



Slutrapport

**Revision av klassificering av diagnoser
och åtgärder vid GynStockholm,
Cevita Care AB**

Februari 2010

**Staffan Bryngelsson
Emendor Consulting AB**

Innehållsförteckning:

0.	Sammanfattning	2
0.1	Slutenvården.....	2
0.2	Öppenvården	3
1.	Uppdrag	5
2.	Syfte.....	5
3.	Frågeställningar.....	5
4.	Revisorer.....	5
5.	Urval	6
6.	Genomförande.....	6
7.	Resultat	7
7.1	Slutenvård	7
7.2	DRG 9290 Brev och telefonrådgivning, öppenvård	9
7.3	DRG 8840 Övriga läkarbesök vid andra problem, öppenvård	9
7.4	DRG 8420 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i njurar och urinvägar, öppenvård.....	9
7.5	DRG 8030 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, öppenvård	10
7.6	DRG 3590 Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom, öppenvård.....	10
7.7	DRG 8520 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i kvinnliga könsorgan, öppenvård ...	10
7.8	DRG Revisorernas sammanfattande kommentarer om revisionen av klassificering i öppenvården.....	11

0. Sammanfattning

Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, har låtit genomföra en revision av diagnos- och åtgärdsklassificering vid Gynekologkliniken Stockholm (GynStockholm), Cevita Care AB.

Emendor Consulting AB (ECAB) har ansvarat för genomförandet av revisionen. ECAB har anlitat experter inom gynekologi och obstetrik samt inom sjukdoms- och åtgärdsklassificering.

Syftet med revisionen av klassificeringen har varit att bedöma i vilken mån de i journalerna angivna diagnos- och åtgärdskoderna är att betrakta som korrekta samt om det av SLL framtagna regelverket för registrering av vårdkontakter följts.

0.1 Slutenvården

Inom slutenvården har 83 vårdtillfällen från 2008 och 2009 reviderats. 13 av vårdtillfällena hade en vårdtid av 0 vård dagar och 70 av vårdtillfällena en vårdtid av 1 vård dag.

Vid 18 av dessa vårdtillfällen har utförts operationer som rutinmässigt utförs i slutenvård. Övriga operationer utförs normalt sett i öppenvård, under förutsättning att patientens tillstånd medger det och att inga komplikationer uppstår.

För 64 av de 65 vårdtillfällen med en operation som normalt sett utförs i öppenvård saknas dokumentation om varför denna patient skrivits in i slutenvård. Revisorerna ifrågasätter därför att dessa registrerats som slutenvårdstillfällen istället för som öppenvårdskontakter.

Journalföringen uppfyller knappast patientdatalagens krav på dokumentation. Anamnes och beskrivning av patienternas problem saknas oftast. Operationsbeskrivningarna är i många fall ytterst kortfattade. För 35 vårdtillfällen saknas dokumentation om att patienten låg kvar på avdelningen till nästa dag. För 35 fanns dokumenterat att patienten gick hem samma dag som operationen. För resterande 13 fanns dokumenterat både orsaken till att detta i normala fall dagkirurgiska ingrepp utfördes i slutenvård och att patienten låg kvar till nästa dag. Epikriser saknas för samtliga vårdtillfällen. I journalerna från senare delen av 2009 finns sjuksköterskeanteckningar av växlande kvalitet som enda dokumentation av det postoperativa förloppet. Revisorerna påpekar att dokumentationen inte är till enbart för den opererande läkaren utan ska även utgöra en garanti för patientsäkerheten liksom underlag för kvalitets- och verksamhetsuppföljning samt för revisioner.

Av de 13 vårdtillfällen med 0 vård dagar är 12 grupperade till en slutenvårds-DRG. Hur har detta kunnat ske?

Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

För 8 vårdtillfällen finns inga diagnos- eller åtgärds-koder registrerade i databasen. Hur har dessa kunnat DRG-grupperas?

För 8 vårdtillfällen är dokumentationen av patientens problem så bristfällig att revisorerna ej kunnat bedöma klassificering av huvuddiagnosen. För de övriga 75 har 12 (16 %) av journalerna ett fel avseende huvuddiagnosen.

I 17 av fallen (20 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 52 av fallen (63 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder. Merparten av dessa, 32 stycken, är ett systematiskt fel (LEG13 ska anges istället för LEG10). Detta systematiska fel påverkar dock inte DRG-gruppering.

I 24 av fallen (29 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

0.2 Öppenvården

Urvalet bestod av slumpmässigt utvalda vårdkontakter i följande DRG:n:

- 50 från DRG 852O Övriga läkarbesök vid gynekologiska sjukdomar
- 30 från DRG 929O Brev och telefonrådgivning
- 30 från DRG 884O Övriga läkarbesök för andra problem
- 20 från DRG 842O Övriga läkarbesök vid sjukdomar i njurar och urinvägar
- 10 från DRG 359O Operation av uterus och adenex vid benign sjukdom
- 10 från DRG 803O Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen

Det allmänna intrycket är att den för revisorerna tillgängliga dokumentationen är av kraftigt varierande kvalitet. Flertalet läkare följer Socialstyrelsens föreskrifter angående Patientdatalagen (SOSFS 2008:14). En av läkarna har genomgående sparsam dokumentation och i vissa fall bristfällig sådan.

Av de 30 reviderade vårdkontakterna i DRG 929O Brev och telefonrådgivning bedömde revisorerna att 24 (80 %) var felaktigt registrerade enligt SLL:s regelverk.

Revisionen av diagnos- och åtgärds-klassificeringen av de övriga (exklusive DRG 929O) vårdkontakterna gav följande resultat:

33 (29 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 23 av fallen (20 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 62 av fallen (54 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

I 11 av fallen (10 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

1. Uppdrag

Emendor Consulting AB (ECAB) har på uppdrag av Avdelningen för somatisk specialistvård, HSN-förvaltningen, Stockholms läns landsting, låtit genomföra en revision av tillämpningen av Klassifikation av sjukdomar 1997 (KSH97, den svenska ICD-10-versionen) och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) gällande öppenvårdskontakter vid Gynekologkliniken Stockholm (GynStockholm), Cevita Care AB.

2. Syfte

Syftet med revisionen av klassificeringen har varit att bedöma i vilken mån de i journalerna angivna diagnos- och åtgärdskoderna är att betrakta som korrekta samt om det av SLL framtagna regelverket för registrering av vårdkontakter följts.

Med "korrekta" avses i detta sammanhang att klassificeringen gjorts i enlighet med klassifikationernas regler och rekommendationer.

3. Frågeställningar

Har val av huvuddiagnos gjorts enligt gällande regelverk?

Är de kodade och registrerade diagnoserna/åtgärderna dokumenterade i journalen?

Finns dokumenterade diagnoser eller åtgärder som ej är kodade och registrerade?

Har SLL:s regelverk för registrering av vårdkontakter följts?

4. Revisorer

Revisionen av diagnos- och åtgärdsklassificeringen gällande gynekologi och obstetrik har genomförts av:

Urban Jürgensen

Specialist i obstetrik och gynekologi. Klinikchef samt chefläkare vid kvinnokliniken Högländssjukhuset i Eksjö. För närvarande överläkare på halvtid vid kvinnokliniken, Högländssjukhuset och utvecklare/projektledare på halvtid vid Qulturum (Landstinget i Jönköpings läns utvecklingsavdelning) med fokus på patientsäkerhet. Sedan 2008 föredragande läkare i gynekologi och obstetrik vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm.

Kerstin Jonsson

Specialist i obstetrik och gynekologi. Verksamhetschef vid kvinnokliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping.



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

Raymond Lenrick

Specialist i obstetrik och gynekologi. Tidigare verksamhetschef på kvinnokliniken, Länssjukhuset Ryhov. För närvarande chefläkare för strategiska frågor på Länssjukhuset Ryhov på halvtid och överläkare på kvinnokliniken på halvtid.

Staffan Bryngelsson, Emendor Consulting AB, har ansvarat för planering och genomförande av revisionen samt för dokumentationen.

5. Urval

- 5 slumpmässigt utvalda slutenvårdstillfällen från 2008 med vårdtid = 0 dagar
- 8 slumpmässigt utvalda slutenvårdstillfällen från 2009 med vårdtid= 0 dagar
- 40 slumpmässigt utvalda slutenvårdstillfällen från 2008 med vårdtid = 1 dag
- 30 slumpmässigt utvalda slutenvårdstillfällen från 2009 med vårdtid = 1 dag
- 50 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 852O
Övriga läkarbesök vid gynekologiska sjukdomar
- 30 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 929O
Brev och telefonrådgivning
- 30 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 884O
Övriga läkarbesök för andra problem
- 20 slumpmässigt utvalda öppenvårdsbesök från 2009 som grupperats till DRG 842O
Övriga läkarbesök vid sjukdomar i njurar och urinvägar
- 10 slumpmässigt utvalda öppenvårdskontakter från 2009 som grupperats till 359O
Operation av uterus och adenex vid benign sjukdom
- 10 slumpmässigt utvalda öppenvårdskontakter från 2009 som grupperats till 803O Övriga
läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen

6. Genomförande

Varje journal granskades av två revisorer. Revisorerna har bedömt om de angivna diagnos- och åtgärdskoderna varit korrekta dels i den bemärkelsen att de kodats enligt klassifikationens regler och anvisningar och dels att diagnoser respektive åtgärder varit dokumenterade i journalen. För varje journal upprättades ett bedömningsprotokoll enligt följande:

För huvuddiagnosen anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt diagnos, korrekt kod
- * Korrekt diagnos, felaktig kod
- * Ordningsföljden fel, huvuddiagnosen finns bland bidiagnoserna, kod:
- * Fel huvuddiagnos, korrekt huvuddiagnos och kod är:

För bidiagnoserna anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt bidiagnos, korrekt kod
- * Korrekt bidiagnos, felaktig kod
- * Fel bidiagnos
- * Saknad bidiagnoskod:



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

För kap XX-koderna anges något/några av följande alternativ

- * Korrekt kap XX-kod
- * Felaktig kap XX-kod
- * Saknad kap XX-kod

För åtgärdskoderna anges något/några av följande alternativ:

- * Korrekt kod
- * Felaktig kod
- * Saknad kod:

Varje vårdkontakt som bedömts som ej korrekt klassificerad har kommenterats i bilaga.

Begreppet ”felaktig huvuddiagnos” har en spännvidd från att fel tillstånd valts som huvuddiagnos (”större” fel) till att till exempel fel siffra angivits i diagnoskodens fjärde el femte positionen (”mindre” fel).

Även vårdkontakter som bedömts som korrekt klassificerade har i vissa fall kommenterats. De diagnos- eller åtgärds-koder som ej kommenterats har bedömts som korrekta.

Revisionen av klassificeringen har gjorts utifrån den tillgängliga journaldokumentationen. Om en sjukdom eller ett tillstånd inte är omnämnt i journalen men ändå har kodats har revisorerna noterat detta som ett fel. Om en sjukdom eller ett tillstånd är omnämnt i journalen - och haft betydelse för handläggningen av patienten vid denna vårdkontakt - men ej kodats har även detta noterats som ett fel. Klassificeringen av åtgärder har granskats på motsvarande sätt. Om en åtgärd ej är utförd, eller inte finns dokumenterad, men en kod finns registrerad har detta bedömts som felaktig klassificering.

I vissa fall har en i journalen felaktigt angiven kodning korrigerats till korrekt kodning i databasen, utan att någon ändring gjorts i journaldokumentationen. Eftersom revisorernas utgångspunkt har varit journaldokumentationen har detta bedömts som felaktig kodning.

7. Resultat

7.1 Slutenvård

Urvalet bestod av:

- 5 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen från 2008 med vårdtid = 0 dagar
- 8 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen från 2009 med vårdtid= 0 dagar
- 40 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen från 2008 med vårdtid = 1 dag
- 30 slumpmässigt utvalda vårdtillfällen från 2009 med vårdtid = 1 dag

Förutom att bedöma diagnos- och åtgärdsklassificering har revisorerna för samtliga slutenvårdstillfällen även bedömt följande:

Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

- Är detta en operation som rutinmässigt görs i slutenvård?
- Finns i den tillgängliga dokumentationen en orsak till att detta görs i slutenvård?
- Finns det dokumenterat att patienten låg kvar till nästa dag?

Av de 83 vårdtillfällena har det i 18 fall utförts operationer som rutinmässigt utförs i slutenvård. Övriga operationer utförs normalt sett i öppenvård, under förutsättning att patientens tillstånd medger det och att inga komplikationer uppstår.

För 64 av de 65 vårdtillfällena med en operation som normalt sett utförs i öppenvård saknas dokumentation om varför denna patient skrivits in i slutenvård.

Journalföringen uppfyller knappast patientdatalagens krav på dokumentation. Anamnes och beskrivning av patienternas problem saknas oftast. Operationsbeskrivningarna är i många fall ytterst kortfattade. Det är givetvis onödigt med långa verbala beskrivningar av enklare operationer som till exempel TVT, men man bör åtminstone ha någon form för standardregistrering av väsentliga uppgifter i form av kryssjournal eller liknande. För 35 vårdtillfällen saknas dokumentation om att patienten låg kvar på avdelningen till nästa dag. För 35 fanns dokumenterat att patienten gick hem samma dag som operationen. För resterande 13 fanns dokumenterat både orsaken till att detta i normala fall dagkirurgiska ingrepp utfördes i slutenvård och att patienten låg kvar till nästa dag. Epikriser saknas för samtliga vårdtillfällen. I journalerna från senare delen av 2009 finns sjuksköterskeanteckningar av växlande kvalitet som enda dokumentation av det postoperativa förloppet. Revisorerna påpekar att dokumentationen inte är till enbart för den opererande läkaren utan ska även utgöra en garanti för patientsäkerheten liksom underlag för kvalitets- och verksamhetsuppföljning samt för revisioner.

13 av vårdtillfällena är i databasen registrerade med samma in- och utskrivningsdatum, det vill säga med vårdtid = 0 vård dag. Samtliga dessa ska enligt grupperingslogiken grupperas till en öppenvårds-DRG, även om de varit inskrivna i slutenvård. Endast ett av dessa vårdtillfällen är grupperat till en öppenvårds-DRG, övriga 12 till slutenvårds-DRG:n (för vilka krävs en vårdtid av minst = 1 vård dag). Hur har detta kunnat ske?

För 8 vårdtillfällen finns inga diagnos- eller åtgärds-koder registrerade i databasen. För ett av vårdtillfällena har operationen dessutom aldrig utförts. Hur har dessa vårdtillfällen kunnat DRG-grupperas?

För 8 vårdtillfällen är dokumentationen av patientens problem så bristfällig att revisorerna ej kunnat bedöma klassificering av huvuddiagnosen. För de övriga 75 har 12 (16 %) av journalerna ett fel avseende huvuddiagnosen.

I 17 av fallen (20 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

I 52 av fallen (63 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder. Merparten av dessa, 32 stycken, är ett systematiskt fel (LEG13 ska anges istället för LEG10). Detta systematiska fel påverkar dock inte DRG-gruppering.

I 24 av fallen (29 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen. Diagnos- och åtgärds-koder angivna i journalen för en vårdkontakt måste vara desamma som registreras i andra system för den aktuella vårdkontakten, till exempel patientadministrativa system vid DRG-gruppering.

7.2 DRG 9290 Brev och telefonrådgivning, öppenvård

Urvalet bestod av 30 vårdkontakter.

Av dessa bedömde revisorerna att 6 (20 %) var korrekt registrerade som telefonkontakter enligt SLL:s regelverk. De felaktigt registrerade var:

- Telefonrecept utan journaldokumentation 9 st
- Meddelande om normala provsvar 5 st
- Brevkontakter 4 st
- Mailkontakt eller mailrecept utan journaldokumentation
- Journaldokumentation saknas helt 2 st
- Allmänt råd 1 st

7.3 DRG 8840 Övriga läkarbesök vid andra problem, öppenvård

Urvalet bestod av 30 vårdkontakter. 5 kunde ej bedömas på grund av att journaldokumentation saknades (4 st) eller att dokumentationen var för bristfällig (1 st). Bedömningen av de återstående 25 vårdkontaktarna resulterade enligt följande:

11 (44 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 3 av fallen (12 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 12 av fallen (48 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

7.4 DRG 8420 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i njurar och urinvägar, öppenvård

Urvalet bestod av 20 vårdkontakter.

4 (20 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 8 av fallen (40 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 11 av fallen (55 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

I 5 av fallen (25 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.



Klassificeringsrevision
GynStockholm
Februari 2010

7.5 DRG 8030 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i matsmältningsorganen, öppenvård
Urvalet bestod av 10 vårdkontakter.

5 (50 %) av journalerna har ett fel avseende klassificering av huvuddiagnosen.

I 5 av fallen (50 %) har påpekanden gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

Åtgärds-koder är ej angivna i journalerna utan endast i databasen. Det finns inget krav på att åtgärds-koden ska finnas i journalen men det är att rekommendera. För klargörande har revisorerna i bilagan för varje vårdkontakt påpekat vilken/vilka åtgärds-kod/er som ska registreras.

I ett fall har åtgärds-koder för både klinisk undersökning av genitalia (AL008) samt för ultraljudsundersökning av lilla bäckenet (AL014) registrerats i databasen trots att inga undersökningar utförts.

7.6 DRG 3590 Operationer på uterus och adenex för benign sjukdom, öppenvård
Urvalet bestod av 10 vårdkontakter.

2 (20 %) av journalerna har ett fel avseende klassificeringen av huvuddiagnosen.

I 1 (10 %) av fallen har påpekande gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

I 3 av fallen (30 %) föreligger fel avseende klassificering av åtgärder.

7.7 DRG 8520 Övriga läkarbesök vid sjukdomar i kvinnliga könsorgan, öppenvård
Urvalet bestod av 50 vårdkontakter.

13 (26 %) av journalerna har ett fel avseende klassificeringen av huvuddiagnosen.

I 7 (14 %) av fallen har påpekande gjorts om klassificeringen av bidiagnoser.

Åtgärds-koder är ej angivna i journalerna utan endast i databasen. Det finns inget krav på att åtgärds-koden ska finnas i journalen men det är att rekommendera. För klargörande har revisorerna i bilagan för varje vårdkontakt påpekat vilken/vilka åtgärds-kod/er som ska registreras.

I 4 av fallen (8 %) föreligger en diskrepans mellan vad som är registrerat i journalen jämfört med vad som är registrerat i databasen.

7.8 DRG Revisorernas sammanfattande kommentarer om revisionen av klassificering i öppenvården

Det allmänna intrycket är att den för revisorerna tillgängliga dokumentationen är av kraftigt varierande kvalitet. Flertalet följer Socialstyrelsens föreskrifter angående Patientdatalagen (SOSFS 2008:14). En av läkarna har genomgående sparsam dokumentation och i vissa fall bristfällig sådan. Revisorerna hänvisar till SOSFS 2008:14 kapitel 3, § 3 och 6:

Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården

3 kap. Rutiner för journalföring

1 § Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournaler.

2 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifterna så långt möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

3 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska även säkerställa att patientjournalen kan utgöra ett underlag för uppföljning av vårdens resultat och kvalitet.

Patientjournalens innehåll

6 § Rutinerna för dokumentation av patientuppgifter ska säkerställa att en patientjournal, utöver vad som krävs enligt 3 kap. 5–8 och 11 §§ patientdatalagen (2008:355), i förekommande fall innehåller

- 1. uppgifter om aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,*
- 2. uppgifter om ordinationer av t.ex. läkemedel och olika behandlingar,*
- 3. uppgifter om förskrivningsorsak vid ordination av läkemedel,*
- 4. undersökningsresultat,*
- 5. uppgifter om överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,*
- 6. uppgifter om vårdhygienisk smitta, samt*
- 7. epikris och andra sammanfattningar av genomförd vård.*

Sparsam dokumentation gör det svårt för revisorerna att bedöma om korrekt diagnos är satt i denne läkares journaler.

Allmänna kommentarer:

- AL008 (gynekologisk undersökning) är en åtgärdskod som är onödig att registrera på en gynekologisk mottagning då denna åtgärd förväntas ingå i normalbesöket. Vi kan med viss förvåning konstatera att denna kod finns i databasen på ett antal besök där gynekologisk undersökning ej utförts enligt journalen
- AL014 (ultraljudsundersökning i lilla bäckenet) finns med viss konsekvens i databasen men inte i journalen
- Vi har funnit ett antal journaler där postoperativ komplikation beskrivs men ej är diagnosatt utan diagnoskoden är Z09.0. Dessa fall bör diagnoskodas med T och Y kod.

- Ett antal fall har endast registrerad kod Z09.0 (kontrollbesök efter kirurgi). Denna kod ska alltid omedelbart följas av en kod som anger den utläkta sjukdomen eller skadan.
- Ett antal besök i DRG 8840 saknar dokumentation i det material som är tillgängligt. Enligt databasen är dessa besök kodade som Z51.4 och AV033 alltså preoperativ bedömning.
- 30 av de granskade vårdkontaktarna var från DRG 9290. Dessa är granskade mot Stockholms läns landstings regelverk för registrering av vårdkontakter 2009:

Telefonkontakter avseende kvalificerad hälso- och sjukvård

Med kvalificerad hälso- och sjukvård i samband med telefonkontakt avses att sjukvårdspersonalen gjort en medicinsk bedömning och fattat beslut om behandling, ändring av pågående behandling eller ytterligare utredning. Telefonkontakten ersätter på så sätt ett besök. Hit räknas också kontakter som är nödvändiga för att inhämta uppgifter från patienten för medicinska utlåtanden, t.ex. läkarutlåtande om hälsotillstånd, men inte kontakter som bara innebär delgivning av utlåtandet.

Följande kontakter ska **inte** registreras:

- *Brevkontakt med patient.*
- *Kontakter av karaktären allmän sjukvårdsupplysning dvs där patienten endast får råd angående ifall hon/han bör uppsöka någon vårdinrättning eller ej.*
- *Telefonkontakt som leder till besök eller inskrivning i sluten vård hos vårdgivare i direkt anslutning till telefonkontakten. (Oavsett innehåll anses denna kontakt vara en del av det efterföljande besöket eller vårdtillfället.)*
- *Förlängning av sjukskrivning för sedan tidigare kända problem och utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.*
- *Förnyelse av läkemedelsrecept eller hjälpmedelsförskrivning för sedan tidigare kända problem och utan ställningstagande till eventuella nytillkomna besvär.*
- *Delgivning av undersökningsresultat eller medicinskt utlåtande.*
- *Granskning och meddelande av remissvar och provsvar.*
- *Kontakt där patienten eller annan begär eller får journalkopia utan att sjukvårdspersonal förklarar journalinnehållet för patienten eller lämnar ett medicinskt utlåtande baserat på journalinnehållet.*
- *Utskick av tidigare ordinerat och utprovat hjälpmedel.*
- *Information om standardiserade förberedelser inför en kommande vårdkontakt, t.ex. fasta inför en operation eller laxering inför en tarmröntgen. Information om individuella förberedelser, som t.ex. ändrad ordination av patientens läkemedel.*
- *Vårdadministrativa kontakter som tidbokning och utskick av kallelse till en kommande vårdkontakt.*
- *Kontakter av servicenatur som t.ex. att patienten begär bokning av tolk eller sjuktransport.*

Kontakter av allmän natur som t.ex. att patient eller anhörig får vägbeskrivning eller information om öppettider, telefontider, besökstider etc.

Endast ett litet antal av de granskade anteckningarna uppfyller kraven enligt ovan. De flesta rör sig om receptförnyelse alternativt meddelande om normala provsvar eller brev.