



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Workshop Glomerulus/tubulointerstitiella njursjukdomar

Hotel Tylösand, Halmstad, 14 mars 2018

Fråga 1

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Vad av det som står i epikrisen skulle ni koda?
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2017-03-01--13
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 60-årig man
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	60-årig man med metastaserad njurcancer till skelettet samt lungmetastas och metastas i bäckenet vänster sida, nefrektomerad 2007 och kronisk njursvikt som följd av detta. I botten förmaksflimmer samt hypertoni. Tidigare lungembolier och hjärtinfarkt, konservativt behandlad 2015, ingen aktiv onkologisk behandling. Inskickades av vårdhem pga hjärklappning och oro i bröstet, ingen andfåddhet. Haft ÖLI-besvär senaste veckan. Inget illamående eller klåda. Röntgenundersökning Ultraljud njure vänster xx0302; ingen vidgning av calyces, samlingssystem eller njurbäckenampull. Ingen hydronefros. Det påvisas cirkulation inom njuren men upplevs som generellt nedsatt. Lungrtg xx0305: CDK in från höger vena jugulais interna. Spetsen belägen i övergången VCS-höger förmak. Ingen pneumo- eller hemothorax. DT buk utan kontrast xx0307: Påvisar lungbasen tillkomst av 4 cm pleuravätska på höger sida. Lätt ökning av mineralisering i den strålbeh skelettmetastasen i vänster bäckenhalva. Lungrtg xx0311: Påvisar ingen pleuravätska, stas eller infiltrat.

Fråga 1 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Klin.Kem.lab. Kreatinin 525 - 999 - 729 µmol/L. CRP 312 - 19 mg/L. Leukocyter 13,1 - 9,4 x10(9)/L. Elfores visar tecken på måttlig inflammatorisk aktivitet. Måttlig hypoalbuminemi. U-elfores lätt proteinuri av oselektiv glomerulär typ. Måttlig tubulär proteinuri. BNP > 35000 - 19600 ng/L. Vårdförlopp Pat överflyttas från onkologen pga stegrande krea och oliguri. Under vårdtiden fortsätter krea och urea att stiga, inga uremiska symtom. Erhåller Furixinfusion med någorlunda effekt, kissar sparsamt. Insätts på Etalpa, Calcitugg och Renvela xx0306. Beslut om dialys tas och pat erhåller stick CDK. Genomgår predialys. Blir polyurisk, sjunker snabbt i vikt. Man går över från iv Furix till T Furix. Pat även erhållit Cefotaxim 1 g i 7 dagar pga pneumoniskt/bronkitmisstanke, bedöms som infektionsmässigt färdigbehandlad. EPO-insättning diskuteras men sätts ej in efter konsultation av onkologen pga risk för negativ påverkan på malignitet. DT buk utan kontrast görs xx0306 som ej visar på några fokala förändringar däremot tillkomst av pleuravätska höger sida. I slutet av vtf utsätts Etalpa och Calcitugg. Får kvarstå på Renvela. Pat uppegående, äter och dricker bra. Bedöms ej vara övervätskad eller intorkad. Stabil vikt på 80 kg. Kontrollröntgen av lungor visar ingen pleuravätska eller stasbild. Sjunkande proBNP. Bedöms efter 5 dialyser ej vara behov av mer dialys. Bedömning Således pat med ovan nämnd anamnes. Inkommer med stigande infektionsparametrar samt stigande krea. Beh med Cefotaxim 1 g x 3 i 7 dagar mot misstänkt pneumoni/bronkit Erhåller dialysbeh pga akut njursvikt. Återfår diures, polyurisk i slutet av vårdtiden. Bra viktnedgång, idealvikt 100 kg. Återgår till hemmet med hjälp planerad hemma.
-------------------------------------	---

Fråga 1 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Åtgärd/planering Fortsatt uppföljning via onkologen, uppföljning av elstatus nästa vecka, och därefter 1 gång i veckan. Läkemedelsberättelse Insatt på Renvela 800 mg 1x3, Lasix Retard 60 mg 1x1. Under vårdtiden erhållit Calcitugg och Etalpa samt Furixinfusioner. Cefotaxim 1 g x 3 i 7 dagar.
-------------------------------------	--

Svar fråga 1

Svar:

Huvuddiagnos

Akut njursvikt

N17.9

Bidiagnos

Pneumoni

J15.9

Kronisk njursvikt, nefrektomerad, gammal njurcancer, skelett-, bäcken- och lungmetastaser, gammal hjärtinfarkt I25.2, tidigare lungemboli Z86.7A, hypertoni, förmaksflimmer.

Fråga doktorn om pleuravätskan härrör från metastasen eller hjärtsvikten eller är det en infektiös pleuravätska?

Fråga 2

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas detta bäst? Är det laktatacidosen som är huvuddiagnosen? Ska koden N141 eller N179 vara med?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	10 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Diagnostext/kod	Text Diabetes mellitus typ 2 med laktacidosis Nefropati orsakad av andra läkemedel/biologiska subs Andra och ospec droger, läkemedel & biologiska subs Icke infektiöst, gastroenterit & kolit, ospec Minskad vätskevolym	Kod E11.1D N14.1 T50.9 + Y57.9 + ATC K52.9 E86.9
KVÅ-text/kod	Text Kontinuerlig arteriovenös/venovenös hemofiltration/ hemodialfiltration Vätska intravenöst	Kod DR020 DT016
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med Metformin-behandlad diabetes typ 2. Inkommer till sjukhuset då hen kräcks och haft diarréer initial senaste veckan. Blod- och urinodlingar visar ingen bakterieväxt. Vid inskrivning är patienten intorkad och har kreatininstegring på 900. Patienten har grav laktatacidosis på grund av för hög koncentration av Metformin. Bedömning: Patienten som inkommer med akut njursvikt på grund av laktatacidosis och uttorkning. Patienten får akut dialys (PRISMA), vätska intravenöst och Metformin sätts ut	

Svar fråga 2

Svar:

Huvuddiagnos	Akut njursvikt	N17.9
	Diabetes mellitus typ 2 med laktatacidos	E11.4D
	Dehydrering	E86.9
	Läkemedelskomplikation	T50.9 + Y57.9 + ATC-kod

Har patienten haft calici? Minskad vätskevolym uppvätskad?

Gruppdiskussion om diabeteskoden i sig går före eller om det ska vara läkemedelskomplikationen före.

Tre stycken diagnoser kan egentligen vara huvuddiagnos, akut njursvikt diabetes mellitus eller läkemedelskomplikationen – fråga doktorn.

Fråga 3

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Bör man inte ha diagnos: N10.9 + B96.2 (växt av Escherichia coli) (H) (eventuellt R65.1 el R57.2 beroende på allvarlighetsgraden). N18.5 Kronisk njursvikt stadium 5. Q61.2 Polycystisk njursjukdom, autosomal dominant. I10.9 Hypertoni. A41.9 ska väl bara användas om man inte vet organursprung eller utlösande bakterie?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Hösten 2016	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: 7 Född år: 1960	
Diagnostext/kod	Text Akut tubulo-interstitiell nefrit Sepsis, ospecificerad Kronisk njursvikt stadium 5 Polycystisk njursjukdom, autosomal dominant Hypertoni	Kod N10.9 A41.9 N18.5 Q61.2 I10.9
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Känd polycystisk njursjukdom, njursvikt stadium 5, hypertoni. Patienten inkommer till akutavd på grund av nedsatt allmäntillstånd, trötthet och feber samt illamående. Patienten hade förhöjda inflammatoriska labbparametrar Labbkontroll visade först stigande inflammatoriska parametrar. Blododling visar sedan växt av Escherichia coli som ger misstanke om en urinvägsinfektion eller en infektion av en njurcysta. Antibiotikabehandling med Ciprofloxacin och patienten förbättras. Utskrivs till hemmet.	

Svar fråga 3

Svar:

Huvuddiagnos	Urinvägsinfektion med E-coli	N39.0 + B96.2
Bidiagnos	Kronisk njursvikt	N18.5
	Polycystisk njursjukdom	Q61.2
	Hypertoni	I10.9

För dålig epikris för att kunna koda akut tubulo-interstitiell nefrit.

Går inte att koda för sepsis (A41.9) – trött och feber kan ha många orsaker, samt att man här vet bakterien.

Vid infektion av njurcysta gör man alltid ultraljud, och då räcker det inte med en veckas antibiotikabehandling. Om stor cysta kan man behöva åtgärd för att tömma den.

Fråga 4

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodar man: MPO-vaskulit, Kronisk IgA-nefrit, FSGS?
---	--

Svar fråga 4

Svar:

Mikroskopisk polyangit (MPO)-vaskulit M31.7

Kronisk IgA-nefrit N03.8 (biopsi gjord och därför en .8)

Fokal segmentell glomeruloskleros (FSGS) N02.1 (krävs mer information för att kunna koda 2:a position)

Fråga 5

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas peritonit efter inläggning av peritonealdialyskateter? Och hur kodar man nästa peritonit som inträffar 3 månader senare.	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2017-01-28—2018-02-15	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1954	
Diagnostext/kod	Text Infektion orsakad av inre implantat Akut peritonit Njurdialys Bakteriekod	Kod T85.7 K65.0 Y84.1 B95-99
KVÅ-text/kod	Text Perkutan inläggning av peritoneal dialyskateter	Kod TJA33
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	63-årig man inkommer med misstänkt peritonealdialysperitonit 2 dagar efter inläggning av peritonealdialyskateter. Återgår till hemmet efter sedvanlig peritonitbehandling. Återkommer dock till avdelning 3 månader efter föregående peritonit. Blir behandlad och återgår till hemmet efter 14 dagar.	

Svar fråga 5

Svar:

Huvuddiagnos	Ospecificerad peritonit	K65.9
--------------	-------------------------	-------

Fråga doktorn: Handhavandefel av patienten (det står inte), men borde kodas *Ospecificerad peritonit K65.9*.

Om patienten har en infektion som gått längs hela kanalen bredvid plastslangen så måste man operera bort slangen och sätta en ny. Detta måste naturligtvis stå i journalen. Katetern används för att patienten ska byta vätska 4 ggr/dag. Katetern sitter fastopererad med två kuffar. Slangen som kopplas till ska "spritas" och händerna ska "spritas". Gör man rätt får man inga peritoniter. Det tar några timmar för bakterierna att växa till.

Bidiagnos	Njursvikt	N18.5
-----------	-----------	-------

Fråga 6

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas dilaterad urethär? N28?
---	-----------------------------------

Svar fråga 6

Svar:

Huvuddiagnos

Dilaterad uretär (hydronefros/hydrouretär) N13.4

Varför är uretären (mellan njure och ner till urinblåsa) dilaterad - vidgad? Man bör alltid ta reda på orsaken till hydrouretären/hydronefrosen.

Fråga 7

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Vad anser ni är relevant att ha med för koder gällande denna patient?
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	20170504--27
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 50-årig kvinna
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	50-årig kvinna som inkommit till sjukhuset xx0504 på grund av uremiska symptom, dyspné och generell svullnad i kroppen sedan cirka en månad. Ej tagit sina läkemedel senaste tiden. Noterats kraftigt påverkad njurfunktion med kreatinin 1215, urea 29 och lätt acidosis. Högt blodtryck 210/100 mmHg. NT-proBNP >35000. Inlagd på kortvårdsavd. Ultraljud njurar väsentligen utan anmärkning. Proteinuri och hematuri. Övervätskad, lungröntgen visat bild som lungödem dock ej klinisk bild som vid lungödem. Beslut om hemodialysstart och övertag till njurmedicin XX0504. Vårdförlopp Startats i dialys och totalt genomgått 4 HD väs komplikationsfritt. Insatt på Aranesp på grund av lågt Hb. Genomgått ytterligare ultraljud av njurar som varit utan anmärkning. Undersökt av ögonläkare, konstaterats fundus hypertonicus grad 3. Pulmonell hypertension på hjärteko XX0506, fått vätskedrivande och dragits på vätska på dialysen. Insatt på blodtrycksmediciner x flera. Negativ ANA och ANCA.

Fråga 7 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp

Urinanalyser visar uttalad proteinuri av oselektiv glomerulär typ och uttalad tubulär proteinuri, sannolik sekundärt till den förra. Ej förhöjda blodfetter. Alb/krea-kvot mellan 694,4-946,7 mg/mmol. P-alb mellan 20-27 g/L under vårdtiden på härvarande klinik. Utvecklat CDK-infektion med växt av St Aureus i blod, insatt på Cloxacillin. Erhållit e-konc pga Hb 75.

XX0518 hjärtstopp under pågående dialys, rel lång tid till ROSC. Tagits intuberad till intensivvårdsavd. Utvecklade myoklonier, gravt patologiskt EEG, stigande NSE och utsläckta kranialnervsreflexer. Beslut om att avbryta intensivvårdsinsatser xx0523 i samråd med neurologkonsult och kardiologkonsult efter långt samtal med anhöriga. Extuberad xx0523. Xx0527 avled patient stilla.

Enligt obduktionsrapport njursvikt (kliniskt diagnos), lungemboli, bronkopneumoni, generell lätt ateroskleros, tromb i höger hjärtöra samt hjärninfarkt.

Bedömning

Således 50-årig kvinna som inkommit med kraftigt försämrad njurfunktion och nefros. Startas i dialys och genomgått 4 HD komplikationsfritt. Kollaps med hjärtstopp 5:e dialysen, då ådragits svåra CNS-skador och slutligen avlidit efter en tids intensivvård. Enligt obduktion njursvikt (kliniskt diagnos), lungemboli, bronkopneumoni, generell lätt ateroskleros, tromb i höger hjärtöra samt hjärninfarkt.

Svar fråga 7

Svar:

Huvuddiagnos	Akut njursvikt	N17.9
Bidiagnos	Hjärtsvikt	I50.9
	Hjärtstillestånd	I46.0
	CDK-infektion	T82.7 + B95.6 + Y84.8
	Lungemboli	I26.9
	Bronkopneumoni	J18.-
	Anemi (lågt Hb, får blod)	D64.9
	Pulmonell hypertension	I27.9
	Hjärninfarkt?	I63,9
	Multiorgansvikt?	

Val av huvuddiagnos får bestämmas av läkaren.

Fråga 8

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodar man i detta fall? Kronisk njursvikt stadium 3?
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 2007
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Flicka född 2007. Denys Drash syndrom. Wilms tumör bilat vid 1 års ålder. Långdragen cytostatika. Nefrektomerad. Dialysbehandling. 2011 njurtransplanterad. Kommer för kontroll, GFR 52.

Svar fråga 8

Svar:

Huvuddiagnos

Njurtransplanterad

Z94.0

Dialysbehandling, pågående? GFR 52 – då har patienten inte dialysbehandling.

Fråga 9

**Min fråga/fundering är....
(även kortfrågor)**

Nefropati p g a diabetes. Koda detta med E11.2 + fördjupningskod eller med N03.3 + E11.2?

Svar fråga 9

Svar:

Huvuddiagnos

Diabetesnefropati

N08.3* E10/E11.2†

På njurmottagningen...

Fråga 10

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas detta? N165 + T86.. + Y830?, eller N170 + T86..+Y830?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	5 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:	
Diagnostext/kod	Text Funktionssvikt och avstötning av njurtransplantat, efter njurtransplantation Njurtransplanterad Kronisk njursvikt stadie 3	Kod T86.- + Y83.0 Z94.0 N18.3
KVÅ-text/kod	Text Punktionsbiopsi av transplanterad njure	Kod AK063
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient som njurtransplanterats för en vecka sedan. Inkommer med förhöjt kreatinin. Misstanke om rejektion. Patienten behandlas med SoluMedrol. Det görs en biopsi av transplantatet som inte visar på någon rejektion men ATN (akut tubulär nekros). Blir bättre. Skrivs ut.	

Svar fråga 10

Svar:

Huvuddiagnos	Akut njursvikt med tubulär nekros	N17.0
Bidiagnos	Njurtransplanterad	Z94.0
Åtgärd	Punktionsbiopsi (inkl transplanterad njure)	TKA00

Finns inget belägg för njursvikt, står inget i texten om det, går inte att koda.

AK063 Punktionsbiopsi av transplanterad njure är en dubblett i KMÅ som bör rapporteras till Socialstyrelsen.
Om dubletter på KVÅ-koder bör kirurgiska KVÅ-koder gå före medicinska KVÅ-koder.

Fråga 11

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Min fråga är om man kanske ska välja någon av nedanstående som bidiagnoser? Glomerulära sjukdomstillstånd vid diabetes N08.3* E11.2 † (Ändra texten till Diabetesnefropati). eller möjligen: Diabetes mellitus typ 2 med manifest nefropati E11.2W.	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)		
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1956	
Diagnostext/kod	Text Kronisk njursvikt, stadium 5 Diabetes mellitus typ 2 med njurkomplikationer Hypertoni	Kod N18.5 E11.2 I10.9
KVÅ-text/kod	Text	Kod
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	En man med kronisk njursvikt, stadium 5. Hypertoni. Diabetes mellitus typ 2 sedan 1996. Diabetesnefropati. Patienten är på besök på njurmottagningen.	

Svar fråga 11

Svar:

Huvuddiagnos	Kronisk njursvikt stadium 5	N18.5
Bidiagnos	Nefropati på grund av diabetes	N08.3* E11.2†
	Hypertoni	I10.9

Vad innebär grav njurinsuff? Det är stadium 4 och 5.

Fråga 12

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas detta?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Vintern 2015, 15 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1988	
Diagnostext/kod	Text Kronisk interstitiell nefrit Kronisk njursvikt stadium 4 Akut leversvikt ADHD	Kod ? N18.4 K72.0 F90.0B
KVÅ-text/kod	Text Njurbiopsi Leverbiopsi	Kod TKA00 TJJ00
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med känd ADHD som inkommer med högt blodtryck, oklar njur- och leversvikt. Genomgår blodtrycksreglering och förbättras gällande misstänkta symtom därifrån. Med hänsyn till oklar njursvikt kombinerat med proteinuri genomförs njurbiopsi där PAD visar utbredda kroniska förändringar i tubuli och interstitium. Vidare klar misstanke om FSGS. Man ser också förekommande eosinofili vilket kan tala för läkemedelsöverkänslighet. Insättes på Prednisolon i högdos men ingen effekt ses avseende njurfunktionen. Patienten mår ej helt bra på given behandling varför detta trappas ner. Insätts också på RAS-blockad med hänsyn till förekommande proteinuri och diagnos FSGS.	

Fråga 12 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Oklart förhöjta transaminaser, där gastroenterologkonsult är inblandad gånger flera. Genomgår leverbiopsi med PAD-svar: Levervävnad med lätt avvikande hepatocyter, möjligen svullna utan några andra signifikanta förändringar. Kompletterande ultraljud av levern med hänsyn till portavenstrombos negativ. Under vårdtiden stabil i sina transaminaser och till och med sjunkande. Bedömning: Kronisk interstitiell nefrit med ringa effekt av kortison. Här föreligger krävas behandling med RAS-blockad och på sikt bör kortisonet trappas ut ur vår synpunkt. Oklar leverpåverkan med transaminasstegring. Får följas upp utav gastroenterologerna.
-------------------------------------	--

Svar fråga 12

Svar:

Huvuddiagnos	Kronisk interstitiell nefrit	N11.9
Bidiagnos	FSGS	N0?.1
	Hypertoni	I10.9

Behöver ADHD-diagnosen vara med? Saknas dokumentation om patientens ADHD-medicin (Concerta) som kan ge både leverproblem, esinofili, m flera biverkningar vilket kan förklara mycket av patientens besvär. Inget belägg för i vilket stadium den kroniska njursvikten består i. Inget dokumenterat om akut leversvikt.

Fråga 13

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodar man akut på kronisk njursvikt?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2015-10-11 – 2015-11-01	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1957	
Diagnostext/kod	Text Kronisk njursvikt Akut njursvikt	Kod N18.3 N17.9
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	58-årig kvinna inkommer med akut njursvikt efter infektion. Patienten har sedan innan kronisk njursvikt stadium 3. Behandlas och återgår till hemmet i sitt habitualtillstånd.	

Svar fråga 13

Svar:

Huvuddiagnos Akut njursvikt N17.9

Bidiagnos Kronisk njursvikt N18.3

Fråga 14

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Samma patient (som fråga nr 6) kommer tillbaka på remiss från urologavd några dagar senare pga hypokalcemi. Skall hypokalcemin vara HD? (Utredningen via urologen visar senare på prostatacancer)	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	1 dag	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1933	
Diagnostext/kod	Text Hypokalcemi Hyperkalemi Anemi Hydronefros Kronisk njursvikt stadium 5 Hypothyreos	Kod E83. E87.5 D64.9
KVÅ-text/kod	Text IVA-vård Transfusion erythrocyter	Kod ZV049 DR029
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Intagningsorsak: Överförd från urologen pga hypokalcemi. Vårdförlopp: På EKG noteras högergrenblock med QCT förlängt på 529. Pga hypokalcemi samråder husjour med njurmedicinkonsult SU, kommer överens om en plan att vårda patienten på vanlig vårdavdelningen med telemetri.	

Fråga 14 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp

Man rekommenderar även Calcium-Sandoz iv 20 mg och därefter kontrollera om joniserat kalcium. Man ger patienten Calcium-Sandoz 1000 mg brustablett x flera. Dagen efter kontaktas njurkonsult. Får 2 enheter ytterligare blod och man sätter in Etalpa 0,5 mikrogram x 1 samt uppvätskning. Med tanke på platsbristen på (hjärtavd) kontaktas (njuravd) men enligt njurkonsult har man inget mer att tillföra patienten nu medicinskt, utan patient kan gå vidare till urologen för vidare utredning avseende den postrenala njursvikten.

Bedömning:

84-årig patient, tidigare frisk. För en vecka sedan kommit in pga nedsatt allmäntillstånd och grav hypokalemi, hyperkalcemi och krea 13000 samt förhöjt urea. Man noterar bilat hydronefros dvs postrenal akut njursvikt. Får blod x flera med tanke på Hb 36. Vårdas på IVA inneliggande för stabilisering av elektrolyter och vätskebalans. Nyupptäckt hypothyreos som man beslutade att följa upp poliklin. Patienten tillräckligt stabil och transporteras till urologavd.

Nu ny kontakt med medicin pga att patienten får uttalad hypokalcemi. Får kalcium brustabletter x flera. På avd 5C stabil. Får ytterligare 2 enheter blod. Man kontaktar njurkonsult som rek insättning av Etalpa 0,5 mikrogram x 1. Via denna bedöms som medicinskt färdig och man ska fortsätta med postrenala njursviktsutredningen via urologen.

Svar fråga 14

Svar:

Huvuddiagnos

Hypokalcemi	E83.
Hypoerkalemi	E87.5
Anemi	D64.9
Hydronefros	N13.4 (se fråga 6)
Kronisk njursvikt stadium 5	N18.5
Hypotyreos	E03.9

Fråga 15

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Osäker på hur vi ska koda, vi har många barn med just njurskada, som kommer för njurskadekontroll vartannat eller var tredje år.	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 2002	
Diagnostext/kod	Text	Kod
	Medfödd hydronefros	Q62.0
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	15-årig kille. Kom till Sverige för 2 år sedan. Bilat hydronefros upptäcktes vid födseln. Gjordes bilat vesikostomi. Nybesök 2015, diagnos Q62.0. Återbesök hos ssk 2017. MAG-3 scint, funktionsfördelning hö njure 65%, vä njure 35%	

Svar fråga 15

Svar:

Huvuddiagnos

Medfödd hydronefros

Q62.0

Fråga 16

**Min fråga/fundering är....
(även kortfrågor)**

Njursvikt på basen av diabetesnefropati. Njursvikten N18.5, ska man även lägga till kod för diabetesnefropati?

Svar fråga 16

Svar:

Huvuddiagnos

Njursvikt

N18.5

Bidiagnos

Diabetesnefropati

N08.3* E10/E11.3†

Fråga 17

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur länge ska man koda biverkan av kortison? Patienten kommer troligen att ha din kortisonutlösta diabetes E13.9 livet ut då kortison behövs p g a njurtransplantatet. Måste man då ha med ATC+Y57.9 vid varje diabeteskodning.
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-01-01--06
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år: 1958
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient ätit egenplockad svamp Patient född 1958, njurtransplanterad för 10 år sedan med glatt förlopp, varit ute och plockat svamp igår som tillretts och ätits. Idag buksmärter, uppger att hon inte kissat på nästan ett dygn. Prover visar akut njursvikt och patienten sätts in på dialys. Två dygn senare är patientens njurar igång igen och dialysen kan fasas ut. Patienten kvarstannade på sjukhuset ytterligare ett par dagar för att se att värdena försätter stabiliseras. Patienten skrivs hem, kvarstår på kortison och immunosuppressiv behandling. Planeras in på ett återbesök redan två veckor senare för att se hur proverna ser ut och om kortison kan sättas ut. Två veckor efter utskrivning kommer pat på återbesök. Dock visar nu prover att patienten fått diabetes som biverkan till kortisonbehandlingen. Denna diabetes kommer troligen kvarstå så länge patienten har kortisonbehandling och i värsta fall livet ut.

Svar fråga 17

Svar:

Huvuddiagnos

Bidiagnos

Frågelådan nr 2.

Fråga 18

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Är det korrekt kodat? Tänker främst på huvuddiagnosen.	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:	
Diagnostext/kod	Text Kärllkomplikationer som följd av kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats Kirurgiskt ingrepp med anastomos, bypass eller graft Andra specificerade sjukdomar i perifera kärl Njursvikt stadie 5 Beroende av njurdialys	Kod T81.7 + Y83.2 I73.8 N18.5 Z99.2
KVÅ-text/kod	Text Perkutan plastik på a-v fistel från artärer i övre extremitet	Kod PBU83
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med njursvikt stadie 5 och som får dialys via AV-fistel. Inkommer för fistelangiografi med PTA-beredskap på grund av stenosis i fisteln. PTA utförs komplikationsfritt med gott resultat. Bra flöde i fisteln. Skrivs hem.	

Svar fråga 18

Svar:

Huvuddiagnos Venstriktur I87.1 alternativt Artärstriktur I77.1

Lite luddigt men utgår att den har hänt p g a AV-fisteln.

PTA = Perkutan transluminal angiografi

Vi vet inte om det är en artärstenos eller en venstenos. Det finns någon form av stenos i AV-fisteln, gjort en PTA med lyckat resultat. Mer information behövs för att kunna koda. Finns förmodligen ett röntgensvar med dokumentation om var stenosen sitter.

Fråga 19

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Ska man använda J91.9* pleuravätska vid andra tillstånd? Mb Waldenström med sekundär amyloidos och sekundär glomerulonefrit (det samma som nefrotiskt syndrom?)	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Vintern 2018, 7 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1943	
Diagnostext/kod	Text Pleuravätska Waldenströms makrolobulinemi AL-amyloidos Nefrotiskt syndrom Iatrogen pneumotorax Hypoalbuminemi	Kod J90.0 C88.0 E85.8A N08.4* E85.8A† T82.1 + S27.0 + Y60.6 R77.0
KVÅ-text/kod	Text Pleuratappning	Kod GAA10
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med Mb Waldenström och AL-amyloidos som ej för närvarande är under behandling. Nefrotiskt syndrom. Flera gånger senaste året pleuratappats framförallt på höger sida. Inkommer för planerad pleuratappning. Ultraljud visar riklig pleuravätska, toraxdrän läggs in. Kontrollröntgen visar pneumothorax. Patienten har mycket lågt albuminvärde, 16 g/L vid utskrivning, skall ha proteintillskott i näringsdryck. Nefrotiskt syndrom. Konsulterar njurmedicin och överenskommer om remiss för uppföljning och optimering av behandling.	

Fråga 19 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Bedömning: Således patient med tidigare behandlad Mb Waldenström med sekundär amyloidosis och glomerulonefrit. Återkommande behov av dränering av framförallt höger lunga, under vårdtiden 7 liter draget, och en iatrogen pneumotorax.
-------------------------------------	---

Svar fråga 19

Svar:

Huvuddiagnos

Pleuravätska

J90.9

Bidiagnos

Se epikris ovan.

Patienten kommer in för en planerad pleuratappning. Tappas på 7 liter. Fråga doktorn vilken typ av pleuravätska som tappats. Pleuravätskan ligger i lungsäcken. Det är inte tydligt i texten att man kan använda J91.9*

Amyloidosis är en grupp av sjukdomar där olösliga proteinkomplex upplagras i vävnaderna.

AL-amyloidosis – en primär amyloidosis

AA-amyloidosis - en sekundär amyloidosis

Fråga 20

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodar man akut njursvikt betingat av postrenalt hinder?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Hösten 2017 inneliggande en dag	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1933	
Diagnostext/kod	Text Akut njursvikt betingad av postrenalt hinder Hydronefros Hyperkalemi Anemi Hypokalcemi Fekalom Hypotyreos	Kod N17.9 N13.3 E87.5 D64.9 E83.5 K56.4 E03.9
KVÅ-text/kod	Text IVA-vård Anläggande av bilateral pyelostomikateter Transfusion erytrocyter	Kod ZV049 TKA10 DR029
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Man som enligt journaluppgifter är helt frisk. Inkommer pga trötthet och sänkt allmäntillstånd generellt. Vid ankomst noterar man i blodprover talande för akut njursvikt. Genomgår vid ankomst CT njurar som påvisar bilateralt hydronefros, kraftig sådan.	

Fråga 20 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Vårdförlopp: Inlägges på IVA, primärt som njurmedicinsk patient. Man korregerar hyperkalemin men fortsatt förhöjt urea. kreatinin. Genesen anses vara postrenal, således urologisk åkomma. Diskussion med urologkonsult varefter patienten övertas dit. Innan dess skrivs remiss för p-kateterinläggning. Post-renalt hinder orsakad akut njursvikt. Överflyttas till urologkliniken för vidare vård och observation.
-------------------------------------	---

Svar fråga 20

Svar:

Huvuddiagnos	Hyperkalemi	E87.5
Bidiagnos	Akut njursvikt betingat av postrenalt hinder	N17.8
	Hydronefros	N13.4

Vad är hönan och vad är ägget? Hydronefrosen eller den akuta njursvikten? Fråga doktorn. Hyperkalemin justeras på IVA.

Fråga 21

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodar man denna?
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 2002
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Flicka född 2002. Reflux vä njure grad 4. Troligtvis flera UVI:er, tappat funktion vilket man såg på MAG-3 2011. DMSA 2015 omfattande parenkymaskada vä njure, utbredda njurskador, vä 24 och hö 77.

Svar fråga 21

Svar:

Huvuddiagnos

Reflux vänster njure grad 4 N13.7

DMSA: Njurscintigrafi. En gammakameraundersökning som görs efter njurinfektion på de flesta spädbarn och ibland på äldre barn.

Med stor sannolikhet har patienten också nedsatt njurfunktion, men hur mycket vet vi inte.

Fråga 22

**Min fråga/fundering är....
(även kortfrågor)**

Patient som utvecklar njursvikt efter större kirurgiskt ingrepp = N99.0. Denna patient hamnar sedan i kronisk dialysbehandling. Ändras då koden till N18.5 eller N99.0 ska fortsättningsvis användas??

Svar fråga 22

Svar:

Huvuddiagnos

Bidiagnos

Frågelådan nr 5.