

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Malena Lau, (malla16), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2025-01-22

Giltig till: 2026-11-14

Regional rutin

Dokumentation av symtom, hälsoproblem och diagnoser

Länsgemensamt arbetssätt är en förutsättning för att nå målet med en gemensam vårdinformationsmiljö. Rutinen ska underlätta och tydliggöra samarbetet mellan Västra Götalandsregionen (VGR), privata vårdgivare med avtal med VGR och de 49 kommunerna i Västra Götaland.

Syfte

Rutin för tydliggörande av ansvar och ramverk för dokumentation av symtom, hälsoproblem och diagnoser.

Arbetsbeskrivning

Symtom, hälsoproblem och diagnoser kommer i Millennium behöva en enhetlig hantering då de informationsmängder som dokumenteras direkt blir tillgängliga för alla inblandade i patientens vård.

Begreppssystem och Kodning

Dokumentationen sker med hjälp av begreppssystemet Snomed CT. Syftet är att kliniskt beskriva de symtom, hälsoproblem eller diagnoser patienten sökt vård för och som ställs i slutet av vårdhändelsen. Kodning av diagnoser sker i en separat del av systemet utifrån separat rutin.

Ansvar

Alla som är inblandade i patientens vård har ett ansvar för att hålla informationen om symtom, hälsoproblem och diagnoser uppdaterad och se till att informationen är relevant.

Det syns alltid i komponenten vem som gjort dokumentationen, om den är ändrad och vem som gjort den senaste uppdateringen.

Komponenten Symtom Hälsoproblem och Diagnoser

Nivåer

Dokumentationen sker i en komponent i Journalen som gör att data kan återanvändas och minska dubbeldokumentation.

Komponenten heter Symtom, hälsoproblem och diagnoser och kan nås från olika håll i Journalen. Komponentens innehåller information och dokumentation om informationsmängder på 3 nivåer.

Detta Besök: Omfattar de symtom, hälsoproblem och diagnoser som är relevant för den aktuella pågående vårdhändelsen. Används endast denna nivå så kommer data endast vara synlig på den aktuella vårdhändelsen och de anteckningar som skapas.

Alla symtom, hälsoproblem och diagnoser som är relevanta för den aktuella vårdhändelsen ska vara markerade som detta besök, systemet är konfigurerat så detta alltid är den förinställda nivån.

För de symtom, hälsoproblem och diagnoser som dokumenteras som detta besök finns en kolumn för Prioritet. Huvuddiagnosen för vårdhändelsen ska alltid ha Prioritet 1. Resterande diagnoser rangordnas sedan utifrån sin relevans för besöket.

Om en Snomed CT-term tidigare använts i komponenten kommer systemet uppmärksamma användaren på det.

Långvariga: Ska användas för de symtom, hälsoproblem och diagnoser som ska finnas dokumenterade över tid och över vårdhändelsegränser. Dessa sparas på patientnivå och följer därför med patienten tills de avskrivs. Det som i Millennium dokumenteras som långvariga, motsvarar dagens kroniska diagnoser. Det är klinikern som avgör om ett symtom, hälsoproblem eller diagnos är långvarigt och det måste aktivt väljas.

Tidigare dokumenterade Långvariga diagnoser syns under fliken med samma namn och kan där markeras direkt om de är relevanta, de flyttar då upp till nivån för Detta besök.

Denna informationsmängd kan inte spärras och patienten ska därför informeras om att informationen journalförs på detta sätt.

Avskrivna: Omfattar de symtom, hälsoproblem och diagnoser som varit markerade som långvariga men som inte längre är aktuella för patienten. Exempel på detta är en tumörsjukdom som botats, en graviditet som avslutats. Dessa informationsmängder kommer leva kvar som under fliken Avskrivna och finns tillgänglig för användaren.

Ett symtom, hälsoproblem eller diagnos som felaktigt dokumenterats ska avskrivas med anledningen Felaktig då de annars riskerar att hamna i historiken. För att se felaktigt dokumenterade diagnoser används en funktionalitet som nås via den Blå menyn.

Kategorier

Eftersom dokumentationen i komponenten är en klinisk beskrivning av ett tillstånd så finns det kategorier som används för att särskilja medicinska diagnoser från det som beskriver omvårdnad eller det som patienten anger.

De kliniker som inom ramen för sitt uppdrag kan ställa en medicinsk diagnos ska använda kategorin Medicinsk. Vårdpersonal som oftare dokumenterar hälsoproblem eller symtom kommer ha Omvårdnad eller Patientangivet som förvalt och måste då ändra till medicinsk om det är aktuellt.

Kodare använder både Medicinska och Omvårdnadsdiagnoser när de kodar en vårdhändelse.

Medicinsk: Används för att beskriva det kliniska tillståndet och är förvald för läkare, psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och logopedier.

Omvårdnad: Används framförallt vid hälsoproblem och symtom och är förinställd för sjuksköterskor.

Patientangivet: Om varken Medicinsk eller Omvårdnad är relevant för den aktuella symtomen, hälsoproblemet eller diagnosen så kan klinikern aktivt välja att dokumentera det som patientangivet. Detta är förvalt för undersköterskor och dietister.

UMI: är en kategori som automatiskt sätts på diagnoser som ordinerats via en UMI-ordination. Denna kategori ska aldrig sättas av klinikern.

Diagnostyper

Diagnostyper dokumenteras för att tydliggöra för kodare vilken typ av diagnos, symtom eller hälsoproblem som registrerats. De som finns tillgängliga är:

Utskrivning: Är den typ som framförallt ska användas och är alltid förinställd på medicinska diagnoser. Den syftar till att beskriva den eller de diagnoser som klinikern bedömt att patienten har eller har haft under den pågående vårdkontakten. Det är den här diagnosen som kodaren utgår ifrån när besöket kodas.

Arbetsdiagnos: Måste aktivt väljas av klinikern och ska endast användas i undantagsfall under en pågående utredning.

Vårdkontaktsorsak: används på akutmottagningen av sjuksköterskan för att beskriva vad akutmottagningsbesöket bedömdes handla om. Dokumenteras i triageformuläret och blir då samtidigt automatiskt en dokumentation i komponenten.

Återanvändning av information

Alla informationsmängder ovan kan på olika sätt återanvändas genom att de dras in i Anteckningsmallar eller andra komponenter. Nedan ges exempel på när detta kan ske.

Detta besök:

En diagnos markerad som detta besök och med kategori Medicinsk dras in i komponenten Bedömning och Åtgärd. I komponenten Bedömning och åtgärd används angränsade fritextruta för att beskriva sitt ställningstagande. När en anteckning skapas blir denna dokumentation förifylld under rubriken Bedömning och åtgärd.

Kan visas upp i formulär som används för specifika situationer eller roller.

Kan trigga beslutsstöd, till exempel flöden för standardiserade vårdförlopp.

Visas i översiktsvyer och vissa arbetslistor.

Långvariga:

Blir endast en del av en anteckning om de är markerade även som detta besök.

Kan trigga en uppmärksamhetsinformation.

Avskrivna

Syns under historik i akutliggaren.

Om en mall i en anteckning drar in historik kommer detta synas anteckningen.

Exempel

En patient söker initialt för hosta och feber. Sjuksköterskan dokumenterar detta som symtom med kategorin omvårdnad. På exempelvis akutmottagning och jourmottagning kommer det synas i översiktsvyn att det är vad patienten sökt för. När läkaren träffar patienten och efter sin kliniska bedömning och ställningstaganden till eventuella undersökningar och mätvärden ställer diagnosen pneumoni så dokumenteras detta i samma komponent (eller länkad funktionalitet) som detta besök och med kategorin medicinsk, läkaren behöver inte välja något av detta då det redan är förinställt, och sätter prioritet 1, då det är huvuddiagnosen. När den medicinska diagnosen är ställd är det den som syns i översikterna. Läkaren går till komponenten för bedömning och åtgärd och beskriver sitt ställningstagande, väljer sedan att skapa en anteckning där denna information förs över och inte behöver beskrivas igen. Patienten går hem med behandling.

Diagnosen kommer inte ligga kvar i komponenten men finns med i anteckningen

Hade patienten även haft en kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) redan dokumenterad under Långvariga diagnoser så markeras denna även som detta besök och sätts till prioritet 2. Båda följer med till komponenten bedömning och åtgärd och båda kommer med i anteckning. Den långvariga diagnoser kommer synas i komponenten även vid nästa besök

I samband med att patienten lämnar akutmottagningen, oavsett om patient går hem eller om läggs in, dokumenterar sjuksköterskan det symtom, hälsoproblem eller diagnos med typen Vårdkontaktsorsak för att tydliggöra för kodare vad patientens akutmottagningsbesök bedömdes handla om.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Malena Lau, (malla16), Strateg

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN14971-1865200826-9

Version: 4.0

Giltig från: 2025-01-22

Giltig till: 2026-11-14