

## Region Jönköpings läns regelverk för registrering av diagnoser i primärvården

### 1 Inledning

Primärvården i Region Jönköpings län övergick 30 oktober 2023 till att diagnosklassificera helt enligt ICD-10-SE. Riktlinjerna i dokumentet gäller all personal som journalför och/eller kodar i patientjournal.

### 2 Skillnaden mellan att ställa och registrera (koda) en diagnos

Diagnos används i det kliniska arbetet som en sammanfattande bedömning av patientens sjukdomstillstånd. För att ställa en diagnos måste man ha både medicinsk och klinisk kunskap om patienten. Den ställda diagnosen ska dokumenteras i journalen i enlighet med patientdatalagen. Diagnostexten bör avspegla den kliniska situationen med den aktuella patienten och kan formuleras helt fritt. Denna diagnostext ska inte förväxlas med den textuella benämningen av motsvarande diagnoskod i ICD-10-SE, den så kallade kodtexten. Kodtexten kan ibland överensstämma med eller påminna om den kliniska diagnosen, men är inte avsedd att vara rekommenderande eller bindande för diagnosformuleringen.

### 3 Vem kan ställa diagnos?

All hälso- och sjukvårdspersonal har rätt att självständigt ställa diagnos och registrera diagnoskoder inom sitt kompetensområde och personliga yrkesansvar i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalens kompetens är tillräcklig för arbetsuppgifterna och kan besluta om vem/vilka som kan ställa diagnos på enheten.

### 4 Diagnos vid vårdkontakt och därefter

#### 4.1 Huvuddiagnos

Den diagnos som står överst är lika med huvuddiagnos. Som huvuddiagnos anges i de flesta fall det tillstånd som var den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten, fastställt vid vårdkontaktens slut. Att fastställa huvuddiagnos är en medicinsk bedömning. För primärvårdens del kan det betyda att det är den diagnos som tagit mest tid i anspråk.

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

#### 4.2 Nya diagnoser

Att ställa och registrera en ny diagnos måste ske genom personlig kontakt som omfattar den anamnes och undersökning som krävs för att ställa diagnosen. Att

ställa en slutgiltig sjukdomsdiagnos är ofta en process, där även olika yrkesutövare kan behöva bidra med sina kompetenser.

#### 4.3 Misstänkt sjukdom

Misstänkta sjukdomar eller observationsfall ska inte kodas med definitiv sjukdomsdiagnos utan istället med symtom eller patologiska fynd. Om den kliniska bedömningen entydigt pekar mot en viss sjukdom, kan denna sannolika diagnos dock anges. Ett exempel är urinvägsinfektion där odlingssvar ännu inte föreligger men man beslutar om antibiotikabehandling.

Om orsaken till patientens problem fastställs i en senare fas i utredningen, exempelvis vid inkomna provsvar ska den nya diagnosen registreras vid den nya vårdkontakten. Diagnoser angivna vid tidigare besök får inte ändras i efterhand.

#### 4.4 Symtom som ingår som del av sjukdom

När en sjukdom kodats (ex hjärtsvikt eller depression) är grundregeln att symtom och problem (ex. ödem, andnöd respektive ångest, sekundär sömnstörning, viktnedgång) som ingår i sjukdomstillståndet inte ska kodas separat, då dessa förutsätts omfattas av sjukdomsdiagnosen. Det tar onödig tid från patientarbetet och skapar inget värde för vare sig patienten eller vårdgivaren och påverkar inte ACG.

#### 4.5 Tidigare akuta sjukdomstillstånd

Registrera inte diagnos för tidigare akuta sjukdomstillstånd som inte längre är akut vid en uppföljning. T.ex. uppföljning av tidigare akut hjärtinfarkt registreras med diagnoskod I25.2 Gammal hjärtinfarkt eftersom patienten inte har pågående infarkt.

Andra exempel:

- Tidigare anemi p.g.a. B12 brist som efter behandling inte längre har anemi men har ett kvarstående näringsbristtillstånd, klassificeras som E63-Näringsbristtillstånd
- Om tidigare tromboembolisk sjukdom (tex trombos och lungemboli) 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 man redigera texten så att det passar diagnosen, t ex "Postoperativ lungemboli 2012" om den skulle vara postoperativ.
- För patienter som tidigare har haft en stroke och nu har restsymtom kodas först aktuellt restsymtom och därefter att det är en sen effekt av tidigare cerebrovaskulär sjukdom. Exempel: Halvsidig förlamning G81.9 + Sena effekter av stroke I69.4. För patienter med tidigare stroke men utan restsymtom kodas Z86.7C (Tidigare stroke) om detta är relevant för den aktuella kontakten.

#### 4.6 Utläkta sjukdomar

Vid kontroll av sjukdomar som bedöms utläkta (t.ex. radikalopererad tumör utan pågående efterbehandling, kirurgiskt åtgärdat ljumskbråck, utläkt fraktur etc.) ska Z-diagnoser användas.

#### 4.7 Kontroll aktiv cancersjukdom

Cancerdiagnos ska bara användas när patienten fortfarande har en aktiv cancersjukdom. I Primärvården ska C-diagnoser enbart användas om den pågående cancer kontrolleras och/eller handläggs i primärvården, annars används Z-diagnoser. Om tidigare cancer är relevant för besöket, registreras detta med koden Z85 där sista siffran väljs utifrån cancertyp.

#### 4.8 Registrering eller återregistrering av kända diagnoser

För att registrera, eller återregistrera en redan känd diagnos, krävs att diagnosen har relevans vid kontakttillfället d.v.s. medfört ställningstagande, utredning eller behandling vid den aktuella vårdkontakten. Det behöver därmed finnas en tydlig koppling mellan registrerad diagnos och kontakttillfället. Man får inte schablonmässigt återregistrera diagnoser även om patienten har diagnoserna. För återregistrering krävs ingen personlig kontakt. Exempelvis ska en patient med en känd knäartros som söker vård för otit bara registreras med diagnoskoden för otit. Knäartrosen registreras bara om den haft relevans vid besöket.

All personal har rätt att återregistrera diagnoskoder som redan finns i Cosmic eller inkommit från vårdgivare anslutna till Region Jönköpings län som inte använder Cosmic.

#### 4.9 Registrera diagnoser under gemensamma dokument

Kända diagnoser som inte har relevans vid kontakttillfället men som kan behöva dokumenteras för att kunna ge en god och säker vård, registreras under gemensamma dokument. Diagnoser som registreras under gemensamma dokument räknas inte in i ACG.

#### 4.10 Dubbelregistrering av likartade diagnoser

Dubbelregistrering av likande diagnoser (t.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, vårdgivaren eller påverkar ACG. Tvärtom blir journalen svårläst och otydlig om den fylls av en rad snarlika diagnoser.

### 5 Dokumentation och patientsäkerhet

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. 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 via inloggning i 1177 och bör, 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.

## **6 Diagnosregistrering och uppföljning**

Enligt patientsäkerhetslagen med tillhörande ledningsföreskrift ska vårdgivaren kontinuerligt kontrollera och förbättra sin verksamhets kvalitet för att säkerställa en god vård. Med god vård menas bland annat att den ska vara säker. Då man registrerar en diagnoskod är syftet att skapa ett underlag för korrekt statistik att använda vid uppföljning, kvalitetsutveckling, forskning, beräkningar mm. Felaktiga registreringar blir därmed en kvalitets brist i sig då det negativt påverkar möjligheten att kontrollera och förbättra kvalitén i verksamheten.

Sektionen för e-hälsa på Regionledningskontoret, Jönköping svarar på eventuella frågor om hur diagnoser ska registreras i Cosmic.