

RDK Frågelåda 2012

Olafr Steinum
Gunnar Henriksson
Ralph Dahlgren



Fråga 1:

En patient som kommer till rehab för rehabilitering efter en utläkt (kirurgiskt åtgärdad lårbensfraktur med spikar eller protes) för träning av olika orsaker, t ex balans, muskelträning, hur koda?

T90-T98 + orsakskod som huvuddiagnos eller de symptom som patienten har som ska tränas som huvuddiagnos? Eller kodas på helt annat sätt?

- Om pat har en icke läkt fraktur koda på fortsatt vård av denna. Om frakturen är åtgärdad med protes koda på förekomst av protes.
 - Glöm inte adekvata åtgärds-koder

Fråga 2:

Hur kan jag koda en patient som legat inne för rehabilitering efter att ha opererat in en protes i knät p g a artrhos. Det är ju ingen fraktur så en S-kod bör väl inte användas, men vad ska jag istället använda för kod. Jag kan inte hitta någon bra kod så snälla ni hjälp mig. Har frågat överläkare men hon kan inte heller hjälpa mig.

Svar:

Z96.6G Förekomst av knäprotes

Z87.3 Status post knäartros ?

Om Rehab glöm inte koder att använda vid Rehabilitering i slutenvården och KVÅ DV093 och DV094. Dessutom för kunna hamna i alla Rehab DRG krävs ju "Funktionskoderna".

Fråga 3:

En patient som kommer på öppenvårdsbesök en gång om året till dagrehabilitering på grund av en ryggmärgsskada, hur koda?

Om ryggmärgsskadan beror på till exempel:

- a. Tumör
- b. Infarkt
- c. Blödning
- d. Skada
- e. Diskbråcksoperation

Kan man använda T91.3 och i så fall när?

Svar:

Det besvär pat. har som finns vid besöket är huvuddiagnos.

T91.3 Sena besvär av skada på ryggmärgen, Sena besvär av skada som kan klassificeras under S14.0-S14.1, S24.0-, S24.1, S34.0-S34.1

Plus koda ursprungorsaken

A G82.2 Z85.8

B G82.2 I69.3

C G82.2 I69.1

D G82.2 T91.3 Y85.9

E G82.2 T98.3 Om skadan var en komplikation till operationen

Fråga 4:

Medicinsk rehab

Vårdtid: From 2011-09-15 - 2011-10-26

Multisjuk man med lårbensfraktur mars 2011, konservativt behandlad. Är sedan tidigare urininkontinent efter en prostatoperation. Kroniskt förmaksflimmer, polycytemi, astma och under sommaren har han varit på särskilt boende(sjukhem). Där utvecklat trycksår höger häl. Inkommer till rehab för mobilisering. Han har en kvarstående uttalad balansnedsättning och muskelsvaghet. Behöver tillsyn vid alla förflyttningar och hjälp med ADL. Man har haft anhörigmöte, vårdplanering, hembesök och provat med permissioner i hemmet men det föreligger stor fallrisk. För övrigt har han gjort hjärt-lung röntgen som var ua. Han har varit på årskontroll hos hematologen för sin polycytemi och man har fortsatt lägga om trycksåret höger häl som är betydligt på bättringsvägen. Kvarvarande urininkontinens.

Utskrives till särskilt boende (sjukhem)

En patient som varit inlagd på rehab efter benbrott som var utläkt (benbrottet skedde för ett halvår sedan och inte opererat utan självläkt). Förslag från frågeställaren är att man ska använda en Z-kod som huvuddiagnos på rehatillfället och DV093 och DV094 för själva rehabiliteringen.

Var benbrottet "färskt" skulle man ju koda på S och W DV093 och DV094.

Svar:

Sena effekter går inte att använda, skall användas när problem kvarstår mer än ett år efter skadehändelsen. Koda på symtomen eller problemen

R42.9 Balanssvårigheter

R53.9 Svaghet.

Z87.8 Gammal fraktur

Ralph ytterligare kommentar/tillägg: Om Rehab glöm inte koder att använda vid Rehabilitering i slutenvården och KVÅ DV093 och DV094. Dessutom för kunna hamna i alla Rehab DRG krävs ju "Funtionskoderna".

Fråga 5:

Det finns några yttre orsakskoder som jag inte kan hitta i klassifikationsboken:

- a. * Trampar snett med foten men inte ramlar
- b. * Vrider knät, t ex i samband med fotboll
- c. * Kört go-cart
- d. * Blir trampad på t ex foten
- e. * Skurit sig på skridsko
- f. * fyrhjulingar

Svar:

- a. W01
- b. X58
- c. V49
- d. W50
- e. W21 eller W22
- f. V86

Fråga 6:

Finns det någon kod för refraktur?

Svar: Nej! Kodas som fraktur

Fråga 7:

En patient har ådragit sig en suprakondylär humerusfraktur som stiftats. Efter fyra veckor kommer patienten in för stiftdragning och frakturkontroll. Ska jag då koda med Z47.0 (eftervård med borttagande av osteosyntesmaterial) + S42.4 (suprakondylär humerusfraktur) eller med Z09.4B/C (kontroll efter fraktur på överarmen/armbågen)?

Svar: Styrts av om frakturen är läkt eller inte Enbart osteosyntes ut kodas Z47.0

Om man drar bort stiftet måste ju frakturen varit läkt! Då är inte S-kod aktuell.

Om frakturen aktuell, S42.4 + åtgärds kod.

Z09.4 kan ej användas då man åtgärdar frakturen.

Kan man tänka sig att dra stiftet när det blivit kallusbildning men frakturen är inte helt läkt?

Fråga 8:

En patient har varit på akuten för en förstagångsluxation av patella och får ett återbesök. Under tiden fram till återbesöket får patienten flera patellarluxationer. Ska man vid återbesöket koda Z09.8 + S83.0 (kontroll efter patellaluxation) eller M22.0 (recidiverande luxation av patella)?

**Svar: Uppenbarligen är den numera recidiverande.
Den har ju inträffat flera gånger!**

M22.0

Fråga 9:

Man född 1970

42-årig kille inkommer med fraktur höger handled. Frakturen ligger bra vid röntgenkontroll, får ett gips och går hem.

Kommer åter med ny röntgen efter två veckor.

Patienten kommer på besök efter åtta veckor, frakturen är nu läkt enligt röntgen.

Ska man koda med S52.50 Fraktur höger handled som huvuddiagnos + Z09.4D Kontroll efter frakturbehandling höger handled som bidiagnos?

Svar: Z09.4D som huvuddiagnos. Ngt mer behövs inte om man använder fördjupningskoder!

Z09 - serien är aldrig bidiagnos.

Fråga 10:

Ska man koda med Z09.4 Kontroll efter frakturbehandling + S52.50 Fraktur höger handled, eller är Z09.4D Kontroll efter frakturbehandling höger handled att föredra?

Svar:

Om frakturen läkt och patient kommer för kontroll Z09.4D (S52.50 kan eventuellt läggas till)

Fråga 11:

Är det bättre att specificera med fördjupningskoderna?

Svar:

Alltid bättre att använda fördjupningskoder, blir mer specifikt då.

Fråga 12:

Man född 1967

Patient som i februari 2011 ramlat under löpning i skogen och slog i knäna.

Sedan dess smärta i båda knäna. Slätröntgen har varit u.a. Undersökning visar god rörlighet, flektion 0-120 grader. Lachmann u.a. Patienten får remiss till sjukgymnast för träning. Får söka åter vid ökade besvär.

Ska detta vara S-kod - Kontusion knän bilateralt?

Ska detta vara en T-kod - Status post kontusion knän bilateralt?

Ska detta vara en M-kod - Smärta knän bilateralt?

Svar: Smärta i knä efter trauma för länge sedan
M25.5G + Y86.99

.

Fråga 13:

Om en patient har en felläkt fraktur som man upptäcker 1 år efter den ursprungliga frakturen. Räcker det då med M84.0 (Felläkning av fraktur) eller ska T9 (sena besvär) också vara med?

Svar: Det räcker med koden för felläkt fraktur med lämplig fördjupningskod!

Fråga 14:

En patient som bryter benet vårdas på ortopedien för operation och för postoperativ vård och rehabilitering. Därefter skrivs patienten ut från sjukhus. Diagnoser sätts enligt basala rutiner; oftast kommer frakturen med W-nummer först, därefter andra sjukdomar, t ex diabetes osv. Opkoder. Sällan noteras rehabdiagnos - och det är nog helt korrekt i de flesta fall.

Om samma pat är bosatt på annan ort händer det att pat flyttas efter några dygn för avslutande vård och rehab där. Därefter skrivs pat ut. Synar man vårdepisoden ser man att det finns 2 epikriser och 2 uppsättningar diagnoser. Vilka diagnoser skall jag sätta? Jag kan välja en rehabdiagnos - men är det logiskt? Patienten hade fått exakt lika mycket rehab på första sjukhuset. Detta måste rimligen vara en situation som det finns rutiner för. Jag har frågat många gånger med får inte svar. Diagnoserna måste sättas korrekt, annars blir underlaget för DRG fel och i förlängningen påverkas de ekonomiska realiteterna för vår avdelning. Och även för den avdelning som skickat pat vidare till oss.

Fråga 14:

En patient som bryter benet vårdas på ortopedien för operation och för postoperativ vård och rehabilitering. Därefter skrivs patienten ut från sjukhus. Diagnoser sätts enligt basala rutiner; oftast kommer frakturen med W-nummer först, därefter andra sjukdomar, t ex diabetes osv. Opkoder. Sällan noteras rehabdiagnos - och det är nog helt korrekt i de flesta fall.

Om samma pat är bosatt på annan ort händer det att pat flyttas efter några dygn för avslutande vård och rehab där. Därefter skrivs pat ut. Synar man vårdepisoden ser man att det finns 2 epikriser och 2 uppsättningar diagnoser. Vilka diagnoser skall jag sätta? Jag kan välja en rehabdiagnos - men är det logiskt? Patienten hade fått exakt lika mycket rehab på första sjukhuset. Detta måste rimligen vara en situation som det finns rutiner för. Jag har frågat många gånger med får inte svar. Diagnoserna måste sättas korrekt, annars blir underlaget för DRG fel och i förlängningen påverkas de ekonomiska realiteterna för vår avdelning. Och även för den avdelning som skickat pat vidare till oss.

Svar:

Den initiala tiden efter en operation är inte rehabilitering utan mobilisering. Det betyder att sjukhus 1 som flyttar patienten efter något dygn inte rehabiliterat patienten dock mobiliserat pat. Finns stipulerade regler avseende DV094 och DV093.

I normalfallet av frakturbehandling föreligger INTE rehabilitering.

Fråga 15:

Kvinna född 1990

22-årig tjej med hallux valgus (M20.1). Inkommer för poliklinisk operation med Cheilektomi (NHK57).

a.

Patienten kommer på återbesök efter två veckor för att ta stygnen.

b.

Patienten kommer på besök sex månader efter operationen då hon inte är bra i det opererade området. Är svullen, värmeökad och har lite rörelsesmärter, inga inflammationstecken.

Ska man ha med hallux valgus-koden trots att denna åkomma är bortopererad eller räcker det med Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi?

Ska man koda symptomen (svullen, värmeökad, rörelsesmärter), eller blir det en T-kod (T90-T98)? Ska hallux valgus-koden vara med?

Svar:

a. **Z09.0 M20.1 ; Alternativt Z48.0**

b. Vilken diagnos ställde Läkaren på vårdtillfället?

Smärter efter hallux valgusoperation? Koda symptomen + Y83.8

Fråga 16:

Många av de patienter som opereras för esofagusatresi får anastomoträngsel under flera år efteråt och behöver dilateras. Räcker det att koda med K22.2 + Q39.0/Z87.7 (obstruktion av esofagus + esofagusatresi/missbildning i anamnesen) eller ska en komplikationskod (T81.8?) var med också?

Svar:

Detta är ingen komplikation till behandling, utan komplikation till sjukdomen. Koda på denna! Således K22.2 Z87.7. Vill man tala om att det finns ett samband mellan tidigare operation utan att det var någon komplikation kan kombinationen K22.2 + Y83.2 användas.

Fråga 17:

På vårt sjukhus kommer man igång med specialiserad öppenvårdskodning först nu. Jag har sett att man på vår klinik inom öppenvården kodar patienter som opererats för tunntarmskarcinoid (radikalopererad) och går på kontroller med enbart E34.0 Karcinoidsyndrom. Det kan väl ändå inte vara korrekt? Ska inte det kodalas med Z08.0 + Z85.0 + E34.0???

Svar: Carcinoidsyndrom är ett symptom och kan aldrig vara huvudkod. Det ska kopplas till en tumörkod!

HD: Z08.0

BD: Z85.0 Tunntarmscancer

Fråga 18:

Patient med primär hyperaldosteronism/Conn's syndrom inkommer för operation, då orsaken till hyperaldosteronismen är en benign tumör i ena binjuren. Är det då korrekt att som huvuddiagnos sätta D35.0 Adenom i binjure och som bidiagnos E26.0 Primär hyperaldosteronism/Conn's syndrom? Det känns naturligt för mig att tänka så, eftersom man opererar bort orsaken (adenomet) till hyperaldosteronismen. När den bakomliggande orsaken är en generellt ökad frisättning av aldosteron från binjurarna opererar man ju inte, utan sätter in läkemedelsbehandling och då är det naturligt att E26.0 är huvuddiagnos. Tänker jag fel???

Svar: Nej du tänker helt rätt! Analogin finns även vad gäller hyperpara där det kan vara hyperplasi eller adenom!

HD: D35.0

BD: E26.0

Fråga 19:

Appendicit, t e x gangränös akut appendicit, med appendikolit/appendixsten/fekalsten, , kodas det K35.8 + K38.1, eller" ingår" själva stenen i någon av befintliga koder?

Svar: K35.8 Annan specificerad appendicit räcker. Det är en akut appendicit och inte annan appendicit.

Fråga 20:

Har en fråga angående koder Z08.0 och Z09.0. Dessa koder tycks behändiga att ta till för att koda återbesök (med tillägg för vad patienten kontrolleras för) men i vilken utsträckning ska de egentligen användas. Är det bara vid ett första besök efter en operation till exempel? Vissa doktorer anger denna kod år ut och år in.

Svar: Dessa koder används för kontroller av kirurgiskt resultat. Kan kombineras med status post koder om det gäller annat än första återbesöket. Z08.0 Z85.0C

Varför kommer patienten år ut och år in? Det måste finnas en (kronisk) orsak till detta, exempelvis kontroller kroniska sjukdomar (koda på sjukdomen), av implantater (koda på implantatet), kontroll av transplanterat (koda på transplanterat) kontroll av malignitet i egna sjukhistorien (Z85.-) Koden Z08 och Z09 används i princip vid avslutande av beh; pat är nu frisk.

Fråga 21:

Angående koderna Z08.0 och Z09.0. Dessa koder är behändiga att ta till för att koda återbesök (med tillägg för vad patienten kontrolleras för) men i vilken utsträckning ska de egentligen användas.

Är det bara vid ett första besök efter en operation till exempel? Vissa doktorer anger denna kod år ut och år in. Kan man även använda dem vid kontroll där ingen operation gjorts?

Svar:

Ja.

Fråga 22:

Hur kodar man i öppenvård en patient som går på återkommande cellprovsundersökningar efter att i cellprov ha haft till exempel måttlig dysplasi i cervix (N87.1)?

Svar: Pat kommer för att hon har haft en benign tumör
Borde kodas med Z86.0 men eftersom dysplasi på
cervix kodas N87.- blir det Z87.4

Fråga 23 a-c:

Man född 1961

Diagnos: Buksmärta, bedömt bero på slitsileusattacker K45.8

Status post gastric bypass Z98.0

Åtg: Förslutning av slitsar JAW96

Laparoskopisk operation JAH01

Patient har genomgått gastric bypass för cirka 1½ år sedan. Har haft kraftiga smärtattacker och man misstänker slitsileusproblematik.

Gallstenar har uteslutits. Operation utföres med slutning av slitsarna.

Bedöms efter operationen att patientens smärta troligen berott på slitsileus eftersom tarmen vid operationen låg inne i slitsen.

23 a:

Hur kodar jag patienter som kommer för slitsileus efter en gastric bypass-operation? Räknas detta som en komplikation?

Svar:

Ja, T81.8

JFL10 Laparotomi och reposition eller detorsion av tarm

JFL11 Laparoskopisk reponering eller manipulation av obstruerad tarm

JFL20 Manipulation av obstruerande tarminnehåll

Fråga 23 b-c:

b.Buksmärtor efter gastric bypass, man hittar inga tecken till slitsileus vid operation, men syr slitsarna - koda buksmärtor?

c.Hur kodar jag operation för slitsar efter gastric bypass i förebyggande syfte?

JAS10	Öppen operation av intraabdominellt bråck med suturplastik
JAS11	Laparoskopisk operation av intraabdominellt bråck med suturplastik

Svar b: Buksmärtor R10.4

Svar c: Vid Primäroperationen kodas detta inte.

Fråga 24:

Waranbehandlad patient som kommer in efter att ha haft blodiga avföringar. Skopi visar enbart enstaka kvarvarande strimmor i buken,??? alternativt ingenting.

Bedöms som Waraninducerad blödning i mag-tarmkanalen. Är det korrekt att sätta K92.2 "Waraninducerad blödning i mag-tarmkanalen" som huvuddiagnos och själva blödningsbenägenheten (D68.3 + B01AA03 + Y57.9) som bidiagnos?

Svar: JA: K92.2 +D68.3+Y57.9+B01AA03

Fråga 25:

Vilka preparat kan kodas under Z92.1 förutom Waran? Klexane? Innohep? Heparin? Jag vet att detta har svarats på tidigare, men det uppstår lätt diskussioner och jag har tappat mina anteckningar om detta.

Svar: JA

Waran, Marevan, Heparin, Fragmin, Klexane, Orgaran, Innohep,

OBS: Pågående långtidsbehandling (i princip obegränsad tid, "alltid")

Fråga 26:

Finns det någon bra åtgärds kod för gallvägs lavage? Hittar ingen!!!

**Svar: Beror på hur det görs via ERCP eller perkutant eller är det bara spolning av ett inlagt drän
Gallvägs lavage är bara att spola gallvägarna och ger ingen info om hur det gjordes. Är det bara spolning av drän så kodas det sannolikt inte.**

Fråga 27:

Det enda sätt jag har hittat att åtgärdskode punktion och inlägg av drän vid gall-läckage är AV122 (Punktion UNS) + ZXC40 (användande av ultraljud). Det finns kanske något mycket bättre???

Svar:

TJA40

Perkutant lokalt dränage av
peritonealhåla

Fråga 28:

Är det någon skillnad att byta förband på vårdavdelning eller om man gör det på operationsavdelningen?

Svar: Vad är frågan? Nej det är ingen skillnad men det är nog bara mkt speciella omläggningar som görs på op knappast byte av plåster!

Fråga 29:

Om man har ett sår på bålen och lägger om det med VAC (vacuumförband) vilken åtgärdskod skall man använda??

QBE99 – annan excision eller rekonstruktion på bål.

DQ023 – Vacuumbehandling av sår

Svar:

DQ023

QBB10	Omläggning eller förbandsbyte på bål
-------	--------------------------------------

QBB05	Sårrevision på bål
-------	--------------------

Fråga 30:

Kvinna född 1961

Diagnos: Postoperativ sårinfektion T81.4

Efter plastikkirurgiskt ingrepp Y83.4

Infektion i bröstvårta N61.9

Status post bröstplastik Z41.1

Patient som opererats i annat land för bröstreduktionsplastik, bukhuds-reduktionsplastik, reduktion av hudöverskott på armar och lår.

Inkommer till oss med kraftig infektion i bröstvårta.

Insätts på antibiotika och får gå på kontroll och sårrevision till läkare en gång per vecka.

Med tiden försvinner infektionen och såret drar ihop sig, men patienten fortsätter komma för sårkontroller hos läkare med jämna mellanrum, då såret ännu ej är läkt.

Z09.0?

T81.4 till sista kontroll och då Z09.0?

Hur använda Z09.- egentligen, om skadorna fortfarande är aktuella vid återbesöket, typ brännskador som inte är läkta ännu? Sårskador som inte är läkta ännu, men utan infektion/utläkt infektion? Det planeras nytt återbesök för patienten. .

Z09.- som huvuddiagnos, bidiagnos eller inte alls?

Svar:

T81.4 tills såret läkt. Z09 är inte aktuellt så länge skadan är kvar!

Fråga 31:

Hur kodas ett öppenvårdsbesök på onkologmottagning där patienten kommer på "mellanbesök" under cyt-behandling? Det vill säga ett läkarbesök där läkaren ordinerar fortsatt behandling med cytostatika och där pat INTE får cyt vid samma dag utan kommer tillbaka till öppenvårdsavdelning nästkommande dag (eller någon dag senare) Skall det vara Z51.1 cyt-behandling eller skall det vara C-koden för läkarbesöket?

Svar:

Cancerkoden. Z51.1 är koden när pat kommer för att få cytostatika

(Denna frågan är tidigare besvarat av Klassif)

Fråga 32:

Kan man använda P05.0 (för lätt i förhållande till graviditetstiden) samtidigt som P07.0/P07.1 (låg födelsevikt) eller räcker det med det ena? Vilken är viktigast om man bara använder en av koderna?

Svar:

HD: P07.0/1 Låg födelsevikt

BD: P05.0 (Underburen; betyder att barnet är undernutrierad.)

Båda ska kodas!

Fråga 33:

En barn kommer in med obstipation. Läkaren tror att patienten har morbus Hirschsprung men det är inte konstaterat. Ska jag då koda på obstipationen (som är konstaterat men som kan vara ett symtom på sjukdomen) eller på misstänkt morbus Hirschsprung? I vanliga fall ska man inte koda symtom som kan ingå i en sjukdom, men kan man använda båda här, när symtomet är konstaterat och sjukdomen misstänkt?

Svar:

Läkaren avgör och ställer diagnos.

Obstipation,

Mb Hirschsprung diagnos fås genom fullväggs biopsi av tarm

Fråga 34:

Pojke född 2011

Diagnos: Speciell undersökning, ospecificerad Z01.9

Ettårig pojke som inkommer till akutmottagningen då han av misstag fått tag på mammans nagellackslim. Har klistrat ihop lillfinger och ringfinger på vänster hand samt att vänster hands pekfinger sitter fast på tumloven. Föräldrarna väldigt agiterade och undrar varför inte akutmottagningen har någon "mirakelväska" för att lösa upp limmet! När man undersöker pojken ser man vidare att han har nagellim på höger underarm, samt när man tar av honom sockan följer lite hud med från fotsulan, där det också fanns lim. Efter att ha använt Aceton och blöta kompresser lyckas man sära på fingrarna och få bort pekfingret från tumloven. Föräldrarna och pojken går hem. Detta är ingen sjukdom, inget symptom och inget tillstånd. Hur koda?

Fråga 34:

Pojke född 2011

Diagnos: Speciell undersökning, ospecificerad Z01.9

Ettårig pojke som inkommer till akutmottagningen då han av misstag fått tag på mammans nagellackslim. Har klistrat ihop lillfinger och ringfinger på vänster hand samt att vänster hands pekfinger sitter fast på tumloven. Föräldrarna väldigt agiterade och undrar varför inte akutmottagningen har någon "mirakelväska" för att lösa upp limmet! När man undersöker pojken ser man vidare att han har nagellim på höger underarm, samt när man tar av honom sockan följer lite hud med från fotsulan, där det också fanns lim. Efter att ha använt Aceton och blöta kompresser lyckas man sära på fingrarna och få bort pekfingret från tumloven. Föräldrarna och pojken går hem. Detta är ingen sjukdom, inget symptom och inget tillstånd. Hur koda?

Svar: Hmmm....

Läs klassifikationen!

Detta är en effekt eller en skada.

T75.8 Andra spec effekter av yttre ors

X49 Oavsiktlig förgiftning

och exponering för

.... **lim**

Z01

**Andra speciella
undersökningar och
utredningar av personer utan
besvär eller utan att diagnos
registrerats**

Z01.9 Speciell undersökning, ospecificerad

Fråga 35:

Hur kodar man gomplatta/obturator? Z3.8?

Dessa patienter kommer för rengöring av både gomplatta och kavitet?

Hur kodar man det?

Svar: Gomplatta kodas nog inte. Varför har patienten detta? Tillstånd efter kirurgi? Medfött?

Z46.8 Utprovning, rengöring etc av hjälpmedel

Fråga 36:

Vad är skillnaden på DRG 482 och 483 (ej ÖNH-sjukdom)? Vad menas med ej ÖNH-sjukdom?

ÖNH-pat med cancer som trycker på luftvägarna och man gör en trakeostomi?

Svar: Vad tror ni själva?

Detta är inte primärklassificering

.(Larynxcancer C32.- med GBB00 ger DRG 482)

Fråga 37:

Vad är skillnaden eller hur skiljer man på när man ska använda Z728 Andra problem som har samband med livstil - självdestruktivt beteende och Z915 Självdestruktivitet i den egna sjukhistorien. Ställde frågan vid Psykiatridagen på Margretetorp oktober 2011 men tyvärr kunde föreläsaren inte svara på frågan.

Svar:

Det är viktigt att läsa texten i klassifikationen:

Z72.8 Andra problem som har samband med livstil

Självdestruktivt beteende

Z91.5 Självdestruktivitet i den egna sjukhistorien

Självmordsförsök

Fråga 38:

Palliativ vård.

I brist på andra besked har vi vanligen satt patientens grundsjukdom först. Patienterna kommer enligt Öppen Retur, och vårdas ofta några dagar, för att sedan gå hem. Vi sätter diagnos efter det tillstånd som bidragit mest till det vårdarbete/kostnader som blivit utförda. och då blir det oftast grundsjukdomen. En UVI kan vara orsak till inläggningen, men hade det inte varit en patient i palliativ vård, hade sjukhusvård inte varit aktuell. Nu är infektionen "droppen som fått bägaren att rinna över" Då sätter vi UVI som bidiagnos. Det är väl rätt?

När skall Z515 användas för dessa patienter?

Vi sätter det alltid som bidiagnos, men aldrig som huvuddiagnos. Jag vill att alla avdelningar inom sjukhus gör enhetligt beträffande detta. Vi behöver det för att få bättre utdata om hur vi vårdar patienter i palliativ vård.

Svar: Z51.5 ska användas som bidiagnos på dessa patienter

Frågan är skickad till klassif!

Orsaken till att patienten läggs in är huvuddiagnos

Cystit/Pyelonefrit osv.

Fråga 39 :

Hur ska man hantera cancerkodningen för patienter som kommer för kontrollbesök. Det finns idag fördjupningskoder på Z08.9C kontrollbesök efter behandling för malignt melanom i huden. Ska man ange C43 som första bidiagnos??

Svar:

Z08.9C innehåller ju både info om efterkontroll och om tumör

Fråga 40:

Patient med kronisk pankreatit som i efterförloppet får diabetes, insulinbehandlad. Hur kodas den diabetesen, E 13? Alltid med E13?

Svar: Ja

Fråga 41:

En patient med larynx cancer som är opererad, har fått recidiv, går inte att operera. Har fått cytostatika. Har fått infektion i tumörområdet, inte pågående behandling utan för att tumören håller på att falla sönder. Hur kodas detta?

Svar:

Kodas som tumör! Nekrosen i tumören går inte att koda.

Fråga 42:

Hur många komplikationer skall en diabetespatient ha för att man skall använda E10.7/E11.7. Skall man förutom att koda E10.7/E11.7 koda varje komplikation för sig.

Svar:

Två! Om man kodar komplikationerna var för sig behövs inte denna kod eftersom det framgår att patienten har multipla komplikationer