

RDK-dagarna mars 2013.

Frågelåda.

Svaren är diskuterade under presentationen på konferensen och har därför "bäst före" 16. mars 2013.

1 Vill nu höra med er hur ni kodar en komplikation under kataraktoperation. Där det inte är linsen som är orsak till komplikationen. Om jag har förstått det hela rätt ska T85.2 användas när det är linsen i sig som krånglar, dvs en mekanisk komplikation, och inte när det är ett organiskt fel. Det rör sig ju heller inte om en accidentiell punktion. Kan man använda T81.8 + Y83.1 och H27.0 som bidiagnos. ?

**Svar: Vad för komplikation rör det sig om?? T81.2 Y83.1 H27.0
(Afaki = saknar eller har bortopererad lins)**

2 Hur ska vi koda den insjunkna proteshålan som ska vara huvuddiagnos?

En patient som fick en svampkeratit med efterföljande spontanperforation av Höger Öga 2010. Opererades med evisceration och fick protes. Enl pat ganska direkt efter operationen debut av smärta bakom ögat, strålande ut mot tinningen och sträckande sig bakåt. Även smärta runt ögat. Behandling med retrobulbär bedövning hjälpte bara mot smärtan kring ögat. Remiss till smärtkliniken skrevs för behandling med alkoholblockad 2011-06. 2012-11 hör pat av sig då han tycker att proteshålan blivit mycket insjunken. Får en tid hos läkare 2012-12-03, konstateras att proteshålan är insjunken, med superior sulcus syndrome, och behöver fyllas ut. Planeras för sekundär implantation av kula. Vad gäller smärttillståndet kan det bero på fantomsmärtor efter eviscerationen, enl läkaren Komplikationen kommer ju från eviscerationen och protesens så därför skulle jag välja T85.8 + Y83.6 T85.8 hänvisar till T82.8 där smärta och fibros finns med som orsaker. Som bidiagnos skulle jag sätta H05.3 och Z97.0 och eventuellt H57.1. Man kan ju tänka sig G54.6 men jag är lite tveksam om det gäller andra fantomsmärtor än extremiteter. R51.9 tycker jag inte är en så bra kod i sammanhanget.

Man skulle kunna ta T85.8 + Y86.3 om man ska anse att det är protesens som är upphovet till insjunkningen av ögonhålan. Det verkar i så fall vara det bästa alternativet. Dock handlar det i det här fallet om en sen effekt, 2 år efter eviscerationen, behöver man inte bry sig om det? Jag kikade i mitt utbildningsmaterial om komplikationer och där står att när man kodar för sena besvär av skada så ska det aktuella sekvelet vara huvuddiagnos och T- samt Y-koden bidiagnos. Jag vet inte om spontanperforationen ska anses som en skada? I så fall skulle H05.3 bli huvuddiagnos och T85.8 + Y83.6 bli bidiagnos. Det vore intressant att höra om ni är av samma åsikt

HD: T85.8 + Y88.3 Andra specificerade komplikationer av inre proteser, implantat och transplanterat som ej klassif annorstädes, Sena effekter av kirurgiska och medicinska åtg som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden.

BD: H57.1

BD: Z97.0

Svar: Vad är läkarens diagnosbedömning??

Smärta efter operationen av typ fantom smärtor kan bero på en neuralgi. Detta är dock en klinisk bedömning. Som alternativ kan koderna R52.2A Långvarig smärta, nociceptiv, R52.2B Långvarig smärta, neuropatisk, R52.2C Långvarig smärta utan känd orsak vara aktuella. Kodningen av neuralgi beror på vilken nerv som är involverad. N opticus H47.0, om man tror det är N.ophthalmicus som är en gren av N Trigemini G50.8. Det ska doktorn bedöma.

Huruvida detta är en komplikation till operationen eller en effekt av sjukdomen styr om det ska kodas som en komplikation eller inte. Om det är en komplikation till operationen är den korrekta T koden T81.8 om det är en komplikation till protesens T85.8.

Den insjunkna proteshålan kodas på H05.3 Förändring i ögonhålan form. Resonemanget ovan

om komplikation gäller även här. Dvs doktorn ska säga att det är en komplikation och inte en förväntad effekt av beh

Övriga koder som är aktuella kan vara Z97.0 Förekomst av konstgjort öga:

Smärtan:

- 1: T81.8 + G50.8 + Y83.6, Z97.0 Om smärtan är en trigeminusneuralgi som är en komplikation till op.
- 2: G50.8, Z90.7 Om det är en neuralgi utan att det bedöms som en komplikation till op
- 3: T85.8 + G50.8 + Y83.6, Z97.0 Om smärtan är en komplikation till protesen och kommer från trigeminus
- 4: T81.8 + R52.2 + Y83.6, Z97.0 Smärta UNS som komplikation till ingrepp

Insjunknen ögonhåla (orbit)

H05.3, T98.3 + Y88.3, Om detta är en seneffekt av en tidigare komplikation

H05.3, Z90.7 Om detta inte är en komplikation till beh eller en seneffekt av komplikationen

3 En undring hur mycket man ska använda Z011 (undersökning av öron och hörsel) på en ÖNH-klinik? Vad säger ni om följande fall? Är det inte bättre att använda Z038 om pat kommer på remiss?

3:a) Öron; Barn som rem till ÖNH för utredn av patol utfall i screening på BB = pat har ingen diagnos och inga besvär. (Mitt förslag Z038. Rätt eller fel? Eller kanske R941 (onormala fynd....)?)

Svar: Som huvuddiagnos anges den diagnos man kommit fram till efter utredning.

Om barnet har normal hörsel dvs är helt frisk och man har uteslutit hörselnedsättning kan Z03.8 vara aktuell som kod.

Notera att för att använda Z03.8 skall man

- 1) misstänkt tillståndet
- 2) utrett tillståndet
- 3) uteslutit tillståndet
- 4) ej planera att följa upp patienten.

Givetvis ska en lämplig KVÅkod för typ av hörselundersökning användas

Ex vis	AD003	Audiogram med såväl luft- som benledningsmätning
	AD004	Barnaudiologiska test
	AA038	Hjärnstamsaudiometri

Z01.1 hörselundersökning skall vara de som rutinmässigt kallas för undersökning utan att det finns någon misstanke om hörselnedsättning.

Givetvis ska man även här koda KVÅkod för utförd undersökning

3:b) Öron; "Riskbarn" för hörselskada enl PM som kommer till ÖNH från framför allt BVC = ingen diagnos och inga besvär. (Mitt förslag Z038. Rätt eller fel?)

Svar: Riskbarn som screenas, Z13.5 skall användas om man inte hittar någon diagnos, och ingen har misstänkt hörselnedsättning.

Z13.5 Riktad hälsokontroll avseende ögon- och öronsjukdomar

Dessa barn tillhör olika riskpopulationer av olika orsaker och screenas därför för eventuell hörselnedsättning.

Om man upptäcker en hörselnedsättning kodas givetvis på detta.

3:c) Öron; Svårundersökta barn på BVC där undersökning får ske på ÖNH, utan diagnos och utan besvär. (Jag tycker det är ok med Z011 här. Rätt eller fel?)

Svar: Rutinundersökning utan fynd, utan besvär, ingen misstanke om sjukdom eller tillhörande riskgrupp kodas Z01.1

Z01.1 Undersökning av öron och hörsel

3:d) Öron; Pat där hörselsituationen behöver kartläggas, utan besvär och utan diagnos, t ex utvecklingsförsenade. (Även här tycker jag det är ok med Z011. Rätt eller fel?)

Svar: Om anledning till undersökningen är utvecklingsförsening är det denna som är huvuddiagnos.

Jämför ögonundersökning för diabetes där man inte hittar ngt. Där är orsaken till vårdkontakt pat diabetes

4 Om det börjar växa bakterier på trachen hos en patient som ligger i respirator, kan man/ska man koda det? I så fall med vilka koder?

Svar: Det är alltid bakterier på trachen. Ska inte kodas om den inte medfört en klinisk infektion som krävt behandling

5 Hur bör vi koda en blödning som komplikation till kirurgiskt åtgärd (ex tonsillektomi) pga hypertrofa tonsiller. Vi kodar lite olika och är inte konsekventa, vilken kodning är den mest rätta 1-2? Eller hur bör vi koda? Hur bör vi koda när patienten återkommer efter några dagar med tonsillblödning

5:a; HD: J35.1 Tonsillhypertrofi, KVÅ : EMB10 Tonsillektomi, BD: R04.1 Blödning i svalg, T81.0 Blödningssjukdom efter kirurgi + Y83.6 Borttagande av tonsill + Z90.0 efter tonsillektomi
Z90.0 onödigt då EMB10 registreras

5:b; eller räcker det att koda: HD: J35.1 Tonsillhypertrofi, KVÅ: EMB10 Tonsillektomi, BD. T81.0 Tonsillblödning efter tonsillektomi + Y83.6 Borttagande av tonsill

5:c; HD: R04.1 Tonsillblödning efter tonsillektomi, BD: T81.0 + Y83.6 + Z87.0 Status post tonsillhypertrofi

Svar: Blödningen skall kodas som en komplikation!

Om komplikation uppstår vid samma vtf som operationen, blir blödningen bidiag. Men om pat återkommer pga blödning, är blödn HD.

**Blödning som komplikation kodas T81.0 + Y83.6
+ ev med tillägget av R04.1 Tonsillblödning efter tonsillektomi**

Glöm inte att koda för reoperation pga blödning

DWD00 Reoperation för ytlig blödning

DWE00 Reoperation för djup blödning

6 Patient som fått BAHA (benförankrad hörapparat). Man opererar dit en titanskruv i benet, under huden, bakom örat och sätter en distans utanpå huden. Patienten kommer sedan för kontroll av operationssåret och distansen. Hur kodar man det? Z48.0/8 + åtgärdskod? Dr har kodat operationen mot hörselnedsättningen och det kan man väl inte göra med kontrollen av operationssåret?

Svar: Kontroll efter insättande av BAHA: Z09.0 + Z96.2.

Som bidiagnos kan givetvis hörselnedsättningen anges.

Z96.2 Förekomst av otologiska och audiologiska implantat
Benledningshörselhjälpmedel
Kokleaimplantat
Myringotomirör
Utbyta hörselben

7 Hur kodar man papillom i hörselgången? Vår dr har angivit L91.8

Svar: Papillom är nog en benign tumör i hörselgången HPV relaterad

D23.2 Andra benigna tumörer i huden på ytteröra och i yttre hörselgång

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

8 Patient som opereras för tonsillektomi. Pat lämnar Op-avdelningen och körs till Uppvaket. Kort därefter börjar patienten blöda från operationsområdet. Körs tillbaka till operation där man får stopp på blödningen med diatermi.

Kodar man detta tillfälle som en reoperation med reoperationskod, ex EWD00, reop för ytlig blödning och koden för diatermi, ZXC00? Många gånger dikterar läkaren det som ett tillägg till första operationsdiktatet. Kan man tolka regeln så här: Att så fort patienten lämnar op-avdelningen och sedan behöver komma tillbaka dit ska man koda för reoperation?

Svar: Ja

Det bör väl även bli en T-kod med yttre orsakskod som bidiagnos i så fall?

Svar: JA. T81.0 + Y83.6 + evt R04.1

9 Har en fråga som jag stöter och blöter med en av våra överviktskirurger. Vi har en del patienter som kommer in för att konvertera sitt gastriska band till en gastric bypass. I en del fall har de besvär i form av t ex kräkningar av sitt gastriska band men i många fall är enda besväret att de fortfarande är överviktiga. Under operationen upptäcker doktorn att det gastriska bandet har glidit. Vad jag undrar över är vilken diagnos man kopplar till åtgärden borttagande av gastriskt band när enda besväret är övervikt? Övervikt eller bandglidning eller förekomst av gastriskt band? Vi har haft våra diskussioner. Doktorn säger att överviktsoperationen inte har gett någon effekt och vill sätta koden för övervikt medan jag vill ha ett kodningspaket för bandglidning som orsak till att patienten fortfarande är överviktig. Doktorn höll inte med mig. Sedan sa han förekomst av gastriskt band. Hur ska man tänka för att få det rätt?

Svar: Om orsaken till kräkningar är en glidning, är det ju en komplikation till ursprungsoperationen och i så fall en mekanisk komplikation. Kräkningar kan kodas i ett komplikationspaket. Dessa patienter som kräks mycket är sannolikt inte särskilt feta.

T85.5 Mekanisk komplikation av proteser, implantat och transplanterat i magtarmkanalen

R11.9 Illemående och kräkningar

Y83.1 Kirurgiskt ingrepp med implantat av konstgjort inre instrument eller materiel utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden

De där operationen har misslyckats och patienten fortfarande är överviktig kan bara kodas på obesitas. De har sannolikt inga besvär med matintag och eller kräkningar. Förekomst av gastriskt band finns ingen specifik diagnoskod för däremot finns KVÅkod

JAL10

Laparotomi med avlägsnande av främmande kropp

JAL11

Laparoskopi med avlägsnande av främmande kropp

10 Öppenvårdsmottagning.

Sjuksköterska lägger om och tar suturer, Huvuddiagnos: Z48.0, Bidiagnos: Den diagnos som läkaren ställt vid skadan. Inte ska man behöva sätta åtgärds-koder också TQX40 =suturtagning, DQ021=omläggning. Det måste väl räcka med Z48.0 = tillsyn av förband och suturer??

Svar: Z48.0 är orsaken till kontakt den koden talar inte specifikt om att man tagit sutur eller lagt om såret

Vill man specificera att man vid detta besöket avlägsnade suturer måste man koda för det med åtgärds-koden TQX40

11 Det hade varit bra om man hade kunnat koda att en patient ligger med öppen buk. Det händer trots allt lite då och då och medför definitivt en ökad vårdtyngd. Patienten genomgår ofta i samband med detta ett flertal omläggningar, så som VAC PAC, vacuumbehandlingar, vilka inte ger någon förändrad DRG-grupp. Hur kodar man öppen buk?

Svar: Sannolikt kodas detta på K91.8

K91.8 Andra sjukdomar i matsmältningsorganen efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes

12 Kod för genomgången lungvensisolering?

Svar: Lungvens isolering är en åtgärd av typen ablation mot förmaksflimmer. Att man har gjort detta går inte att koda specifikt för.

(Man kan inte specifikt koda för att man genomgått variceroperation eller galloperation heller.)

13 Sårskada på rygg. Hittar ingen bra kod för detta. KVÅ-kod för sutur på rygg. Hittar specifika koder för extremiteter m.m. men inte rygg.

Svar: Sårskada på rygg kodas som sårskada på bålen eftersom ryggen tillhör denna anatomiska struktur. Bålen är indelad i thorax och buk

S21.2 Sårskada i bröstkorgens bakre vägg

S31.0 Sårskada på nedre delen av ryggen och bäckenet

14 Sårskada på finger, oklart hur den uppkommit?

Svar: Vet man inte hur skadan har uppkommit, så kodar man **S61.- + X59.99 ospecificerad orsak.**

15 Ett barn har tidigare haft problem i samband med narkos och därför vill inte hemsjukhuset utföra en ny operation utan skickar barnet till en specialist klinik. Operationen kan i vanliga fall utföras på hemorten. Ska man koda det? Med vad i så fall?

Z87.8 - Andra specificerade tillstånd i den egna sjukhistorien (S & T)? Z88.4 - Överkänslighet mot anestetiskt verkande medel i den egna sjukhistorien?

Svar: Det framgår inte vad patienten har haft för problem varför det inte går att svara på om det är kodningsbart.

Anestesiproblem UNS i egna sjukhistorien går inte att koda

16 Många barn som opereras för analatresi får senare analstenoser som måste komma in på nytt för att bli dilaterad. Kan man då använda K91.3 (Postoperativ intestinal obstruktion) som huvuddiagnos?

Svar: Nej, kodas på analstenos K62.4+ Z87.7

Z87.7 Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelse i den egna sjukhistorien (Tillstånd som klassificeras under Q00-Q99)

17 Klassificering av radikalt prostatektomerade patienter som efter något eller några år kommer tillbaka med stigande PSA-värden och som man då tolkar som recidiv. Kodar man återigen C619 som huvuddiagnos samt lägger till bidiagnos Z854J för att markera att patienten nu fått ett

recidiv. Viktigt att i utdata kunna skilja ut dessa patienter.

Svar: Så kallat biokemisk recidiv av pat cancer prostata. Då vi inte har någon lokal att koda den till föreslår vi den pragmatiska lösningen att koda på den bakomliggande primära tumören i avvaktan att det visar sig var recidivet sitter C61.9

18 För att stoppa tillväxten hos barn som riskerar att bli väldigt långa gör vi borrfyseodes genom tillväxtzonen. Detta kodar vi med huvuddiagnos E34.4 (konstitutionell högvuxenhet) samt operationskoderna NFK49 alternativt NGK49 (epifyseodes av femur resp knä/underben). Vårdtillfället hamnar då i DRG-grupp Z60N "Annan sällsynt eller felaktig kombination av huvuddiagnos och åtgärd". Är primärkodningen fel?

Om den är rätt, är det någonting som ska åtgärdas i systemet eller ska man bara låta dessa vårdtillfällen vara "sällsynta kombinationer"?

Svar: Rätt kodat. E34.4A + NFK49/ NGK49.

Kontakta cpk@socialstyrelsen.se

19 Patient som klämt sitt vänstra lillfinger i en bildörr. Erhållit en sårskada som involverar fingertoppen. Har en partiellt avlöst fingertopp. Sårskadan sträcker sig från radiala delen av lillfingret volart i höjd med proximala delen av nageln. Oklart hur det är med känsel i fingertoppen. Tar upp patienten på operation. Sövd patient. Tvättar rent i såret samt runt sårskadan. Får god adaptation i sårkanter och syr ihop såret med Ethilon 4:0. Såret läggs om. Utskrives till hemmet. Ska man ha en diagnoskod för amputation med, trots att man inte åtgärdar/"snyggar till" amputationen på operation utan bara suturerar fingertoppen? 1 dag. Sårskada vänster lillfinger S61.0, Klämt finger i dörr W23.- Hudsutur, övre extremitet QCB00.

Svar: Detta är en sårskada. Det finns inget om något amputerat finger i denna sjukhistoria. Och åtgärden var sutur, inte amp!

20 En man som tidigare efter fallolycka fått en acetabularfraktur, opererad med platta och osteosyntesmaterial. Han utvecklade en pseudartros och blev senare opererad med en höftprotes. Fick tyvärr en djup infektion i denna protes och protesens extraherades. Kommer nu för seans 2 operation med insättande av ny protes då infektionen är utläkt. Nu undrar jag vilken diagnoskod man ska ha vid detta tillfälle då infektionen är utläkt? Jag har använt kod T84.5F (djup protesinfektion) men kanske är fel eftersom infektionen egentligen inte finns kvar. Kan man koda med M96.8 - T91.2 - Y86.9. Man, insättning av ny protes efter utläkt infektion efter höftprotes pga pseudoartros pga acetabularfraktur.

Svar: Girdlestone efter tidigare infektionskomplikation

M96.8 + T98.3 + Y88.3

Sena besvär av en tidigare komplikation, dvs postop infektion av ledprotes (som då den var aktuell kodades med T84.6)

21 Som nyfödd hade patienten stafylokocksepsis som resulterade i bl a en septisk artrit i höftlederna, vilket i sin tur ledde till caputnekros. Nu kommer pojken in för rekonstruktion av höftlederna. Våra läkare vill ha M00.9 (septisk artrit) som huvuddiagnos eftersom den orsakade nekrosen men den finns ju inte kvarl. Hittar ingen annan kod som passar. Vad ska man ha för huvuddiag

Svar: M16. Annan sekundär artros

Eller

M87.3 caputnekros

22 Patient som inkommer till akutmottagningen med en benprotes som har fastnat då knappen till silikonstrumpan har gått sönder och fastnat i kugghjulet (obs ej inre knäprotes). Läkarna sågar bort benprotesen då den har fastnat, hur ska detta kodas? T84 är komplikation av inre protes. Hittar ingen bra diagnos för komplikation av yttre benprotes. Diagnosen vi hittar som vi tycker stämmer någorlunda är Z44.1, inpassning och justering av benprotes, men den känns inte optimal.

Svar: Här rör det sig om problem med hjälpmedel, inte sjukdom eller skada hos patienten. Z44.1 minst dåligt.

23

23:a Undrar hur man ska tänka gällande höftfrakturer. Patienter som flyttas över till ger/rehabkliniken, för eftervård och mobilisering, vad blir koden på rehabs vårdtillfälle?

Svar: HD: Z96.6F Ja

23:b Patienter som ådragit sig en höftfraktur och opereras med t ex skruvar som ortopedpatient och sedan flyttas över till ger/rehabkliniken för fortsatt mobilisering, då sätter vi frakturkod + orsakskod eftersom frakturen inte är läkt. Det är väl rätt?

23:c Nu har vi börjat fundera över om det fortfarande ska vara frakturkod + orsakskod i de fall man opererat patienten med en höftprotes? Är det så att frakturen inte anses läkt eller är det förekomst av höftprotes, Z96.6F som gäller?

23:d b Patienter som opererats planerat med höftprotes pga artros och överflyttas till rehab för träning och mobilisering sätter vi Z96.6F (förekomst av höftprotes) och börjar fundera om det även ska vara den koden på frakturpatienterna?

Svar: b) Höftfrakturen

c) Höftprotesen

d) Höftprotesen

24 Ungefär liknande funderingar finns när det gäller amputationer. Patienter som blivit amputerade pga aterosklerotiskt gangrän och överflyttas till ger/rehabkliniken för eftervård och mobilisering. Vad ska vi ha för diagnos när patienten skrivs ut från rehabkliniken? Ska vi fortsatt ha aterosklerotisk gangrän fast benet faktiskt är bortopererat? Z-kod, förvärvad avsaknad.

Svar: Orsaken till vård är protesträning kodas på amputationsstatus + förekomst av protes + koder för rehab åtgärder som upprättande och genomförande av rehabplan.

Z89.5 Förvärvad avsaknad av nedre extremitet vid eller nedanför knänivå

Z97.1 Förekomst av konstgjord extremitet (komplett) (partiell)

25 Hur kodar man läkarens diagnos "kontusion vänster ben" på en tvåårig pojke? Öppenvårdsbesök. Född 2010. Smärta vänster nedre extremitet M79.6, Snubblat W01.99.

Svar: Kontusion är en kodas som ytlig skada ytlig skada.

Det borde framgå av dokumentationen om skadan satt på underbenet eller låret. Man ska då koda som ytlig skada på lår eller underben beroende på var skadan satt.

Saknas den informationen för man använda en mer ospecifik kod

T13.0 Ytlig skada på nedre extremitet, nivå ospecificerad

26 Hur kodas exempelvis status post cerebral infarkt när patienten efter vård på strokeavdelning inkommer till rehabiliteringsklinik för rehabilitering. Vår läkare säger att vi skall koda med den färskaste infarkten exempelvis I63.9 men säger att det är en status post cerebral

infarkt men enligt ICD-10 kodad status post cerebral infarkt utan bestående men Z86.7C. Vilket är det rätta? Finns det någon tidgräns som talar om att infarkten är färsk? **Nej** eller när den blir en status post? **Nej**

Svar: Patienten får fortsatt vård för sin färska stroke som skall vara huvuddiagnos.

Diagnosformuleringen status post stroke är således felaktig.

Z86.7C skall bara användas om pat saknar symptom vilket knappast är aktuellt för dessa patienter som vårdas på rehab

27 Om pat har kvarvarande symptom efter t ex stroke. Hur ska man koda t ex ensidig kvarvarande svaghet i arm eller ben, minnesstörningar eller "fumlighet" i en hand? Jag tycker det är svårt att hitta koder till dessa symptom.

Svar: Kvarvarande symptom efter stroke kodas på symtomet, exempel:

halvsidig svaghet (G81.0), monopares (G83.1), minnesstörning (R41.3 Ospecificerad amnesi) och därefter I69.- för CVL (infarkt blödn eller stroke)

28 Suspekta frånvaroattacker?

Svar: Olika alternativ: R55.9, F48.9, G45.1, G90.0, I45.9 Om inte specificerad, välj R55.9

29 Tung hereditet i familjeanamnesen t ex hjärtsjukdomar, ska det vara med?

Svar: I de fall där det bedöms viktigt som vid ärftliga former av blodfettrubbningar som har stor klinisk betydelse bör man koda detta

30 Pat op för mitralisinsuff med insättande av en klaff. Efter pat skrivits hem upptäcker pat att pacemakerelektroden sitter kvar (läggs alltid in tillfälligt som standard på hjärtoperationspat) men ska tas bort innan pat går hem. Pat får komma in specifikt för att ta bort dessa elektroder, hur kodar jag det?

Svar: Z45.0 Har med vård för pacemaker att göra att göra, och vi drar elektroder.

Finns säkert någon KVÅ kod för avlägsnande av elektroder

31 Ett paroxysmalt förmaksflimmer kan ju även vara kroniskt, vilken kod väljer man då?

Svar: I48.0 Paroxysmalt förmaksflimmer,

32 Kod I95.1 kontra H81.1. Slår man i alfabetisk förteckning på ortostatism får man hänvisning till I95.1 = ortostatisk hypotoni. Där har jag skrivit till på utesluter - blodtrycksfall, ortostatism H81.1 = benign paroxysmal yrsel. Min fråga är vilken kod är bäst till ortostatism/blodtrycksfall? Kanske har jag en felaktig notering i min bok?

Svar: Ja, felnotering i din bok

33 Xarelto och Pradaxa är "nya" läkemedels som är blodförtunnande, ska de "räknas in" i Z92.1, precis som Waran, Fragmin etc?

Svar: JA

Z92.1 Waran, Fragmin, Heparin, Innohep, Pradaxa (Trombinhämmare)?, Xarelto (Faktor Xa hämmare)?, Arixtra (Aktiverat faktor X hämmare)?

34 På Socialstyrelsens sida i "Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård" i stycket "Kontroll av pågående behandling för malign tumör" - sid 13 - finns följande exempel:

Patienten kommer tre veckor efter operation av rektalcancer, som visserligen opererats lokalt radikalt, men patienten har dock levermetastaser. Man planerar för fortsatt behandling med cytostatika. HD: Levermetastas C78.7, BD: Status post rektalcancer Z85.0D. Bör inte Rektalcancer, - opererad - C20.9 vara bidiagnos här i stället för status post rektalcancer Z85.0D. Patienten är ju inte färdigbehandlad, ska få cytostatika som efterbehandling.

Svar: Pat har tumör kvar i levern därför är det huvuddiagnos. Patientens bortopererade cancer kodas med Z85.0D. Att patientens bortopererade cancer skall kodas med kod för cancer C20.9 gäller enbart i den adjuvanta situationen dvs behandling i anslutning till op hos en tumörfri patient

35 Hur skall beskrivna scenario kodas? Återbesök: Kvinna, Född 40-talet. Läkaren dikterar inte egenförfattad text utan säger enbart koderna enligt nedan: C21.0 + Y88.3 +Z08.1.

ÅB på onkologkliniken, gott skick. Diffust obehag i epigastriet. Upprepade rosfeberproblem senaste året, behandlas via infektionskliniken. lymfödemproblematik som dräneras periodvis. 10 år sedan strålbehandling för analcancer, bröstcancer på 80-talet. Tycks vara botad från analcancer. men tycks ha frekventa och upprepade besvär enligt ovan.

Svar: Denna pat tycks vara en ur cancersynpunkt frisk patient som haft två tumörer:

Z08.7 Kontrollundersökning efter kombinerad behandling för malign tumör Z85.0E, Z85.3

Ev besvär av behandlingen som varit aktuella kan oxå kodas som 197.2 Lymfödem efter mastektomi

36 Hur kodar man kvarstående besvär efter genomgången cancersjukdom. Där behandlingen är avslutad och cancer anses botad. Andra exempel på kvarstående besvär kan vara diarré, proktit etc

Svar: Koda på de besvär patienten har exvis:

K62.7 Stålningsproktit

K52.0 Gastroenterit och colit orsakad av strålning

Eller aktuella besvär +

Y84.2 Radiologisk åtgärd och radioterapi

Z92.3 Strålbehandling i den egna sjukhistorien

37 Vilken kod använder man om man ska koda bärare av CMV (cytomegalovirus)? Z22.8W?

Svar: Kodas vanligtvis inte. Vi är alla bärare av CMV (90% av vuxen befolkning)

38 Salmonellasepsis A021– Salmonellaenterit A020. Måste man ha salmonellaenterit för att få salmonellasepsis ? Salmonellasepsis – betyder det att den endast finns i blodet ? Om pat har salmonellaenterit och salmonellasepsis – hur kodas det. Tacksam för förklaring då jag tycker detta är svårt !!

Svar: Sepsis diskussion

39 Hur kodas septisk trombos?

Svar: Kod för trombos + kod för bakterie

40 Hur kodar man kattbett med växt av Pasteurella multocida? T793 + W5599 + B 96.8 (Pasteurella multocida) eller ska A28.0 användas som står för Pasteurellos?

Svar: Man söker inte för såret. Antingen för en posttraumatisk sårinfektion med T79.3 + Yttre orsak kattbett + A28.0, eller om pat är generellt allmänpåverkad A28.0 som HD.

41 Pat med endokardit och symtomgivande septiska embolier? Hur kodar man de septiska embolierna?

Svar: Det finns ingen kod för septiska embolier. Koda I33.- och bakteriekod från B95-B96.

42 Var kodar man streptokocker grupp G?

Svar: B95.4

43 Oklar infektionssjukdom. Kan man koda med B99.9?

Svar: Ja men dålig information, bör veta mer. Tveksam kod

44 Hur kodas tuberkulos i panceras?

Svar: K87.1*A18.8†

45 Patient som inkommer med illamående och kräkningar p g a att han druckit alkohol under Antabusbehandling. Skall man koda illamående o kräkningar p g a biverkan Antabus? Hade han inte druckit alkohol hade det ju inte hänt så det är väl egentligen ingen biverkan? Man, 1 vård dygn.

Svar: R11.9 illamående, med dubbla yttre orsaker Y57.9 , Y91.- + F10.2 alkoholism

46 Dr. tar bort hudförändring i ansiktet och gör även en fullhud. Hur kodar man tagstället? Gör man det?

Svar: Nej, Ingår i KVÅ kod. För att kunna göra fullhudstransplanta måste man ha ett tagställe.

Patienten kommer för suturtagning och då även av tagstället, då måste det väl kodas?

Svar: Z48.0 + kod KVÅ-kod för åtgärd

Hur kodar man infektion på tagstället?

Svar: T81.4 + Y83.4 + L02/L03-kod för lokaliseringen

47 Hur kodas hypoxi?

Svar: Hypoxi som fenomen är ett *mätvärde*.

Det som går att koda är effekterna på patienten

48 En rökande man diagnostiseras med adenocarcinom höger underlob. Remitteras till och opereras med ektomi höger underlob på större sjukhuset med okomplicerat postop förlopp. Överflyttas till mindre hemortssjukhuset för postop mobilisering. Borttag av agraffer på vårdcentral. Åb. 2-3 veckor för ställningstagande till cytostatikabehandling. HD: Postop vård Z48.8, BD: Adenocarcinom höger lunga C34.9C, Rökare F17.1. Bör kanske Z90.2 "Höger lungas underlob bortopererad" vara med som bidiagnos så att man via kodningen kan se vad som gjorts på stora sjukhuset? 3 vård dygn.

Svar: Rökare kodas om patienten fortfarande röker. Att patienten saknar del av lunga förefaller rimligt att koda också

49 Finns det en specifik kod för normocytär anemi? Kodas på annat sätt?

Svar: Nej det är bara en beskrivning av de röda blodkropparnas utseende och ingen specifikation av anemin.

Kodas därför som ospecificerad anemi D64.9

50 Hur skall man koda PTLT, Post-transplant lymphoproliferative disorder. Vi ha kodat B97.8.

Varför denna kod?? Vårdtid över ett år. Född 2003. Patienten är multivisceral transplanterad.

Svar: D47.7 Andra specificerade tumörer av osäker eller okänd natur i lymfatisk, blodbildande

och besläktad vävnad

Har morfologikod **M9970/1 Tumör av oklar natur**

51 Patient som vårdats för hyperglykemi. Har en diabetes mellitus typ 2 i botten. Kan man koda E11.6W och ändra texten till diabetes mellitus med hyperglykemi?

Svar: Hyperglykemi är det självklara symtomet på diabetes och är inte en diabeteskomplikation i ICD 10. Bara om pat haft ketoacidosis eller koma kan det kodas. En tilläggskod R73.9 för hyperglycemi kan ev användas

52 Exempel från Socialstyrelsens sida, Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård, sid 19;

A. Atoxisk struma

A1: Patienten kommer på remiss från distriktsläkare för knöl på halsen som ger misstanke om atoxisk struma. Finnålspunktion görs. Beslut tas att patienten ska opereras. HD: E04.9 Atoxisk struma, ospecificerad, Åtgärd: Finnålspunktion av tyreoidea.

Svar: Rätt

A2: Besök för inskrivningssamtal med läkare. Utredningen visar att det rör sig om en benign tumör. HD: D34.9 Benign tumör i tyreoidea.

Svar: Rätt

Varför i ex A1 koda Atoxisk struma E04.9 när det inte verkar finnas några säkra belegg för det? Varför inte börja med R22.1 Knöl på halsen?

Svar: Knöl på halsen avser hela halsen. Struma är ett begrepp som betyder förstorad sköldkörtel. I detta fall är "knölen" bedömd som vara orsakad av en atoxisk struma. Kodas därför som sådan.

53 Patient som har en transplanterad njure där transplantatet börjat svikta. När ska man börja använda diagnosen för transplantatsvikt? När den börjar svikta förstås. Ska man använda sig av denna diagnos fram tills patienten eventuellt erhåller ett nytt transplantat eller kan man använda diagnos för njursvikt?

Svar: De tre koderna som kan vara aktuella:

T86.1 Funktionssvikt och avstötning av njurtransplantat

N18.- Kronisk njursvikt

Z94.0 Njurtransplanterad

De kan användas i olika kombinationer beroende på den aktuella situationen. Vad är fokus idag??

54 Om en patient får laryngospasm i samband operation/narkos och därefter läggs på IVA pga detta, vilken yttre orsakskod ska man använda då?

Svar: Y65.8 som yttre orsak?. (Det var inte tuben som krånglade).

55 Vilken diagnoskod ska man använda på rökare. Det finns ju Z72.0 och F17.2. Har fått lära mig att om rökningen haft betydelse för sjukdomen och om man röker mer än 10/cigaretter/dag ska man använda F17.2, annars Z72.0. Stämmer detta fortfarande?

Svar: Den regeln har aldrig funnits.

F17.1 är koden för att patienten röker och rökningen har orsakat eller orsakar sjukdom eller skada på patienten.

F17.2 är att vara beroende av tobak men säger inte att patienten har någon skadlig effekt av sitt rökande. Koderna kan således kombineras.

Z72.0 är koden för att patienten använder tobak utan att man anger något om skadlighet eller beroendeproblematik.

56 Hur kodas lymfangioleiomyomatos ? På SOS kan man läsa mer om denna ovanliga sjukdom, där man nämner symtom i form av mental retardation, epilepsi och autism. Skall dessa kodas som bidiagnoser, finns det fler bidiagnoser som skulle kunna kodas alt när skall de kodas som bidiagnoser?

Svar: Koda de symtomen som har betydelse för den aktuella vårdkontakten

57 Patient med lymfangioleiomyomatos som inkommer för provtagning i narkos, till onkologmottagning, då patienten har symtom som försvårar provtagning så som mental retardation, epilepsi och autism måste den göras i narkos.

Svar: Orsaken till provtagningen är lymfangioleiomyomatos, som blir huvuddiagnos. De problem som orsakar att prov måste tas i narkos kan anges som bidiagnos

58 Patient med angioneurotiskt ödem, oklart hur det uppkommit?

**Svar: T78.3 Angioneurotiskt ödem
den yttre orsaken är okänd alltså X59.9**

59 Om ett barn föds med t ex en tunntarmsatresi eller en NEC (nekrotiserande enterocolit) och samtidigt är prematur läggs oftast det barnet på vår neonatalavdelning där det sedan opereras av barnkirurger. Å ena sidan kräver tarmkirurgin stora insatser, å andra sidan hade barnet aldrig hamnat på neonatal om det inte varit prematurt. Sekreterarna på neonatal sätter prematur/låg födelsevikt som huvuddiagnos, ska det vara så eller ska tarmåkomman vara huvuddiagnos? Påverkar graden av prematuritet, t ex om barnet är född i vecka 28 mot vecka 34?

Svar: Pat har flera diagnoser som motiverar vården. Som huvuddiagnos skall väljs den som dragit mest resurser

60 Vid pilotskrivningen vid RDK-konferensen i Stockholm 2010 fick vi veta att välinställda kroniska sjukdomar inte ska tas med kodning av vårdtillfälle. - Men vid obsteriskt vårdtillfälle ska ju hypotyreos tas med, eftersom det är en viktig faktor att ta hänsyn till under graviditet, förlossning och barnsängstid, inte sant?

Svar: (Ja, om läkaren anser det.

61 Klassificeringen bygger ju på överordnade regler som innebär att vissa kapitel har företräde (Skador och förgiftningar ligger på plats 2, Cancer kommer på tredje plats. Jag undrar därmed när denna prioritering, 3:e platsen cancer, skall användas. Det vill säga: förklara gärna med ett exempel när någon diagnos från C-kapitlet får förtur enligt prioriteringslistan.

**Svar: 1)skador och förgiftningar har prioritet 1
2) förlossning, graviditet, nyfödd
Bry dig inte om detta!**

62 Mitt önskemål är att frågan om bidiagnoser vid kodning av slutenvård diskuteras. Hur ska man tänka i till exempel nedanstående epikris. Patienten har opererats under vårdtillfället, rekommenderas då att man registrerar bidiagnoser enligt nedan? Hade det blivit annorlunda om patienten bara legat inne för observation utan någon operation? Vårdtid oktober 2012, 3 dagar. 1931 – kvinna. 1-para med hjärtinfarkt, polyneuropati och spinal stenosis i anamnesen. Inremitterad pga urinträngningar, läckage och framfall. Man fann vid undersökningen ett relativt stort cystocele och en måttlig descens, även ett måttligt rektocoele. Genomgår främre och bakre plastik med vaginal hysterektomi. Postoperativa förloppet helt glatt.

Får hjälp med Waran-injektionerna av hemtjänsten. Waran återinsatt och fortsatta ordinationer efter PK-kontroll. Av inskrivningsanteckningen framgår också att patienten har hypertoni och förmaksflimmer.

N81.2 Inkomplett uterovaginal prolaps, N39.4A

Trängningsinkontinens.

Bidiagnoser ??:

Hypertoni. Gammal hjärtinfarkt. Förmaksflimmer. Spinal stenosis. Polyneuropati. Waran-behandling. N81.2 Inkomplett uterovaginal prolaps, N39.4A Trängningsinkontinens.

Bidiagnoser ??: Hypertoni. Gammal hjärtinfarkt. Förmaksflimmer. Spinal stenosis. Polyneuropati.

Waran-behandling. LEF00 Främre kolporafi, LEF03 Vaginal hysterektomi, LCD10 Bakre kolporafi.

Svar: HD: N81.2, BD: N39.4A, I10.9, I25.-, I48.-, M48.-, Z92.1