

Västra Götalandsregionen

Framtagen i samråd med Närhälsan, Primör och Primärvårdsrådet

Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören 2020-04-24

Ersätter PM diagnoser, Dnr RS 2578-2012

Riktlinje Diagnoser gällande vårdvalen i Västra Götalandsregionen

Inledning

För varje genomfört besök och övrig kontakt i primärvård där en medicinsk bedömning gjorts ska en diagnos journalföras. Diagnosen för den aktuella åkomman och övriga tillstånd som haft betydelse för handläggningen dokumenteras och signeras i journalen av den som har bedömt patienten.

Endast de diagnoser som varit föremål för bedömning ska registreras. Det bör åtminstone kortfattat framgå av sammanhanget i journaltexten att diagnosen bedömts.

Den som registrerar en diagnos ansvarar för att den är rimligt säker, relevant och aktuell.

Vad betyder det att ställa eller registrera diagnos?

Efter medicinsk bedömning ska patientens sjukdomstillstånd sammanfattas i en eller flera diagnoskoder. Detta kallas att **ställa** diagnos.

Registrera diagnos innebär att skriva in en redan ställd diagnos i journalen. De diagnoskoder som kan användas i primärvården är antingen KSH97-P eller ICD-10-SE.

Vem får ställa och registrera diagnos?

Enligt Socialstyrelsen finns det inga särskilda regler för vem som får ställa diagnos eller sätta diagnoskod. Det är ofta verksamhetschefen eller den arbetsledande chefen som fördelar arbetsuppgiften. 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.

Den som ställer eller registrerar en diagnos tar ansvar för att den är aktuell, rimligt säker och relevant.

Varför ska en diagnos ställas/registreras?

Diagnoser används i det kliniska arbetet som en sammanfattande bedömning av ett sjukdomstillstånd.

Diagnoser ska endast ställas och registreras av medicinska skäl, för att vården ska bli säker och kunna följas över tid, både av vårdgivare och av patient.

Diagnoser är viktiga i den fortsatta handläggningen av patienter och ligger till grund för behandlingsval.

Exempel på tillämpning

Vid patientbesök

Diagnos för den aktuella åkomman bör registreras vid varje besök. Dessutom kan vid behov ytterligare diagnoser registreras om de bedöms relevanta för besöket, till exempel njursvikt, cancer mm som sköts på annan vårdenhet men som påverkar den aktuella bedömningen av patienten. Kroniska sjukdomar som kan påverka bedömningen av ett akut tillstånd kan registreras om det har relevans vid aktuell kontakt, till exempel diabetes i samband med omläggning av bensår. Det bör åtminstone kortfattat framgå av sammanhanget i journaltexten att diagnosen bedömts.

Ange symtomdiagnos om specifik diagnos ej kan sättas. Undvik ”misstänkt eller frågetecken”.

I takt med att mer information tillkommer i ett fall kan en alltmer specifik diagnos ställas. Vid första besöket kan till exempel trötthet (R53.9) vara den mest exakta diagnosen, vid nästa besök kanske anemi ospecificerad (D64.9) och vid tredje besöket järnbristanemi (D50.9). Diagnoskoden skall inte ändras i efterhand. Förändrad/tillkommande diagnos registreras i en ny anteckning.

Symtom som beror på den diagnosticerade sjukdomen, till exempel hosta vid pneumoni eller rodnad och klåda vid eksem, ska inte diagnosregistreras.

Vid vaccination mot influensa registreras diagnos Z25.1 (vaccination avseende influensa). Om det bedöms relevant kan **riskdiagnosen/erna** som föranledde vaccinationen registreras.

Kroniska tillstånd (till exempel syn- och hörselnedsättning, fetma mm) registreras om de har påverkat den medicinska bedömningen, men inte för att de påverkar praktiska förutsättningar vid besöket.

Upprepning av *tidigare akut sjukdom* som gett upphov till diagnos som kräver uppföljning ska inte göras. Efter genomgången hjärtinfarkt kan till exempel diagnosen kronisk ischemisk hjärtsjukdom registreras och efter genomgången stroke kan till exempel sena effekter av cerebral infarkt registreras.

Sjukdom som är utläkt och inte föremål för bedömning vid kontakttillfället ska inte registreras. Utläkt sjukdom som är viktigt att känna till kan på annat sätt noteras i journalen som ”sjukdom i den tidigare sjukhistorien”.

Övriga kontakter

För inkomna epikriser, journalkopior etc. ska endast diagnoser registreras som är medicinskt bedömda som relevanta för fortsatt handläggning på vårdcentralen. Diagnosregistrering vid kallelser, väntelistor eller av nylistad person ska ej göras rutinmässigt utan endast om en medicinsk bedömning görs. Det ska framgå av journaltexten varför diagnosen registrerats.

Vid ”möte om patient” registreras diagnoser om de varit aktuella för bedömningen.

Diagnosregistrering bör göras i samband med receptförnyelse av den som förskriver receptet/en och därmed tagit ställning till indikation, dosering mm.

Vid telefonkontakt av karaktären tidbokning och rådgivning, registreras diagnos endast om medicinsk bedömning görs, och då utifrån yrkeskompetens enligt ovan.

Vid telefonkontakt eller digital kontakt som kan anses ersätta besök där en medicinsk bedömning görs, diagnosregistreras på samma sätt som vid besök.

Undvik att:

- Upprepa tidigare diagnoser som inte är föremål för vård eller behandling vid aktuell kontakt.
- Diagnosregistrera vid provtagning.
- Registrera flera snarlika diagnoser, välj den som är mest relevant.

Diagnosregistrering i samband med journalgenomgångar som enbart syftar till att ”uppdatera diagnoser” ska inte förekomma, inte ens om texten ”verksamhetsuppföljning/kvalitetsuppföljning” eller ”på uppdrag av verksamhetschef” anges i journalen. Diagnosregistreringar ska endast göras av medicinska skäl.