

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Johanna Strandberg, (johst4), Controller

Granskad av: Charlotte Ejerblom, (chato), Enhetschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Giltig från: 2025-07-29

Giltig till: 2027-07-14

Klassificering av vårdkontakt

Förändringar sedan föregående version

Förlängt giltighetsdatum. Uppdaterad text och länkar.

Bakgrund, syfte och mål

Klassificering av vårdkontakter – en viktig del av vårddokumentationen

Klassificering innebär att diagnos- och åtgärds-koder registreras enligt Socialstyrelsens (SoS) regelverk. Denna kodning ska vara slutförd senast en månad efter utskrivningsdatum i slutenvård, eller efter besöksdatum i öppenvård.

Det är avgörande att kodningen är konsekvent mellan de patientadministrativa systemen Elvis och Melior. Det får inte finnas några skillnader i koder, antal eller ordningsföljd. Om en ändring görs i det ena systemet, ska samma ändring genomföras i det andra.

Syftet är att säkerställa en korrekt och enhetlig beskrivning av den vård som ges vid Skaraborgs sjukhus (SkaS).

Diagnosansvaret ligger på vårdgivaren – läkare eller sjuksköterska – som ska identifiera patientens huvudproblem. Därefter är det medicinska sekreterare med godkänd utbildning i sjukdomsklassificering som ansvarar för att klassificera vårdkontakten.

När kodningen hanteras av utbildade medicinska sekreterare säkerställs:

- hög kvalitet i analyser och beslutsunderlag för ledning och styrning
- korrekt rapportering till Socialstyrelsens patientregister (PAR)
- tillförlitlig information i KPP-systemet (Kostnad per patient)

Arbetsbeskrivning

Medicinsk sekreterare med ansvar för klassificering

Medicinsk sekreterare med godkänd utbildning i sjukdomsklassificering ansvarar för att klassificera vårdkontakter i enlighet med Socialstyrelsens regelverk.

Klassificeringen ska ske i samband med vårdkontakten, men senast inom en månad efter utskrivningsdatum (slutenvård) eller besöksdatum (öppenvård).

I samband med varje månadsskifte genomförs en kontroll av klassificeringen för vårdkontakter som avser självbetalande patienter samt patienter från andra regioner som vårdats inom slutenvården. Syftet är att säkerställa korrekt fakturering till enskild individ eller region, då diagnos- och åtgärds-koder utgör grunden för debitering av vården.

För att upprätthålla en hög kvalitet i klassificeringsarbetet ska samtliga specialiteter årligen genomföra en internrevision. Revisionen sker med stöd av utbildade kodare på respektive enhet. Resultatet ska återrapporteras till den klassificeringsansvariga på Skaraborgs sjukhus (SkaS) senast i november. Internrevisionen ska säkerställa att gällande riktlinjer följs, och fungera som underlag för planering av utbildningsinsatser och andra kvalitetshöjande åtgärder.

Klassificering av vårdkontakt

Rutiner för klassificering och DRG-gruppering av slutenvårdstillfällen

Klassificering och DRG-gruppering av slutenvårdstillfällen utförs löpande av kodare eller medicinsk sekreterare varje arbetsdag.

Vid avsaknad av slutanteckning skickas en påminnelse till den utskrivande läkaren för att säkerställa att dokumentationen blir komplett.

Två veckor efter utskrivningsdatum följer kodare eller medicinsk sekreterare upp samtliga vårdtillfällen som fortfarande saknar slutanteckning. Om anteckningen ännu inte inkommit, informeras ansvarig verksamhetschef. Det är därefter verksamhetschefens ansvar att kontakta den utskrivande läkaren eller utse en ersättare för att åtgärda bristen.

Klassificering av slutenvårdskontakten ska vara registrerad i ELVIS senast en månad efter utskrivningsdatum, i enlighet med gällande riktlinjer.

Klassificering av öppenvårdskontakt

Anteckningar från öppenvårdsbesök dokumenteras fortlöpande. Medicinsk sekreterare ansvarar för att fortlöpande dokumentera anteckningar från öppenvårdsbesök samt att klassificera diagnoser och åtgärder i enlighet med gällande regelverk.

Under månadens gång granskar kodare eller medicinsk sekreterare regelbundet listan över besök som saknar diagnosregistrering. Listan finns tillgänglig i ELVIS.

Om en anteckning saknas för ett besök, skickas en påminnelse till ansvarig läkare. Vid nästa uppföljningstillfälle, om anteckningen fortfarande inte inkommit, rapporteras detta till berörd verksamhetschef som ansvarar för att kontakta den ansvariga läkaren.

Det är inte tillåtet att klassificera en vårdkontakt i ELVIS om det inte finns en dokumenterad anteckning i Melior.

Klassificering av öppenvårdskontakter ska vara registrerad i ELVIS senast en månad efter besöksdatum.

Granskning av klassificering av självbetalande patienter

Varje per månad genomförs en granskning av de patienter som ska betala sin faktura själva. Detta för att undvika dubbelfakturering. Granskning sker enligt granskningsprotokoll.

Granskning av klassificering av utomregionala vårdkontakter

Varje månad genomförs en granskning av de patienter som tillhör annan region än Västra Götaland för att säkerställa korrekt fakturering mot berörd region.

Internrevision av klassificering

Internrevision av klassificering ska genomföras minst en gång per år, senast under november, inom alla verksamheter.

Granskningen ska fokusera på att registrerade diagnoser och åtgärds-koder speglar den vård som utförts inom granskad verksamhet. Resultatet påvisar vilka utbildningsinsatser och kvalitetshöjande aktiviteter som behöver genomföras.

Kontrollen ska innefatta minst 30 vårdkontakter som väljs ut slumpmässigt. Analysen görs utifrån en patientspecifik grupp,

diagnoskoder, åtgärds-koder som är specifika för aktuell verksamhet eller slumpvis utvalda patienter på en slutenvårdsavdelning. Internrevisionen dokumenteras enligt checklista och ska minst omfatta:

- Kontroll av korrekt huvuddiagnos
- Kontroll av korrekta bidiagnoser
- Kontroll av korrekta åtgärds-koder

Fördjupning; Vem gör vad enligt Socialstyrelsen

Att klassificera ett vårdtillfälle eller en vårdkontakt innebär att beskriva patientens aktuella hälsotillstånd. Det omfattar dels att identifiera den huvudsakliga orsaken till vården, dels att dokumentera andra relevanta tillstånd som påverkar patientens totala hälsosituation.

Om en patient under sin vårdtid är inskriven på flera kliniker, ansvarar varje klinik för att koda diagnoser och åtgärder som är relevanta för den egna vårdperioden. Val av huvud- och bidiagnoser ska följa principerna i Socialstyrelsens riktlinjer för diagnosklassificering.

Det är viktigt att skilja på att **ställa en diagnos** och att **klassificera en diagnos**:

- Att ställa en diagnos kräver klinisk kunskap och förståelse för patientens tillstånd. Detta ansvar ligger på vårdgivare såsom läkare eller sjuksköterska.
- Att klassificera diagnosen innebär att översätta ställd diagnos till en kod enligt gällande regelverk, vilket görs av medicinsk sekreterare eller vårdadministratör med godkänd utbildning i sjukdomsklassificering. Klassificeringen ska alltid baseras på befintlig journaldokumentation.

Vid osäkerhet kring diagnos eller dokumentation ska den vårdtillfällesansvarige läkaren kontaktas för förtydligande.

Godkännande av klassificering:

- **Slutenvård:** Den vårdtillfällesansvarige läkaren ansvarar för att slutgiltigt godkänna klassificeringen.
- **Öppenvård:** Ansvarig läkare eller annan ansvarig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (exempelvis sjuksköterska, arbetsterapeut, dietist, kurator, psykolog eller sjukgymnast) godkänner klassificeringen.

Detta innebär att all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, inom ramen för sin kompetens och i enlighet med patientsäkerhetslagen, har

möjlighet att ställa diagnos eller beskriva patientens problem som underlag för klassificering.

Käll- och litteraturförteckning

RDK (Rikssektionen för diagnoskodning), (2018). Regelverk för kodning och kodningsetik [regelverk för kodning \(rdk2001.se\)](http://rdk2001.se)

Socialdepartementet. (2010). Patientsäkerhetslag (2010:659). Stockholm: Sveriges riksdag [Patientsäkerhetslag \(2010:659\) Svensk författningssamling 2010:2010:659 t.o.m. SFS 2021:739 - Riksdagen](#)

Socialstyrelsen (SoS), 2016. Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos. Stockholm; Socialstyrelsen

<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/anvisningar-for-diagnos--och-atgardskodning-med-icd-10-se-och-kva-version-1.1-2024-1-8487/>

Socialstyrelsen. (2020). Sex frågor om vården, Öppna jämförelser. Stockholm, Socialstyrelsen

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2020-1-6544.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). Styrning och arbetsfördelning. Stockholm; Socialstyrelsen [Styrning och arbetsfördelning - Socialstyrelsen](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Skaraborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Johanna Strandberg, (johst4), Controller

Granskad av: Charlotte Ejerblom, (chato), Enhetschef

Godkänd av: Christer Printz, (chrpr), Chefläkare

Dokument-ID: SKAS9733-626477549-11

Version: 4.0

Giltig från: 2025-07-29

Giltig till: 2027-07-14