

# Klassifikationsfrågor

## RDK's fortbildningsdagar

### Hyllie, Malmö mars 2019

Olafr, Gunnar och Ralph

# Fråga 1

Om en patient har MMC (myelomeningocele) och hydrocefalus, räcker det då att man kodar på Q05.0-2 eller behöver man även ha med hydrocefalus som egen kod som bidiagnos; Q05.0-2 + G91?

Q05.0-2      Spina bifida med hydrocefalus

G91            Hydrocefalus

**Svar:** Till nedanstående koder behöver man *inte* lägga till hydrocefalus.

Q05.0 Cervikal spina bifida med hydrocefalus

Q05.1 Torakal spina bifida med hydrocefalus

Q05.2 Lumbal spina bifida med hydrocefalus

Q05.3 Sakral spina bifida med hydrocefalus

Q05.4 Ospecificerad spina bifida med hydrocefalus

# Fråga 2

Fråga från barn- och ungdomsmedicin:

P59.0 'Gulsot hos nyfödd i samband med förlossning före beräknad tid' sätts bara på de barn som är underburna med gulsot dvs innan vecka 36+6) men enligt ICD-10-SE så tycker jag att den kan sättas på alla barn som är födda före beräknas tid, dvs alltså även de som är födda tex vecka 37. Vad gäller? Eller läser jag anvisningar fel?"

Hur kodar man dessa barn? Vad menas med "födda före beräknad tid"?  
Definition på det?

**Svar: P59.9 Gulsot hos nyfödd av ospecificerad orsak**

Normal graviditet 37 - 42

BLÖDNINGSSJUKDOMAR OCH BLODSJUKDOMAR HOS FOSTER OCH NYFÖDD (P50-P61)

**P59.0 Neonatal jaundice associated with preterm delivery**

Hyperbilirubinaemia of prematurity

Jaundice due to delayed conjugation associated with preterm delivery

# Fråga 3

Ett barn föds med hypoglykemi som korrigeras under vårdtiden på neonatal. Mamman har diabetes/graviditetsdiabetes.

Räcker det att man kodar P70.0/P70.1?

Eller ska man ha med både P70.0/P70.1 *och* P70.4? Eller bara P70.4?

P70.0 Barn till moder med graviditetsdiabetes

P70.1 Barn till diabetisk moder

P70.4 Annan hypoglykemi (inkl transitorisk)

Svar: Om barnets hypoglykemi är pga mammas diabetes/diabetesbehandling

Huvuddiagnos, alternativ:

P70.0 Barn till moder med graviditetsdiabetes

P70.1 Barn till diabetisk moder

Bidiagnos, alternativ???:

P70.4 Annan hypoglykemi hos nyfödd

P70.4A Hypoglykemi (blodglukos < 2,2 mmol/l), transitorisk, 0-6 tim efter födelsen

P70.4B Hypoglykemi (blodglukos < 2,2 mmol/l), transitorisk, > 6 tim efter födelse

# Fråga 4

Vilken kod är bäst när det gäller läkarbesök för BBIC (Barns Behov i Centrum), det är alltså när barnspecialist får förfrågan om läkarundersökning från socialtjänsten. Fram tills nu har vi använt oss av Z02.8 (undersökning av administrativa skäl). Eller ska vi använda Z04.8 (begäran om expertutlåtande) eller Z76.2 (hälsoövervakning... väntan på fosterhemsplacering).

**Svar: Varför undersöks barnet?**

**Kan det vara     Z76.2 Hälsoövervakning och vård av annat friskt barn**  
- väntan på fosterhems- eller adoptionsplacering

Z04.8 Undersökning och observation av andra specificerade skäl  
Begäran om expertutlåtande

# Fråga 5

En fråga från ögonkliniken där man undrar över en åtgärds kod för revision av XEN-implantat.

XEN-implantat läggs in i ögat i trycksänkande syfte vid glaukom. Men, ibland måste man alltså flytta/ompositionera implantatet, och frågan är då vilken kod som skulle passa bäst.

Tittat på koden CHW99 "Andra operation i främre kammare...", eller CHD99 i kombination med CWW99. Vilken/vilka koder ska vi använda?

**Svar: Revisionoperation efter CHD65:  
CHD75 Revision av filtrerande operation**

# Fråga 6

Finns det någon kod för röda ögon? Om patienten har fått ögondroppar och kommer åter till mottagningen med röda ögon – man byter droppar och patienten går hem. Ska man koda på grundsjukdomen (anledningen till varför patienten får dropparna) eller finns det någon bra kod för röda ögon (som jag inte har hittat).

**Svar:** "Röda ögon" kan inte kodas.

H10.8 Andra specificerade konjunktiviter

Y57.9

ATC-kod för ögondropparna

# Fråga 7

Fråga från ögonkliniken (Frågan har kortats):

Frågan gäller val av huvuddiagnos när den planerade åtgärden inte blir av p g a ett annat tillstånd som upptäcks vid besöket.

Vi har under alla år kodat anledningen till åtgärden som huvuddiagnos och annat som upptäcks vid besöket har fått bli bidiagnos, om det har relevans för besöket. Nu har jag sett en och annan anteckning där konjunktiviten har stått som huvuddiagnos och makuladegenerationen som bidiagnos och en och annan anteckning där man helt utelämnat H35.3B och bara tagit med konjunktiviten. Se tabellen nedan.

Exempel: Patienten kommer för att få en läkemedelsinjektion i ögats glaskropp (måste vara sterilt och görs inne på vår op-avd) p g a H35.3B. Man upptäcker kladdiga ögon och konstaterar konjunktivit, H10.3. Då är det inte lämpligt att ge en spruta och patienten bokas in på en ny tid. Jag anser att kolumn 1 är mer rätt än de övriga. Rätt eller fel?”

|                                            |                                        |                                            |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>HD: H35.3B – Våt makuladegeneration</b> | <b>HD: H10.3 – Konjunktivit</b>        | <b>HD: H10.3 - Konjunktivit</b>            |
| <b>BD: H10.3 – Konjunktivit</b>            | <b>BD: Z53.8 – Åtgärd ej genomförd</b> | <b>BD: H35.3B – Våt makuladegeneration</b> |
| <b>BD: Z53.8 – Åtgärden ej genomförd</b>   |                                        | <b>BD: Z53.8 – Åtgärd ej genomförd</b>     |

**SVAR: Först kodas anledningen till vård.**  
**Därefter kontraindikationen som gjorde att åtgärd inte utfördes.**  
**H35.3B Åldersrelaterad makuladegeneration (AMD), våt (exsudativ) form**  
**Z53.0 Åtgärd ej genomförd på grund av kontraindikation**  
**H10.3 Konjunktivit**



# Fråga 8

En patient med epilepsi. Medicinerar med Sabrilex. Kommer nu till ögonmottagningen för synfältskontroll på grund av medicineringen.

Synfältskontroll utförs och allt är normalt. Patienten har även en diabetes typ 2 och senil katarakt.

Vilken huvuddiagnos skulle ni koda i detta fallet?

Svar: Orsaken till att pat undersöks är behandlingen mot EP.

G40.0 – G40.9

# Fråga 9 - 12

Vi är en relativt ny mottagning för långtidsuppföljning för vuxna efter barncancer, det finns bara några få liknande mottagningar i Sverige. Därför har jag tagit med en hel del detaljer i anamnesen för att måla en bild av denna patientgrupp. Med förhoppning om hjälp att få till rätt klassificering för följdtilstånd och bestående biverkningar av barncancerbehandling för denna växande patientgrupp!

*Uppföljningsmottagning för vuxna efter barncancer*

*Cancerrehabilitering, Onkologi*

**Hmmmm .... Diskussion ....**

**Vem frågar? Kliniken (dvs ledande funktioner) eller en läkarsekretärare?**

**Frågorna bör gå till Socialstyrelsen**

# Fråga 9

28-årig kvinna som första levnadsåret insjuknat med malign hjärntumör i vä hemisfär. Op vid 11 mån ålder, fick cytostatikabehandling Avslutat denna behandling juni 1992. Re-op ett par veckor senare på grund av recidiv av primärtumören, erhöll då strålbehandling lokalt och kraniospinalt till en totaldos av 54 Gy mot tumörområdet. Därefter recidivfri. Utvecklat seneffekter av behandlingen i form av hypofysinsuff, hörselpåverkan, neurokognitiv/psykologisk funktionsnedsättning. Bor i eget boende med flera unga vuxna och personaltillsyn dygnet runt.

Kommer för långtidsuppföljning efter genomgången cancer. Har genomgått förnyad neuropsykologisk utredning oktober 2018. Utredning visar kraftigt nedsatt motoriskt och psykomotoriskt tempo. Kraftigt avvikande verbal inlärning och störs mycket av distraktion Visuellt inlärning och minne måttligt avvikande. Visuellt perception kraftigt avvikande. Sammanfattningsvis stora kognitiva svårigheter på alla testade områden, samma resultat som vid utredning 2006. Patient behöver intyg för aktivitetsersättning.

Hur diagnoskoda stora kognitiva svårigheter efter strålbehandling mot hjärnan på grund av tidigare cancer i barndomen?

Svar:

- F06.8 Andra specificerade psykiska syndrom och störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom
- G93.8 Andra specificerade sjukdomar i hjärnan
- Y84.2 Radiologisk åtgärd och radioterapi som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient, utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden
- Z85.8F Malign tumör i hjärnan och andra delar av centrala nervsystemet i den egna sjukhistorien (tillstånd som klassificeras under C70-C72)

# Fråga 10

25-årig kvinna, insjuknade vid 11 års ålder med yolk sac tumör i hypofysområdet. Behandlad med kirurgi, cytostatika och strålbehandling. Helt hypofysinsufficient efter detta. Även okulomotorius-pares och abducenspares, ger dubbelseende vä synfält samt ändläge på hö synfält. Pats stora problem idag är hennes hjärntrötthet, har sedan lång tid tillbaka arbetat 50%, sover 1-2 timmar efter en 6-timmars arbetsdag. Kommer för långtidsuppföljning efter genomgången cancer i barndomen, behöver intyg för aktivitetsersättning.

Pat har idag gjort neuropsykologisk utredning – visar i korthet normala kognitiva funktioner, men lindrigt avvikande/nedsatt uppmärksamhet och arbetsminne Dock stora besvär med och högt score på mental uttröttbarhet, bedöms vara i riskzonen för utmattning i aktuell livssituation. Bedöms ha en förvärvad hjärnskada efter kirurgi, strål- och cytostatikabehandling med hjärntrötthet/uttröttbarhet. Denna "hjärntrötthet" är inte ett "vanligt övergående utmattningssyndrom" utan är bestående och kan med stor sannolikhet förvärras med tiden. (Men har sett vid biverkningar av strålbehandling minskar inte problemen med åren utan snarare ökar

Hur diagnoskoda stora svårigheter med hjärntrötthet och uttröttbarhet efter kombinerad behandling för malign tumör i hypofysområdet i barndomen? Problemen uppkom efter behandlingen och är bestående, risk att öka med åren. Normala kognitiva funktioner vid neuropsykologisk testning.

## Svar:

F06.6 Organisk emotionell labilitet [asteni]

G93.8 Andra specificerade sjukdomar i hjärnan

Y84.2 Radiologisk åtgärd och radioterapi som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient, utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden

Y83.6 Borttagande av organ (helt) (delvis) som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden

Z85.8F Malign tumör i hjärnan och andra delar av centrala nervsystemet i den egna sjukhistorien (tillstånd som klassificeras under C70-C72)

# Fråga 11

22-årig kvinna som insjuknade vid 8 års ålder med supratentoriell PNET (primitiv neuroektodermal tumör). Behandlad med kirurgi, cytostatika och strålning 2004-2006. Sekundärt till behandlingen utvecklat hypofysinsufficiens och substitueras med tillväxthormon, Levaxin och östrogensubstitution. Debut av kramper sommaren 2011. Hade totalt tre-fyra kramper, partiella, som sedan blev generaliserade hösten 2011. Insatt på Lamictal som hon stått på sedan dess och inte haft ytterligare kramper. Följs på neurologen för sin epilepsi. Kommer för långtidsuppföljning efter genomgången barncancer.

Hur diagnoskoda epilepsi som bedöms som status efter operation och onkologisk behandling av PNET supratentoriellt i barndomen? Epilepsin debuterade fem år efter avslutad behandling och bedöms vara ett följdillstånd till cancerbehandlingen.

Svar:

G40.9 Epilepsi

Y84.2 Radiologisk åtgärd och radioterapi som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient, utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden

Y83.6 Borttagande av organ (helt) (delvis) som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden

Z85.8F Malign tumör i hjärnan och andra delar av centrala nervsystemet i den egna sjukhistorien (tillstånd som klassificeras under C70-C72)

# Fråga 12

23-årig kvinna som insjuknade med akut lymfatisk leukemi, intermediär risk, vid 3 års ålder. Två recidiv. Behandlades med cytostatika i flera omgångar, helkroppsbestrålning till en slutdos på 16 Gy och stamcellstransplantation. Därefter recidivfri. Utvecklat hypotyreoos och gonadinsufficiens. Utvecklade cirka ett år efter stamcellstransplantation GVH med sklerodermiliknande besvär i huden vilket även medfört stelhet i lederna och vissa svårigheter med ansiktsmimiken

Kommer för långtidsuppföljning efter genomgången barncancer. Pat har stora besvär med smärtor i leder, har minskad rörlighet i armbågsleder, knäleder, fotleder. Utbredda sklerodermiliknande hud-förändringar och med stora ärrbildningar. Arbetar som lokalvårdare och för närvarande sjukskriven 50% p g a led- och hudbesvär. Bedöms som kronisk GVH.

Hur diagnoskoda för kronisk GVH med svåra hud och ledbesvär efter stamcellstransplantation p g a tidigare akut lymfatisk leukemi i barndomen?

**Svar:**

- T86.0B** Funktionssvikt och avstötning av transplanterade organ och vävnader, graft-versus-host-sjukdom
- L90.5** Ärrtillstånd och fibros i huden
- Y84.8** Andra medicinska åtgärder som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden
- Z85.6** Leukemi i den egna sjukhistorien

# Fråga 9 - 12

## **Svar:**

ICF-koder som beskriver patientens funktionsförmåga/funktionsstatus kan användas om datasystemet är konstruerat att ta emot sådana koder.

Exempel kan vara:

### **Kroppsfunktioner:**

b230 Hörsel-funktioner;

Kognitiva funktioner ex:

b130 Energi och driftfunktioner; b134 Sömnfunktioner; b140 Uppmärksamhetsfunktioner; b144 Minnesfunktioner; b152 Emotionella funktioner; b156 Perceptuella funktioner (b1561 Visuell perception); b160 Tankefunktioner; b164 Högre kognitiva funktioner

b147 Psykomotoriska funktioner; b176 Psykisk funktion att ordna sammansatta rörelser i följd

### **Aktivitet och delaktighet:**

d160 Att fokusera uppmärksamhet

d166 Att läsa; d170 Att skriva

d325 Att kommunicera genom att ta emot skrivna meddelanden;

d345 Att skriva meddelanden

# Fråga 13

Urinblåsecancer i december 2016 då man gjort en TUR-B. Misstanke om recidiv i juni 2017, ny TUR-B men benigt PAD.

Nu kontroll med cystoskopi (maj 2018) där man ser benigna inflammatoriska pålagringar i resektionsärr (ärr efter TUR-B) i urinblåsa. Hur kodas denna kontakt?

Svar:

Z08.0 Kontrollundersökning efter

Z85.5D malign tumör i urinblåsan i den egna sjukhistorien



# Fråga 14

Fråga angående en patient med Lynch syndrom. Patienten går på kontroller årligen (både kirurg och urolog) på grund av ökad risk för cancer i och med påvisat Lynch syndrom. Hur kodas dessa kontrollbesök?

När patienten kommer till urologen på grund av LUTS ska Lynch kodas vid detta besök och hur i så fall?

Svar:

Lynch syndrom: familiär fel på en gen i reparationssystemet. Ger olika former för cancer, ofta i tarmen. Specifik kod finns ej, men kan markeras med Z82.- Cancer i familjeanamnesen

Z12.9 Riktad hälsokontroll avseende tumör

Z80.- om förekomst i familjen

LUTS R39.8 Andra och ospecificerade symtom och sjukdomstecken från urinorganen  
Lynch syndrom ska vanligtvis inte kodas

# Fråga 15

Infekterad del av ett bensår, sår i sår. Hur ska man tänka här?

**Infektion kan inte kodalas särskilt, men om man har påvisat specifik bakterie vid odling kan denna kodalas (staf, strept, pseudomonas osv)**

## **Svarsalternativer:**

Bensår vid venös insufficiens

L97.9 Bensår + I87.2 Venös insufficiens

Variköst bensår

I83.2 Variköst sår nedre extr med inflammation

Arteriellt bensår

L97.9 Bensår + I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer

# Fråga 16

Infektion med växt av *S aureus* i bensår p g a venös insufficiens.

Kodas detta så här:

L03.1 Cellulit i extremitet

B956 *Stafylococcus aureus*

L97.9 Bensår

I87.2 Venös insufficiens

**Infektion kan inte kodas särskilt, men om man har påvisat specifik bakterie vid odling kan denna kodas (staf, strept, pseudomonas osv)**

## **SVAR:**

L97.9 Bensår + I87.2 Venös insufficiens

B95.6 *Stafylococcus aureus*

# Fråga 17

Patient med diabetes typ 1 som kommer på akutbesök pga ulcerationer på sina tår. Behandlas för dessa.

Kan man koda så här?:

HD: Fotsår t ex L97.9C

BD: I79.2\* E10.5† Diabetes typ 1 med perifera cirkulationsrubbningar?

Svar:

L97.9C Ulcus pedis UNS

I79.2\* E10.5† *Diabetes typ 1 med perifera cirkulationsrubbningar* kräver dokumentation av cirkulationsrubbningar!

Diabetiker kan få sår av andra orsaker.

(L97.9 Bensår + I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer)

# Fråga 18

Tidigare diabetes typ 1, insulinbehandlad. Har inte diabetes längre då han är pankreastransplanterad jan 2017. Diabetesfotsår säger läkaren som diagnos. Kan man ta diabetsfotsår när diabetesen är borta?

E-kod eller L-kod för fotsår, pankreastransplanterad och tidigare diabetes?

Sena effekter av tidigare diabetes?

Svar: Ja, diabeteskomplikationer försvinner inte efter en pankreastransplantation. Detta är nog inte "sen effekt"

L97.9C Ulcus pedis UNS

Z94.8 Andra specificerade transplantationstillstånd ' Pancreastransplanterad'

I79.2\* E10.5† Mikrocirkulationsrubbningar pga DM typ 1 kan bara kodas om det finns dokumentation om cirkulationsstörningar

# Fråga 19

Hudmottagningen undrar hur följande ska koda:

SAMPUS (superficial atypical melanocytic proliferations of uncertain significance)

MELTUMP (melanocytic tumours of uncertain malignant potential)

Svar: Vad stod det på PAD-svaret? Patologens morfologikodning kan ge vägledning.

D48.5 Tumör av osäker eller okänd natur i huden??

D22 Melanocytnevus ??

# Fråga 20

Skulle vi kunna få en förklaring på skillnaden mellan tillstånden ateroskleros och angiopati.

Svar:

Ateroskleros - Åderförfettning, som också kallas för åderförkalkning. Beror på inlagringar i blodkärl.

Angiopati - Kärtsjukdom, vanligt vid diabetis.

Ateroskleros är en typ av kärtsjukdom, dvs angiopati

# Fråga 21

Vilken kod ska användas vid stenosis i arteria subklavia?

**SVAR:**

I77.1 Artärstriktur



# Fråga 22

Cerebral infarkt med hemorragiskt inslag, det blöder runt själva "proppen". Ska man koda även för blödningen i dessa fall?

**Svar:** Nej blödning kan ingå i cerebral infarkt.  
I63.- Cerebral infarkt

# Fråga 23

**Vårdtillfälle 1:** Patient inkommer med färsk stroke. Skrivs ut med mild svaghet i vänster sida. HD: Cerebral infarkt, färsk stroke.

**Vårdtillfälle 2:** Inkommer en vecka senare med pneumoni. Svagheten kvarstår. Hur ska stroke kodas här?

**Vårdtillfälle 3:** Patienten inkommer 14 dagar efter första vårdtillfället med försämring i svagheten. Samma del av hjärnan är påverkad. Bedöms som påspädning av stroke. Hur kodas detta?

**Svar:**

**VTF 1:** I63.- Cerebral infarkt  
G81.0 Ensidig förlamning

**VTF 2:** J18.9 Pneumoni  
I63.- Cerebral infarkt  
G81.0 Ensidig förlamning

**VTF 3:** I63.- Cerebral infarkt  
G81.0 Ensidig förlamning

# Fråga 24

Fråga från neurologen:

En epikris där både infarkt och TIA sattes som diagnoser. Patienten kom in med svaghet och erhöll trombolys. Besvären går i regress och patienten skrivs ut dagen därefter. Den kliniska diagnosen blir då TIA eftersom symtomen gick över inom 24 timmar. På DT efter trombolysen visas en färsk infarkt.

Läkaren vill nu ha med båda diagnoserna. Jag pratade med läkaren om detta och vad han erfar så ska båda diagnoserna sättas utifrån Riksstrokes rekommendationer.

I Riksstrokes lathund står det som anmärkning: Diagnosen TIA används vid fokala symtom som kvarstår mindre än 24 timmar och som är nytillkomna vid det aktuella vårdtillfället. Diagnosen TIA används även som bilddiagnostik påvisat färsk lesion.

Detta är nytt för mig, även att TIA ska sättas som klinisk diagnos vid regress av symtom inom 24 timmar vid trombolys, även om det påvisas en färsk infarkt. I och för sig inte helt fel kanske men ska verkligen båda diagnoserna sättas?

**Svar:**

Får skilja på regler för riksstroke rapportering och hur man klassificerar.

Man ska koda antingen / eller. Om man vill koda bilddiagnostisk färsk lesion utan att pat har bestående symtom kan kanske "minor stroke" I63.8 vara ett alternativ, men då utan TIA.

# TIA

- Transitorisk ischemisk attack (TIA)
- Transitorisk ischemisk attack (TIA) definieras som övergående fokala symtom av ischemisk genes som inte överstiger 24 timmar (med eller utan synlig hjärninfarkt vid hjärnavbildning). De ischemiska symtomen vid TIA kan vara cerebrala eller retinala (amaurosis fugax: övergående synförlust för ena ögat). TIA ingår inte i samlingstermen "stroke".

# TIA Forts

- Studier med diffusionsviktad magnetresonanstomografi (MRT) har visat att upp till hälften av alla patienter med akut TIA har en ischemisk skada, trots att symtomen gått tillbaka helt inom 24 timmar. **Från amerikanskt håll har föreslagits att övergående fokalneurologiska symtom oavsett duration med påvisad hjärninfarkt skulle klassas som stroke, medan motsvarande symtom utan påvisbar hjärninfarkt skulle klassas som TIA. Detta förslag är dock ännu inte fastställt internationellt.** I Sverige används därför fortsatt den traditionella definitionen av TIA (ischemiska symtom mindre än 24 timmar).

# Fråga 25

Patient som t ex haft en stroke där patienten har ett utfärdat körförbud, kommer för bedömning för att ev få tillbaka körkortet. Ibland är det körkortsbedömning p g a kognitiv svikt. Där har patienten körkortet kvar men man ska bedöma angående att återkalla eller låta patienten behålla det. Patienterna träffar flera professioner under utredningen och den kan ibland pågå under några dagar.

Är det koden **Z02.4 Undersökning för körkort** vi ska använda med bakomliggande diagnos som bidiagnos? Eller är Z02.4 mer en kod för friska patienter som kommer för intyg?

Svar: Diskussion

Z02.4 Undersökning för körkort

Har pat symtom? Evt Z86.7C om inga symtom efter stroke

KVÅ-kod för utfärdigande av intyg

# Fråga 26

Hur länge räknas en stroke som färsk? Finns det någon motsvarande tidsgräns som för hjärtinfarkt 28 dagar?

Svar:

Nej, finns inga tidsgränser.

# Fråga 27

Hur ska man koda MINOCA/MINCA – Myocardial Infarction with Normal Coronary Arteries? Koda som hjärtinfarkt? I så fall typ 1 eller typ 2? Annat förslag?

Svar:

Klassificering av hjärtinfarkt görs efter hur läkaren dikterar den kliniska diagnosen.

I21.- Hjärtinfarkt

U98. 1 Hjärtinfarkt typ 2

Hjärtinfarkt sekundär till obalans mellan behov och tillgång på syrgas. Detta kan t.ex. vara koronar spasm, anemi, hypertoni, hypotoni och arytm. Primärt icke trombotisk etiologi



# Fråga 28

Läkaren säger: Diagnos Carotidodyn. Läkaren vill ha hjälp att hitta rätt kod men vi kan inte

Förklaring från läkaren: Carotidodyn är ett tillstånd med inflammation i och omkring kärlväggen i sinus caroticus-området, av okänd orsak. Ger lätt svullnad som kan ses på CT-MRT-hals och framförallt ömhet vid palpation och huvudvridningar, inga allmänsymtom. Normala blodprover.

Svar:

Carotidodyn – är en äldre term.

Carotidyni – Är ett syndrom som har många olika orsaker. **Ett** är inflammation i kärlväggen, detta kan ses på MR.

I99.9 Andra och ospecificerade sjukdomar i cirkulationsorganen

Eller arterit I77.6 eller .8

# Fråga 29

Biventrikulär hjärtsvikt där både vänster och höger kammare har nedsatt funktion. Ska dessa kodas var för sig eller slår man ihop dem under I50.0 som har texten ”högerhjärtsvikt sekundärt till vänsterhjärtsvikt”?

Svar:

I50.0 Högerhjärtsikt (akut) (kronisk)

Congestive heart failure

Högerhjärtsvikt sekundärt till vänsterhjärtsvikt

# Fråga 30

HFpEF/HFnEF/hjärtsvikt med bevarad systolisk vänsterkammarmfunktion /diastolisk hjärtsvikt. Jag har i någon internationell version sett att det finns en kod för detta, I50.2, men denna kod finns inte i den svenska versionen. Tacksam för förslag på under vilken hjärtsviktskod vi ska koda.

Svar:

I50.1 Vänsterhjärtsvikt (akut) (subakut)

# Fråga 31

När patienter har pacemaker/ICD använder vi koden Z95.0 för att visa att de har pacemaker. När de kommer på pacemakerkontroll (fysisk kontroll) tar vi Z45.0 om huvuddiagnos och Z95.0 som bidiagnos samt åtgärds kod för pacemakerkontroll.

Ska vi koda på samma sätt när patienten har en looprecorder?

Svar: Kommer för avläsning av implanterad recorder.

Inget görs med sjukdomen ... som ofta är symtomet svimning

Finns KVÅ koder:

DF031 Avläsning av EKG från loop-registrering (i)

DF032 Avlägsnande av elektrokardiograf med loop recorder

FPK00 Inläggande av elektrokardiograf med loop recorder

# Fråga 32

Patient som har pacemaker. Kommer för dosbyte p g a att batteritiden gått ut. Vad blir huvuddiagnosen?

Förekomst av pacemaker Z95.0? Orsaken till pacemakern med Z95.0 som bidiagnos? Sviktande batteristatus T82.1 + Y71.1 med orsaken till pacemakern som bidiagnos?

**Svar: Detta är inte mekanisk komplikation.  
Koda sjukdomen + Z95.0 + op-koder.**

# Fråga 33

En patient som går i dialys kommer till sjukhuset p g a att dialys-apparaten krånglar. Det kan åtgärdas och patienten får inte någon komplikation och påverkas inte av det.

Hur kodar vi ett sådant besök, när det egentligen är maskinen som är problemet.

**Svar:**

Går inte att koda problem med dialysmaskinen man har hemma.

# Fråga 34

Patient med diabetes typ 1, nu pancreastransplanterad. Ingen Insulin-behandling längre. Har patienten sin diabetessjukdom kvar eller är den status post?

Samma patient, pancreastransplanterad med tidigare diabetes typ 1. Har nu fått diabetes typ 2 i transplantatet. Kodas detta som funktions-svikt i transplantatet? Har patienten nu diabetes typ 2 och status post diabetes typ 1? Eller har patienten både diabetes typ 1 och typ 2?

**Svar: Om botad efter transplantation är diabetes typ 1 status post.**

**Man utvecklar inte diabetes typ 2 i transplantatet! Diabetes typ 2 är en sjukdom som karakteriseras med insulinresistens i vävnad (inte i pankreas)**

**Denna patienten utvecklar en Diabetes typ 2 av någon orsak, och kodas E11.- samt Z94.8 Andra specificerade transplantationstillstånd, (Pancreastransplanterad)**

# Fråga 35

**Förkortat Aktuellt:** Man född 1970, inkommer med hjärtstopp. Ambulans larmades. HLR påbörjades, deffades två ggr, därefter asystoli. På akuten fortsatt HLR med Lucas. Efter två minuter puls och rytm. Misstänkt hjärnblödning eller massiv lungemboli. På väg till röntgen sviktat pat i sina vitala parametrar, misstänks hjärndöd varpå ingen ny HLR startades, kopplade ur respirator. Beslutades om medicinsk obduktion för klargörande av dödsorsak. HUVUDDIAGNOS I46.9

**Obduktionssvar:** Preliminär dödsorsak: Höger lunga med förändringar med omfattande bronkiektasier. Abscess i hjärnan eller hjärninfarkt

Preliminära diagnoser: Höger lunga med bronkiektasier. Kardiomyopati. Leversteatos. Septisk mjälte. Hjärnförändringar i frontala lobar.

Histologi visar lungbronkiektasier med abscesser. I hjärnan ser man stort område av metastatisk abscess.

Slutlig dödsorsak: Sepsis

Doktorn kodade om efteråt: HD: G06.0 Intrakraniell abscess. BD: A41.9 Sepsis + KVÅ-koder.

Ska man ändra diagnoserna efter obduktionssvar? Vad blir slutlig kodning? Vad är korrekt?

**Svar:** Huvuddiagnosen I46.9 Hjärtstillestånd är mycket ospecificerad och bör ändras efter obduktion (eller bättre: Vänta med kodningen till obduktionssvaret föreligger)

G06.0 Intrakraniell abscess

R65.1 (Svår) sepsis

J15.9 Pneumoni (bakteriell?) och J47 Bronkiektasier

J85.1 Lungabscess med pneumoni

D73.3 Mjälteabscess



# Fråga 36

**Fråga Län T:** Pat som ramlade i början av mars 2018 och slog i vänster axel. Sökte ortopederna på sjukhus X fick då diagnosen M765B. Skickades på MR. Kom sedan på ett återbesök med svar på MR till sjukhus Y. MR visade supraspinatusruptur. Fick då av läkaren diagnosen S46.0, W01.41 vilken är rätta kodningen?

**Svar 2018-12-13 Län C.** Det hela beror på läkarens bedömning. Om läkaren härleder rupturen till fallet för nio månader sedan så är det helt korrekt att koda med S- och W-kod. Om läkaren inte ser något samband utan tolkar det som en spontan ruptur så är det M75.1

**Fråga:** Kan man uppfatta ovanstående som ett resttillstånd relaterat till det tidigare fallet Supraspinatusruptur M75.1, T92.5, Y99.9?

## **Svar:**

Läkaren bestämmer den kliniska diagnosen  
M75.1 Rotatorcuffsyndrom (gammal)  
T92.5 – Y86.9 Sequelae efter olycka

# Fråga 37

Ska svininfluensa kodas som en säsongsinfluensa och inte som en pandemi?

Svar:

J09 Influensa orsakad av identifierat zoonotiskt eller pandemiskt influensavirus -  
Kategorin J09.- ska endast användas vid speciella globala pandemiförhållanden som definieras av WHO

J10.- Influensa orsakad av annat identifierat säsongsinfluensavirus

# Fråga 38

Diskuteras bland läkarna på framförallt infektionskliniken; ska man koda för bärarskap av ESBL eller ej?

## **Svar:**

Om bärarskap ska kodas bestäms av läkare.

Först kod för bärarskapet Z22.- Därefter bakterien. Till slut resistensmekanismen:

U82.2 Resistens på grund av betalaktamaser med utvidgat spektrum (ESBL)

U82.2A ESBL-A (klassisk ESBL)

U82.2B ESBL-M (ESBL av pAmpC-typ)

U82.2C ESBL-CARBA

# Fråga 39

Kvinna, född 1947, vtf hösten 2018, 21 dagar. Lungcancer, adenocarcinom, C34.9C.

Inkommer pga dyspné, datortomografi visar att tumören växer in i stentet och därmed blockerar andningsvägen ned till vä lunga (endoskopisk debulking och stentinläggning maj 2018).

Bronkoskopiberättelse: Vänster bronkträd, ungefär en cm från carina, ses en tumörväxt som trängt in sig och fyller upp alla lumen av själva stentet. Börjar med vanlig biopsitång och efter fyra försök får man en helhetsbiopsi av själva delen, skickas för PAD, immunhistokemi. Vi byter skop och kör med 4 mm bronkoskop genom stent ned till segmentnivå, både ovan- och underlober ser rena och fina ut. UGC12 och UGC15.

Bedömn: Okomplicerad bronkoskopi med debulking av tumörrester, d v s man har öppnat luftvägen och justerat stentet.

**Fråga:** Hur kodas stentockklusion pga tumörväxt in i stent som därmed blockerar andningsväg ned till vänster lunga?

**Svar:**

C34.9C Lungcancer, adenocarcinom

Bronkstriktur J98.0

Stentockklusion kan inte kodas. Det är tumörväxt

# Fråga 40

Inkommer med hemoptys. Det visar, efter utredning, att patienten har en tumör utgången från hilus med överväxt till mediastinum, ovan- och underlob, vänster sida. Bronkoskopi visar färsk blödning i vänster huvudbronk. Det uppdagas att patienten har haft en lungemboli, inte av färsk karaktär. Fragminbehandling insätts under vårdtillfället.

Om diagnos färsk blödning från vä huvudbronk ska kodas, går det på

1. J98.0 – sjukdomar i bronker som ej klassificeras annorstädes *eller*
2. R04.8 – blödning från andra lokalisationer i luftvägarna, lungblödning UNS

Det är oklart för oss om det ska uppfattas som en komplikation efter behandling mot lungemboli eller tumörväxten.

**Svar:** Läkaren bestämmer den kliniska diagnosen

C34.0 Malign tumör i bronk och lunga från hilus!

Överväxt på mediastinum C78.1

R04.2 Hemoptys

# Fråga 41

Kan man koda recidiv av godartad tumör, t ex D14.0 Benign tumör i mellanöra, näshåla och bihålor, som man även canceranmäler?

**Svar:**  
Ja.

# Fråga 42

Hur koda vid överlämningsbesök en månad efter avslutad strålning?

**Besök 1** efter avslutad behandling har vi lärt oss ska kodas Z08

Kontrollundersökning efter behandling för malign tumör + cancerkoden, t ex C09

Malign tumör i tonsill, om pat är frisk.

Kan man veta säkert att cancer är borta? Vi sätter nog mest C09 här.

**Besök 2** kodar vi Z08 + Z85.8 om det är tumörfritt.

**Hur ska det vara?**

## **Svar:**

Cancer under kurativ behandling

Efter avslutat behandling Z08.-.

Icke kurativ/Palliativ behandling cancer diagnosen

## Fråga 43

När patienten kommer på ett slutbesök efter avslutad behandling på strålbehandlingen har vi förut valt Z92.3 Strålbehandling i den egna sjukhistorien.

Varit på utbildning på Cancerakademien i höst, där tyckte man inte att den koden skulle användas, utan att efter varje besök efter strålbehandling skulle man sätta Z08.1 Kontrollundersökning efter radioterapi för malign tumör först.

Har fått kommentarer att det är fel, så nu undrar jag vad det är som gäller?

**Svar:**

Z08.1

Behövs inte kodas med Z92.3



# Fråga 44

Cancerpatient som behöver läggas in för uppvätskning p g a icke optimalt Kreatinin inför CT/MR. Hur kodas detta? Vi har kodat med "oklar tumör".

## **Svar: Diskussion**

Kan det vara prerenal uremi? R39.2

Alternativt, men dålig kod:

R79.8 Annan specificerad onormal blodkemi – Högt kreatinin

Får inte använda E86.9 Minskad vätskevolym då man säger 'icke optimalt Kreatinin'

## Fråga 45

Patient som skrivs in på g a misstänkt stroke. CT hjärna visar tumörförändringar med metastasutseende och blödningsinslag frontalt och parietalt. Även MR hjärna visar metastaser med blödningsinslag. Efter CT thorax förmodad primärtumör i höger lunga.

Huvuddiagnos: Blödande hjärnmetastaser?

Hur kodas detta?

### **Svar:**

C34.9 Malign tumör i bronk och lunga

C79.3 Sekundär malign tumör (metastas) i hjärnan och hjärnhinnorna

## Fråga 46

Vi har delade meningar om hur man kodar en patient som gjort en radikal prostataektomi men åter fått stigande PSA och läkaren säger recidiv av prostatacancer.

Har hört att ett "PSA-recidiv" kodades C79.9. Andra säger att detta ska kodas C61.9, då PSA är en prostataspecifikt antigen.

Vilken kod ska vi välja?

**Svar: Prostatakörteln bortopererad, och kan då bara kodas med Z85.4J**

PSA – prostataspecifikt antigen förekommer inte bara i prostata men även i metastaser.

C79.9 Sekundär malign tumör (metastas), ospecificerad lokalisation

Radikal prostataektomi betyder att hela prostatakörteln är bortopererad

# Fråga 47

Om man gör en punktionsbiopsi av prostatan TKE00, behöver man då också ange koden för transanal ultraljudsundersökning XJH00 eller kan man tänka att den ingår i biopsin?

Svar:

TKE00 Punktionsbiopsi av prostata – görs ultraljudsledd

# Fråga 48

Lungcancerpatient som kommer för utvärderingssamtal. Har nu haft uppehåll med behandlingar i någon/några månader och enl röntgen håller tumören sig lugn. Är alltså inte friskförklarad på något sätt men går inte i behandling just nu. Z08.2 Kontrollundersökning efter kemoterapi för malign tumör + C34.x Malign tumör i bronk och lunga eller enbart C34.x??

Svar:

C34.- Malign tumör i bronk och lunga

# Fråga 49

Patient som kommer för utvärderingssamtal till läkare. Patienten har en lungcancer och har erhållit X-antal cytostatikabehandlingar och kommer nu för utvärdering av dessa. Har det haft någon effekt – ska behandling fortsätta eller avslutas – patienten har varit på en CT inför besöket. Ska dessa kodas som kontrollbesök Z08.2  
Kontrollundersökning efter kemoterapi för malign tumör + C34.x  
Malign tumör i bronk och lunga, eller enbart med C34.x?

Svar:

Är detta ett utvärderingsbesök?

Vet man att tumören är borta Z08.2 annars C34 Malign tumör i bronk och lunga

# Fråga 50

Har en fråga gällande kodning vid cancer när man vet både lokalisation och typ av cancer.

Exempel: Lungcancer i vänster underlob, icke småcellig skivepitelcancer. Vilken kod har "högst prioritet", den som talar om lokalisation eller den som talar om vilken typ? Kan jag dubbelkoda på något sätt?

Kan/Ska man tänka som vid trycksår där man tänker grad först och lokalisation som tilläggs kod?

Typen först och lokalisationen sedan; C34.3 Lungcancer vänster underlob (huvuddiagnos) och C34.9G Icke småcellig skivepitelcancer (bidiagnos)?

Finns det andra koder där det också finns "samma tänk"

**Svar:**

**Icke småcellig skivepitelcancer i vänster underlob  
C34.3 C34.9G**

# Fråga 51

Hur ska man koda nedanstående:

Om en bröstcancerpatient kommer på ett första besök på onkologen för bedömning (efter operation) inför ev behandling – hur kodar ni då?

Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör + C50.9

Ospecificerad lokalisation av malign tumör i bröstkörtel alternativt enbart C50.9 eller Z08.0.

Hur ”snart” efter behandling skulle ni sätta Z85 Malign tumör i egna sjukhistorien?

Svar:

Z08.0 + C50.- Malign tumör i bröstkörtel

– man vet var tumören sitter och ska därför kunna koda mer specifikt.



# Fråga 52

Hur kodas:

Svårvärderad skivepitelatyperi - N87.9 Dysplasi i cervix uteri, ospecificera

Skivepiteldysplasi - N87.0 Lätt dysplasi i cervix

N87.1 Måttlig dysplasi i cervix

N87.2 Svår dysplasi i cervix som ej klassificeras annorstädes

D06.9A Högradig skvamös intraepitelial lesion (HSIL) i cervix

ASCUS - Atypiska Skivepitelceller av obestämt betydelse

HPV-positiv - Z22.8B Bärare av humant papillomvirus (HPV)

Hur ska man tänka när man kodar dysplasipatienter som går på kontroller p g a ett avvikande screeningprov. Pat kontrolleras i flera år och ibland är det bra, ibland visar det något på cellproven.

Svar: se nästa bilder

# Icke-inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga könsorganen

## *Utesluter: Carcinoma in situ (D06.-)*

- N86 Erosion och ektropi i cervix uteri (livmoderhalsen)

- N87 Dysplasi i cervix uteri

*Utesluter: CIN grad III (D06.-)*

CIN = Cervikal intraepitelial neoplasi

- N88 Andra icke-inflammatoriska sjukdomar i cervix uteri

N88.0 Leukoplaki på portio

- N89 Andra icke-inflammatoriska sjukdomar i vagina

N89.0-N89.3 Dysplasi [VAIN] grad I-II, svår dysplasi och ospecif

N89.4 Leukoplaki i vagina

*Utesluter: VAIN grad III (D07.2)*

VAIN = Vaginal intraepitelial neoplasi

- N90 Andra icke-inflammatoriska sjukdomar i vulva och perineum (mellangården)

N90.0-N90.3 Dysplasi [VIN] grad I-II, svår dysplasi och uspecif

N90.4 Leukoplaki i vulva

*Utesluter: VIN grad III (D07.1)*

VIN = Vulva intraepitelial neoplasi

# Dysplasi

Normal cervical cells



Cancerous or pre-cancerous cervical cells



- CIN – cervikal intraepitelial neoplasi
- VAIN – vaginal intraepitelial neoplasi
- VIN – vulva intraepitelial neoplasi

# N87 Dysplasi i cervix uteri

Normal cervix



Normal cervical cells



Cervical dysplasia



Cancerous or pre-cancerous cervical cells



# LSIL & HSIL

- CIN 1 (Cervikal Intraepitelial Neoplasi grad I)  
Kodas på N87.0 Lätt dysplasi i cervix uteri
- LSIL Låggradig skvamös intraepitelial lesjon (Lätt dysplasi i cervix uteri)  
LSIL motsvarar CIN 1 och kodas N87.0
- CIN 2 (Cervikal Intraepitelial Neoplasi grad II)  
Kodas på N87.1 Måttlig dysplasi i cervix uteri
- CIN 3 Kodas på D06.9 Carcinoma in situ (preinvasivt carcinom) i livmorhals
- ASCUS / ASC-US Atypiska skivepitelceller av obestämt betydelse  
? N87.9 Ospecificerad dysplasi i cervix uteri?

# LSIL & HSIL

## **D06**

### **Cancer in situ i livmoderhalsen**

Carcinoma in situ cervicis uteri

#### *Innefattar:*

Cervikal intraepitelial neoplasi [CIN],  
grad III, med eller utan att svår dysplasi  
nämns

#### *Utesluter:*

Melanom in situ i cervix (D03.8)  
Svår dysplasi i cervix UNS (ej angiven  
som CIN III) (N87.2)

D06.0 Cancer in situ i endocervix

D06.1 Cancer in situ i exocervix

D06.7 Cancer in situ i andra delar av cervix

D06.9 Icke specificerad lokalisation av cancer in situ i cervix

- HSIL Höggradig skvamös intraepitelial lesion i cervix motsvaras av båda CIN 2 och CIN 3 (Cervikal Intraepitelial neoplasi grad 2 och 3) och kodas på
- D06.9 Icke specificerad lokalisation av cancer in situ i cervix

# Humant PapillomVirus - HPV

**B07**

## Virusvårtor

### Verrucae virogenes

Verruca simplex

Verruca vulgaris

*Utesluter:*

Blåspapillom (D41.4)

Cervixpapillom (D26.0)



**D26**

Andra benigna tumörer i livmodern

D26.0 Andra benigna tumörer i cervix uteri

B97.7 Papillomvirus som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel

# Fråga 53

Hur ska man koda Anal intraepitelial dyplasi, höggradig?

Vad jag tolkar det som, så är dysplasi graderad enligt aktuell WHO som låggradig AIN och höggradig AIN. AIN (anal intraepitelial neoplasi) ska canceranmälas. Jag blir ändå osäker på om dysplasi ska ha en C-kod (C21 Malign tumör i anus och analkanal) eller ska man ta en D37.7 Tumör av osäker eller okänd natur i andra matsmältningsorgan?

Svar:

Höggradig AIN ska sannolikt kodas D01.3 cancer in situ.

Låggradig AIN sannolikt K62.8



# Fråga 54

**Kort bakgrund:** Skopist som hittar små upphöjningar i terminala ileum och bedömer att det är lymfoid nodulär hyperplasi.

**Fråga:** Vilken kod blir bäst för lymfoid nodulär hyperplasi i terminala ileum?

Förkortas generellt: LNH

På engelska: ileal lymphonodular hyperplasia

Tankarna går mot *K92.8 – andra specificerade sjukdomar i matsmältningsorganen* eller finns det en bättre kod, kanske ur E-kapitlet?

För appendix är ju koden K38.0 men hur tänka för andra tarmavsnitt?

**Svar:**

**K92.8 Andra specificerade sjukdomar i matsmältningsorganen**

# Fråga 55

Hur kodar man valleculacysta? valleculaförändring?

På valleculacysta har jag skrivit D10.5. På valleculaförändring J02.9.

Är det rätt?

**Svar:** J38.7 Andra specificerade sjukdomar i struphuvudet

D10.5 Benign tumör i andra delar av orofarynx - Vallecula

D37.0 Tumör av osäker eller okänd natur i läpp, munhåla och svalg

# Fråga 56

Post commotio, hur kodas det? Patienten har slagit i huvudet för en vecka sedan, nu illamående, huvudvärk och yrsel. Bedöms som post commotio. F-kod finns ju för postkontusionellt syndrom men det känns som en mer långdragen åkomma.

## **Svar:**

Läkaren bestämmer diagnosen. Vad menas med "post commotio"?

F07.2 Postkontusionellt syndrom kan det vara. Finns ingen tidsaxel för åkomman. Om patienten uppvisar nya symtom kan den behöva utredas mer.

# Fråga 57

En patient har blivit utsatt för sexuella övergrepp och söker vård för detta. Efter den första vårdkontakten bokas patienten in på ett återbesök enligt rutin. Vid detta återbesök tas prover för smittsamma sjukdomar, man gör en gynekologisk undersökning samt samtalar med patienten. Om man under besöket inte hittar något avvikande vid undersökningen – vad blir då huvuddiagnoskoden

Svar: Diskussion

Z04.4 Undersökning och observation efter uppgiven våldtäkt och uppgivet sexuellt ofredande

# Fråga 58

Finns det någon kod för positivt Quantiferon? Ibland kommer patienterna till mottagningen för utredning då de haft ett positivt Quantiferonprov, men TBC är ännu inte påvisat.

## **Svar: Diskussion**

**Z20.1 Kontakt med och exponering för tuberkulos  
eller**

**Z22.7 Latent tuberkulos??**

**Z11.1 Riktad hälsokontroll avseende lungtuberkulos ??**

# Fråga 59

Har en patient som har varningsmarkering i journalen för malign hypertermi. Läkaren har satt T88 men det har ju inte hänt vid vårdtillfället utan patienten har enbart extra observation p g a detta (fick utfört ett kejsarsnitt)".

Patienten har sjukdomen malign hypertermi med den utlöses enbart vid nedsövning med specifika narkosmedel. Hur kodar man denna kända och viktiga riskfaktor?

Svar: Pat har haft en malign hypertermi tidigare, och kan således kodas med Z87.8

Specifik kod finns ej och detta är en genetisk defekt (ärftlig muskelsjukdom) och inte en allergisk reaktion.

# Fråga 60

Vilken yttre orsak använder ni vi elcykelolycka? Ska det kodas som om det vore en vanlig cykelolycka, förutsatt att fordonet faktiskt har kedja och kugghjul förstås?

Svar:

Räknas enligt Socialstyrelsen som cykel

# Fråga 61

En patient som cyklat och blivit jagad av en bil. Bilen träffar aldrig men patienten ramlar och får flertalet frakturer. Orsakskod?

Ska det räknas som vurpa, övergrepp, eller något annat

Svar: Vurpa.



# Fråga 62

Patient som fått infektion efter en tatuering. Patienten blir inneliggande ett dygn på sjukhuset på grund av infektionen. Hur ska man koda detta?

Svar:

Infektion i hud/underhud L03 alternativt T79.3 + Yttre orsakskod X58

# Fråga 63

Hur hade ni kodat traumatiskt mediastinalt emfysem?

J98.2 används om det inte är traumatiskt. T79.7 är traumatiskt subkutant emfysem och det är inte samma sak.

Svar: emfysemet beror ju på att det läckt luft någonstans ifrån. Sannolikt bronk el lungskada S27 el T79 är ungefär lika bra. Fråga doktorn vad hen tror att skadan som läckte luft satt:

S27.8 Skada på andra specificerade intratorakala organ

# Fråga 64

Patient som inkommer med en vertebralisdissektion (som leder till en cerebral infarkt) efter att ha varit hos kiropraktor som gjort en nackmanipulation.

Ska det kodas med en T-kod eller med S15.1? Räknas kiropraktor som vårdgivare??

Svar:

T81.7 Andra specificerade komplikationer till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats + S15.1

+ Y60.8 Under åtgärd

Kiropraktor är legitimerad, Socialstyrelsen har en yrkeskod för detta KP (Kiropraktor) Bör därför kunna vara en vårdgivare, frågan är dock om någon region har kontrakterat kiropraktorer.

# Fråga 65

En av våra neurokirurger har sagt att "alla kroniska subduralhematom är traumatiskt orsakade".

Vi ställer oss lite frågande till detta och vill nu gärna veta hur man ska koda kroniska subduralhematom om det inte framgår hur blödningen uppstod från början.

Svar: WHO bestämde att från 2019 skulle subdural blödning UNS bort från I62.0. Meningen var att flytta den till S06.5 traumatisk, men man glömde denna lilla detaljen :-/

Diskussion:

S06.5 Traumatisk subdural blödning

I62.0 Icke-traumatisk subdural blödning

Socialstyrelsen är informerad och kommer att införa Subdural blödning UNS som en inklusionsterm under S06.5 från nästa år

# Fråga 66

Finns det någon bra V-Y-kod för att hosta av ett revben?  
Eller ska man koda det med en annan kod än en S-kod?

Svar: Stressfraktur om pat har kronisk hosta M84.3, annars>:

S22.3 Fraktur på revben

S22.4 Multipla frakturer på revben

X50 Överansträngning och påfrestande eller upprepade rörelser

# Fråga 67

Hur ska vi koda att en patient som vårdas i respirator på IVA själv lyckats extubera sig? Vilken kod bör användas för yttre orsak? Oklart hur medveten patienten var vid tillfället. I läkaranteckningen står det:

”Patienten extuberar sig själv med kuffad tub och åstadkommer då en retning och blödning i stämbandsplanet”. Det ledde till att patienten fick en laryngospasm, desaturerade, blev hypoxisk med cirkulationspåverkan och HLR fick påbörjas.

Svar: T85 ”implantatet åkte ut, mekanisk komplikation”?,  
X58 (pat gjorde det själv)

# Fråga 68

Hur vi ska koda stenoser i AV-fistlar hos patienter som går i dialysbehandling. En AV-fistel kan vara skapad av att man kopplar ihop artär och ven kirurgiskt. Ibland är den egna venen inte tillräckligt kraftig för att kunna användas och då opererar man i stället in ett AV-graft. Vilken typ av AV-fistel som patienter har vet man oftast inte, och det framgår oftast inte i dokumentationen heller.

Då uppstår frågan om hur man ska koda stenosis i AV-fistel?

T82.4 – Mekanisk komplikation i blodkärl av **dialyskateter**?? (Tillstånd som uppräknas under T82.0, och där finns inte stenosis med)

T82.5 – Mekanisk komplikation av andra instrument och **implantat** i hjärta och kärl?? (Tillstånd som uppräknas under T82.0, orsakad av bl a **arterovenös fistel** eller shunt)

T82.8 – Andra specificerade komplikationer av protes, **implantat** och transplanterat i hjärta och kärl, så som blödning, fibros, STENOS o s v??

Ska man räkna detta till en mekanisk komplikation? Behöver ju inte vara ett implantat – men det vet man oftast inte.

## Svar:

Om patienten är opererad i Sverige så vet man alltid vilken typ av fistel patienten har.

Det framgår alltid i journal. Aktuell dialysavdelning vet man också alltid.

Stenosis i AV-fistel kodas:

T81.7 Inget implantat I77.1 eller I87.1

Stenosis i AV-Graft kodas:

T82.8 Andra specificerade komplikationer av proteser, implantat och transplanterat i hjärta och kärl

# Fråga 69

Kvinna, född 1983, vtf hösten 2018, 10 dagar

Exponerad för senapsgas i Persien och sedan dess problem med trakeal striktur och bronkiektasier. Koloniserad med Pseudomonas och upprepade Staph aureus i odlingar. Vid åb under hösten framkommer flera månader med ökad slemproduktion, grönt tjockt slem, svårt att mobilisera. Skrivs in för planerad läkemedelsbehandling med Fortum, Nebcina och om möjligt poliklinisering med homempumps.

Ställd diagnos av läkaren: Bronkiektasier, koloniserad med Pseudomonas J47.9 (i jnl angett fel: Tillsyn av trakeostomi Z43.0). Bakteriekod till sjd saknas.

**Fråga:** Kan man tilläggskode att pat varit utsatt för giftgasattack som 3-åring enl vårt förslag nedan? Vad vi kan utläsa är att pat har trakeostoma relaterat till giftgasattack för 32 år sedan som nu ger hälsoproblem. Vi uppfattar att bronkiektasierna beror på samma gasattck.

**Förslag:** Trakeostoma Z93.0 + Y36.7 krigshandling med kemiskt vapen

Svar:

J47.9 Bronkiektasier (lokala utvidgningar av luftrören)

B96.5 Pseudomonas (aeruginosa)

Z93.0 Tillstånd med trakeostomi

Tidigare utsatt för senapsgas?

T95.8 Sena besvär av annan specificerad brännskada, frätskada och köldskada

Sequelae efter krigshandling Y89.1

Z65.5 Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter



# Fråga 70

Hur kodas bett av fästingar? Det är den yttre orsakskoden vi funderar på.

**Svar: Ytlig skada! W57**

**(X58 Exponering för andra specificerade faktorer)**

# Fråga 71

Patient som under operation blöder mellan 1,5 – 2 liter.  
Ska det kodas? Och i så fall hur? Patienten är inte gravid.

**SVAR:**

Läkaren måste journalföra att patienten blött.

Varför blödde patienten?

Operation för brustet aortaaneurysm? Då är blödningsmängden förväntad.

T81.0 Blödning och hematom som komplikation till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats

# Fråga 72

KVÅ-kod för WatchPat? Vilken ska man använda? Finns det någon?

**SVAR:**

Finns inga KVÅ-koder för olika medicintekniska utrustningar

Pat bör ha symtom - R065 Munandning och snarkning

Sömnapné utredning finns KVÅ koder för:

AV099 Sömnapnéutredning I (i) - Registrering under sömn. Endast perkutan oximetri

AV100 Sömnapnéutredning II (i) - Registrering under sömn. Oximetri, andnings- och rörelseregistrering, med eller utan CO2-mätning

AV101 Sömnapnéutredning III (i) - Registrering under sömn. Som sömnapnéutredning I (AV099) och Sömnapnéutredning II (AV100) samt polysomnografi (AA094)

# Fråga 73

När man vid en koloskopiundersökning gjort en polypektomi och skickat polypen för PAD, sätter man då åtgärdskod JFA15 och UJF32 eller JFA 15 och UJF35?

**SVAR:**

**JFA15 Endoskopisk polypektomi i kolon – Den ska användas**

**UJF32 Koloskopi**

**UJF35 Koloskopi med biopsi**

# Fråga 74

Kan inte hitta någon lämplig KVÅ-kod för tappning av hydrocele. Tittat på KFD20 operation för hydrocele, men är detta för stort för tappning?

**Svar:**

TKF60 Punktion av pung

# Fråga 75

Alkoholutlöst Wernicke Korsakoff – HD F10.6 med BD G32.8\*+E51.2†?  
Eller räcker det med E51.2 som BD? Och när är det tänkt att man ska använda den första eller andra varianten av bidiagnos?

Svar:

Måste koda båda:

E51.2 Wernickes encefalopati

F10 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol

.6 Amnesisyndrom - Korsakoffs psykos eller syndrom, alkoholutlöst eller orsakat av annan psykoaktiv substans eller ospecificerat

# Fråga 76

Vilken F-kod ska man använda när patienten tagit Ecstasy i berusningssyfte? F15 eller F16?

**Svar:**

Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av

F15 andra stimulantia, däribland koffein

Eller

F16 hallucinogener

# Fråga 77

Hur kodas det när en 6-åring som på ett 60-års kalas hos sin morbror druckit flera glas alkoholhaltigt bål då han var törstig. Föräldrarna upptäcker det hela när han blir kraftigt berusad.

**SVAR:**

**T51.0 Etanol**

**X45 Misstag**



# Fråga 78

Hur kodas en som nyligen fyllt 18 år och som gått ut med kompisar till en bar och planerat att dricka sig berusad för första gången. Dricker snabbt ett antal 'shots'. När kompisarna ser att han inte längre kan stå på benen, inte fungerar ringer man ambulans. Inkommer svårväckbar, börjar kräkas. Etanolkoncentration 42 mmol/l.

**SVAR:**

**F10.0 Akut alkoholintoxikation**

**Y90.6 Blodalkoholhalt 1,20 - 1,99 promille (26-43 mmol/l)**

Evt Y98 Livsstil som orsak till sjukdom ?

# Fråga 79

Hur kodas en patient som tagit en överdos av Paracetamol i suicidsyfte i hemmet?

Har en svår depression utan psykotiska symtom.

**Svar:**

**T50.9 Andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

**ATC-kod: N02BE01**

**X64.0 Avsiktligt självdestruktiv handling genom förgiftning med och exponeringen för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser-bostad-idrott**

**F32.2 Svår depressiv episod utan psykotiska symtom**

# Fråga 80

Hur kodas en kraftigt alkoholpåverkad (110 mmol/l) person som har ont i huvudet. Har hemma tagit mot ont i huvudet fyrdubbel dos Paracetamol. Mycket svårundersökt vid undersökningen. Paracetamol överdosen orsakar en akut levernekros.

## **SVAR:**

**T50.9 Andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

**ATC-kod: N02BE01**

**X44 Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

**Y90.7 Mycket svår alkoholintoxikation; Exempel: Mycket uttalad störning i funktion och uppträdande, mycket stora koordinationssvårigheter eller förlust av förmåga att medverka vid undersökning**

**K71.1 Toxisk leversjukdom med levernekros; Exempel: Leversvikt (akut) (kronisk) orsakad av läkemedel**

# Fråga 81

Hur kodas det när en 4:a åring av misstag äter 6 st av mammas Alvedon Forte á 1 gram. Upptäcks direkt, söker akut vård. Antidot ges omedelbart. Prover visar att det inte blir någon leverenzymstegring. Utskrives utan leverpåverkan och i gott allmäntillstånd.

## **SVAR:**

**T50.9 Andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

**ATC-kod: N02BE01**

**X44 Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

# Fråga 82

Hur kodas det när en patient får en för stor dos smärtstillande, Morfin. Ordinerad dos är 5 mg men patienten får istället 50 mg. Patienten får andningsstillestånd och då uppdagas att fel dos är given.

**SVAR:**

**T50.9 Andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser**

**N02AA01 Morfin**

**Y63.8 Feldosering under annan kirurgisk och medicinsk behandling**

**R09.2 Andningsstillestånd**

# Fråga 83

Patient som får Kåvepenin (Pencillin-V) pga en bakteriell tonsillit. Utvecklar efter tre dagars behandling ett läkemedelsexantem.

**SVAR:**

**L27.0 Generaliserad hudreaktion orsakad av läkemedel**

**Y57.9 Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt**

**J01CE02 Fenoxymetylpencicillin (Pencillin V - Kåvepenin**



# Fråga 84

Patient som får Kåvepenin (Pencillin-V) pga en bakteriell tonsillit.  
Utvecklar efter tre dagars behandling läkemedelsutölst urtikaria.

**SVAR:**

**L50.0 Allergisk urtikaria**

**Y57.9 Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk som  
orsak till ogynnsam effekt**

**J01CE02 Fenoxymetylpencicillin (Pencillin V -  
Kåvepenin**

