Filspecifikation för uppgifter om ledtider för standardiserade vårdförlopp i cancervården

Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 1 textfil. Textfilen ska följa kodningsstandard UTF-8.
- 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.
- Filen ska namnges i enlighet med vad som anges efter ”Filnamn” överst i tabellen 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 filen som ska skickas in

Filnamn: *VTID_SVF_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. Avser den månad då det standardiserade vårdförloppet slutförts, antingen genom start av behandling eller avslut innan behandling.	obligatorisk
2	Vårdgivarkod	255		HSA-id för den organisatoriska enhet där det standardiserade vårdförloppet slutförts, antingen genom start av behandling eller avslut innan behandling.	obligatorisk

3	Kategori	3		Identifierar vilket standardiserat vårdförlopp som avses. Ska registreras med de tre första tecknen i de KVÅ-koder som rör standardiserade vårdförlopp enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar.	obligatorisk
4	Typ av remittent	2		Beslut om att skicka remiss (vårdbegäran) för bedömning av om välgrundad misstanke föreligger fattades i PV = Primärvård SP = Specialistvård	obligatorisk
5	Födelseår	4	ÅÅÅÅ	Det år patienten föddes.	obligatorisk
6	Juridiskt kön	1		1 = man 2 = kvinna 3 = informationen saknas	obligatorisk
7	Län	2	LL	Patientens folkbokföringslän vid tidpunkten för vårdförloppet. Kod för län i enlighet med SCB:s klassificering. Om korrekt kod saknas, ska 99 anges.	obligatorisk
8	Datum för remissbeslut vid misstanke om cancer	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för beslut att skicka remiss (vårdbegäran) för bedömning om välgrundad misstanke föreligger. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
9	Datum för remiss mottagen	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för när remiss (vårdbegäran) mottogs i specialiserad vård för bedömning om välgrundad misstanke föreligger. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
10	Datum för remiss bedömd	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum då remiss bedömdes av koordinator/läkare i specialiserad vård. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
11	Datum för första besök i specialiserad vård	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för första besök i specialiserad vård för utredning eller bedömning. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
12	Datum för beslut om välgrundad misstanke om cancer	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Startpunkt för det standardiserade vårdförloppet. Datum då beslut fattats om att välgrundad misstanke föreligger.	obligatorisk
13	Datum för kirurgisk åtgärd för diagnostik	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för kirurgisk åtgärd för diagnostik. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
14	Datum för multidisciplinär konferens	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för multidisciplinär konferens. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
15	Datum för behandlingsbeslut efter basutredning	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten efter att alla ingående undersökningar genomförts i det första utredningsblocket enligt SVF. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig

16	Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för behandlingsbeslut i samråd med patienten efter att alla ingående undersökningar genomförts i det andra utredningsblocket enligt SVF. Datumet kan inte rapporteras för alla standardiserade vårdförlopp (kategorier). Ska registreras enligt kodningsvägledningar på regionala cancercentrum. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
17	Datum för när patienten informerades om diagnos/utredningsresultat	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Datum för när patienten informerades om diagnos och utredningsresultat. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig
18	Datum för start av första behandling	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Rapporteras endast om behandling startat. Datum för start av första behandling inom vårdförloppet. Om standardiserat vårdförlopp har avslutats innan första behandling, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
19	Behandlingstyp	4		Rapporteras endast om behandling startat. Kod för behandling 50 = kirurgi 50:1 = kirurgi - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 50:2 = kirurgi - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan lämnas men utökad utredning skett) 52 = läkemedel 52:1 = läkemedel - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 52:2 = läkemedel - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan lämnas men utökad utredning skett) 54 = strålning 54:1 = strålning - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 54:2 = strålning - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan lämnas men utökad utredning skett) 58 = palliativ 58:1 = palliativ - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 58:2 = palliativ - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan	obligatorisk om förekomst finns

				lämnas men utökad utredning skett) 59 = annan 59:1 = annan - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 59:2 = annan - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan lämnas men utökad utredning skett) 60 = beslut om expektans Alla koder är inte giltiga att rapportera för alla standardiserade vårdförlopp (kategorier). Ska registreras enligt kodningsvägledningar på regionala cancercentrum. Koderna baseras på de två sista tecknen i de KVÅ-koder som rör behandling i standardiserade vårdförlopp enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar.	
20	Datum då beslut fattas om att avsluta SVF innan start av behandling	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Rapporteras endast om beslut har fattats att avsluta vårdförloppet innan första behandling. Datum då beslut fattas om att avsluta vårdförloppet innan första behandling. Om behandling har startat, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns

21	Orsak till avslut av SVF innan start av behandling	4		Rapporteras endast om belut har fattats att att avsluta vårdförloppet innan första behandling. Kod för avslut 70 = kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda 72 = annan cancer 73 = ingen ytterligare åtgärd 73:1 = ingen ytterligare åtgärd - basutredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter basutredning inte kan lämnas men basutredning skett medan utökad utredning inte skett i vårdförloppet) 73:2 = ingen ytterligare åtgärd - utökad utredning (detta alternativ kan användas om uppgift för Datum för behandlingsbeslut efter utökad utredning inte kan lämnas men utökad utredning skett) 74 = andra medicinska skäl 76 = patientens val 78 = misstanke om cancer avskrivs Alla koder är inte giltiga att rapportera för alla standardiserade vårdförlopp (kategorier). Ska registreras enligt kodningsvägledningar på regionala cancercentrum. Koderna baseras på de två sista tecknen i de KVÅ-koder som rör avslut av standardiserade vårdförlopp enligt ”Klassifikation av vårdåtgärder” med fortlöpande ändringar.	obligatorisk om förekomst finns
22	Patientvald orsak till längre ledtid	1		Patienten har själv valt en annan tid än den som erbjuds någon gång under utredningsförloppet vilket påverkar att ledtiden förlängs 1 = ja 2 = nej Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
23	Medicinsk orsak till längre ledtid	1		Patienten drabbas av annat hälsoproblem under utredningsförloppet vilket får den påverkan att ledtiden förlängs 1 = ja 2 = nej Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
24	Klinisk studie	1		Patienten har tackat ja till att ingå i klinisk studie 1 = ja 2 = nej Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
25	Datum då beslut fattas om överflyttning av patient till annan region	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Rapporteras endast om patient överflyttats från annan region under vårdförloppet. Datum då patienten remitterats till annan region. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	frivillig

26	Överflyttad till annan region	2	LL	Rapporteras endast om patient överflyttats från annan region. Region dit patient flyttats. Uppgiften är frivillig. Om uppgiften saknas, ska utrymmet lämnas tomt.	frivillig
27	Datum när patienten mottogs från annan region	10	ÅÅÅÅ-MM-DD	Rapporteras endast om patient mottagits från annan region under vårdförloppet. Datum för remissmottagande. Om patienten inte mottagits från annan region än den som slutför vårdförloppet, ska utrymmet för datum lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns
28	Mottagen från annan region	2	LL	Rapporteras endast om patient mottagits från annan region under vårdförloppet. Region där vårdförloppet påbörjats och varifrån patient flyttats. Om patienten inte mottagits från annan region än den som slutför vårdförloppet, ska utrymmet lämnas tomt.	obligatorisk om förekomst finns

Versionshistorik

Version	Ändring avser	Datum
1.0	Nytt dokument	2025-06-09
1.1	Uppdaterad information om kodningsstandard för textfiler	2026-10-01