

Diagnos- och åtgärdsregistrering i sluten vård**Bakgrund**

Sjukhusen i regionen har efterfrågat vilka regler som gäller för registrering av åtgärder i sluten vård vidtagna av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare.

Inom den öppna vården kan hälso- och sjukvårdspersonal registrera vårdkontakt och åtgärder som enskild vårdgivare eller i samverkan med andra vårdgivare. Vårdkontakten ska rapporteras till regionens vårddataregister, VEGA.

Socialstyrelsen förväntas besluta att landsting och regioner ska rapportera samtliga vårdkontakter i öppen vård till det nationella patientregistret, PAR.

Rätten att ställa diagnos inom hälso- och sjukvårdens område är inte reglerad i någon författning. I allmänhet är det dock läkare eller tandläkare som gör det. I praktiken kan dock all sjukvårds- och tandvårdspersonal som har tillräcklig kunskap om en sjukdom, ett funktionshinder eller en skada, ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Det är alltså snarare möjligheterna att vidta åtgärder med anledning av diagnos som skiljer olika yrkesutövare åt. Sjukvårdshuvudmannen har dock rätt att föreskriva vilka regler som ska gälla för de egna verksamheterna.

Problembeskrivning

En viktig del i regionens utveckling under senare år har varit att förbättra beskrivningen av vad som görs i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Genom tillkomsten av KVÅ (Klassifikation av Vårdåtgärder) har all hälso- och sjukvårdspersonal fått möjlighet att dokumentera sina åtgärder inom den öppna vården. Måttfullhet ska enligt Socialstyrelsen prägla synen på vad som ska registreras och rapporteras. (Socialstyrelsen 2006-11-09).

På en inkommen fråga till Socialstyrelsen inom ämnesområdet blev svaret: "Åtgärds-koder måste kopplas till epikrisen, dvs sammanfattningen av vårdtillfället om vad som är viktigt att ha med. Här måste man skilja på vad som behövs för den egna verksamhetsbeskrivningen och vad som är relevant att ta med i epikrisen, annars är det risk att vi får mängder med koder inrapporterade i patientregistret. I de fall läkaren anser att sjukgymnastens åtgärd/-er är så viktiga för vårdtillfället att de bör omnämnas i epikrisen, så kodas den/de med KVÅ-kod och inrapporteras till patientregistret."

Vid diagnosställande i sluten vård har läkaren ansvaret för de åtgärder som vidtas för patienten och som nedtecknas i epikrisen. Här gäller också regeln att åtgärderna som registreras ska vara av betydande omfattning och karaktär för att spegla vårdens innehåll. Vissa åtgärder framgår inte av epikrisen men finns beskrivna i patientens journal. I klassifikationen för kirurgiska åtgärder framgår att kod för huvudåtgärd anges först och därefter övriga åtgärder i kronologisk följd (utifrån betydelse) vid vårdtillfället/vårdkontakten.

Beredning

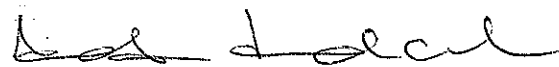
Ärendet har presenterats för den regionala arbetsgruppen för terminologi, ersättningssystem och klassifikationsfrågor (TEK) den 16 september 2008, som beslutade att frågan skulle sändas ut till sjukhusen för synpunkter inför slutligt beslut.

Synpunkter har inkommit från Frölunda Specialistsjukhus, Södra Älvsborgs Sjukhus samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset. I svaren betonas att vidtagna åtgärder antecknas i patientjournal och att läkare ansvarar för epikrisskrivningen, vilken utgör underlag för kodifiering och registrering i PAS. Man anser också att konsensus bör uppnås i regionen i denna fråga.

Beslut

Läkare ska ställa diagnos och ange vidtagna åtgärder inom slutenvården. Övrig hälso- och sjukvårdspersonal, som har skyldighet att föra journal enligt patientjournallagen, ska anteckna vidtagna åtgärder i patientens journal. Ansvarig läkare ger i epikrisen en sammanfattning av den vård som patienten erhållit under vårdtillfället. Den patientansvariga läkaren utser i sin epikris en huvuddiagnos samt en huvudåtgärd och vilka övriga diagnoser och åtgärder som skall registreras.

2009-02-20



Anneth Lundahl

Ordförande TEK (Terminologi, Ersättning och Klassifikationsfrågor)