

Introduktion i sjukdomsklassifikation

RDK i samarbete med LSF
2019-10-11



- 9.30 Presentation av RDK och dagens föreläsare
Klassifikationsbegreppen – vikten att prata om samma saker
ICD-10-SE – Klassifikationens uppbyggnad
Kodningsanvisningar och regelverk
- 12.00 Lunch
- 13.00 KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder)
Att se nyttan med kodning – användningsområden
KPP, DRG, PAR osv.
- 14.30 Kaffe
- 14.50 Klassifikationsenhet – ett sätt att hålla det vid liv
Maria Johansson, enhetschef
Hälso- och sjukvårdens klassifikationsenhet, Region Värmland
- 15.30 Sammanfattning av dagen och avslutning

Rikssektionen för diagnoskodning (RDK)

RDK är en avdelning under Läkarsekreterares och Sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF).

RDK själv tar inte ut någon medlemsavgift och har inget medlemsregistret. För att närvara på RDK årsmöte krävs att du är betalande medlem i LSF.



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Rikssektionen för diagnoskodning

RDK arbetar för:

- att anordna fortbildningsdagar
- att upprätthålla en utarbetad kodningsetik
- nationellt och internationellt nätverk



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

Rikssektionen för diagnoskodning

Besök vår hemsida www.rdk2001.se för mer information eller
maila till rdkkansli@gmail.com

Du hittar oss även på Facebook
och Instagram @rdk2001
#rikssektionenfördiagnoskodning



**Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning**

ICD-10-SE

2002 Läkarsekreterare - Vänersborg
2009 Sjukdomsklassifikation - grundkurs
2010 Kodarenheten Centralsjukhuset i
Karlstad, Landstinget i Värmland (LiV)
2011-2014 Fem fortsättningskurser
2013 Klassificeringskoordinator LiV
2013-2019 Bisittare på 2 grundkurser och 2
fortsättningskurser
2015 Ledamot RDK
2016 Ordförande RDK
2017 Lärare på Yrkehögskolan Kristinehamn i
Sjukdomsklassifikation
2017 Enhetschef på Hälso- och sjukvårdens
klassifikationsenhet Region Värmland

Maria

rdkmaria.johansson@gmail.com

054-61 42 56

sms: 070-523 34 76

MEDICINSK SEKRETERARE

Kursstart:
16 augusti 2010
Ansökan senast:
3 maj 2010
Informationsmöte:
18 maj 2010
Testdag:
1 juni 2010

Yrkehögskoleutbildning
400 YH-poäng - 2 år
18 utbildningsplatser

Komvux Kristinehamn
www.skola.kristinehamn.se info.komvux@kristinehamn.se

Man ska veta vad man
menar och man ska mena
samma sak

Klassifikationsbegrepp

Att ställa diagnos och att klassificera

Ställa diagnos

Utifrån den behandlingsansvariges specifika kompetens i ord formulera vilken orsaken är till patientens kontakt med hälso- och sjukvården

Klassificera

Med en eller flera koder ange till vilken klass (diagnoskategori) enligt sjukdomsklassifikationen ICD-10-SE den i ord formulerade diagnosen tillhör

Vårdadministratör/Medicinsk sekreterare

Kan inte ha ett självständigt behandlingsansvar och kan därmed inte ha ansvaret för att ställa diagnos



Klassifikation

Primär klassifikation

Diagnossättning och
kodning
(ICD-10-SE och KVÅ)

Sekundär klassifikation

DRG, ACG



Användningsområden

Patientregistret

Verksamhetsbeskrivning

DRG / ACG

Samhällsplanering

Kvalitetsuppföljning/kontroll

Forskning

KPP (Kostnad per patient)



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

ICD-10-SE

14 kapitel med sjukdomsgrupper

Ett kapitel för graviditet, förlossning och barnsängstid

Perinatala tillstånd

Symtom

Medfödda missbildningar

Skador och förgiftningar

Yttre orsaker till sjukdom och död

Övriga kontaktorsaker och faktorer som är av betydelse för hälsotillståndet

Ytterligare ett kapitel har tillkommit – U

Hur ICD-10-SE är uppbyggd



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

- I Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar (A00-B99)
- II Tumörer (C00-D48)
- III Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet (D50-D89)
- IV Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (E00-E90)
- V Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99)
- VI Sjukdomar i nervsystemet (G00-G99)
- VII Sjukdomar i ögat och närliggande organ (H00-H59)

ICD-10-SE



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

- VIII Sjukdomar i örat och mastoidutskottet (H60-H95)
- IX Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99)
- X Andningsorganens sjukdomar (J00-J99)
- XI Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93)
- XII Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99)
- XIII Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00-M99)
- XIV Sjukdomar i urin- och könsorganen (N00-N99)
- XV Graviditet, förlossning och barnsängstid (O00-O99)
- XVI Vissa perinatale tillstånd (P00-P96)

ICD-10-SE



- XVII Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser (Q00-Q99)
- XVIII Symtom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificeras på annan plats (R00-R99)
- XIX Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (S00-T98)
- XX Yttre orsaker till sjukdom och död (V01-Y98)
- XXI Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården (Z00-Z99)
- XXII Koder för särskilda ändamål (U00-U99)

ICD-10-SE



Systematisk förteckning



Systematisk förteckning

ICD-10 är indelat i kapitel som är indelade i

Kapitel I

Kapitel II

Kapitel III

osv...

avsnitt som består av

D50 - D53

D55 - D59

D60 - D64

osv...

kategorier (treställiga) som är underdelade i

D50

D51

D52

osv...

subkategorier (fyrställiga)

D50.0

D50.1

D50.8

D50.9



ICD-10 format

Alfanumeriska koder:

Första tecknet – bokstav – anger (M24.0B)	kapitel
Andra och tredje tecknet – siffra (M24.0B)	kategori
Fjärde tecknet efter en punkt – siffra (M24.0B)	subkategori
Femte tecknet:	
Bokstav: nationell fördjupningskod (M24.0B)	fördjupningskod
Siffra: angiven av WHO (J96.00)	

ICD-10 format

.8 står ofta för **andra specificerade** sjukdomar (undantaget C-koder)



K55.8 Andra specificerade
kärlsjukdomar i tarmen

.9 ospecificerad



J18.9 Pneumoni, ospecificerad

och när det bara finns en
treställig kod blir det .9



Till exempel K30 blir K30.9

K30

Funktionell dyspepsi

Dyspepsia functionalis

Utesluter:

Dyspepsi UNS (R10.1)

Halsbränna (R12)

Psykogen dyspepsi (F45.3)



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

Hur ICD-10-SE är uppbyggd

Under nästan varje kod finns en hjälptext, t.ex. *innefattar* och/eller *utesluter*, ofta med hänvisning till andra kodalternativ

Det är viktigt att läsa kodningsanvisningarna innan beslut tas om vilken kod som är mest lämplig till vårdgivarens diagnosformulering

J86

Empyem (varansamling i lungsäcken)

Empyema pleurae

Tilläggskod (B95-B97) kan användas för att ange den infektiösa organismen

Innefattar:

Pleuraabscess

Pyopneumotorax

Utesluter:

Orsakad av tuberkulos (A15-A16)



ICD-10-SE

Termen "*utesluter*"

Termen "*innefattar*"

Termen "*ospecificerad*" och "UNS"

"*och*" i rubriktexter – betyder och/eller

Exempeltexter: Text med liten stil under en kategorirubrik är *exempel* på vad som *kan* falla in under kategorien.

R19.1 Onormala tarmljud
Avsaknad av tarmljud
"Buller och körningar"
Ökade tarmljud på grund av
hyperperistaltik



Kodningspaket

En diagnos kan bestå av en eller flera koder.
Exempelvis vid skada uppges även en orsakskod för skadans uppkomst.

S68.2 Traumatisk amputation av två eller fler fingrar
W28.03 Kontakt med motordriven gräsklippare



Asterisk* dagger†

Asteriskkoderna beskriver manifestation - Daggerkoderna står för etiologi

Diagnosen som daggerkoderna står för är bakomliggande sjukdom och skall kodas även separat för sig.

(Demens vid Alzheimers är det enda undantaget där man inte gör så)

Exempel

Diabetisk retinopati H36.0*E10.3†

Diabetes typ 1 med ögonkomplikationer E10.3



Kodning av läkemedelsbiverkan

Koda först: **Biverkningens manifestation**

Koda därefter: **Y57.9** Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk, som orsak till ogynnsam effekt
ATC-kod för läkemedlet



Läkemedelsreaktioner

Tilläggskod (kapitel XX) kan användas för att ange orsakande läkemedel

- K71.1 Toxisk leversjukdom med levernekros
- L23.3 Allergisk kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
- L24.4 Irritativ kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
- L25.1 Ospecificerad kontaktdermatit orsakad av läkemedel i kontakt med huden
- L27.0 Generaliserad hudreaktion orsakad av läkemedel
- L27.1 Lokaliserad hudreaktion orsakad av läkemedel
- L56.1 Fotoallergisk läkemedelsreaktion
- M10.2 Gikt orsakad av läkemedel
- M34.2 Systemisk skleros orsakad av läkemedel eller kemiska ämnen
- M80.4 Läkemedelsutlöst osteoporos med patologisk fraktur
- M81.4 Läkemedelsutlöst osteoporos
- M83.5 Annan läkemedelsutlöst osteomalaci hos vuxen
- M87.1 Osteonekros orsakad av läkemedel
- N14.0 Nefropati orsakad av analgetika
- N14.1 Nefropati orsakad av andra läkemedel och biologiska substanser
- N14.2 Nefropati orsakad av icke specificerade läkemedel och biologiska substanser



Exempel läkemedelsbiverkan (1)

L27.0 Generaliserat läkemedelsexantem

Y57.9 Läkemedel i terapeutiskt bruk som orsak till
ogynnsam effekt

J01CE02 penicillin (Kåvepenin)



Exempel läkemedelsbiverkan (2)

F23.9 Akut psykotisk reaktion

Y57.9 Läkemedel i terapeutiskt bruk som orsak till
ogynnsam effekt

N07BA02 bupropion (Zyban)



Exempel läkemedelsbiverkan (3)

R44.3 Hallucinationer

Y57.9 Läkemedel i terapeutiskt bruk som orsak till
ogynnsam effekt

J01MA02 ciprofloxacin (Ciproxin)

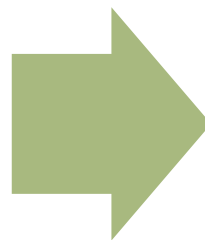


Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Diagnostext och kodtext

Texten till varje kod är en beskrivningstext och inte en diagnosformulering, stämmer dock ibland med given diagnos i journaltext



I annat fall är det viktigt att ändra kodtexten då flera diagnoser kan ingå i samma kod



När läkaren endast dikterar en kod anger hen ingen diagnos utan enbart en statistisk kod.

Exempel:

K82.8 Andra specificerade sjukdomar i matsmältningsorganen.

Det finns fördjupningskoder som preciserar en del diagnoser



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Prioriteringsordning

1. Skador och förgiftningar (kapitel XIX)
2. Graviditet, förlossning, barnsängstid samt vissa perinatale tillstånd (XV–XVI)
3. Infektionssjukdomar, tumörer och missbildningar (I, II och XVII)
4. Organsystemkapitlen (III–XIV), symtomkapitlet (XVIII) och Z-kapitlet (XXI)

ICD-10-SE är ingen medicinsk lärobok!

Det är ingen ”Diagnoshandbok”

ICD-10 är en statistisk klassifikation

ICD-10 består av många kompromisser

ICD-10 kan i vissa sammanhang verka inaktuell

Är från början en dödsorsaksklassifikation

Internationell jämförbarhet

”Bättra” inte på klassifikationen med kreativitet



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

Här Och Nu!

Beskrivning av vad som utretts, behandlats under aktuell vårdkontakt

Huvuddiagnos

Bidiagnos/-er

Åtgärdskod/-er



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos

Socialstyrelsen version 4.1

Rev. 2016-05-11

Huvudregel

Den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten, fastställd vid vårdkontaktens slut.



Val av huvuddiagnos inom slutenvård



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Exempel huvudregel:

Patient läggs in på medicinkliniken för anemiutredning med Hb-värde 79 g/L. Utredningen visar positivt F-Hb och koloskopi visar en tumör i blindtarmen. Patienten överförs till kirurgkliniken för operation. Vid utskrivning från medicinkliniken kodas:

Huvuddiagnos:	Malign tumör i blindtarmen	C18.0
Bidiagnos:	Järnbristanemi pga kronisk blodförlust	D50.0

Patienten kommer in med anemi men utredningen vid detta tillfälle ger en bakomliggande orsak som förklarar patientens tillstånd och då ska det väljas som huvuddiagnos.



Exempel huvudregel:

En patient som insjuknat med akut gastroenterit läggs in på grund av dehydrering.

Huvuddiagnos: Akut gastroenterit A09.0

Bidiagnos: Dehydrering E86.9

*Gastroenterit är den bakomliggande orsaken och ska väljas som huvuddiagnos.
Dehydreringen är ett symtom på den akuta gastroenteriten.*



Exempel huvudregel:

Patient med kort tarm efter tidigare operationer inkommer nu med dehydrering. Uppvätskas och går hem dagen efter inkomst.

Huvuddiagnos:	Dehydrering	E86.9
Bidiagnos:	Kort tarm pga tidigare operationer	K91.2

Till skillnad från det förra exemplet har vi en patient med en kronisk sjukdom som nu blivit dehydrerad. Terapin riktas enbart mot dehydreringen och den kroniska sjukdomen blir bidiagnos.



Hjälpregel

Om det finns mer än en orsak till vårdkontakten ska det tillstånd som förbrukat mest resurser väljas som huvuddiagnos.



Val av huvuddiagnos inom slutenvård



Exempel hjälpregel:

Förare av personbil tas in efter en kollision med annan bil på väg till arbetet. Han har en skallbasfraktur, en lårbensfraktur och multipla revbensfrakturer med en instabil bröstkorg. Lårbensfrakturen opereras men på grund av sina multipla revbensfrakturer och instabila bröstkorg intuberas han och får tillbringa två veckor i respirator på intensivvårdsavdelningen.

Huvuddiagnos:	Instabil bröstkorg	S22.5 + V43.52
Bidiagnos:	Lårbensfraktur	S72.3 + V43.52
	Skallbasfraktur	S02.1 + V43.52



Tilläggsregel

Ett tillstånd som uppstår eller upptäcks under vårdkontakten ska väljas som huvuddiagnos endast om det

a) förbrukar mer resurser än det tillstånd som är orsaken till vårdkontakten och

b) inte är förorsakat av det tillstånd som är orsak till vårdkontakten eller dess behandling

En komplikation till orsaken till en vårdkontakt eller dess behandling kan inte bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning.

Val av huvuddiagnos inom slutenvård



Exempel tilläggregel:

En 52-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk, läggs in på en medicinklinik för förstoppning. På andra vård dagen får hon en framväggsinfarkt och skrivs ut från kliniken först två veckor senare.

Huvuddiagnos: Akut transmural framväggsinfarkt I21.0

Bidiagnos: Förstoppning K59.0

Hjärtinfarkten har tagit större sjukvårdsresurser än förstoppningen och det finns inget omedelbart kliniskt samband mellan förstoppningen och infarkten.



Exempel tilläggregel:

En patient tas in för planerad kolonresektion på grund av sigmoideumcancer. Postoperativt drabbas patienten av en anastomosinsufficiens. På grund av komplikationen får patienten reopereras och vårdas två veckor på intensivvårdsavdelningen.

Huvuddiagnos:	Sigmoideumcancer	C18.7
Bidiagnos:	Postoperativ anastomosinsufficiens	T81.8A + Y83.2



Särskilda regler

För vissa fördefinierade vårdkontakter gäller särskilda klassificeringsregler:

cytostatikabehandling av malign tumör Z51.1

strålbehandling av malign tumör Z51.0

dialysbehandling av njursvikt Z49.-

eftervård Z48.-

Endast huvuddiagnoskoder!



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Val av huvuddiagnos inom sluten vård



Exempel särskilda regler:

En man är opererad för avancerad sigmoideumcancer. Kommer nu för adjuvant intravenös cytostatikabehandling. Vårdtid ett dygn.

Huvuddiagnos:	Cytostatikabehandling	Z51.1
Bidiagnos:	Sigmoideumcancer	C18.7

Att man ger cytostatika intravenöst kodas med KVÅ-koden DT116 + ATC-kod för givet läkemedel.



Exempel eftervård:

En patient som haft angina pectoris och opererats med kranskärlskirurgi (CABG) överförs efter fyra dagar för fortsatt vård vid medicinkliniken. Patienten skrivs efter några dagar där ut till hemmet utan anginösa besvär. På medicinkliniken kodas fallet enligt följande:

Huvuddiagnos:	Eftervård efter CABG	Z48.8
Bidiagnos:	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1
	Aortokoronarbypass-graft	Z95.1

Z48-koden ska enbart användas vid okomplicerad eftervård med i allmänhet kort vårdtid. Anginan är botad men patientens aterosklerotiska grundsjukdom är kvar och ska kodas.

Exempel eftervård:

Om patienten (från föregående exempel) efter operationen har kvar sina besvär och detta blir det huvudsakliga anledningen till vården ska hjärtsjukdomen istället vara huvuddiagnos och inte eftervården.

Huvuddiagnos:	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1
Bidiagnos:	Angina pectoris	I20.9
	Aortokoronarbypass-graft	Z95.1

I detta fall väljs I25.1 för den kroniska ischemiska hjärtsjukdomen som huvuddiagnos.



Exempel eftervård:

En patient med akut framväggsinfarkt inkommer och överflyttas akut till regionsjukhuset för perkutan koronar intervention (PCI). Där verifieras infarkten och man påvisar flera signifikanta stenoser i koronarkärlen. Stenoserna åtgärdas och stentas och patienten flyttas tillbaka till hemortssjukhuset för fortsatt vård.

Huvuddiagnos:	Akut framväggsinfarkt	I21.0
Bidiagnos:	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1
	Stent i koronarartärer	Z95.5

I detta fall har patienten en akut hjärtinfarkt med myokardskada vilken fortfarande är under behandling och ska väljas som huvuddiagnos.



Exempel eftervård:

En patient överflyttas från ett annat sjukhus där han opererats för en förmodad rektalcancer och fått en ileostomi. Han vårdas nu på hemortssjukhuset för stomiträning och för att återhämta krafter efter operationen. Han mår bra och kan skrivas ut till hemmet efter några dagar. PAD visar adenom, inte cancer.

Huvuddiagnos:	Eftervård efter tarmkirurgi	Z48.8
Bidiagnos:	Status post rektaladenom	Z86.0
	Ileostomi	Z93.2

Huvuddiagnosen är eftervård eftersom den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten är att patienten ska återhämta sig efter operationen. Behandlingsfasen av patientens sjukdom är avslutad.



Definition:

Ett annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt

Som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för den aktuella vårdkontakten.

Dessa bidiagnoser bör om möjligt ordnas efter sin relativa betydelse.

Bidiagnoser inom sluten vård



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Bidiagnoser kan vara tillstånd som

Inneburit en klinisk utvärdering och bedömning

Medfört behandling

Förlängt vårdtiden

Medfört ökat vårdtyngd

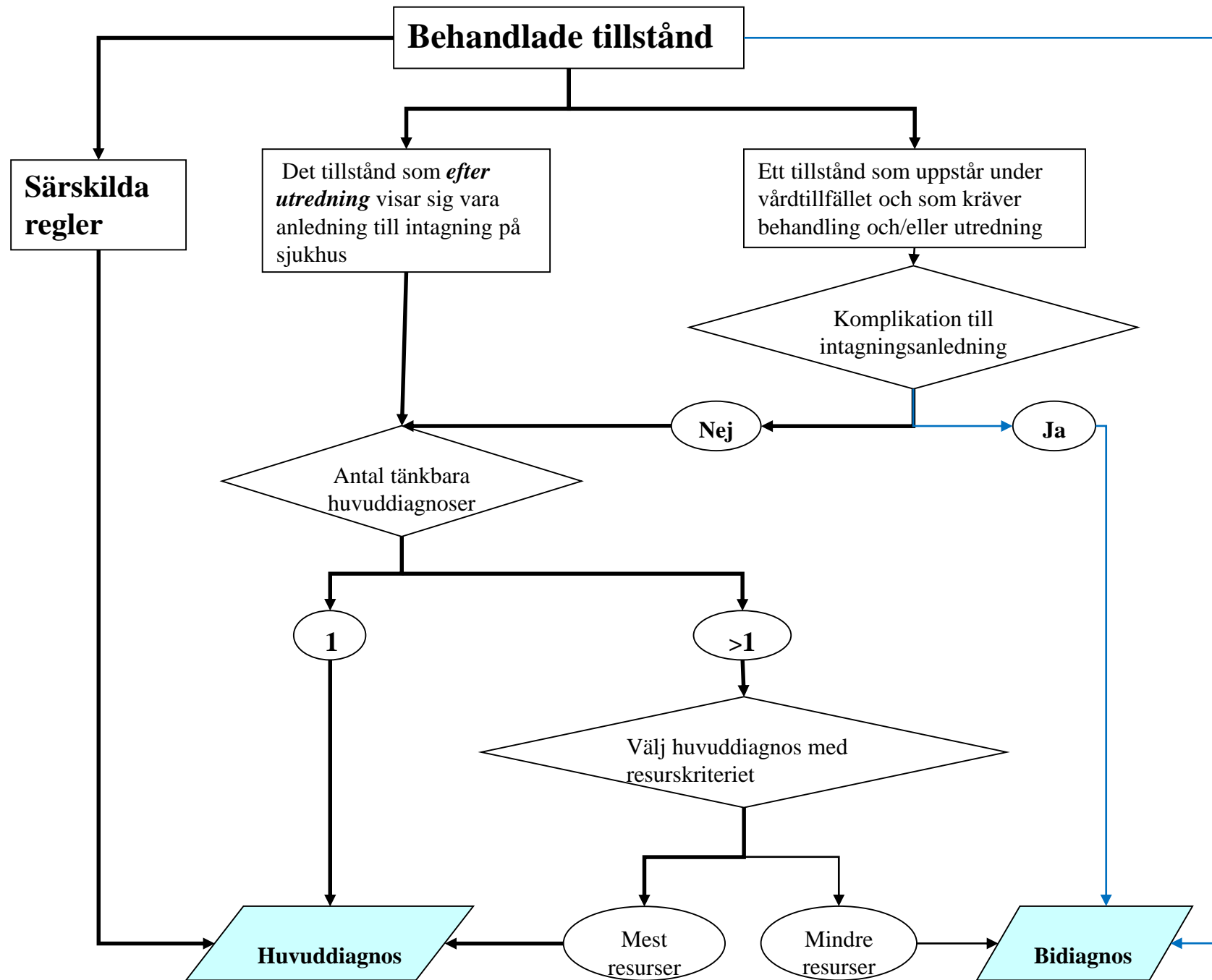
Utgör riskfaktor

Varit komplikationer till behandling

Kan ha betydelse för den framtida hälsoutvecklingen (till exempel hos nyfödda)

Väsentliga obduktionsfynd





Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård

Socialstyrelsen version 2.1

Rev. 2016-05-11

*Den huvudsakliga anledningen till
vårdkontakten – fastställd vid
vårdkontaktens slut*

Är oftast en sjukdom eller ett
symtom.

Det kan även handla om kontroll av
given behandling, utredning för att
få ett tillstånd uteslutet, utfärdande
av intyg, screening, etc.

Huvuddiagnos



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Den huvuddiagnos som formuleras vid besökets slut behöver inte vara samma besöksorsaken.

Om ingen klar diagnos kan anges, ska det viktigaste symtomen eller hälsoproblemet anges som huvuddiagnos.

Om diagnosen fastställs vid senare besök ska inte symptomdiagnoser för tidigare besök ändras i efterhand.

Huvuddiagnos



Kronisk och akut sjukdom

Om en patient med en kronisk sjukdom behandlas för en annan akut sjukdom, blir som regel den akuta åkomman huvuddiagnos.

Lunginflammation hos en patient som kontrolleras för bipolär sjukdom

Akut urinvägsinfektion hos patient med MS

Bröstsmärtor hos patient med diabetes



Söker/remitteras för fastställd eller sannolik diagnos

Om huvuddiagnosen redan är fastställd, av exempelvis inremitterande, ska denna anges som huvuddiagnos - om inte utredning/undersökning påvisar annat.

En patient remitteras till kirurgmottagningen med diagnosen ljumskbräck för bedömning inför operation. Diagnosen bekräftas och patienten sätts på väntelista för operation.

Ljumskbräck

K40.9



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

Patient söker/remitteras för symtom

Om orsaken till symtomet inte kan fastställas vid aktuellt besök ska symtomet anges som huvuddiagnos.

Lisa söker för ihållande sömnsvärigheter. Ingen säker diagnos ställs, utredning planeras.

Sömnstörning *G47.9*

Misstänkta sjukdomar och observationsfall ska inte kodas med definitiv sjukdomsdiagnos. Här används symtom eller patologiska fynd.

Observations- och utredningsfall

En patient som har fått högt blodtryck uppmätt vid tillfällig läkarkontakt remitteras med frågeställningen: Hypertoni? Efter undersökning visar sig patienten ha normalt viloblodtryck och diagnosen hypertoni avskrivs.

Bedömning av misstänkt hypertoni

Z03.5



Kontroll av kroniska sjukdomar

Vid kontroll av kroniska sjukdomar anges sjukdomsdiagnosen.

Kontrollbesök för patient med Crohns sjukdom.

Crohns sjukdom *K50.9*

Patient med kronisk obstruktiv lungsjukdom

KOL *J44.9*



Behandlingsbesök inklusive särskilda regler

Vid besök som avser behandling av en aktuell kronisk sjukdom är huvudregeln att sjukdomen och dess diagnoskod anges som huvuddiagnos.

Från huvudregeln finns vissa *undantag*. Särskilda regler gäller för patienter som kommer enbart i syfte att få kemoterapi (cytostatikabehandling) och/eller strålbehandling vid malign sjukdom eller för dialysbehandling.

Undantag

När anledningen till kontakten enbart är cytostatika- eller strålbehandling av en tumör anges Z51.1 respektive Z51.0 följt av en kod för den bakomliggande tumörsjukdomen.

Kemoterapeutisk behandling av sigmoideumcancer
Z51.1, C18.7



Undantag

När anledningen till kontakten enbart är dialysbehandling anges Z49.1 följt av diagnoskoden för njursjukdomen.

Dialysbehandling vid kronisk njursvikt
Z49.1, N18.5



Kontroll av utläkta sjukdomar

Här anges som huvuddiagnos Z08.- eller Z09.- när sjukdomen/besvären bedöms vara utläkt, följt av sjukdomsdiagnosen.

Vid kontroll av radikalopererade maligna tumörer anges kontrollbesök Z08.- som huvuddiagnos följt av en kod från Z85.- när eventuell adjuvant behandling är avslutad. Under adjuvant cytostatika- eller strålbehandling används kod för primärtumören.



Kontroll av utläkta sjukdomar

Exempel:

En patient som radikalopererats för bröstcancer återkommer för kontroll efter 4 veckor.

Kontrollbesök efter kirurgisk behandling för bröstcancer Z08.0, Z85.3

En patient kommer för besvär från ett ärrbräck som uppstått fyra månader efter en radikalopererad koloncancer. Patienten sätts på väntelista för operation av ärrbräcket.

<i>Ärrbräck</i>	<i>K43.2</i>
<i>Tidigare bortopererad koloncancer</i>	<i>Z85.0C</i>



Kontroll av utläkta sjukdomar

Exempel:

En patient med handledsfraktur kommer tillbaka för kontroll efter fyra veckor. Frakturen är läkt.

*Kontrollundersökning efter behandling av distal radiusfraktur
på grund av fall i hemmet
(Alternativt enbart Z09.4D)* *Z09.4
S52.50 + W19.09*

En patient har haft en otitis media som behandlats med antibiotika för denna och återkommer för kontrollundersökning och bedöms då vara frisk.

Kontrollundersökning efter behandling av otitis media *Z09.8, H66.0*



Kontroll av pågående behandling för malign tumör

Vid kontroll av patienter behandlade för malign tumör blir kodningen beroende på omständigheterna; icke opererad, radikalt opererad och icke radikalt opererad.

Exempel:

Patient kommer för kontroll av kronisk lymfatisk leukemi under pågående cytostatikabehandling

Kronisk lymfatisk leukemi *C91.1*

Kontroll av pågående behandling för malign tumör

Exempel:

Patient kommer för första kontroll av opererad bröstcancer. Operationen är visserligen radikal men adjuvant cytostatikabehandling planeras, dvs canceren är fortfarande under behandling.

Kontroll efter kirurgi för bröstcancer

Z08.0, C50.9

Patient kommer för kontroll efter avslutad adjuvant cytostatikabehandling för opererad bröstcancer. Kliniskt recidivfri.

Kontroll efter kombinerad behandling av bröstcancer

Z08.7, Z85.3



Besök för att förbereda inskrivning i slutenvård, dagkirurgi eller dagvård

När en patient kommer på besök till läkare för att förbereda en inskrivning i slutenvård några dagar senare inklusive inkomstsamtal och bedömning, ska sjukdomsdiagnosen anges som huvuddiagnos.

Om patienten däremot kommer för en specifik förberedelse inför inskrivningen, t ex besök hos narkosläkare för preoperativ bedömning eller besök hos sjuksköterska för blodprovstagning anges ”förberedande vård för efterföljande behandling” som huvuddiagnos följt av koden för den aktuella sjukdomen.

Exempel:

Preoperativ bedömning av narkosläkare Z51.4

Gallsten utan kolecystit K80.2



Besök för intyg

Om utfärdande av intyg är den huvudsakliga anledningen till kontakten ska detta anges med Z02.- som huvuddiagnos. Detta gäller exempelvis friskintyg och invaliditetsintyg.

Läkarintyg för körkort *Z02.4*

Om intyg skrivs i samband med besök för kontroll av sjukdom/skada ska Z02.- inte anges som diagnoskod. Ange en KVÅ-kod istället.

Justering av hjälpmedel, borttagande av osteosyntesmaterial mm.

Om orsaken till kontakten enbart är att justera ett hjälpmedel utan att den bakomliggande sjukdomen primärt handläggs anges en kod från Z45.- eller Z46.- som huvuddiagnos.

En patient som tidigare fått pacemaker på grund av hjärtarytmi kommer för kontroll och eventuellt justering av sin pacemaker.

*Justering och skötsel av pacemaker i hjärtat
(Arytmidiagnosen kan anges som tillägg)*

Z45.0



Justering av hjälpmedel, borttagande av osteosyntesmaterial mm.

Vid besök enbart för borttagande av osteosyntesmaterial anges Z47.0 som huvuddiagnos.

Vid besök enbart för byte av trakeostomikanyl anges Z43.0 som huvuddiagnos. Grundsjukdomen kan i detta fall även anges som tillägg.



Besök för hälsokontroll, utredning och screening

Besök för rutinundersökning av frisk person, observation eller utredning av misstänkt tillstånd som kan avfärdas eller riktad hälsokontroll kodas inom avsnittet Z00-Z13.

Exempel:

En patient kommer på eget initiativ för allmän gynekologisk undersökning

Allmän gynekologisk undersökning Z01.4

En patient kommer för riktad screening avseende ovarialtumör då det föreligger anhopning av ovarialcancer i släkten.

Screening med avseende på ovarialtumör Z12.8

Ovarialcancer i familjeanamnesen Z80.4



Besök i samband med fortplantning

Besök i samband med fortplantning såsom preventivmedelsförskrivning och graviditetsövervakning anges med kod ur serien Z30-Z35.

Exempel:

En kvinna kommer för allmän preventivmedelsrådgivning

Preventivmedelsrådgivning *Z30.0*

En kvinna kommer på besök till läkare eller barnmorska för övervakning av normal förstagångsgraviditet.

Graviditetsövervakning *Z34.0*



Bidiagnoser

Som bidiagnos(er) anges de tillstånd som haft betydelse för handläggningen av patienten vid den aktuella kontakten.

Tidigare behandlade sjukdomar samt tillstånd utan relevans för den aktuella kontakten ska inte registreras.



Besök som leder till
oplanerad inläggning

Akutbesök som leder till oplanerad inläggning

Alla akutbesök ska diagnossättas **oavsett om besöket leder till inskrivning i slutenvård eller inte**. I de fall patienten bedömts av flera olika specialister under besöket ska diagnos sättas av den sista specialiteten/kliniken.

Observera att åtgärds-koden XS100 Oplanerad inskrivning till slutenvård ska användas för alla öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inläggning samt att koden XS100 bara ska användas i samband med det besök där man faktiskt beslutar om inläggning.



Akutbesök som leder till oplanerad inläggning

Diagnos sätts i följande prioritetsordning

1. Diagnos sätts om det är möjligt
2. Symtomdiagnos enligt kap R
3. Kan man inte sätta något av ovanstående, kan U99.9 Diagnosinformation saknas registreras



Planerat besök som leder till oplanerad inläggning

Ett öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inskrivning i slutenvård ska registreras som ett öppenvårdsbesök. Detta öppenvårdsbesök ska diagnossättas.

Åtgärds-koden *XS100 Oplanerad inskrivning till slutenvård* bör användas för alla öppenvårdsbesök som leder till akut inläggning. Observera att koden XS100 bara ska användas i samband med det besök där man faktiskt beslutar om inläggning och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik. Ansvarig läkare där kan göra bedömningen att patienten inte är i behov av slutenvård.



Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Kirurgiska och medicinska åtgärder

KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder

KKÅ kirurgiska åtgärder

KMÅ medicinska åtgärder

ICF-baserade åtgärds-koder för paramedicinare

SVF mätpunktkoder för Standardiserat
vårdförlopp



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder

KVÅ har utvecklats av Epidemiologiskt Centrum EpC vid Socialstyrelsen, i samarbete med specialistläkarföreningarna

KVÅ möjliggör en heltäckande klassificering, registrering och därmed beskrivning av både slutenvård och öppenvård – och på sikt troligtvis även primärvård.

KVÅ ska inte användas för att beskriva vad man gör på jobbet.



KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder

KKÅ

**Klassifikation av
kirurgiska åtgärder**
ca 5800 åtgärder



KMÅ

**Klassifikation av
medicinska åtgärder**
ca 3500 åtgärder



KVÅ-kodens struktur

Enklaste sättet att handskas med KVÅ

- Skapar en egen lathund över de åtgärder som är obligatoriska att registrera och de vanligast förekommande samt de som enheten lokalt vill ha särskild statistik på.



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

KVÅ

Varje årsskifte sker en uppdatering av KVÅ med ändringar, tillägg och borttagning av koder. Hemmagjorda lathundar måste alltså ses över årligen

Nya koder kan beställas via respektive specialistläkarförening

KVÅ i sin helhet i Excelformat på Socialstyrelsens hemsida. www.socialstyrelsen.se



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

KVÅ

En patient kan bli föremål för en stor mängd åtgärder under en och samma vårdkontakt.

I princip ska alla åtgärder dokumenteras i journalen, men allt måste inte klassificeras och kodas.

I de flesta fall kan man få en god beskrivning av vården med ett begränsat antal koder.

Åtgärder som i relation till övriga åtgärderna under vårdkontakten framstår som ringa bör inte registreras.



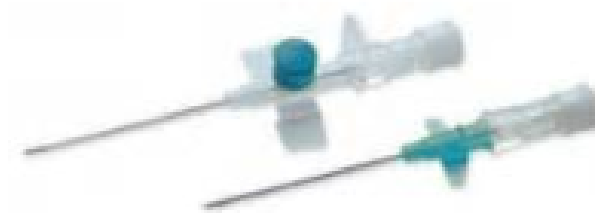
Åtgärd som normalt ingår i en annan registrerad åtgärd

Exempel där en åtgärd som är en självklar förutsättning för en annan inte behöver kodas separat:

vid elkonvertering anges inte koden för EKG

vid inläggning av vaskulär injektionsport eller central venkateter anges inte koden för (röntgen)kontroll av kateterläget

vid intravenös läkemedelstillförsel anges inte koden för inläggning av venkateter



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Normala rutinåtgärder och övriga ringa åtgärder

Om inga större åtgärder utförs vid en vårdkontakt ska åtgärderna dokumenteras i patientjournalen men behöver inte klassificeras separat.

Exempelvis kan nedanstående åtgärder anses ingå i ett rutinbesök hos läkare varför de inte behöver kodas:

genomgång av journal

inhämtande av anamnes

*rutinundersökning för statusbeskrivning inklusive
eventuellt blodtrycksmätning information till patient*

och eventuellt närstående

läkemedelsförskrivning

sjukintyg

dokumentation i patientjournalen



Normala rutinåtgärder och övriga ringa åtgärder

Exempel på andra åtgärder som inte behöver kodas och registreras är:

blodprovstagnning för rutinprover
rutinmässig sårvård efter kirurgiska ingrepp
EKG vid hjärt-lungproblem
ultraljudsundersökning vid bukproblem
tillförsel av läkemedel som patienten har blivit ordinerad för, t.ex. antibiotikabehandling vid infektion



Normala rutinåtgärder och övriga ringa åtgärder

För olika specialiteter är vissa åtgärder så vanliga att de anses ingå i den sedvanliga normala undersökningen.

Exempel på detta är:

tryckmätning av ögon och oftalmoskopi hos ögonspecialisten

borttagande av vaxpropp hos öronspecialisten

PEF hos lungspecialisten

proktoskopi hos gastroenterolog eller kirurg



Sammanfattning

Åtgärderna ska beskriva vad som är gjort under aktuell vårdkontakt mellan patient och vårdpersonal – öga mot öga.

Medicinskt meningsfullt för vården och för att beskriva sin verksamhet.

Använd KVÅ med måtta och eftertanke.

KVÅ är en åtgärdsregistrering med patienten i fokus – inte ett mått för egen arbetsbelastning.

De Kirurgiska åtgärderna (KKÅ) – är obligatoriska att registrera.



Sökmotor

<http://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE>

<http://klassifikationer.socialstyrelsen.se/ICD10SE>



ICD-10-SE

Skriv in kod eller använd fritext för att söka på ord

Sök

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2017

Dölj meny ^



01 Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar (A00-B99) >

02 Tumörer (C00-D48) >

03 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet (D50-D89) >

04 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar (E00-E90) >

05 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar (F00-F99) >



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning


ICD-10-SE



ICD-10-SE

i21

Sök

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem 2017

 Dölj meny 

			
09 Cirkulationsorganens sjukdomar (I00-I99) >	I20-I25 Ischemiska hjärtsjukdomar (sjukdomar orsakade av otillräcklig blodtillförsel till hjärtmuskeln) >	I20 Anginösa bröstsmärtor (kärkramp i bröstet) >	I21.0 Akut transmural framväggsinfarkt
10 Andningsorganens sjukdomar (J00-J99) >	I26-I28 Sjukdomstillstånd inom lungcirkulationen >	I21 Akut hjärtinfarkt >	I21.1 Akut transmural diafragmal infarkt
11 Matsmältningsorganens sjukdomar (K00-K93) >	I30-I52 Andra former av hjärtsjukdom >	I22 Reinfarkt (återinsjuknande i akut hjärtinfarkt) >	I21.2 Akut transmural hjärtinfarkt med andra lokalisationer
12 Hudens och underhudens sjukdomar (L00-L99) >	I60-I69 Sjukdomar i hjärnans kärl >	I23 Vissa komplikationer till akut hjärtinfarkt >	I21.3 Akut transmural hjärtinfarkt med ospecificerad lokalisering
13 Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven (M00-M99) >	I70-I79 Sjukdomar i artärer, arterioler (småartärer) och kapillärer >	I24 Andra akuta ischemiska hjärtsjukdomar >	I21.4 Akut subendokardiell infarkt >
14 Sjukdomar i urin- och könsorganen >	I80-I89 Sjukdomar i vener, lymfkärl och	I25 Kronisk ischemisk hjärtsjukdom >	I21.9 Akut hjärtinfarkt, ospecificerad

I21 Akut hjärtinfarkt

Infarctus myocardii acutus

Innefattar

Hjärtinfarkt inom 4 veckor (28 dagar) från symtomdebuten

Utesluter

Gammal hjärtinfarkt (I25.2)

Hjärtinfarkt med angiven varaktighet av mer än 4 veckor (28 dagar) (I25.8)

Postinfarktsyndrom (I24.1)



Användningsområden

Vad är nyttan med klassifikationen?

Användningsområden

Patientregistret

Verksamhetsbeskrivning

DRG / ACG

Samhällsplanering

Kvalitetsuppföljning/kontroll

Forskning

KPP (Kostnad per patient)



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Patientregistret - PAR

Vad innehåller PAR?

pågående och avslutade vårdtillfällen inom slutenvården

- Gäller från 2015

patienter som behandlats av läkare i den delen av den öppna vården som inte är primärvård

diagnoser och åtgärder för patienter som vårdats i psykiatrisk tvångsvård enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Uppgifter om akutväntetider

OBS! Uppgifter om primärvård och andra yrkesgrupper än läkare saknas.



Hur används data?

UNDERLAG TILL:

- Regeringsbeslut
- Öppna jämförelser
- Nationella riktlinjer
- Officiell statistik
- Utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården
- Statistikbeställningar
- Kostnads- och verksamhetsplanering
- Kolada (Kommun- och landstingsdatabasen)

ANVÄNDS AV:

- Regeringen
- Andra myndigheter
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
- Media
- Forskare
- Internationellt (EU, WHO osv.)

PAR är källa
för:

DRG

Forskning och epidemiologiska studier

Officiell statistik

Produktivitetsanalyser

Verksamhetsbeskrivningar och jämförelser

Öppna jämförelser



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE

Diagnosrelaterade grupper - DRG

Klassifikation

Primär klassifikation

”Diagnossättning” och ”kodning”

Diagnoser enligt ICD-10-SE

Åtgärder enligt KVA

Sekundär klassifikation

DRG, ACG



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

ICD-10-SE



Patienten har:

Huvuddiagnos
Bidiagnoser
Problemområden
Riskfaktorer

ICD-10-SE

Sjukdomsklassifikation



Sjukvården ger service (tjänster):

Operationer
Undersökn / utredn
Medikamenter
Träning
Vård

KVÅ

Åtgärdsklassifikation



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

Logiken i DRG

Grupperingen görs utifrån vad som registreras i våra patientadministrativa system

- kod för huvuddiagnos
- eventuella bidiagnos- och åtgärds-koder
- ålder och kön
- och i slutenvård dessutom utskrivningssätt

Medicinskt likartade vårdkontakter

Ungefär lika resurskrävande



Exempel

Akut bronkit orsakad av streptokocker
J20.2

Allergisk astma
J45.0

Kikhosta
A37.9

D49E Bronkit och astma, ej komplicerat



Varför ska vi gruppera?

Verksamhetsanalyser kopplade till KPP

I vissa landsting som budget- och ersättningssystem till verksamheten

Fakturering av högspecialiserad- och utomlänsvård till andra landsting



Rikssektionen för
Diagnos-
Kodning

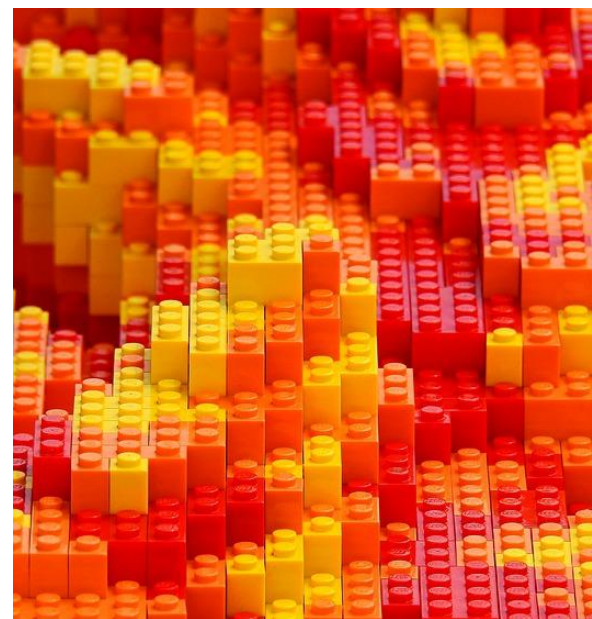
ICD-10-SE

Varför ska vi gruppera?

Cirka 1 500 000
vårdtillfällen/år i Sverige
34 000 kodkombinationer
Cirka 9 500 åtgärds-koder

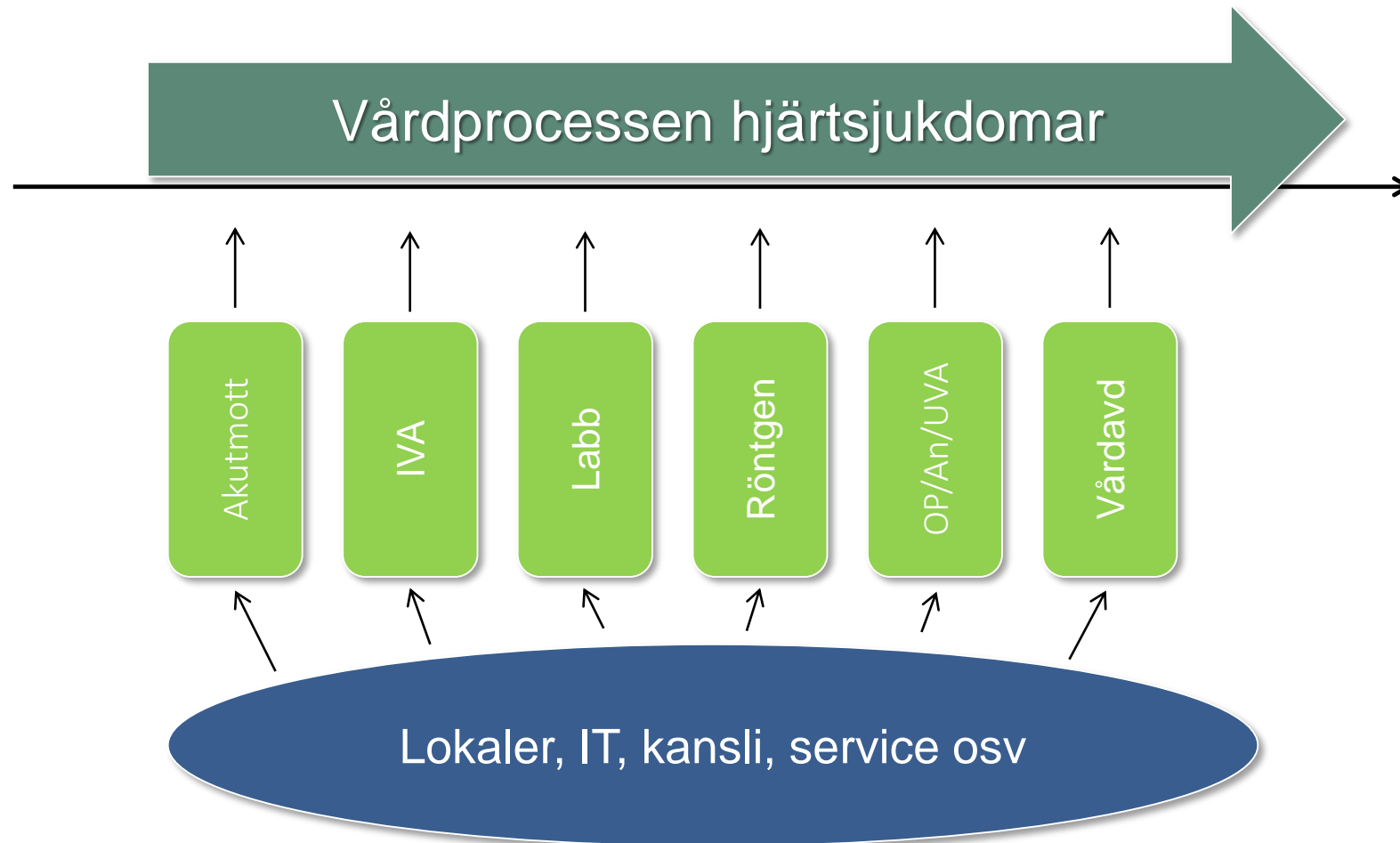
Med DRG har man...

Cirka 580 slutenvårdsgrupper
Cirka 380 öppenvårdsgrupper



Kostnad per patient -
KPP

Kostnad per patient (KPP)



Vad använder vi KPP till?

KPP-system ger oss möjligheten att studera vårdkedjor mellan primärvård och somatisk/psykiatrisk vård.

ett sätt att beskriva vården genom integration av vårddata och ekonomiska data

jämförelse av resursåtgång

ett verktyg för verksamhetsförändringar

studerande av processer

analysering av resursinsats för specifika behandlingar, sjukdomar och patientgrupper.



Hur kan kodningen
se ut?

Kodning av akutbesök

Akutbesök

Medicinsk diagnos/åtgärd

Patientens tidigare koder

Hämta för vårdkontakten... Hämta alla...

Sök koder

Typ Diagnos Söktext

Registrerade koder

Använd Ctrl+piltangenter för att flytta koder i trädet.

D^H R429-Yrsel

Akutbesök som leder till inläggning

Medicinsk diagnos/åtgärd

Patientens tidigare koder

Hämta för vårdkontakten... Hämta alla...

Sök koder

Typ Diagnos Söktext

Registrerade koder

Använd Ctrl+piltangenter för att flytta koder i trädet.

D^H R429-Yrsel

A XS100-Oplanerad inskrivning till slutenvård



Kodning av epikris (vårdtillfälle)

Medicinsk diagnos/åtgärd

Patientens tidigare koder

Hämta för vårdkontakten...

Hämta alla...

Sök koder

Typ

Söktext

Diagnos ▼

Registrerade koder

Använd Ctrl+piltangenter för att flytta koder i trädet.

- D^H** I634-Cerebral infarkt orsakad av emboli i cerebrala artärer
- D** G819-Hemipares höger
- D** I480-Paroxysmalt förmaksflimmer
- D** I109-Essentiell hypertoni



Kodning av planerat öppenvårdsbesök

Huvudsakliga anledningen till vården, oftast en sjukdom eller ett symtom. Kan också vara andra omständigheter som medfört vårdkontakt.

Observera särskilda regler; dialys, cytostatika, strålbehandling, kontrollundersökningar och eftervård.



Exempel

Patient kommer på första återbesök efter hjärninfarkt. Patienten har inga kvarstående symtom, känner sig helt återställd.

i Medicinsk diagnos/åtgärd

Patientens tidigare koder

Hämta för vårdkontakten... Hämta alla...

Sök koder

Typ	Söktext
Diagnos ▼	

Registrerade koder

Använd Ctrl+piltangenter för att flytta koder i trädet.

- D^H** Z098-Kontrollundersökning efter embolisk hjärninfarkt
- D** I634

Om man vid senare kontakter har ett behov att markera att denna patient har haft en cerebral infarkt men inte har några resttillstånd kvar, kan man använda koden **Z86.7C** Cerebral insult utan bestående men i egna sjukhistorien.

Exempel

Patient kommer på återbesök två månader efter akut hjärninfarkt med resttillstånd i form av högersidiga förlamningssymtom och sitter i rullstol. Besvären bedöms bestående. Blodtryck och blodfetter fortsatt förhöjda och ska fortsatt kontrolleras på mottagningen.

i Medicinsk diagnos/åtgärd

Patientens tidigare koder

Hämta för vårdkontakten... Hämta alla...

Sök koder

Typ Söktext

Diagnos

Registrerade koder

Använd Ctrl+piltangenter för att flytta koder i trädet.

- D^H** G819-Hemipares, höger
- D** I693-Sena effekter av cerebral infarkt
- D** I109-Hypertoni
- D** E780-Hyperkolesterolemi