

# Anvisningar för val av huvud- och bidiagnos

Version 4.1

Rev. 2016-05-11

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2016-5-21

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), maj 2016

# Innehåll

Inledning.....	5
Diagnosklassificering .....	6
Skillnaden mellan att ställa och att klassificera en diagnos .....	6
Skillnaden mellan diagnostext och klassifikationens kodtext .....	6
Huvuddiagnos och bidiagnos.....	8
Huvuddiagnos .....	8
Bidiagnos.....	8
Dubbelkodning .....	9
Prioritering mellan ICD-kapitel.....	10
Regler vid val av huvuddiagnos och bidiagnos .....	11
Huvudregel .....	11
Hjälpregel.....	11
Tilläggsregel .....	11
Särskilda regler .....	11
Bidiagnoser .....	11
Exempel på regler .....	13
Huvudregel .....	13
Kommentar.....	13
Hjälpregel.....	15
Tilläggsregel .....	16
Särskilda regler .....	18
Eftervård .....	19
Bidiagnoser .....	21
Asterisk-daggerkodning i speciella fall.....	22
Flödesschema för val av huvuddiagnos.....	24



# Inledning

Dessa anvisningar gäller vid diagnosklassificering med *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)*, den svenska versionen av WHO:s International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Anvisningarna förtydligar och kompletterar de klassificeringsregler som finns i anslutning till klassifikationen.

Rekommendationerna gäller vid diagnosklassificering för patientstatistik, för vårdtillfällen i slutenvård. De flesta principerna gäller även för vårdkontakter i öppenvård (se även Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård).

Anvisningarna riktar sig till dem som klassificerar diagnoser på nationell, regional och lokal nivå. På regional och lokal nivå kan de användas i de fall huvudmännen kräver in diagnosklassificerade uppgifter för olika ändamål.

Klassificeringanvisningarna kan tillämpas av samtliga yrkeskategorier inom vård- och omsorg.

Syftet med anvisningarna är skapa förutsättningar för att klassificering av sjukdomar och andra hälsoproblem ska kunna ske på ett enhetligt sätt. Målet är en god kodningskvalitet, dvs. att kodningen överensstämmer med diagnosformuleringen och görs likartat nationellt.

# Diagnosklassificering

## Skillnaden mellan att ställa och att klassificera en 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 överensstämja med eller påminna om 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, se exempel nedan.

### Exempel

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

I journalen bör det stå:

**Huvuddiagnos:**

Postoperativ tarmfistel      T81.8, K63.2, Y83.2

**Bidiagnos:**

Diabetes mellitus typ 2      E11.9

Om man i datajournalen använder enbart de standardiserade kodtexterna så kan det se ut enligt följande:

**Huvuddiagnos:**

**T81.8** Andra specificerade komplikationer till kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes

**Y83.2** Kirurgiskt ingrepp med anastomos, bypass eller graft (som orsak till onormal reaktion eller sen komplikation hos patient utan anknytning till missöde vid tiden för åtgärden)

**K63.2** Tarmfistel

***Bidiagnos:***

**E11.9** Diabetes mellitus typ 2 utan komplikationer

Detta exempel 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.

# 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**

det tillstånd som är den huvudsakliga anledningen till en vårdkontakt, fastställd vid vårdkontaktens slut (definition enligt 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**

annat tillstånd än huvuddiagnos som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under en vårdkontakt (definition enligt Socialstyrelsens termbank)



## 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. Vissa diagnoser dubbelkodas med manifestationskod (asteriskkod) och etiologisk kod (daggerkod).

# 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:

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

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.

En patient med diagnosen diabetes typ 1 kodas normalt under E10.9. Skulle denna patient vara gravid ska patientens diabetes kodas med koden O24.0.

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 XV. Diagnosen gallstensanfall är givetvis densamma men kodningen ska hos den gravida vara O99.6 † K80.2 i nämnd ordning.

Regeln att en gravid kvinna alltid först ska kodas med en O-kod från kapitel XV är bindande i slutenvård men inte i öppenvård.

En gravid kvinna som råkar ut för en skada ska däremot kodas på vanligt sätt då skadepatienten, kapitel XIX, har högre prioritet än kapitel XV. Graviditeten kan då vid behov markeras med koden Z33.9.

# Regler vid val av huvuddiagnos och bidiagnos

## Huvudregel

Som huvuddiagnos väljs det tillstånd som är orsak till en vårdkontakt, fastställt vid vårdkontaktens slut. För slutenvården 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

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

En komplikation till orsaken till en vårdkontakt eller dess behandling kan 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.

## 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

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

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 utred-

ningen eller behandlingen. Tillstånd som utgör en integrerad del av sjukdomsprocessen, exempelvis självklara symtom, ska inte kodas som bidiagnoser.

Bidiagnoser kan till exempel 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 (till exempel hos nyfödda)
- väsentliga obduktionsfynd

# Exempel på regler

För att tydliggöra principerna för klassificering illustreras reglerna för val av huvud- och bidiagnos med ett eller flera principiella exempel.

## Huvudregel

Som huvuddiagnos väljs det tillstånd som är orsak till en vårdkontakt, fastställt vid vårdkontaktens slut.

## Kommentar

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.

## Exempel 1

En äldre man tas in på en medicinklinik på grund av nyttillkomna epileptiska kramper. Patienten utreds och datortomografi visar en metastassuspekt förändring i vänster storhjärnhemisfär. 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 hjärnmetastaserna är en manifestation av den lungcancer som diagnostiserades vid detta vårdtillfälle.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Lungcancer	C34.9
Bidiagnos	Hjärnmetastas	C79.3
	Epilepsi	G40.9

Detta exempel 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 in med epileptiska anfall. Ingen utredning görs och ingen behandling ges annat än mot hans epileptiska anfall. Då ska epilepsin väljas som huvuddiagnos, eftersom behandlingen inte inriktar sig mot metastaserna eller lungcancer. Som bidiagnoser anges lungcancer och hjärnmetastaser.

	<b>Diagnos</b>	<b>Kod</b>
Huvuddiagnos	Epilepsi	G40.9
Bidiagnos	Lungcancer	C34.9
	Hjärnmetastas	C79.3

Detta exempel 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.

## Exempel 3

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:

	<b>Diagnos</b>	<b>Kod</b>
Huvuddiagnos	Malign tumör i caecum	C18.0
Bidiagnos	Järnbristanemi p.g.a. kronisk blodförlust	D50.0

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

	<b>Diagnos</b>	<b>Kod</b>
Huvuddiagnos	Anemi p.g.a. skelettmetastaser	D63.0* C79.5†
Bidiagnos	Skelettmetastaser	C79.5
	Prostatacancer	C61.9

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.

## Exempel 5

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

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut gastroenterit	A09.0
Bidiagnos	Dehydrering	E86.9

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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Dehydrering	E86.9
Bidiagnos	Kort tarm p.g.a. tidigare operationer	K91.2

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

## Hjälpregel

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

### Kommentar

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 bör uppmärksammas att det tillstånd som man bedömer har förbrukat mest resurser inte behöver vara det 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. Han har en skallbasfraktur, en femurfraktur och multipla revbensfrakturer med en instabil bröstorg. Hans femurfraktur opereras men på grund av sina multipla revbensfrakturer och instabila bröstorg intuberas han och får tillbringa två veckor i respirator på intensivvårdsavdelningen.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Instabil bröstorg	S22.5, V43.52
Bidiagnos	Diafysär femurfraktur	S72.3, V43.52
	Skallbasfraktur	S02.1, V43.52

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 bröstorg 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.

## Exempel 8

En äldre man intas 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:

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Kolumfraktur efter fall från säng på sjukhus	S72.0, W06.24
Bidiagnos	Urinvägsinfektion	N39.0

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 framväggsinfarkt och skrivs ut från kliniken först två veckor senare.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut transmural framväggsinfarkt	I21.0
Bidiagnos	Förstoppning	K59.0

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. Som bidiagnos ska anges förstoppning.

## Kommentar till punkt b) i tilläggsregeln

Ett tillstånd som är en komplikation till det tillstånd som bedöms vara huvuddiagnos, kan aldrig bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning.

En komplikation till behandlingen av huvuddiagnosen kan heller aldrig bli huvuddiagnos oavsett resursförbrukning.

## Exempel 10

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

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Sigmoideumcancer	C18.7
Bidiagnos	Postoperativ anastomosinsufficiens	T81.8A, Y83.2
	Svår sepsis	T81.4, R65.1, Y83.2

Detta exempel 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 (I81.8A) för ytterligare specificering.

## Exempel 11

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

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut hjärtinfarkt	I21.9
Bidiagnos	Mural trombbildning i hjärtat p.g.a. infarkt	I23.6
	Cerebral infarkt p.g.a. emboli	I63.4

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 koder från kapitel XXI (Z-kapitlet) 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 tillfällena 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 bidagnos.

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 kod från kapitel XXI (Z-kod) 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 motsvarande dokumentet för öppenvård ”Anvisningar för diagnosklassificering i öppenvård” på Socialstyrelsens webbplats.

## Exempel 12

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

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Adjuvant cytostatikabehandling	Z51.1
Bidiagnos	Sigmoideumcancer	C18.7

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 + 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:

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Eftervård efter CABG	Z48.8
Bidiagnos	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1
	Aortokoronar bypass-graft	Z95.1

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

### Exempel 14

Om patienten (i exemplet ovan) 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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Aterosklerotisk hjärtsjukdom	I25.1
Bidiagnos	Angina pectoris	I20.9
	Aortokoronar bypass-graft	Z95.1

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

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

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

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

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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Intracerebral blödning	I61.9
Bidiagnos	Högersidig förslamning	G81.9

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 kan anges med KVÅ-koder; exempelvis DV093, DV094. Diagnoskoderna Z50.8 och Z50.9 används inte i Sverige sedan 2010, vare sig som huvuddiagnos eller bidiagnos.

## Bidiagnoser

Utöver den obligatoriska huvuddiagnosen kan som bidiagnoser registreras ett eller flera tillstånd som haft betydelse för vårdkontakten.

### Exempel 18

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

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut appendicit med lokal peritonit	K35.3
Bidiagnos	-	

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:

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Cerebral kontusion efter fall från stege	S06.2, W11.03
Bidiagnos	Högersidig hemipares	G81.9
	Dysfasi	R47.0

Här ska de symtom anges som kontusionen orsakade. 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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut blödande duodenalulkus	K26.0
Bidiagnos	Anemi pga. akut blödning	D62.9

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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Akut blödande duodenalulkus	K26.0
	Anemi p.g.a. akut blödning	D62.9
Bidiagnos	Blödning hos warfarinbehandlad patient	D68.3, Y57.9 + B01AA03
	Kroniskt förmaksflimmer	I48.2
	Cirkulatorisk chock	R57.1
	Urinvägsinfektion p.g.a. KAD	T83.5, N39.0, Y84.6

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.

## Asterisk-daggerkodning 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.

	Diagnos	Kod
Huvuddiagnos	Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3*G20.9†
Bidiagnos	Parkinsons sjukdom	G20.9

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

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

	<b>Diagnos</b>	<b>Kod</b>
Huvuddiagnos	Parkinsons sjukdom	G20.9
Bidiagnos	Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3*G20.9†

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*). 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 kod ur kapitel XXI (Z-kod) 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*). 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*).

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*).

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.



