



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Workshop Kirurgi

Tylösand Halmstad 13 mars 2013

Fråga 1

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Eller Z48.8 Kirurgisk eftervård som huvuddiagnos			
Vårdtid	Vinter 2013, 14 dagar			
Kön	Man Kvinna			
Ålder	Född år: 1940			
Diagnostext/kod	Text Läkemedelsutlöst neutropeni Pneumoni Resp insuff Candidainf KOL	Kod D709 J15.9 J96.9 B37.1 J44.9	Text Läkemedel terapeutiskt bruk... Sepsis Coloncancer Pleuravätska	Kod Y579 R65.1 C18.4 J90.9
KVÅ-text/kod	Text Inläggande av thoraxdrän Respiratorbeh, non invasiv	Kod GAA10 GD023	Text Respiratorbeh, konventionell	Kod DG021
Anamnes/Sjukdomsförlopp	KOL, Coloncancer op akut med högersidig hemikolektomi, framläggning av ileostomi hösten 2012. Post op lungemboli, sepsis och CVK-relaterad pneumothorax. Låg molekylärt heparinbeh. Påbörjat cytostatikabeh dec mån, hunnit få en beh med Xelox. Beh på annat sjukhus, överflyttas hit för fortsatt IVA-vård p g a platsbrist. Under vårdtiden här fortsatt neuropeni och beh med Zarzio tills vita stiger adekvat. Hon har en bakteriell pålagring på sin neuropeni och bedöms ha en septisk bild orsakad från lungorna, även svampväxt. Patienten intuberas, fortsatt vård i respirator. Regress av parenkymförändringar efter hand. Antibiotikabeh med Tazocin, Vancocin och Cancidas. Patienten återgår till sitt hemortssjukhus utan någon egentlig kirurgisk åtgärd annat än att hon har fått ett pleuracandran där det tömt sig ett par liter pleuravätska, tolkas som sekundärt till lungproblematiken. Stomiflödena initialt höga med detta kuperas med Dimor och Kodeinfosfat. Återgår således till sitt hemortssjukhus			

Svar fråga 1

Workshopgruppens svar:

HD: **Bakteriell pneumoni J15.9**

Läkemedelsutlöst neutropeni D70.9 + Y57.9 + ATC cytostatika

Sepsis R65.1

Candidainfektion B37.1

Resp insuff J96.9

Pleuravätska J90.9

Coloncancer C18.4

Förekomst ileostomi Z93.2

Höga flöden i stomin K52.9A

KOL J44.9

+ åtgärder.

Fråga 2

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	Våren 2013, fjorton dagar
Kön	Man Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Antal dagar: Född år:1964
Diagnostext/kod	Text Kod
KVÅ-text/kod	Text Kod
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Homozygot APC-resistens, tidigare Waranbehandlad. Schizofreni. Lungemboli och DVT i anamnesen. Inkommer pga cirkulations- och respirationssvikt, buksmärta, uppspänd och klingande buk, Hb 31, PK 8. Misstanke om intraabdominell blödning. CT-buk visar en välavgränsad resistens i buken intraperitonealt, tolkas som en blödning i mesenteriet. Transfunderas.

Svar fråga 2

Workshopgruppens svar:

Blödning i mesenteriet R58.9 + T50.9 + Y57.9 + ATC

Blödning under pågående Waranbehandling D68.3

Anemi efter större blödning D62.9

Hypovolemisk chock R57.1

Homozygot APC-resistens D68.5A

Respiratorisk insufficiens J96.99

Lungemboli i anamnesen Z86.7A

DVT i anamnesen Z86.7B

+ åtgärder.

Fråga 3

Hur kodas GIST-tumör? Har sett: C49.4, D37.9 samt C16.

Workshopgruppens svar:

Kodas på organet, avvakta PAD.

Fråga 4 A

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Diagnosen hjärnskakning, S06.0, har jag angivit bredvid att man ska ha varit avsvimmad. Läkarna kan tycka att det ibland finns orsak att sätta S06.0 även om ej avsvimmad men tydliga tecken på commotio ändå finns efteråt. Finns någon praxis vad gäller denna diagnos?
---	---

Workshopgruppens svar:

Läkaren avgör.

Fråga 4 B

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Graviditet? Om man har t ex appendicit eller hemorrojder och blir opererad och samtidigt är gravid, ska man då ha O-diagnos som huvuddiagnos (eftersom graviditet går före enligt klassifikationen)? En del läkare vill gärna sätta gravid som bifynd Z33.9. Vad gäller?
---	--

Workshopgruppens svar:

O-kodning ska alltid användas vid slutenvårdskontakter.

- Vid öppenvårdskontakter kan Z33.9 Gravid, användas som bidiagnos till den egna specialiténs diagnos. -

Fråga 4 C

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Anemi vid tumörsjukdom, D630. När kan man använda denna? Min kollega som har gått DRG-utbildningen innan mig har skrivit i sin bok att man ej använder denna om patienten har koloncancer? Stämmer det?
---	--

Workshopgruppens svar:

D63.0 används när cancer orsakar anemi, t ex röda blodkroppar kan inte bildas.

Om en cancer orsakar en blödning som leder till anemi blir koden D50.0.

Fråga 5

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur mycket ska man ta med? Vad ska vara huvuddiagnos? Tänker vi "rätt"?			
Vårdtid	30 dagar			
Kön	Man Kvinna			
Ålder	Född år: 1957			
Diagnostext/kod	Text Pneumoni orsakad av stafylokokker Septisk chock Akut respiratorisk insufficiens Misstänkt akut hjärtinfarkt Rektalcancer i egna sjukhistorien	Kod J15.2 R57.2 J96.0 I21.9 Z85.0C	Text Järnbristanemi E.coli Hjärtsvikt Agranulocytos Tillstånd med kolostomi	Kod D50.9 B96.2 I50.9 L70.9 Z93.3
KVÅ-text/kod	Text Respiratorvård Anläggande av CVK CPAP	Kod DG021 TPH15 DG001	Text Blodtransfusion UGC Nutritionsbehandling, TPN	Kod DR029 AF021 DV055
Anamnes/Sjukdomsförlopp	Kvinna som opererats med rektumamputation och anläggande av stomi -11 p g a rektalcancer. Får adjuvant cytostatikabehandling. Inkommer p g a cellgiftsinducerat illamående, klarar sig inte i hemmet längre. Höga flöden i stomin, förhöjda Infektionsvärden, lågt Hb och LPK samt buksmärta. Blod-, urin- och fecesodlas. Insätts på antibiotika. Pat blir akut försämrad på avd och flyttas till IVA med svår septisk bild. Bilateral lunginflammation, akut resp insuff och multiorgansvikt. Respiratorvårdas. Hjärtsvikt och förhöjt troponin. Blododl visar staphylococcus auerus, fecesodl E.coli. Fortsatt leukopen. Stabiliseras efter massiva IVA-insatser och får CPAP samt CVK. Genomgår UGC som visar misstanke om genomgången infarkt. Fortsatt hjärtsvikt. Pat får TPN samt 5 E blod relaterat till Hb som lägst 83. Mobiliseras på avd och kan slutligen utskrivas till hemmet.			

Svar fråga 5

Workshopgruppens svar:

HD: Pneumoni orsakad av stafylokocker J15.2

Septisk chock R57.2

Akut respiratorisk insufficiens J96.0

Misstänkt hjärtinfarkt I20.0

Hjärtsvikt I50.9

Järnbristanemi D50.9

E-coli B96.2

Agranulocytos L70.9

Rektalcancer C20.9

Stora flöden i stomin K52.9A

Tillstånd med kolostomi Z93.3 + åtgärder.

Fråga 6

Intagningsorsak	Kvinna som kommer på grund av buksmärtor och ikterus	
Kön	Man	Kvinna
Diagnostik/kod	Diagnos ICD10 Bidiagnos ICD10 Bidiagnos ICD10 Bidiagnos ICD10 Bidiagnos ICD10 Bidiagnos ICD10	K830 R572 K830 Kolangit R572 Septisk chock N179 Akut njursvikt E119 Diabetes mellitus typ 2 utan (uppgift om) komplikationer R429 I694 R429 Yrsel I694 Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom, ej specificerad som blödning eller infarkt K720 Akut leversvikt J969 Respiratorisk insufficiens
KVÄ-text/kod	KVÄ/Opkod KVÄ/Opkod	DR029 Transfusion DG002 Inledande av behandling med respirator
Anamnes	Hemorragisk stroke 2003 på bakgrund av hypertoni. Sequele i form av nedsatt syn på höger öga samt yrsel. Går med rullator. Typ 2 diabetes, insulinbehandlad. Prednisolon på grund av oklar ledvärk. Buksmärtor sedan 10 dec framförallt vä, kräkningar i samband med detta. Nedsatt aptit och kraft. Mer eller mindre segnat ihop, därför kommer patient till akuten. Blodprov visar kraftig stas, inlagd och beställs ett ultraljud.	

FORTSÄTTNING →

Fråga 6 forts...

Förlopp

Ultraljud kan inte verifiera något stopp i gallvägarna, det beställs en CT som visar svullnad runt pankreassvansen men inga tecken till tumör eller sten. Stigande bilirubin. Pat insatt på antibiotika och Konakion pga stigande PK. Trots detta pat sämre, dålig urinproduktion och kontakt tas med MIG-teamet. Pat får CVK och vätskas upp. ACE/ARP hämmare sätts ut. Ingen möjlighet att få till PTC under julhelgen. 27/12 flyttas pat till IVA pga sepsis sekundärt till hennes kolangit. ERCP görs 27/12 med misstanke om en malign striktur på ett par cm i hepaticus communis trots detta pat sämre, en bit nedanför confluence. BORST-cytologi och stent förbi strukturen. Pat fortsatt dålig efter detta. PRISMA inleds och pat kräver respiratorstöd. Insatt på Noradrenalin. Pat stabiliseras och börjat sakta att sänka Noradrenalin dosen. Best CT som visar att pat är dåligt dränerad intrahepatiska gallvägarna på vä sida. Pat försämras efter detta och ultraljud visar progress av ascitesvätska. Best PTC och dränering av ascitesvätska som görs 4/1. Antibiotika bytes till Tienam och en dos Garmycin. Pat fortsätter multiorgansvikt, sjunker ihop, transfunderas. Melena och koagulationsrubbningar. När man stänger av PRISMA får pat hög feber. Disk mellan IVA-läkare och kirurgen bestäms att trappa ned vårdnivå. Detta disk med pats make. Helt införstådd om läget. Noradrenalin sätts ut och pat avlider ganska snabbt därefter. Ingen önskan om obduktion från anhöriga och ur medicinsk synpunkt tycker vi inte heller det är nödvändigt.

Svar fråga 6

Workshopgruppens svar:

HD: Kolangit	K83.0
Septisk chock	R57.2
Akut njursvikt	N17.9
Akut leversvikt	K72.0
Ascites	R18.9
Respiratorisk insuff	J96.9
Diabetes mellitus typ 2	E11.9
Yrsel	R42.9
Sena effekter av hemorragisk stroke	I69.4
+ åtgärder.	

Fråga 7

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)		
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)		
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Antal dagar: Född år:	
Diagnostext/kod	Text	Kod
KVÅ-text/kod	Text	Kod
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Kvinna klaffopererad 90-talet. Waranbehandlad. Tidigare canceropererad med mastektomi vänster -81. Haft problem med lymfödem vänster överextremitet. Känt förmaksflimmer. Kommer in pga buksmärta och kräkningar. Misstanke om kolecystit och patienten inlagd. CT buk talar också för misstanke om carcinoid. Bestämt att göra en expl laparotomi med kolecystektomi och exploration av bukhåla. Visat tunntarm nedbunden i en hård process. Fryssnitt visar carcinoid. Postop drabbgas patienten av hematemes och gastroskoperas. Kraftig distal esafogit, beh med Nexium. Rem till endokrinkir. Insatt på Sandostatin. Postop drabbas pat av subileus men kontrast tar sig över till colon. Vätska runt levern som punkteras.	

FORTSÄTTNING →

Fråga 7 forts...

Operation	Insatt på Betapred, vill försöka minska svullnaden i carcinoidområdet. Olimel kan sättas ut och pat kan börja försörja sig. Insatt på Sandostatin LAR 20 mg i m var fjärde vecka. JKA20 Kolecystektomi TJK00 Perop kolangiografi UJD02 Gastroskopi
Förlopp	Blir allt bättre. Mobiliseras. Antibiotika sätts ut. Såret ser bra ut. Litet hematoma i subcutis men inga tecken till infektion. Vårdplanering, kan komma hem idag. Vårdplanerar Waran hela nästa vecka. PK idag 2,4.
Planering	Skrivs hem idag. Uppföljning av Waranbeh via AK-mott. Rem till endoskopien för kontroll gastroskopi ef 4-6 veckor pga hennes esofagit.
Aktuell mediciner	Waran 2, 5 mg enl schema. Omeprazol. Digoxin. Lasix Retard. Spironolakton. Seloken. Lerkandinpin. Ramipril. Sandostatin.
Diagnos	
Bidiagnoser	C76.2 Malign tumör i buken E44.1 Lätt protein-energiundernäring K20.9 Esofagit I48.9A Förmaksflimmer, kroniskt Z95.2 Förekomst av hjärklaffprotes av icke biologiskt material Z92.1 Långtidsanvändning Waran

Svar fråga 7

Workshopgruppens svar:

HD: Tunntarmscarcinoid	C17.9
	E34.0
Lätt protein-energiundernäring	E44.1
Esofagit	K20.9
Gallsten utan kolecystit	K80.2
Postoperativ subileus	K91.3
Förmaksflimmer, kroniskt	I48.9A / I48.2 ny kod 1/1 2013
Förekomst av hjärtklaffprotes	Z95.2
Långtids Waranbehandling	Z92.1
Bröstcancer i anamnesen, op 1981	Z85.3
+ åtgärder.	

Fråga 8

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)				
Vårdtid	25 dagar			
Kön	Man Kvinna			
Ålder	Född år: 1969			
Diagnostext/kod	Text Cancer pancreatis Infektion i kärl efter medicinsk beh Sepsis	Kod C259 T827 R650	Text Anemi Komplikation efter CVK Staphylococcus aureus	Kod D649 Y848 B95.6
KVÅ-text/kod	Text Gastroenteroanastomos (GE + EA) Endoskopisk papillo/sfinkterotomi Endoskopisk inl av stent i gallgång TPN Inläggning av venport Datortomografi buk (ospecificerat)	Kod JDE10 JKE02 JKE18 DV065 TPX10 AJ004	Text ERCP Dietist Sjukgymnast EDA Transesofageal ekokardiografi Transfusion erythrocyter x 2	Kod UJK02 XS912 XS918 DA019 AF064 DR029
Inskrivningsorsak	Tidigare väsentligen frisk man som vårdats på kirurgkliniken på Xsjukhus från XXXXXX till och med XXXXXX. Utredningen hade då visat en tumorös förändring i duodenum/pancreas. Inkommer efter att ha varit på annat sjukhus och gjort en utredning avseende tumören. Denna visar på ett adenocarcinom med sannolikt ursprung från pancreas. Har på pancreaskonferens bedömts som icke operabel. Patienten blir vid återkomst till Xsjukhus erbjuden GE-operation för att optimera passage. Framtida kemobehandling erbjuds även.			

FORTSÄTTNING →

Fråga 8 fortsättning

Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Väsentligen välmående vid ankomst till Xsjukhus. Opereras XXXXXX med en GE + EA. Postoperativt stora vätskeförluster och elektrolytrubbningar. Insatt på TPN. Har en EDA som avvecklas. XX/XX får patienten feber och frossa. Insättes på antibiotika. Görs en DT som inte visar på något större läckage. Svar på blododling visar Staph Aureus-sepsis. CVK-spetsen som också är skickad till odling visar även den Staph Aureus. Således är sepsisutgången från CVK. Får tilläggsbehandling med Vancomycin som sedan utsättes och patienten får Ekvacillin-behandling. Det görs ett TEE som inte visar på någon endokardit. CRP i sjunkande och patienten blir feberfri. TPN kan avvecklas och patienten kommer igång att äta och dricka per os. Under senare delen av vårdtiden noteras stigande levervärden inklusive bilirubin över 200. Ultraljud över levern visar kraftig vidgade gallvägar ned till caput pancreatis. Görs ett lyckat försök att lägga ett stent XXXXXX. Samtidigt inlägges även en venport. Efter diskussioner med X-konsult kan antibiotika efter detta sättas ut. Efter detta ingrepp kräks patienten några gånger. Patienten är trött och tagen. I labB ses ett Hb på 87. Får två enheter blod. Mår dock XXXXXX väsentligen väl. Önskar åka hem. I lab ett något förhöjt CRP. Stabiliserat Hb. Ett bilirubin som på fyra dagar sjunkit från 227 innan stentinläggning till 90 vid utskrivning.
Vårdplanering	Patienten får med sig Fragmin-sprutor fram till och med tisdag. Då har patienten ett besök inplanerat på X-kliniken. Vidare ställningstagande till Fragmin-behandling får ske därifrån. Då även ställningstagande till vidare behandling. I övrigt färdig från kirurgiskt håll. Sjukskrivning skickas till patienten för en månad framöver. FORTSÄTTNING 

Fråga 8 fortsättning

Op/åtgärder:

JDE00 Gastroenteroanastomos (GE+EA)

JKE02 Endoskopisk papillotomi eller sfinkterotomi

JKE18 Endoskopisk inläggning av stent i gallgång

UKJ02 ERCP

XS912 Dietist

XS918 Sjukgymnast

DV065 TPN

DA019 EDA

TPX10 Inläggning av venport

AF064 Transesofageal ekokardiografi

AJ004 Datortomografi buk

DR029 Transfusion, erythrocyter x 2

Diagnos: (HD) C25.9 Cancer pancreatis, D64.9 Anemi, T82.7 Infektion i kärl efter medicinsk behandling, Y84.8 Komplikation efter CVK, R65.0 Sepsis, B95.6 Staphylococcus aureus

Svar fråga 8

Workshopgruppens svar:

HD: Cancer pancreatis C25.9

Anemi **D50.9**

Infektion i kärl pga CVK T82.7, Y84.8

Sepsis R65.0

Staphylococcus aureus B95.6

+ åtgärder.

Fråga 9

Min fråga/fundering är....	Är det inte cancer som orsakar buksmärtorna?	
Vårdtid	Tre dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder	Antal dagar: Född år: 1934	
Diagnostik/kod	Text Huvuddiagnos Levermetastaser Pancreasmetastaser Kronisk ischemisk hjärtsjukdom Gammal hjärtinfarkt Diabetes mellitus Status post prostatacancer	Kod R10.4 C78.7 C25.0 I25.9 I25.2 E11.9 Z85.5
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med TIA, prostatacancer, diagnostiserad 2003, hjärtinfarkt och därefter PCI-behandlad 2009. Bilat opererad katarakt. Diabetes mellitus efter total pankreatektomi pga cancer i avancerad klassifikation, genomgick Whipple-operation. Inkom nu till akutmott efter att han sedan fyra veckor relativt hastigt blivit sämre i sin ork och allmäntillstånd och även tappat en del i vikt. Inlades för utredning. Genomgår DT thorax, buk för att utesluta recidiv, tyvärr kan inte så genomföras, d v s man ser att patienten har en kraftigt komprimerad vena porta och kontrastfyllda vener mesenteriskt samt lymfadenopati och multipla körtlar i buken, både mesenteriskt och retroperitonealt. Man ser också klart misstänkt recidiv motsvarande tidigare lokal för kauda pancreatis samt nytillkomna levermetastaser. Skriver remiss i samband med utskrivningen till onkologen, för att se om det finns möjlighet att ge någon palliativ behandling, då patienten är i gott allmän-tillstånd, trots sina andra grundsjukdomar. Får också insatt lång- och snabbverkande smärtlindring.	

Svar fråga 9

Workshopgruppens svar:

HD: Tumörrecidivet "motsvarande tidigare lokal för cauda pancreatis", förslagsvis metastasering buk	C76.2
Levermetastaser	C78.7
Status post pankreascancer	Z85.0H
Gammal hjärtinfarkt	I25.2
Hypoinsulinism efter pankreatektomi	E89.1
Status post prostatacancer	Z85.5J
Lymfkörtelförstoring	R59.0

Fråga 10

**Min fråga/fundering är....
(även kortfrågor)**

DAI-skada (Diffuse Axonal Injury (DAI) innebär skador på nervtrådar (axon) och att skadan inte är fokal/lokaliserad till en plats. Vilken diagnoskod ska det vara till denna diagnos. Är S06.8 eller 9 bra? DAI är en hjärnskada med ingen blödning. Patienten kanske aldrig vaknar upp. Hamnar på neurorehab. Tappar minnet, personlighetsstörning och sover väldigt mycket.

Svar fråga 10

Workshopgruppens svar:

Multifokal hjärnskada, ev S06.3

Fråga 11

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Jag vill ha obstipationen som huvuddiagnos alt patientens bråck Sepsis och pneumonifråga			
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	15 dagar			
Kön	Man ☐ Kvinna ☐			
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Född år: 1922			
Diagnostext/kod	Text Buksmärtor Pneumoni Spinal stenosis	Kod R10.4 J18.9 M48.0	Text Obstipation Malign tumör i prostata	Kod K59.0 C61.9
Tidigare sjukdomar	Prostatacancer, hormonbehandling. Spinal stenosis. Långvariga besvär med buksmärtor. Genomgått utredning med ultraljud, denna undersökning visat malignitetssuspekt förändring i gallblåsan. Man har tidigare tagit beslut om att avstå från ytterligare utredningar avseende detta med tanke på att patienten inte kommer att kunna genomgå någon kirurgisk behandling, DVT hö ben, Waran-beh till augusti 2012.			

FORTSÄTTNING →

Fråga 11 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp

Inkommer akut med cirka en veckas anamnes på tilltagande svullnad och smärta i buken. Tilltagande orkeslöshet under hösten. Anemi, Hb 104. Inlägges. CT buk visar en del format innehåll i colon samt förändring i gallblåsans collumdel som tidigare. Ingen inflammatorisk process. Natten till 21/12 klinisk försämring med feber och cirkulationspåverkan. Dålig urinproduktion. Blododlas och insättes på intravenös antibiotika. Rikligt med vätska intravenöst samt forcerad diures. Förbättrad efter detta. Genomgår ny CT buk, denna visar retning kring mesenterialroten samt hiatusbråck. Patienten är inte i skick för någon större kirurgisk åtgärd., varför man tar beslut om konservativ behandling. Lungröntgen visar infiltrat bilat. Sålunda misstanke om pneumoni som orsak till patienten sepsis Lungröntgen visar även tecken till hjärtsvikt. Successiv förbättring efter insatt behandling. Tas över till geriatriken för rehabilitering. Ingen planerad uppföljning. Åter vid behov. I ant står att patienten dålig urinproduktion, lågt tryck med systoliskt runt 75-80. Man anger att patienten har ett stort hiatusbråck, innehållande fundus ventrikuli som där innehåller en kraftigt ökad stråklighet i mesenterieroten i ett område som sträcker sig upp till hiatushernia dorsalt i övre retroperitoneum. Hypotoni, takykardi. Patienten tempas dock upp och blododlas som visar växt av streptokocker. Blir dagen efter dålig och sjunker i tryck samt blir takykard. MIG-teamet (mobila intensivvårdsgruppen) kontaktas och patienten får plasma, blod och mycket vätska – tolkas bero på en pneumoni.

Svar fråga 11

Workshopgruppens svar:

HD: Obstipation K59.0

Pneumoni, orsakad av streptokocker J13.9

Sepsis R65.1

Hiatusbråck K44.9

Hjärtsvikt I50.9

Malign tumör i prostata C61.9

+ åtgärder.

Fråga 12

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Anemi: patienter som har lågt Hb. Patienter som kommer in med gastrointestinal blödning. Ska man generellt lägga till anemi D62.9 på en patient med gastrointestinal blödning? Vill diskutera detta i gruppen.	
Diagnostext/kod	Text	Kod D64.9/D62.9

Svar fråga 12

Workshopgruppens svar:

D62.9 Anemi efter akut större blödning

alternativt D50.0 Järnbristanemi sekundär till kronisk blodförlust
beroende på om blödningen bedöms som akut eller kronisk.

Fråga 13

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Vilken är huvuddiagnosen? Det som pat kommer för, d v s Eftervård för plastikkirurgi bröst eller Bröstcancer i den egna sjukhistorien?	
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	2013-01-28—29 = 2 dagar	
Kön	Man	Kvinna
Ålder (t ex ”8 dagar”, 1942”)	Född år: 1953, 60 år	
Diagnostext/kod	Text Malign tumör i bröstkörtel i den egna sjukhistorien Eftervård för plastikkirurgi som omfattar bröst	Kod Z853 Z421
KVÅ-text/kod	Text Rekonstruktion av bröstprotes 2013-01-28 Inläggning av vävnadsexpander Anlägsnande av inopererad bröstprotes	Kod HAE00 ZZS50 HAD50
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Anamnes: Pat som op med förstoringsplastik 1977 med subglandulärt belägna silikonimplantat. Juli 2011 op vä-sidig bröstcancer med mastektomi och sentinal node och samtidigt uttag av protesen vä sida. Ingen strålbehandling men adjuvant Tamoxifem i fem år. Inkommer för rekonstruktion av vä bröst samt borttagande av silikonimplantat höger. Förlopp: Postop förlopp glatt. Utskrives till hemmet med kvarvarande smärtpateter och drän vä bröst. Såret fint och retningsfritt.	

Svar fråga 13

Workshopgruppens svar:

HD: Eftervård för plastikkirurgi som omfattar bröst Z42.1

Malign tumör vänster bröst i egna sjukhistorien Z85.3

+ åtgärder.

Fråga 14

Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	20 dagar
Ålder (t ex ”8 dagar”, ”1942”)	Född år: Tidigt 1960-tal
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Planerat övertag från medicinkliniken pga omvårdnad. Avancerad pancreascancer. Gastric bypassopererad. Genomgått cytostatika- och strålbehandling. Fortsatt cyt-beh på grund av benmärgstoxicitet. (2011). Tillkomst av levermetastaser och ny cytostatikabehandling påbörjas. Blev inlagd på medicinkliniken med illamående och kräkningar, förekommit under flera veckor. På medicinkliniken fynd av hypokalemi som krävde vård på IVA. Gastroskopi visade duodenusulcus, man kan inte utesluta tumörvävnad som växer över bulben och obstruerar och orsakar ventrikelretention. Lågt HB, blodtransfusion. Avslutar cyt-behandling. Remiss skickas för stentinläggning tillika gastroskopi. Gastroskopianteckning från GEA: anamnes enligt tidigare. Orolig patient som erhåller Dormicum och Rapifen. Intuberar esofagus. Rikligt med kvarvarande vätska i ventrikel. Rensuger i möjligaste mån. Passerar slutligen Pylorus. Ser fortsatt ulceration i ulcus, strax ovan denna ses den aborala mynningen vidare ner i tarmen. Undersökningen avbryts på grund av att patienten är ytterligare påverkad och utrustningen inte räcker till för att kunna lägga in en duodenalsond. Det är inte möjligt att lägga sond med patienten i vaket tillstånd. Op-anmäles.

FORTSÄTTNING →

Fråga 14 forts...

Operationsberättelse	Se ovan för anledning till operation i narkos. Instrumentet lätt ned. Normal esofagus. Retention i ventrikeln. Fritt i pylorus. Passerar med viss möda då pylorus ligger lite uppvinklad, men den är öppen. Läger ner en ledare i pars descendens som är trång, sprutar med kontrast och finner en striktur. Tar upp katetern, behåller ledaren. Läger Wallfles duodenalstent. Hamnar i bra läge i genomlysning. Avfyrar stentet , tenderar dock att glia neråt och den proximala kragen öppnar sig inte riktigt som förväntat bildmässigt. Går återigen in med gastroskopet i buken, kan fånga den distala kragen med papegojtång och backa upp stentet så att den kommer i bra läge med kragen utfyllande bulben. Ingen trängsel i pylorus. Nu bra läge i genomlysning 4 cm lång striktur och en distal normalvid stent. Håller på att dilatera sig fint, dock tydlig midja i strikturen. Efter op lågt Hb, erhåller transfusion och även lågt kaliumvärde. Magsårsbehandling med Nexium och HP-eradikering. Patienten åter till hemmet efter förbättring.
-----------------------------	--

Svar fråga 14

Workshopgruppens svar:

Pancreascancer	C25.9
Levermetastaser	C78.7
Ulcus i duodenum	K26.0
Anemi efter blödning	D62.9
Hypokalemi	E87.6
Tillstånd efter gastric-by-pass-op	Z98.0

+ åtgärder.

Fråga 15/16

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur skall kodningen se ut, nedanstående är "doktors" diktering. Problematiken här är att patienten är inneliggande på onkologen, kirurgen skriver sin anteckning under onkologens vårdtillfälle och sekreterare/läkare som skriver epikrisen anammar exakt det som kirurganteckningen har valt som kodning, rätt eller fel.			
Vårdtid (t ex hösten 2005, 13 dagar)	4 dagar			
Kön	Man Kvinna			
Ålder (t ex "8 dagar", "1942")	Född år: På 1950-talet			
Diagnostext/kod	Text Ikterus Kolangit	Kod R17.9 K83.0	Text Pancreascancer Levermetastaser	Kod C25.9
KVÅ-text/kod	Text ECRP Endoskopisk inläggning av stent i gallgång	Kod UCK02 JKE18		
Anamnes/ Sjukdomsförlopp	Patient med pancreascancer. Har erhållit stent och cytostatikabehandling. Inkommer med feber och frossa, högt CRP och kolestatiska levervärden. Kirurganteckning påpekar tecken till stentdysfunktion. och det sker inläggning av stent i gallgången. Op-berättelse: Intubation med duodenumskop, Liggande plaststent. Kanylerar vid sidan om men lite svårigheter att få upp ledaren. Slyngan fångas med plaststent och dras ut. Därefter kanylering med papilotomet. Ser en sten som börjar några cm från papillen och drar sig ner till cirka 2-3 cm av papillen. Inkluderar och involverar här cytsicusen. Klart dilaterade gallgång. Planterar en stent som är semitäckt. Åter till avdelningen. Vidare finner man nytillkomna levermetastaser under vårdtiden. I övrigt återställs patienten till hemmet vid förbättring			

Svar fråga 15

Workshopgruppens svar:

Stentdysfunktion	T82.7 + Y83.1
Kolangit	K83.0
Levermetastaser	C78.7
Pancreascancer	C25.9

+ åtgärder

Hann inte diskutera färdigt..

Fråga 17

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur skall det kodas?	
Vårdtid	1 dag	
Kön	Man	Kvinna
Ålder	Född år: 1940-talet	
Diagnostext/kod	Text	Kod
KVÄ-text/kod	Text	Kod
Inskrivningsorsak	Bronkoesofagus-fistel. Adenocarcinom höger lunga. Avslutad radiokemoterapi, kontroll CT visar krympande tumör. Inlagd på IVA på annat sjukhus och nu övertag till stora sjukhuset. Misstänkt fistel mellan bronk och esofagus. Börjar med NIV och sedan intuberad. På grund av luftläckage byte till dubbel lumen tube, som ventileras med respirator vid ankomst till stora sjukhuset. Odlingar har visat pneumokock i blodet, misstänkt pneumokockpneumoni bilat. Skall erhålla stent under dagen.	

FORTSÄTTNING →

Fråga 17 forts...

Anamnes/ Sjukdomsförlopp

AN-Op-IVA : Pat i dåligt operabelt skick. Svårt att få in stent i esofagus. Läckage från fisteln mycket stort vid esofagoskopi. Tömmer ventrikeln via sonden. Dålig ventilation och handventilation sätts in. Försök att avlägsna stent misslyckas. Försök till dekompression av lungan, ifall pneumothorax har utvecklats. Adrenalin på grund av sjunkande blodtryck och bradykardi och därefter HLR. Byter DLT mot enkel lumen tube som inte hjälper. Övriga återupplivningsförsök är inte meningsfullt.

Op-berättelse: Pat i preoperativt dåligt skick. Kräver syrgas i respirator och POX 90 %. Stentinläggning i esofagus, fistel är konfirmerad, CT bekräftar att den ligger i carinanivå. Esofagoskopet förs lätt ner, dock vid 24-26 cm möter jag fisteln, som är stor och rejält med luft kommer från trachea och går över i esofagus genom anesthesiologens ventilation. Stent sättes, dock med motstånd och jag behöver pressa förbi, dilateras. Pat får då direkt ökat andningsmotstånd, bröstkorgen höjer sig dock och det går att få luft i honom men saturationen fortsätter ändå att sjunka och patienten får oregelbunden puls. Försöker dra upp stentet men den sitter hårt fast. Patienten blir så dålig att jag får försöka avbryta försöket, och låta anesthesi ta över och sätta en lång sug och ventilerar. Hjärtkompressioner påbörjas och patienten får ganska snabbt asystoli. Patienten går inte att återuppliva utan dör på operationsbordet.

Svar fråga 17

Hann inte med frågan under workshoptimmarna 2013-03-13

Föreslår fisteln som HD

Pneumokokkpneumoni

Adenocarcinom höger lunga

Akut respiratorisk insufficiens

+ åtgärder

Fråga 18

Min fråga/fundering är.... (även kortfrågor)	Hur kodas neuroendokrin tumör?
---	--------------------------------

Svar fråga 18

Hann inte med frågan under workshoptimmarna 2013-03-13

Föreslår C75.9.

Vet man i vilket organ den neuroendokrina tumören sitter så ska det kodas därefter samt att man skiljer på om tumören är malign eller benign. Om det är en karcinoidtumör så kan koden E34.0 användas som tillägg



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Tack för er medverkan!

Tylösand Halmstad 13 mars 2013

