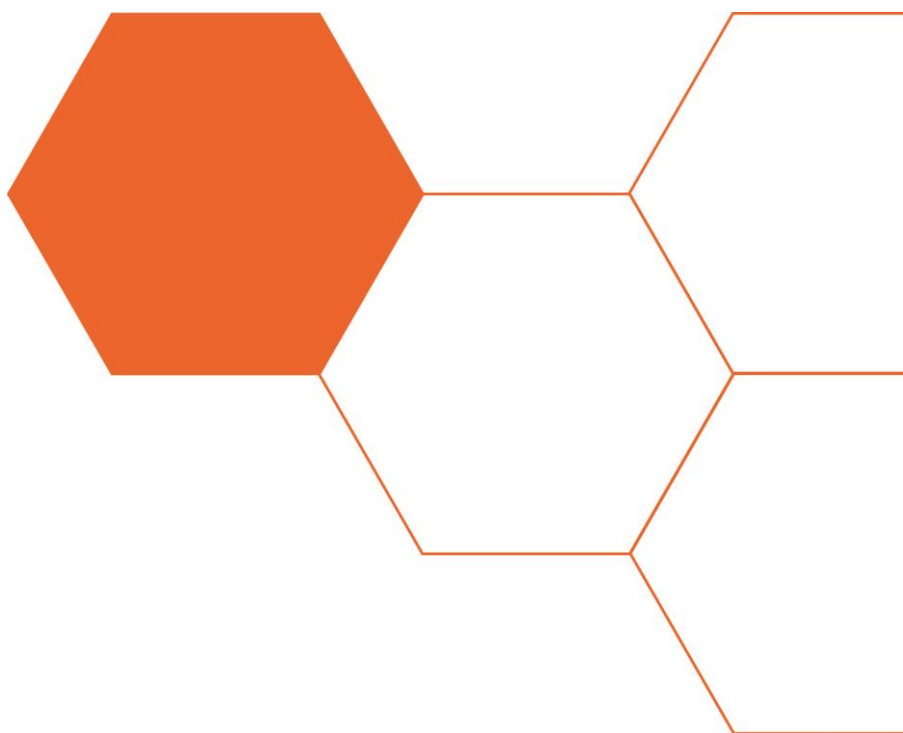


Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektör och ekonomidirektör.



Förord

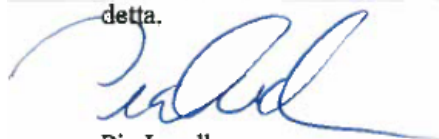
Det är av största vikt att registrering av vårdkontakter samt att åtgärds- och medicinsk registrering sker på ett författningsenligt och enhetligt sätt inom all hälso- och sjukvård i hela Skåne. Dessa riktlinjer har tillkommit eftersom praxis idag varierar mellan olika verksamheter, förvaltningar och enheter inom Region Skåne.

Registrering sker för:

- Bevakning (öppenvård) och väntelistehantering (slutenvård/operation)
- Boknings- och kallelserutiner
- Besöksregistrering och kassafunktion
- In- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Registrering av diagnos-, skadeorsaks-, åtgärds- och läkemedelskoder
- Registrering av patient- och anhöriguppgifter
- Tillhandahållande av viktig medicinsk information
- Flödesmätning (ledtider för olika vårdkontakter inom ett vårdåtagande)
- Utlistningar/sammanställningar av registrerad information för olika syften
- Ersättning respektive fakturering av vård

En enhetlig registrering är en förutsättning för att adekvat kunna planera, budgetera och följa upp hälso- och sjukvården och dessutom finns en skyldighet att till Socialstyrelsens Patientregister leverera rätt uppgifter för nationell planering och uppföljning av hälsoutvecklingen.

Registrering i Region Skånes patientadministrativa system (PASiS) utgår från ett patientperspektiv och syftar till att beskriva patienternas kontakter med, och väg genom den skånska hälso- och sjukvården. Syftet är inte att fullständigt beskriva enskilda medarbetares eller verksamheters insatser eller produktion, även om registrerad data till viss del kan användas för detta.



Pia Lundbom
Hälso- och sjukvårdsdirektör



Lars-Åke Rudin
Ekonomidirektör

Innehållsförteckning Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne

Dokumentinformation	6
<i>Giltighet och revisionshistorik</i>	6
Bakgrund	7
<i>Patientadministrativa rådet</i>	7
<i>Patientadministrativ registrering</i>	7
<i>Återanvändning av registrerad information</i>	8
<i>Informationsinnehåll</i>	8
<i>Hänvisning till dokumentation av regler/principer/tillämpningar</i>	10
Socialstyrelsen	10
Region Skåne	10
Krav på linjeansvar (koncernledning och verksamhetschef)	10
Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne	10
Öppenvård	11
<i>Vårdkontaktsuppgifter</i>	11
<i>Öppenvårdsbesök</i>	11
<i>Hälso- och sjukvårdspersonal</i>	11
<i>Ett eller flera öppenvårdsbesök samma dag</i>	11
Enskilt besök	11
Gruppbesök	11
Teambesök	11
Teambesök över enhetsgränser	12
Samordnade besök	12
<i>Öppenvårdsbesök när patienten är inskriven i slutenvården</i>	13
<i>Kontakter som inte ska registreras i PASiS</i>	13
<i>Hälso- och sjukvårdspersonal (i PASiS = vårdgivare)</i>	14
Exempel på vårdgivarekategorier	14
<i>Begreppet "akut" - öppenvård</i>	14
<i>Kontakttyp</i>	16
<i>Anledning (fler anledningar finns, bild 730 i PASiS)</i>	17
<i>Kvalificerad ljud-, text- och bildkontakt (telefon och video) Kontakttyp i PASiS = KT, KB, VK</i>	18
Kvalificerad ljud- och bildkontakt (telefon och video)	18
Kvalificerad textkontakt (brev)	19
<i>BBIC</i>	19
<i>Bedömning/rådgivning hos triagesjuksköterska på akutmottagning</i>	20

<i>Avliden patient som inkommer till akutmottagningen</i>	20
<i>Patient som avlider på akutmottagningen</i>	20
<i>Patientavgifter</i>	20
<i>Betalsätt 3 (Utan avgift) vid besöksregistrering i PASiS</i>	20
<i>Vård inom/utom landet</i>	21
<i>Självbetalande patienter (Huvudman 99)</i>	21
<i>Referenser och länkar angående registrering i öppenvård</i>	21
Slutenvård	22
<i>Begreppet "akut" - slutenvård</i>	22
<i>Sammanhängande vårdkedja</i>	22
<i>In-/utsätt</i>	23
<i>Inskrivningstidpunkt</i>	23
<i>Direktinskrivning</i>	24
<i>Direktinskrivning kan ske på följande sätt:</i>	24
<i>För närsjukhusen avses även direktinskrivning</i>	24
<i>Följande inskrivningar av patienter ska inte betecknas som direktinskrivning</i>	24
<i>Registrering i PASiS vid direktinskrivning</i>	25
<i>Till annat sjukhus/annan förvaltning för mindre åtgärd/konsult i Region Skåne</i>	25
<i>Vård inom/utom landet</i>	25
<i>Referenser och länkar angående registrering i slutenvård</i>	26
Primärklassificering	27
<i>Huvuddiagnos (1:a koden)</i>	27
<i>Bidiagnos</i>	27
<i>KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder)</i>	27
<i>Sekundärklassificering</i>	27
<i>Öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inläggning</i>	28
<i>Automatiska KVÅ-koder</i>	29
<i>Anvisningar för kodning av sequele/sena besvär</i>	30
<i>Riktlinjer för rapportering av bidiagnoser i slutenvård</i>	31
<i>Inledning</i>	31
<i>Generella riktlinjer</i>	31
<i>Kodning av relevanta bidiagnoser i slutenvård</i>	31
<i>Förteckning gällande riktlinjer när ett antal vanligt förekommande tillstånd bör kodas som bidiagnos, förutsatt att tillståndet inte är aktuellt som huvuddiagnos</i>	31
<i>Risikfaktorer avseende levnadsvanor</i>	33
<i>Tidigare genomgångna sjukdomar som kan ha relevans för ett vårdtillfälle i slutenvård</i>	33
<i>Registrering och kodning av dialyspatienter</i>	33
<i>Referenser och länkar angående klassificering</i>	34

Dokumentinformation

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Ingela Fröjdh	Ordförande i Patientadministrativa rådet	Ingela.frojdh@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom Lars-Åke Rudin	Hälso- och sjukvårdsdirektör Ekonomidirektör	Pia.lundbom@skane.se Lars-Ake.Rudin@skane.se
Sakkunniggrupp	Patientadministrativa rådet		
Kontaktperson Koncernkontoret	Petra Widerkrantz	Medicinsk rådgivare	Petra.widerkrantz@skane.se
Administrativ kontaktperson	Ingela Fröjdh		

Giltighet och revisionshistorik

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2016-04-01	2021-12-31	
Revidering	2018-01-01	2019-12-31	
Revidering	2020-01-01	2021-12-31	
Revidering			
Revidering			

Bakgrund

Patientadministrativa rådet

Representanter kodning och registrering

Martina Pettersson, Primärvården, martina.pettersson@skane.se

Camilla Bjerborn, Skånes sjukhus nordväst, camilla.bjerborn@skane.se

Jenny Dahl, Praktikertjänst, Närsjukhus Simrishamn, jenny.JD.dahl@skane.se

Representanter kodning

Denise Olsson, Skånes universitetssjukvård, denise.olsson@skane.se

Yvonne Roshagen, Skånes universitetssjukvård, yvonne.roshagen@skane.se

Jacqueline Rosenqvist, Skånes sjukhus nordost, jacqueline.rosenqvist@skane.se

Representanter registrering

Annika Hellman Dworak, Skånes universitetssjukvård, annika.hellmandworak@skane.se

Ann-Kristin Nissen. GSF, ann-kristin.nissen@skane.se

Lotta Malm, Skånes sjukhus nordväst, lotta.malm@skane.se

Maricar Sandoval, Psykiatri och Habilitering, maricar.sandoval@skane.se

Susann Ericsson, Skånes sjukhus nordost, susann.ericson@skane.se

Lill Torstensson, Psykiatri och Habilitering, lill.torstensson@skane.se

Representanter Koncernkontoret

Ingela Fröjdth, Koncernkontoret, ingela.frojdh@skane.se

Petra Widerkrantz, Koncernkontoret, petra.widerkrantz@skane.se

Vid frågor kring registrering eller kodning ska man i första hand vända sig till sin förvaltningsrepresentant/-er.

Patientadministrativ registrering

Region Skånes patientadministrativa system – PASiS innehåller detaljuppgifter om patienter och deras enskilda öppenvårds- och slutenvårdskontakter och utgör centrala komponenter i sjukvårdsorganisationens IT-infrastruktur. De ger ett administrativt stöd åt en rad funktioner, bl a:

- Bevakning (öppenvård) och väntelistehantering (slutenvård/operation)
- Boknings- och kallelserutiner
- Besöksregistrering och kassafunktion
- In- och utskrivning av patienter i slutenvård
- Registrering av diagnos-, skadeorsaks-, åtgärds- och läkemedelskoder
- Registrering av patient- och anhöriguppgifter
- Tillhandahållande av viktig medicinsk information (VMI)
- Flödesmätning (ledtider för olika vårdkontakter inom ett vårdåtagande)
- Utlistningar/sammanställningar av registrerad information för olika syften
- Ersättning respektive fakturering av vård

Återanvändning av registrerad information

Region Skåne har en föreskriven skyldighet att leverera information om patienters enskilda vårdkontakter till Socialstyrelsens Patientregister. Syftet med detta är att följa hälsoutvecklingen i befolkningen, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar samt bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Sveriges Kommuner och Landsting ger ut anvisningar till landsting/regioner för att samla in, producera och redovisa årlig verksamhetsstatistik i ett nationellt perspektiv. Generellt efterfrågas statistik löpande från vårdaktörers produktion och invånares konsumtion av vård.

Beräkning görs av antalet öppen- och slutenvårdskontakter. Vidare beräknas antalet vårddygn, medelvårdtid, vårdtyngd, vårdkostnad samt individvolym. Ofta görs beräkningar för att ställas i relation till befolkningens sammansättning i olika geografiska områden.

Region Skåne behöver med hjälp av bl a patientadministrativa system ställa samman underlag för att kunna analysera behovet av finansierad vårdproduktion och därefter planera, budgetera och följa upp densamma med hjälp av olika beskrivningsvariabler och nyckeltal.

I en löpande uppföljning finns såväl ett resurshushållningsperspektiv som en ambition att utvärdera och kvalitetssäkra en effektiv hälso- och sjukvård. Patientadministrativa uppgifter gör det till en del möjligt att följa upp de kvalitetsmål och ackrediteringskrav som fastställts för verksamheten.

Särskilda tillämpningsanvisningar finns för utlämnande av patientdata efter ansökningsförfarande.

Informationsinnehåll

Den information som registreras om en patients enskilda vårdkontakt innehåller deluppgifter om var och när vården sker. Vidare finns uppgifter om den vårdade patienten och sjukdomstillståndet samt vilka åtgärder som utförts. Det finns också administrativa uppgifter om själva vårdkontakten som till viss del har betydelse för ekonomiska transaktioner avseende vårdens patientavgifter, ersättning och fakturering.

Typ av uppgifter	Öppen vård	Sluten vård
Var vården sker	Producerande förvaltning Ansvarig Enhet Mottagning	Producerande förvaltning Medicinskt Ansvarig Enhet Vårdande Enhet Vårdavdelning
Vem patienten är	Personnummer Kön Ålder Hemkommun Listningsenhet	Personnummer Kön Ålder Hemkommun Listningsenhet
När vården sker	Kontaktdatum Kontakttid på dygnet Veckodag för kontakt Månad för kontakt År för kontakt	Indatum Intid på dygnet Utdatum Uttid på dygnet Utskrivningsklardatum Komm betaln ansv datum Veckodag per resp datum Månad per resp datum År per resp datum
Vårdkontaktuppgifter	Typ (bes/tele/brev etc.) Vårdgivarekategori Akut Ja/Nej Remitteringsuppgifter Anledning Hembesök Ja/Nej Inskrivning Ja/Nej	Inskrivningsinfo Varifrån Akut Ja/Nej Utskrivningsinfo Var till Utskrivningsklarkod Vårdform (sjukhus, hemsjv) Psyk vårdform (friv, tvång)
Patientklassificering	Huvuddiagnos Bidiagnoser KVÅ + åtgärder Yttre orsakskoder	Huvuddiagnos Bidiagnoser KVÅ + åtgärder Yttre orsakskoder
Faktureringsuppgifter/ Administrativa uppgifter	Huvudman Försäkringskassa Patientavgift Betalsätt	Huvudman Försäkringskassa Patientavgift

Vårdkontakter i form av besök, telefonkontakt, brevkontakt och inskrivning ska registreras i anslutning till att händelsen äger rum.

Öppenvårdskontakter ska vara dikterade inom ett dygn och den avslutande sammanfattande anteckningen för slutenvårdskontakter inom tre dygn.

Vårdkontaktuppgifter avseende utskrivning, diagnoser, åtgärder och liknande ska registreras snarast av behörig personal.

Man skiljer på kontakter som ska räknas som besök eller inte vid uppföljning, t ex diagnostiska undersökningar kontra vårdkontakter med journalförda bedömningar och/eller åtgärder.

Hänvisning till dokumentation av regler/principer/tillämpningar

Socialstyrelsen

- Termbank - <http://termbank.socialstyrelsen.se/>
- [Inrapportering till Socialstyrelsens Patientregister](#)

När det gäller hälso- och sjukvårdsstatistikens termer, begreppsdefinitioner och regelverk finns en nationell terminologi som Sveriges Kommuner och Landsting rekommenderat och som Region Skåne beslutat följa:

Diagnos- och åtgärdsregistrering (ICD-10-SE/KVÅ)

Nationellt patientregister (PAR-föreskrift)

Region Skåne

- PASiS-manualer - <http://vardgivare.skane.se/it/it-stod-och-tjanster-a-o/pasis/>

Krav på linjeansvar (koncernledning och verksamhetschef)

Koncernledningen ansvarar för

- att ta fram regionala registrerings- och kodningsanvisningar och att kommunicera detta i linjeorganisationen.
- att särskilda uppföljningsrutiner etableras och efterlevs i samråd med Patientadministrativa rådet och avvikelserapportering ska ske till koncernledningen.

Verksamhetschefen ansvarar för

- att säkra kunskap och kompetens
- att utforma arbetsrutiner
- följsamhet till Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne.

Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne

Registrering i Region Skånes patientadministrativa system (PASiS) utgår från ett patientperspektiv och syftar till att beskriva patienternas kontakter med, och väg genom den skånska hälso- och sjukvården. Syftet är inte att fullständigt beskriva enskilda medarbetares eller verksamheters insatser eller produktion, även om registrerad data till viss del kan användas för detta.

Vad ska registreras på patienten i PASiS

Vårdkontakter med patienten eller företrädare för patienten (t ex vårdnadshavare för barn).

Vårdkontakt som registreras i PASiS måste ha motsvarande journaldokumentation.

Var registreras vården

Enhetsbegrepp = den enhet som ansvarar medicinskt för vården.

Avdelning/Mottagningsbegrepp = den fysiska plats där vården bedrivs.

Vårdkontakten ska registreras i det patientadministrativa systemet på den enhet som har det medicinska ansvaret för den utförda vårdkontakten.

Öppenvård

Vårdkontaktsuppgifter

Vårdkontakt ska registreras och journalföras av den som bedömer/behandlar patienten.

Kvalificerade telefonkontakter, kvalificerade brev och videokontakter ska registreras och journalföras av den vårdgivare som har kontakten med patienten.

Öppenvårdsbesök

Öppenvårdsbesök = vårdkontakt inom öppen vård som innebär personligt möte mellan patient och behandlande hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal (vårdgivarkategori i PASiS) med uppgift att svara för vård av enskild patient eller grupp av patienter.

Ett eller flera öppenvårdsbesök samma dag

Huvudprincipen är att aldrig registrera mer än ett besök samma datum, inom samma enhet och samma hälsoproblem.

Enskilt besök

En patient träffar en hälso- och sjukvårdspersonal eller ett vårdteam

Gruppbesök

När många patienter träffar en hälso- och sjukvårdspersonal eller ett vårdteam.

Teambesök

(vårdgivarkategori 13 = team inkl läkare, 90 = team exkl läkare)

Öppenvårdsbesök eller hemsjukvårdsbesök där patienter möter flera hälso- och sjukvårdspersonal (vårdteam*) samtidigt eller i anslutning till varandra och sammanfattas i en samlad bedömning utifrån de olika professionernas kompetens.

*Vårdteam = grupp av samverkande hälso- och sjukvårdspersonal med olika kompetenser och med uppgift att svara för vård av enskild patient eller grupp.

När hälso- och sjukvårdspersonal utför självständigt arbete inom vårdteamet som dokumenteras i journal, räknas detta som teambesök. Självständigt är t ex när sköterska tar emot patienten och gör en egen bedömning som dokumenteras i journal. Alltså inte när hälso- och sjukvårdspersonal endast assisterar eller utför provtagning/mätningar etc som ingår i läkarbesöket.

Teambesök kan ske som vård av enskild patient och/eller gruppbesök

Teambesök över enhetsgränser

(vårdgivarekategori 14 = team inkl extern läkare, 91 = team inkl extern annan vårdgivare).

Vårdkontakt registreras på den enhet som patienten fysiskt besökt.

Om annan enhet är involverad kan registrering göras på annan enhet som konsultbesök = KO

Samordnade besök

Fler besök som är oberoende av varandra, bokade samma dag för att underlätta för patienten (patienten slipper åka två gånger) är inte teambesök = samordnade besök.

Patientavgift tas ut för alla besök.

Om den sökande träffar	Besöket rör	Så här registreras det	Exempel
Flera hälso- och sjukvårdspersonal	Olika hälso-problem	Flera besök Flera avgifter	
Flera hälso- och sjukvårdspersonal	Samma hälso-problem	Om besöken sker i anslutning till varandra och sammanfattas i en samlad bedömning utifrån de olika professionernas kompetens Ett besök = (teambesök)En avgift	Se definition för teambesök
Flera hälso- och sjukvårdspersonal	Samma hälso-problem	Samordnade besök Flera besök Flera avgifter	Patienten träffar planerat t ex läkare på förmiddagen och sjukgymnast på eftermiddagen, samordnat för att patienten ska slippa komma två gånger
Flera hälso- och sjukvårdspersonal	Olika hälso-problem	Flera besök Flera avgifter	Patienten har besök på medicinmottagningen och träffar olika specialister Patienten söker akut två gånger samma dag för olika hälsoproblem

Flera hälso- och sjukvårdspersonal	Samma hälso-problem	Ett besök En avgift	Om besöket sker på en mottagning där t.ex. konsulterande läkare finns med från annan enhet registreras besöket som teambesök. Konsulterande läkare kan registrera ett konsultbesök på sin enhet.
------------------------------------	---------------------	------------------------	--

Öppenvårdsbesök när patienten är inskriven i slutenvården

Vårdkontakter i öppenvård under pågående slutenvård ska registreras som vårdkontakter endast om de saknar samband med vårdtillfället. T ex sedan tidigare bokad behandlingsserie som fortgår under vårdtillfället som dialysbehandling eller annat tidigare bokad besök som saknar samband med aktuellt vårdtillfälle.

Om den sökande träffar	Besöket rör	Så här registreras det	Exempel
Hälso- och sjukvårdspersonal	Annat hälso-problem	Ett besök/en avgift	Patient som vårdas i slutenvård och har sedan tidigare planerat besök på en öppenvårdsmottagning på annan enhet för annat hälsoproblem
Hälso- och sjukvårdspersonal	Annat eller samma hälso-problem	Konsult	Patient vårdas i slutenvård och vårdavdelningen initierar ett besök på vårdavdelningen eller mottagning på annan enhet inom samma sjukhusstyrelse
Hälso- och sjukvårdspersonal	Samma hälso-problem	Internkonsult	Patient vårdas i slutenvård och har tidigare planerat besök inom samma enhet
Hälso- och sjukvårdspersonal	Annat hälsoproblem	Ett besök/en avgift	Patient vårdas i slutenvård och har tidigare planerat besök inom samma enhet

Kontakter som inte ska registreras i PASiS

Exempel:

- Utlämnande av medicinteknisk utrustning såsom sömnregistreringsutrustning, provtagningsmaterial m.m. utan journalförd bedömning
- Läkemedelsutlämning utan journalförd bedömning
- Utlämnande av informationsmaterial, hämtning av brev etc. utan journalförd bedömning

Hälso- och sjukvårdspersonal (i PASiS = vårdgivare)

Läkarbesök ska registreras med signatur t ex AA – Anna Anderson. Det finns ett vårdgivarregister i PASiS (bild 735) där dessa signaturer läggs upp. Bakom signaturen döljer sig en kod (10 -99) som anger vilken yrkeskategori det rör sig om.

Träffar patienten flera hälso- och sjukvårdspersonal vid samma besök ska detta registreras som teambesök (se teambesök, sid 12) KVÅ-koder kan användas för att beskriva vilka som medverkat självständigt vid besöket. Vårdkontakten ska registreras vid den enhet som patienten fysiskt besökt.

Medverkande hälso- och sjukvårdspersonal från annan enhet kan registrera vårdkontakten på egen enhet med kontakttyp för konsultbesök = KO

Exempel på vårdgivarekategorier

Läkare

10 = läkare

13 = team inklusive läkare

14 = team inklusive extern läkare (extern = läkare från annat medicinskt verksamhetsområde)

Annan hälso- och sjukvårdspersonal

20 = sjuksköterska

26 = undersköterska

27 = skötare

30 = sjukgymnast

31 = arbetsterapeut

32 = dietist

33 = kurator

34 = psykolog

80 = biomedicinsk analytiker

84 = kontaktsjuksköterska

85 = triagesjuksköterska

90 = team annan vårdgivare

91 = team inkl extern annan vårdgivare

Fler vårdgivarekategorier finns (PASiS bild 728).

Begreppet "akut" - öppenvård

Akut – om patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande/bedömning.

Ej akut – när patientens tillstånd inte kräver omedelbart omhändertagande/bedömning

Akut/opplanerat besök registreras i PASiS som Akut: **J**.

Elektivt/planerat besök registreras som Akut: **N**.

Akut J

- Besök där bedömningen görs att operation måste ske men t ex operationssal inte är tillgänglig, varför patienten bedöms kunna vänta till nästa dag.

Patient som söker på akutmottagningen och blir ombedd att komma åter till akutmottagningen och bedömningen är att ytterligare ett besök behövs för den akuta åkomman.

- Patient som söker på akutmottagningen och blir ombedd att komma åter till planerad mottagning nästa dag för att specialist ej fanns tillgänglig vid akutmottagningsbesöket.
- Vårdtillfälle där patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande.
- Öppenvårdsbesök där patientens tillstånd kräver omedelbar bedömning.
- Patient som inkommer till akutmottagningen i ambulans.
- Patient som söker själv där det bedöms att vård ej kan anstå, t ex sårskada, trauma.

Akut N

- Patient som söker på akutmottagningen och blir ombedd att komma åter till planerad mottagning för ny kontroll och nytt ställningstagande.
- Elektiv vård
- Patienter som får återbesök på akutmottagning för icke medicinsk akut sjukvård, t ex omläggning.
- Oplanerat besök p.g.a. ledig tid

Kontakttyp

Anger på vilket sätt kontakt mellan patient och vårdgivare äger rum. Alla kontakter nedan ska journalföras.

Om en anhörig företräder patienten ska besöket registreras på patienten med kontakttyp NY/ÅB och KVÅ-koden för anhörig XS001(ej barn).

Om en anhörig blir patient ska egen journal upprättas och besöket registreras på den anhörige som blir patient, betalning enligt gällande patientavgift.

Kontakttyp	Term	Beskrivning
NY	Nybesök	Öppenvårdsbesök som inte har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhets/ motsvarande), vårdcentral eller motsvarande
ÅB	Återbesök	Öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde (klinik/basenhets/ motsvarande), vårdcentral eller motsvarande
KO	Konsult	När läkare eller annan vårdgivare konsulteras och bedömer patienter i öppen- och slutenvård vid annan enhet ska detta registreras som KO = konsultbesök
KI	Internkonsult	För de verksamheter som följer upp interna konsultbesök krävs registrering av KI-kontakt = internkonsult (inom samma enhet)
KT	Kvalificerad ljud (telefon)	Distanskontakt via ljud, ersätter ett besök. För utförligare information, v g se Kvalificerad ljud, text och bildkontakt, sidan 18-19
TB	Telefonkontakt	Bokad telefonkontakt genererar registreringsunderlag
TE	Telefonkontakt	Genererar inget registreringsunderlag
KB	Kvalificerad text (brev)	Distanskontakt via text, ersätter ett besök. För utförligare information, v g Kvalificerad ljud, text och bildkontakt, sidan 19
BR	Brev	
AH	Anhörig	AH-registrering gäller endast Habilitering och hjälpmedel samt Psykiatri. AH (anhörig) = insats där anhöriga, närstående, företrädare, personal eller annan viktig person i patientens närmiljö deltar. Patienten är ej närvarande. Om anhörig eller närstående av andra skäl än att företräda patienten, exempelvis information om hur patienten mår, träffar hälso- och sjukvårdspersonal och patienten inte är närvarande.
SA	Samverkan med myndighet/ Organisation	Myndigheten kallar till kontakten och står för kostnaden. T ex försäkringskassan/arbetsförmedling etc. Patienten ska vara närvarande. Annan betalare måste anges.

		<u>Undantag SA gäller Rehabilitering och hjälpmedel samt Psykiatri:</u> Möte för planering och uppföljning avseende en patient där minst en av deltagarna kommer från annan förvaltning, myndighet eller organisation och där patienten eller företrädare inte är närvarande.
EG	Egenavgift	Hjälpmedel enligt hjälpmedelsförteckning etc.
VK	Bildkontakt	Distanskontakt via bild. Ersätter ett fysiskt besök.

Anledning (fler anledningar finns, bild 730 i PASiS)

Anledning	Term	Beskrivning
SJ	Sjukdom	
GB	Gruppbesök	Gruppbesök = öppenvårdsbesök där mer än en patient samtidigt möter en hälso- och sjukvårdspersonal. Kan t ex vara rökavvänjning i grupp, gruppbehandling inom psykiatri eller hos sjukgymnast, profylaxkurser och diabetesutbildning.
DM	Dagmedicin	Dagsjukvård där den medicinska åtgärden omfattar diagnostik eller terapi som normalt kräver en period av observation. Ingen tidsmässig precisering ska tillämpas. Exempel: dialysbehandling, cytostatikabehandling, elkonvertering
DR	Dagrehab	Dagsjukvård där den medicinska åtgärden omfattar diagnostik eller terapi som normalt kräver en period av observation. Ingen tidsmässig precisering ska tillämpas.
DK	Dagkirurgi	Dagsjukvård där den kirurgiska åtgärden normalt kräver att patienten får anestesi och en period av postoperativ övervakning. Ingen tidsmässig precisering ska tillämpas.
DP	Dagpsykiatri	Öppenvård som innebär betydligt mer omfattande och/eller resurskrävande insatser än vad ett besök normalt kräver. Ingen tidsmässig precisering ska tillämpas.
LA	Lab (medicinsk service)	Provtagning och medicinsk service. Dessa besök innehåller inte någon självständig bedömning, kan t ex vara preoperativt EKG.
IN	Intyg	Intyg för annat än sjukdom eller skada
SI	Sjukintyg	Förlängt sjukintyg.
VA	Vaccination	Vaccination
HÄ	Hälsovård	Preventiva insatser (ex BVC, MVC, Screening)
HA	Habilitering	
FO	Forskning	

Kvalificerad ljud-, text- och bildkontakt (telefon och video)

Kontakttyp i PASiS = KT, KB, VK

Kvalificerad ljud- och bildkontakt (telefon och video)

Avser ljud- och bildkontakt. Ska diagnosregistreras.

Kontakter som ska registreras som kvalificerad ljud- och bildkontakt (telefon och video)

- **Vårdkontakten ska ske via en dialog mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient och ska innehållsmässigt och tidsmässigt ersätta/motsvara ett öppenvårdsbesök.**
- Behandlingsansvarig gör en medicinsk/psykiatrisk bedömning och fattar beslut om eventuell behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning.
- Kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter om patienten för medicinska utlåtanden men inte för delgivning av utlåtandet.

Kontakter som inte ska registreras som kvalificerad ljud- och bildkontakt (telefon och video)

Upplysningar, information och råd:

- Allmänna upplysningar samt råd om patienten bör uppsöka någon vårdinrättning eller inte.
- Telefon-/fjärrkontakt som leder till besök eller inskrivning hos samma vårdgivare i direkt anslutning till kontakten. Eftersom det rör sig om en och samma vårdgivare är kontakten en del i besöket/vårdtillfället. Om kontakten utmynnar i förslag till besök eller inläggning hos annan vårdgivare är kontakten en kvalificerad kontakt.
- Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
- En telefon-/fjärrkontakt på ett par minuter kan inte anses ersätta ett öppenvårdsbesök.
- Begäran om journalkopia utan att personalen förklarar journalinnehållet eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.
- Information om öppettider, bokning av tolk eller sjuktransport och dylikt.

Sjukskrivning, recept, hjälpmedel:

- Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.

Utlåtande/svar:

- Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.
- Dosjustering under pågående behandling föranlett av provsvar – exv. vad gäller insulin, Waran, Litium mm.

Kontakt inom psykiatrin som ska registreras som kvalificerad kontakt

- Telefonkontakt med patient avseende kvalificerad hälso- och sjukvård räknas samtalsbehandling samt anamnestagning (av närstående) som i omfattning motsvarar ett besök.

-
- Kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter från patienten för medicinska utlåtanden, till exempel läkarutlåtande om hälsotillstånd, men inte kontakter som bara innebär delgivning av utlåtandet.

Kvalificerad textkontakt (brev)

Avser även elektroniska brev via 1177 Vårdguiden. Ska diagnosregistreras.

Kontakt som ska registreras som kvalificerad text (brev)

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

Kontakt som inte ska registreras som kvalificerad text (brev)

Upplysningar, information och råd:

- Kallelse.
- Information om förberedelser inför en kommande vårdkontakt.
- Sjukskrivning, recept, hjälpmedel.
- Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.
- Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.

Utlåtande/svar:

- Delgivning av medicinskt utlåtande eller av undersökningsresultat, inkluderar remissvar och provsvar.

Dosjustering under pågående behandling föranlett av provsvar – ex. vad gäller insulin, Waran, Litium mm.

BBIC

Undersökning inom Barnkliniker samt på primärvårdsnivå i Region Skåne.

BBIC, barns behov i Centrum är en utredningsmetod som används inom socialtjänsten i hela landet inför en eventuell placering av ett barn utanför hemmet. Barn upp till 13 års ålder ska företrädesvis genomföra denna läkarundersökning på barnmottagning. Barn och unga över 13 år ska främst undersökas inom primärvårdsnivån.

Vårdverksamheter i Region Skåne kan utföra hälsoundersökning under BBIC-standard, på begäran av kommunernas socialtjänst, och erhåller särskild ersättning för detta.

Kommunen debiteras av vårdgivaren enligt prislista för Patientavgift utan samband med sjukdom eller skada. Vårdgivare erhåller därutöver från Hälso- och sjukvårdsnämnden särskild ersättning på 2000 kr/undersökning.

[Hälsoundersökning enligt BBIC](#)

Bedömning/rådgivning hos triagesjuksköterska på akutmottagning

Triage är en process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur. Själva triageringen - bedömningen av prioriteringsgrad och fortsatt kontakt - ska inte betraktas som ett besök.

- Om patienten efter triagebedömning hänvisas till primärvård/annan vårdinrättning eller egenvård i hemmet ska ingen registrering ske i PASiS, endast dokumentation i journal och patientliggaren.
- Om triagesjuksköterskan efter triagebedömning själv gör en medicinsk bedömning och eventuell åtgärd som ersätter/motsvarar ett öppenvårdsbesök ska det registreras som ett besök med patientavgift enligt prislista.
- Går patienten vidare från triagesjuksköterska till annan vårdgivare på akutmottagningen, ska det registreras som ett besök med patientavgift enligt prislista.

Rutin för primärvården, se:

[Vårdcentral - Registreringsanvisningar i PASiS och PMO](#)

[BVC – Registreringsanvisningar i PASiS och PMO](#)

Avliden patient som inkommer till akutmottagningen

Konstaterande av dödsfall registreras som ett besök, [Orsakskod vid avgiftsbefriade besök](#)

Patient som avlider på akutmottagningen

Besöket registreras som ett läkarbesök med avgift enligt prislista.

Patientavgifter

I länken [Patientavgifter](#) hittar du avgifter för bland annat öppenvård, intyg och åtgärder som inte är på grund av sjukdom eller skada.

Betalsätt 3 (Utan avgift) vid besöksregistrering i PASiS

Betalsätt 3 - avgiftsbefriat

Besök som är avgiftsbefriat enligt gällande regelverk (beslutade avgiftsfria besök) ska registreras med betalsätt 3 (Utan avgift) vid besöksregistrering i PASiS oavsett om patienten har frikort eller inte.

Beslut om avgiftsbefriade besök tas av Regionfullmäktige och/eller Sveriges Riksdag/Regering.

[Avgiftsbefriade besök](#)

[Orsakskod vid avgiftsbefriade besök](#)

Vård inom/utom landet

I länken [Vård inom/utom landet](#) hittar du information om regler för vård i andra landsting i Sverige, vård av personer från andra länder samt asylsökande och papperslösa.

Självbetalande patienter (Huvudman 99)

Priset för patient som har ett planerat besök till mottagning och är självbetalande patienter ska vara klart när besöket bokas och anges som info till kassan. Patienten ska vara informerad om beloppet.

Referenser och länkar angående registrering i öppenvård

[Vårdcentral - Registreringsanvisningar i PASiS och PMO](#)

[BVC – Registreringsanvisningar i PASiS och PMO](#)

[Registreringsanvisningar hälso- och vårdval](#)

[Registreringsanvisning BUP](#)

[Registreringsanvisning Vuxenpsykiatri](#)

[Inrapportering till Socialstyrelsens patientregister](#)

[Hälsoundersökning enligt BBIC](#)

[Tillämpningsanvisningar till Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne, PASiS-manualer](#)

Slutenvård

Hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.

Begreppet "akut" - slutenvård

- Akut – om patientens tillstånd kräver omedelbar inläggning.
- Ej akut – när patientens tillstånd inte kräver omedelbar inläggning

Utomlänspatienter - Ett vårdlandsting ska så snart som möjligt, dock senast inom en vecka, efter inskrivningen ta kontakt med patientens hemlandsting för att erhålla remiss/betalningsförbindelse alternativt för överflyttning till hemlandstinget.

En utomlänspatient som tagits in för slutenvård överförs till en vårdenhet i hemlandstinget så snart det är möjligt med hänsyn till patientens tillstånd och andra omständigheter.

Akut/oplanerad inläggning registreras i PASiS som Akut: **J**.

Elektivt/planerad inläggning registreras i PASiS som Akut: **N**.

Akut J

- Vårdtillfälle där patientens tillstånd kräver omedelbart omhändertagande.
- Direktinläggning från hemmet/primärvården etc.
- Direktinläggning från planerat besök. (Direkt till avdelningen utan att passera akutmottagningen. DI+akut+ KVÅ-kod för akut inläggning)
- Känd patient ringer och bedömning görs att inskrivning bör ske men kan anstå till nästa dag = direktinläggning
- I slutenvård överflyttning/övertag av akut inskriven patienten till annan avdelning eller annat sjukhus för fortsatt vård. – Se sammanhållen vårdkedja

Akut N

- Elektiv vård
- Patient från väntelista

Sammanhängande vårdkedja

Vårdtillfälle som registreras Akut = J, ska ha en sammanhängande vårdkedja även om patienten byter klinik/sjukhus – dvs. fortsatt registrering Akut = J under hela vårdkedjan.

Exempel: En patient blir akut inskriven på kirurgen i Lund (Akut =J) ”planerad” utskrivning till kirurgen i Helsingborg för fortsatt vård, då ska även kirurgen i Helsingborg ange Akut = J när de skriver in patienten.

In-/utsätt

Insätt:

1. Från Hemmet
2. Från sjukhus, ej Region Skåne (skriv sjukhusets namn på textraden i PASiS).
3. Från sjukhus inom Region Skåne (skriv sjukhusets namn på textraden i PASiS).
4. Korttidsboende
5. Från annan enhet eget sjukhus (vid överflyttning visas insätt 5 och från vilken enhet patienter kommer).

8. Psyk sjukhem, inom Region Skåne (från vistelse på psyk sjukhem).

Utsätt:

1. Till hemmet
2. Till sjukhus, ej Region Skåne (skriv sjukhusets namn på textraden i PASiS).
3. Till sjukhus inom Region Skåne (skriv sjukhusets namn på textraden i PASiS).
4. Korttidsboende
5. Enhet eget sjukhus (skapas automatiskt när flytt sker i PASiS)
6. -
7. Avliden*
8. Psyk sjukhem, inom Region Skåne (till vistelse på psyk sjukhem).

*Tiden för när patienten avlider = utskrivningstiden. Undantag när patienten går till donation - utskrivningstid = efter operation.

Inskrivningstidpunkt

Oavsett var patienten befinner sig fysiskt ska patienten skrivas in på den enhet som har det medicinska ansvaret, t ex patient som går direkt till operation/röntgen m m från akutmottagningen. Inskrivningstidpunkten ska vara när patienten lämnar akutmottagningen.

Patienten kommer till avdelningen från	Tidpunkt
Akutmottagningen	När patienten lämnar akutmottagningen
Dagkirurgi/Planerat besök på mottagning	När patienten besöksregistrerats i kassan för dagkirurgi
Primärvården	När patienten anländer till sjukhuset

Direktinskrivning

Sjukhusen ska kunna direktinskriva patienter dygnet runt. Direktinskrivning förhindrar onödiga transporter mellan sjukhus och onödig väntan på akutmottagningen.

Definition av direktinskrivning

Direktinskrivning innebär med stöd av nedanstående kriterier att en patient kan direktinskrivas utan uppehåll och handläggning på akutmottagning.

Direktinskrivning kan ske på följande sätt:

Direkt från primärvården

Inskrivning på efter överenskommelse mellan primärvårdsläkare och ansvarig på sjukhuset. Detta kan även ske efter bedömning av kommunens sjuksköterska i samråd med ansvarig om man har god kännedom om patienten sedan tidigare

Direktkontakt med vårdavdelning

Oplanerad inskrivning av känd patient efter direktkontakt med läkare eller vårdavdelning, t ex enligt överenskommelse i samband med tidigare slutenvård eller mottagningsbesök. Denna inskrivningsform kan gälla patient med exempelvis benämningen VIP-patient.

Direkt från öppenvårdsbesök

Oplanerad inskrivning i direkt anslutning till öppenvårdsbesök – besök vid mottagning, dagmedicin, dagkirurgi eller dagrehab för undersökning/behandling – där det framkommer eller uppstår ett akut behov av slutenvård

Utarbetad vårdprocess

Akut inskrivning direkt på vårdavdelning enligt i förväg utarbetad vårdprocess, gäller exempelvis stroke-, hjärt- och höftfrakturpatienter då patient direktinskrivs utan uppehåll och handläggning på akutmottagning.

För närsjukhusen avses även direktinskrivning

Patienter från akutsjukhuset, som inte kräver akutsjukhusets resurser. Efter samråd med ansvarig läkare på närsjukhuset ska en direktinskrivning kunna göras på närsjukhusets avdelning direkt från akutmottagning eller akutvårdsavdelning förutsatt att patienten bedöms vara i stabilt skede samt ha ett återstående slutenvårdsbehov på minst två dygn.

Vid tidpunkt då närakuten är stängd och patienten inte obligat ska transporteras till akutsjukhus ska ambulanssjuksköterska kontakta jouren vid närsjukhuset för ställningstagande till direktinläggning.

Följande inskrivningar av patienter ska inte betecknas som direktinskrivning

- Planerad inskrivning från väntelista

-
- Övertag av slutenvårdspatient från annat sjukhus då patienten är medicinskt färdigbehandlad av specialistvården
 - Inskrivning på IVA
 - Inskrivning inom förlossningsvård

Registrering av direktinskrivning

För att få enhetlighet i uppföljningen av direktinskrivning av patienter på somatiska vårdavdelningarna i Region Skåne är det av stor vikt att alla registrerar på samma sätt.

Registrering i PASiS sker i två fält:

1. Under rubriken "In-kod" anges "DI" oavsett typ av direktinskrivning.
2. Under rubriken "Vårdkod" anges vem som initierat direktinskrivningen. Syftet är att kunna följa upp vem som initierat inskrivningen.

Vårdkod:

- AKUTSJH - Specialistläkare - direktinskrivning från ett akutsjukhus
- AMB - Ambulanssjuksköterska - direktinskrivning från ambulanssjukvården
- KSSK - Kommunens sjuksköterska - direktinskrivning från kommunal hälso- och sjukvård
- VIP - Patients eget initiativ - direktinskrivning av känd patient
- PV - Primärvårdsläkare - direktinskrivning från primärvården
- ÖV - Specialistläkare/specialist ssk - direktinskrivning från öppenvård akutmottagning/ akutvårdsavdelning till närsjukhus

Registrering i PASiS vid direktinskrivning

Inskrivningen ska vara Akut = J

Under rubriken In-kod anges DI, oavsett typ av direktinskrivning.

Till annat sjukhus/annan förvaltning för mindre åtgärd/konsult i Region Skåne

Inneliggande patienter som skickas till annat sjukhus/annan förvaltning för att få en åtgärd/konsult utförd (t ex PCI, pacemaker etc.) i öppenvård ska hanteras enligt följande: Patienten ska **inte** skrivas ut i PASiS eller journalsystem.

Mottagande enhet/sjukhus/förvaltning registrerar ett dagsjukvårdsbesök.

KVÅ-koder (och åtgärds-koder inom SUS) ska registreras där åtgärden utförs.

Om behandlande enhet/sjukhus/förvaltning bedömer att patienten inte kan skickas tillbaka efter åtgärd och att längre vårdtid krävs ska utskrivning till annan förvaltning ske, utskrivningssätt 3.

Vård inom/utom landet

I länken [Vård inom/utom landet](#) hittar du information om regler för vård i andra landsting i Sverige, vård av personer från andra länder samt asylsökande och papperslösa.

Referenser och länkar angående registrering i slutenvård
[Samverkan vid SIP eller utskrivning från slutenvård](#)

Primärklassificering

Klassifikation med diagnoskoder (**ICD-10-SE**) används för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker. Klassifikationer av vårdåtgärder (KVÅ) används för statistisk beskrivning av operationer och medicinska åtgärder inom hälso- och sjukvård.

För varje diagnos och åtgärd som registreras ska det finnas tydligt underlag i journalen.

Huvuddiagnos (1:a koden)

Huvuddiagnos är det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut.

Bidiagnos

Bidiagnos är ett annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning, behandling och har haft betydelse för vårdkontakten.

KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder)

KVÅ används för beskrivning av kirurgiska och medicinska åtgärder som blivit föremål för utredning, behandling och har haft betydelse för vårdkontakten.

Sekundärklassificering

Diagnosrelaterade grupper (DRG) är ett beskrivningssystem för att dela in vårdkontakter i grupper med likartade resursbehov och Adjusted clinical group (ACG) är ett beskrivningssystem för att dela in patienter i grupper med likartade resursbehov (sekundära patientklassificeringssystem).

Öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inläggning

Besök som leder till oplanerad inläggning ska förutom huvuddiagnos och relevanta bidiagnoser kodas med KVÅ-kod XS100. Övriga åtgärder tillförs slutenvårdstillfället.

Koden ska endast användas vid öppenvårdsbesök som leder till inskrivning i direkt anslutning till besök inom samma PASiS-organisation.

För diagnoskodning av dessa besök gäller att man i första hand anger diagnoskod för aktuell sjukdom. I andra hand diagnoskod för patientens symtom. I tredje hand Z-kod.

Koden U99.9 (diagnosinformation saknas) får aldrig användas i Region Skåne, då det är viktigt att kunna beskriva den sjukvård som bedrivs på enheten. I dessa fall blir inte beskrivningen av oplanerade inläggningar optimal vilket innebär att de inte kan följas upp.

KVÅ-koden XS100 leder till DRG, Z82O med texten ”besök med oplanerad inskrivning” och DRG-vikt 0.0000.

Vanliga symtomdiagnoser vid oplanerad inläggning från öppenvårdsbesök till slutenvård	Diagnoskod
Ascites	R18.9
Bradykardi	R00.1
Bröstsmärtor	R07.4
Buksmärtor	R10.4
Dehydrering	E86.9
Dysfasi och afasi	R47.0
Dyspné	R06.0
Fallbenägenhet	R29.6
Feber	R50.9
Förändrade avföringsvanor	R19.4
Gastrointestinal blödning	K92.2
Hematom/blödning ej traumatisk	R58.9
Hjärtklappning	R00.2
Hosta	R05.9
Huvudvärk	R51.9
Ikterus	R17.9
Illamående och kräkning	R11.9
Konfusion	R41.0
Koordinationsrubbnig	R27.8
Krampanfall	R56.8
Lokaliserad svullnad eller knöl ospec	R22.9
Medvetlöshet RLS 4-8	R40.2
Neurologiskt bortfall	R29.8
Näsblödning	R04.0
Parestesi (domningar/myrkrypningar)	R20.2
Sjukdomskänsla och trötthet	R53.9
Smärta	R52.9
Svimning	R55.9
Sväljningssvårigheter	R13.9

Sänkt vakenhetsgrad RLS 2-3	R40.0
Urinvägsbesvär	R39.8
Yrsel och svindel	R42.9

Att tänka på:

KVÅ-kod XS100 får endast användas på öppenvårdsbesöket.

Besöket kan vara akut och planerat.

”J” för ”inlagd” ska sättas i besöksregistreringsbilden på öppenvårdsbesöket.

”J” för ”akut inskrivning” ska sättas i inskrivningsbilden i slutenvård.

Automatiska KVÅ-koder

KVÅ-koder (XS-koder) hämtas automatiskt från besöksregistreringen (kontakttyp) i PASiS och ska därmed **inte** användas i den medicinska registreringen

KVÅ-kod	Typ
XS900	Enskilt besök
XS901	Gruppbesök eller gruppteambesök
XS902	Teambesök
XS012	Information och rådgivning med patient per telefon
XS003	Information och rådgivning med patient per brev
XS005	Extern informationsutbyte med myndighet/institution

Anvisningar för kodning av sequele/sena besvär

Vid kodning av sequele ska symtomen kodas först (B90-, B91-, B94-, E64-, E68.9, G09.9, I69-, O94.9, T90-T98) får inte användas som huvuddiagnos. T90-T98 ska även ha yttre orsakskod från Y85-Y89.

Om patienter har flera symtom ska det mest relevanta symtomet kodas först, därefter någon av B90-, B91-, B94-, E64-, E68.9, G09.9, I69-, O94.9, T90-T98 för att sedan följas av ev. fler symtomkoder.

Exempel på vanliga symtomdiagnoser vid sequele/sena besvär	Diagnoskod
Dysfasi och afasi	R47.0
Dyspné	R06.0
Fallbenägenhet	R29.6
Huvudvärk	R51.9
Konfusion	R41.0
Koordinationsrubbing	R27.8
Krampanfall	R56.8
Neurologiskt bortfall	R29.8
Parestesi (domningar/myrkrypningar)	R20.2
Sjukdomskänsla och trötthet (inkl hjärntrötthet)	R53.9
Smärta	R52.9
Svimning	R55.9
Sväljningssvårigheter	R13.9
Yrsel och svindel	R42.9
Hemipares	G81.9
Parapares ospec	G82.2
Lindrig kognitiv svikt (subjektiv)	R41.8A
Spasm, kramp	R25.2
Balansrubbingar	R26.8

Riktlinjer för rapportering av bidiagnoser i slutenvård

Inledning

Region Skåne har tagit fram följande riktlinjer för kodning av vissa bidiagnoser. Syftet är att en patientens vård ska beskrivas på samma sätt oavsett var vården har skett.

Generella riktlinjer

Endast bidiagnoser som haft relevans för det aktuella vårdtillfället ska kodas. Vilka tillstånd som haft betydelse under vårdtillfället bedöms av ansvarig läkare. En tidigare utläkt sjukdom eller ett kroniskt tillstånd, t ex en tidigare galloperation eller en välreglerad hypotyreos, kan finnas dokumenterad i journalen utan att dessa ska kodas.

Kodning av relevanta bidiagnoser i slutenvård

Tidigare känd kronisk sjukdom kodas:

- a) om den medfört resurskrävande utredning, exempelvis röntgen, ultraljudsundersökning, omfattande provtagning, ändrad medicinering eller konsultation av annan specialitet vid det aktuella vårdtillfället.
- b) om den utgjort en riskfaktor av betydelse även om sjukdomen under vårdtillfället inte nämnvärt påverkat resursåtgång annat än enklare provtagning och oförändrad medicinering. Med riskfaktor avses tillstånd och omständigheter som, i samband med aktuellt vårdtillfälle, ökar risken att i förtid drabbas av sjuklighet och död.

Tidigare kända sjukdomar i stabilt läge kodas:

- a) om sjukdomen utgör en riskfaktor av betydelse för vårdtillfället
- b) om sjukdomen har ett klart samband med huvuddiagnosen
- c) om man gör någon utredning eller ändrar medicinering för sjukdomen

Förteckning gällande riktlinjer när ett antal vanligt förekommande tillstånd bör kodas som bidiagnos, förutsatt att tillståndet inte är aktuellt som huvuddiagnos.

Förteckningen anges i bokstavsordning och är ingen prioritering mellan diagnoserna och givetvis finns många andra tillstånd som kan vara aktuella som bidiagnoser. Betydelsen av en kodad bidiagnos ska framgå av den aktuella journaltexten, epikris/överflyttningsanteckning.

Anemi

Kodas om kliniska manifestationer eller provtagning har föranlett blodtransfusion eller insättande av medicinering under vårdtillfället. Förväntad blödning under pågående operation kodas inte som anemi, även om blodtransfusioner har givits.

Astma

Kodas om kliniska manifestationer eller provtagning föranleder medicinjustering och åtgärder under vårdtiden, t ex syrgasbehandling. Kodas om sjukdomen kräver pågående fortlöpande behandling med steroider eller utgör en riskfaktor.

Diabetes

Utgör en riskfaktor och kodas vid relevans-

Elektrolytrubbning

Måttlig förväntad elektrolytrubbning i relation till huvuddiagnos ska **inte** kodas, exempelvis hypokalemi vid kräkningar, mindre rubbningar som enkelt korrigeras med tabletter eller intravenös vätsketillförsel. Kodas om den föranleder intensivvård eller annan typ av mer avancerad intervention eller utredning.

Förmaksflimmer

Utgör en riskfaktor och kodas vid relevans.

Hjärtarytmier

Kodas vid relevans eller om provtagning har föranlett medicinjusteringar eller utgör en riskfaktor.

Hjärtsvikt

Utgör en riskfaktor och kodas vid relevans.

Hypertoni

Kodas vid relevans eller provtagning har föranlett medicinjusteringar eller utgör en riskfaktor.

Hypotyreos

Kodas vid relevans eller provtagning har föranlett medicinjustering.

Kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL

Utgör en riskfaktor och kodas vid relevans.

Nedsatt njurfunktion

Utgör en riskfaktor och kodas vid relevans.

Obesitas

Kraftig övervikt är en riskfaktor vid kirurgiska ingrepp och ibland även vid annan vård och kodas vid relevans.

Psykiatriska diagnoser

Kodas vid relevans.

Reumatoid artrit

Kodas vid relevans eller provtagning som föranleder medicinjustering och åtgärder under vårdtiden. Vid symtomfrihet med pågående immunsupprimerande behandling kodas om det utgör en riskfaktor.

Riskfaktorer avseende levnadsvanor

Alkohol

Hög/skadlig konsumtion kodas som riskfaktor vid relevans, t ex vid leversjukdom, trauma och psykiatriska tillstånd där konsumtionen inte är en del av huvuddiagnosen.

[Anvisningar för kodning av bruk och missbruk av alkohol](#)

Rökning

Daglig rökning kodas som riskfaktor, t ex vid KOL, hjärt-kärlsjukdom eller vid operation i narkos.

F17.1 är koden för att patienten röker (rökningen har orsakat eller orsakar sjukdom eller skada på patienten).

F17.2 är att vara beroende av tobak men säger inte att patienten har någon skadlig effekt av sitt rökande.

Tidigare genomgångna sjukdomar som kan ha relevans för ett vårdtillfälle i slutenvård

Malignitet i den egna sjukhistorien

Kodas om det föranleder utredning vid andra tillstånd (associerad hereditet, patientoro).

Tidigare hjärtinfarkt

Utgör en riskfaktor vid relevans.

Tidigare djup ventrombos, lungemboli, TIA, missbruk av droger och stroke utan resttillstånd

Kodas vid relevans.

Tidigare stroke med resttillstånd

Hemipares, afasi och/eller andra resttillstånd efter tidigare stroke kodas vid relevans som påverkar resursåtgång vid vårdtillfället.

Registrering och kodning av dialyspatienter

Se [Tillämpingsanvisningar till Regionala riktlinjer för registrering och kodning i Region Skåne](#),

Referenser och länkar angående klassificering

[Klassificering och koder](#)

[Lathundar för diagnos- och åtgärdskodning för annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare](#)

[Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos](#)

[Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård](#)

[Anvisningar för kodning av vårdåtgärder](#)

[Anvisningar för kodning av infekterade sår](#)

[Anvisningar för kodning av akut appendicit](#)

[Anvisningar för kodning av HIV-infektion](#)

[Kodningsanvisningar Socialstyrelsen](#)

[Klassifikation ICD-10-SE](#)

[ICD-10-SE browser](#)

[Visual-DRG \(Namn: Skane, Lösenord: Skanedrg\)](#)