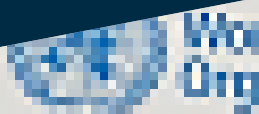


Klassifikationsfrågor

RDK:s fortbildningsdagar, Clarion Hotel Sign, Stockholm, Mars 2023
Christian Francke, Ralph Dahlgren

2023-03-16



Internationell

Internationell statistisk

Fråga 1

Läste nedanstående på hjärt- och lungfonden.

Det finns olika typer av KOL: En grupp utvecklar emfysem, vilket innebär att lungblåsorna trasas sönder och bildar hålrum som saknar förmåga att ta upp syre. Den andra gruppen får påverkan på luftrören, de så kallade bronkerna. En stor grupp lider av ACOS, astma och KOL samtidigt. Med dessa insikter och nya preparat kan sjukvården börja anpassa behandlingen.

i ICD står det att KOL utesluter astma och tvärtom, hur koda ACOS?

Fråga 1 Info

ACOS står för Asthma COPD-Overlap Syndrome.

Det en sjukdomsvariant som fått allt mer uppmärksamhet de senaste åren, sedan det stått mer klart att många patienter med astmadiagnos uppvisar tecken på kroniskt obstruktiv lungsjukdom, kol, och vice versa.

November 17, 2022 lung.org (American Lung Association)

Både astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), inklusive emfysem och kronisk bronkit, gör det svårt att andas. Faktum är att de delar många likheter. Det är dock olika lungsjukdomar. Astma-KOL överlappssyndrom (ACOS) diagnostiseras när du har symtom på både astma och KOL. ACOS är inte en separat sjukdom, utan snarare ett sätt för läkare att känna igen blandningen av symtom och välja en behandlingsplan som är mest lämplig för dig.

Fortsättning nästa bild...

...forts fråga 1 Info

Om du har astma eller KOL kan det vara svårt att se skillnaden mellan dessa två kroniska lungsjukdomar, särskilt när personer som lever med astma eller KOL blir äldre eller röker. Personer med diagnosen ACOS tenderar att ha fler symtom än personer med antingen astma eller KOL enbart och har mer allvarliga attacker, vilket leder till fler akutbesök och sjukhusvistelser. Det är viktigt att ta reda på om du har ACOS eftersom det kan vara allvarligare än att ha antingen astma eller KOL enbart. Även om det inte finns något botemedel mot någon av sjukdomarna, kan din läkare övervaka din hälsa och anpassa dina mediciner för att hjälpa dig att andas bättre.

Läkare försöker fortfarande förstå när astma och KOL överlappar varandra. "Ihållande luftflödeshinder med drag av astma" är hur de definierar denna sjukdom.

Forts fråga 1 Info

Behandlingsalternativ

Det finns inte ett enda läkemedel som kan förbättra ACOS, men det finns tre typer av läkemedel tillgängliga idag som kan hjälpa till att förbättra symtomen. Dessa inkluderar:

Lågdos inhalerad kortikosteroid (ICS)

En vanlig långtidskontrollmedicin mot astma som behandlar den pågående inflammationen i luftvägarna. (ex. Pulmicort® Turbuhaler® - Budesonid)

Långverkande luftrörsvidgare (LABA)

Ett långsiktigt kontrolläkemedel mot astma som håller luftvägarna öppna under en längre tid (12-24 timmar). Denna typ av medicin bör inte användas ensam och bör kombineras med ett annat läkemedel som behandlar inflammation. (ex. Oxis® Turbuhaler® - Formoterol)

Långverkande muskarin agonist (LAMA)

Ett vanligt läkemedel som används för att behandla KOL-symtom. Det hjälper till att hålla luftvägarna från att dra ihop sig och göra för mycket slem. (ex. Spiriva® - Tiotropium)

Fråga 1 Svar

Asthma COPD-Overlap Syndrome.

Här får man utgå från symtom och utgå från flera koder.

Koda både KOL och astma.

Finns ej i ICD-11

J44.- Kroniskt obstruktiv lungsjukdom ...

J45.- Astma ...

Fråga 2

Hur kodas **Morel-Lavallée**?

Patienten inkom till akuten cirka någon månad efter att ha blivit sparkad av en ko (bonde), bedömdes som Morel-Lavallée.

Har spekulerat i olika skadekoder som kontusion eller hematom.

Fråga 2 Info

En Morel-Lavallée lesion (MLL) är en sluten traumatisk mjukvävnadsavsvällande skada som kännetecknas av separation av dermis från den underliggande fascian på grund av en skjuvkraft.

Diagnos kräver högt misstankeindex med närvaro av ett område av ekkymos, svullnad, fluktuation och hudöverrörlighet hos polytraumapatienten med underliggande frakturer.

Behandlingen är i allmänhet operativ spolning och debridering för de flesta lesioner med tanke på närheten till planerade kirurgiska snitt och ökad risk för infektion.

Fråga 2 Svar

T79.2 Traumatisk sekundär och återkommande blödning

Fråga 3

Jag upplever att man från många håll och då främst inom primärvården, felkodar, överkodar och undviker att koda med Z-koder och i vissa fall R-koder då "man inte får någon ersättning för dessa enligt ACG" och vårdcentralchefen uppmanar till att koda med såväl huvud- som bidiagnoser, trots att de kanske inte är fastställda eller relevanta.

Ersättningssystemet varierar nationellt, men hur tänker man från Socialstyrelsen kring detta och vad görs för att komma åt det här problemet, verkar ändå vara ganska generellt?

Fråga 3 Info

- Adjusted clinicals groups: a patient classification system through risk adjustment] Peru Med Exp Salud Publica. 2013 Apr;30(2):308-14.
- Adjusted Clinical Groups (**ACG**) är riskjusteringssystem som klassificerar personer efter deras ålder, kön och medicinska tillstånd. Dessa personer har en liknande förbrukning av hälsoresurser under en given tidsperiod.
- Målet för ACG är att mäta graden av sjukdom bland patienter baserat på nivåerna av samsjuklighet. Deras huvudsakliga tillämpningar är:
 - a) utvärdering av effektiviteten i användningen av hälso- och sjukvårdstjänster,
 - b) mätning av befolkningens samsjuklighet, och
 - c) att programmera finansieringen eller kapitationsavgiften för grupper av tillhandahållare.

Några av fördelarna med ACG-systemet är det begränsade antalet variabler som behövs för varje patient (ålder, kön och diagnos) och måttenheten som är patienten. Vissa egenskaper hos detta system för befolkningsriskjustering kommenteras.

Fråga 3 Svar

Principen är att man ska ange de diagnoser med koder ur ICD-10-SE som varit aktuella vid kontakten. Om de ej varit föremål för bedömning/behandling så ska de ej kodas. Gråzon.

Då Socialstyrelsen ej samlar in data för primärvården så har vi få medel att använda för påtryckning men man kan utgå från de regler som styr ÖV. Regionerna har ett stort mått av självbestämmande inom PV.

ACG= Adjusted clinical groups är ett uppföljningssystem för primärvården och togs primärt INTE fram som ett ersättningssystem. Sjuklighet hos en patient över tid, ACG ser bakåt i tid för att förutspå framtida behov.

Patientregistret (PAR) på Socialstyrelsen kan förstås börja samla in PV-data och då blir saken en annan.

Fråga 4

Denna har varit uppe tidigare (2019 tror jag) men är lite oklar:

Om en skopi utförs i sedering (t.ex. med Propofol) kan/ska man ange

DT016 Läkemedelstillförsel, intravenös + ATC för sederingsmedlet, men om läkemedlet inte dokumenteras hur gör man då?

Skippar man DT016 eller registrerar man den ändå? Det är väldigt ofta som det inte dokumenteras vilket sederingsmedel som använts...

Fråga 4 Svar

Läkemedel måste dokumenteras någonstans i journalsystemet. DT016 ensamt säger inte mycket. Här får man väl fundera över sina rutiner och vad man önskar följa upp.

DT016 Läkemedelstillförsel, intravenös

Beskrivning: Inklusive tillförsel via vaskulär injektionsport. Innefattar intravenös vätsketillförsel. Läkemedel kan anges genom tillägg av ATC-kod. Avser ej DT036 Oxytocintillförsel för igångsättning av förlossning och DT037 Oxytocintillförsel för stimulering av värkarbete.

Det finns inga speciella koder för att kunna påvisa på vilken plats narkosen/ruset/åtgärden har skett.

Fullt möjligt för regionerna att skapa egna koder för att kunna i sin statistik kunna se var något gjorts, men aktuella åtgärds-koder ska användas i original med extrakod för plats.

Fråga 5

Om en skopi utförs i narkos måste den ju urskiljas från skopi utförd i sedering och diskussion har förts kring vilken åtgärds kod man då ska använda?

ZXH60 Generell anestesi?

SA110 Generell anestesi och sedering? Denna kod har jag fått information om att anestesiläkare rekommenderat

SG999 Generell anestesi UNS?

Fråga 5 Svar

KMÅ-koderna i S-kapitlet är framtagna av anesthesiologerna. Finns flera dubbletter med KKÅ-koder. Alla kan använda alla koder. Ofta känner sig icke anesthesiologer mer bekväma med KKÅ. Finns inget riktigt rätt och fel.

KMÅ-koderna (två bokstäver och tre siffror) i S-kapitlet är framtagna av anesthesiologerna. Finns flera dubbletter med KKÅ-koder (tre bokstäver och två siffror). Alla kan använda alla koder. Ofta känner sig icke anesthesiologer mer bekväma med KKÅ. Finns inget riktigt rätt och fel.

Fråga 6

Diabetes MODY kodas enligt ICD-10-SE på E13, men diabetes LADA står inte specificerat i klassifikationen!? Ska diabetes LADA också kodas på E13 eller den kodas som en diabetes typ 1?

Hur ska denna typ, LADA, kodas?

Fråga 6 Info

MODY (maturity onset diabetes of the young) = Monogen diabetes,

Monogen diabetes (MODY)- "maturity-onset diabetes in the youth"), varav det för närvarande finns inte mindre än elva kända subtyper. MODY svarar för blott 2-3 % av all diabetes i västvärlden, även om mycket talar för en kraftig underdiagnostik. Vid MODY är de genetiska defekterna (vanligtvis heterozygota) kända och ärvs autosomt dominant, vilket innebär att ett barn till en MODY-patient i princip löper 50 % risk att själv drabbas av sjukdomen (den faktiska risken beror på mutationens penetrans). Enligt rådande diagnoskriterier karaktäriseras MODY av frånvaro av autoantikroppar mot β -cellsantigen. Nedan diskuteras MODY 1-5 som är de vanligaste MODY-formerna.

MODY 1-5

Fråga 6 Info

LADA (Latent Autoimmune Diabetes in the Adult)

LADA - LADA är en form av typ 1-diabetes där insjuknandet är långsammare symptomen är inte så tydliga. LADA är en autoimmun sjukdom vilket betyder att kroppens eget immunförsvar angriper och förstör de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln.

LADA står för Latent Autoimmune Diabetes in Adults och namnet anger att det är en autoimmun sjukdom.

Man räknar med att cirka tio procent av alla som får diabetes efter 35 års ålder har LADA. Det innebär att sjukdomen är lika vanlig som typ 1-diabetes. Det dröjde ända till 80-talet innan LADA beskrevs som en autoimmun sjukdom. Att LADA är en autoimmun sjukdom verifieras med ett blodprov där man kan se att personen har antikroppar mot de insulinbildande cellerna.

Det har tidigare diskuterats om LADA är en separat typ av diabetes eller om den tillhör typ 1-diabetes. Idag tyder studier på att LADA har ett långsammare sjukdomsförlopp då den autoimmuna processen mot de insulinbildande cellerna inte går lika snabbt som vid en klassisk typ 1-diabetes.

LADA ses främst hos vuxna personer äldre än 35 år. Blodprov som visar att de har antikroppar mot de insulinproducerande betacellerna.

Fråga 6 Svar

MODY kodas på E13.-

Kan enkelt uttryckas som diabetes mellitus typ 2 hos yngre (tonåringar).

LADA kodas på E10.-

Kan enkelt uttryckas som diabetes mellitus typ 1 som debuterar hos yngre vuxna.

Fråga 7

Ortopedi

Jag och mina kollegor önskar veta vilken diagnoskod som ska sättas för recesstenos samt foraminal stenosis?

Vi har frågat ett par ryggläkare på kliniken men har fått lite olika svar.

Någon menar det ska vara M48.0, en annan M48.8 och ett tredje alternativ är det som står i Lathund 2020 från Svensk ortopedisk förening där det står M99.6K där femtepositionen K inte ens finns med i ICD-10-SE.

Fråga 7 Svar

M48.8 Andra specificerade spondylopatier

M48.8A Lateral spinal stenosis (rotkanalstenosis) i halsryggen

M48.8J Lateral spinal stenosis (rotkanalstenosis) i torakalryggen

M48.8K Lateral spinal stenosis (rotkanalstenosis) i ländryggen

M48.8W Andra specificerade spondylopatier

M99 Biomekanisk dysfunktion som ej klassificeras på annan plats

Anmärkning: Denna kategori används ej om tillståndet kan klassificeras på annan plats

M99.6 Ossös stenosis och subluxationsstenosis av foramina intervertebralia

Stämmer att M99.6K inte finns, finns dock M99.1K där de nationella fördjupningskoderna beskriver på vilken nivå i ryggen där diagnosen föreligger.

M48.0 Spinal stenosis

Fråga 8

Diagnos: **Pancytopeni efter stamcellstransplantation.**

Hur koda?

Mitt förslag är **D61.2 + Y59.8**

Här kommer en förklaring till hur jag tänker kring mitt kodningsförslag:

1. Koden jag valt, D61.2, står för aplastisk anemi av andra yttre orsaker. Aplastisk anemi definieras som **pancytopeni i blodet** enligt *Internetmedicin*.
2. Andra yttre orsaker är ju då stamcellstransplantationen.
3. Enligt ICD-10 står det "Tilläggs kod kan användas för att ange yttre orsak (**kapitel 20**)". Då valde jag Y59.8: "Andra specificerade vacciner och **biologiska substanser**. Tänker då att stamceller räknas som biologisk substans.

Tänker jag rätt?

Fråga 8 Info

BAKGRUND

- Aplastisk anemi (AA) är en allvarlig blodsjukdom, som definieras som pancytopeni i blodet och cellfattig benmärg utan tecken till ökad fibros, eller malign cellinfiltration. Utan behandling har sjukdomen hög mortalitet. Idiopatisk aplastisk anemi är primärt en autoimmun sjukdom med oligoklonal expansion av cytotoxiska T-celler inriktade mot hematopoietiska stamceller. Dessa T-celler utsöndrar gamma-interferon, TNF-alfa och har Th1-karakteristika. Därutöver är antalet regulatoriska T-celler sänkt och antalet IL-17-producerande celler ökat hos patienter med svår aplastisk anemi. En del patienter med svår aplastisk anemi har korta telomerer, samt mutationer i TERT- eller TERC-generna som ingår i telomerasgenkomplexet och kan påvisas hos knappt 10 % av patienterna.
- Incidensen av aplastisk anemi i Europa och Nordamerika har uppskattats till två fall per miljon invånare och år och är 2–3 gånger högre i Asien. Incidensen i Sverige är 2,35 fall per miljon invånare och år. Åldersfördelningen är bifasisk med toppar mellan 15–20 år (2,87/million) och i åldrar över 60 år (4,36/million), enligt en nyligen genomförd populationsbaserad studie.

Fråga 8 Info 'Internetmedicin', ' Etiologi'

Aplastisk anemi kan delas in i tre undergrupper:

- Kongenital aplastisk anemi (ca 15–20 %)
 - Fanconi anemi
 - *Dyskeratosis congenita*
 - Shwachman-Diamond syndrom
 - GATA2-mutation
 - Telomeras-mutationer
- Idiopatisk aplastisk anemi (ca 70–80 % av fallen)
 - Sekundär aplastisk anemi
Läkemedel
 - Antiepileptika ([karbamazepin](#), [fenytoin](#))
 - Antibiotika ([sulfonamid](#), [kloramfenikol](#))
 - Icke-steroida antiinflammatoriska, NSAID
 - Antithyreoida substanser, [metimazol](#), [propyltiouracil](#)
 - Guld-preparat
 - Arsenik
 - Kemikalier
 - Pesticider
 - Bensen
 - Virusrelaterad
 - [Hiv](#)
 - Epstein-Barr-virus
 - Radioterapi eller kemoterapi
 - Immunologiska tillstånd
 - Eosinofil fascit
 - [Systemisk lupus erythematosus](#)
 - *Graft-versus-host* sjukdom
 - Övriga
 - [Paroxysmal nokturn hemoglobinuri](#)
 - Efter seronegativ hepatit
 - Graviditet
 - Thymom
 - [Anorexia](#)

Fråga 8 Info 'Internetmedicin', ICD-10

Allogen Stamcellstransplantation innebär att stamceller doneras från en annan individ än patienten själv

Autolog stamcellstransplantation innebär att patienten infunderas med manipulerade eller obehandlade stamceller vilka har donerats från patienten själv innan påbörjad myeloablativ behandling

Efter stamcellstransplantation har mottagaren så kallad pancytopeni vilket innebär brist på alla typer av blodceller. Vid en lyckad transplantation börjar de första cellerna att bildas cirka 1-3 veckor efter transplantationen. Det tar cirka 1-2 år för benmärgen att återhämta sig och tillgodose kroppen med stamcellsreserver för att möta det perifera behovet och påbörja differentiering. Efter 3-12 månader återhämtar sig immunsystemet till den grad att den är kapabel att försvara kroppen mot infektioner

Fråga 8 Svar

Finns ingen kod för Pancytopeni, får koda varje cellinje separat. Vilken cellinje som kodas först måste behandlande läkare ta ställning till.

Varje cellinje bör kodas separat, dvs Leukopeni D70.9, Trombocytopeni D69.6 och Anemi (aplastisk) D61.9 om man inte vet etiologin.

Oftast rör det sig dock om pancytopeni efter kemoterapi, och då blir anemikoden D61.1 och trombocytopenikoden D69.5

OBS kan lägga till Y57.9 + ATC-kod

Fråga 9

Patient som sökt vårdcentral för smärta i knät, vårdcentral sänder remiss till ortopedmottagningen. På grund av långa köer kommer inte patienten in till sjukhuset förrän 1 år efter att remissen är sänd och har då inte kvar några besvär från sitt knä. Tyvärr har inte patienten tackat nej till besöket utan kommer ändå, men hur ska besöket diagnosklassificeras? Z71.1 eller Z03??

Fråga 9 Info

Om vårdgaranti

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att personer ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

Tidsgränser i vårdgarantin 0 – 3 – 90 – 90 dagar

- 0 – Kontakt med primärvården samma dag
Samma dag du söker hjälp för ett hälsoproblem ska du få kontakt med primärvården, till exempel vårdcentralen eller sjukvårdsrådgivningen.
- 3 – Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar
Om du bedöms behöva en medicinsk bedömning av ditt hälsoproblem ska du få det av legitimerad personal inom tre dagar.
- 90 – Besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar
Vid överenskommelse om remiss från primärvården till specialiserad vård ska du erbjudas första besök med den specialiserade vården inom 90 dagar. Det gäller även om man sökt vård med så kallad egenremiss.
- 90 – Behandling/operation påbörjad inom 90 dagar
Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska du få en tid för detta inom 90 dagar.
Regionerna kan ha andra tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin.
Tidsgränserna kan vara kortare, men de får inte vara längre.

Fråga 9 Svar

Z71.1 Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs

Exempel:

Befarad sjukdom kan ej påvisas
Problemet var normalföreteelse

Utesluter:

Medicinsk observation och bedömning för misstänkta sjukdomar och tillstånd (Z03.-)

Fråga 10

En patient som ligger inne p.g.a. ett skov i Gitelmans sjukdom, en sällsynt sjukdom som innebär att njurarna har en oförmåga att återuppta salter, och patienten har ett återkommande problem med hypokalemi och hypomagnesemi. Vårdas för elektrolytrubbningar p.g.a. kräkningar och diarréer (som doktorn säger är ett skov i Gitelmans sjukdom).

Om man söker på Gitelmans sjukdom kommer koden E26.8 upp som även står för den sällsynta sjukdomen Bartters sjukdom. På Socialstyrelsens hemsida benämns Gitelmans sjukdom som E83.4. På Orphanet kodas Gitelmans sjukdom N15.8.

Ska man koda huvudproblemet elektrolytrubbning med E87.8 men hur ska Gitelmans sjukdom kodas? N15.8 eller E83.4?

Fråga 10 Info

Gitelmans syndrom medför också nedsatt förmåga att återuppta salter och mineraler. Symtomen är oftast lindriga, men enstaka personer kan ha mer påtagliga symtom som vanligtvis visar sig i tonåren i form av muskelsvaghet och muskelkramper, ibland tillsammans med buksmärtor, illamående och trötthet.

Det finns för närvarande ingen behandling som botar Gitelmans syndrom.

Det är viktigt att ersätta den vätska och de salter som förloras i urinen och att noggrant övervaka så att det inte uppstår en allvarlig uttorkning eller saltbalansrubbing. Brist på natrium, kalium och magnesium
Behandlingen inriktas på att försöka upprätthålla vätske- och saltbalansen i kroppen med hjälp av läkemedel och tillskott. De flesta behöver tillskott under hela livet.

Fråga 10 Svar

Väldigt ovanlig sjukdom!

E83.4 Rubbningar i magnesiumomsättningen

E87.6 Hypokalemi

N15.8 Andra specificerade tubulo-interstitiella njursjukdomar

~~E26.8 Annan specificerad hyperaldosteronism~~

Fråga 11

Patient med diffusa besvär i vänster fossa/bukvägg och kommer för att få injektioner. Läkare bedömer det som att besvären kommer från ACNES (Anterior Cutan Nerve Entrapment Syndrome. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome.) och vi har hittat diagnoskoden G54.9 som kan motsvara ACNES. Dock har vi även hittat diagnoskoden G58.0 - så frågan är vilken som vi ska använda?

Fråga 11 Info

Anterior kutan nervkinklämmningssyndrom är en av de vanligaste orsakerna till buksmärtor hos vuxna och barn. Tillståndet uppstår när nerver i bukväggen - de främre kutana buknerverna - blir klämda eller instängda i bukväggsmuskeln. perifer nervknäppning inträffar på anatomiska platser där nerven ändrar riktning för att komma in i en fibrös eller osseofibrös tunnel eller där nerven passerar över ett fibröst eller muskelband och den infångningen kan vara på dessa platser eftersom mekaniskt inducerad irritation är mest sannolikt att uppstå på dessa platser.

Nervinklämning i bukväggen av kutan gren från någon av interkostalnerverna ThVII-XII

Fråga 11 Svar

G58.0 Interkostalneuropati

Föreslås även av Orphanet.
Är en påverkan på en perifer nerv.

Fråga 12

A. Patient med diabetes mellitus typ 1 som vårdats p.g.a. hypoglykemi, där man inte vet orsaken till hypoglykemin. Patienten har tagit sina läkemedel i ordinerad dos. Ska detta koda E10.6A?

B. Patient med diabetes mellitus typ 1 som vårdas p.g.a. Insulinkänningar p g a att hen råkat ta för stor dos Insulin – vilken E-kod ska användas här - E10.6A eller E16.0?

C. Vi önskar få förklarat hur vi ska använda dessa båda koder, vad är skillnaden mellan E10/E11.6A och E16.0? E16.0 säger ju läkemedelsutlöst hypoglykemi och E10/E11.6A säger Diabetes med hypoglykemi, innefattar "Insulinkänningar" vilket väl också kan räknad som läkemedelsutlöst?

D. Patient med diabetes mellitus som i samband med gastroenterit fått hypoglykemi ska enligt Socialstyrelsens "Anvisningar för kodning av diabetes mellitus och dess komplikationer" koda som en läkemedelsbiverkan: E16.0 + Y57.9 + ATC-kod för Glimepirid. Bidiagnos: E10/11.9. Bidiagnos: A08.4.

Är detta en läkemedelsbiverkan? Hypoglykemin orsakades ju av att patienten inte kunnat få i sig rätt mängd mat och dryck i förhållande till läkemedelsintaget i samband med gastroenteriten. Skulle man inte kunna koda detta E10/11.6A och bidiagnos A08.4?

Fråga 12 Svar

Vi har fått in frågor från flera håll kring kodning av diabetes mellitus i olika situationer.

Vi har konstaterat att vi behövde se över och förtydliga våra anvisningar.

Frågorna som skickades in kommer att besvaras i det nya dokumentet.

Ni ska veta att vi verkligen uppskattar era frågor.

Håll utkik på vår hemsida: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

Fråga 13

BCG-infektion

Patient med urinblåsecancer som behandlats med BCG-instillationer i urinblåsan x 9, senast januari 2020. I efterförloppet sår i blåsan som exstirperades och patienten blev besvärsfri.

Söker juli 2022 med urinträngningar och sveda. Cystoscopi visar typiska BCG-sår i urinblåsan och urinodling visar växt av mycobacterium bovis. Doktorn ställer diagnosen BCG-infektion, orsakad av läkemedlet som tidigare instillerats. Patienten har vissa systemiska tecken med viktnedgång.

På kliniken har vi kodat detta A31.8 + Y57.9 + ATC-kod för BCG-vaccin. Är denna kodning korrekt?

Fråga 13 Svar

Levande försvagat vaccin. Bovis ska kodas med A15-A19.

Koda med:

N33.0* A18.1† + Y57.9 + ATC-kod.

A31.8 Andra specificerade mykobakteriella infektioner

Fråga 14

Hur kodas en peritoneal inklusionscysta i lilla bäckenet hos en kvinna?

Fråga 14 Info

Peritoneala inklusionscystor, även känd som peritoneala pseudocystor, är en typ av cystliknande struktur som uppträder i förhållande till peritoneala ytorna och är resultatet av en icke-neoplastisk reaktiv mesotelial proliferation.

Terminologi

Nomenklaturen för detta tillstånd kan vara förvirrande på grund av användningen av flera utbytbara olika synonymer (t.ex. benigna cystiska mesoteliom). Även om det fortfarande finns en viss debatt om denna fråga, kommer den här artikeln att hänvisa till peritoneala inklusionscystor som de sekundära till intraabdominal inflammation med dess vätskeinhåll som härrör från ovariestroma. Medan termen mesoteliom kommer att vara reserverad för sanna neoplasmer, som diskuteras i artikeln om multicystiskt mesoteliom.

Epidemiologi

Peritoneala inklusionscystor förekommer nästan uteslutande hos premenopausala kvinnor med en historia av tidigare buk- eller bäckenkirurgi, trauma, bäckeninflammatorisk sjukdom eller endometrios.

Forts...

...forts fråga 14 Info

Klinisk presentation

De flesta patienter med peritoneala inklusionscystor uppvisar bäckensmärta eller bäckenmassa. Cirka 10% upptäcks av en händelse.

Patologi

De orsakas vanligtvis av ansamling av äggstocksvätska som innesluts av en peritoneal vidhäftning. Utvecklingen av en peritoneal inklusionscysta beror på närvaron av en aktiv äggstock och peritoneala vidhäftningar. Den normala bukhinnan absorberar lätt vätska. Absorptionsförmågan hos bukhinnan är emellertid avsevärt minskad i närvaro av mekanisk skada, inflammation och peritoneala adhesionser.

Peritoneala inklusionscystor varierar i storlek från flera millimeter i diameter till skrymmande massor som kan fylla hela bäckenet och buken. Patologiskt är cystan ett resultat av icke-neoplastisk, reaktiv kubisk eller tillplattad mesotelial proliferation.

Fråga 14 Info

Multicystic peritoneal mesotheliomas are a rare benign subtype of mesothelioma.

Epidemiology

- In contrast to malignant peritoneal mesothelioma, there is no association with asbestos exposure 5,8.

Clinical presentation

- Patients generally present with non-specific symptoms such as abdominal or pelvic pain, or distension. A palpable abdominal or pelvic mass may eventually be felt on clinical examination.

Pathology

- Typically comprises multiple grape-like clusters of cysts which are lined with mesothelium and separated by fibrous tissue components.

Location

- Primarily occurs in the pelvic peritoneum, but can be multicompartmental 2.

Fråga 14 Info

Multicystiska peritoneala mesoteliom är en sällsynt godartad subtyp av mesoteliom.

Epidemiologi

- Till skillnad från malignt peritonealt mesoteliom finns inget samband med asbestexponering 5,8.

Klinisk presentation

- Patienter uppvisar i allmänhet ospecifika symtom som buk- eller bäckensmärta eller utspändhet. En palpabel buk- eller bäckenmassa kan så småningom kännas vid klinisk undersökning.

Patologi

- Typiskt omfattar flera druvliknande klasar av cystor som är fodrade med mesotel och separerade av fibrösa vävnadskomponenter.

Plats

- Förekommer främst i bäckenbukhinnan, men kan vara multikompartmentell

Fråga 14 Svar

K66.8 Andra specificerade sjukdomar i peritoneum

Fråga 15

Kodas en abscess i gallblåsebädden med K65.0 eller K65.8?

Fråga 15 Svar

Beroende omständigheter

K65.0 Akut peritonit

eller

K65.8 Annan specificerad peritonit

Fråga 16

Om en patient har kolorektalcancer med ascites (som tappas under vårdtiden), kodar man då för malign ascites C78.6 trots att läkaren inte nämner något om peritoneal karcinos?

Fråga 16 Info

Ascites orsaks oftast av:

- skrumplever ca 85%

men även andra tillstånd:

- Cancer
- Hjärtsjukdom
- Blodpropp i bukens stora blodkärl
- Ibland kan bakterier från tarmen vandra över i bukvätskan och börja föröka sig och det kan orsaka en svår bukhinneinflammation

Kodas olika!

Fråga 16 Svar

C78.6 Sekundär malign tumör (metastas) i retroperitonealrummet och peritoneum – om bakgrund till Ascites är cancer.

Annars

R18.9 Ascites (vätska i buken)

Ansvarig läkare måste vara tydlig.

R18.9 Ascites – är en mer övergripande kod.

Fråga 17

Pulmonell hypertension. Hur kodas om läkaren bara säger pulmonell hypertension?

Om läkaren dikterar både hypertoni och pulmonell hypertension, hur kodas då?

Ett exempel: aortastenos och hypertoni med pulmonell hypertension.

Fråga 17 Info

Aortastenosis innebär en förträngning av aortaklaffen vilket gör att vänster kammare får ett ökat arbete när blodet ska pumpas till aorta. Aortastenosis diagnostiseras med ekokardiografiska mått som flödes hastighet över klaffen, medeltryckgradient över klaffen och aortaklaffens öppningsarea.

Fråga 17 Info

Orsak till högt blodtryck anatomiskt artärcirkulationen. Tar normalt blodtrycket på artärsidan.

- ärftliga faktorer
- ålder
- övervikt eller fetma
- hög fett- och sockerkonsumtion
- hög alkoholkonsumtion
- stress
- rökning

Fråga 17 Info Socialstyrelsens hemsida

Pulmonell hypertension betyder högt blodtryck i lungornas pulsådror. Många olika sjukdomar kan ge upphov till en tryckökning i lungpulsådern. Två sådana är pulmonell arteriell hypertension (PAH) och kronisk tromboembolisk pulmonell hypertension (CTEPH).

Gemensamt för dessa sjukdomar är att blodet fått svårare att passera genom lungpulsådrorna, vilket med tiden påverkar hjärtats och lungornas funktion. De vanligaste symtomen är andfåddhet och sjunkande kondition.

PAH (från engelskans Pulmonary Arterial Hypertension) drabbar i första hand lungpulsådrornas finaste grenar (arteriolerna) som blir stela och trånga. Sjukdomen kan uppträda i alla åldrar, hos både barn och vuxna, men majoriteten av de som får diagnosen är över 50 år.

CTEPH (från engelskans Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension) har likheter med PAH men är en annan sjukdom. Den utvecklas hos några få av alla de som haft akuta proppar i lungorna (lungembolier). Ibland har dessa proppar varit kända, men lika ofta har de varit okända och det är först i efterhand som sambandet blir tydligt.

Det finns ingen behandling som botar PAH, men med tidig diagnos och behandling, främst med läkemedel, finns det goda möjligheter att bromsa och ibland vända sjukdomsförloppet. Vid CTEPH kan en operation bota sjukdomen.

Fråga 17 Svar

Läkaren behöver vara tydlig med vad som är huvuddiagnos.

Koder som kan komma ifråga är:

I27.0 Primär pulmonell hypertoni

I27.2 Annan sekundär pulmonell hypertoni

I27.8 Andra specificerade sjukdomstillstånd inom lungcirkulationen

Exempel: Pulmonell hypertoni sekundär till hjärtsjukdom,
lungsjukdom eller annan specificerad sjukdom

I10.9 Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak)

I35.0 Aortastenos

Fråga 18

Prerenal njursvikt. Kodas prerenal njursvikt med N17.9 eller finns det bättre kod för den?

Fråga 18 Svar

Vad har varit huvudfokus vid omhändertagandet av patienten.
Den retoriska frågan är då, är det njursvikten eller den bakomliggande orsaken?

Läkaren som bestämmer detta.

Vanligast är att fokus ligger på den bakomliggande orsaken som då blir HD.
Behandlas den bakomliggande orsaken så försvinner ju förhoppningsvis den akuta njursvikten.

Bidiagnos blir då akut njursvikt.

N17.8 Annan akut njursvikt

Fråga 19

Postkolecystektomisyndrom K91.5. Vad ingår i detta? När kan denna kod användas?

Fråga 19 Svar

Postkolecystektomisyndrom

Buksymtom efter avlägsnande av gallblåsan. De vanliga postoperativa symtomen är ofta desamma som före operationen, såsom kolik, uppblåsthet, illamående och kräkningar. Det finns smärta vid palpation av den övre högra kvadranten och ibland gulsot. Termen används ofta, felaktigt, för att beskriva sådana postoperativa symtom som inte beror på borttagning av gallblåsan.

Fråga 20

Lymfangitis carcinomatosa. Går det att sätta korrekt kod på lymfangitis carcinomatosa?

Fråga 20 Info

Lymfangitis carcinomatosa kan orsakas av följande maligniteter:

- Cervixcancer
- Tjocktarmscancer
- Magcancer
- Bröstcancer
- Lungcancer (vanligast)
- Pankreascancer
- Sköldkörtelcancer
- Larynxcancer

Fråga 20 Svar

C77.1 Sekundär malign tumör (metastas) i intratorakala lymfkörtlar

Vanligast i torax.

Fråga 21

Patient med APL (akut promyelocyt leukemi) som under vårdtillfälle utvecklar differentieringssyndrom.

Hur klassificeras differentieringssyndromet:

Varje symtom för sig + Y57.9 + ATC för ATRA/ATO?

Fråga 21 Info

Akut myeloisk leukemi (AML)

Akut myeloisk leukemi (AML) är ett samlingsnamn för sjukdomar med klonal expansion av celler som utgör förstadier i bildningen av granulocyter, erytrocyter och/eller trombocyter, men ej förstadier till lymfoida celler. AML drabbar främst benmärgen, och leder oftast till kraftig hämning av den normala blodbildningen. Omogna myeloida celler kan ofta påvisas i blodet. Vid AML ses ofta specifika kromosomrubbingar och/eller andra återkommande genetiska förändringar.

Behandling av akut promyelocytleukemi (APL)

AML av typ akut promyelocytleukemi (APL, ="AML M3") karaktäriseras av translokation mellan kromosomerna 15 och 17 i leukemicellerna.

Denna AML-typ medför särskilt hög risk för koagulationspåverkan och kraftigt ökad risk för tidig död på grund av blödningskomplikationer. Det är ändå den mest gynnsamma formen av AML då behandling medför mycket god chans till komplett remission och återfall ofta kan undvikas.

Fråga 21 Info

- Det är oerhört viktigt att omedelbart igenkänna och påvisa APL, då tidigt insatt behandling med all-trans-retinolsyra (ATRA) (Vesanoid, licenspreparat) minskar blödningsproblem, och ger mycket god chans till komplett remission.
Vaksamhet på skäl att misstänka APL är således viktig, och i dessa fall ska akutanalys med FISH avseende t(15;17) beställas samtidigt som ATRA och intensifierad understödjande behandling mot blödning ges i väntan på definitivt diagnosbesked.
- Vesanoid-behandlingen i sig ger stigande snarare än sjunkande leukocyttal initialt p.g.a. differentiering av omogna myeloiska celler, varvid risk för s.k. **differentieringssyndrom**, tidigare kallat retinoidsyndrom, föreligger.
Differentieringssyndrom är en potentiellt allvarlig komplikation som drabbar främst lungor och hud och som kräver prompt behandling med steroider och/eller cytostatika
- Nationella riktlinjer rekommenderar sedan 2018 att behandling ges med ATRA i kombination med arsenik (As₂O₃) (Trisenox) (ATO)

Fråga 21 Svar

Kodas efter de biverkningar som läkaren säger patienten har.

Symtom + Y57.9 + ATC

C92.4 APL (akut promyelocyt leukemi)

Fråga 22

Patient som startat intravenös cytostatikabehandling och nu ska ta cytostatika i hemmet i tablettform. Telefonkontakt för att delge patienten att blodproverna såg bra ut och att patienten nu ska ta cytostatikatabletten i hemmet som planerat.

Vi har fått frågan om följande klassificering är korrekt:

Z51.1 kemoterapeutisk behandling för tumör + C-kod

DT107 Cytostatikatillförsel med annat specificerat administrationssätt + ATC-kod

Ska en sådan kontakt verkligen registreras på detta sätt?

Fråga 22 Svar

Vi håller med frågeställaren, ska inte kodas på angivet sätt.

Detta ska journalföras som en telefonkontakt.

Kodning med ICD-10-SE och KVÅ behöver inte göras.

Ordinationen görs i läkemedelslistan.

Fråga 23

Ska Z51.1 användas som huvuddiagnos när cancerpatient får behandling med anti-GD2 (Dinutuximab). Enligt en av våra läkare så räknas anti-GD2 inte som cytostatika utan immunoterapi. Är inte alla läkemedel som har ATC-kod som börjar på L01 (antineoplastiska medel) cytostatika?

Fråga 23 Svar

Ja, det går att använda Z51.1 om man bara kommer för att få behandlingen.

Synen på vad som kan betraktas som cytostatika har förändrats över tid, dinutuximab är inte cytostatika utan en antineoplastisk behandling.

Tanken med Z51.1 är att kunna följa behandlingsbesök utan annat medicinskt innehåll.

Fråga 24

Patient med DICER1-mutation som kommer för kontroll avseende förhöjd cancerrisk. Ingen cancer upptäcks vid kontrollen.

Z12.- Riktad hälsokontroll avseende tumör i _____ + kod för kromosomavvikelsen - vilken?

Fråga 24 Info

DICER1 syndrom:

En sällsynt, ärftlig sjukdom som orsakas av en mutation (förändring) i en gen som kallas DICER1. Att ha denna mutation ökar risken för vissa typer av tumörer, inklusive tumörer i njure, sköldkörtel, äggstockar, livmoderhals, testikel, hjärna, öga och slemhinnan i lungan. Tumörerna kan vara godartade (inte cancer) eller maligna (cancer).

Struma (en förstorad sköldkörtel) och polyper i tjocktarmen kan också förekomma.

Inte alla människor som har en mutation i DICER1-genen kommer att utveckla tumörer.

Fråga 24 Svar

Patient vet att hen har genen DICER1 men har inte utvecklat sjukdom.

Kommer för årlig kontroll:

Z01.8 Andra specificerade speciella undersökningar
och

Z91.8 Andra specificerade riskfaktorer i den egna sjukhistorien som
ej klassificeras på annan plats
samt

Ev. kod för att om det finns information om familjeanamnesen Z80-
Z84

Fråga 25

Navelpolyp hos patient som är mer än ett år gammal?

Fråga 25 Info

Navelpolyp (vid urachussinus) - Urachusrest hos barn

BAKGRUND

Ductus urachus är under fosterlivet en öppetstående förbindelse mellan urinblåsa och navel. Runt gestationsvecka 12 sluts kanalen fullständigt med endast ett fibröst stråk som rest, beläget mellan peritoneum och fascia transversalis.

Om kanalen inte sluts kan flera olika anatomiska resttillstånd uppstå:

- Urachuscysta
- Persisterande ductus urachus
- Urachussinus
- Urachusdivertikel

Fråga 25 Info/Svar

De flesta urachusrester upptäcks som ett bifynd vid ultraljud av buken med annan frågeställning. Det rör sig då oftast om en mindre rest precis i anslutning till urinblåsan och utan konnex upp mot naveln.

Ibland upptäcks urachusrester i vuxen ålder, då ofta på grund av hematuri, smärta, dysuri eller en passant vid operation eller radiologisk utredning för annat tillstånd.

Fråga 25 Svar

Q64.4 Missbildning av urachus

Fråga 26

Gallsten utan symtom. Gallsten upptäckt på röntgen varför remiss till kirurgmottagningen skett.

På mottagningsbesöket beslutar man om att inget ska göras åt saken då patienten inte har problem. Ska man ändå koda K80.2 trots att det inte ger några symtom? Om inte så hur kodas det i så fall?

K80.2 Gallsten utan kolecystit

Svar fråga 26

En gallsten som upptäcks som bifynd på röntgen kodas normalt inte. En stor del av befolkningen har gallstenar utan symtom. Dess brukar normalt sätt inte remitteras till en kirurgmottagning.

Om man vill koda ett bifyndet vid röntgen så kan man använda *R93.2 Onormala fynd vid radiologisk diagnostik avseende lever och gallgångar.*

Om patienten nu haft besvär och remitterats till kirurgmottagning för bedömning och varit besvärsfri vid besöket och operation avskrivs blir koden *K80.2 Gallsten utan kolecystit.*

Det är en gråskala.

Fråga 27

Telefonkontakt

Om patienten får en uppföljning efter operation telefonledes och man då kommer fram till att patienten får höra av sig vid behov.

Är detta att likställa med kontroll efter kirurgi trots att det inte är mottagningsbesök och på så vis koda med Z09.0?

Fråga 27 Info/Svar

Av information i frågan så tolkar vi detta som ett vanligt telefonsamtal.

Ska journalföras men inte kodas med ICD-10-SE eller KVÅ-koder.

Om telefonsamtalet motsvarar ett mottagningsbesök så kan koden användas.

Men lägg då också till kod att det är ett telefonsamtal.

Fråga 28

Jag undrar om Z98.0 som vi använder när de genomgått gastric-bypass-operation kan användas som huvuddiagnos?

I spärrlistan på

<https://sodrasjukvardsregionen.se/verksamhet/kunskapsstyrning/klassifikationsradet/>

så går det inte, men den är dock inte helt uppdaterad. När jag testar i Cosmic att ha den som huvuddiagnos går det bra och när jag googlar hittar jag info om att det visst går.

Finns det något dokument som är tillförlitligt på Socialstyrelsens hemsida om vad som går och inte går att använda som huvuddiagnos respektive bidiagnos.

Fråga 28 Svar

Z98.0 kan vara huvuddiagnos. Finns inte med i vår
"spärrlista".

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2022-11-8196.pdf>

Fråga 29

Bakterier: Hur vet vi vilka bakterier ”som haft betydelse” för att tas med i epikris.

Fråga 29 Svar

Fråga ansvarig läkare.

Fråga 30

Magsår:

Om det slutat blöda vid skopi, anges "utan blödning" som diagnos?

Fråga 30 Svar

Hur det kodas beror på situationen.

Läkaren får avgöra den kliniska diagnosen

Fråga 31

Bråck:

Om inklämning reponerats, anges det då som utan inklämning vid operation?

Fråga 31 Svar

Hur det kodas beror på situationen.

Läkaren får avgöra den kliniska diagnosen

Fråga 32

Hypertoni – relevant att medta?

- kliniska manifestationer eller medicinjusteringar under vårdtillfället
- vid op i generell anestesi (vilket inte alltid framgår, dubbelkolla i operationsprogram?)

Fråga 32 Svar

Vid relevanta tillfällen, om det påverkar
vårdtillfället/operationen

Fråga 33

Elektrolytrubbning – ganska vanligt

Hur tänker man om patienten t.ex. går hem med Kaleorid eller dylikt?

Ska vi då koda för hypokalemi?

Fråga 33 Svar

Om det behandlas och behandlingen nämns i slutanteckningen så kan det kodas.

Beror på omständigheterna.

Fråga 34

Munsvamp

- är det relevant att koda
- känns som en ovidkommande diagnos?

Fråga 34 Svar

B37.0 Candidainfektion i munnen

Kodas i journal om det behandlas/är aktuellt och påverkar behandling/behandling ges.

Hos transplanterade patienter så brukar det behandlas.

Är man tveksam till om det har relevans vid aktuell vårdkontakt får man fråga ansvarig läkare.

Fråga 35

Bilateral coxartros men opereras bara ena sidan – vilken/vilka koder vid operationstillfället? M16.1 / M16.0 / endast det som åtgärdas?

M16.0 Primär koxartros, dubbelsidig

M16.1 Primär koxartros, ensidig eller UNS

Fråga 35 Svar

Patient med dubbelsidig artros som kommer för operation av ena sidan kodas med M16.0.

Vilken sida som opereras anges med KVÅ-kod.

Om patienten återkommer vid ett senare tillfälle för att operera den andra sidan kodar man för en ensidig artros, eftersom patienten då endast har ensidig artros.

Fråga 36

Urosepsis – Skillnad cystit – nefrit – ospec UVI –
mycket vanlig diagnos och dåligt specificerad av
läkare

Fråga 36 Svar

Vilken kod som ska användas beror på. Klassifikationen skiljer endast på lokalisation av urinvägsinfektion och inte på febril/afebril infektion.

Lokalisationens alternativ är:

- a) N10.9 Akut tubulointerstitiell nefrit, dvs. urinvägsinfektion som är "proximal", "hög" eller ovanför urinblåsan – i praktiken pyelonefrit.
- b) N30.0 Akut cystit, dvs. "distal" urinvägsinfektion
- c) N34.1 Ospecificerad uretrit (inflammation i urinröret)
- d) N39.0 Urinvägsinfektion utan angiven lokalisation, dvs. UVI

Huruvida infektionen ger feber eller inte klassificeras inte. Feber är ett observandum när läkaren gör sin bedömning av nivå/lokalisering av infektionen. Om läkaren inte anger lokalisation, som t.ex. pyelonefrit eller cystit, får koden N39.0 användas

Fråga 36 Svar

- e) Pyelonefrit orsakad av E. coli med sepsis (septisk pyelonefrit) kodas: N10.9 Akut tubulo interstitiell nefrit + B96.2 Escherichia coli som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel + R65.1 Sepsis enligt Sepsis-3 kriterierna
- f) Urosepsis (utan uppgift om pyelonefrit) då sepsis är dokumenterat enligt Sepsis-3-kriterier kodas: N39.0 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisation + R65.1 Sepsis enligt Sepsis-3-kriterierna

Fråga 37

Diabetes efter pankreatektomi E89.1

– kod att notera för dessa patienter, livslångt?

Fråga 37 Svar

Ja, den kan användas livslångt.

Fråga 38

Spridd cancer, inkommer med pyelonefrit
– koda cancer plus alla metastaser?

Fråga 38 Svar

Cancer kodas endast om den har haft betydelse under vårdkontakten. Har man gjort något specifikt p.g.a. cancer?

N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit (Akut pyelonefrit)

Fråga 39

Kodning vid immunsupprimerande behandling
– dvs. ökad infektionsrisk t.ex. vid operation?

Fråga 39 Svar

Koda grundsjukdomen för vilken behandling ges, om den är av betydelse vid vårdkontakten.

Det ska framgå i journalen att man tar hänsyn till grundsjukdom/behandling.

Immunbehandlingen framgår i läkemedelslistan

Fråga 40

Ange antalskod (KVÅ) för givna blodpåsar?

Fråga 40 Svar

Åtgärden beskriver inte **antalet påsar** utan antal *tillfällen* som transfusionen sker.

Informationen finns i läkemedelslistan.

Viktigast är att det framgår att man fått Erytrocytkoncentrat.

Är bra att ange, svårt att få bra statistik lokalt, regionalt och nationellt.

Klinisk skillnad 1 påse eller 15 påsar

Fråga 41

Jag har en kodningsfråga som alltid gör mig lika osäker...
Hur ska man koda om en patient med kateter får en UVI?

Ska man tolka det som om att det "alltid" är kateterns bakterier så att säga som orsakar UVI och koda med T83.5 + Y84.6?

Eller ska man koda UVI med t.ex. N39.0 och kateterbärare som bidiagnos (Z96.0 eller finns det en annan kod för det kanske?)?

Fråga 41 Svar

Har patienten kateter och får akut cystit så är det en komplikation till katetern.

Kodas:

T83.5 (Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av protes, implantat och transplanterat i urinorganen)

N30.0 Akut cystit

Eventuell bakterie

Y84.6 Kateterisering av urinvägar

Z96.0 Förekomst av urogenitala implantat

Läkaren avgör om infektionen sitter högt eller lågt i urinvägarna.

Fråga 42

Hur ska man koda cancerpatient som får tablett Niraparib (Zejula) och Olaparib (Lynparza) då patienten endast kommer på läkarbesök var tredje månad?

Fråga 42 Svar

Svårt att svara på med så lite information.

Normalt sett kodas det/de problem som tas upp vid besöket, i detta fall förmodligen cancer.

Tablettbehandling mot cancer som sköts i hemmet kan inte kodas. Ska finnas i läkemedelslistan

Fråga 43

Hur kodar man en tumör som man vet är malign, men inte vet om den är primär eller metastas?

(Man nämner att det kan uppstå i Kodning i cancerregistret 2019 angående morfologiska koder, men där står ju inte ICD-koder).

Fråga 43 Info/Svar

D37-D48 Tumörer av osäker eller okänd natur

Neoplasmata naturae incertae sive ignotae

Anmärkning: Kategorierna D37-D48 används för att med avseende på lokalisation klassificera tumörer av osäker eller oklar natur, d.v.s. där osäkerhet föreligger om tumören är malign eller benign. Under flertalet kategorier i detta avsnitt förekommer nationella fördjupningskoder, där femtepositionen A står för "patologiskt osäker natur" och B för "kliniskt okänd natur". Uttrycket patologiskt osäker natur innebär att man trots tillgång till PAD-utlåtande om tumörens histopatologiska typ inte kan avgöra om den är malign eller benign (malignitetskod /1 i WHO:s morfologiklassifikation). Uttrycket "kliniskt okänd natur" innebär att man inte har tillgång till PAD-utlåtande och på kliniska grunder inte kan avgöra om tumören är malign eller benign

Fråga 43 Svar

Det är behandlade läkares uppgift att ställa den kliniska diagnosen.

Koder som finns:

C00-C75 Maligna tumörer med specificerad lokalisation, som konstaterats vara eller förmodats vara primära

C76-C80 Maligna tumörer med ofullständigt angivna, sekundära och ospecificerade lokalisationer

D48 Tumör av osäker eller okänd natur med annan och ospecificerad lokalisation

Fråga 44

Rökning – definition av kodval och strategi

Fråga 44 Svar

Här måste den som behandlar patienten avgöra vilken diagnos patienten har, därefter klassificera.

Se kodningsanvisningen "Anvisning för kodning vid tobaksbruk" som kan laddas ner i PDF-format via webbsidan.

<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>

**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**