

# Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Eleonore Källstrand Nord

---

**SOSFS**  
**2013:XX (M)**  
Utkom från trycket  
den 2013

## Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:XX) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister;

beslutade den ..... 2013.

Socialstyrelsen föreskriver med stöd av 6 § tredje stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen att 2–4 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:XX) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister samt bilaga 2 till föreskrifterna ska ha följande lydelse.

**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 i 2 § ska fortlöpande lämnas den sista dagen i varje månad.

**4 §** Uppgifterna i 2 § ska lämnas i enlighet med specifikationerna i

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

---

1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2015.

2. I fråga om uppgifter för 2014 ska de föreskrifter som var gällande under 2014 tillämpas.

3. Bestämmelsen i 3 § om att uppgifter ska lämnas varje månad ska tillämpas första gången den 30 april 2015.

Socialstyrelsen

XXXX

XXXX

## Uppgifter om patienter som är eller har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården

### Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 5 separata textfiler enligt nedan.
- 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 kommun-koder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskod och klinikkod ska åtskiljas med understreck (*sjukhus\_klinik*). .
- I filnamnet ska det år och den sista månad anges som rapporteringen avser (ÅÅÅÅMM).

### Beskrivning av de 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.  Personnummer ska inte anges för vårdkontakt som innehåller koder för  - 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.
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.

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
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.
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		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 för 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

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			särskild utskrivningsprövning K. psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning
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.

## 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		Samtliga diagnoser som haft relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)" med fortlöpande ändringar.  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.  Läkemedelsrelaterade diagnoskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.
Typ av diagnos	1		1. huvuddiagnos 0. bidiagnos/-er

## 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.  Läkemedelsrelaterade yttre orsakskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.

## Åtgärd

Filnamn: SV\_filkod\_ÅÅÅÅMM\_AT.txt

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

## Uppgifter om patienter som har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård

### Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 4 separata textfiler enligt nedan.
- 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 kommun-koder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskod och klinikkod ska åtskiljas med understreck (*sjukhus\_klinik*).
- I filnamnet ska det år och sista månad anges som rapporteringen avser (ÅÅÅÅMM).

### Beskrivning av de 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.  Personnummer ska inte anges för vårdkontakt som innehåller koder för  - 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.
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-

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			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		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akutmottagning med två eller fler somatiska specialiteter som är samlokaliserade</li> <li>2. Akutmottagning med endast en somatisk specialitet</li> <li>3. Psykiatrisk akutmottagning (Anges även om mottagningen är samlokaliserad med annan specialitet.)</li> <li>4. Närakut eller närsjukhus med jourmottagning</li> <li>5. Övrig akut verksamhet</li> </ol> <p>Om ej akut verksamhet ska fältet lämnas blankt.</p>
Tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHHMM	<p>Datum och klockslag då akutbesöket påbörjades.</p> <p>Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.</p>
Tidpunkt för bedömning på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHHMM	<p>Datum och klockslag då en läkare utreder patienten och gör en första beslutsgrundande bedömning om eventuell fortsatt undersökning eller behandling.</p> <p>Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.</p>
Tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning	13	ÅÅÅÅMMDDTHHMM	<p>Datum och klockslag då öppenvårdskontakten avslutades.</p> <p>Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade.</p>
Avbruten vård på akutmottagning	1		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patienten avviker på eget initiativ efter läkarbedömning</li> </ol> <p>Om vården ej avbrutits i enlighet med punkten 1, ska fältet lämnas blankt.</p> <p>Rapporteras endast för akutmottagning med två eller fler specialiteter som är samlokaliserade</p>
Planerad vårdkontakt	1		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ja, vårdkontakt för vilken tid avtalats</li> <li>2. nej</li> </ol>
Form av öppenvårdskontakt	1		<ol style="list-style-type: none"> <li>0. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar</li> <li>1. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där en patient möter ett vårdteam (teambesök)</li> <li>2. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (gruppbesök)</li> <li>3. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter ett vårdteam (gruppteambesök)</li> </ol>



Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			4. öppenvårdsbesök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (hembesök) 5. öppenvårdsbesök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter ett vårdteam 6. öppenvårdsbesök på annan plats där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar 7. öppenvårdsbesök på annan plats där en patient möter ett vårdteam 8. telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård
Psykiatrisk vårdform	1		A. frivillig psykiatrisk vård  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

## 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		Samtliga diagnoser som haft relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)" med fortlöpande ändringar.  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.  Läkemedelsrelaterade diagnoskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.
Typ av diagnos	1		1. huvuddiagnos

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			0. bidiagnos/-er

### Yttre orsak

Filnamn: *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.  Läkemedelsrelaterade yttre orsakskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.

### Åtgärd

Filnamn: *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 läkemedelstillförsel ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.
Datum för åtgärd	8	ÅÅÅÅMMDD	Datum då åtgärd påbörjades.

Enligt sändlista

**Remiss – nya föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister**

Socialstyrelsen översänder härmed förslag till nya föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. De nya föreskrifterna föreslås träda i kraft den 1 januari 2014. Samtidigt upphävs de gamla föreskrifterna. Vidare översänds förslag till ändring av föreskrifterna som föreslås träda i kraft den 1 januari 2015.

Synpunkter på förslagen och konsekvensutredningen ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast 2013-09-02.

Remissvar, märkt med **Dnr 4.1.1.– 5348/2013**, skickas till [socialstyrelsen@socialstyrelsen.se](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.se).

Kontaktpersoner under remisstiden:

Vecka 26-28 Lars Grönvik, tel. 075-247 34 16

Vecka 29 Bitte Fritzson, tel. 075-247 35 56

Vecka 30-31 Anders Hansson, tel. 075-247 37 23

Vecka 32 Anders Jacobsson, tel. 075-247 34 48

Vecka 33-36 Susanne Holland, tel. 075-247 35 30

Bilagor:

1. Sändlista
2. Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Ikraftträdandedatum 20140101
3. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Ikraftträdandedatum 20150101
4. Konsekvensutredning avseende ändring av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret

Beatrice Hopstadius  
Tf. avdelningschef

Susanne Holland  
Projektledare

# Socialstyrelsens författningssamling

Ansvarig utgivare: Chefsjurist Eleonore Källstrand Nord

---

**SOSFS**  
**2013:XX (M)**  
Utkom från trycket  
den 2013

## Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister;

beslutade den ..... 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 senast den 31 mars varje år till Socialstyrelsen lämna uppgifter om de patienter som under föregående år

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 §** Den som bedriver psykiatrisk tvångsvård ska, utöver vad som sägs i 2 §, vid tre tillfällen lämna uppgifter om de patienter som innevarande år är eller har varit inskrivna för tvångsvård som ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Uppgifterna ska lämnas för perioderna

1. januari till och med april senast den 15 maj,
2. januari till och med augusti senast den 15 september och
3. januari till och med december senast den 15 februari efterföljande år.

**4 §** Uppgifterna i 2 och 3 §§ ska lämnas i enlighet med specifikationerna i

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

**5 §** Uppgifter om vårdkontakt avseende abort som inte får behandlas enligt 4 § andra stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen omfattas inte av uppgiftsskyldigheten i dessa föreskrifter.

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

**7 §** Uppgifterna ska lämnas som textfiler. Textfilerna ska skickas till Socialstyrelsen genom myndighetens elektroniska tjänster för filöverföring.

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

- 
1. Denna författning träder i kraft den 1 januari 2014.
  2. Genom författningen upphävs Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.
  3. I fråga om uppgifter för 2013 gäller att de ska lämnas i enlighet med de specifikationer som anges i 2 och 4 §§ i den upphävda författningen.

Socialstyrelsen

XXXX

XXXX

## Uppgifter om patienter som är eller har varit inskrivna i den slutna hälso- och sjukvården

### Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 5 separata textfiler enligt nedan.
- 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 kommunskoder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskod och klinikkod ska åtskiljas med understreck (*sjukhus\_klinik*).
- I filnamnet ska det år och den sista månad anges som rapporteringen avser (ÅÅÅÅMM).

### Beskrivning av de 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.  Personnummer ska inte anges för vårdkontakt som innehåller koder för <ul style="list-style-type: none"> <li>- legal abort,</li> <li>- illegal abort,</li> <li>- icke specificerad abort,</li> <li>- misslyckat försök till abort,</li> <li>- komplikation efter abort, utomkvedshavandeskap eller druvbörd, och</li> <li>- graviditet som fortsätter efter abort av ett eller flera foster.</li> </ul>
Kön	1		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. man</li> <li>2. kvinna</li> </ul>
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.

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
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.
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		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 för 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

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			särskild utskrivningsprövning K. psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning
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.

## 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		Samtliga diagnoser som haft relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)" med fortlöpande ändringar.  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.  Läkemedelsrelaterade diagnoskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.
Typ av diagnos	1		1. huvuddiagnos 0. bidiagnos/-er

## 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.  Läkemedelsrelaterade yttre orsakskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.

## Åtgärd

Filnamn: SV\_filkod\_ÅÅÅÅMM\_AT.txt

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
-----------	--------------	--------	-------------



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

## Uppgifter om patienter som har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård

### Instruktioner

- Uppgifterna ska lämnas i 4 separata textfiler enligt nedan.
- 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 kommun-koder.
- För privata vårdgivare ska den filkod som ingår i filnamnet bestå av sjukhuskod och klinikkod, se beskrivning i tabellen nedan. Sjukhuskod och klinikkod ska åtskiljas med understreck (*sjukhus\_klinik*).
- I filnamnet ska det år och sista månad anges som rapporteringen avser (ÅÅÅÅMM).

### Beskrivning av de 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 av samordningsnummer eller reservnummer. Personnummer ska inte anges för vårdkontakt som innehåller koder för <ul style="list-style-type: none"> <li>- legal abort,</li> <li>- illegal abort,</li> <li>- icke specificerad abort,</li> <li>- misslyckat försök till abort,</li> <li>- komplikation efter abort, utomkvedshavandeskap eller druvbörd, och</li> <li>- graviditet som fortsätter efter abort av ett eller flera foster.</li> </ul>
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-

Uppgifter	Antal tecken	Format	Beskrivning
			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.
Planerad vårdkontakt	1		1. ja, vårdkontakt för vilken tid avtalats 2. nej
Form av öppenvårdskontakt	1		0. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar 1. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där en patient möter ett vårdteam (teambesök) 2. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (gruppbesök) 3. öppenvårdsbesök på mottagning/vårdenhet där flera patienter i grupp möter ett vårdteam (gruppteambesök) 4. öppenvårdsbesök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar (hembesök) 5. öppenvårdsbesök i en patients bostad eller motsvarande där patienten möter ett vårdteam 6. öppenvårdsbesök på annan plats där en patient möter en hälso- och sjukvårdspersonal med självständigt behandlingsansvar 7. öppenvårdsbesök på annan plats där en patient möter ett vårdteam 8. telefon- och brevkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård
Psykiatrisk vårdform	1		A. frivillig psykiatrisk vård  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

## 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		Samtliga diagnoser som haft relevans för vårdkontakten. Ska registreras enligt "Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – Systematisk förteckning (ICD-10-SE)" med fortlöpande ändringar.  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.  Läkemedelsrelaterade diagnoskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.
Typ av diagnos	1		1. huvuddiagnos 0. bidiagnos/-er

## Yttre orsak

Filnamn: 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.  Läkemedelsrelaterade yttre orsakskoder ska kompletteras med ATC-kod enligt FASS Läkemedel i Sverige.

## Åtgärd

Filnamn: OV\_filkod\_ÅÅÅÅMM\_AT.txt

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

## **Sändlista extern remiss avseende föreskriftsändring för patientregistret**

Jämtlands läns landsting  
Landstinget Blekinge  
Landstinget Dalarna  
Landstinget Gävleborg  
Landstinget i Jönköpings län  
Landstinget i Kalmar län  
Landstinget i Uppsala län  
Landstinget i Värmland  
Landstinget Kronoberg  
Landstinget Sörmland  
Landstinget Västernorrland  
Landstinget Västmanland  
Landstinget i Östergötland  
Norrbottens läns landsting  
Region Gotland  
Region Halland  
Region Skåne  
Stockholms läns landsting  
Västerbottens läns landsting  
Västra Götalandsregionen  
Örebro läns landsting  
Praktikertjänst  
Svenska privatläkarföreningen  
Vårdföretagarna  
Svenska Vård  
Famna  
Cario  
Aleris  
Sophiahemmet  
Carlanderska  
Global Health Partner  
MyDoctor Stockholm  
MyDoctor Umeå  
Sensia Hälsovård AB

Akutläkarna  
Sveriges läkarförbund  
Sveriges kommuner och landsting (SKL)  
RDK (Rikssektionen för diagnoskodning)  
Ekonomistyrningsverket  
Regelrådet  
Datainspektionen  
Vårdanalys  
Inspektionen för vård och omsorg (IVO)  
Folkhälsoinstitutet  
Statistiska centralbyrån  
Smittskyddsinstitutet

Avdelningen för statistik och utvärdering  
Enheten för vård- och omsorgsstatistik  
Susanne Holland  
075-247 35 30  
[susanne.holland@socialstyrelsen.se](mailto:susanne.holland@socialstyrelsen.se)

## Konsekvensutredning avseende ändring av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26) om uppgiftsskyldighet till patientregistret

### A Allmänt

#### Beskrivning av problemet och vad man vill uppnå

##### *Sammanfattning*

Socialstyrelsen har tagit fram förslag till ändring av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Ändringarna planeras ske i två etapper. De flesta ändringarna föreslås träda i kraft 2014-01-01, medan ökad rapporteringsfrekvens och uppgifter som rör akutsjukvård föreslås träda i kraft 2015-01-01. Förslaget omfattar:

- nya filspecifikationer
- krav på elektronisk rapportering
- ökad rapporteringsfrekvens
- möjlighet att mäta väntetider inom akutsjukvården
- införande av födelseår för de patienter som saknar personnummer eller i de fall personnummer inte får rapporteras
- utökning av ett indelningsalternativ i uppgiften psykiatrisk vårdform.

Samtidigt tas uppgiftsskyldigheten bort för uppgift om folkbokföringsort samt uppgifter om avvikning och permission från psykiatrisk tvångsvård. Alla ovanstående punkter ska genomföras i ett samlat ändringsarbete.

Socialstyrelsen bedömer att förslagen är nödvändiga för att Socialstyrelsen ska kunna fullfölja regeringsuppdragen att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2012/2628/FS) och att utveckla och genomföra insatser för att samordna vård och omsorg om de mest sjuka äldre (S2012/2022/FST). Enligt dessa uppdrag ska Socialstyrelsen vidareutveckla patientregistret avseende innehåll, kvalitet och aktualitet. Socialstyrelsens förslag till föreskriftsändring för patientregistret innebär, förutom att svara upp mot ovan angivna regeringsuppdrag, också att registret förbättras och moderniseras. Detta förväntas öka nyttjandegraden av registret och därmed också samhällsnyttan. Socialstyrelsen gör också bedömningen att ändringen är viktig för att såväl offentlig som privat vård ska kunna tillgodogöras aktuell

och tillförlitlig data för användning i den egna verksamhetsutvecklingen.

### *Bakgrund*

Patientregistret är ett av Socialstyrelsens fem hälsodataregister. Det används för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Både offentliga och privata vårdgivare är enligt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen skyldiga att rapportera uppgifter till patientregistret rörande läkarbesök inom öppen specialistvård och vårdtillfällen inom slutenvård.

Socialstyrelsen har i ett flertal sammanhang påpekat behovet av att utveckla patientregistret för att det bättre ska kunna svara upp mot behovet av data och uppgifter om hälso- och sjukvården. Patientregistret har historiskt sett främst utgjort ett viktigt underlag för epidemiologisk forskning. Under senare år har registret börjat användas alltmer för uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser. En breddad användning gör det nödvändigt att utveckla patientregistret för att tillgodose behovet av underlag för forskning och statistik samt verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling.

### *Nuläge*

Socialstyrelsen har tagit fram en utvecklingsplan för patientregistret som omfattar åren 2013-2017. I denna definieras cirka 35 delprojekt inom elva olika utvecklingsområden. Vissa av dessa är av sådant slag att de kan genomföras utan förändring av de juridiska förutsättningarna medan andra kräver ändring av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftskyldighet till patientregistret. För några insatser krävs också ändringar i förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

De nu föreslagna ändringarna av Socialstyrelsens föreskrifter genomförs av flera skäl. Ett av dessa är regeringsuppdraget att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet (S2012/2628/FS), i vilket ingår att Socialstyrelsen ska samla in väntetidsdata vid akutmottagningar. Ett annat skäl är omvärldens krav på ett patientregister med ökad aktualitet. Vidare har Socialstyrelsen behov av att modernisera och effektivisera registret. Ändringarna medför dessutom, i och med en tydligare och mer enhetlig inrapporteringsstruktur än tidigare, att vårdgivarna lättare kan tillgodogöra sig jämförbara data för användning i den egna verksamheten.



### *Föreslagna föreskriftsändringar*

I detta avsnitt beskrivs de föreslagna förändringarna. Konsekvenserna de medför beskrivs i avsnitten *Effekter vid utebliven föreskriftsändring* samt *Uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen*.

### **Nya filspecifikationer**

Inrapporteringen ändras till flerfilstruktur som ersätter de nuvarande enfilformaten. Förändringen speglar på ett bättre sätt hur data finns lagrat i världens IT-system. Ändringen av filspecifikationerna tydliggör kraven på hur inrapporterad data ska struktureras. De nya filspecifikationerna gör att det inte längre finns någon begränsning i hur många koder av respektive slag som kan rapporteras, till exempel kan ett obegränsat antal diagnoskoder eller åtgärds-koder rapporteras.

### **Elektronisk rapportering**

All inrapportering till Socialstyrelsen ska ske genom myndighetens elektroniska tjänster för filöverföring. För närvarande kan vårdgivarna rapportera genom att skicka en CD-skiva eller ett USB-minne per rekommenderad post. Denna rapporteringsform bör upphöra av flera skäl. Elektronisk inrapportering blir säkrare eftersom datakryptering sker per automatik, något som inte är möjligt vid annan inrapportering. Elektronisk rapportering blir också enklare, snabbare och billigare för vårdgivarna. Vidare blir datahanteringen hos Socialstyrelsen säkrare.

### **Ökad rapporteringsfrekvens**

Socialstyrelsen föreslår en månatlig inrapportering till patientregistret. För närvarande sker inrapporteringen en gång per år, senast den 31 mars påföljande år med undantag för den psykiatriska tvångsvården som rapporteras tre gånger per år, 15 maj, 15 september respektive 15 februari. Socialstyrelsens arbete med inläsning och kvalitetssäkring av data innebär att ett nytt årsbestånd för slutna och öppna vård vid sjukhus sällan är klart före midsommar året efter aktuellt år. Detta betyder att det finns uppgifter i patientregistret som är närmare ett och ett halvt år gamla innan de kan tillgängliggöras. En snabbare hantering och återföring av statistik är angeläget av flera skäl, exempelvis för arbetet med verksamhetsuppföljning och kvalitetsutveckling inom vården och för beslut på nationell nivå som rör hälso- och sjukvårdsutveckling. Vidare kan öknings- och minskningar av olika sjukdomstillstånd upptäckas tidigare, vilket gör att relevanta åtgärder kan vidtas.

Kraven på att kunna följa välfärdens utveckling ökar, såväl på nationell som på lokal och regional nivå. Regeringen har tidigare uppdra-

git åt Socialstyrelsen att öka statistikens aktualitet för vissa verksamheter inom socialtjänsten. Regeringen har även gett myndigheten motsvarande uppdrag inom hälso- och sjukvårdsområdet.

För att möjliggöra jämförelser inom olika välfärdssektorer är det lämpligt att aktuella uppgifter avser samma tidsrymd. Inom Socialstyrelsen hämtas idag uppgifter in månatligen till tandhjälsregistret, läkemedelsregistret och registret över ekonomiskt bistånd. När det gäller socialtjänstens insatser till äldre planeras en motsvarande insamlingstakt. Även inom andra välfärdssektorer är månadsvisa uppgifter tillgängliga. Socialstyrelsen anser därför att uppgifter till patientregistret ska samlas in månatligen.

Det nya förslaget om månatlig inrapportering gäller för all slutet och öppen vård vid sjukhus. Förslaget till månatlig inrapportering innefattar till skillnad mot tidigare även rapportering av uppgifter om patienter som vid rapporteringstillfället är inskrivna i vården. Denna förändring innebär att den nuvarande särskilda rapporteringen om patienter som den 31 december är inskrivna för geriatrisk eller psykiatrisk slutet hälso- och sjukvård inte längre behöver göras. Denna ingår i stället i de nya rapporteringsrutinerna.

### **Väntetidsmätning i akutsjukvården**

Socialstyrelsen överlämnade i mars 2011 en rapport till regeringen avseende väntetidsmätning i akutsjukvården. I rapporten konstateras att kunskapen om den verksamhet som akutmottagningarna bedriver är begränsad beträffande verksamhetens omfattning och innehåll. Vidare påtalas att det saknas samlad kunskap om hur många patienter som tas om hand av akutsjukvården och för vilket tillstånd de söker vård, liksom om sambanden mellan akutsjukvård och övrig verksamhet. Rapporten resulterade i ett nytt regeringsuppdrag (S2012/2628/FS) som innebar att Socialstyrelsen skulle utveckla statistik om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. I Socialstyrelsens delrapport till regeringen *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – plan för utveckling av system för uppföljning* anges patientregistret som det lämpligaste verktyget för att samla in dessa uppgifter.

Som en följd av detta behöver patientregistret utökas med uppgifter för detta ändamål. Det rör sig om

- uppgift som särskiljer akutsjukvård från annan vård
- uppgift om tidpunkt för öppenvårdskontakt på akutmottagning
- uppgift om tidpunkt för läkarbedömning på akutmottagning
- uppgift om tidpunkt för avslut av öppenvårdskontakt på akutmottagning
- uppgift om patienten har avvikit från akutmottagningen efter påbörjad läkarbedömning.

**Födelseår**

När uppgifter från patientregistret används för att framställa statistik beräknas ålder i regel utifrån personnummer. Det är framförallt för forsknings- och statistikändamål viktigt att kunna fördela diagnos- och åtgärdsgrupper i för problemet lämpliga åldersgrupper.

För vissa patienter saknas personnummer och för en särskild patientgrupp, vårdkontakter som innehåller koder för abort, får Socialstyrelsen inte behandla personnummer i patientregistret. Den förstnämnda gruppen omfattar bland annat personer som inte är folkbokförda i Sverige. Införande av födelseår ger möjligheter att beträffande dessa grupper presentera statistik som kan användas i exempelvis verksamhetsplanering.

**Psykiatrisk vårdform**

Variabeln "Psykiatrisk vårdform" redovisar uppgifter kring grund för psykiatrisk vårdform. Företrädare för psykiatrisk vård har uppmärksammat Socialstyrelsen på att variabeln saknar ett viktigt alternativ, nämligen *psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning*. För att tillgodose detta behov föreslås att denna uppgift läggs till i den aktuella variabeln.

**Folkbokföringsort**

Enligt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen ska uppgifter om patientens folkbokföringsort lämnas till patientregistret av Statistiska centralbyrån (SCB). Därför föreslås att denna variabel inte längre ska finnas med i Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

**Uppgifter om avvikning och permission avseende psykiatrisk tvångsvård**

Dessa uppgifter avseende psykiatrisk tvångsvård efterfrågas inte av statistik användarna och därför föreslås att de tas bort ur rapporteringen till patientregistret.

**Beskrivning av alternativa lösningar för det man vill uppnå och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd**

Socialstyrelsen bedömer att frivillig inrapportering till patientregistret inte är en framkomlig väg, annat än som en tillfällig övergångslösning. Förändringar av inrapporteringen bedöms inte kunna genomföras på annat sätt än genom revidering av nu gällande föreskrifter. Både offentliga och privata vårdgivare är skyldiga att rapportera uppgifter till pati-

entregistret rörande läkarbesök inom öppen specialistvård och vårdtillfällen inom slutenvård. Uppgiftsskyldigheten innebär såväl högre kvalitet i inrapporterade data som bättre täckningsgrad av rapporterade vårdenheter än vid frivillig inrapportering.

Om det av de externa remissvaren framkommer att något delförslag innebär alltför stora konsekvenser ska Socialstyrelsen ta ställning till om detta delförslag kan revideras.

### *Effekter vid utebliven föreskriftsändring*

#### **Nya filspecifikationer**

Om inte nuvarande filspecifikationer ändras kan flera av de nu föreslagna förändringarna inte genomföras vilket kommer att försvåra en framtida utveckling av patientregistret. Socialstyrelsen tar idag emot data från landsting och privata vårdgivare en gång per år, med undantag för den psykiatriska tvångsvården som rapporterar tre gånger per år. Redan i nuläget rör det sig om en stor mängd datafiler. Vid en månatlig inrapportering mångdubblas antalet inrapporterade filer. En beräkning som Socialstyrelsen genomfört visar att det uppskattningsvis kommer att röra sig om 250 000 filer per år om inte nya filspecifikationer införs. Det förutsätter en effektiv hantering av data. Enligt de nu gällande föreskrifterna får vårdgivarna rapportera i en stor mängd olika format. Om filspecifikationerna inte ändras kommer kostnaderna för Socialstyrelsens inläsningsarbete att uppgå till mycket höga belopp.

I rapporten *Utvecklingsplan för patientregistret – 2013-2017* beskrivs hur Socialstyrelsen vill verka för en framtida ökad omfattning och ett förändrat innehåll i registret. De nya filspecifikationer som nu föreslås kommer att göra en sådan utveckling möjlig.

Nya filspecifikationer ger en ökad tydlighet och minskar därmed dagens tolkningsutrymme, vilket förenklar arbetet och minskar arbetsbördan för vårdgivarna.

#### **Elektronisk rapportering**

En utebliven reglering innebär ett avsevärt större manuellt arbete än den automatisering av datainläsningen som kan utvecklas med ett enhetligt inrapporteringsätt genom elektronisk inrapportering. En mer automatiserad inläsningsprocedur förenklar hanteringen och innebär lägre kostnader – något som inte kan ske med bibehållen inrapporteringsrutin. Vid inrapportering via Socialstyrelsens elektroniska tjänster för filöverföring krypteras data, vilket ökar datasäkerheten. Vid bibehållen inrapporteringsrutin som tillåter rapportering på CD-skivor eller USB-minnen via rekommenderad post sker ingen kryptering per automatik – det är upp till den inrapporterande vårdenheten att skydda data, även om Socialstyrelsen uppmanar till att data bör krypteras och lösen-

ordskyddas. Dessutom kvarstår risken att data kan komma på avvägar i samband med postgången.

### **Ökad rapporteringsfrekvens**

Om inte inrapporteringsfrekvensen utökas kommer data även fortsättningsvis att vara uppemot ett och ett halvt år gamla innan de kan användas. Detta innebär att patientregistret inte kan utvecklas till ett instrument som snabbt kan ge svar på exempelvis utbredning av ett visst sjukdomstillstånd eller utvärdering av någon nyligen införd eller ändrad vårdåtgärd.

### **Väntetidsmätning i akutsjukvården**

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att mäta och leverera statistik om väntetider i akutsjukvården. Patientregistret har identifierats som det verktyg som bör användas för detta. Vid en utebliven föreskriftsändring kommer Socialstyrelsen inte att kunna fullfölja regeringsuppdraget.

### **Födelseår**

Införs inte denna uppgift blir det även fortsättningsvis omöjligt att åldersgruppsindela statistiken för de patientgrupper som rapporteras utan personnummer. Detta får som konsekvens att det inte går att presentera åldersrelaterad statistik och att det heller inte går att bedriva forskning kring om särskilda hälsoproblem har samband med åldersgruppsstillhörighet.

### **Psykiatrisk vårdform**

Om inte alternativet *psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning* införs kan inte denna orsak till psykiatrisk tvångsvård mätas.

### **Uppgifter om vilka som berörs av regleringen**

Alla, såväl offentliga som privata, som bedriver verksamhet i hälso- och sjukvården ska lämna uppgifter om de patienter som har vårdats i den slutna hälso- och sjukvården eller som har behandlats av läkare i den del av den öppna hälso- och sjukvården som inte är primärvård.

Det finns idag inget heltäckande vårdgivarregister. Socialstyrelsen har därför inte kunskap om det exakta antalet vårdgivare/företag som är rapporteringsskyldiga till patientregistret. Antalet rapporterade vårdgivare/företag ökar dock något för varje år, vilket är en indikation på att allt fler blir uppmärksammade på denna skyldighet. Det senaste inrapporteringsåret, 2012, rapporterade samtliga landsting och drygt 300 privata vårdgivare/företag, vilket alltså ska ses som en miniminivå av

samtliga företag som omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. Det faktiska antalet företag som berörs antas vara betydligt större. Långt ifrån alla företag som bedriver vård är rapporteringsskyldiga till patientregistret. I befintliga register finns inte någon identifikator över vilka som är det. Att använda sig av SCB:s företagsregister eller uppgifter från Skatteverket är alltså inte en framkomlig väg för att beskriva hur många företag som berörs av förslaget om ändrad föreskrift för patientregistret.

### Uppgifter om vilka kostnadsrämsiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen

Vissa av de föreslagna föreskriftsändringarna kan få konsekvenser för inrapporterande enheter då ändringar i vårdens IT-system kan komma att behövas. Ändringarna bedöms främst påverka exportfunktioner i befintliga datasystem. Investeringar i nya datorer eller ny programvara bedöms inte vara nödvändig.

### Nya filspecifikationer

Inrapporteringen ändras till flerfilformat som ska ersätta nuvarande enfilformat.

Socialstyrelsen föreslog redan 2012 en ändring av föreskrifterna för patientregistret. Ett av ändringsförslagen bestod i nya filspecifikationer. Förslaget till föreskriftsändring återkallades av Socialstyrelsen då externremissen visade att flera vårdgivare hade svårigheter att koppla ihop uppgifter om ATC-kod tillsammans med uppgifter om diagnoskod, kod för yttre orsak samt åtgärdskod, på sådant sätt som Socialstyrelsen föreslog. Socialstyrelsen har tagit fasta på detta och har i detta förslag tagit bort de delar i filspecifikationerna som ansågs problematiska. Enligt den förfrågan till landstingen som låg till grund för den då genomförda konsekvensutredningen skulle tidsåtgången för ett landsting för ändringen uppgå till cirka två till fem veckors konsultinsats till en kostnad av mellan 80 000-200 000 kronor. Denna kostnadsuppskattning består alltså av konsultkostnader som av landstingen beräknats uppgå till 1 000 kronor per arbetstimme. Motsvarande timkostnad bedöms också gälla för privata vårdgivare. Eftersom den nu föreslagna ändringen av filspecifikationen är av betydligt mindre omfattning, kommer sannolikt tidsåtgången för förändringsarbetet inte att vara lika omfattande som uppgavs i 2012 års konsekvensutredning.

### **Elektronisk rapportering**

All inrapportering till Socialstyrelsen ska enligt förslaget ske genom Socialstyrelsens elektroniska tjänster för filöverföring. Detta kräver att alla rapporterande enheter har tillgång till en dator med internetanslutning. Konsekvensen av förslaget består i införskaffande av internetanslutning för de vårdgivare som inte har någon sådan. Kostnader för internetanslutning varierar beroende på tekniska förutsättningar och val av avtal. Det finns många olika tekniska lösningar i olika prisklasser. Ett billigare alternativ är mobilt bredband som har en abonnemangskostnad om några hundra kronor per månad.

### **Ökad rapporteringsfrekvens**

Socialstyrelsen föreslår att all vård, inklusive tvångsvård, i framtiden inrapporteras på månatlig basis. Nuvarande inrapporteringsfrekvens är en gång per år för all vård förutom tvångsvård som i nuläget rapporteras tre gånger per år.

En enkätundersökning om vårdgivarnas möjligheter till tätare inrapportering har genomförts. Enkäten skickades ut till samtliga 21 regioner och landsting samt till fem privata vårdgivarorganisationer. 19 vårdgivare besvarade enkäten, 16 av dessa var landsting/regioner och tre representerade de privata vårdgivarna. De flesta ställer sig positiva till att rapportera med tätare intervall än i nuläget – det ger utsikter till tätare återkoppling och möjligheter till verksamhetsuppföljning på bättre sätt än idag. Det finns en stor vilja att rapportera men man efterfrågar större tydlighet och realistiska tidplaner. För att möjliggöra tätare rapportering behövs systemförändringar i vårdens IT-system.

Vårdgivarna tillfrågades om kostnader för att övergå från nuvarande rapporteringstakt till månatlig rapportering och övergång till rapportering enligt de ändrade filspecifikationer som Socialstyrelsen föreslår. Hälften av landstingen uppgav inga kostnader då man ansåg det svårt att beräkna dessa. De övriga landstingen uppgav investeringskostnader på mellan 10 000 kronor och 200 000 kronor. De privata vårdgivarorganisationerna uppgav kostnader på 100 000, 500 000 respektive 1 200 000. Med ett undantag uppgav de privata vårdgivarorganisationerna betydligt högre investeringskostnader än landstingen/regionerna. Det finns flera sjukvårdsadministrativa system på marknaden. Avtalen mellan vårdgivarna och systemleverantörerna ser olika ut vilket medför att Socialstyrelsen inte kan göra en närmare skattning av kostnaderna.

I enkäten efterfrågades också vårdgivarnas bedömning av en realistisk tidplan för införande av månadsvis rapportering. Svaren varierade mycket. Den vårdgivare som angav sig behöva kortast tid för omställning menade att detta går att genomföra på en månad, medan den som angav längst implementeringstid menade att en sådan förändring tar

mellan 12-15 månader att genomföra. Majoriteten anger dock en omställningsperiod på maximalt sex månader.

### **Väntetidsmätning i akutsjukvården**

Om regeringsuppdraget att möjliggöra väntetidsmätning i akutsjukvården ska kunna fullföljas behöver mer information än i dag inhämtas från de vårdgivare som rapporterar data från akutmottagningarna. I syfte att få svar på huruvida akutsjukvården har möjlighet att rapportera de uppgifter som efterfrågas har en förstudie i form av en enkätundersökning genomförts. Enkäten skickades ut till samtliga landsting. Dessa har svarat för alla akutsjukhus inom landstinget/regionen – såväl offentliga som privata.

Samtliga landsting och regioner med undantag för Västerbotten svarade att de av Socialstyrelsen önskade uppgifterna redan finns eller att datasystemen är under utveckling för att möjliggöra detta. För några mindre sjukhus i ett fåtal landsting har dock detta ännu inte utvecklats. Västerbottens läns landsting svarade att ett nytt system är under upphandling och att uppgifterna kan levereras när detta i drift, vilket det planeras vara i januari 2014.

Förslaget väntas ge en engångskostnad i form av konsultarvode för utveckling av uttagsrutiner för redan befintliga uppgifter i de sjukvårdsadministrativa systemen. Som ovan angivits beräknas kostnaden för en konsulttimme att uppgå till 1 000 kronor.

### **Födelseår**

Frågan om införande av födelseår vid avsaknad av personnummer utreddes i samband med det återkallade föreskriftsförslaget 2012. Inget av remissvaren från vårdgivarna angav några svårigheter med att rapportera denna uppgift.

### **Psykiatrisk vårdform**

Önskemålet om att införa alternativet *psykiatrisk vård före ställningstagande om intagningsbeslut – kvarhållning* kommer från vården. Man ser ett behov av att komplettera uppgifterna om grund för psykiatrisk tvångsvård med denna information i patientregistret. Det rör sig inte om någon ny uppgift för vilken det behöver skapas nytt utrymme i vårdens IT-system utan detta innebär att man utökar giltiga värden i en redan befintlig uppgift. Detta är en engångsjustering som kan beräknas till någon eller några timmars konsultarbete där kostnaden kan beräknas till cirka 1 000 kronor per timme.



Bedömning av om regleringen överensstämmer med eller går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen

Inga av de föreslagna ändringarna rör Europeiska unionen.

Bedömning av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser.

Ikraftträdandedatum föreslås till 2014-01-01. När det gäller månatlig inrapportering och väntetider i akutsjukvården bedömer Socialstyrelsen att vårdgivarna/företagen kan behöva längre tid på sig för förberedelser. Därför föreslås att ikraftträdandedatum för detta ska vara 2015-01-01. Socialstyrelsen kommer under hösten att ordna informationsmöte för sina kontaktpersoner som representerar landstingen och de privata vårdgivarna. Till mötet kallas också SKL och Läkarförbundet. Socialstyrelsen kommer också att informera om förändringarna på sin webbplats. Vidare ska en skriftlig vägledning som beskriver regler för innehåll i och inrapportering till patientregistrets presenteras under hösten 2013. Denna ska presenteras vid ett möte med patientregistrets kontaktpersoner och i samband med detta spridas till samtliga vårdgivare/företag som rapporterar till patientregistret.

## B Företag

### Beskrivning av antalet företag som berörs, vilka branscher företagen är verksamma i samt storleken på företagen

Enligt föreskrifterna är alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården skyldiga att rapportera in uppgifter om personer som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården eller behandlats av läkare inom den öppna hälso- och sjukvård som inte är primärvård. Skyldigheten att rapportera omfattar förutom samtliga landsting också samtliga privata vårdgivare/företag som bedriver sådan vård. 2012 års inrapportering till patientregistret omfattar 21 landsting och drygt 300 privata vårdgivare/företag. Det finns dock sannolikt betydligt fler vårdgivare/företag som är rapporteringsskyldiga. Det faktiska antalet privata vårdgivare är omöjligt att ange då det inte finns något tillförlitligt vårdgivarregister. Storleken på de privata företagen varierar från små med någon eller några enstaka anställda upp till koncerner som exempelvis Capio som rapporterar för hela S:t Görans sjukhus i Stockholm.

### Beskrivning av vilken tidsåtgång regleringen kan föra med sig för företagen och vad regleringen innebär för företagens administrativa kostnader

Se kapitel A *Allmänt* under avsnittet *Uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen*.

Förslaget ger en engångskostnad i form av utvecklingsarbete på konsultbasis. Detta har beskrivits i tidigare avsnitt om nya filspecifikationer och ökad rapporteringsfrekvens. Det rör sig inte om extra registreringsarbete för sjukvårdspersonalen eftersom ändringarna endast berör uttagsrutiner för redan befintliga uppgifter i de sjukvårdsadministrativa systemen. När datasystemet väl är ändrat skiljer sig inte kostnaderna mot dagens kostnader. Att generera och exportera uppgifterna till Socialstyrelsen kommer inte att ta mer tid i anspråk än vad det gör i dag.

### Beskrivning av vilka andra kostnader den föreslagna regleringen medför för företagen och vilka förändringar i verksamheten som företagen kan behöva vidta till följd av den föreslagna regleringen

Se kapitel A *Allmänt* under avsnittet *Uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför och en jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen*.

### Beskrivning av i vilken utsträckning regleringen kan komma att påverka konkurrensförhållandena för företagen

Enligt föreskrifterna är alla som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården skyldiga att rapportera in uppgifter om personer som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården eller behandlats av läkare inom den öppna hälso- och sjukvård som inte är primärvård. Skyldigheten att rapportera omfattar således alla vårdgivare enligt ovanstående definition och därför bedöms inte den föreslagna regleringen påverka konkurrensförhållandena.

### Beskrivning av hur regleringen i andra avseenden kan komma att påverka företagen

I det återkallade ändringsförslaget från 2012 anger flera remissinstanser att en förbättrad och konsekvent rapportering till patientregistret ligger i allas intresse då detta ger en nationell standard som förenklar förutsättningarna för jämförelser och beskrivningar av god vård. Nuvarande förslag ger förutsättningar för en mer strukturerad inrapportering. Detta gynnar både Socialstyrelsen och företagen. Införandet av elektronisk rapportering innebär en säkrare och smidigare hantering av data och tar bort hantering och administration av CD-skivor och USB-minnen samt rekommenderade försändelser.

Att rapportera till patientregistret är obligatoriskt för alla som omfattas av uppgiftsskyldigheten enligt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen. Inrapporteringen ska ske enligt föreskrifterna för patientregistret. Socialstyrelsen kan dock medge undantag från föreskrifterna om det finns särskilda skäl till att dessa inte kan följas. Detta kan exempelvis gälla små företag som saknar avancerade vårdadministrativa system. Efter prövning kan ett alternativt inrapporteringssätt för dessa medges.

### Kontaktperson

Susanne Holland 075-247 35 30

[susanne.holland@socialstyrelsen.se](mailto:susanne.holland@socialstyrelsen.se)