

## **Riktlinjer för diagnoser på vårdcentral inom Hälsoval Skåne**

### **Innehåll**

Sammanfattning .....	2
Diagnoser i Primärvården .....	2
Riktlinjer för korrekt diagnosregistrering i Skåne .....	2
Diagnos vid vårdkontakt .....	3
Seriebehandlingar .....	3
Kroniska diagnoser .....	4
Dubblering av diagnoser .....	4
Första kontakt med patient .....	4
Förekomst av allvarliga tillstånd i sjukhistorien .....	4
Bakgrund om kodning, statistisk klassifikation .....	5
Mer om att ställa diagnos .....	6
Mer om att registrera/klassificera diagnoser .....	6
Registrering vid olika typer av vårdkontakt .....	7
Kvalificerade vårdkontakter .....	7
Telefonkontakt är en form av distanskontakt .....	8
Källor: .....	8

## Sammanfattning

- Ställa diagnos= att konstatera vilken sjukdom/symtom/diagnos patienten har
- Registrera diagnos= skriva in koden för en redan ställd diagnos
- Den diagnos som först registreras vid besöket räknas automatiskt som huvuddiagnos
- Endast diagnoser, som haft relevans för besökstillfället och påverkat aktuell vård eller behandling, registreras
- I de fall specifik sjukdomsorsak inte är känd vid kontakttillfället används symtomdiagnos
- Undvik korrigerade diagnoserna i efterhand, det som är slutbedömningen vid varje vårdkontakt gäller
- Medarbetaren ansvarar för att kritiskt värdera att diagnoserna som registreras är relevanta vid varje kontakttillfälle de används
- Uppdragsgivaren rekommenderar successiv övergång till ICD-10
- Dubbelldiagnos och irrelevanta upprepningar vanligaste registreringsfelen

## Diagnoser i Primärvården

Diagnos används i det kliniska arbetet som en sammanfattande bedömning av ett tillstånd dvs. man bedömer vilket sjukdomstillstånd patienten har. För att ställa en diagnos måste man ha kunskap i ämnet och klinisk kunskap om patienten. Den ställda diagnosen ska dokumenteras i journalen i enlighet med patientdatalagen. Diagnostexten bör avspegla den kliniska situationen med/för den aktuella patienten och formuleras helt fritt.

Ställa diagnos= att konstatera vilken sjukdom/symtom/diagnos patienten har.

Registrera diagnos= skriva in en redan ställd diagnos (t ex hypertoni vid blodtryckskontroll), oftast genom att samtidigt skriva in tillhörande kod enligt ICD-10.

## Riktlinjer för korrekt diagnosregistrering i Skåne

De diagnosklassifikationer som används i Hälsoval Skåne är antingen KSH97-P eller ICD-10-SE (fullständig version). Uppdragsgivaren rekommenderar alla vårdcentraler att gradvis gå över till att enbart använda ICD-10-SE (fullständig version) och tillhörande lathundar för att underlätta vid framtida övergång till ICD-11. Varje medarbetare har idag möjlighet att när som helst växla mellan KSH97-P och fullständig ICD-10 via journalsystemet PMO men i nya journalsystemet kommer endast ICD-10 vara tillgängligt.

## Diagnos vid vårdkontakt

Den diagnos som först registreras vid besöket räknas automatiskt som huvuddiagnos. Den bör om möjligt syfta till det tillstånd som var huvudsakliga anledningen till vårdkontakten, fastställt vid vårdkontaktens slut.

**Den huvuddiagnos som formuleras vid besökets slut behöver inte vara densamma som kontaktorsaken. Det är de vid besökets slut formulerade anledningarna till vårdkontakten som ska registreras och klassificeras.**

Om ingen klar sjukdomsdiagnos kan anges, ska det viktigaste symtomet eller hälsoproblemet anges. Om orsaken till patientens problem fastställs i en senare fas i utredningen, exempelvis vid senare vårdkontakt, ska inte diagnoser angivna för tidigare besök ändras i efterhand. Endast diagnoser, som haft relevans för besökstillfället och påverkat vård eller behandling, registreras. Till exempel kan diabetes mellitus ha relevans för bedömning av en akut infektion men inte vara huvudorsak till kontakten. Uppföljning av akut hjärtinfarkt registreras med diagnos ischemisk hjärtsjukdom eftersom patienten inte har pågående infarkt, samma princip gäller uppföljning efter stroke som registreras med aktuella restsymtom alternativt z-diagnos.

Däremot ska upprepning av tidigare diagnoser utan relation till aktuell behandling eller åtgärd inte göras. Undvik generell registrering av diagnoser från inkomna sjukhusepikriser!

Den mest specifika diagnosen som det finns underlag för registreras utifrån den information som föreligger vid kontaktögonblicket, och skall inte korrigeras i efterhand. Om underlaget är otillräckligt väljs istället en symtomdiagnos. Om utredning sedan ger stöd för en mer specifik organdiagnos i samband med att provsvar eller annan information tillkommit registreras den nya diagnosen när patienten informeras om den.

Symtomdiagnoser kan baseras på patientens aktuella berättelse. Alla andra diagnoser måste baseras på ett tydligt medicinskt underlag.

Diagnos som registreras måste vara rimligt säker. ”Misstänkt” eller ”frågetecken” ska inte användas. Ange istället en mer ospecifik diagnos eller en symtomdiagnos.

Vid diagnosregistrering som görs vid andra vårdkontakter än fysiska besök skall det framgå i journaltexten varför diagnosen registrerats just då. Det kan t ex gälla begärd uppföljning på vårdcentralen efter sjukhusvård för hjärtinfarkt eller inkomna lab- röntgen- eller remissvar. Det kan också gälla bedömning i samband med telefonrådgivning eller diagnosregistrering i samband med receptförnyelse.

## Seriebehandlingar

Vid seriebehandlingar av t.ex. fysioterapeut, dietist, kurator eller psykolog behöver endast första och sista kontakten diagnosättas vilket minskar administrativ belastning och gör journalen mer överskådlig.

## Kroniska diagnoser

Livslånga diagnoser kan i PMO markeras som ”kroniska diagnoser”, så att de visas överst på diagnoslistan och på så sätt ger en tydlig överblick över de väsentliga sjukdomar som en patient har. Den läkare som markerar en diagnos som kronisk ansvarar för att underlaget för diagnosen är tydligt dokumenterat i journalen vid detta kontakttillfälle, i form av löptext eller hänvisning till rubriken sammanfattning. Det bör framgå tydligt både när sjukdomen debuterade och vilket underlag diagnosen är baserad på. Vilka tillstånd som räknas till de kroniska varierar dock något eftersom här saknas en allmänt vedertagen definition, denna registrering är bara en av många möjligheter till struktur i PMO och saknar betydelse för ersättningar eller statistiska beräkningar.

Kroniska diagnoser kan även upprepas som besöksdiagnoser när de är relevanta för den aktuella vårdkontakten. Tillämpningen av ACG i Region Skåne gör att det räcker att registrera varje diagnos en enda gång per 18-månadersperiod för att den ska ingå i beräkningen av ACG.

## Dubblering av diagnoser

Dubblering av likartade diagnoser (ex lumbago/ryggvärk) ska inte registreras eftersom ansvarig för vårdkontakten ska ta ställning till vilken av ovanstående som bäst beskriver orsaken till besöket. Dubbelregistreringar tar onödig tid från patientarbetet och skapar inget värde för vare sig patienten eller vårdgivaren. Tvärtom blir journalen svårsläst och otydlig om den fylls av en rad snarlika diagnoser.

Om en specifik organdiagnos (ex hjärtsvikt eller depression) kan ställas ska man inte registrera symtomdiagnoser avseende symtom som ingår i sjukdomen (ex ödem, andnöd respektive ångest, sekundär sömnstörning, viktnedgång). Det tar också onödig tid från patientarbetet, och skapar inget värde för vare sig patienten eller vårdgivaren.

## Första kontakt med patient

Vid patientens första kontakt på en ny vårdcentral bör alla diagnoser som hämtas från tidigare vårdkontakter dokumenteras genom en tydlig sammanfattning, med tydlig och konkret hänvisning till tidigare dokumentation exempel ”KOL stadium 2 påvisad vid spirometri på VC Näsby 2013-05-21”. Hänvisningen ska göra det möjligt för den som träffar patienten nästa gång att med en rimlig tidsåtgång hitta relevant bakgrund till registrerade diagnoser.

## Förekomst av allvarliga tillstånd i sjukhistorien

Diagnoser som trombos och lungemboli registreras i specialiserad sjukvård i samband med nyinsjuknandet. Därefter ska de inte registreras i primärvårdsjournalen vid fortsatta kontakter. Om tidigare tromboembolisk sjukdom behöver lyftas fram i journalen kan det markeras genom diagnos Z86.7 Sjukdomar i cirkulationsorganen i den egna sjukhistorien eller än mer specificerat med Z86.7A Lungemboli i egna sjukhistorien. För att få en tydlig diagnoslista kan också en kort

förklaring läggas in i diagnosens kommentarsfält ex ”Postoperativ lungemboli 2012” om den skulle vara postoperativt .

Diagnosen stroke ska endast användas vid det akuta insjuknandet i stroke fram till och med första återbesöket inom öppenvården. I praktiken torde denna diagnos således nästan uteslutande bli aktuell inom sjukhusvården. Patienter som tidigare haft en stroke med restsymtom kan vid senare kontakter på vårdcentralen få det svåraste symtomet som huvuddiagnos, det vill säga den först registrerade diagnosen och därefter I69 Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom specificerat med ytterligare siffra beroende på genes. De med tidigare stroke ska fortsatt gå på årliga kontroller men i avsaknad av restsymtom registreras istället I67 med .2 Cerebral ateroskleros alternativt .8 Andra specificerade cerebrovaskulära sjukdomar eller .9 Cerebrovaskulär sjukdom, ospecificerad. När där finns annan huvudorsak till besöket men patientens tidigare stroke ändå är relevant passas tillägg av Z86.7 Sjukdomar i cirkulationsorganen i den egna sjukhistorien eller den än mer specifika Z86.7C Cerebral insult utan bestående men i den egna sjukhistorien.

Cancerdiagnos ska bara användas när patienten fortfarande får aktiv behandling för sin cancersjukdom. Tidigare cancer bör ofta lyftas in och kan skrivas in i sammanfattningen och dessutom registreras vid de vårdkontakter där diagnosen har betydelse för besöket, då med koden Z85 och sista siffran väljs utifrån cancertyp. . För att få en tydlig diagnoslista kan en kort förklaring läggas in i diagnosens kommentarsfält, ex ”Op bröstcancer 2005”.

## Bakgrund om kodning, statistisk klassifikation

Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD är den mest använda indelningen och är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och dödsorsaker för att kunna göra översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Den svenska versionen heter ICD-10-SE. Kodtexten kan ibland överensstämja med eller påminna om den kliniska diagnosen, men är inte avsedd att vara rekommenderande eller bindande för diagnosformuleringen. ICD-10 utgavs av WHO 1992 och nästa version vid namn ICD-11 är färdig men ännu inte införd i Sverige. Före eventuellt införande i Sverige krävs översättning och acceptans av både landstingen och socialstyrelsen vilket innebär att ICD-10-SE fortsätter vara aktuell ytterligare några år.

Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (mest känd som KSH97) är en tidigare version av ICD-10. Den är ursprunget till KSH97-P där P står för Primärvård, som är ett urval av rekommenderade koder och inkluderar sammanslagning av vissa koder till mer ospecifika, övergripande sådana som avslutas med -P. Den togs fram särskilt för primärvården av Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) på uppdrag av socialstyrelsen och ersatte 1997 den tidigare *Klassifikation av sjukdomar 1987. Primärvård.*

**Klassifikationen av sjukdomar och relaterade hälsoproblem är ett nödvändigt verktyg för beskrivning av dödsorsaksmönstret och sjukdomspanoramata i en**

**befolkning och för annan epidemiologisk forskning.** I Sverige har den fått en mycket bred användning. Den används för patientstatistik i öppen och sluten vård och i de regionala och centrala register som byggs upp från denna statistik. Den är grunden för registrering av dödsorsaker hos Socialstyrelsen. Den används också inom sjukförsäkringen och för statistik över arbetsskador. Den utnyttjas för registrering av sjukdomar inom företagshälsovården och inom försvaret. Den används dessutom i forskningsregister.

## **Mer om att ställa diagnos**

**Att ställa diagnos handlar i grunden om att göra en medicinsk bedömning av vilken sjukdom eller hälsoproblem en patient har. Därefter tillkommer att avgöra vilka tillstånd som har betydelse för den aktuella kontakten med sjukvården så specifikt som möjligt.**

I allmänhet är det läkare eller tandläkare som ställer diagnos, men all hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, en funktionsnedsättning eller en skada kan ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Att ställa en slutgiltig sjukdomsdiagnos kan därför ses som en process, där olika yrkesutövare bidrar med sin kompetens. Det kan gälla bl.a. sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer med flera. Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att personalens kompetens är tillräcklig för arbetsuppgifterna och kan besluta om vem/vilka som kan ställa diagnos på enheten.

## **Mer om att registrera/klassificera diagnoser**

Då man registrerar en diagnoskod är syftet är att skapa underlag för

- **en standardiserad beskrivning av patientens tillstånd**
- **korrekt statistik att använda i uppföljning, kvalitetsutveckling, forskning och beräkningar**

Registreringen av kod i journal bör utföras av medicinsk sekreterare alternativt hälso- och sjukvårdspersonal som är väl förtrogen med registreringsanvisningarna, koderna och klassifikationsstrukturen inom sitt eget kompetensområde.

Diagnoser som är väl dokumenterade och som presenteras i översiktliga och tydliga diagnoslistor är ett helt centralt verktyg i en god allmänmedicinsk konsultation.

En viktig förutsättning för patientsäker sjukvård är att varje medarbetare som träffar en patient kan hitta korrekt, tydlig och lättillgänglig dokumentation i patientjournalen kring tidigare sjukhistoria och diagnoser. En alltför lång diagnoslista över tillfälliga sjukdomar och symtom riskerar istället försämra överblicken över de kroniska sjukdomarna och därmed äventyra patientsäkerheten.

**Det är därför väsentligt och helt grundläggande att den medarbetare som registrerar en diagnos alltid ska fråga sig kritiskt om patienten verkligen har**

**sjukdomen i fråga vid det tillfälle då diagnosen registreras, samt om den är relevant för den aktuella vårdkontakten.**

Patienten kan läsa sin egen journal på nätet och bör, självklart utifrån information som gavs vid besöket, kunna känna igen sig i de diagnoser som är registrerade i samband med besöket. Dessutom behövs inte sällan ett medicinskt underlag och journalutdrag när patienten vill teckna försäkringar av olika slag och även i detta sammanhang är det självklart att alla diagnoser behöver vara väl underbyggda.

För samtliga legitimerade yrkesgrupper rekommenderas att diagnos sätts vid journalförd, kvalificerad vårdkontakt i enlighet med ekonomidirektörsbeslut från 2009. I de fall specifik sjukdomsorsak inte är känd vid kontakttillfället används symtomdiagnos. Diagnosen för den aktuella åkomsten och övriga tillstånd som haft betydelse för handläggningen dokumenteras och signeras i journalen av den som har träffat patienten. Den diagnos som ställs är ett underlag för fortsatt vård och behandling. En konsekvens är att medicinsk sekreterare inte självständigt skall registrera diagnoser i journalen. Medicinsk sekreterare skall endast registrera diagnos efter diktat eller annan anvisning från hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för anteckningens innehåll.

**Diagnoskoden/koderna skall avse de sjukdomar och tillstånd som avhandlats under besöket eller vid kontakten. Om det i efterhand framkommer ytterligare information som gör att mer specifik diagnos kan ställas ska detta göras vid nästa vårdkontakt i samband med att patienten informeras om diagnosen.** Kodningen skall alltid begränsas till de bedömningar som gjordes vid tiden för besöket eller kontakten utifrån den information som då fanns tillgänglig. Exempelvis kan en första kontakt resultera i diagnosen trötthet, nästa i anemi och den tredje i koloncancer. Symtom- eller bristdiagnoser ska inte upprepas när mer specifik diagnos satts.

## **Registrering vid olika typer av vårdkontakt**

Socialstyrelsen ansvarar för samordning av terminologin inom fackområdet vård och omsorg, som innefattar hälso- och sjukvård och socialtjänst. De olika kontaktyperna som rekommenderas finns i socialstyrelsens termbank <http://termbank.socialstyrelsen.se/> och uppdateras kontinuerligt.

## **Kvalificerade vårdkontakter**

Vid samtliga kvalificerade vårdkontakter, det vill säga sådana som antingen är självständiga, fysiska besök eller sådana kontakter som kan ersätta fysiska besök, rekommenderas att samtlig hälso- och sjukvårdspersonal ställer och registrerar diagnos. Begreppet kvalificerad vårdkontakt kommer från anvisningarna till vad som ska rapporteras in till nationella patientregistret för specialiserade vården men används ändå inom primärvårdsområdet för att möjliggöra jämförelser mellan primärvård och annan öppenvård.

## Telefonkontakt är en form av distanskontakt

Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination eller genom överföring av text, rekommenderade begrepp i termbanken är distanskontakt via telefon, distanskontakt via videolänk och skriftlig distanskontakt.

Vid distanskontakt som inte innefattar någon medicinsk bedömning eller som leder till en besöksbokning idag eller längre fram, registreras ingen diagnos. Diagnosen registreras enbart vid efterföljande besök.

Vid kvalificerad distanskontakt, (i PMO kallas sådan via telefon för telefonrådgivning) som inkluderar medicinsk bedömning och ersätter ett fysiskt besök, rekommenderas att sätta diagnos, ofta blir det då en symtomdiagnos då mer exakta sjukdomsmekanismer kan vara svåra att avgöra på distans.

Fastställt i patientadministrativa rådet 2018-10-23

Ingela Fröjd

Ordförande patientadministrativa rådet

Petra Widerkrantz

Medicinsk rådgivare, region Skånes  
kontaktperson för  
klassifikationsverksamheten vid  
Socialstyrelsen

## Källor:

Socialstyrelsen

Inledning till ICD-10

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Inledning-till-ICD-10-SE-rev.2016.3.pdf>

Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård 2016

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-22>

Termbanken <http://termbank.socialstyrelsen.se/>