

DRG forum mars 2017

Spørsmål om koding

Olafr Steinum

Best før 18 mars 2017

Spørsmål 1: Etterbehandling etter kirurgi

WHO ICD-10: Other surgical follow-up **care**

- Z48 koder er utfordrende. Når pasienter kommer til lokalsykehus etter behandling annet sted, er det ofte krevende å ta stilling til hva som er hoveddiagnose ved lokalsykehus.
Kan du fortelle litt om bruk av denne koden som hovedtilstand i litt ulike caser ?

Svar: Ja, det er krevende, fordi det er legen som skal formulere hovedtilstanden!

Spørsmål 2: Zometa

Skal Zometabehandling kodes med prosedyre WBOC05 eller WBG00 enten pas. Har skjelettmetastaser eller ikke??

Zometa

Novartis

Benresorpsjonshemmer.

ATC-nr.: M05B A08

Indikasjoner: Forebygging av skjelettrelaterte hendelser (patologiske frakturer, ryggmargskompresjon, bestråling eller kirurgisk behandling av skjelettmetastaser, eller tumorindusert hyperkalsemi) hos voksne pasienter med utbredt kreftsykdom som involverer skjelettet. Behandling av voksne pasienter med tumorindusert hyperkalsemi (TIH).

**Svar: WBG00
eller WBOC05,
avhengig av
behandlingens
mål.**

WBOC05 Intravenøs medikamentell svulstbehandling
Inkl: tilførsel via permanent kateter

WBG00 Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel
Inkl: tilførsel via permanent kateter.

Ekskl: blod og blodprodukter ([Kapittel R](#))

Ekskl: injeksjon i ledd

(kjeveledd [EGX 10](#), andre ledd: se kapittel N)

Spørsmål 3: Åpen buk

Pas. overflyttet til lokalsykehuset for VAC behandling og mobilisering.

Ved ankomst lokalsykehuset lå pas. på intensiv avd. i 6 dager, deretter overflyttet kir. avd., overflyttet til FMR avd. (rehab. Avd.) tilbake til kir. over julen, og er nå innlagt FMR, (innlagt fra 22.09.16 **og er fortsatt innlagt**)

Det var avholdt et tverrfaglig møte ved overflytting fra intensiv til vanlig post, der lege, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, anestesilege og sykepleiere deltok. (kan vi bruke en rehabiliteringskode Z 50.80. som bidiagnose her?)

Pas. har åpen buk og har hittil hatt VAC behandlinger x 39.

Hva skal hoveddiagnosen være for dette oppholdet.

Aktuelt: Overflytting fra xxxx etter langvarig intensivforløp grunnet komplikasjoner med tarmiskemi etter innsetting av biologisk aortaventil pga odontogen endokarditt, videre buksepsis beh med multiple revisjoner og skyllinger, fortsatt åpen buk og VAC-behandling osv osv osv osv osv

Spørsmål 3: Åpen buk

Pas. overflyttet til lokalsykehuset for VAC behandling og mobilisering.

Ved ankomst lokalsykehuset lå pas. på intensiv avd. i 6 dager.

Aktuelt: Overflytting fra xxxx etter langvarig intensivforløp grunnet komplikasjoner med tarmiskemi etter innsetting av biologisk aortaventil pga odontogen endokarditt, videre buksepsis beh med multiple revisjoner og skyllinger, fortsatt åpen buk og VAC-behandling osv osv osv osv osv

Hva skal hoveddiagnosen være for dette oppholdet.

Svar: Diagnosen stilles av legen!

Det ser ut til at diagnoseformuleringen skulle kunne være:

«Åpen buk som resttilstand etter postoperativ komplikasjon»

Denne diagnosen kodes K91.8 T98.3 Y88.1

Spørsmål 4: HPV (Humant papillomavirus)

Har oppstått en diskusjon hos oss, da vi synes kodeveiledningen er uklar...

- a) Pas. kommer til kontroll fordi forrige celleprøve viste HPV positiv. Skal hovedtilstanden for denne undersøkelsen være Z 22.8?

Hvis man skal avvente histologi/cytologisvar, er jeg redd dette blir uhåndterlig i hverdagen.

- b) Hva menes egentlig med risikofaktorer for HPV? Er det snakk om arv/kreft i nær familie? Livsførsel?

Svar: Se Regelverk og kodeveiledning 2017 side 143-144

a) Ja.

b) Risikofaktor bedømmes av behandleren

Spørsmål 5: Anastomosedefekt

«hva blir korrekt koding i vedlagt case?»

Diagnoser:

K62.8 Andre spes. forst. i endetarmsåpning, analkanal og endetarm
(Anastomosedeffekt i colorectal anastomose)

C20 Ondartet svulst i endetarm
(Cancer recti operata)

Pasienten har en defekt i en colorectal anastomose etter lav fremre i fjor sommer. Han har vært fulgt med regelmessige kontroller for å se om defekten lukker seg. Han har en bøyleileostomi.

Vurdering

Denne abscesshulen vil ikke lukke seg spontant og det er 2 muligheter - enten å gjøre reseksjon av anastomosen med anleggelse av ny. Dette kan gjøres relativt greit siden han allerede har en avlastende bøyleileostomi. Alternativet er Hartman og anlegge en endecolostomi. Det er myke forhold distalt for anastomosen. Pasienten er svært interessert i å få anlagt en ny anastomose. MR bekken fra 08.02. viser tydelig lokumentet bak distale del av colon før anastomosen. Pasienten vil egne seg til en kombinert tilgang med laparoskopi ovenfra og TAMIS nedenfra. Søkes inn til operasjon.

Forslag til svar: Komplikasjonspakken:

T81.8 (anastomosedefekt) + K63.0 Tarmabscess + Y83.-

Spørsmål 6 a: Infeksjonskomplikasjon

Valg av hovedtilstand:

Mastektomi, med samtidig primær rekonstruksjon med anatomisk silikonprotese. Tilkom hematom, som ble punktert x 2, 2 uker post opr.

3 uker etter siste punksjon tilkom hevelse, sekresjon, sårruptur og blottlagt implantat. Oppvekst av staph. aureus.

Implantat ble fjernet.

T85.7 – infeksjon/betennelsesreaksjon som skyldes innvendig protese/implantat/transplantat –

Eller

T81.4 – infeksjon etter kirurgisk prosedyre (etter punksjonen 2 uker post opr.) eller??

Svar: Hovedtilstanden formuleres av legen, som altså velger hovedtilstand.

Når det er gjort, kan man kode hovedtilstanden.

Her er det ganske klart at det dreier seg om en komplikasjon, men om den er bedømt som pga punksjonen eller implantatet, er det legen som avgjør.

Spørsmål 6 b: Komplik pga sykdom eller prosedyre?

Valg av hovedtilstand:

Pasient som blir opr pga appendicitt (med betydelig lokal eller generell peritonitt) og som kommer inn igjen etter kort tid med infeksjon; **A** abcess i buken og/eller **B** sårinfeksjon.

Er dette en infeksjon etter kirurgisk prosedyre, T81.4?

Svar: Nei, **A** er en komplikasjon til sykdommen apendisitt med peritonitt. Om man med bukabscess mener peritoneal abscess, kodes den K65.0. **B** En postoperativ sårinfeksjon derimot, er en infeksjon i operasjonssåret (i huden/underhuden), og betraktes som en komplikasjon til kirurgi T81.4

Spørsmål 7: Hofteleddssysplasi

Hos oss har vi barn som kommer til utredning/behandling for hofteleddsdysplasi.

Tradisjonelt kodes det slik:

1.polkl. **Q65.8 Andre spesifiserte medfødte deformiteter i hofte – dersom barnet har positive funn og skal behandles videre.**

Q65.9 Uspesifisert medfødt deformitet i hofte – dersom barnet er frisk og det ikke skal følges videre.

2.polkl osv. **Q65.8 Andre spesifiserte medfødte deformiteter i hofte – dersom barnet har positive funn og følges med kontroller.**

Noen får putebehandling og er da til kontroll/skifte av pute, ofte hos sykepleier.

Kodes: HD: **Z46.7 Tilpasning og justering av ortopediske hjelpemidler**

BD: **Q65.8 Andre spesifiserte medfødte deformiteter i hofte**

Eller omvendt?

Prosedyre: **NFX 31 Prefabrikkert ortose på hofte eller lår**

Å bruke **Q65.9** når barnet er frisk må da være feil ?

Hva brukes evt. i stedet?

Z03.8 Observasjon ved mistanke om annen spesifisert sykdom og tilstand og

Q65.8 som BD?

Spørsmål 7: Hofteleddssysplasi

(Q65-Q79) Medfødte misdannelser og deformiteter i muskel-skjelettsystemet

Q65 Medfødte deformiteter i hofte (coxa)

Ekskl: kneppende hofte ([R29.4](#))

Q65.0 Medfødt dislokasjon av hofte, unilateral

Q65.1 Medfødt dislokasjon av hofte, bilateral

Q65.2 Uspesifisert medfødt dislokasjon av hofte

Q65.3 Medfødt sublaksasjon av hofte, unilateral

Q65.4 Medfødt sublaksasjon av hofte, bilateral

Q65.5 Uspesifisert medfødt sublaksasjon av hofte

Q65.6 Ustabil hofte

Lukserbar hofte

Sublukserbar hofte

Q65.8 Andre spesifiserte medfødte deformiteter i hofte

Anteversjon av lårhals

Medfødt *coxa*:

- *valga*
- *vara*

Medfødt dysplasi av *acetabulum*

Q65.9 Uspesifisert medfødt deformitet i hofte

Svar: Kneppende hofte R29.4 kan være et alternativ

Økonomisk argumentasjon om koding

«Nå må vi sørge for å øke vår casemix så vi kommer i nivå med de andre helseforetakene»

Men:

Er de andre helseforetakenes casemix en korrekt standard for benchmarking?