



# Koncernkontoret

## Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning

### INSTRUKTION

Process  
Skapad av Puck Sigling  
Godkänd av Anna-Karin Magnusson Falck

Godkänt datum 2025-12-18  
Version 1.0  
Ärendenummer

## Registreringsanvisning och tillämpningar för Standardiserade vårdförlopp, SVF

### Innehåll

|                                                                                                      |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Registreringsanvisning och tillämpningar för Standardiserade<br>vårdförlopp, SVF .....               | 1 |
| 1 Registreringsanvisning vårdprocess SVF .....                                                       | 2 |
| 1.1 Registrering av vårdåtagande kopplat till SVF .....                                              | 2 |
| 1.2 SVF Vårdprocess – Välgrundad misstanke .....                                                     | 2 |
| 1.3 SVF Vårdprocess – Utredning .....                                                                | 3 |
| 1.4 SVF Vårdprocess – Behandling .....                                                               | 4 |
| 1.5 Tekniskt avslut av vårdprocess .....                                                             | 5 |
| 2 Registrering och överlämning när två eller fler vårdenheter är<br>aktiva i samma vårdprocess ..... | 6 |
| 2.1 Registrering av vårdåtagande och vårdprocessens olika delar ...                                  | 6 |
| 2.2 Överlämning mellan offentlig och privat vårdgivare under<br>pågående vårdprocess .....           | 6 |
| 3 Registrera SVF-remiss när kriterier ej uppfylls .....                                              | 8 |

# 1 Registreringsanvisning vårdprocess SVF

Vårdprocessbilden i PASiS (045) består av tre delar; Välgrundad misstanke, Utredning och Behandling. Denna bild är patientens bild och ska följa patienten var den än befinner sig i Skåne. Den måste alltid kopplas till ett vårdåtagande (bild 040) som är vårdenhetens bild.



## 1.1 Registrering av vårdåtagande kopplat till SVF

De flesta förlopp startas i primärvården via en remiss till specialistvården. I samband med att remissen mottas i specialistvården läggs ett vårdåtagande upp, med SVF-problemkod.

Skulle välgrundad misstanke uppstå i specialistvården när patienten är där av annan orsak, ska ett nytt vårdåtagande läggas upp, med typ av vårdbegäran "V i verksamheten /Färdigutredd väntar på OP".

## 1.2 SVF Vårdprocess – Välgrundad misstanke

När vårdåtagandet är registrerat, kopplas detta till aktuell vårdprocess där den första delen utgörs av **Välgrundad misstanke** (VGM).

**Datum för VGM** är samma som remissdatum.

För patienter som kommer från annan region ska detta datum motsvara datum för välgrundad misstanke i hemregionen och problemkoden i vårdåtagandet ska ange som VXX91.

I de fall en undersökning utgör filterfunktion så startas vårdprocessen först efter att patient genomgått aktuell undersökning.

Om patientens vårdprocess påbörjats i **annan region**, hanteras detta enligt regionala rutiner för överflyttning.

Slutligen ska det i fliken anges **vilken region** patienten tillhör.

### 1.3 SVF Vårdprocess – Utredning

Informationen i vårdprocessens andra del, **Utredning**, registreras av den vårdenhet som har utfört någon del av utredningen.

Registreringen utförs alltid i efterhand, det vill säga efter att respektive steg är utfört.

**Diagnostisk åtgärd** registreras i de fall det är relevant.

Datum för **MDK** registreras efter genomförd konferens. Det är den vårdenhet som ansvarar för konferensen som kodar MDK.

**Information diagnos** är det datum då patienten får information om diagnos, inte när till exempel PAD-svar mottagits.

**Första kontakt-SSK** registreras i enlighet med respektive SVF-förlopps flödesschema.

**Tidig rehab-bedömning** ska utföras av ansvarig kontakt-sjuksköterska i dialog med patienten innan start av behandling. Med hänsyn taget till cancerform och patientens tillstånd går man igenom relevanta frågor och behov som ligger till grund för en första cancerrehabiliteringsplan. Ett validerat bedömningsverktyg bör användas, till exempel hälsoskattningsinstrumentet från Örebro eller distresstermometern. Bedömning ska fortsatt ske kontinuerligt både under och efter avslutad behandling.

**Beslut om behandling** (BEBH) ska kodas av den enhet som påbörjar och därmed registrerar påbörjad behandling (STBH).

Datumet för BEBH rekommenderas vara samma som det besöksdatum då man i samtal och samråd med patienten kommer

överens om aktuell behandling, oavsett var och när patienten tidigare erhållit diagnos- och planeringsbesked.

Exempel; patient med bröstcancer träffar bröstcancerkirurg efter utredning

1. Får både diagnosbesked och kommer överens om operation. I detta fall registrerar vårdenhet kirurgi både BEBH och när operationen är genomförd även STBH.
2. Får besked om både diagnos och nästa steg, vilket är planerad cytostatikabehandling. I detta fall registrerar vårdenhet kirurgi varken BEBH eller STBH, utan det görs av vårdenhet onkologi, som ansvarar för både planering och utförande av cytostatikabehandling.

**Avslut innan behandling** registreras i de fall patienten inte ska genomgå någon behandling kopplat till aktuellt vårdförlopp. Detta datum ska vara samma som datum för Information Diagnos.

## 1.4 SVF Vårdprocess – Behandling

Informationen i vårdprocessens sista del, **Behandling**, registreras av den vårdenhet som utför behandlingen. Registreringen utförs alltid i efterhand, det vill säga efter att behandlingen är påbörjad.

**Behandlingsstart** registreras genom datum och kod utifrån typ av behandling.

## 1.5 Tekniskt avslut av vårdprocess

OBS!! Denna funktionalitet ska endast användas om ny vårdprocess inom samma spår ska påbörjas.

Om det redan finns en påbörjad vårdprocess, och ny vårdprocess inom samma spår behöver öppnas behöver du tekniskt avsluta den tidigare registrerade vårdprocessen. Till exempel om en patient som tidigare genomgått vårdförlopp Hudmelanom återkommer med ny misstanke om hudmelanom.

Innan man stänger en vårdprocess är det viktigt att kontrollera att registreringen är korrekt och om några fel hittas måste dessa rättas, eftersom en avslutad vårdprocess inte kan öppnas igen.

Datum för tekniskt avslut ska vara samma datum som den nya vårdprocessens datum för VGM.

## 2 Registrering och överlämning när två eller fler vårdenheter är aktiva i samma vårdprocess

I många fall är olika vårdenheter, både offentliga och privata, aktiva i olika delar av samma vårdprocess. I dessa fall ska registrering fortsatt ske enligt ovan, med vissa tillägg.

### 2.1 Registrering av vårdåtagande och vårdprocessens olika delar

Den vårdenhet som inledande tar hand om patienten lägger upp ett vårdåtagande, kopplar detta till vårdprocessens första del; Välgrundad misstanke, och registrerar VGM.

I vårdprocessen andra del, Utredning, är det den vårdenhet som registrerar den första mätpunkten som kopplar sitt vårdåtagande hit. Andra vårdenheter som ska registrera i denna del måste gå direkt till vårdprocessen, "bild 045", för att kunna registrera. Det betyder att man inte kopplar sitt vårdåtagande till utredningsdelen om någon annan redan gjort detta.

Den vårdenhet som startar behandling lägger upp ett vårdåtagande, kopplar detta till vårdprocessens tredje del; Behandling, och registrerar datum för start av behandling.

### 2.2 Överlämning mellan offentlig och privat vårdgivare under pågående vårdprocess

När en patient flyttas mellan vårdgivare, till exempel offentlig och privat vård, under pågående vårdprocess *måste patientens medgivande tillgång till journaler inhämtas* av överlämnande vårdenhet. Därefter ska alltid en muntlig överlämning ske till mottagande vårdenhet.

Exempel; remiss för misstänkt Tjock- och ändtarmscancer kommer till offentlig kirurgmottagning.

1. På kirurgmottagning registreras vårdåtagande, korrekt vårdprocess samt delen Välgrundad misstanke.  
Patienten kontaktas och informeras om kommande utredning, bland annat att koloskopi kommer utföras hos privat vårdgivare.  
I samband med detta inhämtas patientens medgivande att den privata vårdenheten får gå in och läsa i patientens journal på den offentliga vårdenheten.  
Därefter sker en muntlig överlämning via telefon till aktuell privat vårdgivare.
2. Hos den privata vårdgivaren tas patienten emot och bokas in.  
I samband med undersökningen registreras de delar av vårdprocessen som är aktuella.  
Även här inhämtas patientens medgivande kring att den offentliga vårdenheten får gå in och läsa i patientens journal på den privata vårdenheten.  
Slutligen sker en muntlig över/återlämning till aktuell offentlig vårdgivare.
3. Den offentliga vårdgivaren tar emot patienten, läser relevanta journaler och bokar sen in patienten efter behov.  
Registrering av vårdprocessen sker i relevanta delar.

För att detta flöde ska fungera är det av stor vikt att alla inblandade vårdgivare har utsedda SVF-koordinatorer, och även ersättare i fall av sjukdom och ledighet.

### 3 Registrera SVF-remiss när kriterier ej uppfylls

Inkomna remisser som inte uppfyller kriterierna för SVF-utredning ska registreras med både vårdåtagande och vårdprocess.

Datum för VGM registreras, och vårdprocessen avslutas med Avslut innan behandling, kod VXX70, Kriterier för välgrundad misstanke ej uppfyllda, och samma datum som VGM.

Vårdåtagandet avslutas sen med korrekt orsakskod;

- OU – Remiss ofullständig, åter – då remissen skickas tillbaka utan vidare åtgärd.
- RÅ – Remiss besvarad med administrativ åtgärd – om remissen skickas tillbaka efter någon form av administrativ åtgärd, till exempel ett brev från bedömande läkare till den inremitterande med förslag om utredning.
- HE – Remiss vidare skickad – i de fall remissen tas om hand på den egna enheten men under en annan problemkod, eller skickas vidare till annan enhet.

När kriterier ej uppfylls är det viktigt att skyndsamt återkoppla till inremitterande, dels för att informera om patientens nekade utredning, dels för att uppmärksamma dem om att kriterierna för SVF-utredningen bör följas framöver.