



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Version: 18.0
Fastställd: 2020-04-03
Gäller från: 2018-01-01

Innehåll

| | |
|--|----|
| SIR:s riktlinje för diagnoskodning | 2 |
| Principer för IVA-diagnoskodning..... | 2 |
| Huvudsaklig IVA-diagnos..... | 2 |
| Övriga diagnoser | 2 |
| För intensivvården viktiga diagnoser | 3 |
| Patientsäkerhetsdiagnoser | 4 |
| Diagnoskodning vid vård på flera avdelningar | 5 |
| Utdata | 6 |
| Definitioner | 6 |
| Sepsis R65.1/Septisk chock R57.2..... | 6 |
| Vuxna patienter ≥ 16 år (SEPSIS-3) | 6 |
| Barn <16år..... | 7 |
| ARDS | 9 |
| Akut njursvikt..... | 10 |
| Vuxna patienter ≥ 16 år..... | 10 |
| Barn <16 år..... | 10 |
| Icke specificerade multipla skador T07.9..... | 10 |
| Infektiösa tillstånd..... | 10 |
| Covid-19..... | 11 |
| Obstetriska tillstånd..... | 12 |
| Patientsäkerhetsdiagnoser | 12 |
| Organdonation..... | 12 |
| Ändringshistorik..... | 13 |



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

SIR:s riktlinje för diagnoskodning

Det är av stor vikt att till SIR rapporterande avdelningar gör nedanstående principer kända för alla på IVA diagnossättande läkare och att de alltid konsekvent tillämpas.

Principer för IVA-diagnoskodning

Man bör skilja på att ställa diagnos och att klassificera eller koda en diagnos. I det första fallet görs en bestämning av patientens tillstånd. I det andra fallet väljer man vilken eller vilka koder som bäst beskriver den ställda diagnosen med hjälp av en statistisk klassifikation såsom ICD10-SE. ICD10-SE innehåller även symptom, onormala fynd, besvär och sociala förhållanden, vilka också kan ges en diagnoskod. Diagnosticering dvs att ställa en diagnos är läkares ansvar medan det för kodning kan finnas olika rutiner på olika avdelningar.

Historiskt har SIR använt en begränsad lista diagnoser och koder vid registrering. Avsikten har varit att minska risken för ”utspädning” med många koder för liknande tillstånd som medför problem med analys av utdata. Nackdelen har varit att vi i många situationer haft en allt för ospecifik kodning vilket påverkat t.ex. FOU arbetet. Vi har nu valt att använda oss av hela ICD10-SE vid kodning och i stället i samband med utdata valt att aggerera diagnoser till grupper. Dessa grupper innehåller i vissa fall en diagnoskod medan den i andra fall kan innehålla ett relativt stort antal koder.

Vi har också valt att nära oss reglerna för ICD10-SE beträffande ”huvuddiagnos” där vi historiskt har använt koder för ”Primär IVA-diagnos” som enligt ICD10-SE inte kan vara huvuddiagnos. Vi accepterar några undantag fram till 1 januari 2019 enligt bilaga 1. Användning av ICD10-SE medför att vi inte behöver en separat BIVA-lista.

Huvudsaklig IVA-diagnos

Det tillstånd som är den **huvudsakliga** anledningen till vård på en intensivvårdsavdelning, fastställt vid vårdkontaktens slut. ”Primär IVA-diagnos” har tidigare används för detta men pga att det har misstolkats som första eller preliminära diagnosen så byter vi från 2018-01-01.

Övriga diagnoser

Annat tillstånd än den huvudsakliga anledningen som blivit föremål för bedömning, utredning eller behandling under ett vårdtillfälle.

Patientens grundsjukdom eller kroniska diagnoser kan vara ett oberoende tillstånd i relation till intensivvården men kan i vissa situationer påverka den vård som patienten erhåller. Detta kan t.ex. bidra till att man fattar ett beslut om behandlingsstrategi vilket kan få stor betydelse på t.ex. vårdtid och mortalitet. Relevanta grundsjukdomar ska därför registreras i samband med IVA-vårdtillfället.

För intensivvården viktiga diagnoser

För att uppnå nationell enhetlighet och hög kvalité i IVA-diagnossättningen och kodning skall vissa diagnoser samt definitioner särskilt beaktas. (se även bilaga 2). Dessa diagnosser ska alltid inkluderas när de är förekommit i samband med det aktuella vårdtillfället. I många situationer blir dessa diagnosser huvudsaklig IVA-diagnos men de kan också räknas till övriga diagnosser.

Till denna grupp inkluderas också en rad diagnosser med koppling till patientsäkerhet (enligt tabell nedan).

| Diagnos | Diagnoskod |
|--|---|
| Sepsis ¹ enl SEPSIS 3 (tidigare Svår sepsis) | R65.1 |
| Septisk chock ¹ | R57.2 |
| ARDS (enligt Berlin definitionen) ¹ | J80.9A, J80.9B, J80.9C, J80.9X |
| Hjärtstopp ² | I46.9 |
| Dissektion av aorta | I71.0 |
| Aortaaneurysm, brustet | I71.1, I71.3, I71.5 och I71.8 |
| Aortaaneurysm, ej brustet | I71.2, I71.4, I71.6 och I71.9 |
| Meningit, bakteriell | G00.0 till G00.9, G01.9, A39.0 |
| Subaraknoidalblödning (ej trauma) | I60.0 till I60.9 |
| Influensa orsakad av pandemisk influensa ³ | J09.9 |
| Influensa, säsongsinfluensa ³ | J10.0 till J10.8 |
| Covid-19, virus påvisat respektive ej påvisat | U07.1 U07.2 |
| KOL | J44.0 till J44.9 |
| Pankreatit, akut | K85.0 till K85.9 |
| Gastrointestinal blödning | I85.0, K25.0, K25.4, K26.0, K26.4, K27.0, K27.4, K28.0, K28.4, K29.0, K62.5, K92.0, K92.1 och K92.2 |
| Icke specificerade multipla skador ⁴ | T07.9 |
| Malign tumör utan specificerad lokalisering ⁵ | Grupperas på utdataportalen |
| Primär, malign tumör i lymfoid, blodbildande eller besläktad vävnad ⁵ | Grupperas på utdataportalen |
| Delirium/konfusion uppkommen på IVA ⁶ | F05.8 alternativt F05.9 |
| Critical illness polyneuropati/myopati (CIP/CIM) ⁷ | G83.8 alternativt G83.9 |
| Total hjärninfarkt ⁸ | I63.8 |
| Aspirationspneumoni ⁹ | J69.0 |
| Ventilatorassocierad pneumoni ¹⁰ | J95.8A |
| Akut njursvikt | N17.0 till N17.9 |
| Antibiotikaresistens enl. diagnosförteckning ¹¹ | U82.1, U82.2, U83.0, U83.9, U84.3 |

Patientsäkerhetsdiagnoser

| Komplikation till kirurgiska och medicinska ingrepp | |
|--|-----------------|
| Transfusionsreaktion | T80.3 och T80.4 |
| Blödning och hematom som komplikation till kirurgiska och medicinska ingrepp | T81.0 |
| Chock under eller som följd av kirurgiska och medicinska ingrepp | T81.1 |
| Accidentell punktion eller perforation av kärl, nerv eller organ | T81.2 |
| Ruptur av operationssår | T81.3 |
| Infektion efter kirurgiska och medicinska ingrepp. ¹² | T81.4 |
| Icke specificerad komplikation till ingrepp | T81.9 |
| Malign hypertermi orsakad av anestesi | T88.3 |
| Misslyckad eller försvårad intubation | T88.4 |
| Hypotermi som följd av anestesi / operation ¹³ | T88.5 |
| Icke specificerad ogynnsam effekt av droger och läkemedel ¹⁴ | T88.7 |
| Komplikationer till kirurgiska åtgärder och medicinsk vård, ospecifierade | T88.9 |
| Icke specifiserat missöde vid kirurgisk och medicinsk behandling | Y69.9 |
| Gastrointestinal anastomosinsufficiens | Y83.2 |
| Läkemedel i terapeutisk användning med ogynnsam effekt | |
| Antibiotika | Y40.9 |
| Insulin och perorala antidiabetika | Y42.3 |
| Cytostatika | Y43.3 |
| Antikoagulantia | Y44.2 |
| Trombolytiska läkemedel | Y44.5 |
| Opiater och besläktade analgetika | Y45.0 |
| Sedativum, hypnotikum och anxiolytikum | Y47.9 |
| Röntgenologiska kontrastmedel | Y57.5 |
| Feldosering av läkemedel | Y63.9 |

¹ Sepsis, Septisk chock och ARDS

Om patienten uppfyller internationellt/nationellt uppsatta diagnostiska kriterier för **Sepsis, Septisk chock och ARDS** (se nedan) skall dessa diagnoser anges. SIR byter till SEPSIS-3 definitioner och kriterier under 2018. Diagnoskoderna kommer att vara oförändrade men kodtexten ändras, svår sepsis ersätts av sepsis.

² Hjärtstillestånd

För patienter som läggs in och vårdas på IVA pga. hjärtstopp skall diagnosen **Hjärtstopp I46.9 alltid** anges som ”Huvudsaklig IVA-diagnos”. Hjärtstopp uppkommet på IVA diagnoskodas med **Hjärtstopp I46.9** som ”Övrig diagnos” medan grundorsaken/diagnosen till IVA-vårdtillfället anges som ”Huvudsaklig IVA-diagnos”.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

³Influensa

J09.9 Skall reserveras till fall som hör till en alldeles ny pandemi.

J10-serien skall användas till allt det som ingår under säsongsinfluenta dvs Typ A, inklusive H1N1 och typ B. **OBS:** Glöm inte att rapportera till SIRI.

⁴ **Traumapatienter** med multipla skador oberoende av vilka kodas med **T07.9** Kompletterat med specifika skadekoder. Enligt ICD10-SE ska dessa koder åtföljas av en orsakskod. Den tidigare definitionen i SIR om skador i minst två olika kroppsdelar har strukits.

⁵ **Malign sjukdom** av betydelse för den aktuella IVA-vården skall alltid anges med ICD-10-SE kod. På utdataportalen kommer maligniteter att grupperas antingen som 1. **Malign tumör utan specificerad lokalisering**, 2. **Primär, malign tumör i lymfoid, blodbildande eller besläktad vävnad** (hematologisk malignitet) eller som 3. **Malign tumör i CNS**.

⁶ IVA syndrom

På IVA uppkommet konfusionstillstånd ”IVA syndrom” diagnosätts med ICD10-SE diagnoskoden **F05.8 Delirium, specificerat** alternativt **F05.9 Delirium, ospecificerat**. I SIR:s diagnosättning *reserveras* dessa diagnoskoder för på IVA uppkommet konfusionstillstånd. Från 1 januari 2018 rekommenderas **F05.8**.

⁷ **Critical illness polyneuropati/myopati** (CIP/CIM) anges med ICD10-SE diagnoskoden **G83.8 Förslamningssyndrom, specificerade** alternativt **G83.9 Förslamningssyndrom, ospecificerade**. I SIR:s diagnosättning *reserveras* dessa diagnoskoder för CIP/CIM. Från 1 januari 2018 rekommenderas **G83.8**.

⁸ **Total hjärninfarkt I63.8** anges vid dödsfall fastställt med direkta kriterier. Gäller från 1 januari 2018. Tidigare har koden G93.8 använts.

⁹ **Aspiration** av betydelse för aktuell IVA-vård anges med **Aspirationspneumonit J69.0**.

¹⁰ För definition se SIR:s riktlinje för ”negativa händelser/komplikationer”.

¹¹ Vid utskrivning av patient med klinisk infektion eller kolonisering av typ MRSA, VRE, VRSA, ESBL eller tuberkulostatikaresistent tuberkulos så kompletteras diagnosättningen med diagnoskod för aktuell bakterie samt för typ av resistens enligt ”**U-kod**”.

¹² Används t.ex. för postoperativ CNS-infektion och Nosokomial infektion UNS.

¹³ Komplettera med R68.0 Hypotermi som ej är förenad med låg temperatur i omgivningen

¹⁴Har tidigare reserverats för anestesiläkemedel.

Diagnoskodning vid vård på flera avdelningar

Grundprincipen är att registrera de diagnoskoder som är aktuella för respektive avdelning. Tillstånd som är åtgärdade och inte längre del av IVA-vården bör således inte registreras på avdelning 2. Användning av ICD-10 SE ger möjlighet att använda diagnoser som innehåller ”sena effekter av” respektive ”status post”.

Utdata

Att använda hela ICD10-SE för kodning innebär risk för ”utspädning” dvs att ett stort antal koder används vid relativt få tillfällen. För att motverka detta kommer aggregerade data att presenteras på utdataportalen. Vi har grupperat ICD10-SE till en egen sammanställning. T.ex. kommer alla maligniter att sammanfattas i tre grupper:

- ”Malign tumör utan specificerad lokalisering”
- ”Malign tumör i lymfoid, blodbildande och besläktad vävnad”
- ”Malign tumör i CNS”

I datauttag för FoU kommer man att kunna ange specifika ICD10 koder för att underlätta att man får de data som forskningen avser.

Definitioner

Sepsis R65.1/Septisk chock R57.2

SIR byter sepsisdefinitioner till SEPSIS-3.

Vuxna patienter ≥16 år (SEPSIS-3)

SEPSIS-3 är benämningen på det nya internationella konsensusdokumentet med rekommendationer om ändrade definitioner och kliniska kriterier för Sepsis.

Bilden av ett skadligt, oreglerat värdsvär som den avgörande faktorn för utvecklingen av Sepsis kvarstår i SEPSIS-3. SIRS-begreppet tas bort för att karakterisera det septiska värdsvaret då SIRS är vanligt även vid infektionsförlopp utan organdysfunktion och då SIRS inte enbart förekommer vid infektioner utan även kan ses i samband med icke infektiösa tillstånd t.ex. trauma och pankreatit.

Eftersom Sepsis i den äldre nomenklaturen definierades som SIRS orsakad av infektion så följer logiskt att den ursprungliga betydelsen av Sepsis förlorar sin innebörd när man tar bort SIRS-begreppet och kvar blir då kategorierna Svår sepsis och Septisk chock. Detta leder i sin tur till att preciseringen Svår sepsis blir överflödig och denna kategori föreslås då fortsättningsvis benämns enbart Sepsis. Man valde i SEPSIS-3 att behålla benämningen Septisk chock som en undergrupp av Sepsis med särskilt dålig prognos. Följaktligen blir de nya diagnostiska kategorierna Sepsis och Septisk Chock vars definition och kriterier framgår av tabell 1.

| | SEPSIS | SEPTISK CHOCH |
|--------------------|---|--|
| Definition: | Livshotande organdysfunktion som orsakas av ett dysreglerat värdsvär på infektion | En undergrupp av sepsis där bakomliggande cirkulatoriska och cellulära/metabola störningar är tillräckligt uttalade för att avsevärt öka dödligheten |
| Kliniska kriterier | Infektion med akut förändring av SOFA ≥ 2 poäng | Kvarstående hypotension som kräver vasopressor för att upprätthålla MAP ≥ 65 mm Hg tillsammans med p-laktat > 2 mmol/L trots adekvat vätskerescusitering. |

Tabell 1. Sammanfattning av rekommendationer i SEPSIS-3



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Kriterier för att avgränsa Sepsis från icke septiska infektioner fastställdes till förekomst av organdysfunktion. Man bedömde att SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) var det system som var bäst lämpat för att diagnostisera Sepsis. Kriteriet för diagnosen Sepsis fastslås enligt SEPSIS-3 till en ökning av SOFA-score med minst 2 poäng jämfört med preseptisk organfunktion. För patienter där man saknar kunskap om tidigare hälsa antas att de före sepsisinsjuknandet saknat organdysfunktion, dvs. 0 SOFA poäng i utgångsläget. För Septisk chock fastslog man att komponenterna hypotension trots adekvat vätsketillförsel, behov av vasopressor samt förekomst av förhöjt laktat samtliga måste vara uppfyllda. För ytterligare beskrivning av SOFA se särskild riktlinje.

Diagnoskoder

Efter kontakt med Socialstyrelsen så föreslås följande kodning.

R65.1 Systemiskt inflammatoriskt svarssyndrom (SIRS) av infektiöst ursprung med organsvikt

Sepsis enligt Sepsis-3-kriterierna (ökning med minst 2 SOFA-poäng)

Svår sepsis

R57.2 Septisk chock

Septisk chock enligt Sepsis-3-kriterierna

JAMA: 2016; 315(8):801-810.

JAMA: 2016; 315(8):762-774.

Barn <16år

Tillsvidare kvarstår de tidigare definitionerna beträffande sepsis och barn.

Sepsis föreligger vid en generell inflammatorisk reaktion på en känd eller misstänkt infektion.

Diagnosen ställs kliniskt vid förekomst av central kroppstemperatur $>38,5$ eller <36 °C (räcker hos neonatala barn) och påverkan på ytterligare minst en av följande åldersberoende parametrar enligt tabell:

| Åldersgrupp | HR (slag/min) | Andningsfrekvens (andetag/min) | Leukocytantal |
|-------------|---------------|--------------------------------|---------------|
| 0 - 7 d | <100 >180 | >60 | >30 |
| 1 v - 1 m | <100 >180 | >60 | <4 >20 |
| 1 m - 1 år | <90 >180 | >50 | <4 >18 |
| 2 - 5 år | >140 | >40 | <4 >15,5 |
| 6 - 12 år | >130 | >30 | <4 >13,5 |
| 13 - 18 år | >110 | >30 | <4 >12 |

Modifierad från ref PCCM 2005;6: 2-8, Pediatrics 2011;127:e1585-92.

Svår sepsis (R65.1) föreligger när det septiska tillståndet är relaterat till och ger upphov till en organdysfunktion, där organpåverkan kan vara: Respiratorisk: $\text{PaCO}_2 > 8,5 \text{ kPa}$, Behov av icke elektiv invasiv eller noninvasiv ventilation pga desaturation eller koldioxidretention. Neurologisk: Akut sjunkande medvetandenivå mätt med RLS eller GCS. Hematologisk: TPK < 80 , INR > 2 . Renal: S-kreatinin $\geq 3 \text{ ggr}$ över utgångsvärdet för patienten. Leverdysfunktion: Stegring i ALAT $\geq 1,5 \mu\text{kat/L}$.

Septisk chock (R57.2) föreligger när sepsis reaktionen resulterar i en objektivt verifierad kardiovaskulär dysfunktion (nedsatt vävnadsperfusjon eller lågt blodtryck som dock är ett tecken på sen dekompenserad chock hos barn) trots intravenös vätskebolus på $\geq 40 \text{ ml/kg}$ inom 1 timme enligt följande:

| Kliniska kriterier* | 3 kriterier nedan eller hypotension = septisk chock | |
|-----------------------------|---|---|
| Kapillär återfyllnad | $>3 \text{ sek}$ | (Vid varm chock $< 1\text{s}$, rodnad) |
| Laktat/s | $>4 \text{ mmol/l}$ | |
| Medvetandepåverkan | Slö, irritabel, konfusion – RLS85/GCS skattning | RLS ≥ 3 GCS ≤ 11 |
| Metabol acidosis | BE $< -5 \text{ mmol/L}$ | |
| Oliguri | $<0,5 \text{ ml/kg/tim}$ | |
| Perifera pulsar vs centrala | Avsaknad / svaga | |
| Hudkostym | Marmorering, kalla händer och fötter | Petezier, ekymoser |
| Hypotension | Se nedan | |

| Åldersspecifik hypotension | | |
|----------------------------|---------------------|----------------------|
| Ålder | Blodtryck | Hjärtfrekvens |
| 0 – 1 år | $<50 \text{ mm Hg}$ | $> 180 \text{ /min}$ |
| 1 – 5 år | $<60 \text{ mm Hg}$ | $> 160 \text{ /min}$ |
| 5 – 16 år | $<70 \text{ mm Hg}$ | $> 140 \text{ /min}$ |

Efter Maitland (N Engl J Med 2011 Jun 30;364(26):2483-95)

ARDS

ARDS eller akut lungsvikt är en diagnos som är viktig att fånga upp under IVA-vårdtiden och registrera i SIR vid alla tillfällen den förekommer.

Berlindefinitionen: J80.9A – J80.9B – J80.9C – J80.9X

Berlindefinitionen innefattar förutom diagnostiska kriterier också en gradering av svårighetsgraden från mild till svår. Mild eller lätt ARDS enligt nedan ingår inte i den tidigare diagnosen J80.9.

| | |
|---|---|
| 1. Har patienten akut påkommens lungsvikt? | ARDS kan föreligga om 1) akut lungsvikt uppträder inom 7 dagar efter klinik som kan orsaka ARDS eller 2) inom 7 dagar efter debut av försämrad lungfunktion. |
| 2. Visar röntgen eller CT av lungor bilaterala infiltrat förenliga med ARDS? | Infiltrat betraktas som förenliga med ARDS om de inte helt förklaras av atelektaser, pleuravätska eller tumör/noduli. |
| 3. Kan lungsvikten helt förklaras av hydrostatiskt lungödem? | ARDS-diagnosen används inte för lungsvikt som helt förklaras av vänsterkammarsvikt eller övervätskning. Om etiologisk orsak till ARDS saknas ska vänstersvikt som orsak till lungsvikt uteslutas med ekokardiografi. Exempel på etiologiska orsaker: <i>Pneumoni</i> <i>Extra-pulmonell sepsis</i> <i>Aspiration</i> <i>Större trauma</i> <i>Lungkontusion</i> <i>Pankreatit</i> <i>Inhalationslungskada</i> <i>Svår brännskada</i> <i>Icke-kardiogen chock</i> <i>Intoxikation</i> <i>Multipla transfusioner eller TRALI</i> <i>Vaskulit</i> <i>Drunkning</i> |
| 4. Har patienten försämrat gasutbyte som vid | |
| J80.9A - Lätt ARDS | PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 40,0 och >26,7 kPa och PEEP/CPAP ≥ 5 cmH ₂ O (kan vara invasivt eller noninvasivt) |
| J80.9B - Måttlig ARDS | PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 26,7 och >13,3 kPa och PEEP/CPAP ≥ 5 cmH ₂ O (skall vara via invasiv ventilation) |
| J80.9C - Svår ARDS | PaO ₂ /FIO ₂ ≤ 13,3 kPa och PEEP/CPAP ≥ 5 cmH ₂ O (skall vara via invasiv ventilation) |
| J80.9X - ARDS | (utan uppgift om svårighetsgrad) |

Referenser: JAMA. 2012;307(23):2526-2533.

Int Care Med 2012;38:1573-1582



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Akut njursvikt

Vuxna patienter ≥ 16 år

Med akut njursvikt menas abrupt och ihållande reduktion av njurfunktion. Detta motsvarar Acute Kidney Injury Stage 3 enligt KDIGO-kriterierna (Kidney Disease Improving Global Outcome, 2012) modifierade enligt ERBP (European Renal Best Practice, 2012), om ett eller flera av följande kriterier föreligger:

- S-kreatinin tredubblat jämfört med sjukhus-vårdtillfällets första värde
- S-kreatinin ökar till $>350 \mu\text{mol/L}$
- Urinproduktion $<0,3\text{ml/kg/tim}$ under 24 tim, baserat på idealkvot definierat som BMI 25
- Anuri föreligger sedan 12 timmar
- Start av RRT

Barn <16 år

Samma kriterier som njurdysfunktion vid ”sepsis/septisk chock”:

- S-kreatinin tredubblat jämfört med utgångsvärdet för patienten
- Urinproduktion $<0,5\text{ml/kg/tim}$

Referenser: *Kidney International Supplements* (2012) 2 och *Nephrol Dial Transplant*. 2012 Dec;27(12):4263-72

Icke specificerade multipla skador T07.9

Denna användning av koden T07.9 är inte strikt i enlighet med intentionen för ICD10-SE men är ett försök att lättare identifiera patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning pga multipla skador.

Två eller flera skador orsakade av trauma. Dessa skador kan påverka ett eller flera organ-system och medföra risk att var för sig eller tillsammans utgöra ett livshotande tillstånd. Används som sammanfattande diagnoskod för multipelt skadade patienter. Komplettera med specifika koder för respektive skada.

Infektiösa tillstånd

Enligt kodningsreglerna för ICD10 ska typen av infektion kodas som huvuddiagnos. Svårighetsgraden av infektionen dvs förekomst av sepsis eller septisk chock registreras som bidiagnos (termen bidiagnos används inte inom SIR utan blir en övrig diagnos). Detta är inte intuitivt eller logiskt för IVA diagnoskodning eftersom det just är svårighetsgraden av infektionen som innebär behov av IVA-vård. Men en anpassning till ICD10 gör denna förändring nödvändig. För att fortsatt kunna studera sepsis och septisk chock innebär detta behov av att anpassa utdataportal och rapporter.

Förutom organspecificerad typ av infektion (t.ex. Kolangit K83.0) anges även ev. verifierat infektiöst agens med sin diagnoskod. Eventuell antibiotika-resistens anges med ”U” kod. Om kriterier för Sepsis eller Septisk chock är uppfyllda anges även R65.1 resp. R57.2. Har patienten under vårdtiden uppfyllt kriterier för både septisk chock och sepsis väljer man den allvarligaste diagnosen dvs septisk chock. Det finns diagnoskoder som i samma kod kombinerar typ av infektion och agens, ett sådant exempel är A39.0 Meningokockmeningit.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Om infektionsfokus vid sannolik eller diagnosticerad sepsis inte kunnat fastställas under IVA-vården används koderna A40 – A41 för att beskriva typ av infektion.

Exempel 1:

| Kolangit med septisk chock och med påvisat fynd av E. coli | | |
|---|-------------------------|-------|
| Huvudsaklig IVAdiagnos | Kolangit | K83.0 |
| Övrig diagnos | E. coli | B96.2 |
| Övrig diagnos | Ev antibiotikaresistens | U-kod |
| Övrig diagnos | Septisk chock | R57.2 |

Exempel 2:

| Meningokockmeningit med septisk chock | | |
|--|---------------------|-------|
| Huvudsaklig IVAdiagnos | Meningokockmeningit | A39.0 |
| Övrig diagnos | Septisk chock | R57.2 |

Exempel 3:

| Septisk chock utan information om organursprung eller utlösande bakterie | | |
|---|----------------------|-------|
| Huvudsaklig IVAdiagnos | Sepsis, ospecifierad | A41.9 |
| Övrig diagnos | Septisk chock | R57.2 |

I journalsystem kopplar man ihop ovanstående koder i ovanstående exempel till en ”enhet”. Detta är tillsvidare inte möjligt i SIR.

Vid diagnosticering av infektionstillstånd ska man göra en värdering av hur allvarligt tillståndet är och inkludera diagnoserna Sepsis respektive Septisk chock när det är relevant. Det är samtidigt viktigt att om diagnosen för Sepsis respektive Septisk chock registreras för vårdtillfället att man diagnosticerar typ av infektion enligt ovan.

Covid-19

I samband med covid-19 pandemin har vi valt att inkludera denna diagnos bland de för intensivvården viktiga diagnoser.

U07.1 används när covid-19 har bekräftats genom laboratorietester, oavsett hur allvarliga de kliniska tecknen eller symtomen är. Tilläggskod kan användas för att identifiera lunginflammation eller andra manifestationer t.ex. ARDS

U07.2 används när covid-19 diagnostiseras kliniskt eller epidemiologiskt men laboratorietester är inte tillförlitliga eller tillgängliga. Tilläggskod kan användas för att identifiera lunginflammation eller andra manifestationer t.ex ARDS.

Patient med symptom (t.ex. lunginflammation) och konstaterad covid-19-infektion kodas med kod för covid-19 som huvudsaklig IVA-diagnos och därefter med relevanta manifestationer som bidiagnos.

Ex. U07.1 Covid-19, virus påvisat
 J12.8 Annan specificerad viruspneumoni



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET SIR

Patient inkommer med sepsis och smärter i buken. Växt av E Coli i blododling och får diagnosen kolangit + sepsis. Patienten har även lindriga luftvägssymtom där provtagning påvisar covid-19. Kodningen blir

Ex: K83.0 Kolangit (huvudsaklig IVA-diagnos)
B96.2 E Coli
R65.1 Sepsis
U07.1 Covid-19, virus påvisat

Patient med symtom där diagnosen covid-19 ställs kliniskt, men där laboratorietest inte är tillgängligt. Symtom kan anges som bidiagnos vid behov. Detta alternativ blir nog inte så vanligt då dessa patienter sannolikt kommer att provtas.

Ex: U07.2 Covid-19, virus ej påvisat (huvudsaklig IVA-diagnos)

För patienter som är gravida men där inte en obstetrisk kod är aktuell (se nedan) så ska graviditeten ändå kodas som bifynd.

Ex. U07.1 Covid-19, virus påvisat (huvudsaklig IVA-diagnos)
Z33.9 Graviditet som bifynd

Obstetriska tillstånd

I första hand användes specifika diagnoser från ”O-listan” (O14.1-O88.2) och företrädesvis som ”Huvudsaklig IVA-diagnos”.

Patientsäkerhetsdiagnoser

Används vid komplikationer till kirurgisk och medicinsk vård.

Om komplikation eller annat missöde vid behandling utgör huvudanledning till eller är starkt bidragande till aktuell IVA-vård väljs, som komplement till övrig diagnossättning, tillämplig komplikationskod. OBS dessa diagnoskoder bör i regel kombineras med annan diagnoskod som ”Huvudsaklig IVA-diagnos” och som anger orsaken till IVA-vården t.ex. intrakraniell blödning I62.9 vid warfarinblödning, hypoglykemi E14.0 vid insulinöverdosering, andningspåverkan (J96.9 alternativt R09.2) vid opioidöverdosering.

Organdonation

Vi har använt koden G93.8 för att koda Total hjärninfarkt. Efter kontakt med Socialstyrelsen rekommenderas istället koden I63.8. Ska inte användas som huvudsaklig IVA-diagnos utan då kodar man för orsaken till hjärnskadan t.ex. Subaraknoidalblödning I60.0 till I60.9.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Ändringshistorik

2020-04-03 Version 18.0

För intensivvården viktiga diagnoser

Tillägg av koder för Covid-19, U07.1 och U07.2 samt A39.0 i raden för Meningit, bakteriell

2018-10-02 Version 17.0

Justerat tryckfel under J80.9C - Svår ARDS

från $PaO_2/FIO_2 \leq 26,7$ och $>13,3\text{ kPa}$ och $PEEP/CPAP \geq 5\text{ cmH}_2\text{O}$
till $PaO_2/FIO_2 \leq 13,3\text{ kPa}$ och $PEEP/CPAP \geq 5\text{ cmH}_2\text{O}$

2018-05-08 Version 16.0

Tagit bort enskilda författare. Svenska Intensivvårdsregistret är ansvarig utgivare.

2017-12-08 Version 15.0 Pär Lindgren

SIR diagnoslista borttagen. ICD-10-SE huvudprincipen vid diagnoskodning. Aggregering görs vid utdata i stället för vid registrering. Nyckeldiagnoser, Viktiga diagnosar etc borta och hopslagna under rubrik ”För intensivvården särskilt viktiga diagnosar”. Benämningen primär IVA diagnos ändrad. Under definitioner:

Sepsisdefinition ändrad till enbart Sepsis-3 för vuxna. Under barn har en tabell ändrats enligt önskemål från BIVA gruppen.

ARDS enbart Berlindefinition.

Njursvikt omskriven med KDIGO-kriterierna.

2016-01-01 Version 14.0 Pär Lindgren

Tillägg av Berlindefinitionen för ARDS J80.9A, J80.9B, J80.9C, J80.9X

Justering av koder för influensa J09 och J10

2015-08-06 Version 13.0 Pär Lindgren

Tagit bort hänvisningen av T/Y-koder under rubriken Nivå 4 Patientsäkerhetsdiagnosar.

Komplikationer till kirurgisk och medicinsk vård, för att inte förvilla vad som gäller för IVA/TIVA vs BIVA

2015-05-13 Version 12.0 Pär Lindgren

Ändrat text för J09.9 från Virusinfluensa av pandemikaraktär till Influensa orsakad av vissa identifierade influensavirus

2015-04-14 Endast uppdaterad sidfot. För övrigt inga ändringar.

2012-11-14 Version 11.0 Pär Lindgren

Ventilatorassocierad pneumoni (VAP) J958A med defintionshänvisning tillagd till nivå-3 diagnoserna. Status Epileptikus G41.9 tillagd.

2011-06-30 Version 10.0 Jan Martner

Tagit bort ”det tillstånd eller den orsak som föranledde IVA-vården” som fanns sist i stycket om ”Vid obstetriska tillstånd”.

Lagt till ”eller kolonisering av typ” vid fotnot 7 i stycket för Nivå 3. Viktiga associerade eller komplicerande diagnosar/tillstånd.



SVENSKA INTENSIVVÅRDSREGISTRET

SIR

Ändrat KSH97/ ICD-10 till ICD-10-SE

2010-10-21 Version 9.0 Jan Martner

Förtydligat texten under Nivå 4 Patientsäkerhetsdiagnoser

Om komplikation eller annat missöde vid behandling utgör huvudanledning till eller är starkt bidragande till aktuell IVA-vård väljs, som komplement till övrig diagnossättning, tillämplig diagnos av T (80–88) eller Y (40–83) som finns under rubriken "Patientsäkerhetsdiagnoser" i SIR:s diagnosförteckning.

2010-06-20 Version 9.0 Jan Martner

I anslutning till revisionen av SIR:s diagnosförteckning har även texten i "Riktlinjer för diagnossättning" genomgått en omfattande revision. Kodning av "Svår sepsis/septisk chock" har ändrats så att den gemensamma koden A41.9 ersatts av R65.1 (svår sepsis) och R57.2 (septisk chock). Till "viktiga diagnoser" har lagts till "Meningit, bakteriell" G00.9, "Subaraknoidalblödning (ej trauma)" I60.9 samt "Virusinfluensa av pandemikaraktär J09.9". Ett antal nya diagnoser har tillkommit och några har utgått (se "Ändringshistorik" i SIR:s diagnosförteckning). För bakteriella diagnoser rekommenderas nu att observerad antibiotikaresistens kodas med U-koder. Möjliga koder inom det obstetriska området har utökats.

2009-06-09 Version 8.0 Jan Martner

Traumatisk intrakraniell skada UNS S06.9 (utom om S06.0 används) skall alltid användas som "primär IVA-diagnos" vid isolerad skallskada - se ny skrivning av avsnittet "Nivå 2 Viktiga diagnoser"

2009-03-17 Version 7.0 Jan Martner

Definition av multiresistenta bakterier har uppdaterats

2008-05-08 Version 6.0 Jan Martner

Definition av svår sepsis/septisk chock har kompletterats med kriterier för hypoperfusion/organpåverkan. Diagnosen T42.4 intoxikation med bensodiazepiner har kompletterats med "och bensodiazepinlikna sedativa/hypnotika" Från årsskiftet 2008/2009 kommer diagnosnummer för multipel skleros ändras från G35.0 till G35.9 – dock kommer G35.0 även fortsättningsvis att kunna rapporteras med samma innebörd som G35.9

2007-12-06 Version 5.0 Jan Martner

Nivå 4 – patientsäkerhetsdiagnoser har lagts till

2007-04-19 Version 4.0

I definition av svår sepsis/septisk chock både för vuxna och barn har ett nyttillkommet fel där \geq felaktigt blivit > rättats till