

Svar till frågelåda RDK 2008!

Svaren till RDK's frågelåda i Lund 2008 är ett försök att sammanställa svar till de frågor som togs upp under RDK-dagarna.

Svaren är givna utifrån den synvinkel som fanns under genomgången och på det sätt som frågorna uppfattades då.

Det betyder att svaren kan förändras över tid och gäller därför inte alltid framöver.

Svaren är ingen absolut sanning.

Fråga 1

Pat som opererats juni -07 för tumör i höger binjure. Enl PAD benign tumör. Nu inlagd på Endokrin för efterkontroll av hyperkortisolism eftersom det fanns tecken på Mb Cushing innan op. Pat uppger att hon haft besvär med hjärklappning, svullnadskänsla i kroppen, sömnsvårigheter innan op men symtomen är nu mindre. Utredd på Kir.klin p g a smärtor retrosternalt och i epigastriet, gastroskopi visat Barrets slemhinna i distala esofagus.

Under vårdtiden genomförs dygnskurva S-kortisol och salivkortisol, samlar dygnsurinkortisol och dygnsurin-Krea. Påbörjar 48-timmar dexametasonhämningstest men avbryter detta då hon inte mår bra. Provresultat ej klara vid utskrivning utan pat får återbesök om sex veckor för genomgång av provsvar och bedömning av ev hyperkortisolism.

Huvuddiagnos: Z090 + D350 Kontrollunderökning efter kirurgi, adenalektomi, p g a binjuretumör.

Bidiagnos: K227 Barrets esofagus

K297 Gastrit

Kan man koda enligt detta eller vad sätter man som huvuddiagnos??

Svar fråga 1

Z09.0

Z86.0

Patienten kommer in för att kontrollera resultatet av operationen, kontroll av frisk patient.

Vårdtillfälle på endokrinklinik.

Kodningsförslag OK

Fråga 2

Pat som ink till akuten och själv har dragit ut sin kateter ?, ofta är detta dementa pat. När vi diskuterar detta vill en del ha T83-kod men detta känns inte bra. Z46.6??

Svar fråga 2

T83.8/0 Självtilfogad

S37.3 Skada på uretra om sådan finns.

Finns ingen kod för att själv dra ut kateter.

Fråga 3

Pat med kraftigt strålscadad hud efter behandling för bröstcancer (5 år sedan). Pat söker för strålscadan, skall det vara L58-diagnos eller T888 + Z853.

Svar fråga 3

L58.1 Brännskada (Kronisk, huden – länge sedan)

Y84.2 Efter strålbehandling

Z85.3 Status post mammarcancer

Fråga 4

Vad är skillnaden mellan Y04 (övergrepp genom obehövligt våld) och Y07 (andra misshandelssyndrom)? Tex 5 ligister sparkar och slår på en ensam stackare. Vilken av dessa koder skall då användas?

Svar fråga 4

Y04 = Slagsmål, själv inblandad/delaktig, enstaka företelse, tex misshandel utanför krogen

Y07 = Syndrom – systematisk, upprepat våld/misshandel fenomen, mer sällsynt,
tex barnmisshandel, hustrumisshandel, inom familjen.

Kan användas som beskrivande kod.

OBS! Skadorna skall givetvis kodas

Fråga 5

Y049 eller Y079, tacksam för förtydligande av dessa koders användning. Kodare har uppfattat användningen av dessa koder olika varför förtydligande är viktigt. Vi använder dessa koder i UT-data för att följa misshandelstatistik.

Svar fråga 5

Se svar fråga 4

Fråga 6

En patient som haft fraktur och fått platta inopererad önskar få plattan borttagen även om han/hon inte har något fysiskt besvär av den. Ngt bra förslag på hur vi ska koda denna patient?

Detta är inte en jättevanlig patient men han/hon finns och alla verkar koda olika på den inom kliniken, några kodar på smärta/obehag, andra som en T/Y-kombination....Patienten har ingen smärta och inga sena besvär...

Koden Z47.0 brukar inte användas men har kommit upp på förslag(borttagande av osteosyntesmaterial). Är det en lämplig kod?

Svar fråga 6

Z47.0 Eftervård med borttagande av osteosyntesmaterial är korrekt kodning om inte pat. har besvär.

Om patienten har besvär – koda besvären.

Fråga 7

81-årig kvinna med känd hypertoni. Opererad aug -07 p g a icke hormonproducerande hyposadenom. Inkommer nu för Synachtén- och Metopirontest tre månader efter op som led i postop kontroll. Gott postop förlopp. Nästan total regress av tidigare synfältsdefekt samt visusförbättring. PAD har visat tecken till adenom. Kontroll MR-hypofys har visat postop status efter hypofyadenom-op, chiasma något neddragen men ingen kvarvarande tumörmassa. Pat genomgår nu Synachtén- och Metopirontest, svar ej anlänt vid utskrivning. Pat har varit pigg och cirkulatoriskt stabil under vårdtiden.

Kan man diagnosregistrera enligt detta? Annars hur?

Huvuddiagnos: Z090 + D35.2 3-månaderskontroll efter hypofysadenom-op

Bidiagnos: I109

Svar fråga 7

Kodningsförslag OK, alt. att avvakta svar på belastningarna som kommer.

Skulle patientens utredning via adenom – kodas adenom.

Fråga 8

Vill ha hjälp med att koda en pat som 1999 drabbades av hjärtstillestånd, överlevde men fick

en omfattande hjärnskada. Är i behov av personlig assistent och kan svara ja och nej ibland.
Hur kodar man?

Svar fråga 8

Vad är fokus på besöket just idag?

G93.1 Anoxisk hjärnskada

Sen effekt av hjärtstillestånd finns igen kod för

(?? I69.8 Sen effekt av cerebrovaskulär sjukdom – det är det inte i detta fall.)

Fråga 9

Pat med hjärtinfarkt, hjärninfarkt, pacemaker, förmaksflimmer, Waranbehandlat. PCI efter hjärtinfarkt. Inkommer 1/11 efter att ha fallit på vänster höft. Ink status: Neurol: Högre funktioner u a. Rör alla extremiteter förutom vänster ben u a. Normal ögonmotorik. Ls: 5x5 cm stor resistens över vänster trochanter majorregion, troligen hematoma p g a misstfärgning. Uppkommit i samband med fallet. Palp-öm vänster lumske Smärta vid palpation av höftleden. Kan röra tår. Distalstatus u a bilateralt. Inlägges. Rtg visar ramus superiorfraktur. P g a sjunkande Hb görs en CT buk, bäcken (6/11) som visar ett 7x9x6 cm stort hematoma i lilla bäckenet, hematomet dislocerar uterus och urinblåsans nedre del lätt åt höger. I övrigt fylld urinblåsa. Får KAD. (Waran utsatt 611, insatt på Konakion och Fragmin skall påbörjas 7/11). Får 3 e-konc, därefter stabilt Hb.

Befinnes ha en tromboflebit vänster underarm som får följas.

Diagnoser som är satta:

S32.50 Fraktur os pubis

W19.99

I25.2 Gammal hjärtinfarkt

I48.9 Förmaksflimmer

Z92.1 Waranbehandling

Skall pacemaker kodas? (P g a hjärtinfarkten eller förmaksflimret?)

Hur skall man koda det sjunkande Hb:t? Waranutlöst? Hematoma lilla bäckenet?

Skall tromboflebit tas med? (I80.8?)

Svar fråga 9

Fråga doktorn!!

Koda anemi om doktor anger anemi- D62.9

D68.3 Waranblödning

Pacemakern bör kodas

Tromboflebit kodas

Koda hematoma som skada, S37.9 (index), S39.8

Hematoma är en förväntad effekt av waran och fraktur

Fråga 10

Pat som den 24/11 övertas till ort-klin från med-klin p g a att ha ramlat i samband med krampanfall. Svårt utvecklingsstörd (bor på boende). Har Lowes syndrom med mental retardation. Epilepsi. Blind. Hypokalemi. Hb vid inkomst 118. Op collumfraktur för ett par år sedan. Rtg visar femurfraktur vänster samt odilocerad axelfraktur höger. Pat har även haft pneumoni (med-klin) och står vid inkomst på Ekvacillin och Kåvepenin. Detta byts till Zinacef p g a kvarstående feber, hosta samt misstänkt pneumoni.

Rtg lungor 28/11 visar skyggt infiltrat med luftbronkogram i vänster lungas nedre fält som är nytillkommet och tros vara inflammatoriskt betingat.

Infektionskonsult 1/12 p g a dålig effekt av Zinacef, denne rekommenderar byte till Avelox.

Eftersom denna medicin inte finns att tillgå rekommenderas Tavanic i väntan på Avelox.
Op 25/11 med osteosyntes med skruv och DHS-platta. De gamla Olmedskruvarna tas bort.
Utvecklar 30/11 ett stort hematom i låret – det beställs ultraljud att utesluta DVT, ultraljud
u a. Sjunger 1/12 i Hb 95-84. Får 2 e-konc, därefter stabil i Hb.

Diagnoser som är satta:

S72.10 Pertrochantär fraktur vänster
S42.20 Fraktur på övre delen av humerus
W19.99
J18.9 Pneumoni
E87.6 Hypokalemi
R56.8 Kramper

Ska R56.8 vara med vid detta vdt?

Beror det sjunkande Hb:t på hematom i låret? Finns någon diagnos för detta?

Någon annan diagnos för pneumoni?

Ska Lowes syndrom + epilepsi + blind tas med som bidiagnoser?

Svar till Fråga 10

Hematomet sannolikt en komplikation till operationen.

Kommer efteråt, kudas med T81.0

Anemi bör kudas.

Epilepsi kudas G40.9

Pneumoni J15.9 om behandling med antibiotika

E72.0 – Lowes Syndrom

Fråga 11

Pat som inkommer 4/12 med höftsmärta. Uppger att hon under de senaste veckorna haft kraftig smärta i höger höft, har ej ramlat eller något annat trauma.

Hjärtinfarkt x flera. Stroke x 2 2002. Har efter detta en förlamad högerarm. Waranbehandlad p g a förmaksflimmer och hjärtinsuff. 7/12: Röntgad två gånger i höften utan fynd av fraktur.

Kraftigt status vid rörelser i höften, skriker av smärta. MR gjord i dag som visar högersidig svullnad i höger ljumske och höger höftled, ödem i framför allt musculus iliopsoas och även i gluteusmuskulaturen och i någon mån adduktormuskulaturen. Ingen skelettskada. Kliniskt ingen misstanke om någon infektion. Efter granskning av röntgenbilder på röntgenrond misstänker man att det skulle vara en ev Waranblödning, spontan sådan. Waran kryssas och pat sätts in på Fragmininjektioner. Förbättrad mobilisering. Utskrives 12/12. Planerad kontroll av Hb 14/12. Ev kan ny MR om två månader planeras.

Diagnos som är satt:

R58.9 Blödning intramuskulärt

Kudas blödningen som Waranutlöst?

Skall gammal hjärtinfarkt vara med?

Kudas den tidigare stroke + förlamad högerarm?

Förmaksflimret och hjärtinsuffen ska väl också vara med?

Svar fråga 11

Ja – kudas som Waranblödning – D68.3 + Y57.9 + B01AA03

R58.9 - för lokalisation

Gammal hjärtinfarkt ska vara med

Sequele samt tidigare stroke kudas, (G81.-halvsidig förlamning + I69.3/4/8)

Förmaksflimmer och hjärtsvikt kudas också

Fråga 12

Pat som är missbrukare med hepatit B och C.

Fråga:

Ska man alltid koda med B-kod?

När använder man Z22.5 Bärare av hepatitvirus

Svar fråga 12

Ja, - Koda alltid med B-kod.

Kan inte vara bärare av hepatitvirus och samtidigt vara frisk.

Fråga 13

Epikris vtf 071113—16 Ortopeden

Inkommer efter några månaders tid med uttalad ryggsmärta. Urinretention med överfylld blåsa, nedsatt sfinktertonus och sensibilitet perianalt. Misstanke om cauda-equina-syndrom.

Op akut med extirpation av diskbräck L3-L4 vä sida och hemilaminektomi av vä L4 och dekompression av L3-L4 rotkanal. Per- och post op glatt förlopp. Har nu KAD. Har mobiliserats utan problem. Kräver ingen smärtlindring och sköter sig helt själv på avd.

Sensibiliteten i benen börjar återkomma, men kvarvarande sensibilitetsnedsättning perianalt och kvarvarande slapp sfinktertonus. Mår ändå väl och önskar hemgång. Pat får remiss till dsk för blåsträning.

Enl epikris

Hd: G83.4 Cauda-equina-syndrom

Bd: M51.1K Diskbräck L3-L4 vä sida

Åtg: ABC16 Exstirpation av diskbräck....

Åtg: ABC56 Hemilaminektomi av vä L4.....

Fråga:

Under anmärkning i ICD-10 ska G83.4 vara bidiagnos till sjd, alltså M51.1K huvuddiagnos.

Men enl tidigare info -06 har ni sagt att symtom kodas före sjd, exv R47.0 Afasi pga tidigare stroke I69.4. Gäller det alltid och även i detta fall?

Vid gruppering: Hd G83.4, DRG004 op på ryggmärg, vikt 3,0148.

Hd M51.1K, DRG215C andra rygg och halsop, vikt 1,6706.

Alltså en betydlig skillnad vid gruppering!!

Svar fråga 13

Hd: M51.1K Diskbräck L3 – L4 - detta är en akut sjukdom.

Bd: G83.4 Cauda equina-syndrom

Symtomet skall bara kodas först vid sequelae (resttillstånd). Detta är en akut sjukdom

Vid primärklassificering tas ingen hänsyn till DRG-gruppering!

Fråga 14

Pat med diabetes typ 1 och cirkulationsinsuff. Pat blir amputerad. Oftast väljer läkaren I70.2 och ingen diabeteskod.

Föreslår i dessa fall Hd: I79.2 + E10.5 B Cirkulationsins

Bd: E10.7 diabetes typ 1 med multipla komplikationer

Svar fråga 14

Doktorn bestämmer diagnos och får avgöra vilket tillstånd som är aktuellt.

Är det kärlsjukdomen, som är fokus ska kodningen avspegla detta.

Hjärtsjukdom i fokus = I-kod.

I79.2 utmärkt kod för mikroangiopati.

Diabetes mellitus – honungssöt urin

Diabetes är en grupp av metaboliska sjukdomar som karakteriseras av hyperglykemi orsakad av defekt i insulinutsöndringen eller insulinets aktivitet (effekt) eller båda.

MODY typ 1-6 kudas i Sverige under E11

E12 – koden stryks - har aldrig varit aktuell i Sverige, kanske finns något i Afrika.

E13 – Under den diskussion som följde framkom att - Pankreascancer inducerad diabetes kudas på E13.-

E14 – det ska vara helt omöjligt att finna ut vilken diabetes patienten har ur dokumentationen!

E10 + E11 – vi kodar en patient som har en viss sjukdom.

Undergrupperna på 4:e position omtalar

- metaboliska (akuta) komplikationer
- kroniska organkomplikationer

Om vi vill fokusera på organkomplikationer används asterisk + daggerkombinationer!

Diabetes är grundsjukdom underordnat manifestationsproblemet.

.9 Utan [uppgift om] komplikationer

Retinopati på grund av diabetes mellitus typ 1 H36.0*E10.3

Fråga 15

Fråga:

Ska man alltid koda med I79.2 om pat har diabetes och cirkulationsinsuff beror på det?

När kodar man med I70.2?

Svar fråga 15

Beror ju på vad som är bekymret just nu.

I70.2 - Ateroskleros i extremitetsartärer

I79.2* - Perifer angiopati vid sjukdom som klassificeras annorstädes tex diabetes.

Fråga 16

12. 4. Vad är skillnaden på

E10.5B Diabetes mellitus typ 1 med perifer angiopati med gangrän

E10.6D Diabetes mellitus typ 1 med (diabetiskt) fotsår *Innefattar: "Den diabetiska foten"*

Svar fråga 16

Diskussion här och nu!

E10.5B – kärlproblem. Det första är ett fall med kärlproblem

E10.6D – Diabetesproblem. Den diabetiska foten är ett problem som inte beror på kärl.

Charcot – Diabetisk neuropatisk artropati – oklar patogenes, förmodligen kombination av mekaniska och vaskulära faktorer där perifer neuropati bidrar.

Fråga 17

Diabetiker som inkommer med hyperglykemi på grund av dysfunktion av insulinpump

Svar fråga 17

Det finns två sätt.

T85.6 Insulinpumsdysfunktion ?

Y74.8 ?

eller

E10.- Diabetes mellitus typ 1 med hyperglykemi

För att närmare få ett svar som kan gälla för fler länder kommer frågan att lyftas vidare internationellt.

Fråga 18

Patient med diabetes och multipla komplikationer. Kodar man multipla komplikationer E10.7 eller var komplikation för sig E10.2, E10.3, E10.4, E10.5?

Svar fråga 18

Fokus just nu, diabetes eller komplikationer.

Koda E10.7 och koda var komplikation för sig. Använd gärna *Asterisk, †Dagger kod.

Om patienten kommer till diabetesmottagningen kodar man nog E10.7 först, därefter listar man upp de aktuella komplikationerna som patienten har som bidiagnoser, helst asterisk dagger. En av de stora orsakerna är att om man väljer E10.7 DRG-grupperas patienten till en diabetesgrupp. OM man inte gör det hamnar man i en barrock situation, man hamnar i en ögon-DRG eller kärl-DRG. Ett välkänt problem i DRG-grupperaren som man inte har åtgärdat.

Det viktiga budskapet är att patienten har flera komplikationer.

Fråga 19

Infektion av prolapsring.

Svar fråga 19

Komplikation av behandling - T83.6 Infektion av prolapsring
Y84.8

Ingen bra kod för hur den lagts in.

Lägg till bakterier eller vaginit om ni vill

Detta räkas som komplikation till behandling.

Fråga 20

Hur kodar man malignt melanom öga?

Svar fråga 20

Alla maligna melanom kodas på aktuella organ, utom hud och könsorgan som har specifika melanomkoder.

C69.-

Vill man tala om att det är ett melanom får man lägga till morfologikoden M8720/3

Fråga 21

Hur kodar man växt av Staphylokokker orsakade av CVK-spets?

Svar fråga 21

Förekomst av bakterier på CVK-spets utan nerslag eller sepsis i patienten kodas inte!
CVK utlöst sepsis är något helt annat.

Kodar ej normalflora. CVK-utlöst sepsis är något helt annat, om sepsis av CVK är en komplikation, T82.7.

Fråga 22

Bland utgående fördjupningskoder 2008 fanns B95.6A MRSA - hur kodar vi MRSA-screening i fortsättningen?

Svar fråga 22

KVÅ – AV028

Bakterien kodas. Aldrig huvuddiagnos.

B95.6+U80.1 för att koda bakterien.

Bakteriekod: B95.6 Stafylokok + U80.1 MRSA

Fråga 23

En patient kommer för inläggning av Revealdosa som led i utredning av oklara

svimningsattacker. Ska inläggningen av dosan sättas som huvuddiagnos och svimning som bidiagnos?

Är koden Z45.0 den rätta för inläggning av Revealdosa?

Läkaren anger TQW99 som operationskod vilket ju är en operation på hud. Motiveringen till detta är att man gör en operation i huden i samband med inläggningen av dosan.

Jag anser att här ska vara en operationskod som avser hjärtat. Kan man använda TFP00 (temporär användning av transvenös eller epikardiell pacemaker) då det ju gäller övervakning av hjärtat?

Svar fråga 23

R55.9 Svimning

TQW99 Inläggning av revealdosa

Pacemaker är något helt annat.

Nästa år kommer det en specifik kod för den typ av dosa -Revealdosa.

Fråga 24

En patient har fått en tumör invid vänster testikel exstirperad för 2 år sedan. PAD visade att det var ett angiomyxom, varför man rekommenderade kontroll eftersom det finns viss recidivrisk. Vid kontrollen palperas båda testiklarna helt normala och inga ytterligare kontroller bedöms behövas.

Läkaren sätter benign testikeltumör (D40.1) som huvuddiagnos.

Bör det inte i detta fallet vara mer riktigt med en Z-diagnos?

Svar fråga 24

Z09.0 Kontroll efter operation

Z86.0 Status post angiomyxom vänster testis

Fråga 25

En patient blir inremitterad för en knuta i bröstet. När patienten kommer till vår mottagning för undersökning har knutan försvunnit, mammografi helt normal.

Läkaren sätter kod Z123 som ju är en riktad hälsokontroll.

Jag tycker att det är mer riktigt att använda Z03.1 Observation för misstänkt malign tumör, då det funnits viss misstanke om detta vid remissens skrivande. Vilket är det rätta?

Svar fråga 25

Z03.- eller

Z71.1

Z03.- Om har haft något som utreds men man hittar inget. Tex misstanke om malign tumör, utredd och inte funnit något. Skall helst inte användas. Använd hellre;

Z71.1 – Markerar normalfynd

Z11-Z12-Z13 är utredning av patient i en viss population, tex alla födda -43 eller alla män som bor i Göteborg. En bland många.

Fråga 26

En allmän fråga. Det finns idag inga speciella koder för recidiverande bråck, hur kodar man bäst dessa tillstånd så att man lätt kan söka ut de patienter som fått recidiv?

Kan någon Y-kod läggas till för att kunna särskilja recidivbråck från förstagsbråcket?

Svar fråga 26

Det finns inga koder som talar om att det är recidivbråck. Det ligger ett förslag från Svensk kirurgisk förening att få en fördjupningskod för detta från årsskiftet. Enda möjligheten f n är att lägga till koden ZSJ00 för att tala om att detta har med en tidigare operation att göra men det är ett dåligt alternativ. Informationen om att det är ett recidivbråck är en diagnos och bör fångas där!

Fråga 27

Pat som är opererad för testikelcancer med orchidektomi, har fått cytostatika på onkolog klin och kommer efter detta till urologen för planerad lymfkörtelutrymning. Vad är huvuddiagnosen

Svar fråga 27

Pat är under behandling för sin testiscancer och detta är ett led i den adjuvanta behandlingen koda för testiscancer. Ev. lymfkörtelmetastaser kodas om man hittar sådana

Fråga 28

Ungefär samma problem gäller pat med prostatacancer som är opererad med prostatektomi, får strålbehandling på onkologen och kommer därefter till urologen för utvidgad lymfkörtelutrymning, är det prostatacancer som är huvuddiagnos i så fall?

Svar fråga 28

Kodas som prostatacancer.

Fortsatt behandling av primärtumör där inte första operationen var tillfyllest eventuella lymfkörtel metastaser kodas om sådana finnes

Fråga 29

Pat som är opererad med radikal prostatektomi p g a prostatacancer. Återkommer några dagar senare med smärta och svullnad i ljumsken och man konstaterar att pat har ett lymfocele, hur kodas denna komplikation?

Svar fråga 29

T81.8 Postoperativ komplikation

I89.8 Lymfocele

Y83.6 Efter prostatektomi

C61 - prostatacancer

Ökad risk att få ljumskbräck efter de här operationerna

Fråga 30

Pat som är op för blåscancer med cystektomi och fått kontinent urinreservoar, men har fått urinläckage via stomin. Pat inkommer för och blir opererad med revision av utloppet till reservoaren. Hur kodas detta? Och om pat bildar konkrement i sin urinreservoar kodas det som vanligt för sten i urinblåsan d v s med N21.0? Samt jag fick frågan från en av våra läkare gällande en pat med urinreservoar hur han skulle koda för diagnosen "stomastenos"?

Svar fråga 30

N99.5 bristande funktion av urostomi inkluderar sannolikt både läckage och stenosis! Båda kodas på samma diagnos.

N21.8 + Z93.6 – stenen i urinresevoaren kodas så här.

N21.8 -sten i annan specificerad del i urinvägarna, i urinreservoaren,

Z93.6 - urostomi

Fråga 31

Patienter som kommer för operation t ex för uretärkonkrement, resektion av tumör i urinblåsa, prostatektomi etc, vårdtiden är kanske bara 2-3 dagar. Pat har i anamnesen exempelvis gammal hjärtinfarkt eller så har pat genomgått PCI/PTCA eller doktorn säger bara "hjärt-kärlsjuk patient" utan att specificera närmre. Skall man alltid koda för gammal hjärtinfarkt? Skall man alltid koda om pat har genomgått PCI,/PTCA? Kan man använda koden I25.9 Kronisk ischemisk hjärtsjukdom när doktorn inte specificerar närmre än bara hjärt-kärlsjuk patient? Är det skillnad i kodningen vad gäller hjärtsjukdomar om pat blir opererad eller inte?

Svar fråga 31

Koda efter vad som står i texten.

Gammal hjärtinfarkt kodas alltid. Är en ökad risk för patienten. Har alltid betydelse vid operationer

I25.2 är gammal hjärtinfarkt, betyder att patienten har en muskelskada, svagt område i hjärtmuskeln. Den skadan läker med ärrvävnad och muskelvävnaden kommer aldrig tillbaka.

I25.8, I25.9. Övriga står för arterioskleros i kranskärlen

Fråga 32

Patient kommer för diabetesfoto, ingen diabetesretinopathi. Patienten har diabetes typ 2.

E11.9

XCK10

Svar fråga 32

Vilken sjukdom gör att de kommer till ögonläkaren?

E11.9 Diabetes mellitus typ 2, är orsaken till att patienten kom till ögon men patienten är frisk i sina ögon.

Om patienten har sjukdom (retinopathi) koda sjukdomen

Fråga 33

Patienten har haft akut irit och behandlats med droppar, vid återbesöket befinnes patienten vara frisk.

Z09.8 + H20.0

Svar fråga 33

OK, koda för att han är frisk Z09.8 därefter kommer koden för sjukdomen.

Exempel; Fraktur

Frakturen är läkt

Z09.0

S72.00 + W01.99

Fraktur koden används till frakturen har läkt, används som huvuddiagnos, sedan Z-kod.

Fördröjd frakturläkning: Hopp finns att den läker.

Om pseudoartros koda där men det kan dröja upp till ~3 mån innan man vet säkert. Läkaren måste säga att det är pseudoartros Släpp då frakturkoden!

Fråga 34

Kontroll av patient för ögonsjukdom p.g.a. förhöjd risk för tumör i ögat i släkten.

Z13.5

Z85.8

Svar fråga 34

Z13.5

Z80.8 Tumörsjukdom i familjeanamnesen

Skillnad på om det är jag som haft tumören eller om familjen haft tumör.

Fråga 35

Kontrollundersökning efter cataractoperation p.g.a. senil incipient cataract.

Z09.0

H25.0

Z96.1

Svar fråga 35

OK

Z09.0 Kontroll efter kataraktoperation

H25.0 Katarakt

Z96.1 Förekomst av linstransplantat

Kontroll efter katarakt operation, koda katarakt, koda för att patienten har en lins inopererad – Z96.1

Fråga 36

Kontrollundersökning av för tidigt fött barn som ej befinnes ha ROP.

Z13.5 eller Z00.1 eller skall det vara H35.1?

Svar fråga 36

Z13.5

H35.1 - vid retinopati

Z13.5 – Om rutin för denna typ av barn att det undersöks. Rutin att en viss sorts population undersöks

Om det är en enskild undersökning av ett barn Z00.1

Skall inte ha med H35.1 om inte patienten har retinopati

Fråga 37

När läkaren endast säger daggerkoden kan man använda den ensam?

B00.5 t.ex.

Svar fråga 37

Ja

Daggerkoder får alltid lov att användas ensamma

Asteriskkode får aldrig vara ensamma.

Fråga 38

Hur kodas en patient med rör i trumhinnan där röret fungerar som det ska, allt ser bra ut och patienten hör bra?

Det finns en kod Z96.2 (förekomst av otologiska och audiologiska implantat). Kan den användas som huvuddiagnos?

Svar fråga 38

Ja, man kan använda rör som huvuddiagnos, Z96.2

Det kan den väl men sannolikt har väl patienten en sjukdom också som den behandlas för

Fråga 39

Hur åtgärds kodas (KVÅ):

a: sterilomläggning efter mellanöreoperation?

b: återbesöket efter en näsoperation där man tar plattor, tamponader etc?

Svar fråga 39

Det finns inga bra förbandsbyteskoder. Besök inkluderar förbandsbyte, det ingår i rutinbesöket!

Det finns koder för omläggningar men det är för mer komplicerade omläggningar.

Om läkarbesök diagnos + KVÅ QAB10 D

Dragandet av tamponad finns ingen kod för.

Om besök efter operation ingår omläggning av sår.

Sköterskebesök enbart för förbandsbyte eller tagning Z48.0 – kontakt orsak.

KVÅ - QAB10 om skall gör större omläggningar.

DQ023. Kan tala om att patienten har ett sår.

Vacc- behandling kan kodas

Fråga 40

En främmande kropp avlägsnas kod T15.0. Det finns en åtgärds kod CGC10 Avlägsnande av främmande kropp i kornea. Används den både vid främmandekroppsinstrument och bomullspinne.

Svar fråga 40

Ja, det går bra med både ”slägga och hammare också, även borr”.

Fråga 41

Kontaktersak Jourfall.

Patienten tror att han har fått något skräp i vänster öga. Sökte akutmottagningen för ungefär 3 dagar sedan.

Man hittade ingen främmande kropp, men rekommenderade patienten att använda Fucithalmic salva morgon och kväll.

Kommer idag för kontroll.

Huvuddiagnos T15.0 Främmande kropp i kornea

Bidiagnos W44.99

H16.1 Traumatiskt sår på hornhinnan

H10.0 Blefarit

Status

Synskärpa höger 1,0 eget glas.

Synskärpa vänster 1,0 eget glas.

Ögontryck höger Normal palpation.

Öga höger Lite blefarit. Kornea klar. Ingen inre retning. God främre kammare. Normal pupillreaktion mot ljuset. Medier klara.

Ögonbotten, papill och makula u a.

Öga vänster Kornea med liten kornealerosion. Ingen inre retning. God främre kammare.

Normal pupillreaktion mot ljuset. Medier klara.

Ögonbotten, papill och makula u a.

Sammanfattning

Bedömn/åtg Traumatisk kornealerosion vänster öga samt blefarit bilat.

Åtgärder Fortsätter med Fucithalmic salva morgon och kväll i en vecka. Använder Terracortril med Polymyxin B salva x 3 i 10 dagar.

Patienten har fått informationen och höra av sig vid behov.

Har vi kodat rätt främmande kropp eller ska vi använda S05.0?

H16.1 är det är rätt att använda här?

Svar fråga 41

S05.0 Kornealerosion.

Främmande kropp hade patienten inte.

X59.99 Oklar orsak

H01.0 Blefarit

Fråga 42

Kontaktersak Patienten söker akut med skada i vänster öga efter cigarettglöd.

Huvuddiagnos T26.1 Brännskada av cigarettglöd

Bidiagnos S050 Kornealerosion

X19.99 Cigarettglöd

Akt ögonsjukdomar Patienten har fått cigarettglöd mot vänster öga i förmiddags, har skavkänsla.

Status

Synskärpa höger <0,1 okorrigerat

Synskärpa vänster 0,5 okorrigerat, vill tåra sig, 1,0 stenopeiskt hål.
Öga höger Oretad. Kornea klar. Ingen ljusväg.
Öga vänster Oretad. På kornea paracentralt är en liten ytlig skada som tar färg. Ingen ljusväg i främre kammare.
Bedömn En liten kornealskada vänster öga. Ger recept på Fucithalmic x 2 i 3-4 dagar.
Ingen ytterligare åtgärd.
Är det rätt kodat?

Svar fråga 42

OK

T26.1

S05.0

X19.99

Fråga 43

Patienten kommer på återbesök 1 vecka efter kataraktoperation. Patienten har tryckstegring och kornealödem.

Då kodar vi så här, är det rätt?

Z09.0 Kontrollundersökning kirurgi

H25.9 Katarakt

H59.8 Postoperativ tryckstegring och kornealödem

Svar fråga 43

Är det ovanligt – komplikation

Är det förväntat – kodas knappast överhuvudtaget (enligt Olafr)

T81.8 Komplikation till kataraktoperation

H59.8 Tryckstegring och kornealödem

Y83.8

Fråga 44

Gravid kvinna fick vi lära oss på kursen att det ska alltid kodas, men enligt socialstyrelsen ska det bara kodas när det har betydelse för besöket.

Svar fråga 44

Bör kodas antingen som huvud eller bidiagnos.

Inom slutna vård skall alltid vara huvuddiagnos, O-kod. Om inte trauma som prioriteras före.

ÖV: Begränsat problem – koda det begränsade problemet. Använd graviditeten som bifynd (Z33.9).

Fråga 45

Vi kodar bara gravid kvinna när det gäller diabetesfoto, inte annars. Tänker vi rätt?

Svar fråga 45

ÖV: Koda problemet – graviditet som bifynd.

Fråga 46

Gravid kvinna som har glaukom, kodar vi bara för glaukom, tänker vi rätt?

Svar fråga 46

Graviditeten kodas också om den har betydelse för diagnos eller behandling.

Fråga 47

2007-09-21 **Gyn mott**

Kommer tillsammans med sonen för samtal. Patienten har mycket besvär med värk i ryggen, värk neråt framför allt vänster fossa och även i perioder med värk uppåt

flankerna. Använder T Morfin 10 mg vid behov. Delar ofta tabletterna och tar sammanlagt cirka 4-5 tabl per dag. Är aldrig helt smärtfri på detta. Har också en viss tendens till förstoppning. Använder Laxoberal-droppar men inte regelb. Även ett visst illamående.

Diskuterar runt möjligheten till veckovis Paklitaxel-behandling vilket patienten vill prova. Är helt införstådd med att detta är i rent palliativt syfte. Utvärderingen planerad efter sex cykler.

Kontaktar idag sjuksköterska på PRIVO, ang smärtlindring. Patienten börjar med T Dolcontin 30 mg x 2. Rec 100 st. T Morfin 10 mg v b. PRIVO följer därefter upp patienten pol-kliniskt. Börjar med Laxoberal-droppar regelb, 5 droppar x 3 samt T Primperan 10 mg, 2-3 ggr dagl. Har också svårigheter att

försörja sig per os och vill gärna ha hjälp med näringsdrycker. Remiss skrivs till dietist och patienten får gå dit idag för att få hjälp med detta.

Har tagit prover inför cytostatikabehandling. Har klart förhöjda levervärden. Kontaktar Gyn Onk och samtalat med dr NN ang doseringen av Paklitaxel. Levervärdena föranleder inte någon dosjustering av Paklitaxel, utan vi räknar ut dosen på sedvanligt sätt. Någon dosrekvisition kan dock inte göras idag på Paklitaxel då vi inte har fullständiga blodprover. Patienten kompletterar blodprovningen idag med neutrofila. Har planerad tid för inledande av Paklitaxel veckovis den 27 sept.

Diagnos Ovarialcancer op 2004 med metastasering till bl a lever, binjure
C78.7, C79.7, Z85.4E
Samtal Z73.8, Palliativ vård Z51.5

Svar fråga 47

Detta är cancervård. Cankerkoderna ska kodas men inte mycket mer. Samtal och palliativ vård är inte aktuellt att koda. Ingår i besöket av vården för palliativt sjuka patienter.

Z51.5 är frivillig.

Z73 är en kontaktorsak. Finns KVA-kod för upptagande av anamnes men skall inte användas, ingår i ett besök.

Z51.5 skall på en palliativ avdelning inte användas som bidiagnos och absolut inte som huvuddiagnos. Koda för sjukdomen när patienten vårdas för den.

Fråga 48

2007-10-23 Gyn avd

Vårdtid 2007-10-22—10-23

Diagnos Buksmärt R10.4
Subileus K56.9

Anemi

Peritoneal metastasering C78.6, Metastasering corpus uteri, vä tuba, vä bröst

C79.8 Bilat ovarialcancer, op juli 2007 C56.9

Pleurametastasering C78.2

Blodtransfusion DR029

Kvinna med avancerad ovarialcancer diagnostiserad i somras. F n under cytostatikabehandling. Inkommer nu pga uppblåsthets känsla och diffusa buksmärtor. Vårdförlopp Inlägges för observation. Genomgår BÖS som visar tecken till begynnande subileus. Patienten får dricka kontrast och genomgå och därefter avklingar buksmärtorna. Under vårdtiden doshöjer vi också Citalopram från 20 till 40 mg med tanke patientens allmäntillstånd i övrigt. Pga Hb-värde på 94 erhåller patienten också två påsar blod.

Här bör väl subileus vara huvuddiagnos i stället för buksmärtor eftersom BÖS visar tecken till begynnande subileus, eller ?

Svar fråga 48

R10.4 Buksmärt

Vårdtid ett dygn. Vad var fokus? Om patientens smärta bedömdes bero på subileus så koda på det, då behövs ej koden för buksmärt. Bidiagnoser cancermanifestationerna

Sätt ej buksmärt före subileus. Om subileus pga. cancer men ligger inne ett dygn blir subileus huvud diagnos.

Subileus pga cancer kodas subileus + cancer

Fråga 49

När ska man ange Z92.1. Kodar idag patienter med pågående Waranbehandling men ska även behandling med Klexane, Fragmin, Innohep kodas med Z92.1?

Svar fråga 49

Ja.

Men Z92.1 innefattar **inte** ASA och trombocytagerat hämmare (Trombyl, Plavix, Ticlid). Ortopedisk profylax behandling efter operation skall inte kodas pga. låga doser, man kan operera utan problem med lågdosbehandling..

Lågdosprofylax upp till 28 dagar efter operation kodas inte.

Fråga 50

Inkommer med cerebral blödning. Står på Waran, högt PK-värde. I61.9 + Y57.9 + ATC för Waran, ska man använda T50.9 i detta fall?

Svar fråga 50

I61.9 Intracerebral blödning

D68.3 Blödarsjuk pga. läkemedel/Waranblödning

Y57.9 Läkemedel som orsak till ogynnsam effekt

B01AA03 (ATC-Waran)

T50.- om man vill koda att patienten har förhöjt INR. Frågan är dock, Vilken nivå är förhöjt?.

Fråga 51

Patient som opererat med coronar by pas, i efterförloppet komplikation i form av cerebral infarkt. När patienten kommer för eftervård på hemsjukhuset ska då den cerebrala infarkten kodas med T-kod? Blir förmodlingen huvuddiagnos här.

Svar fråga 51

T81.7 Cerebral infarkt efter CABG

I63.9 Stroke

Y83.2

Z95.1 Status post CABG

Komplikation i efterförloppet.

Fråga 52

Patient som har haft Pacemaker i 11 år p g a sick sinus. Inkommer med endokardit, växt på Pacemaker elektrodenspetsen, ultraljuds- och odlingsverifierad. Patienten flyttar till Sahlgrenska, pacemaker tas ut. Åter till hemsjukhuset efter några dagar. Vårdas 1 månad p g a endokardit + lungemboli. Får en ny pacemaker innan pat. åker hem. Ska endokarditen kodas som en komplikation även vid andra vårdtillfället

Svar fråga 52

T82.7 Infektion orsakad av pacemaker elektrod

I33.0 Endokardit

Y83.8 alt Y71.8

I26.9 Lungemboli

Z95.0 Förekomst av pacemaker

I49.5 Sick sinus

Pacemaker elektrodendokarditer är fruktade, besvärliga, svårbehandlade.

Fortsatt behandling av samma sjukdom på andra sjukhuset.

Anser man att pacemakern ligger bakom infektionen – kodas som komplikation.

Fråga 53

Instabilitet i sternum efter coronar by pass operation för 6 år sedan. Planeras operation för detta. Hur koda instabilitet i sternum??

Instabilitet

Svar fråga 53

M96.8 Instabilitet i sternum

T91.2 Sena besvär efter

Y88.3 Sternotomi

Om man tar bort höftprotes så kodas den här också. Koden säger inte var utan skriv ut det i texten. Koderna är ospecifika men det bästa som finns.

Fråga 54

Hur kodas tryckmätning i koronarkärl. Proceduren är densamma som vid PCI. D.v.s. först görs en koronarangio, den ursprungliga katetern dras ut och man går in med en ledare förbi det arteriosklerotiska placket och mäter trycket där. Detta är exakt samma procedur som vid en PCI utan att använda stent, fram till själva dilatationen. Detta borde väl kodas som en PCI (FNG02) och inte enbart som en arteriell tryckmätning (AF050)?

Svar fråga 54

FNG02 – PCI, kan inte användas här.

Specifik kod för intracoronar tryckmätning saknas. Om man bara gör detta och inte dilaterar kan man inte koda för dilatation.