20150114;20150916 |
|------------------------------------|

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID2;H;20150916;20151017 |
|------------------------------------|

Psykiatrisk tvångsvård och överföring av patienter mellan sjukvårdsinrättningar

Om patienten byter sjukvårdsinrättning under tvångsvårdsepisoden, skrivs patienten ut ur tvångsvården och vårdtillfället avslutas vid den första sjukvårdsinrättningen. Patienten får ett nytt vårdkontakts-ID som identifikation av psykiatrisk tvångsvård vid inskrivning på den nya sjukvårdsinrättningen. I dessa fall blir variablerna utskrivningssätt och inskrivningssätt mycket viktiga i AD-filen.

Detta rapporteringssätt gäller även för patienter som vårdas frivilligt inom psykiatrin.

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅMM_VF.txt*

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID3;D;20150713;20150720 |
|------------------------------------|

| |
|------------------------------------|
| VårdkontaktID4;D;20150720;20150916 |
|------------------------------------|

Psykiatrisk tvångsvård och vård på somatisk klinik

Patienter som är inskrivna inom tvångsvård kan samtidigt vara slutenvårdade på somatisk klinik. I detta fall ska den psykiatriska tvångsvårdsformen inte avslutas och den somatiska vården rapporteras som ett parallellt vårdtillfälle.

Administrativa uppgifter

Filnamn: *SV_filkod_ÅÅÅMM_AD.txt*

| |
|---|
| VårdkontaktID5; personnummer; kön; födelseår; sjukhus_psyk; klinik_psyk;20150713;20160314;planerad_vårdkontakt; inskrivningssätt;utskrivningssätt |
|---|

| |
|---|
| VårdkontaktID6; personnummer;kön;födelseår; sjukhus_medicin; klinik_medicin;20150720;20150723;planerad_vårdkontakt; inskrivningssätt;utskrivningssätt |
|---|

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_VF.txt

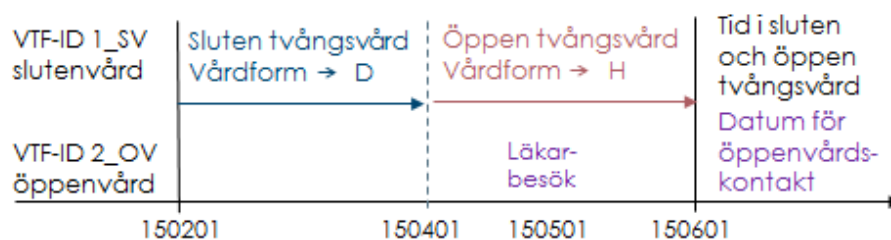
VårdkontaktID5;D;20150713;20160314

Öppen psykiatrisk tvångsvård och läkarbesök inom öppenvården

Alla läkarbesök inom den psykiatriska öppenvården ska rapporteras med relevant kod för psykiatrisk vårdform.

För att kunna följa vården (t.ex. läkarbesök och vårdåtgärder) som ges under öppen psykiatrisk tvångsvård ska alla läkarbesök som sker under öppen psykiatrisk tvångsvård rapporteras i PAR öppenvårdsfilen, tillsammans med relevant psykiatrisk vårdform. Däremot ska den öppna vårdformens längd (startdatum för vårdform och slutdatum för vårdform) rapporteras i PAR slutenvårdsfilen.

Ett vårdfall inom sluten- och öppen tvångsvård och läkarbesök under öppen tvångsvård



Administrativa uppgifter

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt

VårdkontaktID1; personnummer; kön; födelseår; sjukhus; klinik; 20150201;20150601; planerad_vårdkontakt; inskrivnings-sätt;utskrivningssätt

Psykiatrisk vårdform

Filnamn: SV_filkod_ÅÅÅÅMM_VF.txt

VårdkontaktID1;D;20150201;20150401

VårdkontaktID1;H;20150401;20150601

Administrativa uppgifter

Filnamn: OV_filkod_ÅÅÅÅMM_AD.txt

VårdkontaktID2; personnummer; kön; födelseår; sjukhus_psyk; klinik_psyk; 20150501; akutverksamhet; Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning; Tidpunkt för bedömning på akutmottagning; Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning; Avbruten vård på akutmottagning; planerad_vårdkontakt; Form av öppenvårdskontakt; H

Variabler och definitioner

Folkbokföringsort

Enligt föreskriften SOSFS 2013:35 ska folkbokföringsort inte rapporteras in till patientregistret.

Form av öppenvårdskontakt

- 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

4 och 5 = hembesök

Öppenvårdskontakt med kod 4 eller 5 (hembesök) ska inte förväxlas med hemsjukvård, som är en egen vårdform vid sidan av öppen respektive slutna specialistvård. Hemsjukvård ska inte rapporteras till patientregistret.

8 = telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård

*Telefonkontakt/Fjärrkontakt**

*Fjärrkontakt avser kontakt via video, Skype eller motsvarande.

Detta alternativ ska inte rapporteras för psykiatrisk tvångsvård, se rubrik ”Kontakt inom psykiatri som **ska** rapporteras”.

Kontakter som ska rapporteras

Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan läkare och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök.

Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.

Hit räknas även kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.

Kontakter som **inte** ska rapporteras

- Upplysningar, information och råd:
 - Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte.
 - Telefon-/fjärrkontakt som leder till besök eller inskrivning hos samma vårdgivare i direkt anslutning till kontakten. Eftersom det rör sig om en och samma vårdgivare är kontakten en del i besöket/vårdtillfället. Om kontakten utmynnar i förslag till besök eller inläggning hos annan vårdgivare är kontakten en kvalificerad kontakt.
 - Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
 - En telefon-/fjärrkontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.
 - Begäran om journalkopia utan att personalen förklarar journalinnehållet eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.
 - Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport och dylikt.
- Sjukskrivning, recept, hjälpmedel:
 - Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
 - Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Utlåtande/svar:
 - Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

Telefonkontakt inom psykiatrin som **ska** rapporteras

Som telefonkontakt med patient avseende kvalificerad hälso- och sjukvård räknas också samtalsbehandling samt anamnestagning inklusive från närstående, som i omfattning motsvarar ett besök. Inom psykiatrin är kontakter med närstående en mycket viktig del i en evidensbaserad behandling. Ytterligare telefonkontakter som ska rapporteras är kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter från patienten för medicinska utlåtanden, till exempel läkarutlåtande om hälsotillstånd, men inte kontakter som bara innebär delgivning av utlåtandet.

Brevkontakt

Avser även elektroniska brev.

Kontakt som **ska** rapporteras

Vårdkontakten ersätter ett öppenvårdsbesök. Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.

Kontakt som **inte** ska rapporteras

- Upplysningar, information och råd:
 - Kallelse.
 - Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
- Sjukskrivning, recept, hjälpmedel:
 - Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
 - Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Utlåtande/svar:
 - Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

Inneliggande patient över årsskiftet

Enligt föreskriften SOSFS 2013:35 rapporteras inneliggande patienter över årsskiftet i och med att månadsrapportering gäller. Separat inventeringsfil ska **inte** rapporteras. Datum för utskrivning lämnas tomt om vårdtillfälle pågår.

Inskrivningssätt

Inskrivning betyder händelse när vårdplats ställs till patientens förfogande. Inskrivningssätt avser var patienten vistades vid tidpunkten för inskrivningen, det vill säga om man exempelvis var inlagd på annan vårdinrättning eller bodde hemma när man blev föremål för inskrivning. Observera att detta gäller även om inskrivningen föregås av ett öppenvårdsbesök/akutbesök. Det finns tre värden för inskrivningssätt i patientregistret:

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)

3 = från ordinärt boende (patientens bostad eller motsvarande som inte ingår i särskilt boende).

Nyfödda

Nyfödda friska barn ska inte rapporteras till patientregistret. Uppgifter om alla nyfödda samlas in till medicinska födelseregistret.

Nyfödda med behov av vård skrivs in i vården och ska därmed rapporteras till patientregistret.

Personnummer

Det är en lagstadgad uppgiftsskyldighet att rapportera in personnummer, varför personnummer ska anges vid samtliga vårdtillfällen.

Personnumret kan ersättas av samordningsnummer eller reservnummer.

- Samordningsnummer är ett enhetligt utformat person-id, som på begäran av en myndighet tilldelas av Skatteverket, för en person som inte är eller har varit folkbokförd i Sverige.
- Reservnummer är ett tillfälligt person-id som huvudsakligen används för att kunna koppla samman patient och dennes vårddokumentation när personnummer eller samordningsnummer saknas eller är okänt. Om det reservnummer som använts är längre än tolv tecken så skall det trunckas innan rapportering till patientregistret. Maxlängden för personnummer, samordningsnummer och reservnummer är tolv tecken.

Planerad vårdkontakt

Planerad vårdkontakt är en administrativ term som uttrycker huruvida vårdkontakten är planerad på förhand eller inte. Planerad vårdkontakt ska inte sammanblandas med termen akut vårdkontakt som avser den medicinska bedömningen av ett tillstånd.

Med planerad vårdkontakt avses om man har kommit överens om en tid i förväg oavsett när tid avtalats.

Specialiserad öppenvård

Specialiserad öppenvård avser hälso- och sjukvård när den ges till patient som besöker vårdenhet inom den specialiserade öppenvården. Detta gäller oavsett finansieringsform. Endast läkarbesök i specialiserad öppenvård ska rapporteras in.

Specialiserad öppenvård omfattar inte den vård som bedrivs inom primärvård, kommunal hälso- och sjukvård, hemsjukvård, skolsjukvård, företagshälsovård eller socialtjänsten. Detta gäller oavsett finansieringsform.

Enligt förordningen om *patientregister hos Socialstyrelsen (SFS 2001:707)* får inte primärvården eller andra yrkesgrupper än läkare rapporteras in till patientregistret. För att underlätta rapporteringen och minska risken för felaktig rapportering begär Socialstyrelsen i allmänhet inte in data från specialiserade öppenvårdsenheter som huvudsakligen sorterar under primärvården, även om en del av den vården formellt kan räknas som specialiserad vård.

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

Specialiserad öppenvård som sker i samband med slutenvård

Ett öppenvårdsbesök som sker inom ramen för ett slutenvårdstillfälle ska normalt inte rapporteras, undantaget läkarbesök under öppen psykiatrisk tvångsvård, se ”Öppen psykiatrisk tvångsvård och läkarbesök inom öppenvården”. Detta gäller även patien-

ter som slutenvårdas vid en enhet och skickas till annan enhet för undersökning eller behandling, exempelvis PCI, magnetröntgen med mera.

Om öppenvårdsbesöket **inte** sker inom ramen för slutenvårdstillfället utan gäller ett annat hälsotillstånd än det patienten slutenvårdas för, då **ska** besöket rapporteras. Ett exempel är en patient som är inlagd för benbrott och har ett tidigare diagnostiserat njurproblem som kräver regelbunden dialys.

Definition av specialiserad öppenvård:

- är bemannad av legitimerad sjukvårdspersonal med eget behandlingsansvar
- har medicinskt ansvarig specialistläkare i tjänst under de tider som vården bedrivs
- ges till patient/er som inte förväntas skrivas in i den specialiserade slutenvården.
- inkluderar specialiserad dagsjukvård, öppenvård som omfattar dagkirurgi, dagmedicin och övrig dagsjukvård
- inkluderar elektiv sjukvård så som estetiska konsultationer, operationer och ingrepp (exempelvis ögonoperationer) om detta utförts av läkare.

Slutenvård

Slutenvård avser hälso- och sjukvård när den ges till patient inskriven vid vårdenhet inom slutenvården, detta oavsett finansieringsform. Detta gäller oavsett finansieringsform.

Definition av slutenvård:

- har ett i förväg definierat antal vårdplatser och är bemannad av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med eget medicinskt ansvar för att kunna ge vård till samtliga patienter 24 timmar per dygn
- har medicinskt ansvarig specialistläkare i tjänst hela dygnet
- minst ett av nedanstående villkor är uppfyllda:
 1. Patientens tillstånd vid inskrivning bedöms kräva den specialiserade slutenvårdens resurser.
 2. Patienten förväntas kvarstanna från ett dygn till ett annat.

Observera att förlossning vid vårdenhet är att betrakta som slutenvård oavsett vårdtid. Så kallad sluten primärvård ska också rapporteras in eftersom denna klassas som slutenvård.

Inrapportering

Uppgifter om in- och utskrivna patienter ska rapporteras månadsvis. Det innebär att uppgifter om patienter med långa vårdtider skickas in alla gånger de varit inskrivna under rapporteringsperioden. Hela vårdtillfällets uppgifter skickas varje gång. Detta omfattar även psykiatrisk tvångsvård.

Inrapportering sker med 3 månaders förskjutning. Data som rapporteras i exempelvis april avser perioden januari-mars. Inrapporteringen avser vårdtillfällen med ett utskrivningsdatum inom rapporteringsperioden samt vårdtillfällen som är pågående eller påbörjats under någon del av rapporteringsperioden.

Specialiserad öppenvård som övergår till slutenvård

För patient som i samband med besök i specialiserad öppenvård skrivs in i specialiserad slutenvård ska båda vårdkontaktarna rapporteras.

Utskrivningsdatum

Datum då patienten skrivs ut från kliniken. Inte att sammanblanda med datum för medicinskt färdigbehandlad patient.

Utskrivningssätt

Utskrivning definieras när ett vårdtillfälle avslutas. Utskrivningssätt avser till vad patienten skrivs ut efter avslutat vårdtillfälle, det vill säga var ska patienten vistas efter utskrivning. Utskrivningssätt kan också beskriva att patienten avlidit. Det finns fyra värden för utskrivningssätt i patientregistret:

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)

4 = på grund av att han eller hon har avlidit

Vårdkontakts-ID

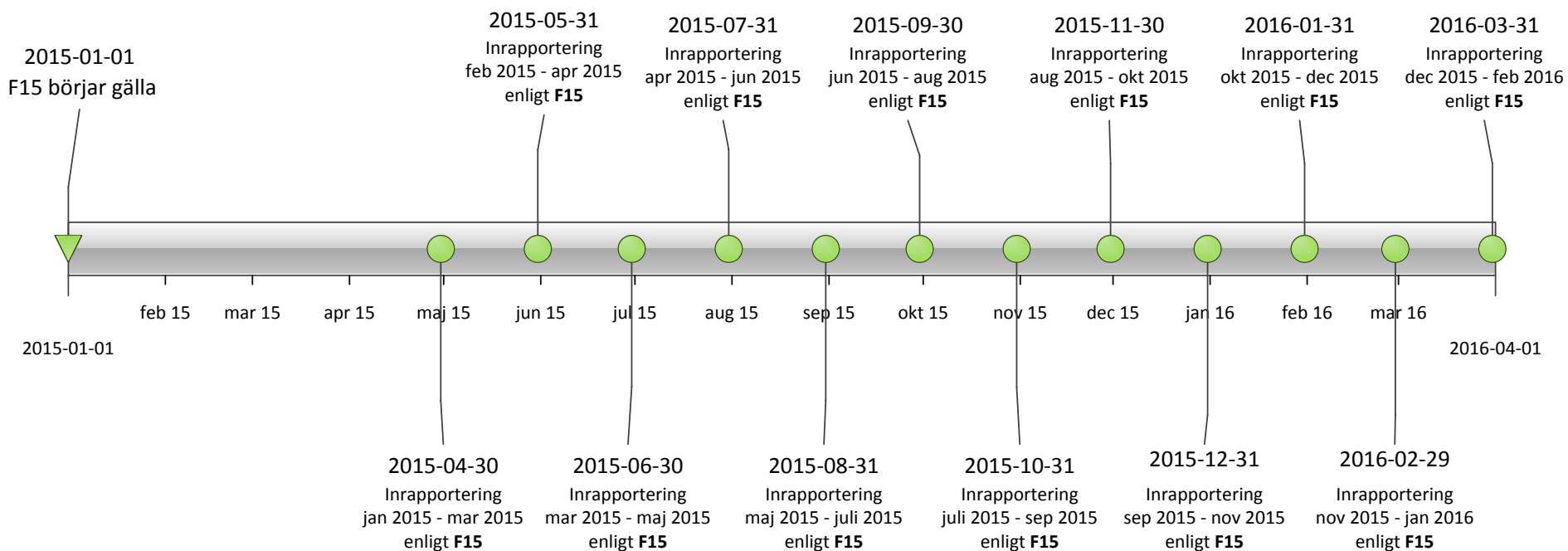
Den information som rapporteras till patientregistret i de olika filerna har Vårdkontakts-ID som gemensam unik identifikation, vilket håller samman uppgifter som hör ihop i en ”vårdkontakt”. Vårdkontakts-ID skapas av uppgiftslämnaren och ska vara unikt över tid, det vill säga en vårdkontakt ska ha samma Vårdkontakts-ID oavsett inrapporteringstillfälle.

I de fall ett besök på akutmottagning innefattat flera medicinska specialiteter skall Vårdkontakts-ID för den sista specialiteten gälla för hela den sammanhållna akutmottagningskontakten.

Flödeschema över inrapportering

Inrapportering av 2015 års data

enligt föreskriften SOSFS 2013:35



F15= föreskriften SOSFS 2013:3