OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.
Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.

Region Halland

Gäller för: Privata Vårdgivare; Region Halland

Diagnos- och åtgärdsregistrering

Hitta i dokumentet

Syfte
Bakgrund
Ansvar
Registrering av diagnos- och åtgärdskoder
AI som verktyg för primär klassificering
Sökord Diagnos och åtgärdskod
Obligatorisk kod för besöksform
”Hämta alla”-funktionen – får ej användas
Markering av diagnos som kronisk
Koder för vårdvalsepisoder
ATC-koder och övriga tilläggskoder
Gruppanteckning – individuell diagnos
Gruppering till DRG
Inhämta koder till vyn Registrera koder
Ordningsföljd av klassifikationskoder
Ändring av grupperad vårdkontakt
Övrig förutsättning för gruppering till DRG
Arbetssätt klassificering vårdkontakt
Slutenvård
Klassifikation under slutenvårdstillfälle som utförs av annan klinik
Granskningsurval
Länk till regional eller förvaltningsövergripande rutin
Uppdaterat från föregående version

Syfte

Beskriver hur diagnos- och åtgärdskodning (primär klassificering) av vårdkontakter registreras i Cosmic samt ger anvisningar för obligatoriska moment eller obligatorisk registrering av kod, samt påvisar risker som medför felaktigheter som påverkar patientsäkerhet, kvalitet, intäkter och fakturering.

Bakgrund

All vård som bedrivs i Sverige går under **Lagen (1998:543) om hälsodataregister och tillhörande förordning (2001:707).** Internationella klassifikationen ICD samt KVÅ och ATC är kodverk som ska tillämpas för vårdkontakter i öppenvård och för vårdtillfällen i slutenvård
Anvisningar för diagnos- och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ (socialstyrelsen.se)

- ICD används för att beskriva sjukdomar och hälsotillstånd samt andra orsaker för kontakter med hälso- och sjukvård.
- Vårdåtgärder med relevans för vårdkontakten klassificeras enligt anvisningar med klassifikationen KVÅ.
- ATC-kod för läkemedel kan anges enligt anvisningar som tilläggsinformation ICD eller KVÅ.

Medlemsländerna inom WHO har gemensamt ställt sig bakom ICD som internationell klassifikation för vårdkontakter och vårdtillfällen. Klassificering har främst ett globalt, nationellt och regionalt syfte och utgör ett viktigt underlag för att utveckla, följa upp och beskriva vården och folkhälsan utifrån ett gemensamt globalt regelverk.

Socialstyrelsens anvisningar och regelverk (som flyttats över till E-hälsomyndigheten 2026-06-01) ska följas vid registrering av sjukdomsklassifikation för de vårdkontakter och vårdtillfällen som myndighetsrapporteras till Patientregistret. Man kan därför inte använda primär klassificering av vårdkontakter och vårdtillfällen som ett sätt att beskriva hur

verksamheten arbetar, eller i syfte att mäta produktion utifrån vårdenhetens olika behov att följa upp olika insatser i vården. Lokala uppföljningsbehov är inte tillåtet att registreras om det motsätter klassifikationens regelverk.

Dokumentationsskyldighet och lagkrav
I Cosmic ska alltid registrering av klassifikationskoder ske i dokumentationen under sökordet *Diagnos och åtgärdskod*. Klassifikationskoder är en del av journalen med tillhörande fria diagnosformuleringar av den som ställt diagnos. Klassifikationens text som framkommer när en kod registreras ska därför bytas ut mot korrekt beskriven formulering av huvud- eller bidiagnos. Klassificeringen i *Registrera koder* ska överensstämma med journal.

Klassificeringskoder ska aldrig enbart anges direkt i vyn för *Registrera koder* då dessa inte kan överföras till journal eller publiceras i annan vy, såsom till exempel NPÖ. Journalutskrifter kan inte ske ifrån *Registrera koder* och kan därav inte komplettera ett fullständigt journalutdrag.

Datafångsten inför myndighetsrapportering till Patientregistret hämtas ifrån *Registrera koder.* Vårdkontakter som saknar dokumentation, klassifikationskoder eller inte är grupperade till DRG skickas enbart som vårdkontakter utan information. Vårdkontakter som inte grupperats till DRG kan inte användas som fakturaunderlag för såld vård.

Publicering av huvuddiagnosens textformulering
Huvuddiagnosens text och klassifikationskod från journalmall och vårdplan speglas i Patientöversikten och på NPÖ. Inga diagnoser eller diagnoskoder speglas till 1177 Journalen.

Lagstadgad myndighetsrapportering till Patientregistret

Rapportering till Patientregistret omfattar:

- Slutenvård (somatisk och psykiatrisk)
- Öppenvård psykiatri (samtliga yrkeskategorier)
- Öppenvård läkare i somatisk specialistvård

Utökad myndighetsrapportering från år 2028

- Primärvård
- Öppenvård somatisk specialistvård (samtliga yrkeskategorier)

Vårdkontakter som myndighetsrapporteras ska obligatoriskt vara klassificerade med huvuddiagnos från klassifikationen ICD.

Lagstadgad myndighetsrapportering till den nationella väntetidsdatabasen
Alla vårdkontakter av legitimerad personal rapporteras till väntetidsdatabasen. I specialistvården används VIV plug in (väntetidsrutan) där koder ska sättas i väntande fasen och i den utförda vården hämtas koder från journal eller *Registrera koder* i uppföljningen.

Inom primärvården finns inte VIV plug in utan där görs uppföljningen av medicinsk bedömning inom tre dagar för nybesök och för att den uppföljningen ska fungera ska det finnas en dokumenterad medicinsk bedömning (åtgärdskod eller diagnoskod registrerad).

Vid den planerade utökade myndighetsrapporteringen år 2028 till PAR startar är det obligatorisk att registrera en fullständig diagnoskodning på vårdkontakterna där ICD är obligatorisk för samtliga yrkeskategorier.

Ansvar

Verksamhetschef är ytterst ansvarig för att säkerställa att den egna verksamhetens vårdkontakter klassificeras enligt E-hälsomyndighetens regelverk och tillämpningsanvisningar samt ansvarar för att det finns arbetssätt, kompetens och ett systematiskt kvalitetsarbete för diagnos- och åtgärdskodning.

Den som registrerar klassifikationer för vårdkontakter och grupperar till DRG i Cosmic har ansvar för att följa E-hälsomyndighetens anvisningar för klassificering av vårdkontakter i öppenvård och tillämpa ICD, KVÅ och ATC enligt regelverket. Den som registrerar klassifikationer på vårdkontakter ansvarar också för att kontinuerligt hålla sig uppdaterad genom att bevaka uppdateringar och nyheter som rör regelverk och anvisningar.

Varje verksamhet bör ha en utsedd person eller funktion som har kännedom om förutsättningar för Region Hallands myndighetsrapportering:

- säkerställer deadlines för rapportering
- granskar och korrigerar felaktig klassificering
- granskar och korrigerar felaktigt utfall till DRG

Syftet med granskningen är att Region Hallands myndighetsrapportering håller förväntad kvalitet, skapar värde och förutsättningar för informationsdriven vård. Systematisk kvalitetsgranskning motverkar att mängden felaktigheter uppstår, som i sin tur kan stoppa regionens rapportering till Patientregistret.

Registrering av diagnos- och åtgärdskoder

Arbetsflöde registrera primär-, och sekundär klassificering



AI som verktyg för primär klassificering

Ett verktyg med AI agerar i nuläget på språkliga mönster i journalen och inte på de regelverk och tillämpningsanvisningar som E-hälsomyndigheten kräver för regionens uppgiftsskyldighet till Patientregistret. Det innebär att förslagen skulle leda till en ”överkodning” som kan ge negativ påverkan på utfall av DRG (p.g.a. grupperarens

konfiguration). Förslagen skulle också i hög grad riskera att bli mer ospecificerade då information från andra delar i journalen också måste inhämtas för att specificera. Enligt tillämpningsanvisningar krävs ibland 2–5 koder för fullständig statistisk bearbetning av sjukdomar och hälsotillstånd och dessa koder kompletteras utifrån kunskap om regelverket och inget som dokumenteras i journal.

Användandet av förslag ifrån AI kräver en eftergranskning av kodarkompetens. I nuläget saknas denna kompetens i stora delar av öppenvården.

Mot denna bakgrund tillgängliggörs i nuläget inte den funktionen för Region Hallands verksamhet.

Sökord Diagnos och åtgärdskod

Klassificeringskoder är obligatoriska att ange under sökordet *Diagnos och åtgärdskod* i journalmallar för öppenvård **vid besök** och i slutanteckning (epikris) för **slutenvård**. Innefattar även distanskontakter (distansbesök). Läs mer om distansbesök rutin Vårdkontakter och registrering, *se länk under rubrik relaterade dokument nedan.* När sökordet är obligatoriskt markeras detta med en orangefärgad punkt vid sökordet.

Administrativa journalmallar, vissa journaltabeller och vissa vårdplaner kan ha sökord för *Diagnos och åtgärd* utan att vara obligatoriska. Journalmallar som inte har denna markering kräver ingen klassificering och kan lämnas tomt, under förutsättning att det är en administrativ vårdkontakt som dokumentationen sker på, eller en slutenvårdsanteckning som sker under pågående vårdtillfälle.

All dokumentation där koder anges under sökordet *Diagnos och åtgärdskod*, kan i ett senare skede inhämtas för gruppering till vyn *Registrera koder.* Första diagnoskoden som registreras under sökordet blir per automatik huvuddiagnos i varje journalanteckning och markeras med ett upphöjt H, se figur 

Obligatorisk kod för besöksform

För team-, grupp- och gruppteambesök samt hembesök saknas ”besökskoder” (KVÅ) i Cosmics konfiguration. För att dessa besök ska rapporteras och grupperas korrekt krävs manuell registrering. Dessa KVÅ-koder är viktiga för uppföljning och är styrande i utfallet av DRG, utdata samt myndighetsrapportering.

Enskilt besök har KVÅ-kod default varför inte denna besöksform kräver manuell registrering. Vårdtjänster för distansbesök har konfigurerats med KVÅ-kod för korrekt typ av distansbesök varför inte heller dessa besök kräver manuell registrering.

Oplanerad inskrivning i slutenvården

Akut eller planerat öppenvårdsbesök eller dagsjukvård som leder till oplanerad inskrivning i slutenvård ska diagnosklassificeras enligt samma kodningsregler som gäller för övriga öppenvårdsbesök.

Tillägg av KVÅ-koden XS100 – *Oplanerad inskrivning till sluten vård* är obligatorisk.
Observera att koden XS100 enbart ska registreras på det besök där beslut om inskrivning

tas. Remitteras patienten till annan klinik kan ansvarig läkare där göra bedömningen att patienten inte är i behov av slutenvård. För akutmottagningar på Akutkliniken eller akutmottagning inom psykiatrin krävs ingen manuell registrering av XS100 då den genereras automatiskt via förflyttningsfunktionen när denna används. Används inte förflyttningsfunktionen krävs manuell registrering av XS100 i *Registrera koder*.

Exempel öppenvårdsbesök
Patient inkommer till mottagningen och beslut tas om inskrivning i sluten vård. Besöket registreras som ett besök. Diagnos med tillhörande diagnoskod registreras samt åtgärdskod XS100 – *oplanerad inskrivning till sluten vård* på öppenvårdsbesöket. Åtgärder som utförs under öppenvårdstillfället ska registreras på öppenvårdskontakten.

Exempel dagsjukvård (öppenvård)
Patient som är planerad/registrerad för dagsjukvård, och som av någon anledning opereras/behandlas senare än planerat och således får ligga kvar över natten eller att något tillstöter efter operation/behandling som gör att patienten är i behov av slutenvård.

Dagsjukvårdsbesöket avslutas och nytt slutenvårdstillfälle skapas vid tidpunkten när patienten hämtas från den dagkirurgiska enheten. Öppenvårdskontakten diagnosklassificeras tillsammans med åtgärdskoder för ingrepp/behandling som skett under tiden för dagsjukvårdstillfället och med obligatoriskt tillägg av KVÅ *XS100 – oplanerad inskrivning i sluten vård*.

Slutenvårdstillfället kodas separat med huvuddiagnos för orsaken till inläggningen exempelvis blödning, smärta eller annan komplicerande faktor. Om patienten är opererad för till exempel ett ljumskbråck vid öppenvårdstillfället kan ljumskbråcket inte kodas på slutenvårdstillfället eftersom det inte längre föreligger.

”Hämta alla”-funktionen – får ej användas

Möjligheten att inhämta alla koder som tidigare är registrerade på patienten ska **inte** användas då tidigare koder (ICD och KVÅ) kan vara irrelevanta för den aktuella vårdkontakten. Exempelvis kan tidigare diagnoser (ICD) ha gått från okomplicerat till komplicerat tillstånd vilket förändrar koden. Flest nya koder sker inom KVÅ- klassifikationen (alltefter som vårdens behandlingar utvecklas) där tidigare vårdåtgärder beskrivits med en KVÅ som inte längre bäst beskriver åtgärden, eller har utgått (ogiltig).

Orsaker till att man inte ska använda funktionen
KVÅ-koder som inhämtas har datum för när åtgärden vid det tidigare tillfället skedde. Datum och ibland tidpunkt för åtgärden måste korrigeras för att inte bli stoppande i myndighets-rapporteringen till PAR, vilket ökar risken för att vårdåtgärder anges för datum innan besöket eller vårdtillfället inträffade. Ett sådant datumfel är stoppande i myndighetsrapporteringen till Patientregistret.

ICD och KVÅ revideras kontinuerligt och vissa koder tas ur bruk med ett *till och med datum* som gör koden ogiltig efter att det datumet passerat. En kod som tagits ur bruk fungerar inte i grupperingen till DRG och ger ett felaktigt utfall. Koder som använts före datum för när koden tagits ur bruk är giltig under den perioden som varit tidigare och ska inte korrigeras i

efterhand. Det är av stor vikt att koder som registreras är i bruk för den period som vårdkontakten sker.

Mängden koder kan bli svår att hantera och ökar risken för fel eller dubbletter som i sin tur kan leda till felaktig DRG. Funktionen finns under sökordet Diagnos och åtgärdskod samt i vyn Registrera koder.

Markering av diagnos som kronisk

Denna markering rekommenderas att aldrig användas. När val av ICD-10 koder registreras under sökordet ***Diagnos och åtgärdskod*** finns en möjlighet att markera diagnosen som kronisk. Syftet med den markeringen är att i ***Patientöversikten*** få fram samtliga kroniska diagnoser hos patient. Urvalet i sökfunktionen bygger på fullständig följsamhet och manuell hantering hos samtliga användare. Då följsamheten till detta specifika arbetssätt bedöms svår att fullfölja med den stora mängd användare som registrerar koder samt det faktum att urval av samtliga kroniska diagnosen inte kan garanteras, **avrådes** användningen av funktionen helt.

En kronisk diagnos kan över tid utvecklas och bli ett mer komplicerande tillstånd där annan ICD-10-kod beskriver tillståndet mer korrekt.

Koder för vårdvalsepisoder

I *Registrera koder* under fliken *Beställarprodukter* ska koder för vårdvalsepisoder registreras. Vårdvalsepisod anges endast i de verksamheter som ersätts via vårdvalet, specialiserad vård.

ATC-koder och övriga tilläggskoder

ATC-kod registreras enligt de situationer som finns i tillämpningsanvisningar gällande läkemedelsbiverkningar och förgiftningar med läkemedel som tilläggskod. ATC-koder och övriga tilläggskoder (t ex Y90 promille, U82 resistens) ska vara registrerade som första bidiagnos direkt under diagnoskod som tilläggskoden syftar på, för att rapporteringen på vårdkontakten ska bli korrekt. ATC-koder är ingen klassifikation men finns valbara under sökordet *Diagnos och åtgärdskod.* Ofullständigt ATC-kod där endast del av koden är registrerad blir stoppande i myndighetsrapporteringen.

Gruppanteckning – individuell diagnos

I gruppanteckning finns sökordet *Diagnos och åtgärdskod* (obligatoriskt). När koder anges i detta sökord går samma diagnos ut i alla patienters journal som omfattas av gruppanteckningen. När gruppanteckning är utförd ska därför valet *Spara och stäng* användas för att möjliggöra individuell klassificering i varje enskild patients anteckning i efterhand, och först därefter signera. Nybesök kan inte bokas som gruppbesök och får hanteras separat.

Varje individs specifika diagnos **ska** registreras i efterhand i varje enskild patients journal, för att säkerställa att inte fel sjukdomsdiagnos dokumenteras via gruppanteckningen.

Tillägg av KVÅ-kod för gruppbesök XS903 är obligatorisk för alla vårdkontakter i gruppbokningen, och kan därför anges under sökordet *Diagnos och åtgärdskod* i gruppanteckningen som då faller ut i alla vårdkontakter inom gruppbokningen.

Gruppering till DRG

Varning och tekniska spärrar
I Cosmic finns inte motsvarande teknisk spärrlista på felaktiga val av huvud- eller bidiagnoser som i tidigare systemet VAS, vilket ökar risken för felaktig registrering. Rekommendationen är att genomföra manuell eftergranskning av felaktigheter enligt Region Hallands spärrlista för att minska risken för felaktiga DRG, felaktiga intäkter för såld vård och för att minska risken för stoppande poster i myndighetsrapporteringen.

Utdatarapporter för ”*Spärrlistan”* finns i Qlik Sense, och kräver särskild behörighet för Sekretess, så att poster kan identifieras och korrigeras. För att hantera och korrigera felaktigheter krävs att man har kodarkompetens. Ansökan om behörighet sker via BIHS@regionhalland.se efter chefens godkännande som läggs som kopia i beställningsmejl. Olik Sense finns på intranätet via System.

Inhämta koder till vyn Registrera koder

Varje enskild journalmall som dokumenteras och som kopplas till samma vårdkontakt skapar en huvuddiagnos (primärkod). Vid inhämtningen av koder till vyn *Registrera koder* kan flertalet huvuddiagnoser finnas markerade i listan för inhämtning.

Cosmic väljer automatiskt den huvuddiagnos som först kronologiskt blev dokumenterad och knuten till vårdkontakten. Detta kan innebära att läkarens ställda huvuddiagnos inte blir registrerad som vårdkontaktens huvuddiagnos, utan en annan registrerad huvuddiagnos, eftersom den anteckningen kan ha varit dokumenterad före läkarens dokumentation.

För att säkerställa att korrekt val av huvuddiagnos sker för vårdkontakten krävs därför kontroll och manuell korrigering i *Registrera koder*. Endast ett val för huvuddiagnos väljs för vårdkontakten, se Socialstyrelsens anvisningar för *Val av huvuddiagnos* innan gruppering sker. Huvuddiagnosen är styrande i grupperingen till DRG.

Vårdkontakter ska vara klassificerade enligt Socialstyrelsens tillämpningsanvisningar där huvuddiagnos är primärkod. Diagnoser kan behöva beskrivas med 1–5 ICD-koder. Vårdkontakten ska kompletteras med bidiagnoser, tilläggskoder, asterisk-dagger och övrig paketkodning samt vårdåtgärder enligt tillämpningsanvisningar och relevans.

KVÅ-koder - vårdåtgärder
Vårdåtgärder kräver korrekt datum för när åtgärden blev utförd och för akutmottagningar på Akutkliniken eller akutmottagning inom psykiatrin ska även klockslag för åtgärden stämma med det faktiska besökets tidpunkt. Det finns en automatisk tilldelning av datum/klockslag för KVÅ-koder som upprättas i öppenvård, men notera att förutsättningen för att den regeln ska fungera är att man vid dokumentationen är inloggad ifrån en öppenvårdsenhet. Dokumenteras en KVÅ-kod för en åtgärd som skett i slutenvård ska man därför vara inloggad på en slutenvårdsenhet för att inte alla KVÅ per automatik blir registrerade på inskrivningsdatum och manuellt måste korrigeras.

Notera! Regeln styrs utifrån var den som dokumenterar har loggat in på för en typ av enhet, öppenvårdsenhet eller slutenvårdsenhet.

I mängden koder som kan inhämtas till *Registrera koder* kan urval ske innan koderna läggs till. Dubbletter som inte krävs enligt tillämpningsanvisningar ska tas bort. Om hämtningen innehåller enbart koder ifrån KVÅ uppfyller **inte** klassificeringen grunden för gruppering till DRG.

Ordningsföljd av klassifikationskoder

För vårdkontakten finns ingen begränsning vad gäller antal koder som kan registreras. I Cosmic finns dock en begränsning kring hur många ICD-koder och KVÅ-koder som går med i grupperaren till DRG. Därav är det av särskild vikt att följa anvisningarna att koderna registreras utifrån dess relevans till vårdkontakten, eftersom vissa koder i kombination med vissa huvuddiagnoser styr grupperingen och utfallet till DRG. Läs mer i I*nstruktion diagnos- och åtgärdsregistrering i Cosmic.*

Särskilt viktigt att följa regelverket för val av huvuddiagnos då denna kod är styrande i grupperingen till DRG. Bedöm utfallet av DRG och säkerställ att DRG-texten är rimlig för klassificeringen samt att utfallet inte är ett felaktigt problem-DRG, se länk nedan till rutin för kvalitetsgranskning DRG.

Bedöm rimligheten i DRG-vikt och Spara. Status ändras då till ***rapporterad***.

Ändring av grupperad vårdkontakt

När grupperingen är sparad ändras statusen från pågår till *rapporterad.* Rapporterad betyder att vårdkontakten blir grön i *Faktureringsöversikten* och att ekonomifilen rapporteras.
Om man i efterhand behöver korrigera något i klassificeringen i vyn *Registrera koder* måste status först ändras till Pågår

Övrig förutsättning för gruppering till DRG

Förutom klassifikationskoder krävs även andra förutsättningar sammanhörande med vårdkontakten vara uppfyllda.

<u>Öppenvård</u>
För att grupperingen ska kunna ske måste kassahanteringen vara komplett utförd, inkluderat betaldelen. Om patienten inte ankomstregistrerats och betalt för vårdkontakten kan ingen gruppering till DRG ske. Val av vårdpersonal måste också vara utförd.

<u>Slutenvård</u>
Vid utskrivningen från slutenvård krävs fullständiga uppgifter vad gäller *utskrivningsorsak, utskrives till samt* utskrivande *läkare (vårdpersonal)* vara angivet

Arbetssätt klassificering vårdkontakt



I de fall eftergransknings görs av kodare måste användarrollen ändras till *Medicinsk sekreterare*, *signering* för att kunna bryta signeringen för att kunna komplettera, ta bort eller lägga till korrekt klassificering enligt tillämpningsanvisningar för att sedan sparas och skickas för omsignering/vidimering. Se länk nedan.

Därefter ska koderna inhämtas till vyn *Registrera koder* och fullfölja processen ovan till vårdkontakten är klar och sparad. Kvalitetsgranskningar av klassificerade vårdkontakter behöver ske systematiserat.

Slutenvård

Slutenvårdstillfällen klassificeras enbart av kodare med kompetens i sjukdomsklassificering både inom psykiatrin och på klassifikationsenheten vid Hallands sjukhus. Se förvaltnings-övergripande rutiner.

Klassifikation under slutenvårdstillfälle som utförs av annan klinik

Region Halland har tagit beslut om principen att all dokumentation alltid ska ske i hemklinikens journal. Utförs åtgärder under ett vårdtillfälle som tillhör annan klinik än den egna kommer inte åtgärdskoderna fångas in i ***Registrera koder*** till slutenvårdstillfället. Endast dokumentation som knyts till slutenvårdstillfället inhämtas för vårdkontakten.

Arbetssättet får då vara att växla över till behörighetsrollen ***Journalgranskare*** för att ta åtkomst i annan kliniks journal i syfte att se vilka åtgärder som genomförts.

Rollen ***Journalgranskare*** är endast en läsbehörighet och ska tillämpas för detta arbetssätt. Rollbytet visar att man har olika roller och att inloggningen är i syfte att granska journal för att göra en komplett klassificering för slutenvårdskontakten.

Granskningsurval

Vårdkontakter som ska myndighetsrapporteras till Patientregistret rekommenderas granskas av de som har formell kompetens efter utbildning i sjukdomsklassifikation. Lista över vårdkontakter som inte är grupperade kan sökas fram i Faktureringsöversikten och utlokaliserade slutenvårdstillfällen kan ses även i enhetsöversikten.

Länk till regional eller förvaltningsövergripande rutin

Instruktion: Diagnos- och åtgärdsregistrering.pdf
Manual: Manual Cosmic - Hitta avslutade vårdtillfällen för utlokaliserade patienter via Enhetsöversikten .pdf
Rutin: Kvalitetsgranskning av DRG
Rutin: Vårdkontakter och registrering
Rutin: Signering, vidimering och redigering av journalanteckning

Uppdaterat från föregående version

Ny version 2026-07-01

- Rutinen är bearbetad, förtydligad och uppdaterad i sin helhet
- Tillägg av information angående utökad myndighetsrapportering till PAR
- Förtydligande kring myndighetsrapportering till Nationella väntetidsdatabasen
- Tillägg av information angående AI som verktyg för primär klassificering och DRG
- Borttag av alternativ kodning för de vårdkontakter som inte myndighetsrapporteras
- Tillägg ”hämta alla” funktionen
- Tillägg under rubriken Varningar och tekniska spärrar
- Förtydligande under rubriken Registrera koder – inhämtade koder för vårdkontakten
- Roll som journalgranskare vid inhämtande av koder utförda av konsult annan klinik