



RDK frågelåda

Kluriga klassifikationsfrågor

RDKs fortbildningsagar mars 2015

Olafr

Gunnar och Ralph

Om perinatalperioden (ICD-10 P00-P96)

Perinatalperioden (*Svensk definition*) startar vid utgången av 28:a graviditetsveckan och slutar efter 7 hela dagar efter förlossningen.

Perinatal period (*WHO definition*) The perinatal period commences at 22 completed weeks (154 days) of gestation (the time when the birth weight is normally 500 g), and ends seven completed days after birth.

P00-P96 innefattar: Tillstånd **som uppstår** i perinatalperioden, även om död eller sjukdom upptäcks senare

Fråga 1:

Hur och om man ska koda streptokocker Grupp G?

Inlägges i graviditetsvecka 31+0 p.g.a. prem vattenavgång.

Vid undersökning med vaginalt ultraljud hittar man navelsträng i cervix nedom säte. Urakut sectio p.g.a. navelsträngs prolaps, pojke, vikt 1720 g, Apgar 8, 9, 10. Sammanlagd blödning: 350 ml

Ca ett dygn efter snittet får pat feber. Insättes på intravenös antibiotika. Stiger i CRP till 110 som högst. Förbättras snabbt kliniskt.

CRP sjunker till 41 vid utskrivning, pat mår bättre. Såret u a.

Vaginalodling tagen vid inläggning visar växt av streptokocker grupp G.

Diagnostext:

Förlossning med akut kejsarsnitt	O82.1
Navelsträngs prolaps	O69.0
För tidig hinnbristning	O42.9
Spontan värkarbete med förtidsbörd	O60.1B

Svar:

Läkaren avgör om Strept gr G har betydelse i sammanhanget och om den ska kodas eller ej.

Bärarskap, kanske?

Fråga 2:

Svårt att hitta en diagnos för detta:

Beals syndrom är en autosomalt dominant ärftlig bindvävssjukdom där symptomen kan liknas med dem vid Marfans syndrom: långa, smala fingrar och tår; sammandragna fingerleder, höfter, knän och armbågar. Men några problem med ögon eller aorta finns inte, enl Wikipedia.

Patienten kommer till hjärtmottagningen på remiss pga att patienten är gravid och har Beals syndrom. Enl inremitterande finns det (enl litteraturen) risk för aortadissektion

Diagnostext:

Beals syndrom

Q87.5

Svar:

Det är inte svårt att hitta diagnos för detta! Diagnosen är ju Beals syndrom (synonym: Congenital contractural arachnodactyly)

Men att hitta kod för Beals syndrom är något annat:

Orphanet rekommenderar Q68.8

Men ICD-11 antyder att koden bör ligga i närheten av Marfans syndrom och **Q87.5** är ett acceptabelt förslag

Fråga 3:

Patient op lungcancer, höger ovanlobsektomi februari 2013. Adjuvant cytostatika vid 4 tillfällen t.o.m. juni 2013. Varit recidivfri sedan dess. DT thorax/övre del buk oktober 2014: "Inga tecken på lokal recidiv eller metastas. Inga förstörade körtlar i mediastinum. Höger lungan är helt expanderad. Inget nytillkommet i skelettet".

Läkarna på lungmottagningen vill ändå fortsätta att koda C34.9C fastän att patienten är bedömd som recidivfri sedan operationen februari 2013 + cyt-behandlingarna och efterföljande kontroller.

Hur länge bör en patient vara recidivfri innan man kan börja koda med Z85.1? Enligt Socialstyrelsen *Anvisningar för diagnosklassificering* så tolkar jag att Z85.1 är lämplig i detta fall

Enligt lungläkaren som dikterar vill han fortsätta med C34.9

Svar:

Du har förstås rätt! Adjuvanta behandlingsperioden är avslutad.

Kontrollen kodas Z08.7 och Z85.1 så länge patienten är frisk

Fråga 4:

Misstänkt fistelgång på halsens högra sida, hur ska det kodas?

Kort efter förlossningen upptäckt en liten röd prick på höger sida av halsen där det kom vitt pus.

Lokalstatus: På höger sida av halsen ses en några millimeter stor rund, röd grop. Inget pus kan ses vid detta tillfälle.

Bedömning: Inga infektionstecken. Misstänkt fistelgång. Åter för kontroll om två månader, dessförinnan bedömning av ÖNH-läkare.

Läkaren vill ha diagnosen "Misstänkt fistelgång". Hur ska man koda "en stor rund och röd grop"?

Svar:

Läkaren bestämmer. Verkar vara en medfödd fistel?

Q18.-

Fråga 5:

Kärlpatienter med bensår, räcker det att koda med I70.2C eller ska en L-kod för bensår läggas till?

Svar:

**Räcker med I70.2C Perifer ateroskleros med bensår
(om fokus för utredning och behandling är aterosklerosen,
förstås. Om fokus däremot är själva sårbehandlingen måste
man koda för såret med L97.9)**

Fråga 6:

Patient med claudicatio intermittens. Med angiografi hittar man stenosis i poplitea, som åtgärdas med PTA (perkutan plastik). Kodas det med I70.2 istället, eller är det fortfarande I73.9B?

Svar:

Claudicatio intermittens är ett symptom på flera olika sjukdomar.

Här har man hittat en stenosis och den kodas med I70.2 under förutsättning att stenosen var pga ateroskleros! (det finns ju andra orsaker till arteriella stenoser också)

Fråga 7:

Hur kodas angiektasi/angiodysplasi i ventrikeln?

Svar:

Bättre med K31.8 Annan specificerad sjd i magsäcken och tolvfingertarmen

(Tveksamt om man kan använda

K55.8 Andra specificerade kärlsjukdomar i tarmen)

Fråga 8:

Hur kodar man Epiploic appendagit? Kan K52.8 eller K66.8 användas?

Svar:

**Fettklump på colon, vilken snor sig och ger
inflammation
K63.8**

Fråga 9:

Pat som kommer in akut med skrotalsmärt, man misstänker testistorsion. Pat läggs in och går akut till op och blir explorerad. Vid op finner man ingen torsion och pat skrivs ut dagen efter.

Doktorn sätter R10.4 som huvuddiagnos (det finns ju ingen specifik kod för just testikelsmärt), men då hamnar man i DRG-grupp Z60 Annat sällsynt fel. Så skall man välja något annat som t ex Z03.8 Observation för andra misstänkta sjukdomar istället?

Svar:

Läkaren bestämmer den kliniska diagnosen. Vi kodar inte för DRG.

Korrekt kod är N50.8 vilken även ger korrekt DRG

Fråga 10:

Hur kodas prolaps av 1,5 m tunntarm som hänger ut genom analkanalen?

Svar:

Tunntarmen kan inte spontant ramla ut genom anus. Finns här en inre skada i tjocktarmen?

Berätta mer! Diskussion.

Fråga 11:

Vilken diagnoskod för subcapsulär blödning i mjälten och intraabdominal blödning? Kirurgkonsultsvar: Således ser det CT-mässigt ut som en subkapsulär mjältblödning. Vad jag förstår har man inte identifierat någon säker orsak till en sådan blödning, inget säkert trauma och inga tecken till hematologisk sjukdom. Blödningen i sig skulle ju kunna förklara hennes låga Hb, inte minst då man inte påvisat någon annan orsak vare sig med skopi eller CT.

Svar:

Intraabdominal blödning kodas som hemoperitoneum K66.1

Mjältblödning: D73.8 + R58.9 ?

Fråga 12:

Hur kodar man cykelolycka med hjärnblödning pga onykterhet efter firmafest?

Svar:

S06.4/ S06.5/ S06.6/ S06.8/ S06.9

Yttre orsaker: V19.99 Y90.-/Y91.-

Fråga 13:

Hur kodas erysipelas med nekros? Pat har recidiverande ulcera höger ben p g a trauma. Pat flyttas över till ortopedien för amputation underben.

På Hudmott kodade man: L97.9X med texten: Ulcus cruris, erysipelas, nekrotiserande

På Kirurgen: A46.9

På Ortopeden: L98.4A Hudsår UNS

Fråga 14:

Hur kodas erysipelas med nekros? Pat har recidiverande ulcera höger ben p g a trauma. Pat flyttas över till ortopedien för amputation underben.

Svar:

A46.9 Erysipelas L97.9 Bensår (ulcus cruris)

Vad var nekrotiskt? Sårkanterna? Gangrän?

Fråga 15:

Hur långt fram i tiden kan man använda en S-kod fastän skadan skedde för flera år sedan? Jag har lärt mig att en S-kod = färsk skada.

Opererad främre korsband 2000, rekonstruktionsoperation efter något år. Har även opererat meniskskada. Haft problem men senaste året förvärrats. Bedöms som status post meniskskada med tidig artros (läkarens diagnos = främre korsbandsruptur). Läkaren vill att dessa skador ska kodas med en S-kod (S83.5), men jag anser att skadan är gammal och ska ha en annan kod. Dock är det svårt att koda "problem som förvärrats"

Diagnostext

Främre korsbandsruptur höger knä

Sena effekter av tidigare korsbandsskada

T93.3 + Y86.9

Posttraumatisk artros höger knä

M17.3

Svar:

Koda på artrosen som aktuellt problem (sequelae) pga tidigare skada M17.3 är tillräckligt!

Rupturen är opererad och reparerad. Instabilitet? M23.5

Fråga 16:

Hur länge ska operationsorsakskoden (M24.4B) registreras?

Öppenvårdsbesök december 2011, alltså ½ år efter operationen.

Patient opererad med stabiliserande Bankart-operation juni 2011. Fungerat bra men det hugger till lite i axeln om det blir för stor belastning. Status normalt. Bedöms som tecken till överbelastning och patienten får ett intyg till arbetsgivaren om varierande arbetsuppgifter

Diagnostext

Status post Bankart-operation vänster axel

Z09.0

M24.4B

Svar:

Pat söker ju för smärta i axeln. Koda detta som ledvärk M25.5B

Fråga 17:

Patienten har i bagaget en kronisk degenerativ disksjukdom i ryggen och sannolik sekundär neuropati. Lindrig tunnfiberneuropati. Insätts på Lyrica. Hittar ingen diagnos för detta

Svar:

**Vad bedömmar läkaren är orsaken till besöket? G60.8 nevropati?
Mononeuropati G59.8* Disksjukdom (degenerativ) M51.3† ?**

Fråga 18:

Räknas det som en sårskada, även om den egentligen är orsakad av läkarnas försök att få ut spiken, men misslyckats? Eller ska det kodas som en främmande kropp som är kvar i tummen?

Man som arbetat med spikpistol och inkommer med en spik i vänster tummes distala falang. Lätt palpöm över hela tummens volarsida. Full rörlighet i alla riktningar. Ingen smärta. Röntgen visar en röntgentät främmande kropp, ståltråd knappt 20 mm lång. Ingen fraktur. Läger Polluxblockad. Läger ett blodtomt fält. Under sterila förhållanden incideras distala falangens volara kant med cirka 5 mm incision. Försöker gräva in till spiken. Lyckas dock inte lokalisera spiken. Kollega tillkallas, som dock tycker att ingångshålet ligger lite mer lateralt. Gör en liten incision till, försöker hitta spiken men misslyckas. Anmäler patienten för extraktion av spik på operationskliniken i morgon. Går hem över natten.

Diagnostext

Sårskada höger tumme	S61.0
Kvarvarande främmande kropp i mjukvävnad	M79.5
Kontakt med spikpistol	W27.99

Svar:

Rätt kodat

Fråga 19:

Hur kodar man HLA-B27-associerad artrit? Ska det räknas som "annan specificerad..." eller kodas på ospecificerad (-.9)?

Svar:

Läkaren sätter klinisk diagnos.

RA (?) kräver att man uppfyller specifika kriterier.

M13 Annan artrit? (annan än RA, juvenil, gikt, psoriasisartrit osv)

Fråga 20:

Hur kodas IgG4-relaterad sjukdom?

Myosit sekundärt till IgG4-relaterad sjukdom. Hypereosinofili 2011 och året därpå tilltagande muskelsvaghet och ledvärk. Biopsi från bihålor påvisar högt antal IgG4-positiva plasmaceller, IgG4-subklasser 1,39. Bedöms som myosit sekundärt till IgG4-relaterad sjukdom. Insätts på inf Mabthera, får första infusionen nu och andra infusionen om två veckor. Ska man koda på M60.8 Annan specificerad myosit samt D89.8 för den IgG4-relaterade sjukdomen (som inte är närmare specificerad än så)?

Svar:

M60.8 D47.7?

Fråga 21:

Hittar ingen kod för inklusionskroppsmysit? M33.1?

Svar:

M60.8

Fråga 22:

Patient konstaterades 1998 ha stenosis i aqueductus cerebri, genomgått ventrikuloperitoneal shunt efter misslyckad ventrikulocisternotomi. Nu inlagd med diagnosen astenoemotionellt syndrom/hjärntrötthet.

Bidiagnoser: G91.2 normaltryckshydrocefalus och Z98.2

Förekomst av VP-shunt.

Vilken kod väljer man för astenoemotionellt syndrom?

Svar:

F07.8 eller F06.8?

Fråga 23:

Diagnoskod för: Stenos i aqueductus cerebri vid hydrocefalus,
har VP-shunt?

Svar:

G91.1

Fråga 24:

Kvinna som haft herpesencefalit med nekros av vänster temporallob. Postapoplektisk epilepsi. Inkommer p g a okontaktbarhet och afasi. Misstanke om nytt partiellt komplex anfall. Hur kodas detta?

Svar:

G40.2 B94.1

Afasi R47.0

(Z86.1)

Fråga 25:

Jag tycker det är svårt med sequele efter t ex stroke. Sena effekter av CVI, I69.3 är inga problem men om pat t ex har nedsatt kraft i ena sidan känns det för hårt med G81.0. Finns det något annat? Ordningen på koderna har jag också koll på, symtomen först...

Svar:

ICD-10 skiljer inte mellan pares, paralys och nedsatt kraft pga förlamning.

G81.0 är slapp hemipares

Går även att använda ICF.

Fråga 26:

I samband med hjärtstillestånd drabbas en patient av så kallat genomgångssyndrom och betett sig lite förvirrad och haft övergående delirium, därför tillfälligt blivit insatt på Risperdal och även på tablett Aricept i samråd med psykkonsult. Hur kodas genomgångssyndrom?

Svar:

G93.1? T88.9? Postkonfusionellt syndrom???

Fråga 27:

Diagnoskoder?

Man med hjärnskada sedan födseln där man på tidigare MR sett atrofi av occipitalloberna samt av lillhjärnshemisfärerna bilat. Epilepsi sedan 6 mån ålder. Begåvningshandikapp. Diskbråck i halsryggen.

Svar:

Varför kommer pat. till mottagningen/blir pat. inlagd?

Var det skada som uppstod i perinatalperioden (P-koder) eller var det kanske medfödda missbildningar (Q-koder)??

Fråga 28:

Hur kodar man refeedingsyndrom?

Svar:

Matning efter extrem svält, kan ge symtom på brist av vissa elektrolyter (fosfat, kalium, magnesium samt glukose och B12 med flera), som i sin tur kan ge hjärtarrytmier, coma, och kramper

T73.8 Andra specificerade effekter av bristsituation?

Specifika koder för symtomen!

Fråga 29:

Kodar man nyupptäckt kortisonutlöst diabetes E13.9 + Y42.0?

Svar:

E13.9 - Y57.9 + ATC-kod

Fråga 30:

Diagnoskod för icke diabetisk hypoglykemisk koma?

Svar:

E15

Icke diabetiskt hypoglykemiskt koma (djup medvetslöshet på grund av glukosbrist)

Coma hypoglychaemicum non diabeticum

Hyperinsulinism med hypoglykemiskt koma

Hypoglykemiskt koma UNS

Läkemedelsutlöst insulinkoma hos icke diabetiker

Tilläggs kod kan användas för att ange orsakande läkemedel om läkemedelsutlöst (kapitel XX)

Fråga 31:

En pat får hjärtinfarkt och genomgår PCI. Inkommer ånyo inom 28 dagar med bröstsmärta som beror på "svans" efter hjärtinfarkten. Vad blir huvuddiagnosen?

Svar:

Läkaren ställer diagnos och har ansvaret för att peka ut huvuddiagnosen!

Klinisk diagnos "svans"! I brist på bättre, R07.4? och I21.9 Z95.5

Fråga 32:

Hur kodar man när en pat är anlagsbärare för hypertrof kardiomyopati och kommer för kontrollundersökningar p g a detta, utan symtom på sjukdomen

Svar:

ICD-10 är dålig på ogynnsama genetiska variationer.

Anlagsbärare betyder kanske att tillståndet finns i familjen?

Z82.4 (Z13.6?)

Fråga 33:

En patient har perimyokardit. Det talas om perikardvätska och pleuravätska i epikrisen. Ska det kodas för sig eller ingår det i koden för perimyokardit?

Svar:

Läkaren sätter kliniska diagnoserna.

Vätskan ingår inte alltid. Har den påverkat vården?

Fråga 34:

38-årig tidigare frisk herre som känt sig lite trött och hängig sista dagarna. Uttalad vasovagal reaktion vilket inte är ovanligt i samband med ex viros. Pat hela tiden helt välmående på avd och ingen anamnes på svimning. Inlades med anledning av bradykardi och långa asystolier i samband med ortostatiskt test.

Diagnostext

Viros och vasovagal reaktion

Svar:

Ingen specifik kod för begreppet vasovagal reaktion, men detta är oftast svimning (synkope), ett symptom som kodas R55.9

Bradykardi kan kodas R00.1 (som innefattar vagal bradykardi)

Fråga 35:

En avliden patient. Kan man koda för både akut vänsterhjärtsvikt med lungödem och kronisk och allvarlig hjärtsvikt?

Svar:

JA

Fråga 36:

Vilken kod har paroxysmalt förmaksfladder?

Svar: Exakt kod finns inte.

Koda på förmaksfladder

I48 Förmaksflimmer och förmaksfladder



I48.0 Paroxysmalt förmaksflimmer

I48.1 Persisterande förmaksflimmer

I48.2 Kroniskt förmaksflimmer

I48.3 Typiskt förmaksfladder

Förmaksfladder typ I

I48.4 Atypiskt förmaksfladder

Förmaksfladder typ II

I48.9 Förmaksflimmer och förmaksfladder,
ospecificerat

OBS: Fördjupningskoder utgår!

Fråga 37:

En patient har lungemboli men också lunginfarkt. Hittar ingen kod för lunginfarkt

Svar: I26.9

**Det kan bli infarkt i lungan när pat har lungemboli
(Lungemboli innefattar lunginfarkt enligt ICD-10)**

Fråga 38:

Hur länge är en trombossjukdom aktuell efter insjuknandet och kodas med aktuell sjukdomskod istället för Z86.7 (ex, djup ventrombos, lungemboli eller hjärninfarkt). Hjärtinfarkt har ju en gränst på 28 dagar. (t ex hösten 2005, 13 dagar).

Patienten har haft trombos och blir åter inlagd 1 vecka senare p.g.a. annat tillstånd som inte har med tidigare trombossjukdom att göra. Kodas den då som bidiagnos med I-kod eller med Z86.7. Det framkommer inga symtom eller resttillstånd efter trombosen

Svar:

Efter 1 vecka sannolikt med I-kod. (I26.9, I80.2)

Men läkaren anger om sjukdomen fortfarande är aktuell!

Fråga 39:

Diagnoskod för: Lindrig hemolys sekundärt till mekanisk mitralisklaffprotes?

Svar: Alltid viss hemolys vid mekanisk mitralisklassprotes, ej koda om inte hemolysen har konsekvens. Då isåfall D59.4

Fråga 40:

D58.0 Hereditär sfärocytos (ärftlig blodbrist p g a ökad nedbrytning av röda blodkroppar)

B27.0 Körtelfeber orsakad av Epstein-Barr-virus

Ska det kodas för anemi också?

Svar:

Körtelfeber kan ge anemi.

Man kodar inte anemi om pat inte har anemi

Om patienten har anemi, ska denna dokumenteras och då kan den kodas.

Fråga 41:

Pat med hereditär sfärocytos som vårdats inneliggande pga att han i samband med körtelfeberinfektion fått anemi med Hb som lägst 56. Fått 4 st erytrocyttransfusioner och stiger nu även av sig själv i Hb. Monospotttest var positiv för EBV och även test i blod positivt för EBV. Har värde Hb 86 vid utskrivningen.
Hur kodas det?

Svar: D64.9 + B27.0 ???

Fråga 42:
Vilken kod har pancytopeni?

Svar: Finns ingen kod! Koda alla "grenar".

Pancytopeni

Pancytopeni

D61 Aplastisk anemi
eller (nedsatt produktion av röda blodkroppar)
D63.- Anemi vid kroniska sjukdomar
 som klassificeras annorstädes
D64.9 Ospecificerad anemi

och

D69.5 Sekundär trombocytopeni
D69.6 Ospecificerad trombocytopeni

och

D70.9 Neutropeni / agranulocytos

Anmärkning:

Alfabetiska listan hänvisar

”pancytopeni med missbildningar” till D61.0

Koda hellre påverkan på alla tre cellinjer var för sig!

Fråga 43:

Patient med kronisk njursvikt stadium 4, på basen av diabetesnefropati.

Är det rätt att koda så här:

HD: N18.4.

BD: N08.3* E....2?

Svar:

Läkaren sätter klinisk diagnos.

Njursvikt är ett symtom som kan föreligga vid olika njursjukdomar. Njursvikten kodas med N18-kod om den är kronisk.

Tillståndet diabetisk nefropati kan vara

N08.3* eller N16.3* E1x.2†

Fråga 44:

Hur kodar man: Patient med njursvikt, stadium 4, på basen av nefroskleros?

Svar:

N18.4

N26.9 Icke specificerad skrumpnjure som innefattar Renal skleros UNS

(Internationella ICD-10 föreslår som alternativ I12.9 för nefroskleros. Då förutsätts hypertoni)

Fråga 45:

Hur kodar man kontinuerlig dialys, t ex PRISMA? Jag jobbar på en IVA-avd där pat kan ha dialys gående kontinuerligt i flera dagar? Jag brukar lägga DR015 (akut hemodialys) men det gäller ju egentligen bara ett tillfälle. Hur ska jag tänka där?

Svar:

PRISMA är namnet på maskinen!

DR020

Fråga 46:

Njursvikt relaterat till dehydrering. Kodas dehydrering då?

Svar: JA

Fråga 47:

83-årig man med spridd icke småcellig lungcancer som fick sepsis av clostridiumseptikum efter cytostatikabehandling. Leukopeni fast ingen neutropeni. Behandlas med Tazocin och byte till Flagyl. Oklart fokus, i samråd med infektionskliniken och med tanke på grundsjukdomen avstår vi från fördjupad utredning.

Hur kodar man?

Svar: Sepsis utan känd utgångspunkt med Clostr septicum kodas A41.8 + kod för graden av sepsis (svår sepsis eller septisk chock).

Leukopeni pga cytostatika D70.9 + Y57.9 + ATC-kod (evt Y43.1 Antineoplastiska antimetaboliter)

C34.9B Småcellig lungcancer

Fråga 48:

Patient inkommer till akutmottagningen med bröstsmärta, står på Mirtazapin. Dr gör bedömningen att det är en läkemedelsreaktion så som lätt serotonergt syndrom och oro. Exakt vad är serotonergt syndrom? Intoxikation, förgiftning, läkemedelsbiverkan eller "ingenting" ? (t ex hösten 2005, 13 dagar)

Diagnostext

Enligt Internetmedicin.se är detta

Observation för misstänkt toxisk effekt av intagen substans Z03.6

Svar: Z03.6 är fel!

Kodas som biverkan, dvs eventuella symtom.

Fråga 49:

Om en antikoagulantibehandlad pat inkommer med t ex Waran och detta sätts ut under vårdtiden, ska Z92.1 vara med på slutanteckningen då?

Svar:

NEJ

Men om annat alternativ (ex Fragmin eller Heparin) getts istället och/eller Waran fortsätter efter utskrivning, så JA

Fråga 50.

Hur ska man koda Bisfosfonatorsakad femurfraktur (eller läkemedelsutlösta frakturer generellt)?

Anamnes/sjukdomsförlopp: Patient som äter Bisfosfonat på grund av sin osteoporos. Har nu vridit till lite lätt och fått en femurfraktur.

Diagnostext	Kod
Bisfosfonatorsakad femurfraktur	M80.9
Femurfraktur	S72.30
Y57.9 + ATC-kod för Bisfosfonat	

Svar:

Man kodar först frakturen samt yttre orsak.

Därefter osteoporosen. M80 är kod för osteoporos där det dessutom finns fraktur.

Bifosfonater och fraktur

- **Atypiska lårbensfrakturer har rapporterats vid behandling med bisfosfonater, främst hos patienter som behandlats under lång tid mot osteoporos.**
- **S72. - , Y57.9 + ATC**
- **M80.9**



Fråga 51:

När en patient har fått en trakeostomi har jag fått lära mig att man ska ha diagnosen J96.0 respiratorisk insufficiens. Gäller denna inte längre?

Svar:

Trakeostomi är inte ett annat namn för respiratorisk insufficiens! Om "resp insuff" inte är dokumenterad, kan den inte kudas!

Akut andningssvikt J96.0 är i de flesta fall ett symtom på en sjukdom och ska inte vara huvuddiagnos.

Det finns flera orsaker till trakeostomi.

(IVAs kvalitetsregister kan ha regler som säger att J96.0 skall användas. Detta är en lokal regel som är fel, orsakad av "optimering" av ersättningssystemet/DRG

Fråga 52:

Får/ska/kan man ta med åtgärds-koder som inte nämns i texten utan en annan personal tex undersköterska fyllt i vad som är gjort vid ett mottagningsbesök? Tex åtgärds-koda avgipsning men dr nämner ingen avgipsning i texten.

Svar:

Måste bestämma på kliniken vad som skall kodas.

Större åtgärder som görs av läkare rapporteras till PAR

Fråga 53:

Man kan ju ta med bidiagnoser som anses vara riskfaktor i epikrisen på medicinklinik.

Är det fel att ta med Z-koder för t ex förekomst av proteser, tidigare cancer, psykisk sjukdom?

Svar:

Regelverket för primärklassificering.

Ta med om det påverkat VTF eller besöket, annars inte.

Extrafråga Ventilation

Konventionell respiratorbehandling

Invasiv

Non invasiv

CPAP / BiPAP

Svar:

Ska diskutera med Socialstyrelsen

DG001 Inledande av akutbehandling med luftvägsmottryck CPAP eller BilevelPAP

DG002 Inledande av behandling med respirator UNS (i)

Avser akutbehandling (inklusive NIPPV
och högfrekvensoscillatorventilation, HFOV)

DG021 Respiratorbehandling, konventionell

DG022 Respiratorbehandling, HFO

DG023 Respiratorbehandling, non-invasiv

DG026 Respiratorbehandling mer än 96 timmar (i)

Avser kontinuerlig respiratorbehandling som pågått mer än 96 timmar

DG027 Inledande av långtidsbehandling med luftvägsmottryck CPAP eller BilevelPAP (i)

Avser långtidsbehandling i hemmet, främst vid sömnapné