

Frågelåda RDK 26.-27. mars 2009

Gunnar Henriksson
Olafr Steinum

Fråga 1

När man använder koden S22.5 Instabil bröstkorg orsakad av trauma på en patient med flera revbensfrakturer skall man då också använda koden S22.4 eller räcker det med bara S22.5?

Svar: Ja.
S22.5 Instabil bröstkorg kräver flera revbensfrakturer.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 2

Betr. Skador som engagerar flera kroppsregioner (T00-T07)

Innefattar: Skador uppdelade efter skadetyper som engagerar två eller flera kroppsregioner som kan klassificeras under S00-S99.

Kan man vid multitrauma använda t ex:

T02.7 Frakturer som engagerar bröstorgnen jämte nedre delen av ryggen och bäckenet jämte extremiteter +

T06.5 Skador på bröstorgnens organ jämte skador på buk- och bäckenorgan

(just för att tala om att det är ett multitrauma)

och därefter specificera varje skada med egen kod?

Svar:

Specificera alla skador var för sig.

T00-T14 bör undvikas.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 3

Vi har vid flera tillfällen vårdat barn för commotio efter att de fallit från trappa upp till sovloft i hyrd stuga i stugby i nära anslutning till alpin anläggning.

Vilken platskod är den rätta att använda? .0 eller .5 (hotell)?

Svar: .5 Stugby = hotellanläggning.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 4

Pat har:

odislocerad fraktur radially i humerusmetafysen som avskiljer capitulum, fraktur ulnart i humerusmetafysen som avskiljer den ulnara epikondylen, möjligen finns ytterligare en fraktur ulnart i humerusmetafysen som avskiljer troklea. Kan man här använda S42.7 Multipla frakturer i humerus eller skall den koden bara användas när det är frakturer på olika nivåer i humerus? Här är ju frakturerna på nedre delen av humerus, är S42.4 rätt fastän det är flera frakturer?

Svar: S42.4
S42.7 är inte korrekt

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 5

CT visar fraktur av kotkroppen L1 med lokal kyfos, förträngning av spinalkanal till ungefär 40 %.
S32.00 Sluten fraktur på L1 blir huvuddiagnos.
Skall kyfosen kodalas? M40.1 eller M40.2?
Skall förträngningen av spinalkanal kodalas? M48.0K eller någon annan kod?

Svar:
Kyfosen skall ej kodalas, den ingår i frakturen.

Förträngningen bör kodalas:
M48.0 el M48.3 traumatisk spondylopathi beroende på om man vill betona förträngningen eller traumat. OM patienten har ryggmärgspåverkan är det viktigt att koda den också.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 6

Pat op för ljumskbräck. Inget återbesök utan istället telefonkontakt en månad efter op. Allt okey.
Kan man då använda Z09.0 som huvuddiagnos för att visa att pat är op (i rubriken till denna kod står det "kontrollundersökning")? Z09.0 + K40.9 + XS012?

Svar:

Z09.0 Är en återbesökskod, och innebär att man faktiskt undersökt patienten. Det är det svårt att göra via telefon. ICD10 som i grunden är en dödsorsaksklassifikation är inte särdeles väl lämpad till att beskriva telefonkontakt med friska patienter.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 7

Misshandlad pat med fraktur i orbitabotten S02.3 och på överkäkens ben S02.4.
Har även hematotympanon, hurkodar man det?
S09.8?

Svar:

S09.8 är ett alternativ om man är helt säker på att detta inte rör sig om en skallbasfraktur! Den vanligaste orsaken till hematotympanon är nämligen skallbasfraktur som ibland kan vara svår att detektera med rtg.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 8

Äldre dam faller när hon stiger ur bilen hemma på gården.
Är V48.4 rätt orsakskod?
Samma kod om pat istället skulle ramla och slå huvudet i bildörren?

Svar:

V48.4..

Om den gamla damen ramlar när hon skall kliva i bilen och har planer på att köra med den kodas på samma sätt. Om hon däremot går förbi bilen och halkar till och slår i bilen så är detta inte en transport olycka eftersom hon inte tänkt resa med bilen

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 9

Fråga 9.

Pat dragit ut sin KAD, blöder ordentligt från urinröret.
T83.8 Kompl av KAD + R31.9 Hematuri + orsakskod?
Finns det någon bättre än Y84.6 Katetrisering av urinvägar?

• *Svar:*

- *Patienten har dragit ut sin kateter, men oklart varför. Har den fastnat i ngt eller var det med vilja?
Blödning som en komplikation till KAD kodas under T83.8. Nu är väl blödningen i detta fall inte en konsekvens av kateterbehandlingen per se utan pga att patienten dragit ur katetern. Detta kodas under T83.0 mekanisk komplikation.*
- *Om nu doktors diagnos blir hematuri pga utdragen KAD blir T83.0 + R31.9 bra. Yttre orsak: ja det finns ingen bra. X58 annan specificerad orsak blir väl den minst dåliga. Y84 är inte tillämplig här eftersom att dra ut KAD inte ingår i normal katetervård.*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 10

Pat med L55.0 Första gradens solbränna. Någon kod för att det var 65 % av kroppsytan?

Svar: T31 är avsedda för att beskriva utbredning av brännskador vars lokalisation beskrivits på T21-T30. Brännskador utesluter dock Solbränna L55, varför utbredningskoderna inte kan användas i tillägg.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 11

Pat som i berusat tillstånd (55 mmol/l) ramlat utför en trappa. Inlagd över natten.

Ingen commotio men ont i nacken, rtg halsrygg visade ingen fraktur eller luxation.

Rätt att koda S13.4W + W10.51 + Y90.8?

Skall F10.0 vara med som bidiagnos eftersom pat var så berusad eller räcker det med Y90.8?

Var går i så fall gränsen för att ha med F10?

Svar: Ont i nacken är inte S13.4 den koden förutsätter att doktorn ställt en diagnos om distorsion av nacke. Vad gäller berusning så finns det ingen bra gräns mellan koderna Y90.8 och F10.0. Vår uppfattning är att F10.0 skall i första hand användas om patienten var så berusad att berusningen i sig krävde extra övervak. Var det bara vanlig fylla som inte krävde ngt särskild övervak är Y90.8 ett bättre alternativ

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 12

En pat. har utvecklat blåsor kring underbensfraktur, i övrigt är huden intakt.
Skall man koda detta? I så fall hur?

Svar: Nej

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 13

Om pat har en grav osteoporos med tidigare multipla frakturer, ramlar och får en pertrokantär femurfraktur.
Kodar man den grava osteoporosen med multipla frakturer och pertrokantär femurfrakturen, eller räcker det med att man kodar osteoporos med multipla frakturer eller tvärtom?

*Svar: S72.1 + W00-W19,
M80.- är bidiagnos*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 14

Jag undrar litet över rabdomyolyssyndrom (d v s muskelsönderfall och myoglobinuri) efter trauma med artärskada, plexusskada och traumatiskt kompartmentsyndrom som följd. Är rabdomyolysen att se som en "förlängning" av kompartmentsyndromet, det vill säga att muskelvävnaden faller sönder på grund av att det i muskelfacket uppstått syrebrist till följd av trånga förhållanden?? Och ska man i sådana fall sätta T79.6 två gånger, en gång för traumatiskt kompartmentsyndrom och en gång för rabdomyolyssyndrom efter trauma (form av ischemiskt posttraumatiskt tillstånd), eller räcker det med att sätta T79.6 en enda gång??? Alternativt helt annat kod-nr för rabdomyolys posttraumatiskt?????

Svar: Muntligt svar.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 15

Om patienten som har ett buk aorta-aneurysm blir opererad med ett intraluminalt graft via lumsken som täcker hela aneurysmet. Har patienten kvar sitt aorta aneurysm som då skall kodas?

Svar: Ja, båda aneurysmet och graftet/stenten kodas.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 16

Om patienten som har ett buk aorta-aneurysm blir opererad med öppen kirurgi och får ett graft har patienten då aneurysmet kvar och skall det då kodas?

- *Svar: Nej, nu är aneurysmet borta.*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 17

Patient med mångårig (~15år) känd hypertoni som endast behandlas med Enalapril (ACE-hämmare). Inkommer med hypotoni. Läkemedlet sätts ut, Patienten går hem efter ett dygn med ett normalt blodtryck. Har patienten då kvar diagnosen hypertoni?

*Svar: Detta är en läkarbedömning.
(Svaret blir sannolikt ja.....)*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 18

Vilken ordningsföljd är rätt?

G81+I69 står det i exempel F2 på sidan 23 i "Anvisningar för diagnosklassificering i öppen specialistvård som inte är primärvård".

I69+G81 verkar vara rätt om man läser under anmärkning för koden G81. Där står: "Om grundsjukdomen är känd anges denna som primärkod; kodnummer G81 kan då användas som tilläggskod för att ange typ av hemiplegi.

Svar: När klassifikationen används för sjukdom eller andra problem, används "sekvele-koderna" (koder för sena effekter, koder för grundsjukdom som är utläkt, men med ett bestående mén.) som beskrivande tilläggs-koder till själva problemet.

I detta fallet således G81.- med tillägg av I69.-

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 19

När patienten vårdas för en cerebral infarkt används I63.9. Om patienten sedan vårdas för något annat senare hur länge skall det kodas för akut cerebral infarkt I63.9 och när skall det kodas med I67.9?

Svar: Finns inget specifik tidsangivelse, fråga doktorn I67.9 ospecificerad cerebrovaskulär sjukdom, bör inte användas

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 20

Z74.0 Rörelseinskränkning

Stolbunden

Sängbunden

Använder man denna kod som bidiagnos när en pat som fått stroke ligger till sängs under hela vårdtillfället? Och om en pat klarar att sitta på en stol men inte klarar att använda en rullstol?

Använder man Z99.3 om pat själv kan ta sig fram med rullstol?

Svar:

Undvik dessa koderna.

Koda i första hand patientens sequele, G81- G83 och/eller NASS-koder för funktionshinder

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 21

Pat med hjärtinfarkt åker till annat sjukhus och genomgår PCI och får stent.

Kommer tillbaka till oss dagen efter för eftervård. Mår väl.

Z48.8 skall väl vara huvuddiagnos, Z95.5 bidiagnos.

Skall hjärtinfarkten koda med I21.0 eller skall man använda I25.1 istället?

Svar: Om patienten har en färsk infarkt, är det fortfarande infarkten som är huvuddiagnos

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 22

När använder man I25.8 Andra specificerade former av kronisk ischemisk hjärtsjukdom?

Svar:

Tillstånd under I21-I22 och I24. – specificerat som kroniskt eller med angiven varaktighet mer än 4 veckor från symptom debut.

Dvs. Dr. har angett en diagnos som bara kan klassificeras här.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 23

En patient 75 årig man inkommer med ansträngningsutlösta bröstsmärtor där utredning med arbetsprov visar ischemiska EKG förändringar och bröstsmärtor samtidigt. Får diagnosen angina pectoris. Skall huvuddiagnos vara angina eller arteriosklerotisk hjärtsjukdom?

Svar: I20.- Angina pectoris

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 24

En 75-årig man inkommer med känd klinisk ansträngningsutlöst angina som försämrats sista tiden. Coronarangiografi görs som visar arteroskleros men inga signifikanta stenoser som behöver åtgärdas. Skall diagnosordningen vara

HD: I25.1 Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

BD: I20.8 Angina pectoris

Svar: Ja? Vad tycker ni?

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 25

Nästa gång samma man kommer in med klinisk ansträngningsutlöst angina pectoris där man endast utökar medicineringen mot angina besvär skall diagnoserna vara:

HD: I25.1 Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

BD: I20.8 Angina pectoris

Svar: Sannolikt ska angina pectoris kodas först

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 26

En 74-årig man inkommer med känd klinisk ansträngningsutlöst angina pectoris som försämrats sista tiden. Coronarangiografi visar signifikant stenosis i vänster och höger coronarartär som dilateras och stentas.

Skall diagnosordningen vara:

HD: I25.1 Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

BD: I20.8 Angina pectoris

Svar: Ja

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 27

En 76-årig man inkommer med bröstsmärtor, utvecklar EKG-förändringar, hjärtenzymstegring och bedöms ha en akut transmural framväggsinfarkt. Coronarangiografi görs som visar signifikanta stenoser på vänster coronarartär med utbredd arterioskleros i cirkumflexa och höger coronarartär men inga signifikanta stenoser där. Dilateras och stentas i vänster coronarartär.

Skall diagnosordningen vara:

HD: Hjärtinfarkt

BD: arteriosklerotisk hjärtsjukdom

Svar: Ja,

HD I21.0 Hjärtinfarkt

BD I25.1 Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 28

Samma patient inkommer 26 dagar senare med kliniskt anginösa bröstsmärtor vid ansträngning. Får utökad anti-anginös behandling med Imdur (långverkande nitro preparat) mot angina.

Skall diagnosordningen vara:

HD: Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

BD: Angina pectoris

Färsk hjärtinfarkt.

Svar: HD I20.8 Angina Pectoris

*BD I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom
I21.0 Färsk transmural framväggsinfarkt*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 29

Samma patient inkommer efter ytterligare 2 månader med vad som bedöms som anginösa smärtor vid ansträngning. Får ytterligare mer behandling mot anginan med Norvasc (Calciumblockerare).

Skall diagnosordningen vara:

HD: Arteriosklerotisk hjärtsjukdom

BD: Angina pectoris

Gammal hjärtinfarkt

Svar: HD: I20.8 Angina pectoris

*BD: I25.1
I25.2*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 30

Ser i mina anteckningar från Emendors kurs att jag skrivit att I25.1 är bättre att använda än I25.2.
Berätta hur man skall tänka i valet mellan dessa två.
Ex pat med hjärtinfarkt x 3, PCI x 2 med stent.

Svar: Nej. Det beror helt på patientens sjukdom och Dr. diagnoser.

I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom

I25.2 Gammal hjärtinfarkt

Z95.5 PCI m stent

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 31

Kontroll efter delhudstransplantat med 50-procentig tagning, det renar upp sig ganska bra. Ny omläggning om tre dagar.

Gäller samma princip för kodning som vid fraktur (att man kodar "skadan" tills den läkt)?

L97.9 Bensår + I70.2 Ateroskleros i extremitetsartärer?

Eller Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd som huvuddiagnos?

Svar: L97.9 + I70.2

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 32

Är R39.8 rätt kod för residualurin?

*Svar: Nej,
(Residualurin utan symtom)
R33.9 - Urinretention*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 33

Pat med hematuri. Har haft KAD som dragits dagen innan inkomsten, det blev stopp och hon fick ny KAD. Inläggs nu på sjukhuset. Får 3-vägskateter med spoldropp.

a) Kodas då både TKC20 + DK017 Spolning av urinblåsa? Eller ingår spoldroppet i TKC20?

b) Om det sedan blir stopp och man sprutar koksalt skall man då koda DK017 igen?

Pat avled av hjärtsvikt och ingen utredning av hematurin gjordes.

c) Skall man koda hematurin med T83.8 eller T83.0 + R31.9 + Y84.6?

*Svar: a) TKC20- Här ingår inte spoldropp.
b) Nej inte koda igen.
c) R31.9-Hematuri. Står inget om komplikation.*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 34

En patient opereras för cancer, får cytostatikabehandling, konstateras via onkologiska specialistvården i regionen vara i remission efter avslutad behandling. Går på halvårskontroller. Recidiv upptäcks, ibland efter ett par kontroller, ibland efter flera år. Finns någon praxis som säger hur länge man bör använda C-diagnos, respektive efter hur lång tid man bör gå över till Z-diagnos (status post)? Har det någon betydelse i sammanhanget i vilket stadium canceren var vid primäroperationen och hur pass stor radikalitet som kunde åstadkommas?

Svar: C-diagnos under adjuvant behandling.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 35

En patient opereras och PAD visar corpuscancer eller ovarialcancer med spridning. Ofta anser doktorn att t ex C56.9 Ovarialcancer räcker, stadiindelning visar på omfattningen. Finns anledning att redan vid första vårdtillfället med primäroperation ange metastasdiagnoser, t ex peritonealcarcinom, tarm, lunga?

Svar: Ange alltid säkra metastaser med respektive kod.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 36

Våra läkare har olika uppfattning om vad som bör vara huvuddiagnos vid hysterektomier, där ofta diagnoserna blir myom och blödningstrassel. De undrar vilket som är "rätt". Hur bör man resonera här, **orsak** eller **symptom** som huvuddiagnos? Man kan påstå att myom som regel är orsak och blödningstrassel symptom.

Svar: Diskussion

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 37

Pat med koxartros. Op med total höftledsplastik varvid ett antal cystor urskrapas.

Ortopeden säger att de hör ihop med artrosen och därför inte skall kodas.

När proteserna är på plats bentransplanteras lateralt. Enligt ortopederna ingår detta i op-tekniken och skall inte kodas.

Skulle Ni koda cystorna och bentransplantationerna?

- Svar: Läkaren vet vad som ingår i operationen. Bentransplantat kodas sannolikt separat.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 38

Vårdtid 2008-10-10 - 11

Diagnos ICD10

R51.9 Huvudvärk

Sammanfattning

Sammanboende

kvinna, gravid vecka 32, utan komplikationer. Migränbesvär i tonåren. I övrigt frisk. Insjuknade den 30/9 med huvudvärk. Kontrollerat blodtryck, urinstickahos barnmorska som var normalt, utan tecken till toxikos. Därefter kvarvarande huvudvärk med varierande intensitet. Inlägges för uteslutande av bakomliggande sinustrombos. CT angio helt normal. Subjektiv förbättring under vårdtiden, då patienten utskrivs till hemmet utan planerad uppföljning, annat än via MCV.

Skall det vara någon O diagnos här? I så fall vilken?

Svar: R51.9
Z33.9

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 39

Kontaktersak: Misshandel

ANAMNES

Aktuellt: Pat söker då hon blivit misshandlad av sin fd sambo. Sambon misshandlat med knytnävsslag i ansikte på armar och bröstorg. Inga tillhyggen. Klagar på smärta i ansiktsskelettet smärta i vä axel och överarm samt vä sida av bröstkorgen.

STATUS

Lokalstatus: Ansikte: Lätt svullnad under vä öga och på vä käke. Palpationsöm på dessa lokaliteter. Inga uppenbara frakturhak. Inga hematom. Vä axel: Palpationsöm över hela axeln. God rörlighet i alla riktningar. Armen ömmer vid palpation. Thorax: Palpationsöm på hö sida av thorax, motsvarande costae 8 – 10. Blåmärke i flanken.

Bedömning: Således väs frisk kvinna som blivit misshandlad av sinfd sambo. Palpationsöm på vä kåben och vä okben samt vä axel och överarm samt hö sida av thorax. Går på en rtg-undersökning, den visar inga skellettskador. Fotograferar pats. blåmärken på dokumentation. Pat går hem och smärtstillar med Panodil och Ipre. Kommer att kontakta av sociala myndigheter.

Diagnos ICD10: T74.1 Y07.22

T74.1 Fysisk misshandel

Y07.29 Misshandel utövad av bekant eller vän ospec

Är T74.1 (Fysisk misshandel) rätt kod här, eller skall den endast användas om det är fråga om upprepad misshandel?

Skall skadan kodalas med biddiagnos T00.8 (yttliga skador som engagerar andra kombinationer av kroppsregioner) och Y07.29?

Eller skall T00.8 vara huvuddiagnosen och alltså ingen T74?

Svar: Misshandelsyndrom T74.1 handlar om systematiskt och upprepad misshandel. Exsambo är inte längre en partner, och kan sannolikt inte kodalas med Y07.-

Förslag: Koda på skadorna

S00.7 Y04.0

S30.1 Blåmärke flanken.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 40

Fråga angående J15.9 Bakteriell pneumoni. Har hört två olika versioner av när man kan använda denna diagnos.

1. Om patienten behandlas med antibiotika och blir bättre får man förmoda att det är en bakteriell pneumoni och då kan man använda J15.9.
 2. Man kan bara använda J15.9 när man har en positiv bakterieodling.
- Vilket av ovanstående påståenden är rätt? Eller finns det någon annan definition när man ska använda J15.9?

Svar:

- 1) *Bakteriell pneumoni används när doktorn ställt den diagnosen. Vi får inte hamna i situationen att om man vill ha en diagnos ska man fråga sin lokala kodare. Pat kan ju haft en viruspneumoni och det blir man ju bättre av också oavsett om man äter pc eller ej.*

*Detta är alltså en klinisk bedömning och inte en kodarfråga!
Frågan är alltså hur ställer man diagnosen Bakteriell pneumoni.*

- 2) Nej

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 41

Hur kodas patient med Huvuddiagnosen urosepsis? N10.9 + A41.9 eller N39.0 + A41.9

Svar: Be doktorn specificera.

Annars bör vara N10.9 eller N39.0 vara vanligast kliniskt
+ evt tilläggs kod för allvarlighetsgrad

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 42

Hur kodas patient med pneumocock pneumoni med sepsis?

Svar. J13.9

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 43

Hur kodas patient med E.coli pyelonefrit och svår sepsis?

*Svar: N10.9 B96.2
R65.1*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 44

Hur kodas en patient med E.Coli pyelonefrit och septisk chock.?

*Svar: N10.9 B96.2
R57.8 (från 2010: R57.2)*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 45

Hur kodas en patient med icke småcellig lungcancer i vänster ovanlob som 10 dagar efter sista cytostatikabehandlingen, Taxotere (L01CD02) kommer in med pancytopeni, pneumokocksepsis och septisk chock?

Svar:

*Först kodas infektionen
(pneumokocksepsis - var det inget definierat organ-
ursprung?)*

*A40.3 Pneumokocksepsis
R57.9 Chock*

*D70.9 + Y57.9 + L01CD02 Leukopeni som läkemedelsbiverkan av Taxotere
D69.5 + Y57.9 + L01CD02 Trombocytopeni som läkemedelsbiv. Taxotere
D61.1 + Y57.9 + L01CD02 Anemi som läkemedelsbiverkan av Taxotere
C34.1 Lungtumör vä ovanlob*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 46

Pat inkommer med obstipation. CT buk visar obstipationsbild. F-Hb neg. Dr tycker att pats medicinlista skall ses över och skriver brev till husläkaren om detta. Huvuddiagnos blir obstipationen. Dr tycker också att jag kan lägga till en kod för polyfarmaci om jag hittar någon sådan. Finns det någon sådan kod?

Svar: K59.0 Obstipation

Finns ingen kod för polyfarmaci

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 47

Vårdtid: 2008-10-28 –10-31

Anamnes: Op höger sidig coelektomi juli -08 pga coloncancer Dukes C. Erhåller adjuvant cytostatikabehandling, nu inne på sin fjärde cykel av åtta. Söker med en veckas anamnes med generell buksmärta samt kräkningar, diarré.

Kemilabb: CRP 71-40, vita 11,8-7,2, kalium 2,8-4,4, neutrofila 9,4.

Förlopp: Inlägges fastande på avakir med dropp och förbättras på detta. En del elektrolyttrubbningar efter kräkning och diarré som korrigeras. Fecesodl utfaller ua. Genomgår CT-BÖS som är ospecifik, dock klin. ingen ileus. Insättes på Panocod och Zofran med god effekt och klar förbättring.

Planering: Ingen planerad uppföljning via kirklin, journalkopia till behandlingsenheten.

Diagnos ICD10: R11.9 Y43.3
R11.9 Illamående och kräkningar
Y43.3 Andra cytostatika

Bidiagnos ICD10: C18.2 Malign tumör i colon ascendens

Är R11.9 (illamående och kräkningar) rätt huvuddiagnos?

Pat har opererat bort sin tumör, men skall C18.2 (malign tumör i colon ascendens) ändå med som bidiagnos?

Pat går på cytostatika och C koden skall med så länge pat. behöver medicin har vi fått lära oss, men eftersom tumören är bortopererad.....?

- **Svar: C - skall vara kvar så länge pat. går på cytostatika behandling som del i sin behandling för sin tumör.**

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 48

E78.0 Endast kolesterol förhöjt
E78.1 Endast triglycerider förhöjt
E78.2X Både kolesterol och triglycerider förhöjda
Skall man dessutom koda E78.6 om HDL-kolesterol
och/eller Apolipoprotein A1 är för lågt?
Om Apolipoprotein B är förhöjt, ingår detta i E78.0-E78.2
eller skall det kodas med någon annan kod?

Svar:

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 49

Lever- och njurcystor som ses på rtg/DT skall de kodas
som bidiagnos?
Om inte, hur får den som eventuellt vill forska om dessa
veta hur vanligt det är? Rtg-avd kodar ju inte fynden.
Hur vet man om cystan är medfödd eller förvärvad?

*Svar: Enstaka cystor i njurar och lever är helt
normalt. Finns riktlinjer vilka kriterier som gäller
för att sätta diagnoserna polycystisk njur-
och/eller leversjukdom.
Det är en doktorsbedömning.*

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 50

Om en patient får en sekundärdiabetes av t ex steroider kudas det som E13.9 ATC-kod Y57.9. Skall det alltid kudas så eller övergår det så småningom till E10/E11?

Svar: Är alltid en sekundärdiabetes, kudas E13.-

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 51

Hur kudas interaktion mellan två läkemedel, t ex Nozinan och leponex?

Svar: Går inte att koda interaktioner mellan läkemedel. Finns ingen kod för det.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 52

På vår klinik har man gått ut med att vi inte ska ta upp några diagnoser ur F-kapitlet vid mottagningsdiktat eftersom det skulle kunna vara till men för patienten. Om man har en psykisk sjukdom eller annan kanske medfödd störning som kan påverka möjligheten att undersöka/behandla patienten, bör inte den diagnosen då tas upp vid mottagningsbesöket? Det kan ju vara så att patienten inte kan undersökas alls ena gången medan det går bra nästa gång.
ex ett morbus Down-barn måste ju hanteras lite annorlunda vid ex en akut otit.

Svar: Här och nu. Huvudproblemet för besöket i första hand.

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 53

Vi är några kollegor som undrar hur det är med bidiagnoser vid inskrivningsbesök inför planerad ortopedisk operation. Ska till exempel diagnosen för pacemaker, hypertoni, diabetes och gammal hjärtinfarkt tas med som bidiagnos? Vi har fått skilda uppgifter om hur det ska vara.

Vår fråga är alltså: Ska alla viktiga bidiagnoser (som inte gäller ortopedi) vara med vid inskrivningsbesöket eller enbart den aktuella ortopediska åkomman som ju är huvuddiagnosen och skälet till varför patienten kommer till kliniken?

Svar: Huvudproblemet vid inskrivningsbesöket.

Men ska det överhuvudtaget kodalas sedan det är en del av slutenvården?

olafr - gunnar bäst före 28 mars 2009

Fråga 54

I vilken situation skall GAA eller TGA användas vid dräninläggning?

- *Svar:*

GAA10 är inläggning av dränage.

TGA30 är thoracocentes dvs pleuratappning utan dränage