

Anvisningar för diagnos- och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVA

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-1-10020

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, januari 2026

Version 1.2

Förord

Vägledningen innehåller Socialstyrelsens anvisningar för användning av ICD-10-SE och Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) för diagnos- och åtgärdskodning inom hälso- och sjukvård. Den är ett komplement till de anvisningar som medföljer klassifikationerna. I denna vägledning har tidigare publicerade anvisningar, för att stödja inrapportering till Socialstyrelsens patientregister, samlats i ett dokument. I samband med att anvisningarna samlats i en vägledning har mindre justeringar gjorts av redaktionell karaktär och för att underlätta sökning i dokumentet.

Vägledningen är uppdelad i två delar för ICD-10-SE respektive KVÅ och innehåller generella och ämnesspecifika anvisningar. I en del exempel kan det finnas anvisningar med relevans för den andra klassifikationen.

Anvisningarna riktar sig främst till dem som klassificerar diagnoser och åtgärder på nationell, regional och lokal nivå. Klassificeringsanvisningarna kan tillämpas av samtliga yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård. Syftet med anvisningarna är att skapa förutsättningar för klassificering av sjukdomar och andra hälsoproblem, samt utförda vårdåtgärder. Målet är en god kodningskvalitet, dvs. att kodningen görs på ett enhetligt sätt nationellt för att ge en korrekt beskrivning av vårdkontakten.

Magdalena Fresk

Välj en titel

Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå
Klassifikationer och terminologi

Innehåll

Förord	3
Innehåll	4
Diagnosklassificering med ICD-10-SE	6
Skillnaden mellan att ställa och att klassificera diagnos	6
Skillnaden mellan diagnostext och klassifikationens kodtext	6
Val av huvuddiagnos och bidiagnos	7
Dubbelkodning	8
Prioritering mellan ICD-kapitel	8
Regler vid val av huvuddiagnos och bidiagnos	9
Diagnoskoder som inte ska användas som huvuddiagnos	11
Att välja huvuddiagnos – exempel	12
Eftervård	19
Att välja bidiagnos – exempel	22
Manifestationskod* (asteriskkod) och etiologisk kod† (daggerkod) i speciella fall	24
Flödesschema för val av huvuddiagnos	25
Anvisningar för kodning inom öppen vård	27
Kodningsexempel	42
Psykiatrisk öppenvård	59
Kodningsanvisning vid substansbruk	62
Kodning vid bruk och beroendesyndrom av alkohol	63
Kodning vid tobaksbruk	68
Kodningsanvisning vid bakterier med resistens mot antibiotika – MRSA, ESBL, VRE och PRP	71
Kodningsanvisning vid sepsis och septisk chock – för både vuxna och barn	75
Kodningsanvisning vid infekterade sår	79
Kodningsanvisning vid HIV-infektion	83
Kodningsanvisning vid akut appendicit	84
Kodningsanvisning vid diabetes mellitus och dess komplikationer	86
Kodningsanvisning av transportmedel i samband med olyckor	95
Kodningsanvisning vid undernäring	97
Kodningsanvisning vid katastrof och krig	100
Kodningsanvisning vid covid-19 med ICD-10-SE och KVÅ	101

Information om koder för covid-19.....	107
Anvisning för kodning av dödsfall i samband med ankomst till akutmottagningen	109
Klassificering av vårdåtgärder med KVÅ.....	112
Flera åtgärder vid samma vårdkontakt	112
Åtgärd som normalt ingår i en annan registrerad åtgärd.....	112
Rutinåtgärder vid normalbesök.....	113
Upprepade mindre åtgärder under samma vårdtillfälle	113
Upprepade åtgärder vid samma behandlingstillfälle	114
Användning av XS100 Oplanerad inskrivning till sluten vård.....	115
Klassificering inom psykiatri	115
Klassificering avseende läkemedelstillförsel från 1 april 2025	116

Diagnosklassificering med ICD-10-SE

Skillnaden mellan att ställa och att klassificera diagnos

Det är skillnad mellan att ställa en diagnos och att klassificera den. I det första fallet gör man en bedömning av vilken sjukdom patienten har och formulerar en diagnos. I det senare fallet väljer man vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av ett statistiskt kodverk, exempelvis en klassifikation som ICD-10-SE.

Skillnaden mellan diagnostext och klassifikationens kodtext

För att ställa en diagnos måste man ha kunskap i ämnet och klinisk kunskap om patienten. Den ställda diagnosen ska dokumenteras i journalen i enlighet med patientdatalagen. Diagnostexten bör avspegla den kliniska situationen med den aktuella patienten och formuleras helt fritt. Denna diagnostext ska inte förväxlas med den textuella benämningen av motsvarande diagnoskod i ICD-10-SE, den så kallade kodtexten. Kodtexten kan ibland överensstämma med den kliniska diagnosen, men är inte avsedd att vara rekommenderande eller bindande för diagnosformuleringen. Detta blir särskilt tydligt för koder som har karaktären av restgrupper eller innehåller alternativa begrepp.

Exempel: Patient som sedan tidigare har en insulinbehandlad diabetes mellitus typ 2. Opererad för tre veckor sedan för en divertikulit. Har nu vårdats på sjukhuset för problem med en postoperativ tarmfistel efter kolonresektion.

Diagnostyp	Diagnostext	Kod och kodtext
Huvuddiagnos (HD)	Postoperativ tarmfistel	T81.8 Andra specificerade komplikationer till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes Y83.2 Kirurgiskt ingrepp med anastomos, bypass eller graft K63.2 Tarmfistel
Bidiagnos (BD)	Diabetes mellitus typ 2	E11.9 Diabetes mellitus typ 2 utan komplikationer

Exemplet ovan visar på skillnaden mellan diagnostext och kodtext och vikten av att använda den aktuella och specificerade diagnostexten för

dokumentation i journalen. I anslutning till diagnostexten anges diagnoskod enligt ICD-10-SE. Det finns inga författningskrav på att koder ur ICD-10-SE ska noteras i journalen, men av praktiska skäl kan vara det vara av värde att diagnoskoderna återfinns där.

Val av huvuddiagnos och bidiagnos

Huvuddiagnos

Som huvuddiagnos anges i de flesta fall det tillstånd som var anledning till vårdkontakten, fastställt vid vårdkontaktens slut. I de allra flesta fall är detta inget problem, utan patientens huvuddiagnos klassificeras med koden för aktuell sjukdom, t.ex. diabetes, glaukom eller bråck.

Huvuddiagnosen är oftast en sjukdom eller ett symtom, men kan även omfatta andra anledningar som varit orsak till vårdkontakten. Patienten kan ha lagts in för att få ett tillstånd uteslutet eller för att få en viss undersökning utförd. Patienten kan ha haft ett symtom som motiverat sjukhusvård men symtomet har försvunnit. I dessa fall ställs kanske ingen diagnos i klassisk mening, men det finns ändå alltid en anledning till vårdkontakten som anges som huvuddiagnos. Det är den viktigaste sjukdomen, det viktigaste symtomet eller hälsoproblemet som ska anges som huvuddiagnos.

Den huvuddiagnos som formuleras vid besökets slut behöver inte vara densamma som den diagnos som formulerades inledningsvis. Det är anledningen till vårdkontakt som formuleras vid vårdkontaktens slut som registreras och klassificeras som huvuddiagnos. Om orsaken till patientens problem fastställs i en senare fas i utredningen, exempelvis vid senare besök, ändras inte diagnoser för tidigare besök i efterhand.

Huvuddiagnos (HD)

Det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställt vid vårdkontaktens slut

Definition: Socialstyrelsens termbank

Bidiagnos

Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen kan som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för den aktuella vårdkontakten. Dessa bidiagnoser bör om möjligt ordnas efter sin relativa betydelse.

Bidiagnos (BD)

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

Definition: Socialstyrelsens termbank

Dubbelkodning

Ibland behövs två eller flera koder för att ge en tillfredsställande beskrivning av tillståndet vilket framkommer i kommande exempel. Typexempel är en skada som utöver koden för skadans natur kräver angivande av skadans uppkomstsätt (yttre orsak), dvs. huvuddiagnosen motsvaras av två koder. Vissa diagnoser dubbelkodas med manifestationskod (asteriskkod med beteckningen *) och etiologisk kod (daggerkod med beteckningen †).

Prioritering mellan ICD-kapitel

Eftersom ICD-10 kombinerar olika principer för grupperingen (etiologi, organsystem m.m.) är det inte alltid självklart till vilket kapitel ett visst tillstånd ska föras. Klassifikationen bygger därför på vissa överordnade klassifikationsregler som innebär att vissa kapitel har företräde framför andra. I stort sett gäller följande prioritetsordning mellan kapitlen:

- Skador och förgiftningar (kapitel 19)
- Graviditet, förlossning, barnsängstid samt vissa perinatale tillstånd (kapitel 15–16)
- Infektionssjukdomar, tumörer och missbildningar (kapitel 1, 2 och 17)
- Organsystem (kapitel 3–14), symtom (kapitel 18) och Z-koder (kapitel 21)

Detta innebär inte att vissa tillstånd har prioritet framför andra tillstånd. Däremot innebär det att om ett tillstånd, som är huvuddiagnos, kan kodas i flera kapitel ska den kodas i det kapitel som har högst prioritet.

Exempel på kodning och prioritering mellan kapitlen:

- En patient med diagnosen diabetes typ 1 kodas normalt under *E10.9 Diabetes mellitus typ 1 - utan komplikationer*. Skulle denna patient vara gravid ska patientens diabetes kodas med koden *O24.0 Diabetes mellitus typ 1 före graviditeten*.
- En patient med diagnosen gallstensanfall kodas normalt under K80.2 men skulle patienten med gallstensanfallet vara gravid ska enligt regelverket den första koden komma från kapitel 15. Diagnosen gallstensanfall är givetvis densamma men kodningen ska hos den gravida vara: *O99.6 Sjukdomar i matsmältningsorganen hos modern som komplicerar*

graviditet, förlossning och barnsängstid och K80.2 Gallsten utan kolecystit, i nämnd ordning.

Regeln att en gravid kvinna alltid först ska kodas med en O-kod från kapitel 15 är bindande i sluten vård men inte i öppen vård. En gravid kvinna som råkar ut för en skada ska däremot kodas på vanligt sätt då skadepåskottet, kapitel 19, har högre prioritet än kapitel 15. Graviditeten markeras med koden Z33.9 *Graviditet UNS*.

Regler vid val av huvuddiagnos och bidiagnos

Huvudregel

Som huvuddiagnos väljs det tillstånd som är orsak till en vårdkontakt, fastställt vid vårdkontaktens slut. För slutna vård innebär det i de flesta fall att den diagnos som visar sig vara anledning till intagning på sjukhus kommer att väljas som huvuddiagnos.

Hjälpregel

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

Tilläggsregel

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

- förbrukar mer resurser än det tillstånd som är orsak till vårdkontakten och
- inte är förorsakat av det tillstånd som är orsak till vårdkontakten eller dess behandling.

En komplikation till orsaken till en vårdkontakt eller dess behandling som uppstår under vårdtillfället, kan således aldrig bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning.

Om någon sjukdomsdiagnos inte ställs vid den aktuella vårdkontakten, ska det viktigaste symtomet eller problemet som förorsakade vårdkontakten väljas som huvuddiagnos.

Komplikationer

ICD-10-SE har inte en tydlig definition av begreppet ”komplikation”.

Begreppet ”komplikation” är tvetydigt och används inom sjukvården på olika sätt för att beskriva problemområden. Exempel på det är där en patient fått men/besvär/skada efter behandling.

Men begreppet används också när man talar om komplikationer till sjukdomar som t.ex. hjärtsvikt efter en hjärtinfarkt eller retinopati i samband med diabetes mellitus. De senare exemplen (retinopati/hjärtsvikt) betraktas klassificeringsmässigt inte som en komplikation i ICD-10-SE och kodas därför inte med ett ”komplikationspaket” (som beskrivs nedan).

Socialstyrelsens termbank avråder från att använda termen komplikation när man menar skada på patient. Vårdskada enligt termbankens definition (skada på patient som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården) är alltid att betrakta som en komplikation. Men en komplikation är inte alltid en vårdskada. Kodningen blir dock densamma då klassifikationen inte gör skillnad i de här fallen.

Definition av vårdskada tagen från Socialstyrelsens termbank 2025-12-08.

Komplikationer, som är dokumenterade som sådana i patientjournalen av behandlande vårdpersonal, ska i princip alltid kodas med ett ”komplikationspaket”, dvs. med T-kod + Y-kod + vid behov kod som beskriver komplikationen.

Undantag från denna regel är när det i slutet av ett organkapitel finns en *specifik* kod för den aktuella komplikationen. Även här kan man tänka sig att lägga till T- och Y-kod för att ytterligare beskriva tillståndet. Koderna i slutet av organkapitlen säger dock inte uttryckligen att det rör sig om att det är en komplikation. De kan ses som mer *långvariga eller kroniska tillstånd* efter kirurgiska och medicinska ingrepp. De .8 och .9 koder som finns i slutet av organkapitlen bör undvikas då de är väldigt ospecifika (om det inte finns nationella fördjupningskoder). Det gäller även då det finns exempel under dessa koder, det är då bättre att använda ”komplikationspaket”.

Observera att T-koden alltid ska anges först i ett ”komplikationspaket”. I vilken ordning efterföljande koder kommer är underordnat, bara de kan identifieras som en sammanhållen enhet.

Andra undantag till ovan, exempelvis:

- Komplikationer i samband med assisterad befruktning (N98)
- Komplikationer vid anestesi under graviditet (O29)

- Komplikationer vid anestesi under värkarbete och förlossning (O74)
- Sårruptur efter kejsarsnitt (O90.0)
- Foster och nyfödd som påverkats av andra komplikationer under värkarbete och förlossning (P03)

I dessa fall räcker det med att ange t.ex. O90.0 för att ange att det är en komplikation efter åtgärd, man behöver alltså inte koda som ett ”komplikationspaket”, då det framgår av kategorirubrikerna (rubriken till den treställiga nivån, t.ex. O90) att det rör sig om komplikationer.

Särskilda regler

För vissa fördefinierade vårdkontakter som cytostatikabehandling av malign tumör, strålbehandling av malign tumör, dialysbehandling av njursvikt, eftervård och kontrollundersökningar gäller särskilda klassificeringsregler.

Bidiagnoser

Om en diagnos har föranlett utredning eller någon form av behandling bör den registreras, annars inte. Oväsentliga bifynd, tidigare behandlade och till synes utläkta sjukdomar bör endast tas med då de haft betydelse för utredningen eller behandlingen. Tillstånd som utgör en integrerad del av sjukdomsprocessen, exempelvis självklara symtom, ska inte kodas som bidiagnoser.

Bidiagnoser kan t.ex. vara tillstånd som

- inneburit en klinisk utvärdering och bedömning
- medfört behandling
- förlängt vårdtiden
- medfört ökad vårdtyngd
- utgör riskfaktor
- varit komplikationer till behandling
- kan ha betydelse för den framtida hälsoutvecklingen (t.ex. hos nyfödda)
- väsentliga obduktionsfynd

Diagnoskoder som inte ska användas som huvuddiagnos

Socialstyrelsen har tagit fram en lista över diagnoskoder som inte ska användas som huvuddiagnos för att underlätta för användare av klassifikationen. Listan kan laddas ner från [Socialstyrelsens webbplats](https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/) (<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10/>).

Att välja huvuddiagnos – exempel

Som huvuddiagnos väljs det tillstånd som är orsak till en vårdkontakt, fastställt vid vårdkontaktens slut. Det är den kliniska diagnosformulering som man kommit fram till vid vårdkontaktens slut, som ska vara grundläggande för val av huvuddiagnos. Som huvuddiagnos väljs det tillstånd som man efter utredning har kommit fram till var anledningen till vårdkontakten. Vid planerad (elektiv) vård är orsaken till vård i allmänhet känd på förhand och valet av huvuddiagnos därmed okomplicerat. Detta innebär dock inte att det därmed alltid är enkelt att klassificera den ställda diagnosen.

Eventuellt utförda åtgärder anges med åtgärdskod ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), även om det inte uttryckligen står i exemplen.

Exempel 1

En man med nydiagnostiserad epilepsi inkommer till medicinklinik på grund av kramper. Patienten utreds och datortomografi visar en metastassuspekt förändring i vänster storhjärnshemisfär. Den fortsatta utredningen med bland annat lungbiopsi visar ett primärt adenokarcinom i höger lunga.

Huvuddiagnosen blir här lungcancer. Det är den sjukdom man efter utredning diagnostiserat som den bakomliggande förklaringen till patientens symtom. Det är möjligt att behandling och utredning av de epileptiska anfällen tagit lika mycket resurser i anspråk som resten av utredningen, men hjärnmetastaser är en manifestation av den lungcancer som diagnostiserades vid detta vårdtillfälle.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Lungcancer	C34.9 Ospecificerad lokalisation av malign tumör i bronk och lunga
BD	Hjärnmetastas	C79.3 Sekundär malign tumör (metastas) i hjärnan och hjärnhinnorna
BD	Epilepsi	G40.9 Epilepsi, ospecificerad

Exemplet illustrerar att en bakomliggande nyupptäckt sjukdom, som diagnostiseras vid detta vårdtillfälle, och som förklarar symtomen ska väljas som huvuddiagnos. Intagningsorsaken var epileptiska kramper men efter utredning ställde man diagnosen lungcancer som bakomliggande sjukdom. Som bidiagnos anges hjärnmetastas (C79.3) och epilepsi (G40.9).

Exempel 2

Samma patient, med lungcancer med kända hjärnmetastaser sedan en månad, kommer nu åter in med krampanfall som bedöms orsakade av hjärnmetastaser. Ingen utredning görs och behandling ges endast mot hans epileptiska krampanfall. Då ska epilepsin väljas som huvuddiagnos,

eftersom behandlingen inte inriktar sig mot metastaserna eller lungcancer. Som bidiagnoser anges lungcancer och hjärnmetastaser.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Epilepsi	G40.9 Epilepsi, ospecificerad
BD	Lungcancer	C34.9 Ospecifierad lokalisation av malign tumör i bronk och lunga
BD	Hjärnmetastas	C79.3 sekundär malign tumör (metastas) i hjärnan och hjärnhinnorna

Exempel 3

Exemplet ovan visar att fokus vid val av huvuddiagnos ska vara ”här och nu-situationen”. Denna patient har en känd bakomliggande malignitet, men vid detta vårdtillfälle behandlades bara patientens krampsjukdom som därmed ska väljas som huvuddiagnos. I detta exempel vill man beskriva orsaken till epilepsin och det gör man genom att ange bidiagnoserna (eftersom det inte finns någon dagger-asterisk-kombination att beskriva sambandet som i Exempel 4).

Patient läggs in på medicinkliniken för anemiutredning med Hb-värde 79 g/L. Utredning påvisar positivt F-Hb (blod i avföringen) och koloskopi avslöjar en tumör i caecum. Patienten överförs till kirurgkliniken för operation. Vid utskrivningen från medicinkliniken kodas:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Malign tumör i caecum	C18.0 Malign tumör i caecum
BD	Järnbristanemi p.g.a. kronisk blodförlust	D50.0 Järnbristanemi sekundär till kronisk blodförlust

Detta fall illustrerar att patienten kommer in med en anemi men utredningen vid detta vårdtillfälle ger oss den bakomliggande förklarande diagnosen som då ska väljas som huvuddiagnos. Hade patienten skickats hem i avvaktan på koloskopin hade anemin varit huvuddiagnos.

Exempel 4

Patient med prostatacancer och skelettmetastaser, inkommer med en anemi som bedöms förorsakad av skelettmetastaserna, läggs in för blodtransfusion. Vårdtid 1 dygn.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Anemi p.g.a. skelettmetastaser	D63.0* Anemi vid tumörsjukdom C79.5† Sekundär malign tumör (metastas) i ben och benmärg

Vid detta vårdtillfälle behandlades enbart anemin och ingen vidare utredning gjordes avseende patientens bakomliggande kända grundsjukdom. Då ska anemin väljas som huvuddiagnos eftersom den var orsak till vårdkontakten vid detta vårdtillfälle. Eftersom inget gjordes avseende patientens skelettmetastaser eller prostatacancer vid det aktuella vårdtillfället anges inte dessa tillstånd som bidiagnoser.

I detta exempel är fokus endast på anemin och där beskriver dagger-asterisk-kombinationen manifestationen (anemin) med bakomliggande orsak (skelettmetastaser). Hade man även handlagt skelettmetastaserna och/eller prostatacancer skulle detta eller dessa tillstånd angetts som bidiagnos.

Exempel 5

Ett barn som insjuknat med akut gastroenterit läggs in på grund av dehydrering.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut gastroenterit	A09.0 Annan och ospecificerad gastroenterit och kolit av infektiös orsak
BD	Dehydrering	E86.9 Minskad vätskevolym

Huvuddiagnosen ska vara akut gastroenterit med bidiagnosen dehydrering, då dehydreringen är en följd av gastroenteriten. Detta är ett exempel på att den bakomliggande diagnostiserade akuta sjukdomen ska väljas som huvuddiagnos och inte dehydreringen då dehydreringen bara är ett av många symtom på den akuta gastroenteriten.

Exempel 6

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Dehydrering	E86.9 Minskad vätskevolym
BD	Kort tarm p.g.a. tidigare operationer	K91.2 Postoperativ malabsorption som ej klassificeras på annan plats

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

Hjälpregel

Vid flera tillstånd

Om det finns mer än ett tillstånd som uppfyller kriterierna för huvuddiagnos ska det tillstånd väljas som förbrukat mest resurser.

Om flera tillstånd är aktuella som huvuddiagnos ska man välja det tillstånd som inneburit det största samlade utnyttjandet av sjukvårdens resurser inkluderande kostnader för lång vårdtid, operationer, dyrare undersökningar och andra behandlingar.

Det tillstånd som man bedömer har förbrukat mest resurser behöver inte vara samma som det tillstånd som ger högst ekonomisk ersättning. Det enklaste exemplet att förstå är patienter med multipla skador, t.ex. efter en trafikolycka. Där ska det tillstånd som förbrukat mest resurser väljas som huvuddiagnos.

Exempel 7

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Instabil bröstkorg	S22.5 Instabil bröstkorg orsakad av trauma V43.52 Förare av eller passagerare i personbil skadad i kollision med personbil eller lätt lastbil - förare skadad i trafikolycka - förvärvsarbete
BD	Diafysär femurfraktur	S72.3 Fraktur på femurskaftet V43.52 (kodtext se ovan)
BD	Skallbasfraktur	S02.1 Fraktur på skallbasen V43.52 (kodtext se ovan)

Denna patient har tre diagnoser som alla var och en för sig skulle motivera intagning på sjukhus och därmed uppfyller kravet för val av huvuddiagnos.

Huvuddiagnosen väljs här med hjälp av resurskriteriet. I detta fall är det patientens instabila bröstkorg sekundärt till revbensfrakturerna som ska väljas som huvuddiagnos. Det är det tillstånd som har förorsakat den största resursförbrukningen med respiratorvård under en längre tid på IVA.

Tilläggsregel

Ett tillstånd som uppstår eller upptäcks under vårdkontakten ska väljas som huvuddiagnos endast om det *både* (a) förbrukar mer resurser än orsaken till

vårdkontakten *och* (b) inte är förorsakat av det tillstånd som är orsak till vårdkontakten eller dess behandling. Ett sådant fall kan föreligga om en patient tas in för vård av ett tillstånd och vårdtiden förlängs på grund av nödvändigheten att utreda eller behandla ett annat tillstånd som uppträder eller upptäcks under vårdtillfället.

Tänk på att

- ett tillstånd som är en komplikation till det tillstånd som bedöms vara huvuddiagnos, kan aldrig bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning och att
- en komplikation till behandlingen av huvuddiagnosen kan heller aldrig bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning.

Exempel 8

En äldre man läggs in på en kirurgklinik på grund av urinvägsinfektion och feber. Ramlar ur sängen på natten och bryter höften. Opereras för sin kolumfraktur och kvarstannar på samma klinik. Huvuddiagnosen blir kolumfraktur eftersom den tagit mest resurser i anspråk, bidiagnos urinvägsinfektion. Vid utskrivningen från kirurgkliniken anges:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kolumfraktur efter fall från säng på sjukhus	S72.0 Kolumfraktur W06.24 Fall från säng – skola, annan institution och offentlig lokal – vitalaktivitet såsom vila, sömn, måltid och personlig hygien
BD	Urinvägsinfektion	N39.0 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisering

Detta exempel illustrerar att även om den huvudsakliga anledningen till vårdkontakten var urinvägsinfektion ska kolumfrakturen väljas som huvuddiagnos eftersom den dragit mer resurser än urinvägsinfektionen. Det finns inget kausalsamband mellan urinvägsinfektionen och kolumfrakturen.

Exempel 9

En 52-årig kvinna, tidigare väsentligen frisk, läggs in på en medicinklinik för förstoppning. På andra vårdagen får hon en akut hjärtinfarkt i framväggen och skrivs ut från kliniken först två veckor senare.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut transmural framväggsinfarkt	I21.0 Akut transmural framväggsinfarkt
BD	Förstoppning	K59.0 Obstipation

Här blir hjärtinfarkten huvuddiagnos, trots att intagningsorsaken var förstoppning. Infarktvården har tagit större vårdresurser i anspråk, uttryckt både som vård dagar och som vårdkostnad. Det finns inget omedelbart kliniskt samband mellan förstoppningen och infarkten och förstoppning ska därför anges som bidiagnos.

Exempel 10

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Sigmoideumcancer	C18.7 Malign tumör i sigmoideum
BD	Postoperativ anastomosinsufficiens	T81.8A Insufficiens av tarmanastomos Y83.2 Kirurgiskt ingrepp med anastomos, bypass eller graft
BD	Svår sepsis	T81.4 Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats Y83.2 Kirurgiskt ingrepp med anastomos, bypass eller graft R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exemplet illustrerar att även om komplikationen dragit mer resurser än sigmoideumcancer så blir den inte huvuddiagnos eftersom den är den komplikation till det tillstånd som är huvuddiagnos. Det finns fördjupningskoder (T81.8A) för ytterligare specificering.

Exempel 11

En patient läggs in för en akut hjärtinfarkt. Utvecklar en mural trombbildning som en komplikation till infarkten. Som en konsekvens av den murala trombbildningen får patienten en cerebral infarkt. Patienten blir liggande på sjukhus ytterligare en månad på grund av detta.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut hjärtinfarkt	I21.9 Akut hjärtinfarkt, ospecificerad
BD	Mural trombbildning i hjärtat p.g.a. infarkt	I23.6 Trombos i förmak, hjärtöra eller kammare som komplikation till akut hjärtinfarkt
BD	Cerebral infarkt p.g.a. emboli	I63.4 Cerebral infarkt orsakad av emboli i cerebrala artärer

Detta fall illustrerar att en komplikation till den sjukdom som var orsaken till vårdkontakten inte blir huvuddiagnos även om den tagit mer resurser än huvuddiagnosen. Denna vårdkontakt handlar om en akut hjärtinfarkt med komplikationer som bidiagnoser, inte om en cerebral infarkt med hjärtinfarkt som bidiagnos.

Särskilda regler

Särskilda regler gäller för vissa diagnos- eller behandlingsgrupper, nämligen *cytostatika- och strålbehandling vid malignitet, dialysbehandling vid njursvikt samt eftervård*. Detta avsnitt avser särskilda förhållanden när användning av Z-koder från kapitel 21 kan bli aktuella som huvuddiagnoskod. Som framgår av anmärkningen i *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)* är kategorierna Z00–Z99 i första hand avsedda för tillfällen när andra omständigheter än sjukdom eller skada är aktuella att registrera som ”diagnoser” eller ”hälsoproblem”.

Särskilda regler innebär att man frångår principen att den sjukdom som föranleder vårdkontakten ska väljas som huvuddiagnos. En patient med malign sjukdom eller njursvikt som kommer för behandling har ju en sjukdom som ska behandlas och skulle egentligen enligt regelverket ha den aktuella sjukdomen som huvuddiagnos. Men särskilda regler innebär att man i stället ska använda orsaken till kontakt med vården som huvuddiagnos istället för sjukdomen. Sjukdomen som behandlas ska kodas som en bidiagnos.

De vårdkontakter där särskilda regler gäller är *fördefinierade*. Detta gäller cytostatika- och strålbehandling för malignitet och dialysbehandling för njursvikt med som regel kort vårdtid samt vissa fall av eftervård. I dessa fall ska en Z-kod från kapitel 21 användas som huvuddiagnoskod i stället för den bakomliggande sjukdomen.

Z-koderna Z48.-, Z49.-, Z51.0 och Z51.1 blir huvuddiagnos i de fall där den huvudsakliga anledningen till vården är att ge cytostatikabehandling, strålbehandling, dialysbehandling eller eftervård. Att man ger cytostatika, strålbehandling eller dialys kodas med åtgärdskod enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Notera att för cytostatikabehandling och strålbehandling är det enbart vid behandling av malignitet som särskilda regler gäller. Vid

cytostatikabehandling av icke malign sjukdom ska den aktuella sjukdomen väljas som huvuddiagnos.

Särskilda regler gäller även kontroll efter behandling, där patienten inte längre har kvar sjukdomen. Se även rubrik *Behandlingsbesök inklusive särskilda regler* i avsnittet *Anvisningar för kodning i öppen vård*.

Exempel 12

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Adjuvant cytostatikabehandling	Z51.1 Kemoterapeutisk behandling för tumör
BD	Sigmoideumcancer	C18.7 Malign tumör i sigmoideum

Cytostatikabehandling ska vara huvuddiagnos eftersom anledningen till vården enbart är att ge cytostatika. Eftersom det handlar om adjuvant terapi ska den bortopererade primärtumören anges som bidiagnos. Att man ger cytostatika intravenöst kodas med KVÅ-koden *DT116 Cytostatikatillförsel, intravenös* + ATC-kod för givet läkemedel.

Eftervård

Exempel 13

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Eftervård efter CABG	Z48.8A Annan specificerad kirurgisk eftervård vid sjukdom i cirkulationsorganen
BD	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom
BD	Aortokoronar bypass-graft	Z95.1 Förekomst av aortokoronar-bypass-graft

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

Exempel 14

Om patienten i exempel 13 efter operationen har kvar sina besvär och detta blir den huvudsakliga anledningen till vården ska hjärtsjukdomen i stället vara huvuddiagnos och inte eftervården. Att patienten kommer från ett annat

sjukhus framgår av inskrivningssättet och koden för eftervård ska inte användas som bidiagnos.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom
BD	Angina pectoris	I20.9 Angina pectoris, ospecificerad
BD	Aortokoronar bypass-graft	Z95.1 Förekomst av aortokoronar-bypass-graft

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

Exempel 15

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. Stenosererna åtgärdas och stentas och patienten flyttas tillbaka till hemortssjukhuset för fortsatt vård.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut framväggsinfarkt	I21.0 Akut transmural framväggsinfarkt
BD	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1 Aterosklerotisk hjärtsjukdom
BD	Stent i koronarartärer	Z95.5 Förekomst av angioplastiskt koronarimplantat och koronargraft

I detta fall har patienten en akut hjärtinfarkt med myokardskada vilken fortfarande är under behandling och ska väljas som huvuddiagnos. Att patienten kommer från ett annat sjukhus framgår av inskrivningssättet och koden för eftervård ska inte användas som bidiagnos.

Exempel 16

En patient överflyttas från ett annat sjukhus där han opererats för en förmodad rektalcancer som avlägsnats, och fått en temporär ileostomi framlagd. Han vårdas nu på hemortssjukhuset för stomiträning och för att återhämta krafter efter operationen. Han mår bra och kan utskrivas till hemmet efter några dagar. PAD visar villöst adenom med fokalt stark epiteldysplasi, sålunda inte cancer.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Eftervård efter tarmkirurgi	Z48.8W Annan specificerad kirurgisk eftervård vid sjukdom med ospecificerad lokalisation
BD	Status post rektaladenom	Z86.0 Andra tumörer i den egna sjukhistorien
BD	Ileostomi	Z93.2 Tillstånd med ileostomi

Huvuddiagnosen ska här vara eftervård eftersom detta är ett vårdtillfälle där den huvudsakliga anledningen till vården är att patienten ska återhämta sig efter det kirurgiska ingreppet. Behandlingsfasen av patientens sjukdom är avslutad och patienten får enbart eftervård.

Förutsättningen för att Z48.8-koden ska användas som huvuddiagnoskod är att det handlar om okomplicerad eftervård. Skulle vården på något sätt vara komplicerad av någon sjukdom eller komplikation till behandlingen av den sjukdom patienten opererats för, ska detta tillstånd väljas som huvuddiagnos. Z48.8 blir då inte aktuell och ska inte heller användas som bidiagnos. Om patienten är botad från sin sjukdom anges som bidiagnos lämplig kod för den sjukdom patienten har haft men inte längre har (Z85-Z87).

Exempel 17

En patient överförs från en medicinklinik för rehabilitering efter en hjärnblödning med svaghet i höger sida.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Intracerebral blödning	I61.9 Intracerebral blödning, ospecificerad
BD	Högersidig förlamning	G81.9 Hemipares, ospecificerad

Detta vårdtillfälle handlar om fortsatt vård för patientens hjärnblödning. Det är fortsatt samma akuta sjukdom som ska behandlas. Därför ska blödningen väljas som huvuddiagnos. Att patienten erhåller rehabilitering anges med åtgärdskod(er) ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Att välja bidiagnos – exempel

Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen (HD) anges andra tillstånd som haft betydelse för vårdkontakten som bidiagnos (BD).

Exempel 18

En patient kommer in med buksmärtor och feber. Han opereras och man konstaterar en perforerad appendicit med lokal peritonit.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut appendicit med lokal peritonit	K35.3 Akut appendicit med lokaliserad peritonit

Appendicit anges som huvuddiagnos. Buksmärtor och feber ska inte kodas, då de är en naturlig del av sjukdomen appendicit.

Exempel 19

En man målar sitt hus på fritiden. Han ramlar från stegen och i fallet ådrar han sig en traumatisk hjärnskada med svaghet i höger sida och dysfasi.

Mannen vårdas initialt på kirurgisk klinik under två veckor innan han skrivs ut till rehabiliteringsklinik. Vid utskrivningen anges:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Cerebral kontusion efter fall från stege	S06.2 Diffus hjärnskada W11.03 Fall på och från stege – bostad och bostadsområde – annan sysselsättning
BD	Högersidig hemipares	G81.9 Hemipares, ospecificerad
BD	Dysfasi	R47.0 Dysfasi och afasi

De symtom som kontusionen orsakade ska anges här. Det är med bidiagnoser som man beskriver hur sjuk denna patient var av sin hjärnkontusion. Varken högersidig förlamning eller dysfasi är självklara konsekvenser av en kontusion och ska därför kodas. Samma resonemang kan tillämpas när det gäller strokepatienter.

Exempel 20

En patient läggs in med hematemes och melena. Man konstaterar ett blödande duodenalulkus. Patienten utvecklar en anemi och behöver transfunderas.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut blödande duodenalulkus	K26.0 Sår i tolvfingertarmen – akut med blödning
BD	Anemi p.g.a. akut blödning	D62.9 Anemi efter akut större blödning

Melena eller hematemes ska inte kodas då de är förväntade symtom på blödning i såret på tolvfingertarmen. Anemin är dock inte självklar och den behandlas med transfusion. Den ska därför kodas som bidiagnos.

Exempel 21

En patient som står på antikoagulationsbehandling med warfarin (Waran®) läggs in på grund av blödande duodenalulkus. Hon blöder mycket och är cirkulatoriskt instabil. Hennes antikoagulationsbehandling bedöms bidra till detta. Anledningen till denna är förmaksflimmer. Som komplikation till kateterisering av hennes urinvägar utvecklar hon en urinvägsinfektion som kräver antibiotikabehandling.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut blödande duodenalulkus	K26.0 Sår i tolvfingertarmen – akut med blödning
BD	Anemi p.g.a. akut blödning	D62.9 Anemi efter akut större blödning
BD	Blödning hos warfarinbehandlad patient	D68.3 Hemorragisk sjukdom orsakad av cirkulerande antikoagulantia Y57.9 Läkemedel eller drog i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt B01AA03 Warfarin (ATC-kod)
BD	Kroniskt förmaksflimmer	I48.2 Kroniskt förmaksflimmer
BD	Cirkulatorisk chock	R57.1 Hypovolemisk chock
BD	Urinvägsinfektion p.g.a. KAD	T83.5 Infektion och inflammatorisk reaktion orsakad av protes, implantat och transplanterat i urinorganen Y84.6 Kateterisering av urinvägar N39.0 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisering

Detta exempel illustrerar olika aspekter på användningen av klassifikationen. En del diagnoser kräver fler koder än en för att beskrivas korrekt. ATC-koder kan användas som tilläggsinformation. Om alla väsentliga tillstånd ska tas med kan det bli många diagnoser och därmed många koder.

Manifestationskod* (asteriskkod) och etiologisk kod† (daggerkod) i speciella fall

I de flesta fall är ett asterisk-daggerpar tillräckligt för att beskriva vårdkontakten. Det finns dock situationer då man önskar ange att både manifestationen och den bakomliggande sjukdomen har varit föremål för vård och/eller utredning. I dessa fall upprepar man koden för den bakomliggande orsaken (daggerkoden) som bidiagnos till asterisk-daggerparet enligt exemplen nedan. Här exemplifieras också att ett asterisk-daggerpar kan vara bidiagnos om det är relevant.

Exempel 22

En patient med Parkinsons sjukdom utreds på psykiatrisk klinik för en kognitiv störning. Vid vårdtillfällets slut har man kommit fram till att patienten har demens orsakad av sin neurologiska sjukdom. Under vårdtiden görs även justeringar av patientens medicinerings för Parkinsons sjukdom av neurolog.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3* Demens vid Parkinsons sjukdom G20.9† Parkinsons sjukdom
BD	Parkinsons sjukdom	G20.9 Parkinsons sjukdom

I detta exempel har patienten demensutretts och demens är diagnosen som ställdes vid vårdtillfällets slut. Eftersom även patientens neurologiska sjukdom blev föremål för utredning och behandling anges G20.9 som bidiagnos.

Exempel 23

Om en patient med demens orsakad av Parkinsons sjukdom primärt har vårdats för grundsjukdomen kodas istället:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Parkinsons sjukdom	G20.9 Parkinsons sjukdom
BD	Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3* Demens vid Parkinsons sjukdom G20.9† Parkinsons sjukdom

Observera att demensen endast kodas om tillståndet har varit relevant för vårdkontakten.

Flödesschema för val av huvuddiagnos

Nedanstående figur är ett försök att beskriva hur valet av huvuddiagnos ska göras. Om en patient bara har vårdats för *ett* tillstånd är det inga problem att välja huvuddiagnos. Däremot kan det givetvis finnas ett kodningsproblem. Men har patienten vårdats för flera tillstånd så är flödesschemat en hjälp att illustrera valet av det tillstånd som ska väljas som huvuddiagnos.

I första ledet finns det tre alternativa sätt som ett tillstånd kan komma att väljas som huvuddiagnos

1. att tillståndet efter utredning har konstaterats vara ett tillstånd som var orsak till en vårdkontakt
2. att tillståndet har uppstått under vårdtillfället och inte är en komplikation vare sig till den diagnos som är orsak till vårdtillfället eller dess behandling
3. att särskilda regler gäller för detta tillstånd

Alla övriga relevanta tillstånd som inte uppfyller något av dessa krav ska anges som bidiagnoser.

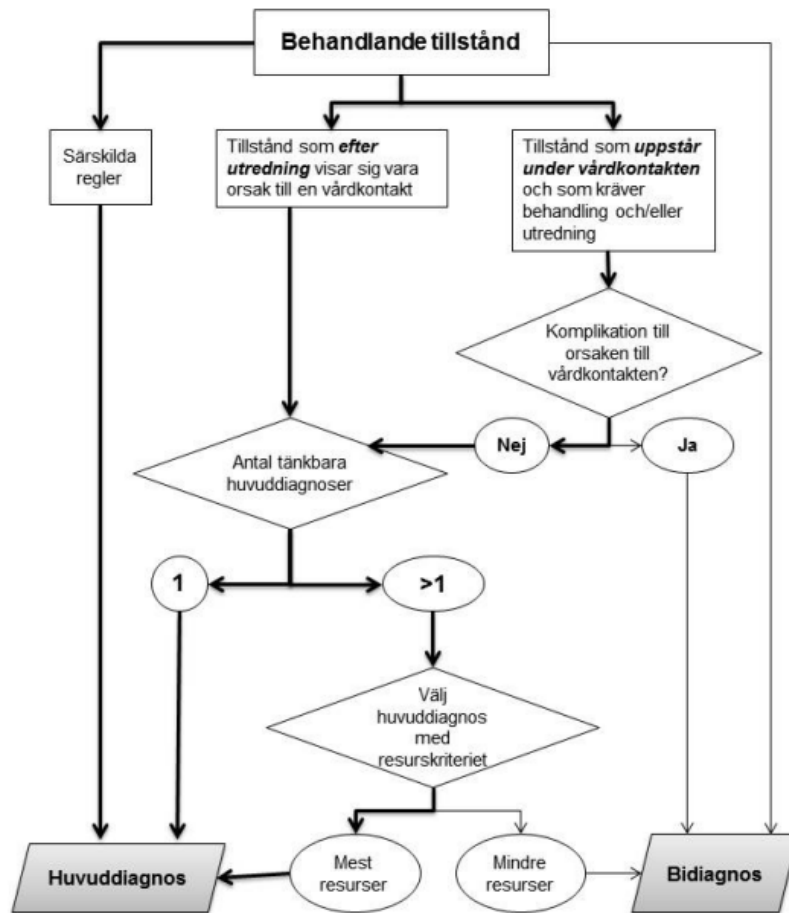
För vissa fördefinierade tillstånd gäller särskilda regler (*se exempel 12 under rubriken Särskilda regler*). Detta innebär att för just dessa situationer som exempelvis cytostatikabehandling av malign tumör ska kodningen ske enligt helt andra principer och som första kod ska en lämplig Z-kod ur kapitel 21 användas.

För de tillstånd som uppstått under vårdtillfället (alternativ 2 ovan), måste man avgöra om tillståndet är en komplikation till det tillstånd som är orsaken till vårdkontakten. Skulle tillståndet vara en komplikation till intagningsorsaken kan det inte vara huvuddiagnos utan blir bidiagnos (*se exempel 10 och 11 under rubriken Tilläggsregel*). Skulle tillståndet inte vara en komplikation till intagningsorsaken eller behandlingen av densamma så kan det tänkas vara aktuellt som huvuddiagnos (*se exempel 8 och 9 under rubriken Tilläggsregel*).

Finns det flera tillstånd som kan vara aktuella som huvuddiagnos, enligt ovanstående resonemang, ska man använda sig av kriteriet om resursförbrukning. Då gäller att av de diagnoser som kan vara tänkbara som huvuddiagnos ska det tillstånd väljas som tagit mest resurser i anspråk (*se exempel 7 under rubriken Hjälpregel*).

De tillstånd som varit aktuella under vårdtillfället och som inte uppfyller kravet om att vara huvuddiagnos ska anges som bidiagnoser. Observera att både huvud- och bidiagnos ibland kan kodas med mer än en kod. Det är då viktigt i vilken ordning koderna anges.

Figur 1 Schematisk beskrivning för att illustrera beskriva hur valet av huvuddiagnos ska göras.



Anvisningar för kodning inom öppen vård

Att ange huvuddiagnos vid öppenvårdsbesök

Som huvuddiagnos (HD) ska precis som vid klassificering i slutenvård i de flesta fall anges det tillstånd som var anledning till vårdkontakten, fastställt vid vårdkontaktens slut. Den huvuddiagnos som formuleras vid besökets slut behöver inte vara densamma som kontaktorsaken.

Om ingen klar sjukdomsdiagnos kan anges, ska det viktigaste symtomet eller hälsoproblemet anges. Om orsaken till patientens problem fastställs i en senare fas i utredningen, exempelvis vid senare besök, ska inte diagnoser angivna för tidigare besök ändras i efterhand.

Huvuddiagnosen är oftast en sjukdom eller ett symptom. Anledningen till vårdkontakten kan också vara utfärdande av intyg, hälsokontroll, kontroll av given behandling hos numera frisk patient, utredning för att få ett tillstånd uteslutet, vaccination, screening med mera. I dessa fall ställs ingen sjukdomsdiagnos i klassisk mening, men det finns ändå en anledning till vårdkontakten med som ska klassificeras. Huvuddiagnosen beskriver alltså i dessa fall inte en aktuell sjukdom utan andra omständigheter som medfört vårdkontakt.

Kronisk och akut sjukdom

En patient som kontrolleras för en kronisk åkomma och som drabbats av en annan behandlingskrävande akut sjukdom, får som regel den akuta sjukdomen som huvuddiagnos.

- Pneumoni hos patient som kontrolleras för lymfom
- Nyupptäckt bräck hos dialyspatient
- Överarmsfraktur hos reumatiker med kronisk hjärtsvikt
- Akut urinvägsinfektion hos patient med kroniskt obstruktiv lungsjukdom
- Bröstmärtor hos diabetiker

Dubbelkodning

Huvuddiagnosen kan beskrivas med en eller flera koder ur ICD-10-SE. Det är inte ovanligt att huvuddiagnosen behöver klassificeras med två eller flera koder för att ge en tillfredsställande beskrivning av tillståndet. Typexempel är en skada som utöver koden för skadans natur kräver angivande av skadans uppkomstsätt (yttre orsak), dvs. huvuddiagnosen motsvaras av två koder.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Distal sluten radius-fraktur efter fall i hemmet i samband med toalettbesök	S52.50 Fraktur på nedre delen av radius – sluten W01.04 Fall i samma plan genom halkning, snävning eller snubbling - bostad och bostadsområde - vitalaktivitet såsom vila, sömn, måltid och personlig hygien

Dagkirurgi och annan dagvård

För dagkirurgi och annan dagvård gäller samma principer som för öppenvårdsbesök enligt ovan. För dagkirurgi kodas normalt det tillstånd för vilken den kirurgiska åtgärden utfördes som huvuddiagnos. Om diagnosen reviderats till följd av ingreppet blir den reviderade diagnosen huvuddiagnos.

Om patienten skrivs in i sluten vård i direkt anslutning till dagkirurgin kodas dagkirurgin som ett inledande separat besök med diagnos- och åtgärds-koder inklusive tilläggs-koden *XS100 Oplanerad inskrivning till sluten vård*.

Åtgärds-koden XS100 används för alla öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inskrivning i sluten vård på samma sjukhus. Koden används bara på besöket, om man faktiskt beslutar om inskrivning och genomför den direkt och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik eller annat sjukhus. Ansvarig läkare på den andra kliniken eller det andra sjukhuset, kan där nämligen göra bedömningen att patienten inte är i behov av sluten vård.

Det efterföljande vårdtillfället kodas med de ICD- och KVÅ-koder som är aktuella för vårdtillfället i den slutna vården.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Ljumsbråck	K40.9 Ensidigt eller ospecificerat ljumsbråck utan inklämning eller gangrän
BD	Postoperativ blödning efter bräckkirurgi	T81.0 Blödning och hematoma som komplikation till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats Y83.8 Andra kirurgiska ingrepp

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Ljumsbråck	Ljumsbråcks-operation	JAB30 Öppen operation av ljumsbråck med implantat mellan bukväggens muskellager
Postoperativ blödning efter bräckkirurgi	Reoperation för yttlig blödning	JWD00 Reoperation för yttlig blödning efter ingrepp på mag-tarmkanalen eller därtill hörande organ

Övriga tillstånd

Övriga tillstånd som förutom huvuddiagnosen varit av betydelse för bedömningen och behandlingen vid den aktuella kontakten ska också anges i journalen, registreras och klassificeras enligt ICD-10-SE. Däremot ska tidigare behandlade och utläkta sjukdomar samt tillstånd utan relevans för den aktuella kontakten inte registreras.

Exempel 1

Kontroll under behandling av kronisk virushepatit typ B hos patient som även har diabetes. Patientens diabetes är väl reglerad och kontrolleras inte vid detta besök.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kronisk virushepatit B	B18.1 Kronisk (virus)hepatit B utan hepatit D

Diabetes behöver inte anges

Exempel 2

Kontroll efter ljumskbråcksoperation hos patient med hjärtsvikt och angina.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter kirurgi för ljumskbräck	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd K40.9 Ensidigt eller ospecificerat ljumskbräck utan inklämning eller gangrän

Angina och hjärtsvikt behöver inte anges då de inte kontrolleras. Dessa senare diagnoser (angina och hjärtsvikt) kan naturligtvis vara aktuella att värdera vid en preoperativ bedömning och bör då anges som bidiagnoser vid det preoperativa besöket. Vid den postoperativa kontrollen är de sannolikt inte föremål för värdering och anges därmed inte.

Exempel 3

Kontroll av bensår hos patient som dessutom har ett asymtomatiskt förmaksflimmer och lindrig angina pectoris. Vårdkontakten handlar enbart om bensåret.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Bensår	L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats

Förmaksflimmer och angina behöver inte anges

Patient söker eller remitteras för fastställd eller sannolik diagnos

Är diagnosen redan fastställd och angiven av remitterande läkare ska denna normalt anges som huvuddiagnos, om inte ytterligare utredning/undersökning ger anledning att revidera diagnosen. Även i de fall där diagnosen bedöms som sannolik och man som en konsekvens av sin bedömning handlägger patienten utifrån detta, anges den sannolika diagnosen som huvuddiagnos. Samma klassificeringsprinciper gäller således såväl för sannolika diagnoser som för fastställda.

Exempel 1

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Ljumskbräck	K40.9 Ensidedigt eller ospecificerat ljumskbräck utan inklämning eller gangrän

Exempel 2

En patient med nyligen MR-diagnostiserat diskbräck i lumbalregionen söker på mottagningen med förvärrade smärtor. Patienten får kompletterande analgetika.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Diskbräck i lumbalregionen	M51.1 Disksjukdomar (diskbräck) i lumbalregionen och andra regioner med radikulopati

Patient söker eller remitteras för symptom

Om orsaken till patientens symptom inte kan fastställas vid besöket ska symptomet anges som huvuddiagnos.

Exempel 1

En patient söker för smärtor i nacken som förvärras vid rörelse. Ingen skada eller onormal fysisk aktivitet finns i anamnesen. Undersökningarna ger ingen förklaring till smärttillståndet. Patienten ordineras vila, värme och smärtstillande.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Cervikalgi	M54.2 Cervikalgi

Exempel 2

Patient söker för smärtor i epigastriet. Ingen säker diagnos ställs, utredning planeras.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Smärtor i epigastriet	R10.1 Smärtor i övre delen av buken

”Misstänkta” sjukdomar eller observationsfall ska inte kodas med definitiv sjukdomsdiagnos utan istället med symtom eller patologiska fynd. Om den kliniska bedömningen entydigt pekar mot en viss sjukdom och handläggs i enlighet med det, ska denna sannolika diagnos dock anges som huvuddiagnos.

Exempel 3

En patient söker för återkommande svullnad i lumsken vid ansträngning. Anamnes talar entydigt för bräck även om ett sådant inte kan påvisas vid dagens undersökning.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Ljumsckbräck	K40.9 Ensidigt eller ospecificerat ljumsckbräck utan inklämning eller gangrän

Observations- och utredningsfall

Exempel 1

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.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Bedömning av misstänkt hypertoni	Z03.5 Observation för annan misstänkt kardiovaskulär sjukdom som uteslutits och avskrivits

Exempel 2

En patient kommer för utredning på allergimottagning med allergisk reaktion mot fisk och skaldjur i anamnesen.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Fisk- och skaldjursallergi som riskfaktor i patientanamnesen	Z91.0D Allergi som riskfaktor i patientanamnesen, fisk- och skaldjursallergi

Exempel 3

En patient beskriver en tidigare allergisk reaktion efter intag av penicillin. Kommer nu till allergimottagningen för utredning. Utredningen bekräftar misstanken om penicillinöverkänslighet.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Överkänslighet mot penicillin i den egna sjukhistorien	Z88.0 Överkänslighet mot penicillin i den egna sjukhistorien

Exempel 4

En patient som oroar sig för knöl i ljumsken utan andra specifika symtom, har själv misstänkt ljumsckbräck. Undersökningen visar att patienten känt en helt normal lymfkörtel. Bedöms som helt frisk. Lugnade besked.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs	Z71.1 Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs

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 vissa fördefinierade tillstånd avseende patienter som kommer enbart i syfte att få kemoterapi (cytostatikabehandling) och/eller strålbehandling vid malign sjukdom eller för dialysbehandling. Motivet för undantaget är önskan om överensstämmelse med anvisningarna för val av huvuddiagnos i sluten vård, vilka i sin tur bygger på WHO:s regelverk.

Exempel 1

När anledningen till vårdkontakten enbart är cytostatika- eller strålbehandling av en tumör anges Z51.1 (respektive Z51.0) direkt följt av en kod för den behandlade tumörsjukdomen. Detta gäller oavsett om tumören är helt bortopererad eller inte. Att patienten sedan får t.ex. cytostatika anges med åtgärdskod ur KVÅ med tillägg av en ATC-kod för att precisera läkemedlet.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kemoterapeutisk behandling av sigmoideumcancer	Z51.1 Kemoterapeutisk behandling för tumör C18.7 Malign tumör i sigmoideum

Exempel 2

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Dialysbehandling vid kronisk njursvikt	Z49.1 Extrakorporeal dialys N18.9 Kronisk njursvikt, ospecificerad

Kontroll av pågående behandling för akut sjukdom

Vid kontroll av pågående behandling för akut sjukdom ska sjukdomsdiagnosen i regel anges som huvuddiagnos.

Exempel 1

En patient kommer efter en vecka för kontroll av en radiusfraktur som är i läkning. Här är frakturen ännu inte läkt varför kodningen blir:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Distal radiusfraktur efter fall i samma plan i hemmet	S52.50 Fraktur på nedre delen av radius - sluten W01.09 Fall i samma plan genom halkning, snävning eller snubbling - bostad och bostadsområde - aktivitet, ospecificerad

Kontroll av pågående behandling för malign tumör

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

Exempel 1

Patient kommer för kontroll av kronisk lymfatisk leukemi under pågående cytostatikabehandling.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kronisk lymfatisk leukemi	C91.1 Kronisk lymfatisk leukemi av B-cellstyp [B-KLL]

Exempel 2

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter kirurgi för bröstcancer	Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör C50.9 Ospecificerad lokalisation av malign tumör i bröstkörtel

Detta kodningsexempel gäller vid en "okomplicerad" kontroll av kirurgin. Inget ytterligare vid vårdkontakten görs utöver kontrollen av det kirurgiska.

Exempel 3

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter kombinerad behandling av bröstcancer	Z08.7 Kontrollundersökning efter kombinerad behandling för malign tumör Z85.3 Malign tumör i bröstkörtel i den egna sjukhistorien

Exempel 4

Patient kommer för kontroll efter icke radikalopererad rektalcancer där man har lämnat tumören kvar och enbart lagt fram en avlastande stomi.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Rektalcancer	C20.9 Malign tumör i ändtarmen

Exempel 5

Patienten kommer tre veckor efter operation av rektalcancer, som visserligen opererats lokalt radikalt, men patienten har dock levermetastaser. Man planerar för fortsatt behandling med cytostatika.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Levermetastas	C78.7 Sekundär malign tumör (metastas) i levern och intrahepatiska gallgångarna
BD	Status post rektalcancer	Z85.0D Malign tumör i ändtarmen i den egna sjukhistorien

Kontroll av kroniska sjukdomar

Vid periodiska kontrollbesök av kroniska sjukdomar (inklusive eventuell exacerbation) som exempelvis diabetes mellitus, hypertoni, Morbus Crohn, ulcerös kolit, systemisk lupus erythematosus (SLE), kronisk hepatit C anges sjukdomsdiagnosen som huvuddiagnos. Kontrollundersökning efter behandling för andra tillstånd än maligna tumörer (Z09.-) anges inte som bidiagnos.

Exempel 1

En patient med en sedan många år diagnostiserad och behandlad diabetes mellitus typ 2 utan komplikationer kommer på årligt kontrollbesök.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Diabetes mellitus typ 2 utan komplikationer	E11.9 Diabetes mellitus typ 2 - utan komplikationer

Exempel 2

En patient kommer regelbundet för kontroll av sin medicinbehandlade, välreglerade hypertoni.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Essentiell hypertoni	I10.9 Essentiell hypertoni

Kontroll av utläkta sjukdomar

Vid kontrollundersökningar efter behandling, där sjukdomen bedöms vara utläkt, anges som huvuddiagnos kontrollundersökning (Z08.- eller Z09.-) direkt följt av sjukdomsdiagnosen.

Vid kontroll av radikalopererade maligna tumörer anges kontrollbesök Z08.0 som huvuddiagnos direkt följt av en kod från Z85.- när eventuell adjuvant behandling är avslutad. Under adjuvant cytostatika- eller strålbehandling används kod för primärtumören.

Exempel 1

En patient som radikalopererats för bröstcancer återkommer för kontroll efter 12 månader.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter kirurgisk behandling för bröstcancer	Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör Z85.3 Malign tumör i bröstkörtel i den egna sjukhistorien

Exempel 2

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Ärrbräck	K43.2 Ärrbräck utan inklämning eller gangrän
BD	Tidigare bortopererad koloncancer	Z85.0C Malign tumör i tjocktarmen och rektosigmoidala gränsszonen i den egna sjukhistorien

Vid slutkontroll, av andra sjukdomar än maligna tumörer, anges som huvuddiagnos kontrollbesök Z09.- direkt följt av diagnosen för sjukdomen som kontrolleras.

Exempel 3

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter behandling av distal radiusfraktur på grund av fall i samma plan i hemmet	Z09.4 Kontrollundersökning efter frakturbehandling S52.50 Fraktur på nedre delen av radius - slut W01.09 Fall i samma plan genom halkning, snävning eller snubbling - bostad och bostadsområde - aktivitet, ospecificerad

Alternativt kan enbart koden Z09.4C Kontroll efter fraktur på armbåge/underarm användas

Exempel 4

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter behandling av otitis media	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd H66.0 Akut varig mellanöreinflammation

Besök för att förbereda inskrivning i slutenvård, dagkirurgi eller dagvård

Om en patient kommer på ett besök till läkare för att förbereda en inskrivning i slutenvård några dagar senare, inkluderande inkomstsamtal och bedömning, ska i normalfallet 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 *Z51.4 Förberedande vård för efterföljande behandling* som huvuddiagnos, direkt följt av koden för den aktuella sjukdomen.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Preoperativ bedömning av narkosläkare	Z51.4 Förberedande vård för efterföljande behandling som ej klassificeras på annan plats
BD	Gallsten utan kolecystit	K80.2 Gallsten utan kolecystit

Besök för intyg

Om utfärdande av intyg är den huvudsakliga anledningen till kontakten ska detta anges med Z02.7. Detta gäller t.ex. för utfärdande av intyg till försäkringsbolag, friskintyg och invaliditetsintyg.

Exempel 1

En patient går på regelbundna kontroller. Har bett om att få ett läkarintyg för körkort och får tid för besök för körkortsundersökning.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Undersökning för körkort	Z02.4 Undersökning för körkort

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Undersökning för körkort	Utfärdande av körkortsintyg	GD002 Intyg, enklare

Om intyg skrivs som en del av handläggning av en sjukdom eller skada ska sjukdoms-/skadediagnosen anges som huvuddiagnos. I dessa fall behövs ingen Z-kod för intygsskrivandet, däremot kan vid behov lämplig KVÅ-kod användas.

Exempel 2

En patient är opererad på grund av ett flertal axelledsluxationer. Kommer på kontroll av operationsresultatet och för intygsskrivning.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter operation för recidiverande axelluxation	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd M24.4B Recidivluxation/subluxation i axelled

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Kontrollundersökning efter operation för recidiverande axelluxation	Utfärdande av intyg	GD002 Intyg, enklare

Besök för vaccinationer

Vid besök för vaccination anges tillämplig kod ur kodserien Z23-Z28.

Exempel 1

En patient kommer för att få hepatit B-vaccin.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Vaccinering mot hepatit B	Z24.6 Vaccination avseende virushepatit

Besök för justering av hjälpmedel, borttagande av osteosyntesmaterial m.m.

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.

Exempel 1

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Justering och skötsel av pacemaker i hjärtat	Z45.0 Justering och skötsel av pacemaker, defibrillator och annan kardiell anordning

Arytmiadiagnos kan anges som tillägg.

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 avföras eller riktad hälsokontroll kodas inom avsnittet Z00–Z13.

Exempel 1

En patient kommer på eget initiativ för allmän gynekologisk undersökning. Att patienten sedan får en undersökning utförd anges med KVÅ-kod.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Allmän gynekologisk undersökning	Z01.4 Gynekologisk undersökning (allmän, rutin)

Exempel 2

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Screening med avseende på ovarialtumör	Z12.8 Riktad hälsokontroll avseende tumörer med andra lokalisationer
BD	Ovarialcancer i familjeanamnesen	Z80.4 Malign tumör i könsorganen i familjeanamnesen

Exempel 3

Patient kommer till mottagningen för cellprovskontroll enligt kallelse inom ramen för nationellt screeningprogram.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Gynekologiskt cellprov	Z01.4 Gynekologisk undersökning (allmän) (rutin) av person utan besvär eller utan att diagnos registrerats

Utförd åtgärd anges med åtgärdskod(er) ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Om patienten däremot kommer för en cellprovskontroll på grund av ökad risk för cervixcancer, blir koden istället Z12.4 Riktad hälsokontroll avseende tumör i cervix.

Exempel 4

Patient kommer till mottagningen för mammografiundersökning enligt kallelse inom ramen för nationellt screeningprogram.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Rutinmässig mammografiundersökning	Z01.6 Radiologisk undersökning, som ej klassificeras på annan plats, av person utan besvär eller utan att diagnos registrerats

Utförd åtgärd anges med åtgärdskod(er) ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Om patienten däremot kommer för en mammografiundersökning på grund av ökad risk för tumörsjukdom då bröstcancer finns i släkten, blir koden istället Z12.3 Riktad hälsokontroll avseende tumör i bröstkörtel.

Besök i samband med fortplantning

Besök i samband med fortplantning, såsom för preventivmedelsföreskrivning och graviditetsövervakning, anges med kod ur serien Z30–Z35.

Exempel 1

En kvinna kommer för allmän preventivmedelsrådgivning.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Preventivmedelsrådgivning	Z30.0 Allmän preventivmedelsrådgivning

Exempel 2

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Graviditetsövervakning	Z34.0 Övervakning av normal första-graviditet

Exempel 3

En kvinna med tidigare förlossning av dött barn följs under en ny graviditet med upprepade läkarkontroller inkluderande bland annat ultraljudsundersökning.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Graviditetsövervakning p.g.a. tidigare dödfött barn	Z35.2 Övervakning av graviditet med annan störning i reproduktiv obstetrisk anamnes

Besök för rehabiliteringsinsatser

Vid besök för specifika rehabiliteringsinsatser anges sjukdomsdiagnosen eller det aktuella funktionshindret som huvuddiagnos. Att patienten erhåller rehabilitering anges med koder ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Exempel 1

Patient kommer till dagrehabilitering för sjukgymnastisk behandling av pares i samband med akut hjärninfarkt.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut hjärninfarkt med hemipares	I63.9 Cerebral infarkt, ospecificerad G81.9 Hemipares, ospecificerad

Exempel 2

En patient som sedan länge avslutat behandling efter en hjärninfarkt startar efter ett par år en ny rehabiliteringsperiod i dagvård.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hemipares efter tidigare hjärninfarkt	G81.9 Hemipares, ospecificerad I69.3 Sena effekter av cerebral infarkt

Exempel 3

Besök, inklusive dagvård, för patient med multipel skleros som kommer för rehabilitering med ADL-träning.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Multipel skleros	G35.9 Multipel skleros

Kodningsexempel

Eventuellt utförda åtgärder anges med åtgärds kod ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), även om det inte uttryckligen står i exemplen.

Atoxisk struma

Exempel 1

Patienten kommer på remiss från husläkare för knöl på halsen som ger misstanke om atoxisk struma. Finnålspunktion görs. Beslut tas att patienten ska opereras.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Atoxisk struma, ospecificerad	E04.9 Atoxisk struma, ospecificerad

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Atoxisk struma, ospecificerad	Finnålspunktion av tyreoida	TBA10 Punktionsbiopsi av sköldkörteln

Exempel 2

Besök för inskrivningssamtal med läkare. Utredningen visar att det rör sig om en benign tumör.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Benign tumör i tyreoida	D34.9 Benign tumör i tyreoida

Exempel 3

Efter operation i slutet vård kommer patienten tillbaka efter fyra till sex veckor för postoperativ kontroll. Patienten är besvärsfri.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Postoperativ kontroll efter hemityreoidektomi för benign tumör	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd D34.9 Benign tumör i tyreoida

Tyreotoxikos

Exempel 1

Patient söker för palpitationer. Inledande provtagning görs.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hjärtklappning	R00.2 Hjärtklappning

Exempel 2

Patienten kommer på besök efter att provsvar visat tyreotoxikos med diffus struma. Behandling med tyreostatika inleds. Beslut tas om operation.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Tyreotoxikos	E05.0 Tyreotoxikos med diffus struma

Exempel 3

Efter operation i slutenvård kommer patient på kontroll. Allt utan anmärkning.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter opererad tyreotoxikos	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd
		E05.0 Tyreotoxikos med diffus struma

Exempel 4

Patienten kommer på årlig kontroll. Mår bra. Har ingen tyreotoxikos.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter kirurgisk behandling av tyreotoxikos	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd
		Z86.3 Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättnings-sjukdomar i den egna sjukhistorien

Exempel 5

Patienten kommer på årlig kontroll och visar sig ha utvecklat en hypotyreos. Behandling inleds.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hypotyreos efter kirurgiskt ingrepp	E89.0A Hypotyreos efter kirurgisk terapi

Fördjupningskoden anger att patienten är kirurgiskt behandlad.

Exempel 6

En annan patient kommer på årlig kontroll efter att tidigare radiojodbehandlats för hypertyreos. Mår bra. Har ingen tyreotoxikos.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter radiojodbehandlad hypertyreos	Z09.1 Kontrollundersökning efter radioterapi för andra tillstånd Z86.3 Endokrina sjukdomar, nutritions-rubbningar och ämnesomsättningsjukdomar i den egna sjukhistorien

Exempel 7

Patient kommer på besök efter att ha fått hypotyreos ett par år efter avslutad radiojodbehandling. Fördjupningskoden anger att patienten är radiojodbehandlad.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hypotyreos efter radiojodbehandling	E89.0B Hypotyreos efter terapi med radioaktivt jod

Exempel 8

En patient kommer på kontrollbesök efter operation på grund av tyreotoxikos. Patienten är eutyreoid, men man konstaterar en hypoparatyreoidism som måste utredas, behandlas och kontrolleras vidare. I detta fall blir därför hypoparatyreoidismen huvuddiagnos.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hypoparatyreoidism efter operation p.g.a. tyreotoxikos	E89.2 Hypoparatyreoidism efter kirurgiska och medicinska ingrepp Y83.6 Borttagande av annat organ

För att ytterligare precisera att behandlingen varit kirurgisk kan Y83.6 anges som i exemplet ovan.

Exempel 9

Patienten ovan kommer på återbesök för att kontrollera sin hypoparatyreoidism som fortfarande ger besvär.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hypoparatyreoidism	E89.2 Hypoparatyreoidism efter kirurgiska och medicinska ingrepp

Lunginflammation

Exempel 1

Patient kommer på remiss från distriktsläkare med frågeställningen: Pneumoni? Röntgenundersökning bekräftar diagnosen. Patienten sätts på antibiotikabehandling.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Bakteriell lunginflammation	J15.9 Bakteriell pneumoni, ospecificerad

Exempel 2

Patienten återkommer på besök efter fyra dagar med oförändrade symtom. Prov för mykoplasmaserologi tas och är positivt. Byte av antibiotika.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Mykoplasmapneumoni	J15.7 Pneumoni orsakad av M. pneumoniae

Exempel 3

Patienten kommer på en slutkontroll efter sin pneumoni. Inga kvarstående symtom, patienten mår bra.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter mykoplasma-pneumoni	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd J15.7 Pneumoni orsakad av M. pneumoniae

Urinvägsinfektion

Exempel 1

Patient söker för urinvägssymtom, sveda och värk vid vattenkastning. Bedöms som akut cystit. Odling tas och behandling sätts in.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Akut cystit	N30.0 Akut cystit (urinvägsinfektion lokaliserad till urinblåsan)

Exempel 2

Patienten återkommer efter två dagar på grund av försämring. Dunköm över njurarna, förhöjt CRP. Tolkas som pyelonefrit. Odlingssvar visar resistent kolibakterie. Antibiotikabehandlingen ändras.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Pyelonefrit orsakad av E-coli	N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit B96.2 E. coli som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel

Exempel 3

Efter avslutad antibiotikabehandling kommer patienten på återbesök. Kontrollodling för urinprov har visat sig vara negativ. Patienten är symptomfri.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter behandling av pyelonefrit	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit

Ikterus – hepatit

Exempel 1

Patient kommer med symtom på ikterus. Patienten mår bra. Prover tas. Återbesök bokas.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Ikterus	R17.9 Hyperbilirubinemi utan uppgift om gulsot, som ej klassificeras på annan plats

Exempel 2

Patienten kom på återbesök. Var gulare och prover visade höga transaminaser. Inlades omgående för hepatitutredning. Efter slutenvårdstillfället kommer patienten på återbesök igen för kontroll av akut hepatit.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av akut hepatit B	B16.9 Akut hepatit B utan hepatit D och utan leverkoma

Exempel 3

Återbesök efter flera kontakter under lång tid. Undersökningen visar att patienten nu är frisk och immun.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter akut hepatit B	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd B16.9 Akut hepatit B utan hepatit D och utan leverkoma

Exempel 4

Om patienten däremot vid återbesöket visar sig ha utvecklat en kronisk hepatit B, kodas detta. Fördjupningskoden anger att någon biopsi inte utförts.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kronisk hepatit B	B18.1X Kronisk hepatit B utan hepatit D, ej biopserad

Exempel 5

Årligt kontrollbesök för kronisk hepatit B.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av kronisk hepatit B	B18.1X Kronisk hepatit B utan hepatit D, ej biopserad

Exempel 6

Efter några år beslutas vid besök om specifik behandling (Interferon).

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kronisk hepatit B	B18.1X Kronisk hepatit B utan hepatit D, ej biopserad

Exempel 7

Leverbiopsi utförs vid dagkirurgisk kontakt. Diagnosen ej ändrad i avvaktan på PAD-svar.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Kronisk hepatit B	B18.1 Kronisk hepatit B utan hepatit D

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Kronisk hepatit B	Leverbiopsi	TJJ00 Perkutan punktionsbiopsi av lever

Exempel 8

Patienten kommer på återbesök efter leverbiopsin. PAD visar kronisk aktiv hepatit B. Behandling inleds.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av kronisk aktiv hepatit B	B18.1D Kronisk hepatit B utan hepatit D, kronisk aktiv hepatit (KAH)

Exempel 9

Patienten kommer på återbesök varje månad för kontroll av pågående behandling.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av kronisk aktiv hepatit B	B18.1D Kronisk hepatit B utan hepatit D, kronisk aktiv hepatit (KAH)

Exempel 10

Patienten är vid återbesök symtomfri. Hepatiten bedöms som utläkt.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter kronisk aktiv hepatit B	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd B18.1D Kronisk hepatit B utan hepatit D, kronisk aktiv hepatit (KAH)

Kontroll efter hjärnblödning

Exempel 1

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

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter hjärninfarkt	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd I63.9 Cerebral infarkt, ospecificerad

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

Exempel 2

En annan patient kommer på återbesök två månader efter akut hjärninfarkt med resttillstånd i form av högersidiga förlamningssymtom och sitter i rullstol. Dysfasi. Besvären bedöms bestående. Blodtrycket något förhöjt.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Hemipares	G81.9 Hemipares, ospecificerad
BD	Dysfasi	R47.0 Dysfasi och afasi
BD	Sekvele efter hjärninfarkt	I69.3 Sena effekter av cerebral infarkt
BD	Hypertoni	I10.9 Essentiell hypertoni

Kontroll efter hjärtinfarkt

Exempel 1

Patient kommer på första återbesök för kontroll tre veckor efter okomplicerad hjärtinfarkt. Patienten är symtomfri, mår bra.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter akut hjärtinfarkt	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd I21.9 Akut hjärtinfarkt, ospecificerad

Exempel 2

En patient kommer på första återbesök för rutinkontroll två månader efter hjärtinfarkt. Patienten mår bra och är symtomfri.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter akut hjärtinfarkt	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd I21.9 Akut hjärtinfarkt, ospecificerad

Regeln om 28 dagars varaktighet av akut hjärtinfarkt (under I21.- i ICD-10-SE) är inte applicerbar i öppen vård då det rör sig om en kontroll av akut sjukdom.

Exempel 3

Samma patient som i exempel ovan kommer på nästa återbesök för sin tidigare akuta hjärtinfarkt ett år efter insjuknandet. Patienten mår bra och är symtomfri.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Status post hjärtinfarkt	I25.2 Gammal hjärtinfarkt

Z09-koden används endast vid första återbesöket för kontroll efter det akuta tillståndet.

Exempel 4

Patient kommer på återbesök två månader efter akut hjärtinfarkt. Har uttalade anginösa besvär.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Angina pectoris	I20.9 Angina pectoris, ospecificerad
BD	Tidigare genomgången hjärtinfarkt	I25.2 Gammal hjärtinfarkt

Denna patient har en aktuell sjukdom och då ska den kodas som huvuddiagnos. Därmed bortfaller behovet av Z09-kod. Den tidigare hjärtinfarkten kodas som bidiagnos om besöket huvudsakligen handlar om angina.

Kontroll av förmaksflimmer och antikoagulationsbehandling

Exempel 1

Patient kommer på återbesök för kontroll av kroniskt förmaksflimmer och pågående långtidsanvändning av Waran.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av kroniskt förmaksflimmer och av antikoagulationsbehandling (Waran)	I48.2 Kroniskt förmaksflimmer Z92.1 Långtidsanvändning av blodförtunnande medel i den egna sjukhistorien

Exempel 2

Patient med tidigare ventrombos kommer för avslutande av Waranbehandling. Eftersom Waranbehandlingen avslutas behöver inte Z92.1 anges.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter behandling av djup ventrombos	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd I80.2 Flebit och tromboflebit i andra djupa kärl i nedre extremiteterna

Exempel 3

Patient kommer till antikoagulantiamottagning och träffar sjuksköterska för kontroll.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av antikoagulationsbehandling	Z92.1 Långtidsanvändning av blodförtunnande medel i den egna sjukhistorien

Ljumskbräck

Exempel 1

Patient kommer på remiss med knöl i ljumsken. Diagnosen ljumskbräck ställs.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Ljumskbräck	K40.9 Ensidigt eller ospecificerat ljumskbräck utan inklämning eller gangrän

Exempel 2

Bråcket opereras dagkirurgiskt. Man finner vid operationen att det är ett femoralbräck.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Femoralbräck	K41.9 Ensidigt eller ospecificerat femoralbräck utan inklämning eller gangrän

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Femoralbräck	Radikaloperation av femoralbräck	JAC30 Öppen operation av femoralbräck med implantat mellan bukväggens muskellager

Exempel 3

Patienten kommer på kontrollbesök efter operationen. Mår bra, inga besvär.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollbesök efter operation av femoralbräck	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd K41.9 Ensidigt eller ospecificerat femoralbräck utan inklämning eller gangrän

Exempel 4

Om ovanstående patient i stället återkommer efter en vecka med feber samt rodnad och svullnad i ljumsken, debrideras och odlas, kodas detta:

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Postoperativ subkutan sårinfektion efter kirurgiskt ingrepp med implantat	T81.4 Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats Y83.1 Kirurgiskt ingrepp med implantat av konstgjort inre instrument eller materiel L02.2 Kutan abscess, furunkel och karbunkel på bålen

Exempel 5

Patienten i exemplet ovan kommer åter fyra veckor senare för kontroll av sårinfektionen som nu är utläkt, patienten mår bra.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av en postoperativ sårinfektion	Z09.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för andra tillstånd T81.4 Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats Y83.1 Kirurgiskt ingrepp med implantat av konstgjort inre instrument eller materiel

Magsår

Exempel 1

Patient kommer med remiss för bedömning av buksmärtor. Beslut att gastroskopi ska utföras.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Övre buksmärtor	R10.1 Smärtor i övre delen av buken

Exempel 2

Gastroskopi med biopsi utförs. Den visar ett duodenalulcus. CLO-test för helikobakterförekomst positivt. Antibiotika sätts in.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Duodenalsår orsakat av Helicobacter pylori	K26.9 Sår i tolvfingertarmen - ospecificerat som akut eller kronisk utan blödning eller perforation B98.0 H.pylori som orsak till sjukdomar som klassificeras på annan plats

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Duodenalsår orsakat av Helicobacter pylori	Gastroskopi med biopsi	UJD05 Gastroskopi med biopsi

Exempel 3

Patient kommer på återbesök efter sex månader. Utandningstest visar ingen helikobakterförekomst, dvs. patienten är frisk. Inga symtom.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll efter behandling för duodenalsår	Z09.8 Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd K26.9 Sår i tolvfingertarmen - ospecificerat som akut eller kronisk utan blödning eller perforation

Intestinal cancer

Exempel 1

Patient kommer på besök efter en period med trötthet, ändrade avföringsvanor, lågt Hb och blodig avföring. Har palperbar resistens i buken. Beslut att koloskopi ska genomföras.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Resistens i buk	R19.0 Svullnad, knöl och resistens i buken och bäckenet
BD	Anemi p.g.a. kronisk blodförlust	D50.0 Järnbristanemi sekundär till kronisk blodförlust

Exempel 2

Koloskopi utförs, man konstaterar en koloncancer lokaliserad till caecum.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Malign tumör i caecum	C18.0 Malign tumör i caecum
BD	Anemi p.g.a. kronisk blodförlust	D50.0 Järnbristanemi sekundär till kronisk blodförlust

Om man är osäker på om tumören är benign eller malign kan man, i avvaktan på PAD, använda koden *D37.4B Tumör av kliniskt okänd natur i tjocktarmen*.

Exempel 3

Efter att patienten opererats i slutet vård, återbesök för kontroll efter operationen. Patienten är radikalopererad men beslut tas om att adjuvant cytostatikabehandling ska inledas.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Postoperativ kontroll efter radikal operation av malign tumör i caecum	Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör C18.0 Malign tumör i caecum

Exempel 4

Patienten kommer för insättning av port-a-cath. Utförd åtgärd klassificeras med kod ur KVÅ.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Insättning av port-a-cath	Z45.2 Justering och skötsel av hjälpmedel för kärltillgång
BD	Malign tumör i caecum	C18.0 Malign tumör i caecum

Exempel 5

Patienten kommer enbart för cytostatikabehandling.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Cytostatika-behandling	Z51.1 Kemoterapeutisk behandling för tumör
BD	Malign tumör i caecum	C18.0 Malign tumör i caecum

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Cytostatikabehandling av malign tumör i caecum	Intravenös cytostatika-behandling	DT116 Cytostatikatillförsel, intravenös

Exempel 6

Patienten kommer för kontroll av cancersjukdomen. Mår bra. Här kan man också lägga till KVÅ-kod för koloskopi om detta har utförts vid besöket.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontroll av tidigare opererad och cytostatika-behandlad malign tumör i caecum	Z08.7 Kontrollundersökning efter kombinerad behandling för malign tumör Z85.0C Malign tumör i tjocktarmen och rektosigmoidala gränzonen i den egna sjukhistorien

Exempel 7

Efter två år upptäcks levermetastaser vid ultraljud. Beslut att palliativ cytostatikabehandling ska inledas.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Metastas i levern från tidigare bortopererad malign tumör i caecum	C78.7 Sekundär malign tumör (metastas) i levern och intrahepatiska gallgångarna Z85.0C Malign tumör i tjocktarmen och rektosigmoidala gränzonen i den egna sjukhistorien

Exempel 8

Patienten kommer för cytostatikabehandling av sina levermetastaser.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Cytostatikabehandling	Z51.1 Kemoterapeutisk behandling för tumör
BD	Levermetastas från tidigare bortopererad tumör i caecum	C78.7 Sekundär malign tumör (metastas) i levern och intrahepatiska gallgångarna Z85.0C Malign tumör i tjocktarmen och rektosigmoidala gränzonen i den egna sjukhistorien

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Cytostatikabehandling av levermetastas från tidigare bortopererad tumör i caecum	Intravenös cytostatikabehandling	DT116 Cytostatikatillförsel, intravenös

Bröstcancer

Exempel 1

Patient som radikalopererats för en bröstcancer kommer för kontrollundersökning tio dagar efter utskrivning från sjukhuset.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör i bröst	Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör C50.9 Ospecificerad lokalisation av malign tumör i bröstkörtel

Exempel 2

Vid fortsatta kontroller får den kliniska bilden avgöra när man ska övergå från cancerdiagnosen kodad i kapitel 2 med C-kod som ”tilläggskod” till att använda status post cancer kodad med Z85.-. Bedömer man att recidivriskerna är liten kan man direkt använda status post cancerdiagnos.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör i bröst	Z08.0 Kontrollundersökning efter kirurgi för malign tumör Z85.3 Malign tumör i bröstkörtel i den egna sjukhistorien

Som huvudregel gäller att vid kontroll av patient efter avslutad adjuvant behandling för sin cancer och utan aktuell tumörsjukdom ska kodas med Z08.- + Z85.-.

Exempel 3

Patient som slutfört kemoterapi efter operation för bröstcancer. Hon kommer nu för sin regelbundna årliga efterundersökning. Inget recidiv konstateras, inga metastaser.

Diagnostyp	Diagnos	Kod och kodtext
HD	Kontrollundersökning efter kombinerad behandling för malign tumör i bröst	Z08.7 Kontrollundersökning efter kombinerad behandling för malign tumör Z85.3 Malign tumör i bröstkörtel i den egna sjukhistorien

Psykiatrisk öppenvård

Exempel 1

14-årig patient som går i KBT-behandling för social ångest vid en BUP-mottagning. Vid en behandlingssession framkommer att patienten dagen innan rispat sig med ett gem så att det börjat blöda. Vid närmare (kedje)analys framkommer att patienten gjorde det för att hen känt sig stressad av skolarbetet och att ”det bara blev så”.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Social fobi	F40.1 Social fobi
BD	Avsiktlig självdestruktivitet	Z91.5B Avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Social fobi	KBT-behandling	DU011 Kognitiv beteendeterapi (KBT)
Avsiktlig självdestruktivitet		

Exempel 2

Patient som på grund av diagnostiserat emotionellt instabilt personlighetssyndrom och aktuellt självskadebeteende går i emotionsregleringsbehandling i grupp (ERGT) i den psykiatriska öppenvården. Patienten har inte gjort någon självskada sedan föregående besök, men i gruppbehandlingen arbetar man med hens långvariga mönster av självskadebeteende.

Diagnostyp	Diagnos	ICD-kod och kodtext
HD	Emotionellt instabilt personlighetssyndrom	F60.3 Emotionellt instabilt personlighetssyndrom
BD	Avsiktlig självdestruktivitet	Z91.5B Avsiktlig självdestruktiv handling utan suicidavsikt i den egna sjukhistorien

Diagnos	Åtgärd	KVÅ-kod och kodtext
Emotionellt instabilt personlighetssyndrom	ERGT	DU015 Emotion Regulation Group Therapy (ERGT)
Avsiktlig självdestruktivitet		

Exempel 3

Diagnoskod under utredning med neuropsykiatrisk frågeställning

Patient utreds på psykiatrisk mottagning med frågeställning ”adhd?”. Utredningen består av flera vårdkontakter (besök hos läkare respektive psykolog och närstående anamnes kring patientens uppväxt och skolgång). Efter den 4:e vårdkontakten bedöms att det finns underlag för att ta ställning till om adhd eller annan neuropsykiatrisk diagnos föreligger.

A. Vårdkontakter under utredning

Vid de tre första vårdkontakterna (dvs. innan utredningen bedöms ge tillräckligt underlag för att ta ställning till diagnos) används en eller flera symtomdiagnoser som bedöms motsvara de problem som är anledning till utredning.

Förslag på symtomdiagnoser som kan vara aktuella som huvuddiagnos:

- Koncentrationssvårigheter (R41.8W), Hyperaktivitet (R46.3).

B. Avslutande vårdkontakt i utredningen – *diagnos utesluten*

Om man efter den fjärde vårdkontakten gör bedömningen att den diagnos som har varit i fokus för utredningen *inte* föreligger, kodas denna vårdkontakt med:

- Z03.2W Observation för andra misstänkta sjukdomar och beteendestörningar som uteslutits och avskrivits

Kodtexten kan anpassas till situationen:

- Z03.2W Utredning av misstänkt adhd som uteslutits och avskrivits

C. Avslutande vårdkontakt i utredningen – *diagnos föreligger*

Om man efter den fjärde vårdkontakten gör bedömningen att den diagnos som har varit i fokus för utredningen föreligger, kodas denna vårdkontakt med:

- F90.0B Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)

Exempel 4

Patient som söker för delsymtom som ingår i den psykiatriska grundsjukdomen

Man som har pågående kontakt med psykiatrisk mottagning för behandling av bipolär sjukdom typ 1. Patienten har en *pågående depressiv episod* med

typiska depressionssymtom i form av nedstämdhet, glädjelöshet, sömnstörningar, självanklagelser och koncentrationssvårigheter.

Har på grund av sömnstörningarna telefonkontakt med sjuksköterska på den psykiatriska mottagningen kring strategier för hur han kan hantera denna del av depressionssymtomen.

Kodning:

- F31.3 Bipolär sjukdom, lindrig eller medelsvår depressiv episod

Exempel 5

Patient som söker med symtom som inte bedöms vara delsymtom i den psykiatriska grundsjukdomen

Kvinna som har pågående kontakt med psykiatrisk mottagning för behandling av bipolär sjukdom typ 2. Har utöver sin psykiatriska diagnos även en somatisk sjukdom. Patienten befinner sig i en stabil fas i sin bipolära sjukdom där hon sedan en längre tid inte har några aktuella symtom relaterade till bipolär sjukdom. Har för några veckor sedan varit inlagd på sjukhus för sin somatiska sjukdom. Under sjukhusvistelsen och därefter har hon haft stora problem med insomningssvårigheter, avbruten sömn och tidigt uppvaknande.

Har på grund av sömnstörningarna telefonkontakt med sjuksköterska på den psykiatriska mottagningen för rådgivning och hjälp att bryta sömnstörningen.

Kodning:

- F51.0 Icke organisk sömnlöshet
- F31.8F Bipolär sjukdom typ 2, utan aktuella symtom

Kodningsanvisning vid substansbruk

Kodning vid substansberoende, remissionsgrad

De nationella fördjupningskoderna¹ avseende remissionsgrad vid beroende av alkohol eller andra substanser ska användas enligt följande:

C. Aktiv droganvändning: Patienten har uppfyllt kriterier för beroendediagnosen under de senaste 3 månaderna.

D. Tidig fullständig remission: Patienten har inte uppfyllt några kriterier för beroendediagnosen (utöver craving-kriteriet) under de senaste 3 till 12 månaderna.

E. Långvarig partiell remission: Patienten har sedan minst 12 månader en minskad användning av substansen och har under denna tid inte uppfyllt tillräckligt antal kriterier för beroendediagnosen, även om enstaka diagnoskriterier varit uppfyllda.

F. Långvarig fullständig remission: Patienten har sedan minst 12 månader inte uppfyllt tillräckligt något kriterium för beroendediagnosen (utöver craving-kriteriet)

De kriterier för beroendediagnosen som hänvisas till är ICD-10:s kriterier för beroendesyndrom. För att ställa diagnosen krävs att minst tre av följande sex kriterier är uppfyllda under det senaste året:

- Ett starkt begär efter att inta substansen (craving)
- Svårigheter att kontrollera konsumtionen (kontrollförlust)
- Förekomst av karakteristiska abstinenssymtom
- Toleransökning
- Tilltagande ointresse för andra saker än substansbruket
- Fortsatt konsumtion trots kroppsliga eller psykiska skador

Källa: Joar Guterstam, Svensk förening för beroendemedicin

Eventuella frågor kring diagnostisering av remissionsgraden får ställas till Svensk förening för beroendemedicin.

¹ Avser fördjupningskoderna F10.2C-F10.2F, F11.2C-F11.2F, F12.2C-F12.2F, F13.2C-F13.2F, F14.2C-F14.2F, F15.2C-F15.2F, F16.2C-F16.2F, F17.2C-F17.2F, F18.2C-F18.2F och F19.2C-F19.2F.

Kodning vid bruk och beroendesyndrom av alkohol

Det finns ett antal koder i ICD-10-SE för att klassificera diagnoser som har relation till bruk och beroendesyndrom av alkohol. I kapitel 5 finns koder för akut intoxikation, skadligt bruk av alkohol samt för alkoholberoendesyndrom och vissa relaterade tillstånd. I vissa organkapitel (4, 6, 9, 11) finns specifika koder för vissa alkoholrelaterade sjukdomar. I kapitel 20 och 21 finns dessutom tilläggskoder och koder för alkoholbruk som kontaktorsak.

Nedan anges ett antal typfall med exempel på olika kliniska situationer där intag av alkohol är anledning till vårdkontakten eller en bidragande orsak till tillståndet som patienten får vård eller behandling för. Observera att endast alkoholbruk som är relevant för vårdkontakten eller hälsotillståndet ska kodas.

Exempel på situationer där koder ur kapitel 5 används

Akut (avsiktlig) alkoholintoxikation som huvudorsak till vårdkontakt

Exempel 1: Patient införs till sjukhus efter att ha anträffats mycket kraftigt berusad i en portuppgång. Sänkt medvetandegrad, kan inte stå på benen. Blåser 3,7 ‰. Patienten läggs in för observation med extra övervakning.

Exempel 2: 14-åring inkommer medvetslös per ambulans efter kraftig överkonsumtion av alkohol på en fest.

Kodning: Akut alkoholintoxikation är anledning till vårdkontakten och ska i både exempel 1 och 2 vara huvuddiagnos. Kod: *F10.0 Akut intoxikation orsakad av alkohol*.

Notera att

Koden F10.0 kan användas för akut alkoholintoxikation oavsett om patienten har ett beroendesyndrom eller inte.

Patienten i exempel 1 kan misstänkas ha ett skadligt bruk eller beroendesyndrom av alkohol, medan patienten i exempel 2 sannolikt inte har det. Till skillnad från F10.0 förutsätter de övriga koderna i kategorin F10 ett alkoholberoendesyndrom.

Skadligt bruk av alkohol: psykisk eller fysisk skada till följd av alkoholberoendesyndrom

Exempel 3: Patient med alkoholberoendesyndrom av svår grad med levercirros och som inte kan sluta dricka alkohol trots vetskap om att sjukdomen är alkoholorsakad.

Exempel 4: Patient med alkoholberoendesyndrom med alkoholrelaterade, recidiverande depressioner och som fortsätter dricka alkohol.

Kodning: *F10.1 Skadligt bruk av alkohol* används som huvud- eller bidiagnos beroende på om vårdkontakten avser själva alkoholberoendesyndromet eller den alkoholorsakade sjukdomen.

Alkoholberoendesyndrom

Exempel 5: Patient med alkoholberoendesyndrom av svår grad som vårdas på beroendeklinik.

Kodning: F10.2 Alkoholberoende (nationella fördjupningskoder finns, se nedan).

- F10.2A Alkoholberoende med fysiologiska tecken på beroende
- F10.2B Alkoholberoende utan fysiologiska tecken på beroende
- F10.2C Alkoholberoende, aktiv droganvändning
- F10.2D Alkoholberoende, tidig fullständig remission
- F10.2E Alkoholberoende, långvarig partiell remission
- F10.2F Alkoholberoende, långvarig fullständig remission
- F10.2X Alkoholberoende, ospecificerat

För övriga tillstånd orsakade av alkohol som klassificeras i kategorin F10 med andra fjärdepositioner än .2 hänvisas till ICD-10-SE.

Alkoholpåverkan som bidragande orsak till ett tillstånd som är huvuddiagnos vid en vårdkontakt

Exempel 6: Patient som söker akut efter att ha ådragit sig en skada, där akut alkoholpåverkan bedöms vara en bidragande orsak.

Kodning: Skadan är huvuddiagnos och kod från kategori *Y90 Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt* eller *Y91 Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt fastställd intoxikationsgrad* anges som bidiagnos.

Alkoholbruk (ej akut påverkan) i anamnesen som bidragande orsak till ett tillstånd som är huvuddiagnos vid en vårdkontakt

Exempel 7: Patient kommer för hälsokontroll och befinns ha förhöjning av levertransaminaser som bedöms vara en följd av alkoholbruk.

Kodning: Det kliniska fyndet kodas som huvuddiagnos *R74.0 Förhöjning av transaminaser och mjölksyredehydrogenaser (LDH)* och alkoholbruk anges som bidiagnos med koden *Z72.1 Alkoholbruk*.

Avsiktlig (suicidal) och oavsiktlig förgiftning med alkohol

Exempel 8: Patient med depressioner i anamnesen inkommer medvetlös efter att ha druckit stora mängder sprit i kombination med olika tabletter i suicidsyfte.

Kodning: *T51.0 Förgiftning med alkohol + X65.- Suicidförsök*.

Exempel 9: Treåring inkommer akut efter att ha druckit en okänd mängd av förälders apelsinlikör. Barnet intages på barnkliniken för observation på grund av nedsatt medvetandegrad och kräkningar.

Kodning: *T51.0 Förgiftning med alkohol + X45.- Olyckshändelse*

I både exempel 8 och 9 föreligger alkoholintoxikation. Eftersom syftet med alkoholintaget inte har varit berusning ska koden *T51.0 Toxisk effekt av etanol* användas i kombination med lämplig orsakskod.

Koder för sjukdomar och hälsoproblem relaterade till alkohol

Kod	Kodtext
E24.4	Alkoholutlöst pseudocushingsyndrom
F10.0	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, akut intoxication
F10.1	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, skadligt bruk
F10.2	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, beroendesyndrom
F10.2A	Alkoholberoende med fysiologiska tecken på beroende
F10.2B	Alkoholberoende utan fysiologiska tecken på beroende
F10.2C	Alkoholberoende, aktiv droganvändning

Kod	Kodtext
F10.2D	Alkoholberoende, tidig fullständig remission
F10.2E	Alkoholberoende, långvarig partiell remission
F10.2F	Alkoholberoende, långvarig fullständig remission
F10.2X	Alkoholberoende, ospecificerat
F10.3	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, abstinens
F10.4	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, abstinens med delirium
F10.5	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, psykotisk störning
F10.6	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, amnesisyndrom
F10.7	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, psykotisk störning som resttillstånd eller med sen debut
F10.7A	Alkoholdemens
F10.7W	Alkoholorsakade psykiska störningar och beteendestörningar som resttillstånd eller med sen debut, utom alkoholdemens
F10.8	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, andra specificerade psykiska störningar och beteendestörningar
F10.9	Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av alkohol, psykisk störning och beteendestörning, ospecificerad
G31.2	Degeneration i nervsystemet orsakad av alkohol
G62.1	Alkoholutlöst polyneuropati
G72.1	Alkoholutlöst myopati
I42.6	Alkoholkardiomyopati
K29.2	Gastrit orsakad av alkohol
K70.0	Alkoholfettlever
K70.1	Alkoholhepatit
K70.2	Leverfibros och leverskleros orsakad av alkohol
K70.3	Levercirros orsakad av alkohol
K70.4	Leversvikt orsakad av alkohol
K70.9	Lever sjukdom orsakad av alkohol, ospecificerad
K85.2	Alkoholutlöst akut pankreatit
K86.0	Kronisk pankreatit orsakad av alkohol

Kod	Kodtext
O35.4	Vård av blivande moder för skada på fostret på grund av alkoholmissbruk hos modern
P04.3	Foster och nyfödd som påverkats av alkoholbruk hos modern
Q86.0	Fetalt alkoholsyndrom
R78.0	Alkohol i blodet
T51.0	Toxisk effekt av etanol
Y90	Tecken på alkoholpåverkan, fastställd genom mätning av blodets alkoholhalt
Y90.0	Blodalkoholhalt lägre än 0,2 promille
Y90.1	Blodalkoholhalt 0,20 - 0,39 promille
Y90.2	Blodalkoholhalt 0,40 - 0,59 promille
Y90.3	Blodalkoholhalt 0,60 - 0,79 promille
Y90.4	Blodalkoholhalt 0,80 - 0,99 promille
Y90.5	Blodalkoholhalt 1,00 - 1,19 promille
Y90.6	Blodalkoholhalt 1,20 - 1,99 promille
Y90.7	Blodalkoholhalt 2,00 - 2,39 promille
Y90.8	Blodalkoholhalt 2,40 promille och högre
Y90.9	Förekomst av alkohol i blodet, halten ej specificerad
Y91	Tecken på alkoholpåverkan med kliniskt bedömd intoxikationsgrad
Y91.0	Lindrig alkoholintoxikation
Y91.1	Måttlig alkoholintoxikation
Y91.2	Svår alkoholintoxikation
Y91.3	Mycket svår alkoholintoxikation
Y91.9	Alkoholpåverkan, som ej specificeras på annat sätt
Z71.4	Rådgivning och kontroll vid alkoholmissbruk
Z72.1	Alkoholbruk

Kodning vid tobaksbruk

Koder i kapitel 5 (F00-F99)

Akut tobaksintoxikation som huvudorsak till vårdkontakt

Exempel: En ovan rökare eller förstagångsrökare som varit i kontakt med vården efter att frivilligt rökt tobak och blivit starkt påverkad.

Kodning: F17.0 Akut intoxication orsakad av tobak

Observera att oavsiktlig intoxication (t.ex. hos barn) kodas T65.2.

Skadligt bruk av tobak: psykisk eller fysisk skada till följd av tobaksmissbruk

Exempel: Storrökare med t.ex. astma, KOL, lungcancer, dvs. en diagnos som är relaterad till tobaksbruket.

Kodning: Huvuddiagnosen för vårdkontakten (t.ex. astma)
F17.1 Skadligt bruk av tobak

Beroendesyndrom

Exempel: Patient som vill sluta röka men kan inte göra det på egen hand.
Kommer till en mottagning för rökavvänjning.

Kodning: F17.2 Tobaksberoende

Koder i kapitel 11(K00-K93)

Besvär i munnen orsakade av tobak

I kapitel 11 finns koder för tillstånd som bland annat kan vara orsakade av tobak. Då koderna används behöver de kompletteras med koden *F17.1 Skadligt bruk av tobak* för att markera att det är tobak som har orsakat besvären.

Exempel: Rökare där att tobak har orsakat tandbeläggningar.

Kodning: K03.6 Tandbeläggningar
F17.1 Skadligt bruk av tobak

Exempel: Patient med gombesvär p.g.a. rökning eller leukokeratos
nicotina palati

Kodning: K13.2 Leukoplaki och andra störningar i munhålan
inklusive tungan
F17.1 Skadligt bruk av tobak

Som alternativ till kodning av leukokeratos nicotina palati finns en
nationell fördjupningskod.

Kodning: K13.2C Leukokeratos nicotina palati
F17.1 Skadligt bruk av tobak

Koder i kapitel 16 (P00-P96)

Påverkan på foster/nyfödd p.g.a. mammans tobaksbruk

I det fall ett foster eller nyfödd påverkats av tobaksbruk hos modern kan
koden *P04.2 Foster och nyfödd som påverkats av tobaksbruk hos modern*
användas. Den anges då som bidiagnos till ett annat tillstånd som uppstått
under perinatalperioden.

Koder i kapitel 19 (S00-T98)

Förgiftning med tobak

Exempel: Ett barn har råkat svälja tobak, exempelvis snus, och behöver
vård p.g.a. den toxiska effekten.

Kodning: T65.2 Toxisk effekt av tobak och nikotin

Koden ska således användas vid förgiftning med tobak och är inte
tänkt att användas för skador som uppkommit på grund av kronisk
exponering.

Koder i kapitel 21 (Z00-Z99)

Observation på grund av tobaksintag

Exempel: Ett barn misstänks ha råkat svälja tobak, exempelvis del av en
cigarett, och behöver observeras men ingen toxisk effekt har
uppstått.

Kodning: Z03.6 Observation för misstänkt toxisk effekt av intagen substans

Exponering för tobaksrök

Exempel: En astmapatient får ett akut astmaanfall i rökig miljö.

Kodning: Z58.7 Exponering för tobaksrök

Koden Z58.7 kan även användas som bidiagnos vid en vårdkontakt för ett besvär som orsakats av exponering för tobaksrök (passiv rökning).

Bruk av olika former av tobak med relevans för vårdkontakten

Det finns ICD-koder även för andra former av tobak och dessa koder kan användas i de fall då tobaksbruket är ett problem och relevant för vårdkontakten, men inte passar in under de exempel som angetts ovan.

Följande fördjupningskoder kan användas i dessa fall:

- Z72.0A Rökning
- Z72.0B Snusning
- Z72.0W Tobaksbruk ospecificerat

Exempel: Gravid kvinna, rökare, kommer för kontroll av normal graviditet. Rökningen diskuteras i samband med besöket.

Kodning: Huvuddiagnosen för vårdkontakten
Z72.0A Rökning

Tidigare rökare

Om det är relevant för vårdkontakten att ange om patienten är en f.d. storrökare kan följande fördjupningskod användas.

- Z86.4A Skadligt bruk av tobak i den egna sjukhistorien (tillstånd som klassificeras under F17)

Elektroniska cigaretter

I oktober 2019 införde WHO koden *U07.0 Vaping related disorder* för kodning av det sjukdomstillstånd i luftvägarna som observerats i samband med bruk av elektroniska cigaretter. Koden ligger i kapitel 22 och används i kombination med andra koder som beskriver tillståndet mer i detalj i det enskilda fallet.

U07.0 Hälsotillstånd relaterat till bruk av elektroniska cigaretter (Vaping related disorder)

Kodningsanvisning vid bakterier med resistens mot antibiotika – MRSA, ESBL, VRE och PRP

Huvudprinciper för kodning av antibiotikaresistens

Vid kodning av infektion orsakad av bakterie med resistens mot antibiotika anges infektionsdiagnosen direkt följt av kod för aktuell bakterie och därefter anges typen av resistens hos den aktuella bakterien. Kodningen blir:

- Infektionsdiagnos
- Typ av bakterie
- Typ av resistens

Vid kodning av enbart bärarskap, t.ex. i de fall en patient har vårdats för en annan diagnos, anges bärarskapet med Z-kod direkt följt av kod för bakterie samt typ av resistens:

- Kod för aktuell diagnos
- Bärarskap
- Typ av bakterie
- Typ av resistens

Koder för bärarskap finns under kategorin *Z22 Bärare av agens för infektionssjukdom*.

Meticillinresistent Staphylococcus aureus (MRSA)

Kod för att ange resistens

- U82.1 Resistens mot meticillin

Koda infektion orsakad av MRSA

Infektion orsakad av MRSA kodas:

- Kod för infektionsdiagnosen
- B95.6 Staphylococcus aureus som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel)
- U82.1 Resistens mot meticillin

Koda bärarskap av MRSA

Patient som vårdats p.g.a. hypertoni och som även är bärare av MRSA kodas:

- I10.9 Essentiell hypertoni
- Z22.3C Bärare av stafylokocker
- B95.6 Staphylococcus aureus som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U82.1 Resistens mot meticillin

Bakterier med resistens av typen Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL)

Koder för att ange resistens

- U82.2A ESBL-A (klassisk ESBL)
- U82.2B ESBL-M (ESBL av pAmpC-typ)
- U82.2C ESBL-CARBA
- U82.2W Resistens på grund av betalaktamaser med utvidgat spektrum (ESBL) av annan typ

Koda infektion orsakad av ESBL

Infektion orsakad av t.ex. E. coli med ESBL-A kodas:

- Kod för infektionsdiagnosen
- B96.2 Escherichia coli som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U82.2A ESBL-A (klassisk ESBL)

Koda bärarskap av ESBL

Patient som vårdats p.g.a. annat sjukdomstillstånd, men som även är bärare av E. coli med resistens av typen ESBL-A kodas:

- Kod för huvuddiagnosen
- Z22.1 Bärare av andra patogena tarmbakterier
- B96.2 Escherichia coli som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U82.2A ESBL-A (klassisk ESBL)

Vankomycinresistenta enterokocker (VRE)

Kod för att ange resistens

- U83.0 Resistens mot vankomycin

Koda infektion orsakad av VRE

Infektion orsakad av vankomycinresistenta enterokocker kodas:

- Kod för infektionsdiagnos
- B95.2 Streptokocker grupp D och enterokocker som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U83.0 Resistens mot vankomycin

Koda bärarskap av VRE

Patient som vårdats p.g.a. annat sjukdomstillstånd, men som även är bärare av VRE kodas:

- Kod för huvuddiagnosen
- Z22.3 Bärare av andra specificerade patogena bakterier
- B95.2 Streptokocker grupp D och enterokocker som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U83.0 Resistens mot vankomycin

Pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin (PRP)

Kod för att ange resistens

- U82.0 Resistens mot penicillin

Koda infektion orsakad av PRP

Infektion orsakad av pneumokocker med nedsatt känslighet för penicillin kodas:

- Kod för infektionsdiagnos
- B95.3 Pneumokocker (*Streptococcus pneumoniae*) som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U82.0 Resistens mot penicillin

Observera att när bakterienamnet innefattas i kodtexten för diagnoskoden, är det onödigt att ange bakteriekoden separat, och resistenskoden kommer då omedelbart efter diagnoskoden.

Exempel:

Patient med pneumokockpneumoni orsakad av PRP kodas:

- J13.9 Pneumoni orsakad av *Streptococcus pneumoniae*
- U82.0 Resistens mot penicillin

Koda bärarskap av PRP

Patient som vårdas p.g.a. annat sjukdomstillstånd, men som även är bärare av PRP kodas:

- Kod för huvuddiagnosen
- Z22.3A Bärare av streptokocker
- B95.3 Pneumokocker (*Streptococcus pneumoniae*) som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- U82.0 Resistens mot penicillin

Kodningsanvisning vid sepsis och septisk chock – för både vuxna och barn

Diagnostiska kriterier för vuxna respektive barn

Vuxna – sepsis enligt Sepsis-3-kriterier

Diagnostiskt kriterium för sepsis (utan septisk chock) är ökning med 2 eller fler SOFA-poäng. Diagnostiskt kriterium för septisk chock är sepsis med kvarstående hypotoni som kräver vasopressor för att upprätthålla ett medelartärtryck på ≥ 65 mm Hg, tillsammans med laktat >2 mmol/l, trots adekvat vätsketillförsel.

Barn – sepsis enligt Phoenix Sepsis Score

Sepsis- (misstänkt) (utan septisk chock) infektion med ≥ 2 Phoenix Sepsis Score-poäng. Sepsis med septisk chock ≥ 1 Phoenix Sepsis Score-poäng inom den kardiovaskulära komponenten.

Ändringar i klassifikationen

Från 1 januari 2026 ändrades kodtexten för R57.2 till ”Sepsis med septisk chock” och R65.1 till ”Sepsis utan septisk chock” – se nedan. Detta för att tydliggöra att koderna kan användas vid sepsis hos både vuxna och barn.

R57.2 Sepsis med septisk chock

Utesluter:

Sepsis utan septisk chock (R65.1)

Anmärkning:

Denna kod ska inte användas som primärkod (huvuddiagnos) utan endast som tilläggskod (bidiagnos) till den infektion som utlöser en septisk chock.

Septisk chock enligt Sepsis-3-kriterierna (för vuxna).

Septisk chock enligt Phoenix Sepsis Score (för barn).

R65.1 Sepsis utan septisk chock

Utesluter:

Sepsis med septisk chock (R57.2)

Anmärkning:

Denna kod ska inte användas som primärkod (huvuddiagnos) utan endast som tilläggs kod (bidiagnos) till den infektion som orsakar sepsis.

Sepsis enligt Sepsis-3-kriterierna (för vuxna).

Sepsis enligt Phoenix Sepsis Score (för barn).

Koder för sepsis, septisk chock och bakteriemi

Som huvudregel anges först kod för infektionen och därefter anges som tillägg antingen *R65.1 Sepsis utan septisk chock* eller *R57.2 Sepsis med septisk chock*.

Koder för sepsis finns även i kapitel 1

Vid generaliserade septiska infektioner och då det saknas information om i vilket organ infektionen har sitt ursprung, används kod från kapitel 1. I vissa koder framgår det av kodtexten att koden beskriver sepsis, men för att förtydliga ska *R65.1 Sepsis utan septisk chock* eller *R57.2 Sepsis med septisk chock* anges även i dessa fall.

Bakteriemi

För att koda enbart bakteriemi, d.v.s. positiv blododling med intakt organfunktion, används koder under *A49 Bakteriefektion med ospecificerad lokalisation*. Observera dock att det finns vissa undantag, som t.ex. meningokockemi som kodas under *A39 Meningokockinfektion*.

Koderna ska inte användas om det rör sig om enbart kontamination.

Exempel på kodning

För kodning av sepsis måste det tydligt framgå av journaldokumentationen att diagnosen är ställd enligt Sepsis-3-kriterierna (för vuxna) eller enligt Phoenix Sepsis Score (för barn).

Pyelonefrit och pneumoni utan och med sepsis

Exempel 1: Pyelonefrit med växt av *E. coli* i urin- eller blododling kodas:

- N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit
- B96.2 *E. coli* som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel

Exempel 2: Pyelonefrit orsakad av *E. coli* med sepsis (septisk pyelonefrit) kodas:

- N10.9 Akut tubulo-interstitiell nefrit
- B96.2 *E. coli* som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exempel 3: Pneumokockpneumoni kodas:

- J13.9 Pneumoni orsakad av *Streptococcus pneumoniae*

Exempel 4: Pneumokockpneumoni med sepsis kodas:

- J13.9 Pneumoni orsakad av *Streptococcus pneumoniae*
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Lokaliserade infektioner som utlöser sepsis

I de fall där lokaliserade infektioner, t.ex. sårinfektion, cystit, kolecystit, faryngit eller bursit, utlöser sepsis anges *R65.1 Sepsis utan septisk chock* som tillägg till koden för infektionen.

Exempel 5: Patient som har trampat på en spik och ådragit sig sårinfektion som utvecklats till sepsis kodas:

- T79.3 Posttraumatisk sårinfektion som ej klassificeras på annan plats
- W45.- Främmande kropp som trängt in genom huden
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exempel 6: Urosepsis (utan uppgift om pyelonefrit), då sepsis är dokumenterat enligt Sepsis-3-kriterier eller enligt Phoenix Sepsis Score, kodas:

- N39.0 Urinvägsinfektion, utan angiven lokalisation
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Notera att

tilläggskod under B95-B98 Bakterier, virus och andra infektiösa organismer kan användas i kombination med både T79.3 och N39.0 i exempel 5 och 6 för att ange den infektiösa organismen.

Generaliserade septiska infektioner och septisk chock utan känt organursprung

Vid generaliserade septiska infektioner där det inte finns information om i vilket organ infektionen har sitt ursprung, används koder för sepsis från kapitel 1 med tillägg av *R65.1 Sepsis utan septisk chock* eller *R57.2 Sepsis med septisk chock*.

Exempel 7: Enterokocksepsis utan uppgift om organursprung kodas:

- A40.2 Sepsis orsakad av streptokocker grupp D och enterokocker
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exempel 8: Sepsis utan information om organursprung eller orsakande bakterie kodas:

- A41.9 Sepsis, ospecificerad
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exempel 9: Septisk chock utan information om organursprung eller utlösande bakterie kodas:

- A41.9 Sepsis, ospecificerad
- R57.2 Sepsis med septisk chock

Meningokockemi

Ur klinisk synpunkt är en meningokockemi oftast akut och i dessa fall används koden *A39.2 Akut meningokockemi*. För att ange om det även föreligger sepsis eller septisk chock enligt Sepsis-3-kriterierna (för vuxna) eller enligt Phoenix Sepsis Score (för barn) anges koder för detta som tillägg.

Exempel 10: Meningokocksepsis hos vuxen med påverkad organfunktion (≥ 2 SOFA-poäng) kodas:

- A39.2 Akut meningokockemi
- R65.1 Sepsis utan septisk chock

Exempel 11: Septisk chock orsakad av meningokocker kodas:

- A39.2 Akut meningokockemi
- R57.2 Sepsis med septisk chock

Notera att

koden A39.4 Meningokockemi, ospecificerad avser att infektionen inte är specificerad som akut eller kronisk och koden är därför sällan relevant att använda.

Kodningsanvisning vid infekterade sår

Infektioner i operationssår i huden; abscess och cellulit i hud och underhud

L02 Kutan abscess, furunkel och karbunkel (varbildning i huden, böld)

Denna kategori används för infektion på yttlig hudnivå.

L03 Cellulit (inflammation i underhudens bindväv)

Detta är en djupare inflammation eller infektion i hudens och underhudens vävnad, inklusive abscess i underhuden.

L08.9 Lokal infektion i hud och underhud, ospecificerad

Denna kod är mera ospecificerad och har ingen underindelning i anatomisk lokalisation. Koden ska bara användas när uppgift saknas om hur hudinfektion manifesterar sig, i vilken del av huden den är belägen och lokaliseringen på kroppen.

Ulcerationer/kroniska sår

För ulcerationer (synonymer: ulcus eller kroniska sår) anges koden för hudinfektionen enligt ovan. Som tillägg kan man ange bakteriekod ur *B95 Streptokocker och stafylokocker som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel* eller *B96 Vissa andra specificerade bakterier som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel* för att markera infektiöst agens.

Bensår är en vanlig variant av ulcerationer. I de fall där avsikten med vårdkontakten/vårdtillfället är behandling av själva bensåret, kodus såret med *L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats* som huvuddiagnos (nationella fördjupningskoder finns). Man kan lägga till kod för bakterie om det bedöms relevant vid infektion i såret och därefter den underliggande orsaken till såret.

Exempel 1: Bensår p.g.a. venös insufficiens, med signifikant bakterieväxt (Staf aureus) i såret kodas:

- L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats
- B95.6 Staphylococcus aureus som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- I87.2 Venös insufficiens (kronisk) (perifer)

Exempel 2: Diabetiskt bensår (t.ex. diabetes mellitus typ 2) kodas:

- L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats
- E11.5 Diabetes mellitus typ 2 med perifera cirkulationsrubbingar

Ett undantag när det gäller kodningen av ulcerationer är bensår vid underbensvaricer (åderbråck). Dessa sår kodas med kombinationskoden I83.0 Varicer i nedre extremiteterna med bensår som anger både såret och åderbråcket.

Om vårdkontakten primärt avser behandling av den underliggande orsaken, t.ex. kärloperation med bypass, graft eller stent, blir kärlsjukdomen huvuddiagnos och bensår anges som bidiagnos.

I de fall där bensåret är rejält infekterad med omgivande cellulitreaktion i underhuden och växt av signifikanta bakterier, kan man som huvuddiagnos ange *L03.1 Cellulit i andra delar på extremitet* med tillägg av bakteriekod. Då blir *L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats* bidiagnos.

Exempel 3: Bensår p.g.a. venös insufficiens med rejäl cellulitreaktion, växt av Staf aureus kodas:

- L03.1 Cellulit i andra delar på extremitet
- B95.6 Staphylococcus aureus som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel
- L97.9 Bensår som ej klassificeras på annan plats
- I87.2 Venös insufficiens (kronisk) (perifer)

Posttraumatiska infektioner

När det istället gäller en posttraumatisk infektion, så kodas den med *T79.3 Posttraumatisk sårinfektion som ej klassificeras på annan plats* som markerar att detta är en komplikation till en skada. Därefter anges koden för hudinfektion enligt ovan. Vid behov kan man sen tilläggskode med infektiös organism. Som yttre orsakskod anges avslutningsvis orsaken till att såret uppstod.

Exempel 4: 10 cm skärsår av kniv i höger flank. Primärt suturerad. Efter tre dagar noteras infektion i såret med växt av Streptokocker grupp A:

- T79.3 Posttraumatisk sårinfektion som ej klassificeras på annan plats
- W26.99 (Skuren med kniv, okänd plats) Kontakt med andra vassa föremål - plats, ospecificerad - aktivitet, ospecificerad
- B95.0 Streptokocker grupp A som orsak till sjukdomar som klassificeras i andra kapitel

Postoperativ sårinfektion som komplikation – i betydelsen vårdskada

Infektioner i operationssår i huden kan vara komplikation till operationen (en vårdskada), vilket bör framgå av journaldokumentationen. Man kodar vanligtvis postoperativa infektionskomplikationer med kod från avsnittet *T80–T88 Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård som ej klassificeras på annan plats* och lägger till en yttre orsakskod som anger om det rör sig om ett missöde som orsakade vårdskadan.

Många av komplikationskoderna T80–T88 är ganska ospecificerade och vi rekommenderar därför att man använder tilläggs-koder för att specificera vårdskadan. Kodsekvensen blir då först T-kod och därefter en Y-kod för att registrera omständigheten som ledde till komplikationen (exempel: missöde, inte missöde, anestesi m.m.) med avslutande specificerande kod för vårdskadan, i dessa fall hudinfektionen.

Observera att T-koden *alltid ska* anges först i ”komplikationspaketet”. I vilken ordning efterföljande koder kommer är underordnat, bara de kan identifieras som en sammanhållen enhet.

Exempel 5: Postoperativ subkutan infektion i operationssår på bålen efter tarmoperation utan missöde i anslutning till ingreppet:

- T81.4 Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras på annan plats
- Y83.6 Borttagande av annat organ (helt) (delvis) från kategorin Y83 Kirurgisk operation och andra kirurgiska ingrepp som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden
- L03.3 Cellulit på bålen

Postoperativ sårinfektion som följd av sjukdom

Postoperativa infektioner behöver inte vara komplikation i betydelsen vårdskada till operationen, utan kan vara en naturlig följd av själva sjukdomen. Exempel på detta kan vara en tarmperforation med generell peritonit. Här kan patienten postoperativt utveckla bukabscesser som sedan måste dräneras. Infektionen är postoperativ, men inte en komplikation till operationen och T-kod ska därför inte användas. Man kan markera med yttre orsakskod att patienten har opererats, exempelvis med kod från avsnittet *Y83–Y84 Kirurgiska och andra medicinska åtgärder som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid operations- eller behandlingstillfället.*

Kodningsanvisning vid HIV-infektion

Sjukdom orsakad av immunbristen

I Sverige rekommenderar vi att sjukdomen som är orsakad av immunbristen (tuberkulos, pneumocystis carinii-infektion, kaposi sarkom (med flera) ska kodas separat med grundkod för respektive sjukdom (A15-A19 för tuberkulos o.s.v.).

B20-B24 Sjukdom orsakad av humant immunbristvirus [HIV]

B20–B23

Koderna under B20-B23 är till för patienter som har klinisk sjukdom som orsakas av HIV-infektionen. B23.8 omfattar andra HIV-orsakade sjukdomar än de som är angivna under B20–B23.7. Koden B23.8 är därför inte korrekt för en patient som är under framgångsrik behandling och symptomfri eller för en patient med HIV-infektion och ett annat, icke HIV-relaterat sjukdomstillstånd.

B24.9 Ospecificerad sjukdom orsakad av humant immunbristvirus (HIV)

Koden B24.9 anger att patienten har en HIV-infektion när man saknar uppgift om det HIV-relaterade följdtilståndet. Patienter som kommer på rutinkontroller för sin HIV-infektion bör därför kodas med B24.9.

Patienter som behandlas med virushämmande medel på grund av HIV och är symptomfria men inte friska, ska kodas B24.9.

Kodningsanvisning vid akut appendicit

Klassificering med förtydliganden

Nedan presenteras den nu gällande klassificeringen av akut appendicit med förtydligande kommentarer.

K35 Akut appendicit

K35.2 Akut appendicit med generaliserad peritonit

Appendicit (akut) med generaliserad (diffus) peritonit efter ruptur eller perforation

Med generaliserad peritonit vid akut appendicit avses som regel operationsfynd av fritt pus (var) i bukhålan. Perforationen kan vara makroskopisk eller mikroskopisk. Det förtjänar att påpekas att en perforation, eller bristning av appendix genom mekanisk dragning i samband med operation, utan fri peritonit, inte ska kodas här. (Om appendix brister vid dragning torde det knappast medföra generell peritonit, vilket är huvudkravet för att denna kod ska användas.)

K35.3 Akut appendicit med lokaliserad peritonit

Akut appendicit (med eller utan perforation eller ruptur) med peritonit

- lokaliserad
- UNS

Akut appendicit med perforation eller ruptur

Akut appendicit med peritoneal abscess

Med akut appendicit med lokaliserad peritonit avses appendicit med pus som avgränsats till en abscess men även ett inflammatoriskt flegmone utgående från en akut appendicit. Perforation kan finnas men behöver varken påvisas eller föreligga. En lokaliserad abscess eller ett flegmone kan diagnostiseras med bilddiagnostik, vid operation eller som en palpabel resistens vid klinisk undersökning.

Akut appendicit med peritonit som inte är specificerad som vare sig generaliserad eller lokaliserad hör även hit. Detta är en hjälpregel när kodningen sker utan tillgång till klinisk primärinformation eller från en ofullständig dokumenterad eller preciserad diagnos. Anledningen är att enbart de fall som har dokumenterad generaliserad peritonit ska kodas under K35.2.

K35.8 Annan och ospecificerad akut appendicit

Akut appendicit utan uppgift om generaliserad eller lokaliserad peritonit

Detta är en kod för både annan och ospecificerad akut appendicit. Annan betyder att appendicitdiagnosen har specificerats på annat sätt än angivande av graden av peritonit. "Annan" kan avse diagnoser som akut gangränös appendicit eller akut flegmonös appendicit men utan uppgift om peritonit. Hit hör även akut appendicit utan tecken på abscess, peritonit eller inflammatoriskt flegmone som diagnostiserats utan operation. Hur sjukdomen har diagnostiserats har ingen påverkan på hur den klassificeras.

Det är viktigt att notera att diagnosen "akut appendicit" utan andra bestämmningar (akut appendicit UNS) ska kodas på K35.8 Annan och ospecificerad akut appendicit. Den ska alltså inte kodas med K36.9 eller K37.9.

Koden K36.9 Annan appendicit avser annan än akut och innefattar bl.a. kronisk och recidiverande form.

Koden K37.9 Ospecificerad appendicit avser fall där det av dokumentationen inte kan utläsas om det rör sig om akut eller kronisk eller annan form. Den torde knappast ha någon användning i svensk sjukvård.

Kommentar angående ändringar i klassifikationen

Klassificeringen av akut appendicit (K35.-) i ICD-10 ändrades av WHO år 2010 och ändringen infördes i Sverige från samma år. Bakgrunden till ändringen var att man ville ta fram en unik kod för dem som var svårast sjuka, dvs. de med generell peritonit, och skilja dem från sådana med olika former av avgränsad peritonit och från sådana utan tecken på generaliserad eller avgränsad peritonit.

Kodningsanvisning vid diabetes mellitus och dess komplikationer

För kodning av olika typer av diabetes mellitus används koder under kategorierna E10-E14 i ICD-10-SE. Huvudprincipen är att den treställiga kategorin alltid ska kompletteras med en kod i fjärde position som ger information om eventuella komplikationer. Undantag är vid kodning av diabetessjukdom hos gravida då kapitel 15 ska användas, se ”Kodning av diabetes mellitus vid graviditet” nedan.

De kategorier som framförallt är aktuella i Sverige är:

- E10 Diabetes mellitus typ 1
- E11 Diabetes mellitus typ 2

Notera att maturity onset of diabetes in young (MODY) kodas under E13 Annan specificerad diabetes mellitus.

Komplikationer och följsjukdomar till diabetes mellitus

Komplikationer till diabetes mellitus anges genom den fjärde och femte positionen i koden (Tabell 1). Det finns nationella fördjupningskoder med en bokstav i femteposition som ytterligare specificerar koden.

Observera att:

- Koden .8 med ospecificerade komplikationer ska helst undvikas eftersom den inte ger information om vilka komplikationer som patienten har.
- Koden .9 används om det inte finns information om någon komplikation.
- Huvudregeln är att vid multipla komplikationer anges flera koder, se rubriken ”Kodning av multipla komplikationer”.

Tabell 1 Fjärde- och femtepositioner för kategorierna E10-E14

Fjärde- och femteposition	Kodtext (titel)
.0	Med koma
.0A	Med ketoacidotiskt koma
.0B	Med hyperosmolärt koma
.0C	Med hypoglykemiskt koma
.0D	Med laktacidotiskt koma

Fjärde- och femteposition	Kodtext (titel)
.0X	Med koma UNS
.1	Med ketoacidosis
.1A	Med ketoacidosis
.1B	Med hyperosmolaritet
.1D	Med laktacidosis
.1X	Med acidosis eller hyperosmolaritet UNS
.2	Med njurkomplikationer
.2A	Med incipient nefropati
.2B	Med manifest nefropati
.2C	Med (grav) njurinsufficiens
.2W	Med annan specificerad njurkomplikation
.2X	Med njurkomplikation UNS
.3	Med ögonkomplikationer
.3A	Med bakgrundsretinopati
.3B	Med preproliferativ retinopati (PPDR)
.3C	Med proliferativ retinopati
.3D	Med avancerad ögonsjukdom
.3E	Med kliniskt signifikant makulaödem
.3F	Med (diabetisk) katarakt
.3W	Med annan specificerad ögonkomplikation
.3X	Med ögonkomplikation UNS
.4	Med neurologiska komplikationer
.4B	Med autonom neuropati
.4C	Med mononeuropati (akut)
.4D	Med polyneuropati (distal symmetrisk)
.4E	Med (diabetisk) amyotrofi
.4W	Med annan specificerad neurologisk komplikation
.4X	Med neurologisk komplikation UNS

Fjärde- och femteposition	Kodtext (titel)
.5	Med perifera cirkulationsrubbningsar
.5A	Med perifer angiopati (utan gangrän)
.5B	Med perifer angiopati med gangrän
.5W	Med annan perifer kärlkomplikation
.5X	Med perifer kärlkomplikation UNS
.6	Med andra specificerade komplikationer
.6A	Med hypoglykemi utan koma
.6D	Med (diabetiskt) fotsår
.6E	Med annan komplikation från hud och subkutan vävnad
.6F	Med muskuloskeletal komplikation
.6G	Med periodontal komplikation
.6W	Med annan specificerad komplikation
.7	Med multipla komplikationer
.8	Med ospecificerade komplikationer
.9	Utan komplikationer

Kategorierna E12, E13 och E14

E12 Näringsbristrelaterad diabetes mellitus

Näringsbristrelaterad diabetes mellitus är ett tillstånd som kan förekomma vid svår undernutrition men som är ovanligt i Sverige.

E13 Annan specificerad diabetes mellitus

Under denna kategori kodoas de typer av diabetes mellitus som är specificerade, men inte har en egen kod.

Två exempel som förekommer i Sverige är:

- maturity onset of diabetes in young (MODY)
- steroidutlöst diabetes

E14 Ospecificerad diabetes mellitus

Denna kategori används enbart vid tillfällen där man inte har kännedom om vilken typ av diabetessjukdom som patienten har.

Användning av .7 med multipla komplikationer

Om det föreligger flera komplikationer som har betydelse för vårdkontakten, kodas de som regel var för sig med egna ICD-10-SE-koder. Det innebär att fjärdepositionen *.7 med multipla komplikationer* inte ska anges i dessa fall. Se rubriken ”Behandling och utredning av komplikationer till diabetes mellitus”.

Men i följande fall används tillägget *.7 med multipla komplikationer*: Om vårdkontakten gäller en patient med diabetes mellitus med multipla diabeteskomplikationer

- och det saknas information om vilka komplikationerna är
- eller vården gäller diabetessjukdomen eller något annat tillstånd, t.ex. höftfraktur eller liknande och de multipla komplikationerna inte har handlagts specifikt.

Exempel: Patient med diabetes mellitus typ 1 med multipla komplikationer vårdas inläggande enbart för sin diabetes mellitus. Komplikationerna handläggs inte specifikt under vårdtiden (dvs. de har ingen betydelse för vårdkontakten).

Huvuddiagnos kodas:

- E10.7 Diabetes mellitus typ 1 med multipla komplikationer

Behandling och utredning av komplikationer till diabetes mellitus

Koderna för diabetes mellitus under E10-E14 fokuserar på typen av diabetes mellitus, medan fjärdepositionskoderna är undergrupper för diabetiska komplikationer som tilläggsbeskrivningar av grundsjukdomen. Man kan ange en eller flera av dessa koder då det är relevant för vårdkontakten, se rubrikerna ”Användning av .7 med multipla komplikationer” och ”Frågor och svar angående kodning av komplikationer till diabetes mellitus”.

I en del fall ligger dock utrednings- eller behandlingsfokus snarare på själva diabeteskomplikationen och inte grundsjukdomen. I dessa fall anges kod för den komplikation som utreds eller behandlas (med manifestationskod*) med tillägg av en kod som anger att tillståndet är orsakat av en viss typ av diabetes mellitus (etiologisk kod†).

Exempel: Patient som vårdas på ögonklinik för katarakt som är orsakad av diabetes mellitus typ 1.

Huvuddiagnos kodas:

- H28.0* Diabetisk katarakt
- E10.3† Diabetes mellitus typ 1 med ögonkomplikationer
(*fördjupningskoder finns*)

Dock ska man också, om man även handlagt själva grundsjukdomen (diabetes mellitus), ange koden för grundsjukdomen som bidiagnos.

Exempel: Patient som vårdas på ögonklinik för katarakt som är orsakad av diabetes mellitus typ 1. Under vårdtiden kräver patienten extra insulin varför medicineringen för diabetes mellitus justeras.

Huvuddiagnos kodas:

- H28.0* Diabetisk katarakt
- E10.3† Diabetes mellitus typ 1 med ögonkomplikationer
(*fördjupningskoder finns*)

Bidiagnos kodas:

- E10.3 Diabetes mellitus typ 1 med ögonkomplikationer
(*fördjupningskoder finns*)

Manifestationskod* (asteriskkod) och etiologisk kod† (daggerkod) i speciella fall:

I de flesta fall är ett asterisk-daggerpar tillräckligt för att beskriva vårdkontakten. Det finns dock situationer, som i exemplet ovan, då man önskar ange att både manifestationen och den bakomliggande sjukdomen har varit föremål för vård och/eller utredning. I dessa fall upprepas koden för den bakomliggande sjukdomen (daggerkoden) som bidiagnos.

Kodning av diabetes mellitus vid graviditet

Vid alla vårdkontakter inom *sluten vård* i samband med graviditet används i första hand koder ur kapitel 15 och det gäller även vid diabetes mellitus:

O24 Diabetes under graviditeten

Innefattar: Vid förlossning och under barnsängstiden

Tilläggs kod kan användas för att ange aktuell manifestation av diabetes mellitus med relevant kod från E10 eller E11.

Vid *öppen vård* kan man ange Z-kod (**Z33.9 Graviditet som bifynd**) som bidiagnos för att markera att patienten är gravid.

Däremot anges *O24.4 Diabetes som uppstår under graviditeten* även under öppen vård om diabetes har *uppstått* under graviditeten då denna variant av diabetes inte anses vara en typ 1 eller en typ 2.

Läkemedelsutlöst hypoglykemi

I den svenska versionen av ICD-10 finns det nationella fördjupningskoder som kan anges om en patient med diabetes mellitus har fått hypoglykemi orsakat av t.ex. ett läkemedel. De aktuella koderna återfinns i Tabell 1. Observera att dessa fördjupningskoder, som tillkom när den svenska versionen togs i bruk 1997, inte återfinns i den internationella ICD-10. Internationellt används koden E16.0 Läkemedelsutlöst hypoglykemi utan koma för att beskriva hypoglykemi även hos diabetiker.

I Sverige anges tilläggs-koden Y57.9 tillsammans med ATC-kod för att precisera vilket läkemedel som var orsaken till hypoglykemin, oavsett om man väljer kod från E10-E11 eller E16.

Vid läkemedelsutlöst hypoglykemi med eller utan koma hos patienter som *inte* har diabetes mellitus används koder från avsnittet E15-E16 Andra rubbningar i glukosreglering och bukspottkörtelns inre sekretion.

Överdoserering av läkemedel genom olyckshändelse som leder till hypoglykemi eller annan komplikation

Vid hypoglykemi på grund av uppenbar överdosering genom olyckshändelse samt fel läkemedel givet eller taget av misstag, används koden *T50.9 Förgiftningar med andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser* i kombination med en ATC-kod som preciserar läkemedlet.

Koden *T50.9 Förgiftningar med andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser* ska alltid kombineras med en kod från kapitel 20, som anger yttre orsaker till sjukdom och död. Koden för diabetes mellitus anges som tilläggsinformation i form av bidiagnos.

Vanliga orsakskoder ur kapitel 20 vid förgiftning med läkemedel:

- X44 Oavsiktlig förgiftning (olycka)
- X64 Avsiktlig självdestruktiv handling (t.ex. suicidförsök)
- X85 Övergrepp genom förgiftning (t.ex. misshandel eller mordförsök)
- Y63.8 Feldosering under behandling

Exempel: Patient med diabetes mellitus typ 2 med ögonkomplikationer, som vårdats p.g.a. hypoglykemi utan koma efter att av misstag intagit för hög dos Glimepirid under två veckor.

Huvuddiagnos kodas:

ICD-10-SE: T50.9 Förgiftningar med andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser

ATC: A10BB12 Glimepirid

ICD-10-SE: X44.9 Oavsiktlig förgiftning med och exponering för andra och ospecificerade droger, läkemedel och biologiska substanser, ospecificerad plats

Bidiagnoser kodas:

ICD-10-SE: E11.6A Diabetes mellitus typ 2 med hypoglykemi (utan koma)
E11.3 Diabetes mellitus typ 2 med ögonkomplikationer

Frågor och svar angående kodning av komplikationer till diabetes mellitus

Fråga 1: Hur kodas diabetiska fotsår och bensår med ICD-10-SE?

Svar: Regeln är att först och främst koda det som varit i fokus vid aktuell vårdkontakt. Avser vårdkontakten ett fot- eller bensår hos en patient med diabetes mellitus, eller patient med diabetes mellitus som har fot- eller bensår?

Om vårdkontakten avser sjukdomen diabetes och man även vill notera att patienten har ett sår, koda med kod för diabetes mellitus (E10.-/E11.-) med lämplig decimal som huvuddiagnos samt lägg till en kod för såret.

Avser vårdkontakten däremot behandling av ett fotsår hos patient med diabetessjukdom anges kod för fotsår från L97.- och kod för diabetes anges som bidiagnos.

Fråga 2: Hur anger man vilka diabeteskomplikationer en patient har?

Svar: Det beror på vad som är huvudproblemet under vårdkontakten och det spelar även roll om man har en eller flera komplikationer.

Om en patient huvudsakligen vårdats för diabetes mellitus typ 1 och *enbart* har ögonkomplikationer så anges det med *E10.3 Diabetes mellitus typ 1 med ögonkomplikation*.

Har patienten flera komplikationer, men har fortfarande vårdats huvudsakligen för sin diabetesjukdom och man under vårdtiden inte har handlagt några komplikationer, kodas det *E11.7 Diabetes mellitus typ 2 med multipla komplikationer*. Man behöver då inte specificera de olika diabeteskomplikationer som patienten har.

Men om det är diabeteskomplikationerna som är huvudproblemet ska de alltid kodas med egna ICD-10-SE-koder, beroende på vilken komplikation det rör sig om, se exempel:

Exempel 1:

- H36.0* Diabetisk retinopati (*fördjupningskoder finns*) + E10.3†/E11.3† (*fördjupningskoder finns*)

Exempel 2:

- N08.3* Glomerulära sjukdomstillstånd vid diabetes mellitus + E10.2†/E11.2† (*fördjupningskoder finns*)

Fråga 3: Hur kodar man vårdkontakten för en patient med diabetes mellitus typ 2 som genomgått amputation p.g.a. kärlkomplikationer?

Svar: Hur man kodar beror på den kliniska situationen.

Exempel 1: Patient som vårdats på ortopediklinik. Amputation sker efter en kärlutredning och huvudproblemet under vårdtiden var cirkulationsstörningen. Diabetessjukdomen kodas med en kombination av en manifestationskod (asteriskkod) och en etiologisk kod (daggerkod): I79.2* E11.5B†.

- I79.2* Perifer angiopati vid sjukdomar som klassificeras på annan plats +
- E11.5B† Diabetes mellitus typ 2 med perifer angiopati

Exempel 2: En patient som vårdats på medicinklinik och omhändertas i huvudsak för sin diabetessjukdom, men under vårdtiden sker även amputation. Diabetessjukdomen kodas:

- E11.5B Diabetes mellitus typ 2 med perifer angiopati med gangrän

Notera att kombinationen I79.2* E11.5B† fokuserar på kärlkomplikationen. Om man däremot vid vårdkontakten fokuserar enbart på diabetessjukdomen används endast E11.5B.

Kodningsanvisning av transportmedel i samband med olyckor

Med anledning av återkommande frågor kring klassificering av transportolyckor vid användande av fortskaffningsmedel som inte förekommer i ICD-10-SE finns denna lathund som stöd vid kodning.

Fotgängare (V01-V09)

Under V01-V09 kodas även olyckor med:

- Manuell rullstol (även med hjälpmotor)
- Skateboard/Longboard (ej eldriven)
- Sparkcykel (ej eldriven)

Cykel (V10-V19)

Under V10-V19 kodas även olyckor med:

- Elcykel
- Elektrisk rullstol/elskoter för funktionsnedsatta
- Enpersons elfordon utan trampor (t.ex. airboard, elektrisk skateboard/longboard, elsparkcykel, hoverboard, Segway)

Motorcykel (V20-V29)

Under V20-V29 kodas även olyckor med:

- Moped (klass I och II)
- Mopedbil (tre- och fyrhjulig)
- Skoter/Vespa

Jordbruksfordon (V84.-)

Under V84.- kodas även olyckor med:

- A-traktor
- EPA-traktor

Terrängfordon (V86.-)

Under V86.- kodas även olyckor med:

- Snöskoter

Läs om flera transportmedel och deras kodning i ICD-10-SE, kapitel 20:

www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10

eller <https://klassifikationer.socialstyrelsen.se>.

Kodningsanvisning vid undernäring

Exempel på kodning vid undernäring

Det finns flera orsaker till undernäring. Den kan vara sjukdomsrelaterad eller orsakad av bristen på mat, men också bero på socioekonomiska eller psykologiska faktorer. Undernäring är inte alltid synlig, utan kan även förekomma vid övervikt och fetma². I journalen är det viktigt att dokumentera hur man fastställt att undernäring föreligger. Följande exempel avser kodning vid måttlig, svår och ospecificerad undernäring.

Måttlig undernäring

Exempel: En kvinna som på grund av kvarstående symtom efter en tidigare cerebral infarkt har svårt att tugga och svälja. Betydande vikttnedgång de senaste sex månaderna. Viss muskelförlust.

Huvuddiagnos: E44.0 Måttlig protein-energiundernäring

Bidiagnoser: R13.9 Sväljningssvårigheter
I69.3 Sena effekter av cerebral infarkt

Svår undernäring

Exempel: En kvinna med cancer i endometrium läggs in på vårdavdelning på grund av försämrat hälsotillstånd, till följd av svårigheter att få i sig mat. Utredning visar en betydande viktförlust under kort tid och en svår förlust av muskelmassan.

Huvuddiagnos: E42.9 Svår protein-energiundernäring

Bidiagnos: C54.1 Malign tumör i endometrium

Ospecificerad undernäring

Koden *E46.9 Ospecificerad protein-energiundernäring* kan användas av den som inte vet vilka gränsvärden som gäller för att särskilja måttlig och svår undernäring, även om kunskap finns om viktförlust, aktuellt BMI och ev. muskelmassa/vadomfång.

Exempel: En lätt magerlagd man, som tidigare vårdats för depressioner, söker vård efter att ha varit nedstämd i flera månader. Han har gått ner närmare fem kilo i vikt under den tiden. På direkt fråga svarar han att han

² Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2020.

äter mer sällan och mindre mat än vanligt eftersom måltiderna ”inte smakar och inte ger någon glädje”.

Huvuddiagnos: F32.1 Medelsvår depressiv episod

Bidiagnos: E46.9 Ospecificerad protein-energiundernäring

Exempel på kodning vid andra kostrelaterade tillstånd

Det finns koder för andra tillstånd som har ett samband med aktuellt kostintag, utan att det bedöms som undernäring. När tillståndet är ett problem och relevant för vårdkontakten kan dessa koder användas som tillägg till koden för det aktuella sjukdomstillståndet.

Risk för undernäring kan betraktas som ett medicinskt tillstånd med en ökad risk för sjuklighet och dödlighet³. Tillståndet kan beskrivas med text i journalen även om det saknas en diagnoskod.

Anorexi

Det är viktigt att skilja mellan R63.0 Anorexi som avser allmän aptitlöshet/aptitförlust och F50.0 Anorexia nervosa som är ett psykiatriskt tillstånd.

Ett tillstånd med aptitlöshet kan kodas *R63.0 Anorexi* när det bedöms som relevant för vårdkontakten, även om varken undernäring eller något psykiatriskt tillstånd föreligger.

Exempel 1: En person som aldrig känner sig hungrig och därför inte äter.

Exempel 2: En person som på grund av bortfall av smaksinnet tappat aptiten.

Kod i båda exemplen: R63.0 Anorexi

Olämplig diet och olämpliga matvanor

I samband med hälsoutredningar, kost- och viktrådgivning m.m. kan man behöva ange en kod för att beskriva olämpliga kostvanor.

Exempel 1: En person vars energiintag är högre än energibehov relaterat till daglig konsumtion av stora mängder läsk

³ Att förebygga och behandla undernäring. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen 2020.

Exempel 2: En person som följer en ensidig diet och därför riskerar näringsbrist

Kod i båda exemplen: Z72.4 Olämplig diet och olämpliga matvanor

Otillräckligt intag av föda och vatten

Ett tillstånd där en person inte får i sig tillräckligt med energi och näring via kosten, ska kodas om risk för undernäring föreligger eller om det av annan anledning är relevant för vårdtillfället.

Exempel 1: En person som tränar fysiskt på extrem nivå, men inte anpassat sin kost till den ökade energi- och vätskemängd som behövs för att kompensera för den ökade energi- och vätskeförbrukningen

Exempel 2: En person med otillräckligt näringsintag på grund av svårigheter att svälja

Exempel 3: En person som har svårt att äta på grund av nedsatt tandstatus

Kod i alla tre exemplen: R63.6 Otillräckligt intag av föda och vatten

Onormal viktförlust

En situation då en patient har tappat vikt, men anledningen till viktförlusten inte är känd.

Exempel: En person som av oförklarliga skäl tappat vikt trots att hen inte har ändrat sina levnadsvanor. Innan utredning och orsak till viktförlust har kunnat fastställas behöver tillståndet kodas.

Kod: R63.4 Onormal viktförlust

Kodningsanvisning vid katastrof och krig

ICD-10-SE-koden Z65.5 Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter används när informationen är relevant för den aktuella vårdkontakten.

Exempel där koden Z65.5 är relevant att ange

- Patient som amputerat sitt vänstra ben under knät efter krigshändelse, söker nu vård för fortsatt omhändertagande av skadan.

Huvuddiagnos kodas: kodning av skadan i benet (lämpliga koder från kapitel 19 + kapitel 20)

Bidiagnos kodas: Z65.5 Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter

- Patient som söker hjälp i vården med akut stressyndrom efter att ha sett anhöriga skadas/dödas i krig.

Huvuddiagnos kodas: F43.0 Akut stressreaktion

Bidiagnos kodas Z65.5 Exponering för katastrof, krig och andra fientligheter

Exempel där koden Z65.5 inte är relevant att ange

- Patient som har flytt från krig och söker nu sjukvård för uppföljning av sin diabetes mellitus.

Huvuddiagnos kodas: Kod för diabetes mellitus E10-E11

- Patient som har flytt från krig och ådragit sig en underarmsfraktur efter ankomst till Sverige.

Huvuddiagnos kodas: S52.4 Fraktur på skaften av både ulna och radius + kod från kapitel 20

Eventuellt utförda åtgärder kodas i exemplen ovan med kod(er) ur Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Kodningsanvisning vid covid-19 med ICD-10-SE och KVÅ⁴

Covid-19

U07.1 Covid-19, virus identifierat ska användas då virus har påvisats genom laborietest.

U07.2 Covid-19, virus ej identifierat ska användas vid kliniskt eller epidemiologiskt ställd diagnos, utan verifiering med laborietest (laborietest är inkonklusivt eller av något annat skäl inte föreligger). Även fall som är ”misstänkta” och ”sannolika” enligt WHO:s definition kodas med U07.2.

U07.1 Covid-19, virus identifierat – exempel på kodning

Exempel: Patient *med* symtom (t.ex. lunginflammation) och konstaterad covid-19-infektion kodas med kod för covid-19 först och därefter med relevanta manifestationer som bidiagnos:

- **U07.1** Covid-19, virus identifierat
- **J12.8** Annan specificerad viruspneumoni

Ev. kod för isolering/karantän eller åtgärd (se nedan)

Ovan har vi gett exempel på diagnos (lunginflammation) som kan förekomma i samband med covid-19. Annan diagnos/annat symtom (t.ex. R06.0 Dyspné, R05.9 Hosta, R65.1 Sepsis utan septisk chock etc.) kan givetvis förekomma och anges som bidiagnos.

Exempel: Patient *utan* symtom. Provtagning utförs p.g.a. misstanke/vetskap om exponering för smitta och virus påvisas. Patient som alltså är smittad med SARS-CoV-2 och inte har några symtom, kodas:

- **U07.1** Covid-19, virus identifierat

Ev. kod för isolering/karantän eller annan åtgärd (se nedan)

⁴Ett dokument med frågor och svar om kodning av covid-19 finns att ladda ner via webbsidan <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/icd-10>

Exempel: Patient inkommer med smärtor i buken och får diagnosen gallsten med akut kolecystit. Patienten har även lindriga luftvägssymtom där provtagning påvisar covid-19. Kodningen blir

- **K80.0** Gallsten med akut kolecystit
- **U07.1** Covid-19, virus identifierat

Ev. kod för isolering eller åtgärd (se nedan)

U07.2 Covid-19, virus ej identifierat – exempel på kodning

Exempel: Patient *med* symtom där diagnosen covid-19 ställs kliniskt, utan verifiering med laborietest. Symtom kan anges som bidiagnos vid behov.

- **U07.2** Covid-19, virus ej identifierat

Ev. kod för isolering/karantän eller annan åtgärd (se nedan)

U09.9 Postinfektiöst tillstånd efter covid-19, ospecificerat – exempel på kodning

Exempel: Patient som för fem månader sedan insjuknade i covid-19. Har nu kvarvarande symtom i form av anosmi (avsaknad av luktsinne).

- **R43.0** Anosmi
- **U09.9** Postinfektiöst tillstånd efter covid-19, ospecificerat

Covid-19 i samband med graviditet – exempel på kodning

Vid kodning av gravid kvinna som vårdas främst p.g.a. covid-19 och inte sin graviditet, används U07-kod som huvuddiagnos, då det inte finns någon kod i O-kapitlet som hänvisar till U-koder. Detta innebär att principen om O-kod som huvuddiagnos frångås. Graviditeten markeras istället med Z33.9

Exempel: Gravid kvinna som vårdas på intensivvårdsavdelning med lunginflammation och konstaterad covid-19-infektion kodalas med kod för covid-19 först och därefter manifestationer som bidiagnos. Lägg dessutom till **Z33.9** som bidiagnos för att ange att kvinnan är gravid:

- **U07.1** Covid-19, virus identifierat
- **J12.8** Annan specificerad viruspneumoni
- **Z33.9** Graviditet UNS

Ev. kod för isolering eller åtgärd (se nedan)

Vid kodning av gravid kvinna som vårdas främst p.g.a. sin graviditet och inte covid-19-infektionen används O-koden som huvuddiagnos och U07-koden som bidiagnos.

Exempel: Gravid kvinna som inkommer för att förlösas och har covid-19-infektion kodas med lämplig O-kod som huvuddiagnos och U07.1 eller U07.2 som bidiagnos + ev. kod för isolering eller åtgärd (se nedan).

Andra fall – exempel på kodning

Exempel: Patient *utan* symtom. Provtagning utförs p.g.a. misstanke/vetskap om exponering för smitta, där provsvaret inte är klart eller inget virus påvisas, kodas:

- **Z20.8** Kontakt med och exponering för andra smittsamma sjukdomar +

Ev. kod för isolering/karantän eller åtgärd (se nedan)

Exempel: Patient *med* symtom där man misstänker covid-19-infektion, som avskrivs efter provtagning, men där annan diagnos ställs, kodas:

- Kod för den aktuella infektionen/diagnosen
- Kod för eventuell åtgärd

Exempel: Samma patient (med symtom) som ovan, men ingen annan diagnos ställs, kodas

- **Z03.8B** Observation/utredning för misstänkt infektionssjukdom (bakterier, virus) som utesluts och avskrivits

Exempel: Patient som kontaktar sjukvården, men där man efter bedömning inte finner någon anledning till att misstänka någon sjukdom eller behov av att göra ytterligare undersökning, kodas:

- **Z71.1** Person med befarad sjukdom där ingen diagnos ställs
- Kod för eventuell åtgärd

Kodning vid genomgången covid-19

Vid vårdkontakt där genomgången covid-19 är av *betydelse* för aktuell vårdkontakt, kodas diagnos eller annan anledning till vårdkontakten, med tillägg av:

- **U08.9** Covid-19 i den egna sjukhistorien, ospecificerat

Anmärkning: Koden kan användas för att ange tidigare bekräftad eller sannolikt genomgången covid-19, med betydelse för hälsotillståndet utan att personen längre har covid-19. Koden ska inte användas för primär dödsorsakskodning.

Kodning vid isolering/karantän

Vid isolering på sjukhus eller karantän i hemmet, se nedanstående tabell.

Klassifikation	Typ av åtgärd	Kod + kodtext
ICD-10-SE	Karantän i hemmet	Z29.0 Isolering
KVÅ	Isolering på sjukhus eller annan vårdenhet	DV091 Smittisolering

Kodning vid vaccination

1. Vid vårdkontakt där patienten enbart kommer för att få vaccin mot covid-19 gäller följande:
Vaccinationen blir anledning till vårdkontakten (huvuddiagnos) och anges med kod ur ICD-10-SE:
U11.9 Kontakt för vaccination mot covid-19
Åtgärds-koder anges med koder ur KVÅ:
DT030 Vaccination + **ATC-kod**
2. Vid vårdkontakt där patienten får vaccin i samband med besök av annan orsak, t.ex. kontroll av diabetes, ska inte U11.9 användas utan då anges anledningen till vårdkontakten (i det här exemplet diabetes) som huvuddiagnos. Åtgärds-koderna är detsamma som ovan.
3. En patient som enbart kommer för planerad vaccination mot covid-19 där vaccineringen inte genomförs vid besöket p.g.a. kontraindikation, kodoas
U11.9 Kontakt för vaccination mot covid-19
Z28.0 Vaccination ej genomförd på grund av kontraindikation
Inga åtgärds-koder ur KVÅ eftersom någon åtgärd (vaccination) aldrig utfördes.

Ogynnsam effekt efter vaccinering

Patient som efter vaccination, korrekt administrerat och doserat i profylaktiskt syfte, mot covid-19 får en ogynnsam effekt (misstänkt biverkan), som exempelvis huvudvärk kodoas enligt följande:

- **R51.9** Huvudvärk
- **U12.9** Vaccin mot covid-19 i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt

Kodning av andra åtgärder i samband med covid-19

För att koda andra eventuella åtgärder, t.ex. rådgivning, användande av respirator eller ECMO, används relevant åtgärds kod ur KVÅ.

Koden **ZV100 Åtgärd relaterad till covid-19** kan, i relevanta fall, användas som tilläggs kod till annan utförd åtgärd för att förtydliga att åtgärden har samband med covid-19, se exempel nedan.

Vid eventuell utredning:

- **AW999** Annan specificerad utredning
- **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

Vid eventuell rådgivning:

- **DV063** Rådgivande samtal
- **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

eller t.ex.

- **QT016** Rådgivning till närstående
- **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

Kodning av åtgärder inom den kommunala hälso- och sjukvården

Användande av tilläggs koden ZV100

Tilläggs koden ZV100 är en åtgärds kod i KVÅ som kan användas vid både konstaterad och misstänkt covid-19, som tillägg till annan utförd åtgärd (*utredande, behandlande eller övriga åtgärder*) som syfte att markera att den här åtgärden är relaterad till covid-19. Tilläggs koden ZV100 kan även användas vid eftervård och rehabilitering. Denna tilläggs kod ska inrapporteras till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård på motsvarande sätt som andra åtgärds koder ur KVÅ.

Tilläggs koden i sig talar *inte* om vilken diagnos patienten har.

- **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

Beskrivningstext: Tilläggs kod till annan utförd åtgärd

Tre exempel:

- **AV034** Provtagning UNS + **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19
- **QE016** Övervakning av kroppstemperatur + **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19
- **QT016** Rådgivning till närstående + **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

Smittisolering på särskilt boende (SÄBO)

När det gäller isolering av patienter på särskilt boende⁵ på grund av misstänkt eller konstaterad covid-19 kan KVÅ-koden **DV091 Smittisolering** användas. DV091 ska inte användas för isolering av patienter i deras ordinära boende.

Vid smittisolering på grund av covid-19 används även tilläggs-koden **ZV100**.

- **DV091 Smittisolering**

Beskrivningstext: Isolering av patient på grund av dennes smitta

Kodning vid vaccinering mot covid-19

Vid vaccinering mot covid-19 anges koderna DT030 + ATC-kod + ZV100. Observera att ATC-kod inte ska inrapporteras till Socialstyrelsens register över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård.

- **DT030** Vaccination

Beskrivningstext: Typ av vaccination kan anges genom tilläggs-kod med ATC-kod

- **ZV100** Åtgärd relaterad till covid-19

Beskrivningstext: Tilläggs-kod till annan utförd åtgärd

⁵ Med särskilt boende avses individuellt inriktad insats i form av boende som ges med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Det som inte är särskilt boende räknas som ordinärt boende (Socialstyrelsens termbank).

Information om koder för covid-19

Koder ur ICD-10-SE och KVÅ vid covid-19

U07.1 Covid-19, virus identifierat

Används när covid-19 har bekräftats genom laborietester, oavsett hur allvarliga de kliniska tecknen eller symtomen är.

U07.2 Covid-19, virus ej identifierat

Används när en patient har diagnostiserats med sjukdomen covid-19 och diagnosen har ställts kliniskt eller epidemiologiskt, men inte bekräftats genom laborietest.

U08.9 Covid-19 i den egna sjukhistorien, ospecificerat

Används då en person söker vård för annan sjukdom eller skada än covid-19 och det är relevant att lägga till information om att patienten har haft covid-19. Koden ska inte användas vid pågående covid-19.

U09.9 Postinfektiöst tillstånd efter covid-19, ospecificerat

Tilläggskod som kan användas för beskrivning av ett tillstånds samband med covid-19. Koden ska inte användas vid pågående covid-19.

U10.9 Multisystemiskt inflammatoriskt syndrom associerat med covid-19, ospecificerat

Tillstånd tidsmässigt associerat med covid-19: Cytokinstorm; Kawasaki-liknande syndrom; Multisystem Inflammatory Syndrome in Children [MIS-C]; Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome [PIMS]

Utesluter: Mukokutant lymfkörtelsyndrom [Kawasaki] (M30.3)

U11.9 Kontakt för vaccination mot covid-19

Används vid vårdkontakt där patienten enbart kommer för att få vaccin mot covid-19.

U12.9 Vaccin mot covid-19 i terapeutiskt bruk som orsak till ogynnsam effekt

Kod från ett annat kapitel i klassifikationen ska anges först för att ange den ogynnsamma effekten.

Tilläggskod i Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

ZV100 Åtgärd relaterad till covid-19

Tilläggskod till annan utförd åtgärd.

Kodning vid genomgången covid-19

Covid-19 i sjukhistorien

U08.9 Covid-19 i den egna sjukhistorien

- Används då en person söker vård för annan sjukdom eller skada och det är *av betydelse/relevant* att lägga till information om att patienten tidigare har haft covid-19.
- Det aktuella tillståndet bedöms inte orsakats av covid-19.
- Kod för det aktuella hälsotillståndet anges som huvuddiagnos och U08.9 som bidiagnos om det är relevant.
- U08.9 bör inte användas som huvuddiagnos.
- Koden ska endast användas *efter* genomgången covid-19.
- Någon tidsgräns för hur länge koden U08.9 kan användas finns inte.
- Koden U08.9 används på samma sätt som koderna under Z85-Z87 som också har kodtexten "... i den egna sjukhistorien".

Koden U08.9 har från och med 2021-01-01 ersatt den tidigare nationella fördjupningskoden Z86.1A Covid-19 i den egna sjukhistorien.

Postinfektiöst tillstånd efter covid-19 (postcovid)

U09.9 Postinfektiöst tillstånd efter covid-19

- Används som tilläggskod då man vill beskriva aktuellt hälsotillstånds medicinska samband med genomgången covid-19.
- Kod för det aktuella hälsotillståndet anges som huvuddiagnos och U09.9 som bidiagnos.
- Koden ska endast användas *efter* genomgången covid-19.
- Vid reinfektion av covid-19 kan dock koden användas som bidiagnos om det postinfektiösa tillståndet har relevans för den aktuella vårdkontakten.
- Koden används vid tillstånd som kvarstår eller uppstår efter att den akuta infektionen har läkt ut.

Observera att koderna U08.9 och U09.9 inte kan användas tillsammans.

Anvisning för kodning av dödsfall i samband med ankomst till akutmottagningen

Fråga 1)

Om den avlidna konstateras död redan i ambulansen, eller om den avlidna konstateras död vid ankomst till akutmottagningens lokaler ska väl inte den avlidna skrivas in i sjukvården? Man lägger väl inte in/skriver in döda personer?

Svar:

Om en redan konstaterat avliden anländer till akutmottagning/sjukhus och inga medicinska insatser görs utan endast administrativ hantering är aktuell (det kan exempelvis avse transport för förvaring av kroppen, eventuellt fastställande av död och utfärdande av dödsbevis) så är inte inskrivning i öppen eller sluten vård aktuell. Det blir med andra ord ingen vårdkontakt som behöver kodas och vårdkontakten ska inte rapporteras till Socialstyrelsens patientregister (PAR).

Fråga 2)

Dödsbevis och dödsorsaksintyg ska skrivas, men ska journalhandling upprättas?

Svar:

Dödsbevis och dödsorsaksintyg är en del av journalen och kopior läggs in i journalen. Man ska dokumentera i journalen vilka åtgärder som vidtagits i samband med fastställandet av dödsfallet. Det kan ske i form av en anteckning med notat om händelsen. I de fall en redan konstaterat avliden anländer till akutmottagning/sjukhus enligt fråga 1, så ska det inte ses som en vårdkontakt och heller inte rapporteras till Socialstyrelsens patientregister.

Fråga 3a)

Om man gör försök till hjärtåterupplivning utan att lyckas, ska personen skrivas in? Måste journal upprättas och fallet diagnostiseras innan dödsorsaksintyg upprättas?

Svar:

Om en person inkommer till akutmottagning eller motsvarande och blir föremål för medicinsk behandling/försök till återupplivning ska en registrering på aktuell mottagning ske på sedvanligt sätt. Det omfattar att diagnos ska ställas, dokumenteras och klassificeras med ICD-10-SE samt att åtgärder dokumenteras och klassificeras med KVÅ. Dessa koder ska sedan rapporteras till Socialstyrelsens patientregister.

Fråga 3b)

Ska diagnoskodning göras oberoende av dödsorsaksintyget?

Svar:

Klassificeringen görs på sedvanligt sätt där man utgår från den information som finns tillgänglig. Man kan avvakta en viss tid på eventuella resultat från undersökningar, t.ex. obduktion, men dödsorsaksintyget ska skickas in till Socialstyrelsen inom 3 veckor.

Om resultatet av obduktion (och eventuella histopatologiska undersökningar från denna) dröjer och medför att diagnosen blir en annan än den som har dokumenterats i dödsorsaksintyget, kan diagnosen ändras i intyget i så fall. Ett nytt dödsorsaksintyg som ersätter det tidigare ska då skrivas och skickas in till Socialstyrelsen.

I dessa fall bör även en rättelse, i form av en anteckning, göras i journalen.

Fråga 4a)

Om diagnos inte ställs, ska väl fallet till rättslig obduktion?

Svar:

Nej, det behöver inte alls bli följden. Rättsmedicinsk undersökning blir enbart aktuell i vissa speciella fall och i dessa fall ska anmälan göras till Polismyndigheten som beslutar om rättsmedicinsk undersökning.

När en sannolik diagnos inte kan ställas kan vårdkontakten kodas med kod från R95-R99, P95 eller O95

- om obduktion ej genomförs (exempelvis på grund av att den avlidna eller anhöriga har motsatt sig det) eller
- om obduktionsutlåtandet inte ger några klara besked till stöd för diagnos eller
- andra uppgifter, såsom sjukdomsförloppet före dödsfallet, saknas.

Fråga 4b)

Hur länge kan man vänta på att diagnoskoda dessa fall?

Svar:

Här får man utgå från vad man vet och bedömer i samband med undersökningstillfället. Ofta kan obduktion, och i förekommande fall rättsmedicinsk undersökning, ta tid och det är inte rimligt att avvakta resultatet av den utredningen. Sannolik diagnos eller kod från R95-R99, P95 eller O95 får då sättas (se även svar på fråga 4a). Den diagnosen kan ändras om t.ex. obduktionsresultat föranleder det. I sådana fall ska även nytt dödsorsaksintyg skrivas och skickas in till Socialstyrelsen.

Klassificering av vårdåtgärder med KVÅ

Vid klassificering av patientrelaterade åtgärder används Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som består av Klassifikation av kirurgiska åtgärder (KKÅ) och Klassifikation av medicinska åtgärder (KMÅ).

För användning av KVÅ inom kommunal hälso- och sjukvård finns ett särskilt urval framtaget som återfinns på Socialstyrelsens webbplats <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/tillampning-av-klassifikationer-urval/kommunal-halso-och-sjukvard>.

Flera åtgärder vid samma vårdkontakt

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 beskriver något väsentligt om t.ex. vilken operationsmetod som används behöver finnas med, men åtgärder som i relation till de övriga åtgärderna under vårdkontakten framstår som ringa behöver inte registreras.

Som exempel kan nämnas att man vid större bukoperationer inte behöver klassificera åtgärder som preoperativt EKG, nasogastrisk sond, KAD samt intravenös vätske- och näringstillförsel.

Åtgärd som normalt ingår i en annan registrerad åtgärd

Inom kirurgi klassificeras inte åtgärd som ingår i en annan åtgärd. Till exempel så förutsätter en tarmresektion laparotomi eller laparoskopi, vilken inte kodas separat. De flesta kirurgiska ingrepp avslutas med att operationssåret sys ihop men det brukar man inte ange med koden för hudsutur (QAB00 m.fl.). Många ingrepp avslutas som standard med inläggning av ett dränage, vilket inte heller behöver kodas separat. Denna princip tillämpas också på de medicinska åtgärderna i KVÅ. Observera att det finns undantag då koderna anges på ett särskilt sätt – till exempel vid psykiatrisk tvångsvård, se rubrikerna *Upprepade åtgärder under samma vårdtillfälle* samt *Klassificering inom psykiatrin*.

Här följer några exempel där en åtgärd som är en självklar förutsättning för en annan inte behöver kodas separat:

- vid elkonvertering (DF010 m.fl.) anges inte koden för EKG (AF022 m.fl.)
- vid tryckmätning i gastrointestinalkanalen (AJ002 m.fl.) anges inte koden för nedläggning av sond (TJD00 m.fl.)
- vid inläggning av vaskulär injektionsport (SP712 m.fl.) eller central venkateter (SP105 m.fl.) anges inte koden för (röntgen)kontroll av kateterläget (AG039 m.fl.)
- vid intravenös läkemedelstillförsel (DT016) anges inte koden för inläggning av venkateter (SP021)
- vid gastroskopi (UJD02) anges inte koden för slemhinneanestesi (SI110)

Rekommendation

Åtgärd som normalt ingår i en annan registrerad åtgärd behöver inte klassificeras separat.

Rutinåtgärder vid normalbesök

Nedanstående rutinåtgärder ingår i ett normalbesök hos legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och behöver inte kodas:

- inhämtande av anamnes
- rutinmässig information till patient och eventuellt närstående
- dokumentation i patientjournalen

Rekommendation

Rutinåtgärder vid normalbesök behöver inte klassificeras.

Upprepade mindre åtgärder under samma vårdtillfälle

Mindre åtgärder med samma åtgärdskod som utförs ett flertal gånger under samma vårdtillfälle kan registreras en gång med en tilläggskod ur intervallet ZX602-ZX630. Koderna kan endast användas i sluten vård.

Exempel på upprepade åtgärder under samma vårdtillfälle där ZX602-ZX630 kan användas:

- transfusioner (DR029 m.fl.)
- såromläggningar (DQ017)
- terapeutiska samtal

- strålbehandlingar
- cytostatikabehandlingar

Som datum/tid för den upprepade åtgärden anges datum/tid för *inledningen* av behandlingen (dvs. datum och tid för den *första* i en serie blodtransfusioner, såromläggningar, etc.).

För tvångsåtgärder, elektrokonvulsiva behandlingar (ECT) och ingrepp som utförs i anestesi (annan än lokal anestesi) registreras varje åtgärd separat. Observera att KVÅ-kodningen för upprepade åtgärder under samma vårdtillfälle inte ersätter journaldokumentation. Varje behandlingstillfälle ska dokumenteras i journalen med datum och tid.

Rekommendation

Upprepade mindre åtgärder i slutenvård under samma vårdtillfälle kan klassificeras med tilläggskod (ZX602-ZX630).

Användning av tilläggskod för upprepade åtgärder gäller dock inte för:

- åtgärder som utförs i samma seans (kodas ZX102-ZX130)
- ingrepp som utförs i anestesi (annan än lokalanestesi)
- tvångsåtgärder
- elektrokonvulsiva behandlingar (ECT)

Där klassificeras alla upprepade åtgärder separat.

Upprepade åtgärder vid samma behandlingstillfälle

Upprepade åtgärder som utförs vid samma behandlingstillfälle kan klassificeras med en KVÅ-kod och en tilläggskod ur intervallet ZX102-ZX130. Detta gäller både slutenvård och öppenvård.

Några exempel:

- sutur av multipla sårskador
- excision av flera hudförändringar
- omläggning av multipla sår vid samma behandlingstillfälle

Rekommendation

Upprepade åtgärder vid samma behandlingstillfälle i slutenvård och öppenvård kan registreras med tilläggskod (ZX102-ZX130).

Användning av XS100 Oplanerad inskrivning till sluten vård

Om patienten skrivs in i sluten vård i direkt anslutning till dagkirurgin kodas dagkirurgin som ett inledande separat besök med diagnos- och åtgärds-koder inklusive tilläggs-koden *XS100 Oplanerad inskrivning till sluten vård*.

Åtgärds-koden XS100 används för alla öppenvårdsbesök som leder till oplanerad inskrivning i sluten vård på samma sjukhus. Koden används bara på besöket om man faktiskt beslutar om inskrivning och genomför den direkt och inte i de fall där patienten remitteras till annan klinik eller annat sjukhus. Ansvarig läkare på den andra kliniken eller det andra sjukhuset kan där nämligen göra bedömningen att patienten inte är i behov av sluten vård.

Det efterföljande vårdtillfället kodas med de ICD- och KVÅ-koder som är aktuella för vårdtillfället i den slutna vården.

Klassificering inom psykiatrin

Från den 1 januari 2024 ändrades föreskriften för inrapportering till Socialstyrelsens patientregister bl.a. vad gäller uppgiftsskyldighet inom psykiatrin. Vi vill därför lyfta fram några särskilda regler som gäller inom psykiatrin.

Tvångsåtgärder och ECT

Tvångsåtgärder ska *alltid* kodas för varje gång åtgärden utförs.

Varje åtgärd registreras separat vad gäller

- tvångsåtgärder
- elektrokonvulsiva behandlingar (ECT)

Tilläggs-kod för upprepade åtgärder (ZX602-ZX630) ska därmed inte användas vid tvångsåtgärder och ECT.

KVÅ-koder för ECT, sond och läkemedelstillförsel under fastspänning (XU033-XU037) ska kompletteras med en fastspänningskod som avser tid (XU000-XU008).

Baslistor med urval av åtgärds-koder ur KVÅ

För klassificering inom psykiatrisk öppen vård respektive sluten vård finns s.k. baslistor (lathundar) med urval av åtgärds-koder. Dessa urval är framtagna av Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret. Baslistorna återfinns på Socialstyrelsens webbplats <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva>.

Klassificering avseende läkemedelstillförsel från 1 april 2025

Från första april 2025 ges möjlighet att till Socialstyrelsens patientregister rapportera in ATC-koder vid läkemedelstillförsel i en separat fil utan koppling till en åtgärds-kod. Detta avser då perioden från och med 1 januari 2025. Det innebär att om vårdgivaren rapporterar ATC-koder i en separat fil måste inte ATC-koden läggas till vid klassificering av åtgärd för läkemedelstillförsel.

Att koda och rapportera vissa åtgärds-koder som avser distribueringssätt av läkemedelstillförsel är fortfarande i vissa fall nödvändigt då de innehåller väsentlig information om behandlingsmetoden.

För de vårdkontakter där ATC-kod för läkemedel *inte* rapporteras i separat fil anges som tidigare åtgärds-kod ur KVÅ för läkemedelstillförsel tillsammans med tillägg av ATC-kod för läkemedlet i fråga.

Eventuella frågor om inrapportering till Socialstyrelsens patientregister kan ställas via e-post till inrapportering@socialstyrelsen.se.



Anvisningar för diagnos- och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ
(artikelnr 2026-1-10020)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.