

Varför fungerar inte mina koder för appendicit i år?

Kirurgiska diagnoser, koder och regelverk

Överläkare dr Gunnar Henriksson, Skövde, kör en bil med nummer-skylden DRG. Det speglar ett stort intresse och engagemang i klassifikationsfrågor för diagnoser och operationer. Som föredragande läkare i SoS för dessa frågor och medlem i WHO's *Morbidity reference group* inviterar dr G Henriksson svenska kirurger att delta i utarbetandet av den kommande ICD-11 klassifikationen genom att lämna ändringsförslag.

Nya appendicitkoder

Som några säkert har noterat, fungerar ingen av de gamla diagnoskoderna för appendicit längre. De gamla koderna är ogiltiga och har ersatts av tre helt nya koder för appendicit. Detta beror på ett franskt förslag som godkändes av URC (*WHO:s Update and Reference Committee*) 2007. De nya koderna är;

K35.2 Akut appendicit med generaliserad peritonit

Appendicit (akut) med generaliserad (diffus) peritonit efter ruptur eller perforation

K35.3 Akut appendicit med lokaliserad peritonit

Akut appendicit med lokaliserad peritonit med eller utan ruptur eller perforation Akut appendicit med peritoneal abscess

K35.8 Annan och icke specificerad akut appendicit

Akut appendicit utan uppgift om generaliserad eller lokaliserad peritonit

ICD-10

Diagnosklassifikationen KSH97, är den svenska versionen av ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems 10:th revision*). Den innehåller inte en enda diagnos – bara statistiska kategorier. WHO gav ut den 1993 och 1997 infördes den i Sverige utom Skåne. ICD-10 är den första ICD-versionen från WHO där man tillåtit uppdateringar under pågående version för att ha möjligheter att anpassa klassifikationen till en föränderlig värld.

Koder som tillkommet

När ICD-10 publicerades saknades kod för *helicobacter pylori* vilket korrigerades i år med koden **B98.0**. Akut pankreatit hade fram till 1996 bara en kod **K85.9**. Numera finns det koder för både gallstenspankreatit **K85.1**, alkoholutlösta pankreatit



K85.2 och ett antal andra varianter. Andra vanliga kliniska problem som Barrets esofagus har också fått sin unika kod **K22.7**. I Sverige har vi även cirka 2500 fördjupningskoder och i år införs fördjupningskoder för bräck så att vi nu kan skilja på primära och sekundära bräck.

Spännande att koda?

Att hitta korrekta koder för patientens diagnos vare sig det är vid utskrivningen eller vid öppenvårdsbesöket tillhör väl inte de mest spännande momenten i ens kliniska vardag och kan vara en källa till frustration. De flesta tycker nog att det är intressan-

tare att ställa diagnoser och att operera. Att alla vårdkontakter ska ha en ICD-10 kod är dock ett lagstadgat krav och därmed obligatoriskt.

Huvuddiagnos viktig

För att klara detta långt ifrån glamorösa arbete är det av stor vikt att man har en del grundläggande begrepp klara för sig. En central kunskap är vilken princip som gäller för val av huvuddiagnos. Den som vill fördjupa sin kunskap inom detta fascinerande ämne kan besöka socialstyrelsens hemsida <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/kodningsanvisningar> där man kan finna anvisningar om hur ICD-10 skall tillämpas.

Det är också viktigt att förstå att diagnosställande är något helt annat än att sätta en eller flera koder på sin patients sjukdom. En diagnosformulering kan göras helt fritt. Diagnostik baserar sig på kliniska iakttagelser, status och gjorda undersökningar. När man väl kommit fram till en diagnos skall den dokumenteras i journalen och därefter kodas enligt gällande regelverk.

Att koda är en konst

De flesta datajournalssystem tror att det är diagnoskoden som är det viktiga. Tyvärr är det många kollegor som tror att när man sätter koder på patienten så ställer man diagnos. Så är det inte utan diagnosen är en fri formulering i text som exempelvis "Morbus Crohn med enterocutan fistel" eller "Högersidig uretåsten med stas". Om man försöker hitta en ICD-10 kod för dessa diagnoser upptäcker man att det saknas exakta koder för dessa tillstånd utan de kräver mer än en kod för att korrekt beskrivas. Det första fallet med koderna K50.9 + K63.2, det andra fallet med N13.2 + N20.1. Detta är inte exempel på huvuddiagnos och bidiagnos utan två koder för en diagnos.

Kodning bör ske av någon som inte är läkare

Kunskapen om regelverket som styr detta är inte särskilt väl känt bland oss läkare. Det faktum att vi omsätter åtskilliga miljarder kronor varje år, enbart baserat på diagnos och operationskoder, understryker betydelsen

av korrekt kodning för den enskilda kliniken, sjukhuset och landstinget/regionen. Jag är av den bestämda uppfattning att vår huvuduppgift som läkare är att ställa diagnoser och dokumentera dessa klart och tydligt i journalen. Sen kan någon annan, med adekvat kunskap om regelverket, finna de koder som krävs för att beskriva den ställda diagnosen. Jag har svårt att tro att klassifikation av sjukdomar någonsin kommer att vara ett prioriterat område för en kliniskt verksam kirurg.

ICD-11 kommer 2015

ICD-10 fyller som sagt 17 år och det behövs en modernare och mer sjukvårdsanpassad version. Arbetet på ICD-11 är påbörjat och trendriktigt kan man finna ICD-11 arbetet på sociala medier som Facebook och Youtube. En alfa-version av ICD-11 beräknas vara klar i maj detta år. Sen kommer det att behövas tid för remisser synpunkter och testning så att vi kan stå med en bättre och förhoppningsvis mer kliniskt anpassad klassifikation i framtiden. WHO räknar med att den ska vara klar från tryckeriet 2015 och då kan den tidigast införas i Sverige 2018–2019. Under året kommer WHO även att lansera en plattform ungefär som Wikipedia där alla kan få lämna förslag till förändringar till ICD-11. Jag känner mig inte helt övertygad om att det kommer bli samma succé som Wikipedia.

Var med och påverka

I arbetet med ICD-11 har Svensk Kirurgisk Förening en viktig uppgift att fylla. Dels att komma med synpunkter på hur sjukdomar bör klassificeras. Dessutom kommer man att behöva fungera som remissinstans när vi vill få synpunkter på hur WHO har strukturerat ICD-11 förslagen från andra länder. Är indelningen av bräck, ulcerös colit, morbus Crohn, bröstcancer, kärlsjukdomar bra? Eller har vi ett annat sett att se på dessa sjukdomar som gör att vi vill kunna indela dem på ett annat sätt för en bättre verksamhetsstatistik? Har vi synpunkter och är med och påverkar kan ICD-11 bli en bättre och mer användbar klassifikation än dagens ICD-10. Som medlem i WHO:s Mor-

bidity reference group tar jag gärna emot synpunkter på områden där ni tycker det behövs förändringar. Har man inga synpunkter så kommer man inte att påverka ICD-11 ty "inget kommer av ingenting utom dammet i fickorna".

Distinktare bräckklassificering

Ett gott exempel på hur man kan arbeta för att påverka klassifikationen kommer från våra herniologiskt intresserade kollegor som med all rätt anser att dagens indelning av bräcksjukdomen varken är kliniskt relevant eller särskilt logisk. Detta arbete resulterade i ett omfattande förslag till WHO om hur bräcksjukdomen borde klassificeras för klinisk statistik. Detta förslag går inte att införa inom ramen för ICD-10 då det inte rymms strukturellt inom de ramar som finns (det saknas kodutrymme helt enkelt). Några viktiga delar fick vi dock igenom vid mötet i Seoul, så vi kommer att ha koder för ärrbräck och parastomala bräck framöver. Resten av förslaget är vidarebefordrat till WHO för ICD-11 arbetet. Detta innebär att svenska kirurgers synpunkter kommer att beaktas i framtidens klassifikation av bräck.

Operationskoder

När det gäller operationskoder är det en annan historia men den återkommer jag med i nästa nummer.

ICD-11 – huggen i sten?



GUNNAR HENRIKSSON
Skövde
drg.henriksson@telia.com