

# Inledning

En sjukdomsklassifikation kan definieras som ett system för att ordna sjukdomar i klasser och grupper. Det finns många tänkbara principer eller axlar efter vilka en sådan klassifikation kan byggas upp. Man kan t.ex. utgå från anatomi eller topografi (den drabbade kroppsdel, det sjuka organet), sjukdomsprocessens natur (inflammation, tumör etc.), sjukdomens orsak och uppkomstmekanism (bakteriell infektion, skada genom yttre orsak etc.). Vilken axel man bör välja beror på vad klassifikationen främst ska användas till.

Denna klassifikation är den svenska versionen av den tionde revisionen av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) som utgavs av Världshälsoorganisationen (WHO) 1992. Den är liksom sina föregångare en statistisk klassifikation, d.v.s. ett system för att på ett meningsfullt sätt gruppera sjukdomar och dödsorsaker för översiktliga statistiska sammanställningar och analyser. Kravet på en statistisk klassifikation av detta slag är att den täcker alla tänkbara sjukliga tillstånd och hälsoproblem inom ett hanterbart och därför rimligt antal kategorier.

Det primära syftet med ICD-10 och denna svenska motsvarighet, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE), är sålunda att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är aktuella som orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Förutom traditionella diagnoser måste klassifikationen därför omfatta ett brett spektrum av symtom, onormala fynd, besvär och sociala förhållanden.

## ***Kort historik***

Den internationella sjukdomsklassifikationen (ICD) som blivit en över hela världen accepterad standard för klassifikation av sjukdomar har en lång historia. Under 1600- och 1700-talen framlades flera olika

sjukdomsklassifikationer som speglade den tidens förhärskande sjukdomsläror. Av särskilt svenskt intresse är den av Linné 1763 utgivna Genera morborum (Sjukdomsgrupperna) som ordnade 325 olika sjukdomar och symtom i klasser och ordningar. I mitten på 1800-talet lade den engelske medicinske statistikern William Farr fram ett förslag till en internationell dödsorsaksklassifikation som delade in dödsorsakerna i fem stora grupper:

- epidemiska sjukdomar
- generaliserade sjukdomar
- lokaliserade, anatomiskt definierade sjukdomar
- utvecklingsrubbingar
- skador genom yttre våld

Den grundstrukturen levde vidare i ett nytt förslag som fransmannen Jaques Bertillon lade fram vid den internationella statistiska unionens möte 1893. Då fastställdes den första listan över dödsorsaker som syftade till att möjliggöra jämförelser av dödligheten mellan olika länder. Listan reviderades sedan vart tionde år men bibehöll i stort sin grundstruktur.

Den sjätte revisionen gjordes 1948 av den då nybildade Världshälsoorganisationen (WHO) och innebar att ICD kom att omfatta även sjukdomar som normalt inte leder till döden. Den blev därigenom lämpad även för sjukhusbruk och annan sjuklighetsstatistik. WHO har därefter ansvarat för de revisioner som även fortsättningsvis skett ungefär vart tionde år. WHO kräver av alla medlemsländer att de ska använda ICD för internationell rapportering av sjukdomar och dödsorsaker. På det sättet skapas förutsättningar för en internationellt jämförbar mortalitets- och morbiditetsstatistik.

ICD har hela tiden haft samma grundstruktur som den som William Farr föreslog för 150 år sedan. Farr arbetade med folkhälsofrågor (public health) och hans klassifikationsidé bär tydliga spår av det samhällsmedicinska arbetets behov. Statistiken skulle vara till ledning för infektionsbekämpande och omgivningshygien, för förebyggande av

mödra- och barnadödlighet och för prevention av yrkessjukdomar och olycksfallsskador. Man kan säga att den tidens folkhälsoproblem har satt en bestående prägel på klassifikationen. Det behöver emellertid inte vara någon nackdel, eftersom det i WHO:s globala perspektiv fortfarande är just dessa aspekter som är de viktigaste i det världsomspännande folkhälsoarbetet.

Arbetet på ICD-10 påbörjades i WHO 1983. Den internationella revisionskonferensen avseende ICD-10 hölls 1989 i Genève. Världshälsoförsamlingen antog klassifikationen 1990 med avsikt att den skulle träda i kraft 1993. Framställningen av den engelska originalversionens olika delar tog emellertid längre tid än beräknat och inte förrän i mitten av 1990-talet kunde man börja använda nationella översättningar av den nya klassifikationen i vissa länder.

I Sverige ersätter den nu publicerade svenska versionen av ICD-10 den av Socialstyrelsen utgivna Klassifikation av sjukdomar 1987 som byggde på ICD-9. Den nya klassifikationens namn understryker dess syfte att vara ett instrument för främst statistiska sammanställningar men också en eftersträvad breddning till andra aspekter än sjukdomsdiagnoser för att beskriva hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Klassifikationen tas i bruk fr.o.m. år 1997.

### ***Klassifikationens användningsområde***

Klassifikationen av sjukdomar och relaterade hälsoproblem är ett nödvändigt verktyg för beskrivning av dödsorsaksmonstret och sjukdomspanoramat i en befolkning och för annan epidemiologisk forskning. I Sverige har den fått en mycket bred användning. Den används för patientstatistik i öppen och slutenvård och i de regionala och centrala register som byggs upp från denna statistik. Den är grunden för registrering av dödsorsaker hos Socialstyrelsen. Den används också inom sjukförsäkringen och för statistik över arbetsskador. Den utnyttjas för registrering av sjukdomar inom företagshälsovården och inom försvaret. Den används dessutom i en rad olika forskningsregister.

Genom den utbyggda datoriseringen i sjukvården har betydelsen och användningen av sjukdomsklassifikationen ökat ytterligare. En praktiskt viktig uppgift vid sidan av den statistiska är användningen som sökregister i sjukvårdens journalarkiv. Den är ett viktigt instrument i all medicinsk informationsverksamhet och genom sina standardiserade koder ett betydelsefullt internationellt kommunikationshjälpmedel. På senare år har diagnosinformationen på sjukhus också kommit att användas som bas för olika system för verksamhetsbeskrivning och kvalitetskontroll. Det s.k. DRG-systemet - som arbetar med diagnosrelaterade grupper baserade på ICD - har tagits i anspråk för resursfördelning inom sjukvården och lagts till grund för ekonomisk ersättning till sjukhus på vissa håll.

För en fullständig beskrivning och analys av den sjukvårdande verksamheten är inte ICD-10 tillräcklig. WHO har lanserat begreppet "a family of disease and health-related classifications". I denna familj ingår ICD-10 som en kärna. En serie av specialitetsanpassade klassifikationer har emellertid också utarbetats och förväntas bli publicerade både internationellt och nationellt. Ett exempel på detta är den av WHO utgivna International Classification of Diseases for Oncology, andra upplagan (ICD-O-2). WHO har även gett ut specialistanpassade klassifikationer inom det psykiatriska området och för tandvård. Arbete pågår på specialistanpassade internationella klassifikationer baserade på ICD inom flera andra områden såsom neurologi, dermatologi, reumatologi och ortopedi samt pediatrik.

ICD-10 är däremot inte avsedd för att klassificera medicinska åtgärder som t.ex. kirurgiska operationer. På grund av svårigheterna att få internationell enighet inom ett område där utvecklingen går så snabbt som inom kirurgin, har WHO avstått från att uppdatera en tidigare publicerad internationell klassifikation för medicinska åtgärder. Man förutsätter att olika länder eller grupper av länder arbetar fram egna operationsklassifikationer, såsom t.ex. skett genom samarbete mellan de nordiska länderna.

## ***Klassifikationens principiella uppbyggnad***

Sjukdomsklassifikationen är hierarkiskt uppbyggd av sjukdomsgrupper och sjukdomskategorier. ICD-10 består av 22 *kapitel*. Dessa är i sin tur indelade i *avsnitt* som omfattar grupper av likartade sjukdomar. Avsnitten består av ett antal *kategorier* som ofta representerar enskilda sjukdomar. Kategorierna motsvaras av treställiga alfanumeriska koder (en bokstav och två siffror). Kategorierna är i sin tur oftast indelade i *subkategorier* som betecknas med fyrställiga koder (en bokstav, två siffror och en decimal som avskiljs med en punkt). Subkategorierna kan t.ex. avse olika typer av en viss sjukdom eller olika stadier av sjukdomen.

Kapitelindelningen styrs av flera principer. Förutom olika kapitel för varje större organsystem finns kapitel som främst bygger på etiologi eller uppkomstsätt (infektionssjukdomar, tumörer, medfödda missbildningar och skador). En annan princip ligger bakom de särskilda kapitlen för graviditet och förlossning samt perinatale tillstånd. Dessutom finns kapitel för symptom och ofullständigt preciserade fall, yttre orsaker till sjukdom och död samt faktorer av betydelse för människors kontakter med hälso- och sjukvården.

När man på detta sätt blandar olika klassifikationsprinciper leder det till praktiska svårigheter, eftersom det inte är självklart vart man ska föra ett visst tillstånd. ICD 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 19)
- 2) Graviditet, förlossning, barnsängstid samt vissa perinatale tillstånd (15–16)
- 3) Infektionssjukdomar, tumörer och missbildningar (1, 2 och 17)
- 4) Organsystemkapitlen (3–14), symptomkapitlet (18) och Z-kapitlet (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.

Eftersom det måste vara möjligt att klassificera alla förekommande sjukdomar och hälsoproblem - även sådana som inte var kända när klassifikationen gjordes - innehåller klassifikationen restgrupper på olika nivåer för andra specificerade men inte särskilt nämnda sjukdomar av likartat slag. Det finns dessutom ofta en avslutande kategori eller subkategori för sådana fall som inte specificerats eller inte kunnat specificeras så långt som klassifikationen tillåter. Den får beteckningen ”ospecificerad” eller UNS som står för ”utan närmare specifikation”.

För att underlätta användningen av klassifikationen och förtydliga var olika tillstånd hör hemma anges under rubrikerna till olika kodnummer ofta ett antal s.k. inklusionstermer. Dessa är till skillnad från rubrikerna tryckta med mager stil och med indragning från vänstermarginalen. De utgörs av synonymer till rubriktexten eller avser mer specificerade tillstånd som omfattas av den aktuella kategorin eller subkategorin. Det är viktigt att framhålla att inklusionstermerna inte utgör en fullständig förteckning av vad som innefattas. De ska främst ses som exempel.

Vad som ingår eller inte ingår i en viss kategori eller subkategori förtydligas ibland med hjälp av termerna *Innefattar* och *Utesluter*, vilka också kan återfinnas under rubriker till kapitel eller avsnitt. Dessa termer används främst med avseende på sådana tillstånd som inte självklart ska ingå eller uteslutas. *Utesluter* åtföljs av en hänvisning till annat kodnummer, dit den exkluderade diagnosen i stället ska föras.

## ***Väsentliga nyheter i klassifikationen***

### **Fler kapitel**

ICD-9 och därmed 1987 års svenska klassifikation innehöll 17 kapitel och två tilläggsklassifikationer: Yttre orsaker till skador och förgiftningar (E-serien) samt Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och kontakterna med hälso- och sjukvården (V-serien). Dessa båda serier har i ICD-10

inkorporerats i huvudklassifikationen och utgör nu egna kapitel.

Sammanlagt omfattar klassifikationen nu 22 kapitel, eftersom man också gjort en uppdelning av det tidigare ICD-9-kapitlet för nervsystemets och sinnesorganens sjukdomar i tre separata kapitel, nämligen Sjukdomar i nervsystemet (kapitel 6), Sjukdomar i ögat och närliggande organ (kapitel 7) och Sjukdomar i örat och mastoidkottet (kapitel 8). Eftersom man också ändrat ordningsföljden mellan vissa kapitel, har flertalet kapitel fått nya nummer.

### **Ny kodstruktur**

Själva kodstrukturen i klassifikationen har också ändrats. De alfanumeriska koderna har nu en bokstav som första tecken. Flertalet kapitel disponerar sin egen bokstav. Undantag gäller kapitel 1, Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar, som disponerar två bokstäver (A och B) liksom kapitel 2 Tumörer (C och delar av bokstaven D). Senare delen av bokstavsserien D används dock för kapitel 3 Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet. Ögonsjukdomarna och öronsjukdomarna delar också på en bokstav (H). Kapitel 9 som omfattar skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker disponerar två bokstäver (S och T) och kapitel 20 som avser yttre orsaker till sjukdom och död disponerar fyra bokstäver (V, W, X och Y).

Av det engelska alfabetets 26 bokstäver har man utnyttjat 26. Varje bokstav kan åtföljas av siffrorna 00-99 och dessa treställiga koder kan i sin tur delas upp med en decimal i fjärde positionen. Det alfanumeriska systemet har mer än fördubblat antalet tillgängliga koder i förhållande till ICD-9 (vars internationella version var rent numerisk). Vissa treställiga koder har lämnats vakanta för framtida utvidgningar och revisioner. Det ska sålunda bli möjligt att bygga ut systemet utan att behöva ändra på kodnummer som behåller sitt innehåll oförändrat.

I Sverige infördes alfanumeriska koder i Klassifikation av sjukdomar 1987 främst för att enkelt kunna skilja på koder från olika klassifikationsrevisioner. Man ersatte då den fjärde positionen (en decimal) i ICD-9 med en bokstav. Eftersom ICD-10 använder bokstav i den första positionen, blir det fortfarande lätt

att skilja svenska kodbeteckningar från 1987 års klassifikation från dem i denna klassifikation.

### **Ändrat innehåll i vissa kapitel**

ICD-10 rymmer många innehållsmässiga nyheter som avspeglar den medicinska utvecklingen inom olika områden. Många nya sjukdomar har tillkommit. Synen på hur vissa sjukdomar bör klassificeras har ändrats. Så har t.ex. ändringar skett i klassificeringen av maligna tumörer i lymfatisk och blodbildande vävnad, diabetes, epilepsi och njursjukdomar. Inom många kapitel har särskilda kategorier tillkommit för läkemedelsutlösta och postoperativa tillstånd. Generellt sett har detaljrikedomen i klassifikationen ökat väsentligt.

Vissa mer omfattande överflyttningar mellan kapitel har gjorts. Så har t.ex. rubbningar i immunsystemet sammanförts med sjukdomar i blod och blodbildande organ i ett och samma kapitel. De mest omfattande innehållsmässiga förändringarna finns i kapitlen avseende psykiska sjukdomar och beteendestörningar (kapitel 5), skador och förgiftningar (kapitel 9) samt yttre orsaker till sjukdom och död (kapitel 20). Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar har försetts med beskrivningar av de olika tillstånden för att tillgodose önskemålen om en mer enhetlig diagnostik. Skadepitet har fått en helt ny indelning som utgår från skadans lokalisering och inte från dess typ. Yttre orsaker till skada och sjukdom kodas efter ett delvis nytt system.

Varje kapitel inleds med anvisningar om vilka tillstånd som inte ska klassificeras inom kapitlet utan på annat ställe. Härigenom klargörs prioritetsordningen mellan de olika kapitlen. I kapitelinledningen finns också en översikt över kapitlets struktur och en uppräkningslista av de s.k. asterisk-koder som återfinns i kapitlet (se vidare härom nedan).

### **Utvidgning av dagger-asterisk-systemet**

Det system för dubbelklassificering av vissa tillstånd som infördes redan i ICD-9 men som bara delvis genomfördes i Klassifikation av sjukdomar 1987 har byggts ut i ICD-10. Systemet ger möjlighet att samtidigt klassificera vissa tillstånd med hänsyn till både etiologi och manifestation och kallas för

dagger-asterisk-systemet efter beteckningen på de typografiska tecken som markerar de olika slagen av koder i ICD-10. Asteriskkoder avsedda för lokaliserade manifestationer av vissa sjukdomar har samlats i 83 särskilda treställiga kategorier (se härom nedan).

### **Morfologikoder tillkommit**

Inom kapitel 2 klassificeras tumörer i första hand i stora grupper med avseende på tumörens natur (malignitetsgrad) och inom dessa grupper efter anatomisk lokalisering. Däremot sker som regel ingen uppdelning efter tumörernas morfologiska (histologiska) typ.

Som separat bilaga att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats återfinns emellertid särskilda s.k. morfologikoder hämtade från andra upplagan av International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O-2). Vissa hänvisningar finns i kapitel 2 till dessa koder. Den som önskar ange en tumörs histologiska typ kan göra det genom att använda dessa morfologikoder som tillägg till diagnoskoderna från kapitel 2. Svenska patologer använder histologiska koder som mycket nära överensstämmer med morfologikoderna i ICD-O-2.

### **Uppdateringsmöjlighet**

Samtidigt som ICD-10 fastställdes av WHO beslutades också om en ny mekanism för att möjliggöra uppdateringar av ICD mellan revisioner. De WHO Collaborating Centres for Classification of Diseases, vilka inrättats för att i samverkan med WHO bistå medlemsländerna i frågor som gäller utvecklingen och användningen av hälsorelaterade klassifikationer och särskilt då ICD, har fått en ny roll i detta sammanhang.

Medlemsländerna har möjlighet att till något av dessa centra framföra förslag till särskilt angelägna ändringar i ICD. Collaborating Centres vidarebefordrar till WHO sådana förslag som bedöms förtjäna behandling på ett internationellt plan. Förslagen blir sedan föremål för diskussion och beslut vid de årliga möten som WHO anordnar tillsammans med Collaborating Centres. Proceduren tillämpades första gången under år 1996.

För de nordiska länderna finns ett Collaborating Centre vid Helsedirektoratet,

Oslo, Norge. Detta center svarar för samordningen av arbetet med de nordiska ländernas nationella versioner av ICD-10. Eventuella förslag till ändringar eller tillägg i ICD-10 ska dock i första hand riktas till den nationella klassifikationsmyndigheten, d.v.s. i Sverige till Socialstyrelsen.

### ***Språk och terminologi***

#### **Klassifikation och inte nomenklatur**

Genom klassifikationens breda användning inom sjukvården blir dess språk och terminologi av betydelse för det medicinska fackspråket. Det förtjänar dock understrykas att det här primärt är fråga om en statistisk klassifikation och inte en nomenklatur, d.v.s. en förteckning över riktiga eller rekommenderade beteckningar eller termer. Klassifikationens språk är sålunda inte bindande för formuleringen av de diagnoser som anges i patientjournaler eller annan medicinsk dokumentation.

Som redan nämnts utgörs flera av klassifikationens kategorier och subkategorier av s.k. restgrupper för andra i grundmaterialet – t.ex. patientjournalen – specificerade men i klassifikationen inte särskilt nämnda sjukdomar. Det ligger i sakens natur att beteckningarna på sådana restgrupper inte kan användas som diagnoser.

#### **Användningen av svenska och latin**

Betydelsen av att medicinska journaler så långt möjligt utformas på svenska har understrukits både i Socialstyrelsens s.k. språkcirkulär och i patientjournallagen. Det har därför ansetts viktigt att fortsätta den strävan till försvenskning av klassifikationens språk som inleddes med Klassifikation av sjukdomar 1987.

Strävan till försvenskning gäller i första hand diagnoser på tresiffernivå och rubrikerna för avsnitt och kapitel. På dessa nivåer finns dock parallell latinsk text. På den mest detaljerade, fyrställiga nivån - som motsvarar den detaljeringsgrad som är aktuell i journaldiagnoser och dödsbevis - använder klassifikationen huvudsakligen ett försvenskat latin men ibland ren svenska eller rent latin. Målsättningen har varit att så nära som möjligt

spegla gängse svenskt medicinskt språkbruk. Synpunkter från kontaktpersonerna i Svenska Läkaresällskapets olika sektioner har här varit till stor nytta i översättningsarbetet.

Att olika språkliga principer används på olika nivåer i klassifikationen leder ofta till språkväxlingar mellan nivåerna. Dessa är konsekvenser av en strävan att erbjuda dels en svensk terminologi, dels ett naturligt medicinskt fackspråk i samma klassifikation. Även på de nivåer där ett svenskt språkbruk eftersträvat har det dock inte alltid varit möjligt att finna goda svenska termer. I de fall främmande ord och uttryck används på dessa nivåer har de främmande orden oftast försetts med en förklaring inom parentes, vilken naturligtvis inte behöver användas när beteckningen i fråga används i andra sammanhang. När det gäller vilka ord och uttryck som behöver förklaras har Svenska Akademiens Ordlista (11 upplagan) varit till ledning. Om en term återfinns i ordlistan har den som regel inte förklarats ytterligare. I detta avseende skiljer sig denna klassifikation från sin föregångare som innehöll fler sådana ordförklaringar.

### **Stavningsfrågor m.m.**

Svenska ordböjningar och försvenskad stavning används genomgående i de försvenskade termerna. Härvid följs det förslag till skrivregler för medicinska termer som publicerats av Svenska Läkaresällskapets kommitté för medicinsk språkvård (Läkartidningen 1993, nr 20, sid 1965-1967). Med denna kommitté har också vissa andra principfrågor rörande det medicinska språket diskuterats.

Kroppsdelar och organ som bara förekommer i ental omnämns som regel i bestämd form, medan sådana som förekommer i flertal nämns i obestämd form.

Ordet ”och” i sjukdoms- och skadebeteckningar ska som regel tolkas som ”och/eller”. Båda komponenterna i en sammansatt sjukdoms- eller skadebeteckning behöver sålunda inte samtidigt föreligga. Om samtidig förekomst krävs används i stället ordet ”jänte”.

## ***Vissa anvisningar för klassifikationens användning***

### **Systematisk och alfabetisk förteckning**

Den föreliggande systematiska förteckningen är den svenska versionen av ICD-10:s ”Volume 1”. ICD-10 omfattar också en ”Volume 2” (Instruction manual) som inte utges i sin helhet på svenska. Den innehåller anvisningar för klassifikationens användning såväl för dödsorsaksstatistik som för sjukhusbruk och andra ändamål. Sådana anvisningar har i viss utsträckning medtagits i denna inledning men återfinns också i en separat publicerad handledning och annat material speciellt inriktat på att underlätta klassifikationens användning.

”Volume 3” (Alphabetical Index) av ICD-10 motsvaras av en svensk alfabetisk förteckning som publiceras i en egen volym.

För att finna den korrekta koden för en viss diagnos kan man i princip gå fram på två sätt. Det ena är att söka sig fram i klassifikationen med hjälp av den hierarkiska strukturen. Denna framgår bäst av den översikt som finns i början av boken. Man startar med det kapitel man tror innehåller diagnosen i fråga och söker sig så vidare till det avsnitt, den kategori och den subkategori som enligt rubrikbeteckningarna bör innehålla den aktuella diagnosen. Bekräftelse på att man kommit rätt får man om man därvid finner diagnosen själv eller en beskrivning som väl stämmer med diagnosen i fråga. Sökandet styrs av anvisningar av typen *Anmärkning*, *Innefattar* och *Utesluter*.

När det gäller dessa upplysningar är det viktigt att observera deras placering. Anvisningar som placerats i början av ett kapitel och som anger vad som innefattas eller utesluts gäller hela kapitlet. Motsvarande anvisningar placerade i början av ett avsnitt gäller hela avsnittet och sådana placerade i anslutning till en treställig kategori gäller samtliga fyrställiga subkategorier under denna kategori.

Det andra sättet att finna den riktiga koden är att utgå från den alfabetiska förteckningen. Den innehåller särskilda anvisningar om hur den är uppställd och bör användas. Det är emellertid viktigt att framhålla att man i sådant fall måste slå upp det kodnummer man med

hjälp av det alfabetiska registret kommit fram till i den systematiska förteckningen för att - med ledning av beteckningen för kategorin i fråga och dess inklusioner och exklusioner - kontrollera att man kommit rätt. Det finns nämligen tillfällen då man kan tro att man funnit den rätta koden till dess man läser igenom de uteslutningar som förekommer och finner att det är till en av dessa man i stället bör gå. Den alfabetiska förteckningen är sålunda endast ett hjälpmedel och kan inte ersätta den systematiska delen.

Vid användning på sjukhus för patientstatistik bör kodningen som regel ske med den största detaljeringsgrad som är möjlig enligt denna basklassifikation. Minst fyrställiga koder ska användas. Om ingen uppdelning av den treställiga kategorikoden förekommer ska den kompletteras med decimalen 9. Dataregistreringen underlättas av att samtliga koder kan hanteras som minst fyrställiga.

Inom vissa kapitel finns möjlighet att göra ytterligare uppdelningar i en femte position. Det gäller t.ex. uppdelningen i slutna och öppna frakturer i kapitel 19 och angivande av aktivitetskod för skadade personer i kapitel 20. I de specialistanpassade versionerna av klassifikationen kan på motsvarande sätt vissa fyrställiga subkategorier delas upp ytterligare i en femte position (som i dessa fall är alfabetisk).

### **Dagger-asterisk-systemet**

Som redan nämnts medger dagger-asterisk-systemet att vissa tillstånd kan dubbelkodas både med avseende på sin etiologi (daggerkoden) och med avseende på sin manifestation eller lokalisation (asteriskkoden). Systemet ger sålunda information både om den underliggande generaliserade sjukdomen och en manifestation i ett särskilt organ eller med särskild lokalisation, vilken i sig utgör ett kliniskt problem som oftast handläggs inom en annan specialitet än grundsjukdomen.

Asteriskkoderna finns samlade inom 83 särskilda treställiga koder, flertalet av dem uppdelade i subkategorier. Vilka de är får man enklast en uppfattning om genom att de

särredovisats i den översikt som inleder varje kapitel.

Asteriskkoder utgör ena delen i ett kodpar och kan aldrig stå ensamma. De kräver alltid en åtföljande daggerkod. Som daggerkod förekommer dels särskilda koder som är märkta med daggertecken i klassifikationen, dels även andra (omärkta) koder som kan användas som daggerkoder. Samtliga tänkbara dagger-asterisk-kombinationer finns därför inte angivna i klassifikationen.

Vid diagnosregistrering på sjukhus ska asteriskkoden i ett kodpar redovisas först (till skillnad från vad som gällde i föregående svenska klassifikation). Den diagnos som följer omedelbart efter en asteriskkod ska utgöra - och tolkas alltså som - daggerkoden i det aktuella kodparet. Detta betyder bl.a. att om flera asteriskkoder med samma daggerkod ska redovisas, måste var och en av asteriskkoderna åtföljas av daggerkoden i fråga.

Vid utskrift av koderna i ett sådant kodpar kan det vara lämpligt att för tydlighets skull även ange asterisk- och daggertecknen efter respektive kod. Vid datorregistrering är det dock inte nödvändigt att ta med tecknet i fråga, eftersom asteriskkoderna är entydigt definierade som sådana i klassifikationen.

### **Andra former av dubbelkodning**

I vissa situationer kan - förutom genom dagger-asterisk-systemet - mer än en kod användas för att fullständigt beskriva ett visst tillstånd. I dessa fall anges i klassifikationen att man genom att använda en tilläggskod kan redovisa ytterligare information.

Detta förekommer t.ex. med avseende på lokala infektioner som klassificeras i något av de organsystemrelaterade kapitlen, där koder från blocket B95-B98 i kapitel 1 kan användas för att ange den infektiösa organismen.

På motsvarande sätt kan funktionell aktivitet hos tumörer anges genom att den relevanta koden från kapitel 4 används i tillägg till tumörkoden.

Vid organiska, inklusive symtomatiska, psykiska störningar (avsnitt F00-F09) kan en kod från ett annat kapitel användas som tilläggskod för att ange orsaken, t.ex. en underliggande sjukdom eller skada. I detta avsnitt finns också ett par dagger-asterisk-lösningar av motsvarande innebörd.

I de fall ett tillstånd har orsakats av ett toxiskt ämne kan en kod från kapitel 20 användas som tilläggskod för att ange ämnet i fråga. Motsvarande gäller också för läkemedelsutlösta tillstånd men här tillämpas speciella regler (se mera härom nedan).

Alla tillstånd som klassificeras i kapitel 19 ska åtföljas av en kod från kapitel 20 som beskriver skadans uppkomstsätt. (Detta överensstämmer med användningen av de s.k. E-numren i den föregående klassifikationen.) Detta beskrivs närmare i följande avsnitt.

### **Kodning av skador och förgiftningar**

Dubbelklassificeringen av skador och förgiftningar syftar till att möjliggöra statistik baserad på två olika aspekter, nämligen både skadans natur och dess uppkomstsätt. Den kliniska diagnosen beskriver som regel skadans natur (t.ex. en viss typ av fraktur, sårskada eller förgiftning). Statistik över skadornas natur speglar vilka typer av sjukvårdsinsatser som varit aktuella och därmed resursutnyttjandet. Sådan statistik är däremot mindre användbar för förebyggande insatser; här är statistik över skadornas uppkomstsätt mer angelägen (t.ex. skada genom cykelolycka, fall från byggnadsställning, självmordsförsök).

*Skadans natur* klassificeras i kapitel 19. Som framgår av inledningen till detta kapitel bör - där så är möjligt - multipla, d.v.s. sammansatta, skador registreras med separata koder för de olika skadorna. Kombinationskoder för multipla skador avser fall där det inte finns tillräckligt med detaljer för att karakterisera varje enskilt tillstånd eller för sådan statistisk redovisning där det är lämpligt att redovisa en enda kod. Vid öppen fraktur kan man som ett alternativ till att registrera frakturen och sårskadan i separata koder utnyttja en undergruppering i frakturkodens femte position som gör det möjligt att skilja på slutna och öppna frakturer. De särskilda reglerna för att koda

läkemedelsförgiftningarnas natur berörs i nästa avsnitt.

*Skadans uppkomstsätt* klassificeras i kapitel 20 som avser yttre orsaker till sjukdom och död. Koder från kapitel 19 ska alltid åtföljas av en kod från kapitel 20, vilken vid patientstatistik på sjukhus som regel registreras i ett särskilt fält.

Kapitel 20 är i ICD-10 till vissa delar mycket detaljrikt. I klinisk rutinverksamhet föreligger ofta inte så detaljerad information att det är möjligt att utnyttja detaljrikedomen beträffande uppkomstsättet för t.ex. transportolyckor. I den svenska klassifikationen erbjuds därför i dessa fall en möjlighet till förenklad användning av kodsystelet som innebär att man endast utnyttjar den minst preciserade koden inom en grupp av inbördes relaterade koder. Så kan t.ex. vid cykelolyckor koden V19 med tillämpliga decimaler ersätta de mer detaljerade koderna V10-V18 vid förenklad kodning. För att tydliggöra denna möjlighet har motsvarande avsnitt i klassifikationen fått en avvikande typografisk utformning.

Vid specialstudier med inriktning på olycksprevention kan självfallet de mer detaljerade koderna användas. Ett alternativ i sådana fall är den särskilda nordiska klassifikationen för registrering av olycksfallsskador.

### **Inverkan av läkemedel**

När det gäller inverkan av droger, läkemedel och biologiska substanser skiljer man på följande två huvudtyper:

- förgiftning genom överdosering
- ogynnsam inverkan av en adekvat substans som ordinerats och givits på rätt sätt

*Förgiftningar med läkemedel* klassificeras med avseende på skadans natur i första hand genom ett kodnummer i serien T36-T50 (eller koden T50.9 åtföljd av motsvarande ATC-kod; se härom nedan). Denna kod (dessa koder) för förgiftningen anges som huvuddiagnos och blir som regel den enda kod (de enda koder) som beskriver skadans natur. Det är dock möjligt att som tilläggskod ange manifestationer som innebär betydande vårdproblem, t.ex. djup medvetlöshet som kräver vård på



intensivvårdsavdelning; i detta fall kan medvetlöshet (R40.2) anges som tilläggskod.

Hur överdoseringen skett specificeras genom den kod från kapitel 20 som enligt vad som tidigare sagts alltid ska åtfölja en diagnos avseende skador och förgiftningar. Här kan man skilja på oavsiktlig förgiftning, d.v.s. förgiftning genom olyckshändelse (X40-X44), avsiktligt självtillfogad förgiftning, t.ex. självmordsförsök (X60-X64), övergrepp av annan person genom förgiftning, t.ex. mordförsök (X85). Vid läkemedelsförgiftning med oklar avsikt – d.v.s. i fall där informationen är otillräcklig för att avgöra om förgiftningen uppkommit genom olyckshändelse, om den är självtillfogad eller av annan person avsiktligt tillfogad - kan detta anges genom kod i serien Y10-Y14.

I den svenska klassifikationen erbjuds en möjlighet till förenklad användning av de nyssnämnda koderna från kapitel 20. Eftersom läkemedlet i fråga redan specificerats i koden från kapitel 19 (T36-T50) (eller genom koden T50.9 åtföljd av ATC-kod; se härom nedan), kan koden från kapitel 20 förenklas genom att man endast utnyttjar den minst preciserade koden i de nyssnämnda kodserierna, nämligen X44, X64 respektive Y14. För att tydliggöra denna möjlighet har motsvarande avsnitt i klassifikationen fått en avvikande typografisk utformning

*Ogynnsamma effekter av läkemedel* som administrerats på rätt sätt i terapeutiskt eller profylaktiskt syfte utgörs t.ex. av överkänslighetsreaktioner eller andra biverkningar. I dessa fall ska den ogynnsamma effekten anges som huvuddiagnos, medan det orsakande läkemedlet specificeras genom tilläggskod. Exempel på ogynnsam effekt kan vara blodsjukdom (D50-D76), dermatit på grund av intagen substans (L27), gastrit orsakad av acetylsalicylsyra (K29), kontaktdermatit (L23-L25), nefropati (N14.0-N14.2). En icke närmare specificerad läkemedelsreaktion får koden T88.7. I detta fall anges det orsakande läkemedlet som tilläggskod genom läkemedelskod från serien T36-T50 (eller motsvarande ATC-kod).

Uppkomstsättet måste dessutom anges med hjälp av en kod i kapitel 20 hämtad från kodserien Y40-Y57. Även i detta fall erbjuder

den svenska klassifikationen en möjlighet till förenklad användning av de nyssnämnda koderna från kapitel 20. Eftersom läkemedlet i fråga redan specificerats i koden från kapitel 19 (eller genom motsvarande ATC-kod), kan koden från kapitel 20 förenklas genom att man endast utnyttjar den minst preciserade koden i den aktuella kodserien, nämligen Y57.9. För att tydliggöra denna möjlighet har motsvarande avsnitt i klassifikationen också i detta fall fått en avvikande typografisk utformning.

### **Användningen av ATC-koder för läkemedel**

Erfarenheten har visat att det vid registrering av förgiftningar och ogynnsam effekt av läkemedel många gånger är angeläget med en mer detaljerad beskrivning av det aktuella läkemedlet än vad ICD:s koder medger. Därtill kommer att utvecklingen av nya läkemedel sker så snabbt att klassifikationens förteckning över läkemedel inom kort tid kan bli inaktuell. I likhet med vad fallet var i föregående klassifikation ges därför i den svenska klassifikationen möjlighet att använda mer preciserade läkemedelskoder än de som anges i kodserien T36-T50.

För detta används de s.k. ATC-koder som återfinns i senaste upplagan av "FASS: Läkemedel i Sverige". ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical Classification System och är ett läkemedelskodningssystem som utvecklats och används i de nordiska länderna. ATC-systemet används också i WHO:s internationella rapportering av biverkningar. Systemet rekommenderas av WHO även för redovisning av läkemedelsanvändning.

ATC-koderna är alfanumeriska och sjuställiga. De karakteriseras av att i fjärde positionen alltid ha en bokstav, vilket gör det möjligt att skilja dem från ICD-10-koder som har en liknande struktur. (För att undvika förväxling av koder måste därför såväl ICD-10-koder som ATC-koder alltid registreras med minst fyra tecken.)

Om mer än ett läkemedel varit aktuellt vid en förgiftning redovisas samtliga, varvid det kliniskt viktigaste anges först. I de fall ett läkemedel inte finns angivet med ATC-kod i FASS, t.ex. vid ex tempore-beredningar, eller vid ofullständiga uppgifter om orsakande

substans används i stället kodnummer från serien T36-T50.

### **Användningen av kapitel 20**

Som framgått tidigare ska koder från kapitel 19 alltid åtföljas av kod från kapitel 20 som anger den yttre orsaken till skadan, förgiftningen eller annat tillstånd som klassificeras i kapitel 19. Även andra tillstånd som uppfattas ha en yttre orsak men som klassificeras i något av kapitlen 1-18 kan kombineras med kod från kapitel 20.

Om flera yttre orsaker samtidigt är aktuella anges den orsak som hänför sig till den allvarligaste skadan, d.v.s. huvuddiagnosen, först. I normala fall bör det räcka med möjlighet att ange två samtidiga koder från kapitel 20.

Vissa möjligheter till förenklad användning av de detaljerade koderna i kapitel 20 för transportolyckor och vid inverkan av läkemedel har berörts ovan. I vissa andra fall kan det synas som om den samtidiga användningen av koder från kapitel 19 och 20 inte innebär att någon ny information tillförs. Av principiella skäl och för enhetlighetens skull ska man dock även i dessa fall ange koder från båda kapitlen.

Det bör påpekas att i inledningen till kapitel 20 återfinns en *platskod*. Denna har formen av en fjärdepositionsuppdelning och bör användas tillsammans med flertalet koder i detta kapitel (kategorierna W00-Y34 med undantag för Y06 och Y07). Platskoden används dock inte tillsammans med koder avseende transportolyckor eller för komplikationer vid medicinsk vård och kirurgiska åtgärder. I dessa fall är platskoden mindre relevant och fjärdepositionen används i stället för andra preciseringar. Platskoden ger t.ex. möjlighet att skilja ut olyckor som inträffat i hemmet, en upplysning som kan vara av betydelse i det olycksförebyggande arbetet.

En *aktivitetskod* återfinns också i ingressen till kapitel 20. Den beskriver aktiviteten hos den skadade personen vid tiden för den yttre orsakens inverkan och är avsedd att användas som en femtepositionsuppdelning av kategorierna V01-Y34 i tillämpliga fall. Aktivitetskoden gör det möjligt att statistiskt särredovisa t.ex. idrottsolyckor och olycksfall i

arbete och har sålunda också betydelse för olyckspreventionen.

Det är viktigt att platskoden och aktivitetskoden inte blandas samman och att de registreras i rätta positioner. Om uppgift saknas om plats för den yttre orsakens inverkan kan man inte lämna fjärdepositionen blank eller i stället ange aktivitetskod där. I sådana fall måste koden för ospecificerad plats (.9) anges i fjärdepositionen, varvid en eventuellt tillämplig aktivitetskod kommer att registreras i femtepositionen.

### **Användningen av kapitel 21**

Kapitel 21 avser faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården. Det motsvaras av den tidigare tilläggsklassifikationen som kallades V-serien. Antalet koder har emellertid utökats betydligt.

I detta kapitel finns kategorier som lämpar sig för att registrera orsaker till kontakter med sjukvården i speciella syften såsom för hälsokontroll eller profylaktiska åtgärder utan att någon diagnos registreras eller av administrativa skäl, t.ex. utfärdande av intyg. Efterundersökning av till synes friska personer efter tidigare behandling för maligna eller andra sjukdomar kan också registreras här liksom friska smittbärare. Denna typ av orsaker till kontakter är oftast aktuella som enda kod för ett öppenvårdsbesök.

Koder finns också för att registrera sådant som har väsentlig betydelse för patientens hälsotillstånd eller vård utan att detta utgör aktuell sjukdom eller skada. Här kan sålunda vissa potentiella hälsorisker noteras såsom socioekonomiska och psykosociala riskfaktorer, yrkesmedicinska exponeringar och förhållanden i familjeanamnesen eller den personliga anamnesen av betydelse för framtida kontakter med hälso- och sjukvården. I dessa fall är det oftast fråga om förhållanden som det finns anledning att registrera i tillägg till andra tillstånd. Självklart är det endast förhållanden med särskild betydelse i det enskilda fallet och vid det aktuella vårdtillfället eller öppenvårdsbesöket som bör registreras. Avsikten är inte att med hjälp av dessa koder ge en beskrivning av en persons allmänna livssituation.

## Vilka diagnoser ska registreras på sjukhus?

För registrering i ett diagnosregister finns det i princip ingen gräns för hur många diagnoser som kan tas med för varje vårdad person. Inte minst praktiska synpunkter talar dock för en begränsning av antalet.

Endast sådana diagnoser som haft relevans för vården bör registreras. Om en diagnos har föranlett utredning eller någon form av behandling bör den registreras, eljest inte. (Denna regel är dock knappast tillämplig inom långtidssjukvård där patienter under mycket långa vårdtider hinner bli föremål för många utredningar och behandlingar. Här blir det i många fall aktuellt att göra ett urval av de viktigaste diagnoserna.) Oväsentliga bifynd, tidigare behandlade och till synes utläkta sjukdomar bör ej tas med, såvida de inte haft betydelse för utredningen eller behandlingen.

De symtomdiagnoser som finns samlade i kapitel 18 - men som i viss utsträckning också återfinns i organsystemkapitlen - bör som regel inte användas för att ytterligare precisera eller komplettera redan säkra diagnoser. Symtomdiagnoserna är i första hand avsedda för sådana fall där någon definitiv diagnos inte kan ställas.

Vid sjukhusbruk kan det vara motiverat att registrera båda de komponenter som ingår i ett kombinationsnummer. Vid ischemisk hjärtsjukdom (I20-I25) och cerebrovaskulär sjukdom (I60-I69) bör sålunda en samtidig hypertoni registreras med särskild kod avseende hypertoni (I10-I15), även om koderna för ischemisk hjärtsjukdom och cerebrovaskulär sjukdom anges innefatta förekomst av hypertoni.

När det gäller multipla tillstånd, t.ex. multipla skador för vilka det finns särskilda koder i kapitel 19, bör man vid sjukhusbruk registrera de ingående skadekomponenterna där så är möjligt.

### Val av huvuddiagnos

Även om det sålunda är möjligt och lämpligt att registrera flera diagnoser vid ett och samma vårdtillfälle, är det för statistiska översikter och för vissa andra syften nödvändigt att ange ett

av tillstånden som huvuddiagnos. För patientstatistik vid sjukhus gäller att som huvuddiagnos definierar man det tillstånd för vilket patienten huvudsakligen utretts eller behandlats under sjukhusvistelsen. Härvid använder man den diagnosformulering som man kommit fram till vid vårdtillfällets slut (och alltså inte den ofta preliminärt formulerade intagningsdiagnosen). Om någon sjukdomsdiagnos inte ställts, gäller att det viktigaste symtomet eller problemet under vårdtillfället väljs som huvuddiagnos. Härutöver bör i patientjournalen anges de andra tillstånd eller problem som blivit föremål för utredning eller behandling under vårdtillfället som bidiagnoser.

Det tillstånd som tagit mest sjukvårdsresurser i anspråk bör väljas som huvuddiagnos om mer än ett tillstånd kan komma i fråga som huvuddiagnos. Det kan t.ex. vara fallet om en patient intas för vård för ett tillstånd och vårdtiden förlängs på grund av nödvändigheten att utreda eller behandla ett annat tillstånd som uppträder eller upptäcks under sjukhusvistelsen.

Vid tillstånd som dubbelkodas med dagger-asterisk-systemet är det diagnosparet i fråga som anges som huvuddiagnos. Av praktiska skäl anges emellertid asteriskdiagnosen först inom paret såsom tidigare nämnts. Vid skadefall hämtas huvuddiagnosen från kapitel 19 avseende skadans natur. Tillhörande kod från kapitel 20 avseende skadans uppkomstsätt kan ses som en dubbelkod.

Vid vårdtillfällen som gäller flera sinsemellan relaterade, multipla tillstånd (t.ex. multipla skador, multipla sena effekter, multipla komplicerande tillstånd vid HIV-infektion) gäller att man om möjligt bör koda varje ingående komponent separat och som huvuddiagnos välja det tillstånd som varit allvarligast och tagit mest sjukvårdsresurser i anspråk. Om inget av tillstånden dominerar bilden, kan man i stället ange någon av de särskilda koderna för multipla tillstånd som huvuddiagnos och därefter ange de ingående komponenterna med egna koder som bidiagnoser.

### Oklara diagnoser

Säkerheten i de medicinska diagnoserna varierar och klassifikationen innehåller som

regel inte några kriterier för de angivna diagnoserna. Ett undantag utgör i detta avseende diagnoserna i kapitel 5 Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar. I detta kapitel finns för flertalet diagnoser beskrivningar av den kliniska bilden vilket underlättar en enhetlig diagnossättning.

Fall där diagnosen stöds av symtom och observerade sjukdomstecken och där misstanken kvarstår efter utredning, trots att diagnosen inte kunnat slutligt fastställas, anges ibland i patientjournalen med ett frågetecken inom parentes. Detta frågetecken kan som regel inte komma till uttryck i koden. Diagnoser som på det ena eller andra sättet markerats som osäkra skiljer sig emellertid ofta inte i princip - utan främst beträffande graden av osäkerhet - från andra diagnoser. De bör därför kodas som om inget frågetecken fanns.

Vid större osäkerhet om diagnosen bör man klassificera fallet på det symtom eller det onormala fynd som föranlett utredning eller vård. Här är det i första hand fråga om koder i kapitel 18. Det är fel att vid osäkerhet om diagnosen registrera flera alternativa osäkra diagnoser.

Om en patient observerats eller utretts för misstänkt sjukdom eller symtom och misstanken efter utredningen kunnat avföras och patienten inte visats vara i behov av ytterligare vård eller behandling, registreras fallet lämpligen med de särskilda koder som finns för denna typ av observations- och utredningsfall i kapitel 21 (Z03).

### **Följtillstånd och sena effekter**

I praktisk medicinsk verksamhet förekommer inte sällan s.k. status post-diagnoser för att markera följtillstånd till och sena effekter av sjukdom, skada eller operation. Dessa diagnoser kan vålla svårigheter vid kodningen.

ICD-10 erbjuder ett antal kategorier för sena effekter (B90-B94, E64, E68, G09, I69, O94, O97, T90-T98, Y85-Y89). Dessa koder kan användas för att ange förekomsten av tillstånd som inte längre är för handen men som orsakat ett aktuellt problem som är föremål för utredning eller behandling. I dessa fall är det dock det aktuella problemet som bör anges som huvuddiagnos. Koden för sena effekter används i dessa fall som tillägg till den kod som beskriver det aktuella resttillståndet. När det gäller sena effekter av skador bör koderna T90-T98 åtföljas av koder från kapitel 20 i serien Y85-Y89.

För att avgöra vad som ska anses vara sena effekter anges ibland i ICD-10 att detta gäller tillstånd som medicinskt betecknas som "sena" eller som kvarstår (och föranlett behandling eller intagning på sjukhus) ett år eller mer efter det ursprungliga insjuknandet eller den akuta skadan. Denna tidsangivelse är dock att anse som en hjälpregel. Något krav på att minst ett år ska ha förflutit finns inte, om tillståndet kliniskt betraktas som en "sen" effekt.

### **Kodning av komplikationer**

En nyhet i ICD-10 är det utökade antalet kategorier för tillstånd som uppstått efter kirurgiska eller medicinska ingrepp, t.ex. postoperativa komplikationer. Förutom kodserien T80-T88 i kapitel 19 finns i flera organsystemkapitel särskilda kategorier för tillstånd som uppträder antingen som följd av vissa specifika åtgärder och tekniker eller som resultat av borttagande av ett organ (E89, G97, H59, H95, I97, J95, K91, M96, N99). Vissa tillstånd (t.ex. pneumoni och lungemboli) som kan uppstå i den postoperativa perioden uppfattas inte som unika, utan kodas på vanligt sätt. I dessa fall kan dock en kod från serien Y83-Y84 i kapitel 20 användas som tilläggskod för att ange relationen till åtgärden.