

## Prinsipper for endringer i Norsk klinisk prosedyrekodeverk

Formål med Norsk klinisk prosedyrekodeverk er å gi grunnlag for statistikk over aktivitet i spesialisthelsetjenesten. Fagmiljøene bidrar til å holde kodeverket relevant ved å melde inn behov for nye prosedyrekoder, og ved å foreslå endringer av eksisterende koder. De gir også tilbakemelding om koder som er utdaterte. Avsnittene under skisserer de viktigste forholdene som vi tar hensyn til når vi oppdaterer kodeverket, og er ment som en veiledning til dere som foreslår endringer. Det er et mål at denne veiledningen ligger til grunn for alle nye koder, men det finnes eksempler på unntak i prosedyrekodeverket.

### Ikke alt skal kodes

Grunnleggende aktiviteter som utføres for et flertall av pasientene skal ikke kodes. Det betyr at vanlig klinisk undersøkelse og samtale med pasienten ikke kodes med prosedyrekoder. Det samme gjelder eksempelvis mindre prosedyrer som EKG-taking, blodprøvetakning eller skifte av plaster. Se avsnitt 5.5 i kodeveiledningen.

### Minimumsantall og etablert behandling

For å ha en enhetlig utvikling av kodeverket blir alle nye koder vurdert med tanke på å være relevante for nasjonal statistikk. Det betyr at det er krav til et minimum av utførte prosedyrer årlig, samtidig skal aktiviteten støttes i fagmiljøet som utfører aktiviteten. Nye koder vurderes også med tanke på om det gir u hensiktsmessig brudd i statistikk.

En vurdering av nye koder må oppfylle følgende:

- Minst 50 prosedyrer per år på landsbasis, helst på flere enheter (flere RHF eller HF)
- Etablert prosedyre (ikke utprøvende eller del av forskningsprosjekt)
- Støttes av fagmiljø (for eksempel profesjonsforening, kompetansesenter eller akademisk fagmiljø)

### Plassering av nye koder

Nye koder skal plasseres logisk i kodeverkets kontekst. Det betyr at kodens tall og bokstaver skal forholde seg til meningsinnholdet formulert i kategorier, kapitler og tallverdier. Vær også oppmerksom på at noen av kapitlene har meningsbærende tegn og siffer generelt, og at det i tillegg finnes kodenøkler i starten av enkelte kapitler og kategoriblokker som også indikerer ulike siffers betydning. Mer detaljer om dette finner dere bak Finnkodes fane *Tabellvisning* og i [Kodeveiledningens](#) kap. 7.2 *Klassifikasjonens struktur*.

Det bør alltid vurderes om det er mer hensiktsmessig å opprette tilleggskode i stedet for "vanlig" kode. Et eksempel er dersom det er en teknikk som kan benyttes på flere ulike anatomiske regioner. Da kan det være nødvendig å opprette presise koder for alle disse anatomiske regionene, men at det da blir svært lavt volumtall på hver av kodene. Dette kan også gjøre det vanskelig å velge rett kode fordi det blir mange nesten like koder å velge i, og det kan bli vanskelig å plassere alle de ulike kodene logisk i kodeverkets kontekst.

## Formulering av en prosedyrekodetekst

Kodetekstene skal i størst mulig grad utformes med norske ord og begrep.

Tekstene skal være utformet slik at de gir samme innholdsforståelse over tid. Dette innebærer at kodene skal utformes på et generisk nivå, og ikke knyttes til dagens organisering av tjenester eller til merkevarer.

Kodene er profesjonsuavhengige, og kodeteksten skal forstås på samme måte av ulike helsepersonellgrupper. Det betyr også at kodeteksten ikke skal inneholde krav til kompetanse eller autorisering av helsepersonell.

Man skal tilstrebe at en kode dekker en hel aktivitet. Det finnes kliniske situasjoner hvor dette er vanskelig, og da kan en viktig ledetråd være at prosedyren skal kunne utføres som en isolert prosedyre.

Man skal ikke opprette nye koder som er helt eller delvis duplikat av en kode som allerede eksisterer.

Det skal kun unntaksvis være indikasjon eller årsak til prosedyren i kodeteksten.

Det skal heller ikke være administrative opplysninger, for eksempel knyttet til type konsultasjon, antall eller kostnad. Et grunnleggende prinsipp er at prosedyrekoden utformes uavhengig av finansieringshensyn slik at prosedyrekodene gir en riktig aktivitetsoversikt. Det er unntaksvis koder som må opprettes av finansielle hensyn, dette vurderes da samlet av HelseDirektoratets avdeling for Finansiering og Avdeling Helsefaglig kodeverk.

## Hensyn ved endring av eksisterende koder

Det skal være mulig å benytte kodene til å følge aktiviteten i helsevesenet tilbake i tid. En og samme kode skal alltid bety det samme innenfor datidens medisinske forståelse av formuleringen som er brukt, man skal altså ikke endre meningsinnhold. Det betyr at den endrete *kodeteksten* skal favne akkurat den samme pasientpopulasjon som den gjorde før endringen.

Dersom kodeteksten favner ulikt, kan det være nødvendig å inaktivere den eksisterende koden og i stedet lage to eller flere nye koder (kodesplitt). Dette er typisk hvis et behov er å gi økt presisering, eller hvis man har et behov som er et delvis duplikat av en eksisterende kode.

Vær oppmerksom på at det å *flytte* en kode i kodeverket også kan gi endret meningsinnhold, siden man må ta høyde for at koden også passer under overskriftene man plasserer koden under – altså i kodeverkets logiske kontekst.

## Eksempel på ny kode

Et eksempel hvor flere hensyn er tatt:

ZXL 20 Implantasjon av individuelt utformet protese (customized)

Inkl.: 3D-printet protese

Vurderinger som ligger til grunn:

- Vi har brukt den norske og generiske formuleringen "Implantasjon av individuelt utformet protese" i stedet for navn som for eksempel "tantalum augment proteser"
- Vi har likevel tatt med tekst i parentes i kodeteksten for å gjøre kodebruk mer intuitivt (fordi man ikke alltid ser undertekst når man søker på koder i de elektroniske journalsystemene)
- Vi har lagt til forklarende undertekst for mer intuitiv bruk
- Vi har ikke presisert anatomisk region, fordi dette er sjeldne inngrep og risikerer å "forsvinne" i statistikken dersom det er svært lavt volumtall
- Vi har valgt å opprette dette som en tilleggskode i Kapittel Z Tilleggs-koder, under " ZX Forskjellige forhold ved operative inngrep" og "ZXL Implantasjon av proteser og kunstig materiale"

#### Koder som ikke er i bruk

Noen koder er uaktuelle fordi medisinsk utvikling går videre og ingen lenger utfører aktiviteten. Denne typen utdaterte koder blir satt inaktive etter innspill fra fagmiljø og innhenting av tall på bruk fra Norsk pasientregister. Kodene vil gjenfinnes i historiske data.