



**Rikssektionen för  
Diagnos-  
Kodning**

ICD-10-SE

# Workshop Trauma

Frösundavik Solna 12 mars 2014

# Fråga 1

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Ska inte vara med en bidiagnos som talar om att patienten har haft en hjärninfarkt								
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	20131107--20131108								
<b>Kön</b>	<b>Man</b> <b>Kvinna</b>								
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1984								
<b>Diagnostext/kod</b>	<table><thead><tr><th><b>Text</b></th><th><b>Kod</b></th></tr></thead><tbody><tr><td>Radius- och ulnadiafysfraktur höger</td><td>S52.40</td></tr><tr><td>Motorecyklist skadad i transportolycka</td><td>V28.99</td></tr><tr><td>Bidiagnos:</td><td></td></tr></tbody></table>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>	Radius- och ulnadiafysfraktur höger	S52.40	Motorecyklist skadad i transportolycka	V28.99	Bidiagnos:	
<b>Text</b>	<b>Kod</b>								
Radius- och ulnadiafysfraktur höger	S52.40								
Motorecyklist skadad i transportolycka	V28.99								
Bidiagnos:									
<b>KVÅ-text/kod</b>	<table><thead><tr><th><b>Text</b></th><th><b>Kod</b></th></tr></thead><tbody></tbody></table>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>						
<b>Text</b>	<b>Kod</b>								
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Man som står på Trombyl pga att patienten har haft en liten hjärninfarkt som gått i regress. Just avslutat Waranbehandling och står nu på Trombyl. Inkommer efter att ha kört motocross och slagit i armen. Hade domningar i fingrarna och grovreponeras på akuten. Får gips. Läggs in för observation.</p> <p>Vårdförlopp: Under natten mått bra och kan gå hem på eftermiddagen. Har kvarstående domningar i fingertopparna, tumme, pek- och långfinger. Gipset OK. Op-anmäles med öppen osteosyntes inom en vecka.</p>								

# Svar fråga 1

**SVAR:**

**Huvuddiagnos:** Radius- och ulnariafraktur höger S52.40  
Motorcyklist skadad i olycka V28.00/01

**Bidiagnos:** Hjärninfarkt i den egna sjukhistorien Z86.7C

**Åtgärd:** Sluten reposition NCJ09  
Dorsal gipsskena TNC32  
Höger ZXA00

# Fråga 2

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Jag vill gärna ha med diagnosen för förstörade lymfkörtlar i mediastinum eftersom man har remitterat patienten till hematologen. Och naturligtvis att patienten var alkoholpåverkad.	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2012-10-21—2012-10-23.	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år: 1955	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Fraktur på revben	S22.3
	Förare av personbil	V47.08
	Alkoholpåverkad	Y90.
	Lokaliserad lymfkörtelförstoring	R59.0
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Kört bil kraftigt alkoholpåverkad 85 km/h. Utan bälte. Kraschat in i en annan stillastående bil och därefter voltat ner i ett dike, varpå bilen hamnade på taket.</p> <p>Vårdförlopp: Relativt opåverkad vid inkomsten. Dock alkoholpåverkad. Går på CT-trauma som visar två frakturer, costa 5 och 6 vänster sida, dislocerade. Ingen hemothorax. Under natten klagar patienten även över smärta i vänster axel. Genomgår skelettröntgen som utesluter fraktur i axel. Förnyat status utan några avvikelser. CT-trauma visar även lätt förstörade lymfkörtlar i mediastinum. Känner över lymfkörtelstationer och har någon förstoring kring käkvinkeln vänster sida.</p> <p>Bedömning: Patient som inkommit alkoholpåverkad och kraschat med sin bil och ådragit sig revbensfrakturer. Skriver remiss till hematologen angående förstörade lymfkörtlar.</p>	

# Svar fråga 2

**SVAR:**

**Huvuddiagnos:**

Fraktur på revben

S22.30

Förare av personbil

V47.58

**Bídiagnos:**

Alkoholpåverkad

Y81.2

Lokaliserad lymfkörtelförstoring

R59.0

# Fråga 3

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Är det rätt att koda traumatisk hemotorax alternativt traumatisk pneumotorax, vilka av dessa ska man ha som huvuddiagnos? (DRG-grupp: D10E – 2,4239, större toraxop, ej komplicerat)	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	21 dagar	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1996	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Traumatisk hemotorax med öppet sår in i brösthålan	S27.71
	Övergrepp med skärande och stickande föremål	X99.99
	Traumatisk pneumotorax	S27.0
	Sårskada i bröstorgans bakre vägg	S21.2
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Torakotomi, antero- eller posterolateral	GAB10
	Pleurodes	GAC33
	Revision och sutur av lungskada	GDA40
	Annan incision i, lokal exstirpation eller sutur av lunga	GDA96
	Inläggande av thoraxdränage	GAA10
	Annat öppet eller perkutant dränageingrepp i pleurahåla	GAA96
	Interkostalblockad med kateter	SK421

# fråga 3 forts...

<p><b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b></p>	<p>Tidigare frisk man som blivit attackerad 2013-11-08 och mottagit ett flertal slag mot bröstkorgen och även hugg av ett vasst föremål. Vid ankomsten till Akuten är patienten cirkulatoriskt stabil men känner att det gör ont vid djupandning. Genomgår DT-thorax som visar vänstersidig hemotorax samt pneumotorax. På operation läggs ett 28F toraxdränage som han förbättras på. Utskrivs till hemmet 2013-11-28 med antibiotika samt smärtlindring.</p> <p>2013-11-28 söker han Akuten på nytt pga smärta i vänster torax och att han känner ett bubblande ljud när han andas. Genomgår lungröntgen som visar att förtätningen basalt vänster lunga har ökat sedan utskrivningen. Ingen pneumotorax. Misstanke om avstängd blödning på baksidan av vänster lunga. Man väljer att lägga in patienten med intravenös antibiotika. Operation utförs med anläggning av nytt toraxdränage. Genomgår en ny lungröntgen som visar 7x10 cm avkapslad vätskeansamling. Genomgår spirometri som visar nedsatt lungkapacitet. Man väljer då att göra en torakotomi och rensning av den avkapslade vätskeansamlingen. Efter detta börjar patienten successivt återhämta sig. Man avlägsnar toraxdränet innan utskrivningen. Det görs en kontrollröntgen av lungor som visar en kvarvarande pneumotorax apikalt på cirka 1 mm. Det finns även förtätningar i parenkymet basalt vänster. Patienten skrivs ut till hemmet med peroral antibiotika under 10 dagar samt smärtlindring. Återbesök hos dr X om en vecka. Innan återbesöket ska det tas ett Hb, LPK och CRP samt kontroll med ny lungröntgen, remiss skickad. Recept på Dalacin 300 mg, OxyNorm 5 mtg och OxyContin 5 mg samt Laktulos.</p>
--	--

# Svar fråga 3

## SVAR, delade meningar i gruppen, två svar:

<b>1: Huvuddiagnos:</b>	Komplikation efter toraxdränage	T81.8 + Y83.8
	Traumatisk hemopneumotorax med öppet sår	S27.21 + Y83.8
<b>2: Huvuddiagnos:</b>	Komplikation efter toraxdränage	T81.8 + Y83.8
	Traumatisk hemopneumotorax med öppet sår	S27.21 + X99.99
<b>Åtgärd:</b>	Torakotomi, antero- eller posterolateral	GAB10
	Pleurodes	GAC33
	Revision och sutur av lungskada	GDA40
	Annan incision i, lokal exstirpation/sutur av lunga	GDA96
	Inläggande av thoraxdränage	GAA10
	Annat öppet/perkutant dränageingrepp i pleurahåla	GAA96
	Interkostalblockad med kateter	SK421
	Spirometri	AG053



# Fråga 4

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Ska man koda både multipla frakturer revben och instabil bröstorg eller utesluter de varandra? Om båda koderna, vilken av dessa ska man ha som huvuddiagnos? När man gör en trakeostomi på en patient, ska man då alltid ta med bidiagnos akut respiratorisk insufficiens?	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	18 dagar	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år: 1935	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Multipla frakturer på revben + fall i samma plan	S22.40 + W01.99
	Instabil bröstorg + fall i samma plan	S22.50 + W01.99
	Traumatiskt subkutant emfysem	T79.7
	Akut respiratorisk insufficiens	J96.0
	Pneumoni	J18.9
	Nyckelbensfraktur	S42.0
	Hypertoni	I10.9
	KOL	J44.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Torakoplastik utan plombering	GAD00
	Inläggande av toraxdränage	GAA10
	Trakeostomi	GBB00
	Respiratorbehandling, konventionell	DG021

# fråga 4 forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Rött traumalarm. Man med känd KOL och hypertoni. Falltrauma i maj 2012, då hjärnblödning och man gjorde utrymning av hematoma via Neurokirurgen. Nu åter fall i samma plan. Slagit i bakhuvud, druckit alkohol. Hela tiden vaken. Transporteras in utan halskrage eller spineboard. Man rapporterar lågt blodtryck, varför rätt traumalarm. Patienten har ådragit sig subduralt hematoma samt revbensfrakturer med pneumotorax höger sida. Andningsbekymmer på grund av traumat föranleder trakeostomi. Har utvecklat ett omfattande subkutant emfysem. Man finner också lateralt klavikelfraktur på höger sida. Man enas om att hans tillstånd möjligen kan förbättras genom stabilisering av flail chest på höger sida. Detta utförs komplikationsfritt. I efterförloppet dock ökande infiltrat och stigande CRP. Bedöms som pneumoni. Ligger kvar på CIVA och är svår att extubera. Man utför en ny CT som visar en liten kontusionsblödning frontalt. Lungmedicinkonsult kontaktas igen och man påbörjar utträning av respirator vilket fungerar från den 3 januari. Patienten är dock allmänt medtagen och har fortfarande dålig lungfunktion. Överflyttas till Lungmedicin för fortsatt rehabilitering. Inget planerat återbesök.</p>
-------------------------------------	--

# Svar fråga 4

## SVAR:

**Huvuddiagnos:** Instabil bröstkorg + fall i samma plan S22.50 + W01.99

**Bidiagnos:** KOL J44.9  
Subduralhematom S06.5 + W01.99  
Traumatiskt subkutant emfysem T79.7 + W01.99  
Pneumoni J18.9  
Nyckelbensfraktur S42.0 + W01.99  
Pneumotorax S27.00 + W01.99  
Hypertoni I10.9  
(Akut respiratorisk insufficiens J96.0)

**Åtgärd:** Torakoplastik utan plombering GAD00  
Inläggande av toraxdränage GAA10  
Trakeostomi GBB00  
Respiratorbehandling, konventionell DG021

# Fråga 5-a

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Rätt huvuddiagnos? Patienten har bytt avdelning/sjukhus 6 gånger under vårdtillfället, 2 gånger till annat sjukhus, 4 gånger inom samma sjukhus.	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-10-13—2013-10-21 - ortopedavdelning	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år: 41	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b> Fraktur på femurskaftet slutna höger Mekanisk komplikation av inre ledprotes i höftled höger Diabetes mellitus typ 2 Essentiell hypertoni	<b>Kod</b> S72.30 + W19.99 T84.0F + Y88.3 E11.9 I10.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b> Sekundär totalprotes i höft med hybridteknik, stamrevision Annat operation vid fraktur på femur	<b>Kod</b> NFC32 NFJ99
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Patient med känd tablettbehandlad diabetes mellitus och hypertoni. Psoriasis med ledengagemang, behandlad med Methotrexate. Bilateral höftproteser någon gång 2008. Vänstersidig knäprotes. Fallit utomlands och ådragit sig en periprotetisk fraktur som opererades september 2013 med en lång lateral platta. Inlagd därefter hos oss för mobilisering i 15 dagar. Man påvisade då proteslossning. Inplanerades för operation för vilken patienten nu inkommer.</p> <p>Vårdförlopp: Opereras. Gott postop förlopp. Smärtlindrad och någorlunda bra mobiliserad. Postoperativ röntgen visar lång protesstam i förväntat läge. Fått lite problem med halsbränna, som nu lindrats nästan helt med Omeprazol. Senaste Hb 100 och blodsocker är stabilt. Pågående antibiotikaproylax till sårhäkning. Patienten överflyttas till rehabiliteringsavdelningen. Mobiliseras med full belastning. Suturtagning två-tre veckor postop. Inget planerat återbesök.</p>	

# Svar fråga 5-a

## SVAR:

**Huvuddiagnos:** Mekanisk komplikation av inre ledprotes T84.0F + Y83.1  
i höftled höger

**Bidiagnos:**

Protesnära fraktur på femurskaftet	M96.6F
Diabetes mellitus typ 2	E11.9
Essentiell hypertoni	I10.9
Förekomst av höftprotes	Z96.6F
Förekomst av knäprotes	Z96.6G

**Åtgärd:**

Sekundär totalprotes i höft med hybridteknik, stamrevision	NFC32
Annan operation vid fraktur på femur	NFJ99
Upprättande av rehabiliteringsplan	DV093

# Fråga 5-b

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Ska T84.0F med som bidiagnos? Patienten har bytt avdelning/sjukhus 6 gånger under vårdtillfället, 2 gånger till annat sjukhus, 4 gånger inom samma sjukhus.	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-10-23—30 - rehabiliteringsavdelning	
<b>Kön</b>	Man	Kvinna
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b> Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp Fraktur på femurskaftet, slutet Mekanisk komplikation av inre ledprotes i höftled Diabetes mellitus typ 2 Essentiell hypertoni Psoriasis med ledsjukdom	<b>Kod</b> T81.4 + Y88.3 S72.30 + W19.99 T84.0F + Y88.3 E11.9 I10.9 L40.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b> Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan	<b>Kod</b> DV094
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	Patient med tablettbehandlad diabetes, hypertoni, psoriasis med ledengagemang, bilat höftproteser kring 2008, vänstersidig knäprotes, nu senast fallit utomlands mer periprostetisk fraktur, opererad september med lång lateral platta. Denna platta visade sig ha lossnat och opererades åter i oktober. Gott postop förlopp, smärtlindrad och någorlunda mobiliserad. Röntgenkontroll u a. Patienten utvecklade halsbränna och behandlas med Omeprazol. Överflyttas till rehabiliteringsavdelning.	

# fråga 5-b forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Patienten arbetar med sjukgymnast och är uppe och går med rollator och klarar även nedre klädsel. Patienten planerad för utskrivning i början av november och KSVPL skickades. Op-såret har läckt profust och ortoped konsulteras. Heracillinbehandlingen bedöms då kunna avslutas som planerat men om fortsatt suppuration sårodling och därefter ny kontakt med konsult. Då antibiotikabehandlingen avslutas noteras en temp på 38,1. CRP förhöjt. Patienten har inga hållpunkter för DVT. Inga subjektiva symptom för UVI eller pneumoni. Patientens CRP stigande till cirka 200 och viss rodnad kring op-såret som vätskar mycket lite. Ortopedkonsult säger att vi kan avvakta med antibiotika men att om fortsatt stigande CRP bör patienten flyttas över till infektionskliniken. Efter någon dag ligger CRP något högre och såret har återigen börjat läcka. Patienten flyttas över till infektionskliniken, via ortopedakuten. Röntgen höft och lårben u a. CT lågdos Torax u a. FIM-poäng: In 97. Ut 99.</p>
-------------------------------------	---

# Svar fråga 5-b

## SVAR

**Huvuddiagnos:** Mekanisk komplikation av inre ledprotes i höftled T84.0F + Y83.1

**Bidiagnos:** Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp T81.4 + Y83.1

Diabetes mellitus typ 2 E11.9

Essentiell hypertoni I10.9

Förekomst av höftprotes Z96.6F

Förekomst av knäprotes Z96.6G

**Åtgärd:** Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan DV094



# Fråga 5-c

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	T- men även M-koder som huvuddiagnos? Patienten har bytt avdelning/sjukhus 6 gånger under vårdtillfället, 2 gånger till annat sjukhus, 4 gånger inom samma sjukhus.	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-10-30—2013-12-04 - infektionsavdelning	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b> Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av inre protes Diabetes mellitus typ 2	<b>Kod</b> T84.5 + Y88.3 E11.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b> Incision och debridering vid septisk artrit i höftled Incision och debridering vid mjukdelsinfektion i höft eller lår med implantation av läkemedel Transfusion, erythrocyter, allogen Inläggande av CVK via vena jugularis	<b>Kod</b> NFS19 NFS39 DR029 TPH15
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	Tablettbehandlad diabetes mellitus. Psoriasisartrit, medicinerar med Methotrexate. Colonop, efter detta frekventa lösa avföringar. Bilat höftprotes. På resa utomlands fallit och fått en protesnära fraktur höger femur. Op september. Kommit till Sverige. Röntgen visar cementerad höftprotes höger som är lös, lång lateral platta. Reop oktober. Postop Heracillin fram till suturtagning. Slutet av oktober febr och CRP 72. Läcker vätska från op-såret.	

# fråga 5-c forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Hålls antibiotikafri. Reop november. Klara tecken på djup protesinfektion med grumlad vätska från djupet. Det tas odlingar där det växer Streptococcus mitis i fem av fem odlingar, efter anrikning växer det även fram Staphylococcus haemolyticus, Enterococcus faecalis och Staphylococcus epidermitis. Insätts på Vanco direkt efter op, man byter behandling till Bensyl-pc kortvarigt innan man återigen börjar med Vancomycin med tanke på multibakteriell flora. CRP går ned något kring 30 men hela tiden läckage från mellersta delen av såret. Är fortsatt febril, på misstanke om betalaktamfeber ändras antibiotikaregim till Zyvoxid per oralt. Reop slutet av november i första hand serös vätska. Tänkt behandlingstid med Zyvoxid planeras till tre månader om patienten tolererar detta. Protesbyte är tekniskt möjligt men väldigt komplicerat varför man i första hand vill avvakta med detta. Planen framöver är att patienten får belasta fullt. Planeras åter till infektion/ortoped om tre-fyra veckor med slätröntgenkontroll dessförinnan. Föreslår att man följer patienten med CRP 3 ggr/vecka. 1 ggr/vecka måste man kontrollera blodstatus och diff under pågående Zyvoxid-behandling.</p>
-------------------------------------	---

# Svar fråga 5-c

## SVAR:

<b>Huvuddiagnos:</b>	Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av inre protes	T84.5F
	Streptokocker	B95.4
	Staph hemolyticus + epidermis	B95.7
	Enterokocker fekalis	B95.2
		Y83.1
<b>Bidiagnos:</b>	Diabetes mellitus typ 2	E11.9
	Förekomst av höftprotes	Z96.6F
	Förkomst av knäprotes	Z96.6G
<b>Åtgärd:</b>	Reoperation för djup infektion	NWF69
	Incision och debridering vid mjukdelsinfektion i höft eller lår med implantation av läkemedel	NFS39
	Inläggande av CVK via vena jugularis	TPH15



# fråga 5-d forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	Planeras för utskrivning men försämras då med tilltagande kräkanfall och sista dygnet även psykomotoriskt förlångsammad. Ordinerar provtagning som då visar njursvikt och metabol acidosis. Medicinjour kontaktad och patienten överförs till medicinkliniken för fortsatt vård. Inget planerat återbesök till rehabiliteringsavdelningen. Methotrexate tillfälligt utsatt på grund av infektion. Innohepprofylax avslutad. Erhållit Primperan vid behov. Metformin kryssat.
-------------------------------------	--

# Svar fråga 5-d

## SVAR:

**Huvuddiagnos:** Infektion och inflammatorisk reaktion T84.5 + Y83.1  
orsakad av inre protes

**Bidiagnos:** Akut njursvikt N17.9  
Diabetes mellitus typ 2 E11.9  
Essentiell hypertoni I10.9  
Metabol acidosis E87.2  
Förekomst av höftprotes Z96.6F  
Förekomst av knäprotes Z96.6G

**Åtgärd:** Rehabilitering enligt rehabiliteringsplan DV094



# fråga 5-e forts...

<b>Status</b>	<p>At: RLS 1. Orienterad till plats och egna data. Lätt kognitivt påverkad. Vid anamnesupptagning inte helt adekvata svar. Temp: 36,1. Puls: 113. Saturation: 95. EKG: Sinustakykardi med 105 slag/min. Lateral ST-förändringar.</p> <p>Lab: Blodgas efter 1 l Ringer pH 7,23, basöverskott -19. Natrium 130. Kalium 3,7. Kalciumjon 1,15. Laktat 2,1. Hb 99. Krea 444.</p> <p>Hjärta: Regelbunden rytm, inga blådsljud</p> <p>Bltr: 129/108 mmHg.</p> <p>Lungor: Rena andningsljud bilateralt. Inga biljud.</p> <p>Buk: Högt klingande och sprängande tarmljud. Mjukt och oömt. Uppspänd. Tympanism.</p> <p>Navelbräck, reponibelt enligt kirurgjour.</p> <p>Neurologi: Symmetrisk pupillreaktion för direkt och indirekt ljus. Rör samtliga extremiteter. Negativ Babinski bilat. Svårundersökt p g a illamående.</p> <p>Lokalstatus: extremiteter – inga pittingödem.</p>
<b>Bedömning</b>	<p>Akut njursvikt efter några dagars anamnes med kräkningar. I första hand inte misstanke om infektion, flera dagars anamnes och CRP i nivå med tidigare. Svårt att veta vad som är hönan och ägget. Kräkningar sekundärt till njursvikten alt utvecklade sekundärt till kräkningarna. I första hand misstanke om prerenal njursvikt sekundärt till flera dygns kräkningar. Påbörjar därför vätska och följer förloppet. Ger även Tribonat. Utreder kräkningarna med DT BÖS med tanke på ev ileus och även CT skalle. V-sond och KAD. Urinmätning och vätskelista. Följer ytterligare TnT något senare under natten. Basöverskott på -19 tycker jag är rätt uttalat för endast en akut njursvikt varför annan bakomliggande diagnos måste uteslutas. Har försökt kontakta njurjour för diskussion, men svarade inte.</p>



# fråga 5-e...

<b>Vårdförlopp</b>	<p>Patient med diabetes mellitus typ 2. Hypertoni. Multipelt bukopererad på mitten av 1980-talet. Initialt vänstersidig hemikolektomi och sigmoideumresektion på grund av divertikulos. Anastomosinsuff och pre op vid flertalet tillfällen. Nu falltrauma utomlands där han ådragit sig en höftfraktur som fått reopererats. Efterföljande sårinfektion och övergående vård på infektionskliniken. Överförd sedermera till rehabiliteringsavdelning. Illamående och kräkningar, utvecklat prerenal svikt med uttalad njurpåverkan. Detta sekundärt till ileus. Responderar väl på behandling, kreatinin tydligt i regress. Dominerande bekymmer nu subileusbild, överförs till kirurgavdelningen (KAVA) för fortsatt vård.</p>
--------------------	---

# Svar fråga 5-e

**SVAR:**

**Huvuddiagnos:**

Akut njursvikt

N17.9

**Bidiagnos:**

Diabetes mellitus typ 2

E11.9

Hypertoni

I10.9

Subileus

K56.7

Förekomst av höftprotes

Z96.6F

Förekomst av knäprotes

Z96.6G

# Fråga 5-f

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Rätt slutdiagnos? Under hela vårdförloppet finns fel bidiagnos och fel orsakskoder. Patienten har bytt avdelning/sjukhus 6 gånger under vårdtillfället, 2 gånger till annat sjukhus, 4 gånger inom samma sjukhus.	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-12-14—17 - kirurgavdelning	
<b>Kön</b>	<b>Man</b>	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Akut njursvikt, ospecificerad	N17.9
	Diabetes mellitus typ 2	E11.9
	Essentiell hypertoni	I10.9
	Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av inre protes	T84.5 + Y88.3
	Mekanisk komplikation av instrument för inre fixation	T84.1 + Y88.3
	Fraktur på femurskaftet, slutet	S72.30 + W19.99
	Psoriasis med ledsjukdom	L40.5
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b>	<b>Kod</b>
	Rektoskopi	UJG02
	Proktoskopi	UJH02
	Sekundär totalprotes i höft med hybridteknik, stamrevision	NFC32
	Incision och debridering vid mjukdelsinfektion i höft eller lår med implantation av läkemedel	NFS39
	Incision och debridering vid septisk artrit i höftled	NFS19

# fråga 5-f forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	<p>Man med tablettbehandlad diabetes mellitus. Psoriasis artrit som Methotrexate-behandlas. Multipelt opererad i buken under 1980-talet. Falltrauma i september utomlands, ådragit sig en höftfraktur som primäropererats utomlands. Tyvärr kan man konstatera att proteserna havererat, patienten reop i oktober. Postop komplicerat förlopp, patienten vårdas på rehab-avdelning men får tyvärr en protesinfektion och reop ånyo två gånger i november. Initialt Vancomycin-behandlad, därefter Zyvoxid sedan början på november. CRP legat på en platå omkring 50. I mitten på december försämras patienten ytterligare, kräks och lab-mässigt akut njursvikt. Svarar bra på vätska, urinsediment u a. Kolondilatation, erhåller V-sond och rektalsond, försök till rektoskopi, då man drar tarmsonden inför detta massivt utbyte med avföring, buken sjunker ihop. Ny rektoskopi dagen efter med normala förhållanden, tolkas helt enkelt som obstipation. Lab-mässigt får CRP upp, mitten på december kring 100, för att sedan två dagar senare sjunka till 59. Möjligtvis kan CRP-stegringen vara kopplad till hans kolonileus. Patient har även en lätt hypokalemi vid hemgång, kalcium 2,8. Substitueras med Kaleorid. Patientens höft ser fin ut vid hemgång, såret vätskar inte alls och patienten har inga smärtor i höften utan klarar sig med Panodil. Planeras åter ortoped/infektionsmottagning i mitten av januari, röntgen av höger höft är planerad några dagar innan mottagningsbesöket.</p>
-------------------------------------	---

# Svar fråga 5-f

## SVAR:

<b>Huvuddiagnos:</b>	Subileus	K56.7
<b>Bidiagnos:</b>	Akut njursvikt, ospecificerad	N17.9
	Diabetes mellitus typ 2	E11.9
	Essentiell hypertoni	I10.9
	Förekomst av höftprotes	Z96.6F
	Förekomst av knäprotes	Z96.6G
<b>Åtgärder:</b>	Rektoskopi	UJG02
	Proktoskopi	UJH02

# Fråga 6

<b>Min fråga/fundering är....</b> (även kortfrågor)	Ska frakturen kodas med S-nr fast den är åtta månader gammal? Hur ska instabiliteten kodas, S- eller M-nr?	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	6 dagar	
<b>Kön</b>	Man	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år: 1947	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b> Densfraktur typ II Instabilitet C1-C2 Reumatoid artrit	<b>Kod</b> S12.10 + W19.99 M53.2 M06.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b> Occipithorakal fusion Autotransplantation av ben till kotpelare Homotransplantation av ben till kotpelare	<b>Kod</b> NAG79 NAN09 NAN19
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	Kvinna med reumatoid artrit. Har ramlat vid midsommar och i samband med detta ådragit sig en densfraktur. Viss fördröjning i handläggningen men man har nu genomfört en CT och en MR som visar densfraktur och en C1-C2-instabilitet med ett zack på ungefär 12 mm. Smärtproblematik i nacken och utstrålning upp bakom öronen samt ner mot skuldrorna. Patienten är informerad om röntgenfynden och om de behandlingsalternativ som finns. Efter genomgång samtycker hon till åtgärd enligt nedan. Opereras med en occipitotorakal fusion. Okomplicerad operation. Patienten ligger i planläge tills dränet dras dagen därpå. Patienten har fått en halskrage som ska användas vid mobilisering i tre månader fram till planerat återbesök. Varit neurologiskt u a sedan ankomst till avdelningen. Har kommit upp och gått med gåbord.	

# fråga 6 forts...

<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	Genomförs en postoperativ röntgen. Värt att notera att höger C2-skruv ersatts som kort pedikelskruv p g a att benet sprack. Patienten har inte haft något symptom av detta i efterförloppet. Fri mobilisering med halskrage. Ska ha Fragmin 5 000 E i 14 dagar postoperativt. Stygn ska tas ut om två veckor. Ett återbesök planeras till operatören till ryggortopedmottagningen om tre månader.
-------------------------------------	---

## Svar fråga 6

### SVAR:

<b>Huvuddiagnos:</b>	Instabilitet C1-C2	M53.2
<b>Bidiagnos:</b>	Utebliven läkning av densfraktur	M84.1A
	Reumatoid artrit	M06.9/M05.9
<b>Åtgärd:</b>	Occipithorakal fusion	NAG79
	Autotransplantation av ben till kotpelare	NAN09
	Homotransplantation av ben till kotpelare	NAN19

# Fråga 7

<b>Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)</b>	M- eller S-kod. Ska försöka sätta en rätt diagnoskod på en patient som har varit på akuten. Inget trauma = M-kod Trauma = S-kod Hur många axellux innan man kan sätta en M-kod?  En fråga att ta med sig till RDK... eller du kanske vet? I just det här fallet har läkarna kodat M ibland och S ibland.
---	---

## Svar fråga 7

### **SVAR:**

Om det är en adekvat tid mellan första och andra gången: Första gången S-kod och andra gången M-kod (+ kapitel XX-kod om trauma).

Om lång tid mellan trauman (15 år) blir det S-kod igen.

Om adekvat trauma båda gångerna med kort tid emellan, t ex fall från cykel en gång och påsprungen av hund andra gången är båda S-koder.



# Fråga 8

<b>Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)</b>	Vad blir huvuddiagnosen på vårdtillfället på "hemsjukhuset"? Patienten läggs in på "stora sjukhuset" enbart då timmen är sen. Hade hon kommit in på dagen hade hon åkt direkt från akuten till sitt hemsjukhus. Blir frakturen huvuddiagnos eller ska det vara eftervård?	
<b>Vårdtid</b> (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Akutbesök 2012-10-01 Vårdtid "stora sjukhuset" 2012-10-01—02 Vårdtid "hemsjukhuset" 2012-10-02—06	S72.10 + W01.03 + I10.9 S72.10 + W01.03 + I10.9 Se nedan...
<b>Kön</b>	Man	<b>Kvinna</b>
<b>Ålder</b> (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år: 1932	
<b>Diagnostext/kod</b>	<b>Text</b> Högersidig höftfraktur Fall Hypertoni	<b>Kod</b> S72.10 W01.03 I10.9
<b>KVÅ-text/kod</b>	<b>Text</b> Mobilisering	<b>Kod</b> DN006
<b>Anamnes/ Sjukdomsförlopp</b>	En 83-årig vital kvinna med enbart hypertoni i sin sjukhistoria. Bor ensam i hus utan trappor. Inkommer till akuten sent på kvällen då hon ramlat och slagit i höger höft när hon skulle rasta hunden. Röntgen visar en fissur i trokanter major, bedöms som inte genomgående i trokantermassivet. Ska behandlas konservativt. På grund av den sena timmen (strax efter midnatt) läggs hon in på ortopedavdelningen över natten. På morgonen överförs hon till sitt hemsjukhus för att ha närheten till nära och kära samt sin hund.	

# Svar fråga 8

**SVAR:**

**Huvuddiagnos:**

Högersidig höftfraktur

S72.10

Fall

W01.03

**Bidiagnos:**

Hypertoni

I10.9

**Åtgärd:**

Mobilisering

DN006



**Rikssektionen för  
Diagnos-  
Kodning**

ICD-10-SE

# Tack för er medverkan!

Frösundavik, Solna 12 mars 2014



# Svar fråga 5-a