



Information om dokumentation av diagnos- och besöksorsaksuppgifter

Frågor och svar



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

Anne Ålander & Taina Kauvo
2023

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos



**Suomen
kestävän kasvun
ohjelma**

Ska man alltid dokumentera diagnosen eller besöksorsaken?
I samband med vilket kontaktsätt bör diagnos- eller besöksorsaksuppgiften dokumenteras?



- Diagnos eller besöksorsak ska dokumenteras för varje besök/vårdperiod/kontakt
- Diagnos eller besöksorsak dokumenteras också i fråga om hälsoundersökningar, bedömning av vårdbehov, hembesök och ärendehantering på distans (t.ex. telefon, video, chatt) och övriga kontaktsätt
- Det samma gäller för konsultationer där man fattar vårdbeslut
- Om kontakten gäller ALLMÄN rådgivning eller handledning dokumenteras ingen besökstext och ingen vårdanmälan görs

Ska
diagnosen/besöksorsaken
dokumenteras varje gång om
patienten har flera besök i
följd i samma ärende?



- Diagnosen eller besöksorsaken ska dokumenteras för varje vårdkontakt, även om den är den samma varje gång
- Diagnosen eller besöksorsaken dokumenteras i alla tjänster, även till exempel i fråga om munhälsovård, fysioterapi, missbrukar- och mentalvårdstjänster samt psykologitjänster
- Tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker kan plockas till journalen för att dokumenteras på nytt

Kan en sjukskötare ställa en diagnos?
När kan en sjukskötare använda ICD-10-koden?



- Rätt att ställa diagnos är enligt lagen läkarens och tandläkarens uppgift ([lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994](#))
- Sjukskötaren kan använda ICD-10-koden som besöksorsak efter att läkaren har ställt diagnosen. Då behöver inte samma ärende dokumenteras med ICPC-2-koden.
- Den tekniska dokumenteraren av diagnoskoden kan vara någon annan än en person som har fått medicinsk utbildning (t.ex. en textbehandlare). Innehållsmässigt görs anteckningen dock alltid av en läkare.

När kan man använda ICD-10-koduppsättningens Z-koder (övriga faktorer)?
Och när ICPC-2-koduppsättningens A-koder (generella och ospecifika)?



- ICD-10 Z-koder används när kontakten inte gäller undersökning eller behandling av sjukdomar
- ICPC-2 A-koder används endast om det anatomiska läget är obestämbar/ospecifikt, eller om problemet gäller fler än två organsystem
- Till exempel om läkaren i en hälsoundersökning på barnrådgivningen dokumenterar ICD-10-koden Z00.1 (rutinmässig hälsoundersökning av barn) och skötaren ICPC-2-koden A98 (hälsovård/förebyggande av sjukdom)

Frågor som gäller
användningen av enskilda
ICPC-2-koder



- THL ger inte separat anvisningar om användningen av enskilda koder. Med undantag av lagstadgade hälsoundersökningar för vilka det finns anvisningar till exempel i [Faktabladen](#).
- En yrkesutbildad person i en servicesituation är den bästa personen för att bedöma vilken/vilka ICPC-2-kod/koder lämpar sig bäst för att beskriva kundens besöksorsak
- Organisationerna kan också själva utarbeta rekommendationer för användningen av koderna. Fackförbund eller -föreningar kan också ha egna rekommendationer.

Får diagnoserna dokumenteras med en kod med 3 tecken, även om koder på en mer exakt nivå finns tillgängliga?

Är dokumentationsanvisningarna de samma inom primärvården och den specialiserade sjukvården?



- En diagnos bör ställas på den mest exakta kliniskt ändamålsenliga nivån, dvs. diagnosen bör dokumenteras på en nivå som är så exakt som möjligt
- Koder på rubriknivå bör inte användas Om det inte går att ställa en exakt diagnos används i stället för rubrikkoden en underkod som slutar på 8 eller 9.
- Anvisningarna för dokumentation av diagnoser och besöksorsaker är de samma både inom primärvården och den specialiserade sjukvården



När kan man använda ICPC-processkoder?

- Processkoderna används inte för att dokumentera orsaken till vården/besöksorsaken, men med dem kan man till exempel dokumentera en behandlingsåtgärd i anslutning till ett hälsoproblem som dokumenterats som besöksorsak.
- Till exempel besöksorsak är U02 täta urinträngningar och processkoden U35 urinprov
- Åtgärder dokumenteras i första hand med THL – Åtgärdsklassifikationen

Sjukskötaren arbetar tillsammans med läkaren.
Gör båda vårdbesöksanteckningarna och dokumenterar diagnosen/besöksorsaken?



- Om kunden besöker olika yrkesutbildade personer under samma dag, dokumenteras dessa som separata besök och för varje besök dokumenteras diagnosen eller besöksorsaken
- Assistans till en annan yrkesutbildad person anses inte vara ett separat besök (t.ex. blodtrycksmätning, snabbCRP)
- Obs. Undantag från dessa är vaccinationer. Alla vaccineringar ska registreras som besök (som en del av besöksdokumentationen); de ska inte registreras som så kallade assisterande prestationer.

Meddelas endast en huvudsaklig diagnos för vårdperioden även om flera yrkesutbildade personer har deltagit i patientens vård?



- Vårdperioden bildar en helhet som kan ha endast en huvudsaklig diagnos.
- Det kan finnas flera bidiagnoser

Vilka diagnos-
/besöksorsaksuppgifter
används vid
beräkningen av social-
och hälsovårdens
finansiering?



- I finansieringsmodellen beaktas förutom sjukfrekvensen också befolkningens användning av tjänster
- Sjuklighetsdata hämtas i stor utsträckning från registerkällor på individnivå. Till exempel från vårdanmälningsregistret slutenvårdsperioder, öppenvårdsbesök inom den specialiserade sjukvården (alla yrkesgrupper) och primärvårdsbesök på läkarmottagningen inom öppna sjukvården samt rätt till ersättning för läkemedel från FPA.
- Både huvudsakliga diagnoser och bidiagnoser i ICD-10 beaktas. I en del av sjukdomsklasserna beaktas också ICPC-2-koderna vid läkarmottagningsbesök inom primärvården.
- [Mer information finns på THL:s sidor om ledning av social- och hälsovårdstjänster/finansiering och kostnader](#)



Utbildningsmaterial för informationsinslaget



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU



**Suomen
kestävän kasvun
ohjelma**