Filspecifikation för uppgifter om genomförda vårdkontakter i specialiserad vård

Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 4 separata textfiler.
- Uppgifterna ska skiljas åt med semikolon (;).
- Om en uppgift saknas, ska utrymmet för uppgiften lämnas tomt (inget blanksteg eller annat tecken).
- 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” överst i respektive tabell nedan.
- För offentliga vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av länskoden enligt SCB:s förteckning över läns- och kommunkoder. I de fall regionen gör delrapportering ska filkoden även innehålla ett tresiffrigt löpnummer. Länskod och löpnummer ska skiljas åt med understreck *(länskod_löpnummer).*
- I filnamnet ska det år och den månad som rapporteringen avser anges *(ÅÅÅÅMM)*, samt den tidpunkt när uppgifterna lämnas *(ÅÅÅÅMMDDTHHMM).*

Beskrivning av de 4 filer som ska skickas in

Administrativa uppgifter

Filnamn: *VTID_SVG_AD_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM.txt*

Ordningsnr	Uppgift	Max antal tecken	Format	Svarsalternativ och specificeringar	Obligatorisk eller frivillig
1	Mätperiod	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Den kalendermånad uppgifterna gäller för. Anges enligt ÅÅÅÅ-MM-01.	obligatorisk
2	Vårdkontakts-id	255		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren. Den ska vara konstant över tid så att uppdateringar och makuleringar kan hanteras i delregistret.	obligatorisk
3	Vårdgaranti	1		Omfattas vårdkontakten av vårdgarantin 1 = ja 2 = nej	obligatorisk

4	Fas	1	Till vilken fas av händelseförloppet hör vårdkontakten 1 = Första kontakt, planerad vård 2 = Operation/åtgärd, planerad vård 3 = Undersökning, planerad vård 4 = Återbesök, ej vårdgaranti, planerad vård 5 = Akut kontakt - ”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 Vid behandlingsserier gäller att vårdgarantin avser tid till start av behandling (operation/åtgärd) och den första behandlingen märks därmed som fas 2, övriga behandlingar i serien klassas som återbesök, fas 4.	obligatorisk
5	Medicinskt verksamhetsområde	3	Medicinskt verksamhetsområde. Registreras med hjälp av den 3-siffriga koden i den förteckning över koder för sjukhus och kliniker i Patientregistret som finns på Socialstyrelsens webbplats.	obligatorisk
6	Aktivitet	5	Rapporteras endast för vårdkontakter i fas 2 (Operation/åtgärd) och fas 3 (Undersökning). Den aktivitet/det vårdutbud som vårdkontakten avser. Registreras enligt lista av aktiviteter i den vårdutbudsförteckning med fortlöpande ändringar som finns på Socialstyrelsens webbplats. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk för fas 2 och 3
7	Aktivitet KVÅ	5	Rapporteras endast för vårdkontakter i fas 2 (Operation/åtgärd) och fas 3 (Undersökning). Faktisk åtgärd som ligger till grund för rapporterad aktivitet. Registreras enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar. Endast en kod kan rapporteras per vårdkontakt. Rapporteras om förekomst finns. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
8	Aktivitet ICD	6	Rapporteras endast för vårdkontakter i fas 2 (Operation/åtgärd) och fas 3 (Undersökning). Den diagnoskod som ingår i rapporterad aktivitets definition. Registreras enligt ”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)” med fortlöpande ändringar. Diagnoskod anges utan punkt. Endast en kod kan rapporteras per vårdkontakt. Rapporteras om förekomst finns. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
9	Huvudman	50	HSA-id för ansvarig region	obligatorisk
10	Vårdgivare	50	HSA-id för vårdgivare (juridisk person (region, enskild näringsidkare m.m.) som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård)	obligatorisk
11	Vårdenhet1	6	Sjukvårdsinrättning eller motsvarande. Ska registreras med hjälp av den 5- eller 6-siffriga koden i den förteckning över koder för sjukhus och kliniker i Patientregistret som finns på Socialstyrelsens webbplats. Vårdenheter som inte kan kopplas till ett specifikt sjukhus rapporteras med ”00000”.	obligatorisk

12	Vårdenhet1_namn	255	Vid tidpunkten för vårdkontakten aktuellt namn på Vårdenhet1. Enheter som inte kan kopplas till ett specifikt sjukhus rapporteras med ”Sjukhus saknas”.	obligatorisk
13	Vårdenhet2	50	HSA-id för vårdenhet/klinik.	obligatorisk
14	Vårdenhet3	50	HSA-id för vårdande enhet. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
15	Listning	50	HSA-id för den vårdcentral patienten är listad hos vid tidpunkten för den genomförda vårdkontakten. Rapporteras om förekomst finns. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
16	Födelseår	4	Det år patienten föddes. Saknas födelseår rapporteras '9999' eller '0000'.	obligatorisk
17	Juridiskt kön	1	1 = man 2 = kvinna 3 = informationen saknas	obligatorisk
18	Kommunkod	4	Patientens folkbokföringskommun vid tidpunkten för den genomförda vårdkontakten. Kod för kommun i enlighet med SCB:s klassificering. Saknas korrekt kod anges ”0000”.	obligatorisk
19	Bokningssätt	1	Bokningssätt av vårdkontakten ur patientperspektiv 1 = Bokat själv - Patienten alternativt vården initierar kontakten. Patienten bokar själv kontakten via ex webbtidbok. 2 = Bokad/överenskommen tid - Patienten alternativt vården initierar kontakten. Tid bokas direkt i samråd, överenskommen tid. 3 = Bokad/erbjuden tid - Patienten alternativt vården initierar kontakten. Tid bokas och erbjuds patienten. 4 = Bokad - Patienten alternativt vården initierar kontakten. Tid bokas och erbjuds patienten, alternativt bokas direkt i samråd, överenskommen tid. Används om inte 2 eller 3 kan identifieras. 5 = Obokad - Kontakten har inte varit planerad, exempelvis drop in.	obligatorisk

20	Vårdkontakt	2	Form av vårdkontakt 0 = Besök på mottagning/vårdenhet där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal som har självständigt behandlingsansvar 1 = Besök på mottagning/vårdenhet där en patient möter flera hälso- och sjukvårdspersonal som är närvarande samtidigt och där fler än en har självständigt behandlingsansvar 2 = Besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter en hälso- och sjukvårdspersonal som har självständigt behandlingsansvar 3 = Besök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter flera hälso- och sjukvårdspersonal som är närvarande samtidigt och där fler än en har självständigt behandlingsansvar 4 = Besök i en patients bostad ellermotsvarande där patienten möter en hälso- och sjukvårdspersonal som har självständigt behandlingsansvar 5 = Besök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter flera hälso- och sjukvårdspersonal som är närvarande samtidigt och där fler än en har självständigt behandlingsansvar 6 = Besök på annan plats där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal som har självständigt behandlingsansvar 7 = Besök på annan plats där en patient möter flera hälso- och sjukvårdspersonal som är närvarande samtidigt och där fler än en har självständigt behandlingsansvar 8 = Distanskontakt via telefon- och brevkontakt Kommunikation via telefon, fysiska brev eller mail 81 = Distanskontakt via videolänk Digitalt vårdmöte synkront, överföring av ljud och bild i kombination 82 = Skriftlig distanskontakt/digitalt vårdmöte Digitalt vårdmöte synkront, asynkront. Överföring av text, ej mail 83 = Distanskontakt/digitalt vårdmöte Digitalt vårdmöte synkront, asynkront. överföring av ljud och bild i kombination alternativt text, ej mail. Används om inte 81 eller 82 kan identifieras 91 = Vårdtillfälle. Avser vårdkontakt i sluten vård Vårdtillfälle avgränsas av in- och utskrivning inom ett medicinskt verksamhetsområde. Används för vårdkontakter med operation/åtgärd/undersökning i sluten vård.	obligatorisk

21	Yrkesgrupp	5		Yrkeskategori på den hälso- och sjukvårdspersonal som patienten haft vårdkontakten med. Registreras enligt urval av KVÅ-koder som rör yrkeskategorier som finns på Socialstyrelsens webbplats. XS910 Arbetsterapeut XS911 Audionom XS912 Dietist XS913 Kurator XS914 Logoped XS915 Läkare XS916 Ortoptist XS917 Psykolog XS918 Fysioterapeut/sjukgymnast XS919 Sjuksköterska XS920 Skötare XS921 Undersköterska XS922 Övriga XS923 Naprapat XS924 Kiropraktor XS925 Barnmorska XS926 Optiker	obligatorisk
22	Avvikelse	1		Rapporteras endast om det finns en avvikande orsak till patientens väntan. 1 = Patientvald väntan (PvV) 2 = Medicinskt orsakad väntan (MOV) 3 = Särskilt orsakad väntan (SOV) Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
23	Remittenttyp	1		Vårdkontakten har aktualiserats genom 1 = Remiss - Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient 2 = Egen vårdbegäran - Begäran om erhållande av sjukvård Rapporteras om förekomst finns. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
24	Beslut att utföra aktivitet	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	För Fas = 1 (Första kontakt) anges tidpunkt för beslut att framställa vårdbegäran. För övriga faser anges tidpunkt för beslut att aktiviteten ska genomföras.	obligatorisk
25	Start av aktivitet	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Tidpunkt för start av vårdkontakt/åtgärd.	obligatorisk
26	Medicinskt måldatum	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Rapporteras för Fas = 4 (Återbesök). För Fas 1, 2 och 3 rapporteras uppgiften om förekomst finns. Tidpunkt för när start av aktivitet/kontakt/återbesök senast bör genomföras enligt medicinsk bedömning. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns

27	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	obligatorisk
28	Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten påbörjades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
29	Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Datum och klockslag då ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal utrett patienten och gjort en första beslutsgrundande bedömning om eventuell fortsatt undersökning eller behandling. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
30	Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Datum och klockslag då öppenvårdskontakten avslutades. Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
31	Avbruten vård på akutmottagning	1		Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade. 0 = Vården har inte avbrutits 1 = Patienten avviker på eget initiativ efter bedömning 2 = Vården har, på annat sätt än vad som anges i 1, avbrutits efter bedömning Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
32	Remiss-ID	255		Rapporteras för Remittenttyp = 1 (Remiss). Remissens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren, ska anges på alla vårdkontakter som kan kopplas till remissen. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
33	Remittent	50		Rapporteras för Remittenttyp = 1 (Remiss). HSA-id för remitterande enhet/den vårdgivare som utfärdat remissen. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
34	Remissdatum	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Rapporteras för Remittenttyp = 1 (Remiss). Tidpunkt för skapande av remiss hos utfärdande enhet. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
35	Ankomstdatum	19	ÅÅÅÅ-MM-DDThh:mm:ss	Rapporteras för Remittenttyp = 1 (Remiss). Tidpunkt för när remiss ankom till mottagaren. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig

Uppgifter om diagnos

Filnamn: *VTID_SVG_DI_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM.txt*

Ordningsnr	Uppgift	Max antal tecken	Format	Svarsalternativ och specificeringar	Obligatorisk eller frivillig
36	Vårdkontakts-id	255		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren. Den ska vara konstant över tid så att uppdateringar och makuleringar kan hanteras i delregistret.	obligatorisk om förekomst av diagnoskod finns
37	Diagnoskod	7		Samtliga diagnoser som haft klinisk relevans vid vårdkontakten. Registreras enligt ”Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)” med fortlöpande ändringar. Varje diagnoskod ska anges utan punkt. Rapporteras om förekomst finns.	obligatorisk om förekomst finns
38	Typ av diagnos	1		1 = huvuddiagnos 0 = bidiagnos/-er	obligatorisk om förekomst av diagnoskod finns

Uppgifter om åtgärd

Filnamn: *VTID_SVG_AT_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM.txt*

Ordningsnr	Uppgift	Max antal tecken	Format	Svarsalternativ och specificeringar	Obligatorisk eller frivillig
39	Vårdkontakts-id	255		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren. Den ska vara konstant över tid så att uppdateringar och makuleringar kan hanteras i delregistret.	obligatorisk om förekomst av åtgärdskod finns
40	Åtgärdskod	5		Vårdåtgärder som gavs vid vårdkontakten. Registreras enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar. Rapporteras om förekomst finns.	obligatorisk om förekomst finns

Uppgifter om yttre orsak

Filnamn*: VTID_SVG_YO_filkod_ÅÅÅÅMM_ÅÅÅÅMMDDTHHMM.txt*

Ordningsnr	Uppgift	Max antal tecken	Format	Svarsalternativ och specificeringar	Obligatorisk eller frivillig
41	Vårdkontakts-id	255		Vårdkontaktens unika identifikation som skapas av uppgiftslämnaren. Den ska vara konstant över tid så att uppdateringar och makuleringar kan hanteras i delregistret.	obligatorisk om förekomst av yttre orsakskod finns
42	Yttre orsak	7		Yttre orsak till diagnos eller hälsotillstånd. 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. Varje yttre orsakskod ska anges utan punkt.	obligatorisk om förekomst finns

Versionshistorik

Version	Ändring avser	Datum
1.0	Nytt dokument	2025-06-13