

# Retningslinjer for diagnosekoding ved PCI-behandling av akutt og kronisk koronarsykdom

Forfatter:

Glen Thorsen

Dato:

12. juli 2006

*Disse retningslinjene er utarbeidet etter oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet på grunn av usikkerhet om hvordan det skal ICD-10-kodes når en pasient etter akutt PCI-behandling<sup>1</sup> ved en spesialavdeling overflyttes til et annet sykehus for oppfølgende observasjon eller behandling.*

*Retningslinjene er godkjent av Sosial- og helsedirektoratet og publiseres elektronisk.*

## 1 Faser i utredning og behandling

PCI utføres enten

- som *øyeblikkelig hjelp* for å forhindre et truende myokardinfarkt, reversere begynnende infarktforandringer eller begrense infarktets utbredning

eller

- som elektivt tiltak for å avhjelpe kronisk koronarsykdom og dens manifestasjoner.

Utredning og indikasjonsstilling kan være utført ved det sykehusopphold hvor PCI utføres, eller ved tidligere innleggelse eller polikliniske konsultasjoner ved samme eller et annet sykehus.

Etter utført elektiv PCI uten komplikasjoner observeres pasienten kort tid ved det sykehus hvor prosedyren utføres, eller overflyttes nærliggende pasienthotell eller annet sykehus for slik umiddelbar oppfølging.

## 2 Diagnosekoding før PCI

Som kode for *hovedtilstand* velges den kategori i ICD-10 som best beskriver den kliniske problemstilling.

### 2.1 Elektiv situasjon

I elektive tilfelle vil dette være enten kode for angina pectoris eller for kronisk iskemisk hjertesykdom:

I20.9 Uspesifisert *angina pectoris*

---

<sup>1</sup> Perkutan koronarintervensjon (vanligvis stenting)

I20.0 vil bli omtalt under akutt behandlingssituasjon. De øvrige spesifiserte firetegnskategoriene under I20 antas å være mindre aktuelle ved PCI-behandling.

#### I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom

Det kan tilleggs kodes for gammelt hjerteinfarkt (I25.2) hvis dette er gjenstand for vurdering eller behandling i det aktuelle tilfelle. Likeledes for øvrige firetegnskategorier under I25 på samme vilkår, dog ikke I25.6 Stum myokardiskemi hvis angina pectoris foreligger eller koronar ateromatose er påvist. Koden I25.0 er ikke tillatt i Norge, og den uspesifiserte kategorien I25.9 Uspesifisert kronisk iskemisk hjertesykdom forutsetter at man vet at tilstanden er iskemisk, men ikke at ateromatose foreligger. Den er således uaktuell ved PCI-behandling.

Det skal også tilleggs kodes for andre kardiologiske tilstander, inklusive rytmeforstyrrelser, som blir gjenstand for undersøkelse, vurdering eller behandling under oppholdet.

## 2.2 Akutt situasjon

I en øyeblikkelig hjelp-situasjon velges som hovedtilstand en firetegnskode blant følgende:

I20.0 Ustabil angina

I21.0-I21.9 Akutt hjerteinfarkt, 1. gang

I22.0-I22.9 Akutt hjerteinfarkt, 2. gang eller senere

I20.0-kategorien omfatter truende infarkt, intermediært koronarsyndrom, og tilfelle hvor man mener at den utførte øyeblikkelig hjelp revaskularisering har forhindret manifest myokardnekrose.

Kategoriseringen skriver seg fra utviklingen av ICD-10 for ca. 15 år siden, og kan etter mange kardiologers oppfatning ikke helt tilfredsstillende fange opp alle nyanser i moderne bedømmelse og behandling av akutt myokardinfarkt og tilgrensende akuttsituasjoner. Men en mer omfattende revisjon av disse kodene må trolig avvente ICD-11.

Det skal også bemerkes at det ikke er allmenn enighet om forståelsen av ”2. gang eller senere” (”subsequent myocardial infarction”) i originalutgaven. I noen land, deriblant Norge, holder man seg til den opprinnelige forståelse som lå til grunn ved utarbeidelsen av ICD-10. Etter denne forståelse, gjelder kategoriene under I22 alle 2. gangs eller senere infarkter. Etter andre lands forståelse, betyr ”subsequent” at et nytt infarkt tilkommer mens det forrige fremdeles gjelder som akutt, hvilket vil si innen 28 dager etter at forrige infarkt inntrådte. Sistnevnte forståelse er etter manges mening den mest hensiktsmessige for infarktstatistikk. Spørsmålet er under diskusjon i de nordiske lands kodeverkssentra. Inntil videre må den gjeldende norske forståelse legges til grunn ved kodingen.

Tilleggs koding som omtalt under avsnittet om elektiv situasjon tilkommer også her.

## 3 Koding under det opphold hvor PCI utføres

Her blir diagnosekodingen den samme som under punkt 2 ovenfor, men kirurgisk inngrepskode for PCI-prosedyren må også registreres.

## 4 Valg av kode for hovedtilstand ved annet sykehus som pasienten overflyttes til etter utført PCI

### 4.1 Etter ukomplisert elektiv PCI

Hvis indikasjonen var angina pectoris og pasienten ikke lenger har angina ved overflytting til et annet sykehus, kan koden for angina pectoris ikke lenger benyttes. Men grunnsykdommen koronar aterosklerose er ikke helbredet. Koden for denne tilstanden (I25.1, se punkt 2.1) velges da som hovedtilstand.

### 4.2 Etter ukomplisert akutt PCI

- Hvis indikasjonen var et manifest infarkt, kodes dette etter overflytting med infarktkode som beskrevet under punkt 2.2. (revaskularisering har ikke helt forhindre infarkt, og selv om behandlingen er vellykket med tanke på begrensnig av infarktutbredelse og andre konsekvenser av sykdommen, persisterer infarkt som sådan). Koden for akutt infarkt har en tidsbegrensning på inntil 28 dager.
- Hvis indikasjonen var ustabil angina eller hvis bedømmelsen er at revaskularisering ved PCI har avverget et manifest infarkt, kodes koronar aterosklerose (I25.1) som hovedtilstand, som beskrevet under punkt 2.1.

### 4.3 Ved komplikasjoner etter utført PCI

Hvis kompliserende kardiologiske tilstander tilkommer eller persisterer og blir gjenstand for undersøkelse, behandling eller vurdering etter utført PCI, mens revaskulariseringen som sådan er vellykket, blir koden for slike tilstander (for eksempel rytmeforstyrrelser) i de fleste tilfelle hovedtilstand, fordi behandlende lege da må anse kompliserende tilstand som den viktigste årsak til behov for undersøkelse/behandling ved *det* oppholdet. Koden for akutt myokardinfarkt eller kronisk iskemisk hjertesykdom forskyves da til "annen sykdom" og registreres i pasientsystemet *etter* koden for det som nå blir hovedtilstand.

Hvis det dreier seg om en komplikasjon som er direkte forårsaket av stenting, vil dette også kreve at den kodes som hovedtilstand ved dette oppholdet. Her finnes følgende valgmuligheter:

T82.5 Mekaniske komplikasjoner ved andre innretninger og implantater i hjerte og blodkar

T82.7 Infeksjon og betennelsesreaksjon som skyldes andre innretninger og implantater i hjerte og blodkar

T82.8 Andre spesifiserte komplikasjoner ved proteser, implantater og transplantater i hjerte og blodkar

Disse T82-kodene skal som hovedtilstand dobbeltkodes, ved at det tilføyes en årsakskode fra kapittel XX. Det er i så fall to muligheter:

Y83.1 Pasientreaksjon som følge av kirurgisk prosedyre med plassering av kunstig implantat, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade

Y84.0 Pasientreaksjon som følge av hjertekateterisering, og senere komplikasjon til slik prosedyre, hvis selve prosedyren forløp uten anmerkning om skade

Sistnevnte kategori gjelder hvis komplikasjonen knytter seg til selve kateteriseringen, og ikke til plasseringen av stenten.

I pasientsystemet vil da koden for hvilken iskemisk hjertesykdomskategori det var forskyves til tredje plass blant de registrerte ICD-10-kodene.

#### **4.4 Tilleggs-koder fra ICD-10 kapittel XXI for nærmere karakteristikk av opphold ved annet sykehus som pasienten overflyttes til etter utført PCI**

##### **Ikke-obligatorisk tilleggskoding**

Koder fra kapittel XXI (Z-koder) kan benyttes for nærmere karakteristikk av disse oppholdene, som kan ha noe forskjellig egenart, hvis den registrerende kliniske enhet har behov for dette for sin egen virksomhetsbeskrivelse og statistikk. For sentral rapportering har de mindre betydning.<sup>2</sup>

Det er da flere Z-koder som kan være aktuelle.

##### **Minimale tiltak**

I noen tilfelle skjer det et minimum av tiltak etter overflyttingen. Det har gått bra umiddelbart etter PCI, og de eneste tiltak som iverksettes er enkel sykepleieobservasjon uten spesifikke kardiologiske overvåkningstiltak (kanskje ikke engang EKG), og en enkel kontakt med vakthavende lege. I slike tilfelle kan det være naturlig å mene at dette egentlig ikke er noen etterbehandling, kun enkel observasjon. Man kan da benytte kategorien:

Z09.8 Etterundersøkelse etter annen spesifisert behandling for andre tilstander (*enn ondartet svulst*)

Teksten til denne koden passer ikke så godt til situasjonen, men slik kategorien er beskrevet ved en inklusjonsmerknad, omfatter den også ”medisinsk overvåkning etter behandling”, som må forstås i vid betydning, og ikke begrenses til å forstås som intensivovervåkning

---

<sup>2</sup> For opphold med overflytting til annet sykehus for akutt PCI, og for overflytting fra PCI-enheten til annet sykehus etter slik behandling, er koder som beskrevet i punkt 2 og 4.1-4.4 sammenholdt med pasientadministrative data (liggetid, overflytting til/fra annet sykehus) tilstrekkelig til å identifisere disse oppholdene.

## **Rutinemessig etterbehandling**

Hvis man betrakter oppholdet som ledd i rutinemessig etterbehandling, benyttes følgende kode:

Z48.8 Annen spesifisert etterbehandling etter operasjon

## **Ved kompliserende tilstander**

Ved kompliserende kardiologiske tilstander kodes som beskrevet under punkt 4.3. Andre tilstander som undersøkes, vurderes, eller behandles kan naturligvis også bli gjenstand for koding.

Men hvis man i disse tilfellene trenger en registrering av at pasienten har en koronarstent, uten at det dreier seg om overvåking av noe slag eller etterbehandling, kan tilstedeværelsen av en stent tilleggskodes med:

Z95.5 Status med angioplastisk koronarimplantat og –transplantat