

## **Riktlinjer för diagnosregistrering – Vårdcentral i Hälsoval Skåne**

### **Innehållsförteckning**

Sammanfattning.....	2
Riktlinjer för diagnosregistrering i Skåne .....	2
Diagnos vid vårdkontakt.....	2
Seriebehandlingar.....	3
Kroniska diagnoser.....	3
Dubblering av diagnoser.....	3
Första kontakt med patient .....	3
Förekomst av allvarliga tillstånd i sjukhistorien.....	3
Mer om att ställa diagnos .....	4
Mer om att registrera/klassificera diagnoser .....	4
Kvalificerade vårdkontakter .....	4
Källor:.....	5

Fastställd i patientadministrativa rådet 2021

Ingela Fröjdh  
Ordförande patientadministrativa rådet

Petra Widerkrantz  
Medicinsk rådgivare Region Skåne

## Sammanfattning

- Registrera endast diagnoser som har relevans för kontakttillfället och påverkar aktuell vård eller behandling. Underlag för registrerad diagnos ska finnas i journalanteckning.
- I de fall specifik sjukdomsorsak inte är känd vid kontakttillfället används symtomdiagnos.
- Undvik att korrigera diagnoser i efterhand, det som är slutbedömningen vid varje vårdkontakt gäller.
- Medarbetaren ansvarar för att kritiskt värdera att diagnoser som registreras är relevanta vid varje kontakttillfälle de används.
- Diagnosregistrera med ICD-10 (ej KSH97-P).
- Vanligaste registreringsfelen är irrelevanta upprepningar av diagnoser och dubbeldiagnoser.

## Riktlinjer för diagnosregistrering i Skåne

De diagnosklassifikationer som används i Hälsoval Skåne är ICD-10-SE (fullständig version). Diagnos används i det kliniska arbetet som en sammanfattande bedömning av ett tillstånd, det vill säga bedömning av vilket sjukdomstillstånd patienten har. För att ställa en diagnos måste hälso- och sjukvårdspersonal ha kunskap i ämnet och klinisk kunskap om patienten. Registrerad diagnos ska avspegla den aktuella kliniska situationen. Den ställda diagnosen ska dokumenteras i journalen i enlighet med patientdatalagen.

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

Registrera diagnoskod = skriva in en ställd diagnos (t ex hypertoni vid blodtryckskontroll) med tillhörande kod enligt ICD-10.

### Diagnos vid vårdkontakt

Den diagnoskod som registreras först vid vårdkontakten räknas automatiskt som huvuddiagnos, och den bör om möjligt syfta till det tillstånd som var huvudsakliga anledningen till vårdkontakten. Den huvuddiagnos som formuleras vid besökets slut behöver inte vara densamma som kontaktorsaken, utan det är de vid besökets slut formulerade anledningarna till vårdkontakten som ska registreras och klassificeras.

Diagnosregistreringen ska begränsas till de bedömningar som gjordes vid 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. Om orsaken till patientens problem fastställs i en senare fas i utredningen, exempelvis vid senare vårdkontakt, ska inte diagnoskoder angivna för tidigare besök ändras i efterhand.

**Endast diagnos, som haft relevans för kontakttillfället 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. Generell registrering av diagnoser från inkomna sjukhusepikriser eller justeringar från Samverkan vid utskrivning (SVU) ska inte göras.

Symtomdiagnoser kan baseras på patientens aktuella berättelse. Alla andra diagnoser ska baseras på ett tydligt medicinskt underlag. Symtom- eller bristdiagnoser ska inte upprepas när mer specifik diagnos satts. 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 ska det framgå i journaltexten varför diagnosen registrerats just då. Det kan exempelvis gälla begärd uppföljning på vårdcentralen efter sjukhusvård för hjärtinfarkt eller inkomna labb-, röntgen- eller remissvar eller bedömning i samband med telefonrådgivning, alternativt diagnosregistrering vid receptförnyelse.

### **Seriebehandlingar**

Vid seriebehandlingar av till exempel fysioterapeut, dietist, kurator eller psykolog behöver endast första och sista kontakten inom primärvården diagnosregistreras vilket gör journalen i PMO mer överskådlig och minskar administrativ belastning för hälso- och sjukvårdspersonalen.

### **Kroniska diagnoser**

Livslånga diagnoser kan i PMO markeras som "kroniska diagnoser", så att de visas överst på diagnoslistan och ger en tydlig överblick över de väsentliga sjukdomar som patienten har. Den läkare som markerar en diagnos som kronisk ansvarar för att underlaget för diagnosen är tydligt dokumenterat i journalen vid aktuellt kontakttillfälle. Detta sker i form av löptext eller hänvisning till rubriken sammanfattning i PMO där det även framgår både när sjukdomen debuterade och vilket underlag diagnosen är baserad på.

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 gång per 18-månadersperiod för att den ska ingå i beräkningen av ACG. Trigger för att lägga in kroniska diagnoser, så att man inte missar. Tydlighet kring att diagnosen måste dokumenteras vid respektive kontakt.

### **Dubblering av diagnoser**

Dubblering av likartade diagnoser (t ex lumbago + ryggvärk) ska inte registreras. Ansvarig för vårdkontakten ska ta ställning till vilken diagnos som bäst beskriver orsaken till vårdkontakten. Dubbelregistreringar tar onödig tid från patientarbetet och skapar inget värde för vare sig patienten eller hälso- och sjukvården utan tvärtom blir journalen svårläst och otydlig vid registrering av snarlika diagnoser. Om en specifik organdiagnos (t ex hjärtsvikt eller depression) kan ställas, registrera **inte** symtomdiagnoser som beskriver symtom som ingår i sjukdomen (t ex ödem, andnöd respektive ångest, sekundär sömnstörning, viktnedgång).

### **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 exempelvis "KOL stadium 2 påvisad vid spirometri på Vårdcentral XX 2021-08-21". 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**

Akuta diagnoser såsom trombos, hjärtinfarkt, stroke 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 Z86.7A "Lungemboli i egna sjukhistorien". För att få en tydlig diagnoslista kan en kort förklaring läggas in i diagnosens kommentarsfält, exempelvis "Postoperativ lungemboli 2021".

Diagnosen stroke ska endast användas vid det akuta insjuknandet och fram till och med första återbesöket inom öppenvården. Denna diagnos sätts således nästan uteslutande inom sjukhusvården. Patienter som tidigare haft en stroke med restsymtom kan vid senare vårdkontakter 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. Patienter med tidigare stroke utan restsymtom registreras istället I67 "Cerebral ateroskleros" alternativt "Andra specificerade cerebrovaskulära sjukdomar" eller "Cerebrovaskulär sjukdom, ospecificerad". Finns annan huvudorsak till besöket men patientens tidigare stroke ändå är relevant passar tillägg av Z86.7C "Cerebral insult utan bestående men i den egna sjukhistorien".

Cancerdiagnos ska enbart användas när patienten är obehandlad eller får aktiv behandling för cancersjukdom. Tidigare cancer bör dokumenteras i journalen och kan skrivas 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, exempelvis "Op bröstcancer 2021".

### **Mer om att ställa diagnos**

Att ställa diagnos innebär en medicinsk bedömning av vilken sjukdom eller hälsoproblem en patient har och som har betydelse för den aktuella vårdkontakten. I allmänhet är det läkare eller tandläkare som ställer diagnos, men all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, en funktionsnedsättning eller en skada kan ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Det kan gälla bland annat sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer med flera. Medicinsk sekreterare får således inte på egen hand registrera diagnoskoder i journalen utan kan endast registrera diagnos efter diktat eller annan anvisning från hälso- och sjukvårdspersonal som ansvarar för anteckningens innehåll.

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**

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 att försämra överblicken av de kroniska sjukdomarna och på så vis påverka patientsäkerheten.

Det är väsentligt och grundläggande att den medarbetare som registrerar en diagnos ska bedöma om patienten har sjukdomen i fråga vid det tillfälle då diagnosen registreras, samt om den är relevant för den aktuella vårdkontakten.

Patienten kan läsa sin journal på nätet och bör, utifrån information som gavs vid vårdkontakten, känna igen sig i de diagnoser som är registrerade. Dessutom behövs ofta ett medicinskt underlag och journalutdrag när patienten vill teckna försäkringar av olika slag och även i detta sammanhang är det viktigt att alla diagnoser är väl underbyggda.

### **Kvalificerade vårdkontakter**

För samtliga legitimerade yrkesgrupper rekommenderas att diagnos sätts vid journalfört fysiskt besök och kvalificerad vårdkontakt. Kvalificerade vårdkontakter är självständiga kontakter som kan ersätta fysiska besök, och ska innehålla medicinsk bedömning och/eller åtgärd.

Distanskontakter kan ske genom överföring av ljud, ljud och bild i kombination, eller genom överföring av text. Rekommenderade begrepp är distanskontakt via telefon, (i PMO ”Telefonrådgivning”), distanskontakt via video och distanskontakt via text. Vid denna typ av vårdkontakter är det oftast lämpligt att registrera symtomdiagnos om mer specifik diagnos inte är känd sedan tidigare och är relevant för aktuell kontakt.

Kontakttyp Telefonrådgivning innebär kontakt direkt med patient eller utsedd företrädare (God man, förvaltare etc). Rådgivning till sjuksköterska på boende eller i hemsjukvård registreras som ”Indirekt kontakt”.

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

**Källor:**

Socialstyrelsen

Inledning till ICD-10

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/klassifikationer-och-koder/icd10se-inledning-till-icd10se-utdrag-fran-del1-2016.pdf>

Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård 2016

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2016-5-22.pdf>