

Oversigt i den elektroniske patientjournal for almen praksis med ICPC-2-DK

Erik Falkø

Denne sidste artikel om ICPC-diagnosekodning giver ud over retningslinjer for opnåelse af god journaloversigt også indsigt i værdien af begreberne forløbsdiagnoser, forløbsprofiler, profildiagnoser og helbredsforløb. Endvidere gives der vejledning i, hvordan man mærker kontakt- og epikrisediagnoser med forløbsdiagnoser. Sluttelig bliver der gået i detaljer med fordelene ved diagnoseregistrering med ICPC-2-DK. Artiklen bygger på, at der nu er standardiserede krav til opbygningen af diagnoseregistret i alle praksissystemer, hvor systemhusene akkrediteres for opfyldelse af kravene.



BIOGRAFI:

Erik Falkø er praktiserende læge og har i en lang årrække været en af de centrale skikkelser i udviklingen af ICPC.

FORFATTERS ADRESSE:

DAK-E, J.B. Winsløvsvej 9A, 5000 Odense C.
E-mail: e-falkoe@dadlnet.dk

Denne artikel er en opfølgning på to tidligere artikler om diagnoseregistrering med ICPC-2-DK efter den nye danske edb-journalstandard for almen praksis (1, 2).

I artiklen vil der blive fokuseret på at demonstrere, hvordan man får bedre journaloversigt ved brug af forløbsdiagnoser og forskellige former for filtrering af diagnoserne.

Uden et ordensprincip med en diagnoseklassifikation bliver den elektroniske patientjournal (EPJ) med de mange noter, informationer og epikriser efter få år uoverskuelig. Derfor vil der altid være fordele ved at diagnosekode kontakter. Fordelene mangedobles, når man har gjort det over nogen tid, idet der herved tillige bliver mulighed for en dynamisk journaloversigt

Formålet med denne artikel er sammen med de to første om diagnoseregistrering at give en kort guide til kodning og herigennem fremme brugen af ICPC-2-DK. En tilsvarende bestræbelse demonstreres i E-læringsprogrammet: ICPC-kodning på Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E)'s hjemmeside, hvorfor der flere gange vil blive henvist hertil (3).

Først rekapituleres diagnoseregistreringen fra forrige artikler med Fig. 1.

Med et søgeord i det alfabetiske indeks er man kun et tastetryk fra en diagnose.

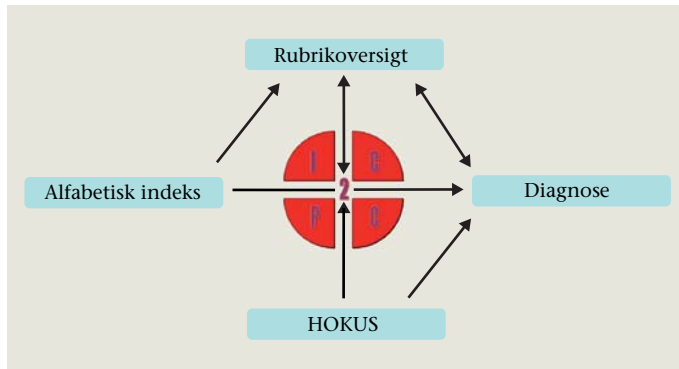


Fig. 1. Diagnoseregistrering.

Denne kan suppleres med tillægstekst og valideres ud fra rubrikoversigten, som indeholder ICPC-diagnosen med dens inklusionskriterier og krydsreferencer samt tilknyttede praksisrelevante ICD-10-diagnoser.

Hvad er et helbredsforløb?

Det er en lægefaglig vurdering, der afgør, om et problem kan betegnes som et helbredsproblem. Helbredsproblemet ud-

trykkes typisk ved en kontaktdiagnose, som kan være enten en symptom- eller en sygdomsdiagnose. Flere kontaktdiagnoser over tid, som vidner om det samme helbredsproblem, repræsenterer et helbredsforløb.

At registrere kontaktdiagnoserne alene giver ikke det fulde overblik over patientens helbredstilstand. Først ved at sammenkæde kontaktdiagnoser, som eventuelt er forskellige over tid, til et helbreds-

indeks
Jens Lindhart,XXXXXXXXXX

Kontaktdiagnoser

dato	diagnose(r)
15.01.2009	R02 Åndenød R05 Hoste

Forløbsdiagnoser

diagnose	år
L89 Artrose i hofteled	1990
K86 Ukompliceret hypertension	1995
P17 Tobakmisbrug	1995
T90 Diabetes type 2	2001

Journal-oplysninger

Anamnese: Har indenfor de senere par år fået morgenhoste og blevet tiltagende kortåndet ved gang op ad bakke. Ryger – 40 pakkeår*. Haft et enkelte tilfælde for 4 måneder siden, hvor han havde hoste, let feber og ekspektorat af 5 dages varighed.

Objektiv: Hjerter- og lungestetoskopi normalt.

Plan: EKG, lungefunktion og fæstebloodprøver ved sygeplejersken i morgen. Røntgen af thorax ved drop ind ordening i morgen.

* (1 pakkeår = 20 cigaretter daglig i ét år).

Fig. 2. Forløbsvindue med forløbsdiagnoser.



Journaloverblik uden ICPC-2-DK. Illustration: www.icpc-kodning.dadl.cursum.net.

forløb, bliver patientens helbredstilstand mere overskuelig.

En stringent definition på et helbredsforløb er: Et helbredsproblem fra den første gang, det præsenteres for lægen, til afslutningen af den sidste kontakt vedrørende dette helbredsproblem. Ordet omsorgsepisode – på engelsk *episode of care* – er en anden benævnelse for samme begreb. Principielt er en kontakt vedrørende vaccination eller en ukompliceret halsbetændelse et forløb, selv om det i reglen kun omfatter én kontakt. Problemet med den strikte og minutiose forløbsregistrering er, at den let bliver omstændelig og tidskrævende. Derfor foreslås det indtil videre kun at registrere længerevarende helbredsproblemer med flere eller mange kontakter som forløb – det kunne kaldes »det pragmatiske helbredsforløb«.

Hvad er en forløbsdiagnose?

En forløbsdiagnose er den diagnose, som bedst karakteriserer et helbredsforløb. Ligesom der kan være flere helbredsproblemer, ser man forskellige helbredsforløb hos samme patient, oftest udtrykt ved flere forløbsdiagnoser. At se på patienters helbredsproblemer i et forløbsperspektiv ligger tæt op ad patientens forestillingsverden og giver sammenhæng og overblik for den praktiserende læge. Således er de kroniske diagnoser forløbsdiagnoser uden tidsmæssig afslutning.

Forløbsdiagnoserne står i et felt for sig i EPJ – Forløbsvinduet – se Fig. 2. Forløbsvinduet er placeret et synligt sted i EPJ, fordi du herved får et hurtigt overblik over patientens helbreds-situation i forbindelse med den aktuelle henvendelse.

Som det illustreres i Fig. 2, er forløbsdiagnoser ofte udtryk for langvarige eller

kroniske sygdomme, som udgør en stigende del af arbejdet i almen praksis (4).

ICPC-2-DK gør det lettere at huske at få oprettet helbredsforløb, idet visse diagnoser default er markeret som forløbsdiagnoser, hvor helbredstilstanden må skønnes at have været mere end seks måneder. Det betyder, at hvis f.eks. KOL-diagnosen anføres ved en kontakt, vil den samtidig automatisk blive forløbsdiagnose, medmindre den er det i forvejen.

Et helbredsforløb omfatter ikke mindst hos ældre mennesker flere sygdomme, som forekommer samtidigt (komorbiditet). Det betyder, at der i forløbsvinduet er flere forløbsdiagnoser, som det klinisk kan falde naturligt at sammenkæde. Derfor kan der være behov for en sammenkobling af flere forløbsdiagnoser til en *forløbsprofil*. Den vigtigste og mest dækkende af forløbsdiagnoserne, som bedst karakteriserer forløbsprofilen, hedder *profildiagnosen* – se Fig. 4.

Hvad betyder diagnosers skrifttype?

I EPJ skal man balancere mellem nødvendig og overflødig information. Det sidste er et problem, da det slører overblikket. Ved implementeringen af ICPC-2-DK er det via skrifttypen valgt at advisere om

specielle attributter ved diagnosen. Et sådant kendetegn blev nævnt i forrige artikel: »Diagnoseregistrering med ICPC-2-DK« (2) nemlig, at en specifik ICD-10-diagnosetekst altid har en foranstillet ICPC-kode i kursiv (*L99 Osteopeni*). Andre spidsfindigheder ved skrifttypen skal ikke læres udenad, men signalerer, at der er specielle forhold ved diagnosen. Eksempelvis står hele epikrisediagnosen (ICPC-kode og ICD-10-diagnosetekst) i kursiv, og diagnoseteksten på en kontakt-diagnose er anført med fed skrifttype, hvis den er mærket med en forløbsdiagnose. Reglerne for diagnosernes skrifttyper ses i Tabel 1.

Vil du have syn for sagen og se, hvilken ICD-10-kode eller diagnose som kontakt- eller epikrisediagnosen er mærket med, kan det ske ved et tastetryk. Informationerne er kun synlige, så længe tasten holdes nede.

Mærkning af diagnoser

Mærkning af diagnoser (5) adskiller sig fra en registrering ved, at den ikke er umiddelbart synlig bortset fra, at skrifttypen ændres. Mærkningen har til formål at kvalificere forløb og dermed give en bedre oversigtsfunktion i EPJ.

Skrifttype	ICPC-kode	Diagnosetekst	Betydning	Diagnoseeksempler
Normal	+	+	ICPC-2 diagnose	D21 Synkebesvær
<i>Kursiv</i>	+	+	Epikrisediagnose	<i>W71 Urinvejsinfektion i – svangerskab, anden</i>
<i>Kursiv</i>	+	–	Praksisrelevant ICD-10 diagnose	<i>R04 Snorken</i>
Fed	–	+	Kontakt-diagnose mærket med forløbsdiagnose	D18 Ændret afføringsmønster
Fed	+	+	Profildiagnose	T90 Diabetes type 2

Tabel 1. Kendetegn via skrifttype for forskellige typer af diagnoser.

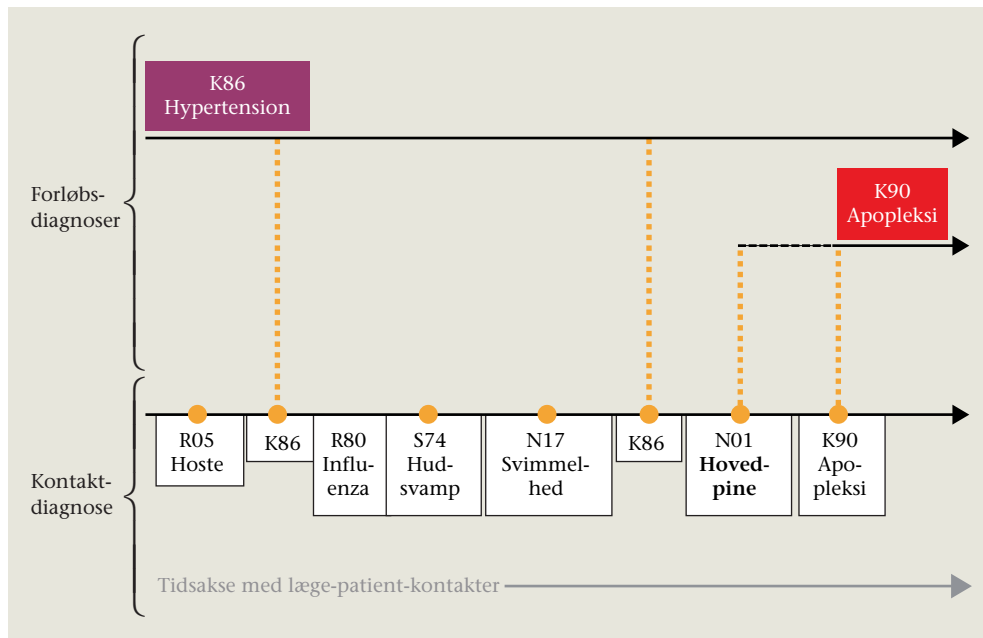


Fig. 3. Mærkning af kronologisk tidligere kontaktdiagnose med aktuell forløbsdiagnose.

MÆRKNING AF KONTAKTDIAGNOSE MED EN FORLØBSDIAGNOSE

At mærke en kontaktdiagnose med en forløbsdiagnose betyder, at den kopieres over til kontaktdiagnosen, så den skjult vedhæftes denne. Kontaktdiagnoseteksten ændres samtidig til fed skrifttype. Det samme er gældende for en epikrisediagnose og en obsolet diagnose ved mærkning. Den skjulte diagnose kan gøres midlertidig synlig ved et tastetryk.

Ofte forstår du først senere, at en tidligere diagnose i virkeligheden har sammenhæng med en aktuell forløbsdiagnose. I så fald kan man kode baglæns i tid og på denne vis medtage starten af forløbet uden at influere på en tidstro synlig dokumentation.

En patient med en cancersygdom som f.eks. endetarmskræft får ofte først symptomer med ændret afføringsmønster,

anæmi og blod i afføringen. For at overskue det samlede forløb kan det være fordelagtigt retrospektivt at mærke de uspecifikke symptomdiagnoser med cancerdiagnosen. I Fig. 3 er en lignende problematik illustreret (N01 **Hovedpine**). En patient med hovedpine henvender sig, uden at man i første omgang finder en tilgrundliggende sygdom. Blodtrykket er normalt. Senere bliver patienten halvsiddigt lammet, og diagnosen apopleksi bliver bekræftet ved computertomografi. Symptomdiagnosen hovedpine bliver først mærket med forløbsdiagnosen retrospektivt, hvor sammenhængen bliver klar – se Fig. 3. Efterfølgende viser det sig, at patienten også har hyperlipidæmi, og vedkommende sættes derfor i behandling herfor – se Fig. 4. I forløbsvinduet ses nu en indlysende sammenhæng, hvor apopleksi er den egentlige sygdom, mens

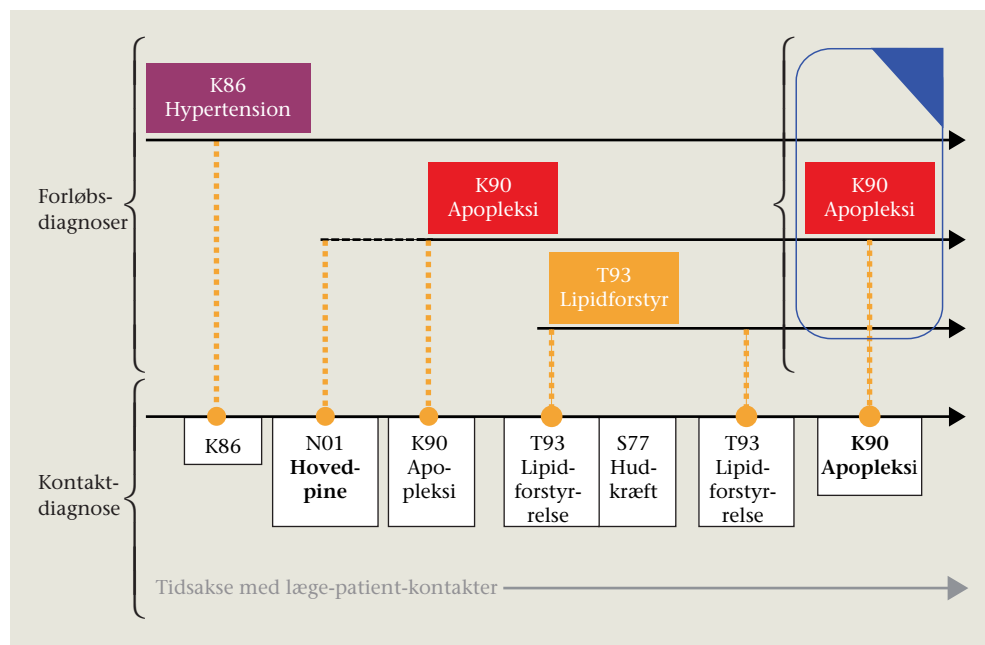


Fig. 4. Forløbsprofil med apopleksi som profildiagnose.

hypertension og lipidforstyrrelse blot er risikofaktorer. Man kan derfor fremover med fordel kæde de tre diagnoser sammen i en forløbsprofil repræsenteret med apopleksi som profildiagnosen. Sammenknytningen sker ved, at man med den valgte profildiagnose mærker de andre forløbsdiagnoser. Efterfølgende kan man nøjes med at overføre profildiagnosen apopleksi. Bemærk at både kontaktdiagnosens kode og diagnosetekst nu er anført med fed skrifttype – **K90 Apopleksi** – som tegn på, at det også er en profildiagnose.

Ved filtrering på profildiagnosen vil alle kontakter med blot en af forløbsprofilens forløbsdiagnoser blive inddraget. På den anden side kan man stadig både registrere og mærke med kun en af profilens forløbsdiagnoser og følge et forløb svarende hertil.

MÆRKNING AF FORLØBSDIAGNOSE MED EN NY FORLØBSDIAGNOSE

Mærkningsfunktionen kan også bruges til at ændre en forløbsdiagnose og alligevel bevare hele forløbet.

At mærke en forløbsdiagnose med en ny forløbsdiagnose, så den første erstattes af den anden, betyder, at dens kontaktdiagnoser nu er mærket med den nye forløbsdiagnose. Denne mærkning sker i forløbsvinduet. Et eksempel på denne funktionalitet ses på Fig. 5.

Eksemplet drejer sig om et barn med astmatisk bronchitis (R87 Bronchitis m bronkospasme) – se Fig. 5, øverste række. Kun en tredjedel af disse patienter får astma, men ved treårsalderen står det klart at dette barn har astma verificeret ved vedvarende natlig hoste som svinder på steroidinhalation og positiv priktest. Som det fremgår af Fig. 5, nederste række,

ændres forløbsdiagnosen R78 Bronchitis m bronkospasme til R96 Astma ved at mærke R78 med R96.

Dynamisk journaloversigt

Antallet af helbredsproblemer hos den enkelte patient er oftest begrænset, og hvis der er mange, er de oftest spredt ud over flere kapitler. Derfor er en *kapiteloversigt* med kontaktdiagnoser en meget brugbar om end grov erstatning for et stringent helbredsforløb. Kapiteloversigt er i international sammenhæng benævnt »*Poor man's episode of care*« (6) fordi man har at gøre med et forsimplet helbredsforløb, som er let at udføre. Eksempelvis vil en henvendelse om brystmerter ved

filtrering ud fra R- og K-organkapitlet give en god baggrund for håndtering af helbredsproblemet.

Et andet eksempel fremgår af Fig. 6. Samtlige kontaktdiagnoser ses under »filtreringsnettet«. Patienten kommer i din konsultation og klager over fordøjelsesbesvær. Via den dynamiske oversigt på D-kapitlet (fordøjelsessystemet) ses de filtrerede diagnoser over »filtreringsnettet«. Heraf fremgår det, at patienten har haft vekslende gener fra mave-tarm-kanalen bl.a. resulterende i appendektomi og diagnosticering af hiatushernie på sygehuset – se Fig. 6.

ICPC-strukturen har foruden organkapitlerne en opdeling i kategorier: symp-

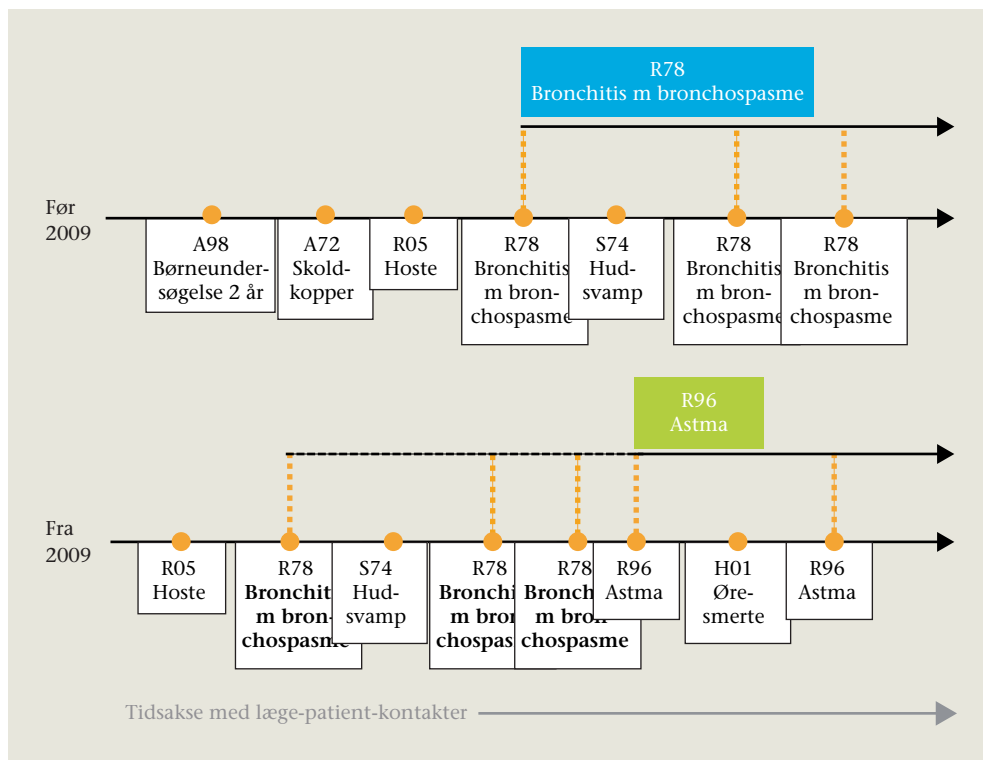


Fig. 5. Mærkning af tidligere forløbsdiagnose med forløbsdiagnosen astma.

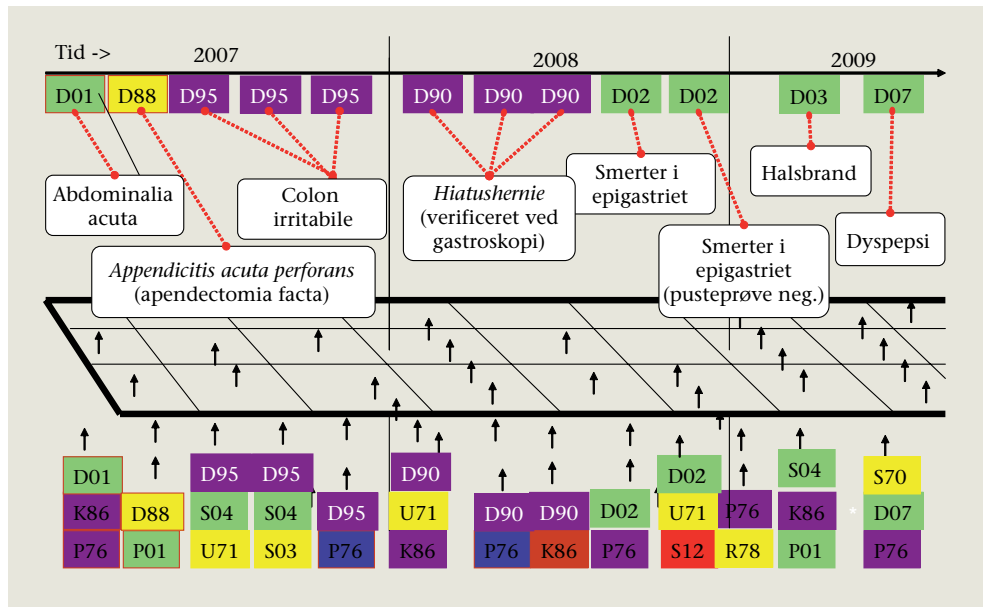


Fig. 6. Dynamisk oversigt med filtrering på D-kapitlet (Fordøjelsessystemet).

Kontaktdiagnoser	
10.10.03	K86 Ukompl hypertension
10.02.04	K96 Hæmoride
12.07.04	K86 Ukompl hypertension
03.10.04	S70 Herpes zoster
02.01.05	L95 Osteoporose
15.02.05	P75 Depression recidiv
27.04.05	P75
27.06.05	U04 Urgeinkontinens
24.02.06	A97 Undersøgelse i forbindelse m erhvervelse af kørekort
10.05.06	P75 Depression recidiv
10.10.06	K86 Ukompl hypertension
15.02.07	P20 Hukommelsessvigt
06.08.07	L15 Symptom/klage fra knæ
21.05.07	P06 Søvntilstand
16.10.07	R05 Hoste
15.05.08	A97 Us. i forbindelse m erhvervelse af kørekort - uafslutte

Forløbsdiagnoser		
<input type="checkbox"/>	D28 Cholecystectomy facta	1998
<input type="checkbox"/>	K86 Ukompl hypertension	2001
<input type="checkbox"/>	P75 Depression - recidiv	2001
<input type="checkbox"/>	L95 Osteoporose	2002
<input type="checkbox"/>	Z28 Tilst m hofteprotese	2003
<input type="checkbox"/>	U04 Urgeinkontinens	2005

Journal-oplysninger	
Anamnese:	Anamnese: Patienten virker lidt ukoncentreret og glemsom. Kan kun huske 1 af 3 ord og urskrive prøven udfyldes mangelfuldt.

Fig. 7. Journalforside for patient, som er ved at få fornyet sin kørekortsattest.

tomdiagnoser, infektionssygdomme, svulster, skader, medfødte misdannelser og specifikke sygdomme IKA (ikke klassificeret andetsteds). Disse inddelinger giver mulighed for en kategorioversigt.

F.eks. kan man, når patienten henvender sig med en skade eller en infektion, filtrere tidligere notater, og se, hvad patienten har haft af problemer i disse kategorier.

Kontakttdiagnoser

18.09.01	P03	Angst/nervøsitet/anspændthed
09.10.01	P03	Nedtrykthed
12.01.02	P03	
03.03.02	P75	Depression
02.05.02	P75	
18.07.02	P75	
13.10.02	P75	
20.12.02	P75	Depression recidiv
19.02.05	P75	
27.04.05	P75	
24.02.06	A97	Undersøgelse i forbindelse m erhvervelse af kørekort
10.05.06	P75	Depression recidiv
15.02.07	P20	Hukommelsessvigt
21.05.07	P06	Søvnforstyrrelse

Forløbsdiagnoser

<input type="checkbox"/>	D28	Cholecystectomia facta	1998
<input type="checkbox"/>	K86	Ukompl hyptertension	2001
<input type="checkbox"/>	P75	Depression - recidiv	2001
<input type="checkbox"/>	L95	Osteoporose	2002
<input type="checkbox"/>	L28	Tilst m hofteprotese	2003
<input type="checkbox"/>	U04	Urgeinkontinens	2005

Forløbsoversigt

- A: ALMENT / USEPECIFICERET
- A09 Svædprolem
- A97 Us. i forbindelse m erhvervelse af kørekort
- D: FORDØJELSESSYSTEM
 - D28 Cholecystectomia facta
- K: HJERTE / KARSYSTEM
 - K86 Ukompliceret hypertension
 - K96 Hæmoride
- L: MUSKEL / SKELETSYSTEM
 - L15 Symptom/klage fra knæ
 - L28 Tilst m hofteprotese
 - L95 Osteoporose
- P: PSYKISK TILSTAND / LIDELSE
 - P01 Angst/nervøsitet/anspændthed
 - P03 Nedtrykthed
 - P06 Søvnforstyrrelse
 - P20 Hukommelsessvigt
 - P75 Depression recidiv
- R LUFTVEJE
 - R05 Hoste
 - R81 Lungebetændelse
- S Hud
 - S04 Lokaliseret udslæt
 - S70 Herpes zoster
- U: URINVEJE
 - U02 Hyppig vandladning
 - U04 Urgeinkontinens
 - U71 Cystit u spec

Kategorier

- SYMPTOMDIAGNOSER
- INFektionSSYGDOMME
- NEOPLASMER
- SPECIFIKKE SYGDOMME IKA

Fig. 8. Filtrering på P-kapitlet og en diagnose (A97) ved hjælp af forløbsoversigten.

En mere specifik forløbsoversigt fås ud fra en forløbsdiagnose-/profil. Resultatet bliver et *helbredsforløb*, som udfolder et helbredsproblem over tid.

Ønskes opsummering af søgemuligheder for den aktuelle patient kan et pop op-vindue med forløbsoversigt kaldes frem. Her kan søges på en eller flere kapitler og kategorier eller flere diagnoser på en gang.

På Fig. 7 ses en journalforside på en 74-årig kvinde, som er i færd med at få fornyet sin motorattest. Forløbsoversigten kaldes frem og P-kapitlet og kørekortstest markeres. Resultatet ses af Fig. 8. Det dynamiske overblik gør det lettere at gennemse de relevante notater (case 7 i E-læringsprogrammet).

Det tværsektorielle forløb

It-teknologien gør det muligt at få en hurtig og sikker kommunikation på tværs af primær- og sekundærsektoren samt kommunerne. Eftersom enhver diagnose

i ICPC-2-DK refererer både til en ICPC og en ICD-10 kode betyder det, at man på trods af to forskellige diagnosesystemer kan fastholde et helbredsforløb hen over sektorerne. Ved henvisning af en patient fra almen praksis medsendes den aktuelle diagnosetekst til sygehuset som aktionsdiagnose. Denne diagnose er ved automatisk konvertering forsynet med en ICD-10-kode. Tilsvarende overføres patientens forløbsdiagnoser som bidiagnoser – se Fig. 9.

Når praksis får tilsendt epikrisen bliver udskrivningsdiagnoserne automatisk mappet med en ICPC-kode – se Fig. 10 (case 10 i E-læringsprogrammet). Herved er der skabt grundlag for et elektronisk sammenhængende patientforløb i sundhedssektoren. Henvisningsdiagnosen og epikrisediagnosen er sjældent ens, men tilhører oftest det samme ICPC-kapitel, så kapiteloversigten medtager begge. Ønskes epikrisediagnosen inddraget i et bestemt forløb, kan den mærkes, eller selv »ophø-

indeks
Susanne Hansen, ~~XXXXXXXXXX~~

Kontaktdiagnoser

07.06.06	799	Metabolisk syndrom
08.08.06	S70	Herpes zoster
06.09.06	U71	Blærebetændelse
08.05.07	799	Metabolisk syndrom
12.02.08	T86	Myksødem
07.03.08	X11	Klimakteriel(t) symptom/klage
05.01.09	K01	Smerte i hjerte - obs AMI

Journal-oplysninger

Anamnese: Patienten har pludseligt uprovokeret fået smerter i brystet lige bag brystbenet med udstråling til venstre arm indenfor de sidste 5 timer

Objektivt: Let påvirket BT: 155/105 puls 100, St. p. et St. C.: i.a. EKG: påskyndet sinusrytme i øvrigt i.a.

Susanne Hansen indlægges akut
↓
Se henvisningen nedenfor

Forløbsdiagnoser

<input type="checkbox"/>	799	Metabolisk syndrom	2004
<input type="checkbox"/>	D90	Hiatushernie	2005
<input type="checkbox"/>	T86	Myksødem	2006

Edifaktsystemet har automatisk konverteret følgende fra praksis til sygehus:

Aktionsdiagnose:
K01 Smerte i hjerte - obs AMI -> DR072 Smerte i hjerte - obs AMI

Forløbsdiagnoser:
T99 Metabolisk syndrom -> DE888C Metabolisk syndrom
D90 Hiatushernie -> DK449 Hiatushernie
T86 Myksødem -> DE039 Myksødem

Henvisningsdiagnose

Aktionsdiagnose	DR072 Smerte i hjerte - obs AMI
1. Bidiagnose	DE88C Metabolisk syndrom
2. Bidiagnose	DK449 Hiatushernie
3. Bidiagnose	DE039 Myksødem

Fig. 9. Edifakthenvi sning med henvisningsdiagnoser overført fra EPJ.

jes« til forløbsdiagnose med efterfølgende mærkning af kontaktdiagnoser, som vedrører helbredsforløbet.

Fordele ved ICPC-2-DK

Den overordnede fordel ved ICPC-2-DK er, at klassifikationen er født til at rubricere det alment medicinske sygdoms-

mønster på en brugervenlig måde. ICPC-2-DK med specificerede ICD-10-diagnoser dækker bredt, hvad der er relevant for almen praksis. Ud over at kunne kode de hyppigste helbredsproblemer, er klassifikationen smidig nok til også at rumme sjældne sygdomsbilleder, uden at man mister overblikket. Der er imidlertid en

Edifaktsystemet har automatisk konverteret følgende fra sygehus til praksis:

Aktionsdiagnose:

DI259 Kronisk iskæmisk hjertesygdom uden specifikation

Den praktiserende læge ser nu kodningen på følgende måde:

Epikrise

Aktionsdiagnose	K76 Kronisk iskæmisk hjertesygdom uden specifikation
-----------------	--

Fig. 10. Edifaktepikrise med aktionsdiagnose med den konverterede ICPC-kode.

række andre fordele som vist i Boks 1. ICPC-2-DK vil:

1. Kunne understøtte det kliniske arbejde ved at *strukturere* helbredsproblemer udtrykt ved *et navn og en kode*. De praktiserende læger, som koder, giver udtryk for, at det er fagligt givende at blive »tvunget til« at samle og udtrykke patientens helbredstilstand i form af en diagnose.
2. *Lette og forenkle journalskrivningen*. Diagnoserregistreringen er hurtig, idet et søgeord straks fører til en diagnose. Findes diagnosen i forvejen i en tidligere kontakt, kan den blot kopieres. Diagnosen kan ofte gøre notaterne kortere, uden at det går ud over den nødvendige information. Eksempelvis giver blot symptomdiagnoserne D03 Halsbrand og U04 Urininkontiens en hel del oplysninger. Det samme gælder f.eks. S02 Kløe og S84 Impetigo efterfulgt af en lokalisation via HOKUS.
3. *Skabe overblik i journalen*, som uden et ordensprincip let bliver kaotisk. Ved selekteret søgning gøres journalen dynamisk. Via diagnosekoden fremfindes de dele af journalen, der er rele-

vante for det aktuelle helbredsproblem.

4. *Supplere* diagnoser med en lokalisation, f.eks. en region på kroppen, eller tilføje et begreb som akut/kronisk, medalt/lateralt m.m. Ved denne *tillægstekst* kvalificeres diagnosen, hvorved journalskrivningen forenkles.
5. *Bidrage til beslutningsstøtte* ud fra ICPC-diagnosen. ICPC-koden fungerer i EPJ som et hyperlink ved hjælp af linkmodulet. Ved et tastetryk får man adgang til relevant klinisk information vedrørende helbredsproblemet på Sundhed.dk (henvisningsvejledninger, ventetider, kliniske vejledninger og

1. At navngive og strukturere helbredsproblemer/forløb
2. At lette/forenkle journalskrivningen
3. At skabe overblik i journalen
4. At supplere diagnosen med en tillægstekst
5. At facilitere beslutningsstøtte
6. At befordre kvalitetsudvikling/forskning
7. At give mulighed for det tværsektorielle patientforløb
8. At indeksere faglig information.

Boks 1. Fordele ved ICPC-2-DK.

patientinformation) uden først at skulle igennem et hierarkisk opbygget søgesystem med irrelevante hit. Også Lægehåndbogen findes her, hvor opslag sker direkte fra EPJ via ICPC-koder.

6. *Bidrage til kvalitetsudvikling (7–9) og forskning (10) i almen praksis.* ICPC-2-DK indgår som et vigtigt element i kvalitetsudvikling for almen medicin. Det gælder både internt i praksis, og når data behandles eksternt uden for praksis. Internt i de fleste EPJ-systemer kan der foretages simple journaludtræk af patienter med en bestemt diagnose. Disse patientgrupper kan gennearbejdes i forbindelse med undervisningen i praksis, risikostratificering eller kvalitetssikring ud fra andre perspektiver. Eksternt kan der udtrækkes diagnoser med relaterede indikatorer fra EPJ. Data overføres med datafangstmodulet til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD) (11), og tilbagemelding sker via sundhed.dk. Endvidere giver datafangstmodulet ud fra ICPC-2-DK et stort forskningspotentiale i f.eks. kroniske sygdomme, kontaktmønsterundersøgelser og overvågning af sygdomsforekomst (*sentinel*-registrering) (12).
7. *Kommunikere med sekundærsektoren med diagnosen som overskift.* Ved henvisning af en patient fra almen praksis sendes en diagnosetekst til et sygehus. Denne diagnosetekst er forsynet med en ICD-10-kode og indgår i den videre håndtering af patienten. Når data kommer tilbage bliver udskrivningsdiagnoserne mappet med ICPC-koder. Herved er der skabt et *grundlag for sammenhængende patientforløb* i sundhedssektoren.

Almen medicin er centralt placeret i behandlingen af kroniske sygdomme, hvor den tværsektorielle forløbsdiagnose er omdrejningspunktet. Forløbsydelsen for diabetes mellitus er et aktuelt eksempel.

8. *Indeksere faglig information* som er relevant for primærsektoren. Det faglige indhold for almen medicin er i udstrakt grad kategoriseret ud fra ICPC. F.eks. er Månedsskrift for Praktisk Lægegerning og Medibox' indholdsfortegnelse opbygget efter ICPC-strukturen. Sundhed.dk og regionernes sundhedsforvaltninger, eksemplificeret med VISINFO, har adopteret klassifikationen til brug for indeksering af deres dokumenter.

Konklusion og perspektiver

Fra sekundærsektoren og Sundhedsstyrelsen fremsættes der fortsat ønske om, at vi overgår til ICD-10 eller SNOMED-CT som diagnoseværktøj for at opnå et fælles sprog. Indvendingen er forståelig og be-snærende. Ved enhver konvertering er der risiko for fejltydninger og tab af information.

Problemet er, at vores domæne er anderledes end hospitalssektorens med et helt andet sygdomsmønster, som ICPC er skabt til at rubricere. Ingen af sekundærsektorens specialer kan overskue hele ICD-10, hvorfor de hver især arbejder med et subset til deres sygdomsområde. Almen praksis skal kunne overskue hele sygdomsspektret fra psykiatri over arbejdsmedicin til neurokirurgi. Vi modtager epikriser, som omfatter hele ICD-10. Samtidig skal vores klassifikation kunne opfange vort eget domæne med mange symptomdiagnoser. Med ICPC-2-DK kan

vi overskue primært vort eget – men også sekundærsektorens sygdomsmønster, fordi den enkle kapitelinddeling gør det muligt at få overblik.

Hvis der ud over den megen tale om forløb også er vilje til at virkeliggøre et sammenhængende tværsektorielt patientforløb, som også medinddrager kommunerne, er almen praksis køreklar it-mæssigt. Diagnosen er den naturlige elektroniske krumtap i kommunikationen mellem de forskellige sektorer.

I WONCA's internationale klassifikationskomite er man godt i gang med næste version – ICPC-3. Risikofaktorerne og forebyggelsesproblematikken skal tydeliggøres, og det overvejes at ophæve procesdiagnosernes inddeling i organkapitler, men endnu er komiteen ikke nået frem til en endelig afklaring. En mapning til den kommende ICD-11 og SNOMED-CT er også på tegnebrættet. ICPC-3-DK vil tidligst være klar om syv år.

Indtil da kan vi løbende sørge for forbedringer af ICPC-2-DK til danske forhold. Rubrikoversigten bør i højere grad tilpasses vores kliniske vejledninger og det alfabetiske indeks kan finpudses. Sundhedsstyrelsen har været meget imødekommende, når vi har haft behov for nye specifikke koder som f.eks. A29 Medicinsk uforklarede symptomer (MUS) eller R78 Bronchitis acuta eller subacuta med bronchospasme. Med andre ord kan klassifikationen med input fra brugerne og baggrundsgruppen for ICPC (13) gennemgå en yderligere modningsproces.

Det ville også være gavnligt for oversigten, hvis procesdiagnoser kom med i klassifikationen med mapning til relevante undersøgelser og procedurer i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem

(SKS). Det kan være vanskeligt at have overblik over, om eller hvornår en patient f.eks. fik foretaget en gastroskopi eller ballonudvidelse. En mapning til ICPC-procesdiagnoser kunne ske automatisk ved modtagelse af epikrisen. Ikke mindst med sigte på ICPC-3 vil det være hensigtsmæssigt kun at bruge procesrubrikkerne (–30 til –69) uden at inddrage en kapitelinddeling – se ICPC-kodekort (14).

Selv om den sekundære sundhedssektor ad åre vil overgå til SNOMED-CT vil det med ICPC-2-DK's struktur ikke give væsentlige problemer, idet vi blot vil have en konvertering mellem ICPC og SNOMED-CT på samme måde, som vi hidtil har integreret ICD-10 i ICPC (15).

ICPC er kommet for at blive. Efter de første ti år med vanskeligheder hvad angår en brugervenlig implementering, bliver ICPC-2-DK forhåbentligt mere velegnet til at udfylde det diagnostiske behov i primærsektoren.

Taksigelse: Tak til kollegerne på DAK-E samt lægerne *John Larsen* og *Erik Karstoft* for inspiration og kommentarer ved udarbejdelsen af artiklen.

Økonomiske interessekonflikter:

Forfatteren er ansat som konsulent ved DAK-E.

LITTERATUR

1. Falkø E. Diagnoseklassifikationen for almen praksis – ICPC-2-DK. *Månedsskr Prakt Lægegem* 2009;87:838–46.
2. Falkø E. Diagnoserregistrering med ICPC-2-DK. *Månedsskr Prakt Lægegem* 2009;87:1276–82.
3. <http://icpc-kodning.dadl.cursum.net/client/CursumClientViewer.aspx?CAID=251318&ChangedCourse=true> (april 2009).

4. Vedsted P, Schroll H. Kronisk sygdom og diagnosekodning i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:175–82.
5. www.dak-e.dk/files/20/icpc_kravspecifikation_for_icpc_2_dk.pdf (april 2009).
6. Falkø E. ICPC – ude og hjemme. *Practicus* 2004;(januar):28–30.
7. Falkø E, Kragstrup J, Bentzen N et al. Kvalitetsudvikling i almen praksis ved brug af diagnoseklassifikationen »Udvidet dansk ICPC« i den elektroniske patientjournal. *Ugeskr Læger* 2002;164:5393–6.
8. Dydensborg CB, Krabbe T. Komplians hos hypertensionspatienter undersøgt ved hjælp af medicinprofilen på sundhed.dk. *Ugeskr Læger* 2007;169:4347–51.
9. Nielsen MN, Aaen-Larsen B, Vedsted P et al. Diagnosekodning i almen praksis af lidelser i bevægeapparatet. *Ugeskr Læger* 2008;170:2881–5.
10. Schroll H, Støvring H, Kragstrup J. Forskelle i praktiserende lægers anvendelse af International Classification for Primary Care-diagnoser. *Ugeskr Læger* 2003;165:4101–7.
11. Schroll H, Christensen B, Andersen JS et al. Dansk Almen Database – fremtidens værktøj. *Ugeskr Læger* 2008;170:1013–4.
12. Schroll H. Sentinel – datafangst. *Practicus* 2006;(oktober):138–41.
13. www.dak-e.dk/flx/dak_e_it/icpc/icpc_baggrundsgruppe (april 2009).
14. www.dak-e.dk/files/20/icpc_kodekort.pdf (april 2009)
15. Rosendahl M, Falkø E. Diagnoseklassifikation i Danmark med fokus på almen praksis. *Ugeskr Læger* 2009;171:997–1000.